

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なりハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、特殊なりハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 2 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、特に定める場合を除き、すべての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）~~の記録~~を診療録等へ記載する~~こと~~。
- 3 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、1回につき医科点数表の区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の「3 運動器リハビリテーション料Ⅲ」の所定点数により算定する。なお、診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、治療内容等を記載する。
- 4 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、医科点数表の区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の「2 運動器リハビリテーション料Ⅱ」の所定点数により1日につき1回を限度としてに限り算定する。なお、診療録に開口障害の訓練の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訓練内容、使用器具名等を記載する。また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったとき~~についても~~同様の取扱いとする。
- 5 第7部に掲げるリハビリテーション以外のリハビリテーション~~の費用については~~、医科点数表の第2章第7部リハビリテーションに掲げる通則2及び通則3の例により算定する。

第1節 リハビリテーション料

H000 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は、医科点数表の区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の例により算定する。ただし、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算定~~できるものとする~~。

H001 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に月4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者に限っては、1日につき算定する~~できる~~。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者~~のこと~~をいう。
- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容の要点等を記載する~~こと~~。
- (3) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定する~~できる~~。――
- (4) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に算定する。

(5) 当該加算を算定する摂食機能療法を行うに当たっては、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意する。

(6) その他摂食機能療法の医科と共通の項目は、医科点数表の区分番号H 0 0 4に掲げる摂食機能療法の例により算定する。

H 0 0 1－2 歯科口腔リハビリテーション料 1

(1) 「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回を限度として算定する。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容の要点を診療録に記載する。

(2) 「1のロ 困難な場合」とは、区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料の(3)に掲げる場合をいう。

(3) 区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。

(4) 区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製を行った場合は、「1 有床義歯の場合」を算定し、区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。

(5) 有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は「1 有床義歯の場合」を算定し、有床義歯の新製後に区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料を算定する。

(6) 有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、区分番号M 0 2 9に掲げる有床義歯修理又は区分番号M 0 3 0に掲げる有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)は別に算定する。この場合において、区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料又は「1 有床義歯の場合」のいずれかにより算定する。

(7) 区分番号I 0 2 2に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて「1 有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に区分番号B 0 1 3に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。

(8) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整又は指導は、装着する日の属する月であっても「1 有床義歯の場合」により算定する。

(9) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I 0 1 7に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的のために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復

又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「２ 舌接触補助床の場合」の算定以降は「１ 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載する。

(10) 有床義歯に係る調整又は指導を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とする。

H 0 0 1－3 歯科口腔リハビリテーション料 2

(1) 顎関節症を有する患者であって、顎関節治療用装置製作のため、区分番号 I 0 1 7 に掲げる床副子の「２ 困難なもの」を算定した患者に対して、療養上の指導又は訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、当該装置の調整を行う場合にあっては、区分番号 I 0 1 7－2 に掲げる床副子調整により算定する。

(2) 実施内容等の要点を診療録に記載する。

＝

H 0 0 2 障害児（者）リハビリテーション料

障害児（者）リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号 H 0 0 7 に掲げる障害児（者）リハビリテーション料の例により算定する。ただし、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 ~~できるものとする。~~

H 0 0 3 がん患者リハビリテーション料

(1) がん患者リハビリテーション料 とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において算定するものを をいい ~~であり~~、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、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予防・改善することを目的として種々の運動療法、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

(2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、歯科医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する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、1日につき6単位 ~~に限り~~ を限度として 算定する。また、専任の歯科医師が、直接訓練を実施した場合にあっては、言語聴覚士が実施した場合と同様に算定 する ~~できる。~~

(3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、次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。

イ 舌がん、口腔がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者

ロ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者

ハ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
ニ 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又は末期がんの患者であつて、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

(4) がん患者リハビリテーションを行う際~~は~~は、歯科医師及び当該歯科医師と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の区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注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。

(5) 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又は障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

H008 集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、医科点数表の区分番号H008に掲げる集団コミュニケーション療法料の例により算定する。ただし、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算定~~できるものとする~~。

第8部 処置

通則

- 1 処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。
- 2 通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計により算定する。
- 3 処置の費用としては、第1節に規定してある所定点数によるほか、所定点数が120点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除いて処置に使用した特定薬剤の費用についても算定する。したがって、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、120点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第1節の処置料と第2節の特定薬剤料とを合算して算定する。この場合において、当該薬剤については別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。
- 4 特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は1回に使用した総量の価格であって、注射液の1筒ごと等の特定単位はこだわらない。
- 5 第1節に掲げられていない処置のうちラバーダム防湿法及び簡単な処置の費用は基本診療料に含まれ算定できないが、特殊な処置の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 6 「通則5」による6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、第1節の所定点数の100分の50を加算する。
- 7 「通則5」又は「通則8」による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算とは、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に関し算定するものをいい、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 8 6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 9 「通則6」の入院中の患者以外に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 10 「通則6」の入院中の患者に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 11 「通則6」の所定点数が150点とは、各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合は、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。
- 12 120点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数中に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第10部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（頤孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。
なお、麻酔の部に規定してある区分番号K 0 0 1に掲げる浸潤麻酔は、120点以上の処置又は若しくは各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 13 歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有

床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 0 0 に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号 J 0 1 3 に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号 M 0 2 9 に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

~~1412~~ 区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置、区分番号 I 0 0 7 に掲げる根管貼薬処置、~~及び~~区分番号 I 0 0 8 に掲げる根管充填 及び I 0 0 8 - 2 に掲げる加圧根管充填処置の一連の歯内療法において、高周波療法、イオン導入法、根管拡大、根管形成、歯肉圧排、根管充填剤（材）の除去、隔壁、歯髄結石除去、根管開拡及び特定薬剤等 ~~の費用~~はそれぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

第1節 処置料

第1節の処置において ~~は~~、区分番号 I 0 0 0 に掲げるう蝕処置から区分番号 I 0 2 1 に掲げる根管内異物除去の処置のために行った区分番号 K 0 0 1 に掲げる浸潤麻酔等 ~~の費用について~~は、「通則7」に該当しない場合に限り、術野又は病巣単位ごとに算定する。

I 0 0 0 う蝕処置

- (1) う蝕処置 ~~の費用~~は、1 歯 1 回を単位として算定し、1 回の処置歯数が 2 歯以上にわたる場合は、所定点数を歯数倍した点数により算定する。以下「1 歯 1 回につき」等の規定のある場合の算定は、処置を行った歯数 ~~倍~~ を乗じて算定する。
- (2) 「う蝕処置」は、次の処置をいう。
 - イ う蝕歯 ~~の歯冠部~~ に行った軟化象牙質の除去又は暫間充填
 - ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行った暫間充填
 - ハ 歯髄保護処置又は歯冠修復物の脱落時の再装着等を行うにあたって軟化象牙質等の除去又は磷酸セメント若しくはカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填
- (3) う蝕処置、区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成、区分番号 M 0 0 1 - 2 に掲げるう蝕歯即時充填形成及び区分番号 M 0 0 1 - 3 に掲げるう蝕歯インレー修復形成等において、軟化象牙質の検査を行った場合 ~~の費用~~は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) う蝕処置を算定する場合 ~~においては~~、算定部位ごとに、~~使用した保険医療材料名及び~~処置内容等を診療録に記載する ~~こと~~。

I 0 0 0 - 2 咬合調整

- (1) 歯周炎又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行った場合は、同一初診期間中、「1 1 歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか 1 回 を限度として ~~を~~ 算定する。
- (2) 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科の保険医療機関において製作された金属歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、同一初診期間中、「1 1 歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか 1 回 を限度として ~~を~~ 算定する。
- (3) ~~咬合緊密である患者の~~義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、同一初診期間中、「1 1 歯以上10歯未満」又は「2 10歯以

上」のうち、いずれか1回を限度としてに限り算定する。

- (4) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯削合を除く。）を行ったとき場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回を限度としてに限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は、診療録に歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載すること。
- (5) 歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療又は及び抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、区分番号I 0 0 4に掲げる歯髄切断、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄、区分番号I 0 0 6に掲げる感染根管処置、区分番号J 0 0 0に掲げる抜歯手術等の所定点数に含まれ別に算定できない。

I 0 0 0 - 3 残根削合

抜歯禁忌症で新義歯製作又は義歯修理の必要上やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯は適切に保存処置を行い、金属歯冠修復により根面を被覆した場合及び歯科充填用材料Iにより根面を被覆した場合は、区分番号M 0 1 0に掲げる金属歯冠修復の(12)の例によりそれぞれ算定する。

I 0 0 1 歯髄保護処置

- (1) 歯髄保護処置とは、歯髄温存療法、直接歯髄保護処置及び間接歯髄保護処置をいう。
- (2) う窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄保護処置を行い暫間充填を行った場合は、う蝕処置と歯髄保護処置の所定点数をそれぞれ算定する。
- ただし、区分番号M 0 0 1 - 2に掲げるう蝕歯即時充填形成、区分番号M 0 0 1 - 3に掲げるう蝕歯インレー修復形成又は区分番号I 0 0 4に掲げる歯髄切断を行った場合は、歯髄保護処置の点数は算定できない。
- (3) 同一歯に2箇所以上、例えば近心と遠心とにう窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置を行った場合は、同日又は日を異にして行った場合であっても、1歯1回を限度としてに限り所定点数を算定する。
- (4) 歯髄温存療法とは、臨床的に健康な歯髄又は可逆性歯髄炎であって、感染象牙質を全て除去すれば、露髄を招き抜髄に至る可能性のある深在性のう蝕を対象とし、感染象牙質を残し、そこに水酸化カルシウム製剤などを貼付し、感染部の治癒を図るものであり、3月以上の期間を要するものをいうである。本区分は、3月以上の期間内に2回程度の薬剤の貼付を行うことを含め、当該処置に係る一連の行為を包括的に評価し、当該処置を行った最初の日に算定するものとする。
- (5) 歯髄温存療法を行った場合は、3月以上の経過観察期間を行った後に、歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点を診療録に記載する。
- (6) 直接歯髄保護処置を行った場合は、1月以上の経過観察を行った後に歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点について診療録に記載する。

I 0 0 2 知覚過敏処置

- (1) イオン導入法の費用は、知覚過敏処置の所定点数に含まれ別に算定できない。

- (2) 歯冠形成後、知覚過敏が生じた有髄歯に対する知覚鈍麻剤の塗布~~に ついては~~は、歯冠形成、印象採得、咬合採得、仮着及び装着と同時に行う場合を除き「1 3歯まで」又は「2 4歯以上」の所定点数により算定する。

I 0 0 2 - 2 乳幼児う蝕薬物塗布処置

乳幼児のう蝕に対して、軟化象牙質等を除去して充填等を行わず、フッ化ジアンミン銀の塗布を行った場合は、1 口腔 1 回につき歯数に応じて「1 3歯まで」又は「2 4歯以上」により算定する。

I 0 0 3 初期う蝕早期充填処置

- (1) 初期う蝕早期充填処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期う蝕に対して行った場合に算定する。この場合~~において~~、初期う蝕に罹患している小窩裂溝に対する清掃等を行った場合~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 初期う蝕早期充填処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号M 0 0 9に掲げる充填の「イ 単純なもの」の場合と同様とする。

I 0 0 4 歯髄切断

- (1) 生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤、歯髄保護処置~~の費用~~は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「1 生活歯冠形成」又は「3 窩洞形成」の各号により算定する。
- (3) 同一歯について、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄の所定点数に当該歯髄切断~~の費用~~は含まれ別に算定できない。
- (4) 歯髄切断の後に抜髄となった場合は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

I 0 0 5 抜髄

- (1) 抜髄は1歯につき1回~~を限度としてに限り~~算定する。なお、麻酔、薬剤~~の費用~~は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 抜髄~~の費用~~は、抜髄を行った歯について、抜髄が完了した日において算定する。この場合~~において~~、失活抜髄の貼薬及び薬剤~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 区分番号I 0 0 1に掲げる歯髄保護処置の「1 歯髄温存療法」を行った場合は、3月以上の経過観察を行う~~ものであるが~~、やむを得ず経過観察中に抜髄を実施した場合は、「注1」に掲げる所定点数により算定する。
- (4) 区分番号I 0 0 1に掲げる歯髄保護処置の「2 直接歯髄保護処置」を行った場合は、1月以上の経過観察を行う~~ものであるが~~、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注2」に掲げる所定点数により算定する。

I 0 0 6 感染根管処置

- (1) 拔牙を前提として急性症状の消退を図ることを目的とした根管拡大等は、根管数にかかわらず1歯につき1回~~を限度としてに限り~~、「1 単根管」により算定する。なお、拔牙を前提とした根管拡大等に併せて行った消炎のための根管貼薬~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔があり~~、~~封鎖を行った場合は、区分番号M 0 0 9に掲げる充填の「イ 単純なもの」~~の所定点数~~と保険

医療材料料をそれぞれ算定する。なお、形成を行った場合は、区分番号M001に掲げる
歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。また、歯肉を剥離し
て行った場合は、区分番号J006に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の所定点数
及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。

(3) 感染根管処置は1歯につき1回を限度としてに限り算定する。

I007 根管貼薬処置

(1) 区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号
I008に掲げる根管充填と同時にを行った根管貼薬の費用は、それぞれの所定点数に含
まれ別に算定できない。

(2) 拔牙を前提とした消炎のための根管拡大後の根管貼薬は、根管数にかかわらず1歯に
つき1回を限度としてに限り、「1 単根管」により算定する。

I008 根管充填

(1) 根管充填は1歯につき1回を限度としてに限り算定する。

~~(2) 「注1」の加圧根管充填とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢
化（根管形成）が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔
外に根管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいう。なお、
根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認した場合
に算定する。~~

~~(2)~~ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数日間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行
うために、~~水酸化カルシウム系糊剤等により暫間的根管充填を行う場合は、1回を限度
としてに限り「1 単根管」、「2 2根管」又は「3 3根管以上」の所定点数により~~
算定する。ただし、「注1」の加圧根管充填に係る加算の算定はできない。区分番号
I008-2に掲げる加圧根管充填処置は算定できない。なお、併せて当該歯に暫間充
填を行った場合の費用は、区分番号I000に掲げるう蝕処置により算定する。

~~(4) 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」に係る地方
厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、根管充填を行った場合
は、「注1」の加圧根管充填に係る費用は算定できない。~~

I008-2 加圧根管充填処置（1歯につき）

(1) I008に掲げる根管充填に併せて加圧根管充填処置を行った場合は、1歯につき1
回を限度として、区分番号I008に掲げる根管充填と本区分をそれぞれ算定する。

(2) 加圧根管充填処置とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢化（根
管形成）が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔外に根
管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいう。なお、根管充
填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認する。

(3) 別に厚生労働大臣が定める区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管
理料の「注1」に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出
ていない保険医療機関は、本処置は算定できない。

I009 外科後処置

(1) 口腔内より口腔外に通ずる手術創に対する外科後処置として、「1 口腔内外科後処
置」及び「2 口腔外外科後処置」を行った場合であっても、いずれかの所定点数のみ

を算定する。

- (2) 外科後処置とは、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があってドレーン(区分番号I009-3に掲げる歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。)~~区分番号J047に掲げる腐骨除去手術の「2 顎骨に及ぶもの」、区分番号J010に掲げる顎堤形成術、区分番号J043に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号J003に掲げる歯根嚢胞摘出手術の「2 拇指頭大のもの」、~~
~~「3 鶏卵大のもの」、区分番号J072に掲げる下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン(区分番号I009-3に掲げる歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。)~~を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置については、基本診療料に含まれる。
- (3) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合のにおける後出血処置の費用は、創傷の大小に関係なく、6歳以上の場合は区分番号J084に掲げる創傷処理の「4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)」により、6歳未満の場合は区分番号J084-2に掲げる小児創傷処理(6歳未満)の「6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)」により、それぞれ算定する。なお、区分番号J084に掲げる創傷処理又は区分番号J084-2に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置の費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

I009-2 創傷処置

医科点数表の区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

I009-3 歯科ドレーン法(ドレナージ)

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的(能動的)な吸引を行った場合はに、1日につき所定点数により算定し、その他の場合については、区分番号I009に掲げる外科後処置により算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。
- (3) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号I009-2に掲げる創傷処置により手術後の患者に対するものとして算定する。

I009-4 上顎洞洗浄

上顎洞洗浄は、歯科疾患を原因とした上顎洞の炎症等であって、急性症状が軽減した慢性期において洞内に膿汁貯留がみられる疾患等に対し、歯科治療上必要があって洗浄を行った場合に算定する。

I009-5 口腔内分泌物吸引

口腔内分泌物吸引は、歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液等の分泌物の吸引を行った場合に月2回を限度として算定する。

I010 歯周疾患処置

- (1) 歯周疾患処置は、歯周疾患の症状の改善を目的として、歯周ポケット内へ特定薬剤を注入した場合に、1口腔を単位として算定する。なお、歯周疾患処置を算定する場合は、使用薬剤名を診療録に記載すること。

(2) 歯周疾患処置を算定する歯周ポケット内への特定薬剤の注入とは、次に該当する場合をいう。なお、用法用量に従い使用した場合に限り特定薬剤料として別に算定~~する~~~~べき~~。

イ 歯周基本治療の後の歯周病検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤注入を行った場合

ロ イの薬剤注入後、再度の歯周病検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入を行った場合

ハ 歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤注入を行った場合

(3) 歯周疾患処置を算定した月は、区分番号I 0 1 1－3に掲げる歯周基本治療処置を別に算定できない。

I 0 1 1 歯周基本治療

(1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をい~~うもの~~~~であり~~、歯周病検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周病検査が実施されていない場合は、~~本区分は~~算定できない。なお、歯周基本治療~~について~~は、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。

(2) スケーリングとは、歯面に付着しているプラーク、歯石、その他の沈着物をスケーラー等で機械的に除去することをいう。

(3) スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬を同一歯に対して同時に実施した場合~~においても~~、いずれかの所定点数により算定する。

(4) 歯周基本治療を実施した後に同一部位に実施したスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬~~の費用~~は、所定点数の100分の50により算定する。

(5) 2回目以降のスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬~~については~~、歯周病検査の結果を踏まえ、その必要性、効果等を考慮した上で実施する~~ものとする~~。

(6) 区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術と同時に行われた歯周基本治療~~の費用~~は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(7) 混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療~~については~~、「1 スケーリング」により算定する。

I 0 1 1－2 歯周病安定期治療

(1) 歯周病安定期治療は、区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回~~を限度とし~~~~てに限り~~算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの

3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、~~根分岐部病変~~を有するものをいう。

(2) 一時的に症状が安定した状態とは、歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる深い歯周ポケット~~又は、根分岐部病変の残存、~~歯の動揺が認められる状態をいう。

(3) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周病検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上で~~行いうものであり、~~歯周病検査の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料に係る文書により患者又はその家族に対して提供し、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。その他療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載する~~こと~~。

(4) 2回目以降の歯周病安定期治療の算定~~については、~~前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う~~こと~~。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる~~次以下の場合については、~~3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回~~を限度としてに限り算定~~する~~ことができる~~。なお、この場合~~において、~~実施する理由（イ 歯周外科手術を実施した場合は除く。）、全身状態等を診療録に記載する~~こと~~。また、口及びハ~~については、~~主治の医師からの文書を添付する~~こと~~。

イ 歯周外科手術を実施した場合

ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ニ 侵襲性歯周炎の場合

(5) 侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。

(6) 歯周病安定期治療を開始した以降に実施した区分番号I011に掲げる歯周基本治療~~の費用、及び~~I010に掲げる歯周疾患処置及びI011-3に掲げる歯周基本治療処置~~の費用は、~~歯周病安定期治療~~の所定点数~~に含まれ別に算定できない。

(7) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、当該手術を実施した日以降~~においては、~~歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な管理が必要であると判断されるまでの間は歯周病安定期治療~~の費用~~は算定できない。なお、歯周病安定期治療~~を実施した後~~に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の30により~~算定~~する。

(8) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により必要があつて歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合及び暫間固定を実施した場合は、それぞれの~~費用は~~算定~~する~~ことができる。

I011-3 歯周基本治療処置

歯周基本治療処置とは、歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対して、歯周疾患の症状の改善を目的として、薬剤による歯周ポケット内洗浄等の処置（区分番号I010に掲げる歯周疾患処置を除く。）をいう。~~行この場合において、~~1口腔につき月1回~~を限度としてに限り~~算定する。なお、薬剤を用いた場合は、当該薬剤名を診療録に記載する~~こと~~。

I014 暫間固定

- (1) 暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）又は及びエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。
- (2) 「1 簡単なもの」とは、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。なお、同日又は他日にかかわらず1顎に2箇所以上行っても1回の算定とするが、当該処置を行った日から起算して6月を経過して必要があって当該処置を再度行う場合は、1顎につき1回を限度として算定する。
- (3) 「2 困難なもの」とは、歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定をいう。なお、歯周外科手術に伴う4歯未満の暫間固定~~の費用は~~、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「3 著しく困難なもの」とは、連続鉤固定法及びレジン床固定法による暫間固定のことをいう。
- (5) 暫間固定に際して印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、副子と同様に算定する。
- (6) 暫間固定の固定源が有床義歯である場合は、「1 簡単なもの」~~の所定点数及び有床義歯の費用~~を合算して算定する。
- (7) 歯周基本治療の際に暫間固定を行い、その後に歯周病検査を実施し、その結果、歯周外科手術を行った場合に、当該手術後に暫間固定を行った場合は、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上のものに限り「2 困難なもの」の所定点数を算定する。
- (8) 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合は、「2 困難なもの」により算定する。
- (9) 区分番号J004に掲げる歯根端切除術の（5）による場合又は区分番号J004-2に掲げる歯の再植術を行った場合にであって、脱臼歯を暫間固定したとき場合には、「2 困難なもの」により算定する。
- (10) 両側下顎乳中切歯のみ萌出している患者であって、外傷により1歯のみ脱臼している場合はであって、元の位置に整復固定した場合は「2 困難なもの」により算定する。なお、双方の歯が脱臼している場合のに双方の歯を整復固定することは、歯科医学上認められない。
- (11) 区分番号J004-3に掲げる歯の移植手術に際して暫間固定を行った場合は、1歯につき「2 困難なもの」により算定する。
- (12) 暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「3 副子」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき装置の範囲に相当する歯数が8歯以下のとき場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の（1）少数歯欠損」を、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上のときは区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の（2）多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の（3）総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、M005に掲げる装着~~の費用及び~~装着材料料は別に算定できない。

I 0 1 4 - 2 暫間固定装置修理

- (1) 暫間固定装置修理は、レジン床固定法及びレジン連続冠固定法による暫間固定装置の修理を行った場合に算定する。
- (2) レジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、1装置につき「1 簡単なもの」により算定する。
- (3) レジン床固定法に用いた暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、1装置につき「2 困難なもの」により算定する。

I 0 1 6 線副子

線副子とは、三内式線副子程度以上のものをいう。なお、三内式線副子程度に至らないものの~~についで~~は、それぞれの手術の所定点数に含まれる。

I 0 1 7 床副子

- (1) 「1 簡単なもの」とは、次のものをいう。
- イ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
 - ロ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床
 - ハ 手術にあたり製作したサージカルガイドプレート
- (2) 「2 困難なもの」とは、次のものをいう。
- イ 斜面板
 - ロ 咬合挙上副子 (顎関節症に対するスプリントを含む。)
 - ハ 乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース
 - ニ 固定用金属線による囲繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の高齢者や乳歯列を有する幼児などの顎骨髄炎において、腐骨摘出後欠損創に歯に結紮固定する副子の応用ができない場合に限る。）
 - ホ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のものを除く。）
 - ヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式を除き、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の~~様式算定~~に基づく場合に限る。）
- (3) 「3 著しく困難なもの」~~又は摂食機能の改善を目的とするもの~~における「著しく困難なもの」~~とは~~、次のものをいう。
- イ 咬合床副子
 - ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のもの。）
 - ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式で、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料に係る診療情報提供に基づく場合に限る。）
- (4) 「(2)のヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式を除く。）」及び「(3)のハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式）」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定~~する~~できる。
- (5) 咬合床副子、滑面板を顎間固定装置として用いた場合は、区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得及び区分番号M 0 0 5に掲げる装着~~の費用~~は1顎を単位として別に算定~~する~~できる。
- (6) 斜面板を製作する際の咬合採得は、斜面板の範囲に相当する歯数により区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロ 有床義歯」により算定する。

- (7) 咬合挙上副子の装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は1装置1回につき区分番号I 0 1 7-2に掲げる床副子調整の「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。ただし、区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の~~費用~~は算定できない。
- (8) 歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバートル式のもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のイの(2) 困難なもの」を、咬合採得を行った場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」を、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のものの以外のもの）を製作するにあたり、区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の~~費用~~は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のイの(1) 簡単なもの」により、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (10) 区分番号I 0 1 7に掲げる床副子の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求~~については~~、第12部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。
- (11) 睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の~~様式算定~~に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」を、咬合採得は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」を、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(2) 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。~~なおただし、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定することができる。~~
口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、1口腔につき区分番号I 0 1 7-2に掲げる床副子調整の「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付する~~こと~~。なお、医科歯科併設の病院である保険医療機関~~において~~算定した場合~~にあっては~~、院内紹介を受けた担当科名が記載された情報提供に係る文書を診療録に添付する~~こと~~。
- (12) 「~~4号 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの~~」における「~~摂食機能の改善を目的とするもの~~」とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、区分番号H 0 0 1に掲げる摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「ロ 旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。
- (13) 舌接触補助床の製作にあたり印象採得を行った場合は、~~=~~1装置につき区分番号M 0 0

3に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」を、咬合採得を行った場合は、~~区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの（2） 多数歯欠損」を、装着を行った場合は、~~区分番号M005に掲げる装着の「2のロの（2） 多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床の~~所定点数には、人工歯、鉤及びバー等の費用が含まれ、別に算定できない。~~

~~(14) 舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、補助床の調整を行った場合は、1口腔につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「1 摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」により算定する。~~

I017-2 床副子調整

- (1) 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、~~装着後1月以内に咬合床又は補助床の調整（装着時又は装着後1月以内に限る。）を行った場合は、1口腔につき1回を限度としてに限り~~「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の場合」により算定する。
- (2) 咬合挙上副子を装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は1口腔1回につき「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。なお、咬合挙上副子の調整の~~費用は、月1回を限度としてに限り算定する~~ことができる。
- (3) 「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の場合」及び「2 咬合挙上副子の場合」において調整を行った場合~~には、診療録に調整部位、調整方法等を記載すること。~~

I017-3 顎外固定

- (1) 「1 簡単なもの」とは、おとがい帽を用いて顎外固定を行った場合をいう。
- (2) 「2 困難なもの」とは、顎骨骨折の際に即時重合レジン、ギプス包帯等で顎外固定を行った場合又は歯科領域における習慣性顎関節脱臼の処置に際して顎帯による牽引又は固定を行った場合をいう。

I018 歯周治療用装置

- (1) 歯周治療用装置とは、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的とするために装着する冠形態又は床義歯形態の装置をいう。
- ~~(2) 「注1」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離搔爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の要否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」をいう。~~
- ~~(2-3)~~ 冠形態のものを連結してブリッジタイプの装置を製作した場合は、ポンティック部分は1歯につき「1 冠形態のもの」の所定点数により算定する。
- ~~(3-4)~~ 歯周治療用装置の~~所定点数には、印象採得、咬合採得、装着、調整指導、修理等の基本的な技術料及び床義歯型の床材料料等の基本的な保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分、すなわち人工歯、鉤及びバー等の費用については別途算定~~ することができる。

(4) 区分番号I018に掲げる歯周治療用装置の製作後に患者の都合等により診療を中止

した場合の請求は、第12部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (1) 歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去の費用を算定~~する~~できる歯冠修復物又は補綴物は、歯冠継続歯及び区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M009に掲げる第12部に掲げる充填、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M016に掲げる乳歯金属冠、区分番号M016-2に掲げる小児保険装置支台築造であり、仮封セメント、ストップング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一歯について2個以上の歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。
- (2) ポンティック及び歯冠継続歯破損の場合において、その一部の人工歯を撤去することにより修理可能な場合又は有床義歯の鉤を除去し調整を行うことにより義歯調整の目的が達成される場合に限り、所定点数を算定~~する~~できる。
- (3) 燐酸セメントの除去料は算定できない。
- (4) 鉤歯の抜歯~~又は後あるいは~~鉤の破損等のため~~に~~不適合となった鉤を連結部から切断した場合~~に~~は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、~~せしめて~~除去料を算定する。
- (5) 「2 困難なもの」の「困難なもの」とは、全部金属冠、当該歯が急性の歯髄炎又は根尖性歯周炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な金属歯冠修復物の除去をいう。
- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、(5)の他、次のものをいう。
- イ 固定用金属ピンの撤去（1本につき）
 - ロ 滑面板の撤去
 - ハ 整復装置の撤去（3分の1顎につき）
 - ニ ポンティックのみの除去（切断部位1箇所につき）
 - ホ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
 - ヘ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合=====
 - ト スクリューポストの除去（1本につき）
- (7) 「3 根管内ポストを有する鑄造体の除去」の「根管内ポストを有する鑄造体」とは、歯根の長さの3分の1以上のポストにより根管内に維持を求めるために製作された鑄造体をいう。
- (8) 根管内ポストを有する鑄造体の歯冠部が破折し、ポストのみを根管内に残留する状態にある鑄造体の除去についても、本区分の所定点数により算定する。

I 0 2 1 根管内異物除去

- (1) 当該費用を算定~~する~~できる異物とは、根管内で破折しているため除去が著しく困難なもの（リーマー等）をいう。

- (2) 当該~~保険~~医療機関にお~~ける~~で行われた治療に基づく異物について除去を行った場合
~~においては、当該点数を算定することはできない。~~

I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1 顎 1 回につき）

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1 顎 1 回につき算定する。なお、~~当該点数を算定有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号 H 0 0 1 - 2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1 の「1 有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、区分番号 H 0 0 1 - 2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1 の「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に区分番号 B 0 1 3 に掲げる新製有床義歯管理料~~もっている期間においては、~~区分番号 B 0 1 3 に掲げる義歯管理料及び B 0 1 3 - 2 に掲げる有床義歯調整管理料は算定できない。~~＝

I 0 2 3 心身医学療法

- (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~~様式算定~~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、症状の改善又は傷病からの回復を図る自律訓練法等をいう。
- (2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した歯科医師によって確定診断が可能な医科の保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。
- (3) 初診時~~は~~は診療時間が30分を超えた場合に限り算定~~する~~できる。この場合において、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、打診及び触診）及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。
- (4) 心身医学療法を行った場合は、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に基づく文書（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）を添付するとともに、治療の方法、内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録に記載する。
- (5) 入院の日及び入院の期間の取扱い~~は~~は、入院基本料の取扱いの例による。
- (6) 入院精神療法、通院・在宅精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者について~~は~~、心身医学療法は算定できない。

I 0 2 4 鼻腔栄養（1 日につき）

医科点数表の区分番号 J 1 2 0 に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

I 0 2 5 酸素吸入（1 日につき）

医科点数表の区分番号 J 0 2 4 に掲げる酸素吸入の例により算定する。

I 0 2 6 高気圧酸素治療（１日につき）

- (1) 高気圧酸素治療は、次の疾患に対して行う場合に限り、１日につき所定点数を算定する。
 - イ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
 - ロ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
 - ハ 皮膚移植又は皮弁移植
 - ニ 口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髓炎又は放射線壊死
- (2) ２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないもの~~については~~、１日につき区分番号 I 0 2 5 に掲げる酸素吸入により算定する。
- (3) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考と~~するべきものである~~。
- (4) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同~~＝~~日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (5) 高気圧酸素治療に使用した酸素及び窒素~~の費用については~~、区分番号 I 0 8 2 に掲げる酸素加算により算定する。

I 0 2 7 人工呼吸

- (1) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同~~＝~~日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (2) 人工呼吸と医科点数表の区分番号 D 2 2 0 に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号 D 2 2 3 に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号 D 2 2 5－２ に掲げる非観血的連続血圧測定を同~~＝~~日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び窒素~~の費用については~~、区分番号 I 0 8 2 に掲げる酸素加算により算定する。

I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置

- (1) 周術期専門的口腔衛生処置~~とは~~、「注 1」に規定する入院患者に対して、周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師は、周術期専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士~~の氏名に指示した内容~~を診療録に記載する~~こと~~。~~なおまた~~、当該処置を行った歯科衛生士は、~~歯科衛生士業務に関する記録簿に当該処置内容を作成記録すること~~。
- (3) 機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期専門的口腔衛生処置を実施した場合は、~~別に算定~~することができる。

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置

- (1) 機械的歯面清掃処置とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等を行い、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して月 1 回~~を限度としてに限り~~を限度として算定する。ま

た、機械的歯面清掃処置を算定する日の属する月の翌月及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。~~なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載すること。~~

- (2) 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。

I 0 3 1 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- (1) 「注1」に規定するう蝕多発傾向者とは、区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料の(12)に掲げる判定基準を満たすものをいう。なお、同区分の(13)についても準用する。

- (2) フッ化物歯面塗布処置は、次の取扱いとする。

イ フッ化物局所応用による指導管理に用いる局所応用フッ化物製剤とは、2%フッ化ナトリウム溶液、酸性フッ化リン酸溶液をいう。

ロ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が行う局所応用をいう。

ハ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

- (3) 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対してフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

第2節 処置医療機器等加算

I 0 8 2 酸素加算

医科点数表の区分番号 J 2 0 1 に掲げる酸素加算の例により算定する。

第3節 特定薬剤料

I 1 0 0 特定薬剤

- (1) 1回の処置に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1回の処置又は手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円（4点）以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。
- (3) (1)及び(2)でいう1回の処置とは、処置の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を1回とする。
- (4) テトラ・コーチゾン軟膏及びデヒドリン軟膏の使用量は、テラ・コートリル軟膏の場合と同様とする。
- (5) プレステロン軟膏及びテラ・コートリル軟膏を抜歯窩に使用することは、軟膏の基剤が吸収されずに異物として残り治癒機転を妨げるので、歯科医学的に妥当ではない。
- (6) 薬価基準第4部歯科用薬剤、外用薬(1)に収載されている薬剤のうち、軟組織疾患に使用する薬剤を外用薬として投与することは、歯科医師が自ら貼薬しなければ薬効が期待できない場合を除き認められる。

~~(7) 智歯周囲炎の歯肉介切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤（パッタ）の費用は算定できない。ただし、ドライソケットの場合はこの限りでない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合に限り特定薬剤として算定できる。~~

第4節 特定保険薬剤料

I 2 0 0 特定保険医療材料料

特定保険医療材料は、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成24年厚生労働省告示第111号）の別表Ⅴ及びⅥに規定する特定保険医療材料により算定する。

第9部 手術

通則

- 1 「通則1」、「通則2」及び「通則3」は、手術料算定の内容~~は~~は次の3通りあることを示しており、輸血料~~については、~~手術料の算定がなくとも単独で算定~~する~~できる。
 - (1) 手術料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
 - (2) 手術料＋輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
 - (3) 輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
- 2 手術料の所定点数とは手術料の項に掲げられた点数及び注加算の合計点数をいい、通則の加算点数は含まない。
- 3 通則の加算方法は手術料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計~~により~~算定する。
- 4 手術当日に行われる手術（自己血輸血を除く。）に伴う処置（ギプスを除く。）、検査における診断穿刺・検体採取及び注射の手技料は、特に規定する場合を除き、術前、術後を問わず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。ここでいう「診断穿刺・検体採取」とは、医科点数表の第3部第4節に掲げる診断穿刺・検体採取料に係るもの~~をいう~~である。
- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（包帯、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏）、外皮用殺菌剤、患者の衣類~~の費用~~及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤~~の費用~~は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合（特定薬剤 （区分番号J300に掲げる特定薬剤の（4）に掲げる場合は除く。））にあつては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤~~の費用~~を算定~~する~~できる。
- 6 「通則3」は、第1節に掲げられていない特殊な手術であつて、同節に掲げられている手術のうち、最も近似する手術の所定点数により算定することが妥当であるもの~~については、~~その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。なお、歯肉息肉除去手術及び簡単な手術~~の費用~~は基本診療料に含まれ算定できない。
- 7 「通則5」による6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算及び「通則6」による極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児に対する加算は、第1節の手術料の所定点数のみに対する加算である。
- 8 「通則5」又は「通則14」における著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算~~とは~~は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の~~障害に起因した~~行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するもの~~をいい~~であり、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。
- 9 「通則5」~~の~~における加算において6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 10 「通則5」、「通則6」及び「通則9」の適用範囲は、第1節の手術料に定める手術のみであつて、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤料及び特定保険医療材料料に対しては適用されない。

- 11 この部における「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。
- 12 「通則 8」の加算は、H I V－1 抗体価（ウエスタンブロット法）若しくは H I V－2 抗体価（ウエスタンブロット法）によって H I V 抗体が陽性と認められた患者又は H I V－1 核酸同定検査によって H I V－1 核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に 1 回 を限度としてに限り算定する。ただし、同 ＝日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- 13 「通則 9」の入院中の患者以外に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 14 「通則 9」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 15 「通則 9」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則 9」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」~~については~~、「通則 5」の加算の取扱いと同様である。
- 16 緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に 1 日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術 のを行った場合においては時間外等の加算は 算定できない認められない。
- 17 「通則 9」~~のにいう~~「所定点数が 150 点」とは、各区分に規定してある所定点数が 150 点 のものという趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合 ~~には~~、個々の所定点数が 150 点に達しなくとも、それらの 合計合算点数が 150 点以上のときは加算 するが認められる。
- 18 歯科領域における緊急疾病の場合（時間外）、例えば外傷時における手術で 2 本以上の歯を抜歯する場合であって、全体として一体と考えられる手術を行う場合 ~~においては~~、個々それぞれの抜歯の所定点数が 150 点に達しなくとも、各抜歯の所定点数の 合計合算点数が 150 点以上のときは、「通則 9」の加算が認められる。
- 19 手術を ~~開始した後~~、患者 ~~の病状~~の急変等やむを得ない事情により手術を 中止 ~~中途で中絶せざるを得なかった場合においては~~、当該 中止中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目 ~~の所定点数~~により算定する。
- 20 「通則 10」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に 1 回 を限度としてに限り算定する。ただし、同 ＝日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- イ 感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準に おいて、また医師による 届出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）
- ロ H B s 又は H B e 抗原によって抗原が陽性と認められた B 型肝炎患者
- ハ H C V 抗体価（定性、定量）によって H C V 抗体が陽性と認められた C 型肝炎患者
- ニ 微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者
- 21 「通則 12」でいう「特に規定する場合」とは、各区分における手術名の末尾に両側と記入し

たものを指す。~~なお、~~この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定~~する~~できる。

22 歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施~~する~~されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、~~当該~~患者に行った区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 0 0 に掲げる拔牙手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号 J 0 1 3 に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）~~及び、~~区分番号 M 0 2 9 に掲げる有床義歯修理~~は、~~~~について所定点数に~~所定点数の100分の50を~~所定点数に~~加算する。

23 「通則13」の神経移植術とは、区分番号 J 1 0 1 に掲げる神経移植術をいう。

24 「通則13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号 J 0 0 0 に掲げる拔牙手術から区分番号 J 0 0 4 - 3 に掲げる歯の移植手術~~まで~~を単独で行う場合~~については~~、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定~~を行うものとする。~~

25 「通則15」の加算は、病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定する。

~~26~~ 同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する~~こと~~。

~~27~~ 区分番号 J 0 8 4 から J 0 8 7 まで、J 0 8 8、J 0 9 8、J 0 9 9 及び J 1 0 0 に掲げる手術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時にを行った場合は、主たる手術~~の所定点数~~により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と~~他の当該~~手術とを同時に行った場合はこの限りで~~は~~ない。

~~28~~ 第9部に規定する以外の項目~~については~~、医科点数表の第2章第10部に掲げる手術の例により算定する。

第1節 手術料

J 0 0 0 拔牙手術

(1) 拔牙~~の費用~~は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

(2) 歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号 J 0 7 3 に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合~~において~~、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合~~は~~、区分番号 K 0 0 1 に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

(3) 拔牙と同時に歯肉を剥離して歯槽骨整形手術等を行った場合~~の費用~~は、当該拔牙手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(4) 「4 難拔牙」とは、歯根肥大、骨の癒着歯、歯根彎曲等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合をいう。高血圧等の全身状態との関連から、単に拔牙にあたり注意を要する拔牙~~については~~、「4 難拔牙」に含まない。

(5) 「4 難拔牙」又は「5 埋伏歯」において、完全拔牙が困難となりやむを得ず拔牙を中止した場合~~における費用~~は、それぞれ難拔牙の所定点数により算定する。

(6) 「5 埋伏歯」とは、骨性の完全埋伏歯又は歯冠部が3分の2以上の骨性埋伏である水平埋伏智歯をいう。

- (7) 埋伏智歯の隣接歯を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯が難抜歯であるときは当該隣接歯について、難抜歯の所定点数により算定する。
- (8) 抜歯の際、局所麻酔と併せて使用した抗生物質製剤の注射~~については~~、第6部注射~~の費用~~の算定方法により算定する。この場合において、~~局所麻酔の費用~~は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、~~脳貧血等~~患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。

J 0 0 0 - 2 歯根分割掻爬術

歯周疾患を原因とせず髓床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分岐部の病変に対して、歯根分割を行い分岐部病変の掻爬を行って歯の保存を図った場合に、1歯単位で所定点数を算定する。

J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術

- (1) 「1 抜歯窩から行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、抜歯窩より行った場合に算定する。
- (2) 「2 犬歯窩開さくにより行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、犬歯窩を開さくして行った場合に算定する。
- (3) 当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、区分番号 J 0 0 0 に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 0 1 ヘミセクション（分割抜歯）

- (1) 複根歯において必要があつて保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合~~の費用~~は、所定点数により算定する。
- (2) ヘミセクション（分割抜歯）と同時に歯肉を剥離して~~＝歯槽骨整形手術等を行った場合の費用~~は、ヘミセクション（分割抜歯）の所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 0 2 抜歯窩再掻爬手術

抜歯窩に対して再掻爬手術を行った場合は、1歯に相当する抜歯窩を単位として所定点数を算定する。

J 0 0 3 歯根嚢胞摘出手術

- (1) 歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは、当該歯根嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。
- (2) 歯根嚢胞摘出手術と歯槽骨整形手術を同時に行った場合は、当該歯槽骨整形手術~~の費用~~は~~＝歯根嚢胞摘出手術の所定点数に含まれ別に算定できない。~~

J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

- (1) 歯根端切除手術と同時に行った根管充填~~については別に算定~~することができる。
- (2) 歯根端切除手術を行うに際して、歯根端切除部の根管の閉鎖を行った場合~~の費用~~は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 次の手術は~~算定できない認められない。~~

イ 乳歯に対する歯根端切除手術

ロ 歯冠修復物のある歯の歯根端切除手術を行った際における、根尖孔にレジン充填を行う術式

ハ 歯根端掻爬手術

(4) 当該保険医療機関~~において行った~~治療に基づかない、根管外に突出した異物又は顎骨内に存在する異物等を、骨の開さくを行って除去した場合は、~~同一の骨の開さくにおいて除去した異物の数にかかわらず~~、1回につき本区分により~~の所定点数で~~算定する。なお、歯根端切除手術と同時に行った顎骨内異物除去~~の費用は~~、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 歯内治療が~~困難な~~では治療が~~できなかった~~根尖病巣を有する保存が可能な~~小臼歯又は~~大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に手術内容の要点を記載し、本区分により算定する。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。――

(6) 2は、区分番号E000に掲げる写真撮影の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した患者に対し、歯科CT撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて行った場合に算定する。この場合において、使用した手術用顕微鏡の名称を診療録に記載する。

(7) 2については、他の医療機関で歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した患者に対して行った場合は算定できない。

J004-2 歯の再植術

- (1) 外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。
- (2) 歯の再植術と併せて、同時に行った~~根管治療~~抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I008に掲げる根管充填~~及び区分番号I008-2に掲げる加圧根管充填処置の所定点数に~~限り別に算定~~する~~できる。
- (3) 外傷による幼若永久前歯の脱臼時に歯の再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合は、~~歯内療法に係る費用は別に算定~~する~~ことができる。~~
- (4) 診療録に手術内容の要点を記載する~~こと。~~

J004-3 歯の移植手術

- (1) 保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から~~抜歯と同時に~~抜去した埋伏歯又は智歯を~~抜歯と同時に~~移植した場合に限り算定する。
- (2) 歯の移植手術と一連で行った~~根管治療~~抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号I005に掲げる抜髄、I007に掲げる根管貼薬処置、~~及び区分番号I008に掲げる根管充填及び区分番号I008-2に掲げる加圧根管充填処置の所定点数に~~限り別に算定~~する~~できる。
- (3) 診療録に手術内容の要点を記載する~~こと。~~

J006 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

- (1) 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術~~の費用は~~、1歯に相当する範囲を単位として~~所定点数により~~算定する。
- (2) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔がある場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離~~により~~を行って実施した~~とき場合は~~、本区分の~~所定点数~~及び保険医療材料料を算定する。

J007 顎骨切断端形成術

顎骨腫瘍の摘出等を行い、治癒後に口蓋補綴、顎補綴を行うに当たり顎骨断端の鋭縁等の

整形手術を行った場合に算定する。

J 0 0 8 歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む）

歯肉、歯槽部腫瘍手術とは、歯肉若しくは又は歯槽部に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。

J 0 0 9 浮動歯肉切除術

浮動歯肉切除術は、有床義歯を製作するに当たり義歯床の安定を阻害する浮動歯肉（義歯性線維腫（症）を含む。）の切除を行った場合に算定する。

J 0 1 0 顎堤形成術

（１） 「１ 簡単なもの」とは、義歯の製作に当たり口腔前庭を拡張することにより顎堤の形成を行ったもの又は口腔前庭形成手術をいう。

（２） 「２ 困難なもの（２分の１顎未満）」及び「３ 困難なもの（２分の１顎以上）」とは、腫瘍摘出等による顎欠損に対して当該摘出術とは別の日に、骨移植及び人工骨の挿入等により顎堤の形成を行ったものをいう。

（３） （２）について、人工骨の挿入に要する費用については、「２ 困難なもの」の所定点数に含まれる。

（４） 口腔外から骨片を採取して骨移植術を行った場合は、区分番号 J 0 6 3－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数を併せて算定する。なお、骨片切採術の手技料は区分番号 J 0 6 3－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数に含まれ、骨移植に用いる骨片をその必要があつて ２箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該骨の採取術に係る手技料は算定できない。

（５） 顎堤形成術の所定点数には、手術のために使用する床の製作に要する費用を含むものであるが、義歯を製作して手術のために使用した場合は別に 区分番号 M 0 1 8 に掲げる有床義歯の所定点数を算定する。

J 0 1 1 上顎結節形成術

上顎結節形成術は、上顎臼後結節が偏平となっているものに対して、義歯の安定を図るために上顎結節部を形成した場合に算定する。

J 0 1 2 おとがい神経移動術

おとがい神経移動術は、おとがい孔部まで歯槽骨吸収が及び、義歯装着時に神経圧迫痛があるため、義歯の装着ができないと判断される患者に対し、行った場合に算定する。

J 0 1 3 口腔内消炎手術

（１） 口腔内消炎手術とは、炎症病巣に対して口腔内より消炎手術を行うものをいい、同一病巣に対する消炎手術を同時に２以上実施しても、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

（２） 辺縁性歯周炎の急性発作に対する消炎手術は、「２ 歯肉膿瘍等」により算定する。

（３） 顎炎及び顎骨骨髓炎に対して骨の開さく等を行い、消炎を図った場合は、「４ 顎炎又は顎骨骨髓炎等」の該当項目により算定する。なお、顎炎とは顎骨内の感染を初発とする広範囲にわたる炎症をいう。

（４） 本区分の算定に当たっては、手術部位、症状及び手術内容の要点を診療録に記載すること。

J 0 1 5 口腔底腫瘍摘出術

~~＝~~口腔底腫瘍摘出術~~＝~~とは、口腔底に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術

- (1) ~~＝~~口腔底迷入下顎智歯除去術~~＝~~は、当該保険医療機関~~のにおいて行った治療に基づか~~
ない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術を行った場合に算定する。
- (2) 当該保険医療機関~~のにおいて行った治療に基づく場合は、J 0 0 0 に掲げる抜歯手術~~
の所定点数に含まれ~~＝~~別に算定できない。

J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術

- (1) 口腔底悪性腫瘍手術その他の悪性腫瘍手術の加算の対象となる頸部郭清術（ネックデ
ィセクション）とは、単なる病変部のリンパ節の清掃ではなく、片側又は両側の頸部領
域組織の徹底的な清掃を行う場合をいう。
- (2) 他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清の加算は所定点数に含まれ別に算
定できない。なお、単独に行った場合は、医科点数表の区分番号K 6 2 7に掲げるリン
パ節群郭清術の「2 頸部（深在性）」により算定する。

J 0 1 7 舌腫瘍摘出術

~~＝~~舌腫瘍摘出術~~＝~~とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術

~~＝~~口蓋腫瘍摘出術~~＝~~とは、口蓋に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く）を摘出する
手術をいう。

J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術

顎・口蓋裂形成手術の2次手術において、腸骨海綿骨移植を行った場合は、「3 顎裂を
伴うもの」~~の所定点数に併せて、区分番号J 0 6 3 - 2に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含
む。）の所定点数により算定する。~~

J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術

- (1) 頬、口唇、舌小帯形成術は、次の場合に算定する。
- イ 頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合
 - ロ 頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合
 - ハ 小帯等を切除して開窓術を行った場合
 - ニ ピエール・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合
- (2) (1)に掲げる手術を、2分の1顎の範囲内における複数の頬小帯に対して行った場合
は、2箇所以上であっても1箇所として主たる手術の所定点数のみにより算定する。

J 0 3 0 口唇腫瘍摘出術

~~＝~~口唇腫瘍摘出術~~＝~~とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J 0 3 3 頬腫瘍摘出術

- (1) 頬腫瘍摘出術とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。
- (2) 下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔外より摘出を行った場合は、本
区分により算定する。

J 0 3 4 頬粘膜腫瘍摘出術

頬粘膜腫瘍摘出術とは、頬粘膜に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J 0 3 7 上顎洞口腔瘻閉鎖術

- (1) 「2 困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。
- (2) 上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術~~にたいして~~は、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。
- (3) 「3 著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の製作・移動術及び口腔粘膜移植術~~の費用~~は「3 著しく困難なもの」の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「3 著しく困難なもの」について植皮術を併せて行った場合は区分番号 J 0 8 9 に掲げる分層植皮術、J 0 8 9 - 2 に掲げる全層植皮術又は区分番号 J 0 9 0 に掲げる皮膚移植術（生体・培養）の所定点数を合算して算定する。
- (5) 「3 著しく困難なもの」について、口腔粘膜弁及び口腔粘膜移植以外の区分番号 J 0 9 1 に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術から区分番号 J 0 9 7 に掲げる粘膜移植術までの手術を併せて行った場合は主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50を加算して算定する。
- (6) 腫瘍摘出等により上顎洞又は鼻腔に比較的大きな穿孔を生じた場合の閉鎖術は「3 著しく困難なもの」により算定する。
- (7) 埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、後日二次的に創腔の閉鎖を行った場合は、「1 簡単なもの」により算定する。

J 0 4 1 下顎骨離断術

下顎骨骨折により、顎偏位のままで異常癒着を起し、咬合不全を伴っている場合に異常癒着部を離断し整復を行った場合は、本区分~~の所定点数~~により算定する。

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

顎骨に生ずるエナメル上皮腫に対する手術は、「1 切除」又は「2 切断」の各区分により算定する。また、単胞性エナメル上皮腫の手術の場合も同様に「1 切除」又は「2 切断」の各区分により算定する。

J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

- (1) 顎骨腫瘍摘出術とは、顎骨内に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。
- (2) 萌出困難な歯に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合は、「1 長径3センチメートル未満」により算定する。

J 0 4 5 口蓋隆起形成術

義歯の装着に際して口蓋隆起が著しい障害となるような症例に対して、口蓋隆起を切除、整形した場合に算定する。

J 0 4 6 下顎隆起形成術

義歯の装着に際して下顎隆起が著しい障害となるような症例に対して、下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。 =====

J 0 4 7 腐骨除去手術

2 歯までの範囲であれば顎骨に及ぶものであっても「1 歯槽部に限局するもの」により

算定する。

J 0 4 8 口腔外消炎手術

- (1) 口腔外消炎手術における長さ（2センチメートル未満等）とは、膿瘍、蜂窩織炎等の大きさをいい、切開を加えた長さではない。
- (2) 重症な顎炎等に対して複数の切開により、口腔外からの消炎手術を行った場合は、「2のイ 3分の1顎以上の範囲のもの」により算定する。
- (3) 広範囲で極めて重症な顎炎等に対して、中・下顎部又は鎖骨上窩等を切開し、口腔外から消炎手術を行った場合は、「2のロ 全顎にわたるもの」により算定する。

J 0 5 3 唾石摘出術

- (1) 「1 ┘＝表在性のもの~~＝~~とは、導管開口部分付近に位置する唾石をいう。
- (2) 「2 ┘＝深在性のもの~~＝~~とは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。
- (3) 外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したもの~~に付き~~は、「3 ┘＝腺体内に存在するもの~~＝~~により算定する。 ＝
- (4) 所期の目的を達成するために複数回実施した場合も一連として算定する。＝

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

耳下腺腫瘍摘出術とは、耳下腺に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術及び歯周組織再生誘導手術をいう。なお、歯周外科手術の実施にあたっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とする~~こと~~。
- (2) 歯周外科手術と同時に行われる区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 歯周外科手術における縫合又はパック~~の費用~~はそれぞれの所定点数に含まれる。
- (4) 「注4」の「簡単な暫間固定」とは、固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。
- (5) 歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定~~の費用~~は、歯周外科手術とは別に区分番号I 0 1 4に掲げる暫間固定の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。 ＝
- (6) 暫間固定に当たって印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 副子」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき、装置の範囲に相当する歯数が8歯以下の場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(1) 少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合~~は~~は1装置につき区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定~~する~~＝。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。
- (7) 歯肉剥離搔爬手術と併せて、区分番号J 0 6 3－2に掲げる骨移植術（軟骨移植術を

含む。)を行った場合は、歯肉剥離搔爬手術及び区分番号 J 0 6 3 - 2 に掲げる骨移植術(軟骨移植術を含む。)のそれぞれの~~所定点数~~を併せて算定する。

- (8) 「5 歯周組織再生誘導手術」~~については~~、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、区分番号 D 0 0 2 に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき、根分岐部病変又は垂直性骨欠損を有する歯に対して、吸収性膜又は非吸収性膜の固定を行った場合に、「イ 1 次手術」の所定点数により算定する。また、「イ 1 次手術」において、非吸収性膜を使用した場合であって、一定期間の経過観察後、非吸収性膜を除去した場合においては、「ロ 2 次手術」の所定点数により算定する。なお、歯周組織再生材料は~~は~~別に算定する。
- (9) 「5 歯周組織再生誘導手術」を実施した場合は、エックス線撮影等により得られた術前の対象歯の根分岐部病変又は垂直性骨欠損の状態、手術部位及び手術内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。
- (10) 「5 歯周組織再生誘導手術」を算定した場合は、「4 歯肉剥離搔爬手術」は別に算定できない。
- (11) 区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数の100分の30により算定する。
- (12) 「注5」に規定する加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。

J 0 6 3 - 2 骨移植術(軟骨移植術を含む)

- (1) 「1のイ 簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (2) 「1のロ 困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (3) 「2 同種骨移植」~~とは、同種骨移植をいい~~、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。
- (4) 骨移植術を行った場合は、他の手術~~との所定点数に~~骨移植術の~~所定点数~~を併せて算定~~する~~~~できる~~。なお、骨移植術の~~所定点数~~は、骨片切採術の手技料~~が~~含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があつて2箇所(例えば脛骨と骨盤)から切除した場合であっても当該採取に~~係~~手技料は別に算定できない。
- (5) 移植術は、採取した骨片を複数箇所に移植した場合も~~は~~1回の算定とする。
- (6) 「1 自家骨移植」の「ロ 困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合~~については~~、本区分を算定せず、区分番号 J 0 6 3 - 3 に掲げる骨(軟骨)組織採取術を算定する。
- (7) 自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「1のロ 困難なもの」により算定する。
- (8) 同種骨移植を行うにあたっては、日本整形外科学会の作成した「整形外科移植に関するガイドライン」及び「冷凍ボーンバンクマニュアル」等のガイドラインを参考~~とし~~、適切に行われることが望ましい。

J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術

区分番号 J 0 6 3 - 2 に掲げる骨移植術の「1 のロ 困難なもの」の実施にあたり、骨片採取のみに終わり骨移植に至らなかった場合に限り算定する。

J 0 6 4 歯肉歯槽粘膜形成手術

- (1) 歯肉歯槽粘膜形成手術~~とは~~は、歯周疾患の治療において、必要があつて各号に掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「1 歯肉弁根尖側移動術」から「3 歯肉弁側方移動術」までは1歯単位により~~算定し~~、「4 遊離歯肉移植術」及び「5 口腔前庭拡張術」は手術単位により~~算定するものとする~~。
- (2) 「1 歯肉弁根尖側移動術」~~とは~~は、付着歯肉の幅が狭く付着歯肉の幅の増加を目的として行つた~~場合~~又は歯周病で深いポケットが存在し、歯肉歯槽粘膜境を超えて存在し~~そのいるような場合に付着歯肉の幅の増加及び歯周ポケットの除去を目的として行つた場合に算定する~~。
- (3) 「2 歯肉弁歯冠側移動術」~~とは~~は、歯冠側へ歯肉弁を移動させ露出した歯根面の被覆を目的として行つた場合に限り算定する。
- (4) 「3 歯肉弁側方移動術」~~とは~~は、歯肉退縮によって歯根面の露出している孤立した少数歯の露出部位に隣接歯の辺縁歯肉から側方に歯肉弁を移動させ露出した歯根面を修復することを目的として行つた場合に算定する。
- (5) 「4 遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものをいい~~であり、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に転位歯等を抜去した際、隣在歯の歯根面が露出し、知覚過敏等の障害のおそれがあるときに手術を行った場合に算定する。ただし、粘膜面への移植は容易であるが、セメント質が露出している歯根面に対しての移植は困難である~~。
- (6) 「5 口腔前庭拡張術」~~とは~~は、次により口腔前庭の拡張を行つた場合に限り算定する。
イ 頬唇側の口腔前庭が浅いために、十分なブラークコントロールが行えない場合
ロ 又は歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合において口腔前庭の拡張を行つた場合に限り算定する。
- (7) 「5 口腔前庭拡張術」と同時に行つた小帯（頬、口唇、舌小帯等）の切離移動又は形成~~の費用は、口腔前庭拡張術の所定点数に含まれ別に算定できない~~。
- (8) 実施にあたっては、診療録に手術部位、~~症状~~及び手術内容の要点を記載する~~こと~~。

J 0 6 6 歯槽骨骨折観血的整復術

歯槽骨骨折に対し、歯肉粘膜を剥離して観血的に歯槽骨の整復を行つた場合に算定する。

J 0 6 9 上顎骨形成術

- (1) 「単純な場合」とは、上顎骨發育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症、過蓋咬合症等に対し、Le Fort I 型切離又は上顎骨部分切離により移動を図る場合をいう。
- (2) 「複雑な場合及び2次的再建の場合」とは、同様の症例に対し、Le Fort II 型又はLe Fort III 型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し2次的骨性再建を行う場合をいう。

J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術

頬骨骨折観血的整復術とは、頬骨又は頬骨弓の骨折を観血的に整復する手術をいう。

J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術

下顎骨折非観血的整復術の「注」の加算は、連続した歯に対して、三内式線副子以上を使用した結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術

「2 両側」は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。

J 0 7 3 口腔内軟組織異物（人工物）除去術

- (1) 「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る費用は、「1 簡単なもの」~~の所定点数~~により算定する。
- (2) 「困難なもの」とは、除去に当たって組織の剥離を必要とするものをいう。
- (3) 「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。
- (4) 口腔内軟組織異物（人工物）除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を1回~~を限度としてに限り~~算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。
- (5) 「1 簡単なもの」、「2 困難なもの」及び「3 著しく困難なもの」のうち、2以上を同時に行った場合は、主たる手術~~の所定点数~~のみにより算定する。
- (6) 口腔組織にささっている魚骨を除去した場合~~の費用~~は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

J 0 7 4 顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術

- (1) 「1 簡単なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた金属線又はスクリューの除去を行った場合に算定する。
- (2) 「2 困難なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合に算定する。

J 0 7 5 下顎骨形成術

下顎前突のとき下顎両側第一小臼歯を抜歯し、この部位で下顎骨を切断して後退させる下顎前突症手術は、「1 おとがい形成の場合」により算定する。

J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術

医科点数表の区分番号K 4 4 4 - 2に掲げる下顎骨延長術の例により算定する。

J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎が同時に骨折した場合等、複数の骨に対して観血的手術を行った場合に算定する。

J 0 7 7 顎関節脱臼非観血的整復術

顎関節脱臼非観血的整復術は、片側につき~~、所定点数を~~算定する。

J 0 8 0 顎関節授動術

- (1) 徒手的授動術とは、~~＝パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を併用してした場合）とは顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に~~下顎を授動することにより顎関節可動域の増加授動を目的とする~~図ったもの~~をいう。~~＝~~

~~なお、~~この場合において、関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号G 0

07に掲げる関節腔内注射又は区分番号G008に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。――

(2) 顎関節鏡下授動術とは、主に繊維性癒着を適応とし、関節の可動域を制限している関節内癒着部を内視鏡下にメス、シェイバー、レーザー等を用いて切離し、可動域の増加を目的とするものをいう。

(3) 開放授動術とは、主に強直症を適応とし、顎関節を切開開放して直視下に癒着部の切離又は切除を行うことで可動域の増加を目的とするものをいう。

(4) ~~2~~ 癒痕性顎関節強直症に対する手術の費用は、「3 開放授動術」により算定する。

(5) ~~3~~ 筋突起過長による顎運動障害等 ~~のためで~~、筋突起形成術を行った場合 ~~の費用は~~、「3 開放授動術」により算定する。＝――

J081 顎関節円板整位術

(1) 顎関節鏡下円板整位術とは、関節鏡視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

(2) 開放円板整位術とは、顎関節を切開開放して直視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

J082 歯科インプラント摘出術

(1) 他の医療機関で埋植した歯科インプラントを撤去した場合に、当該摘出物の種別に応じて算定する。

(2) 同一又は他の保険医療機関で埋入した区分番号J109に規定する広範囲顎骨支持型装置を撤去した場合は、本区分の ~~所定点数~~ により算定する。

J083 顎骨インプラント摘出術

(1) 「顎骨インプラント」とは、腫瘍摘出後等による顎骨欠損に対して埋植した人工骨及び人工骨頭等の欠損補綴用人工材料（体内）をいう。

(2) 埋植した顎骨インプラントを感染による化膿や破折等の理由で ~~＝~~ やむを得ず摘出した場合は、~~に行った顎骨インプラント摘出術を算定する~~。ただし、当該 保険 医療機関 ~~のにおいて行われた治療に基づく異物（骨折手術に用いられた金属内副子等を除く。）について除去を行っても、~~ 区分番号J073に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術、区分番号J074に掲げる顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術及び区分番号J082に掲げる歯科インプラント摘出術 ~~においては、所定点数は算定できない。~~

J084 創傷処理

(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のこと ~~をいうである。~~ ここで筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

(2) 創傷が数 ~~箇所~~ 箇所 あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにする ~~こと~~。

(3) 「注2」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。

(4) 「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り

算定するできる。

- (5) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置の費用は「4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）」により算定する。
- (6) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）の費用につきは、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）

- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことをいうである。なお、ここで筋肉又は臓器に達するものとは、たんに創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。
- (2) 創傷が数箇所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷につきはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 「注2」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあつては肘関節以下及び下肢にあつては膝関節以下（足底部を除く。）をいう。
- (4) 「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であつて、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定するできる。
- (5) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置の費用は、「6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）」により算定する。
- (6) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）の費用につきは、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

J 0 8 5 デブリードマン

- (1) 区分番号J 0 8 9に掲げる全層、分層植皮術から区分番号J 0 9 7に掲げる粘膜移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。
- (2) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であつて、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。

J 0 8 9 分層植皮術及びJ 0 8 9 - 2 全層植皮術

デルマトームを使用した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）、J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体）

医科点数表の区分番号K 0 1 4に掲げる皮膚移植術（生体・培養）及び医科点数表の区分番号K 0 1 4 - 2に掲げる皮膚移植術（死体）の例により算定する。

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うにあたり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号K 9 3 6 - 3に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

区分番号J 0 9 6に掲げる自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うにあたり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号K 9 3 6 - 3に掲

げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号K 6 1 1に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置の例により算定する。

J 1 0 0 - 2 中心静脈~~注射栄養~~用植込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号K 6 1 8に掲げる中心静脈~~注射栄養~~用植込型カテーテル設置の例により算定する。

J 1 0 2 交感神経節切除術

(1) 疼痛等に対して、眼窩下孔部又はおとがい孔部で末梢神経遮断（挫滅又は切断）術を行った場合に算定する。

(2) おとがい孔部における末梢神経遮断（挫滅又は切断）術と同時に行ったおとがい孔閉鎖に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

口腔領域の皮膚（粘膜）腫瘍又は皮下（粘膜下）腫瘍に対して冷凍凝固摘出術を行った場合に算定する。

J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術

医科点数表の区分番号K 0 0 7に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の例により算定する。

J 1 0 5 瘢痕拘縮形成手術

単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うような外傷又は腫瘍摘出術等による瘢痕性拘縮の症例に対して、瘢痕拘縮形成手術を行った場合に算定する。

J 1 0 6 気管切開術

(1) 口腔領域における腫瘍等による気管閉鎖で、気道確保のため救急的に気管切開を行った場合に算定する。ただし、手術に伴う一連の行為として気管切開を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭ではないものに限る。）は、区分番号I 0 0 9 - 2に掲げる創傷処置の「1 100平方センチメートル未満」により算定する。

(3) この際用いた気管切開後のテフロンチューブ等~~については~~は医科点数表の例により算定する。

J 1 0 7 気管切開孔閉鎖術

手術に伴い行われた気管切開又は救急的な気道確保のため行われた気管切開による切開孔を、当該気管切開を行った日とは別の日に閉鎖した場合に算定する。

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

耳下腺悪性腫瘍摘出後の顔面神経麻痺に対して動的形成手術又は静的形成手術を行った場合に算定する。

J 1 0 9 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

(1) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物（以下「広範囲顎骨支持型装置」という。）のインプラント体（以下「インプラント体」という。）及びアバットメント（以下「アバットメント」という。）について、顎骨内へインプラント体を埋入する手術又はアバットメントを連結す

るインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除等を行う手術をいう。

- (2) 「1 1 回法によるもの」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを軟組織（口腔粘膜）上に露出させることまでを1回で行う手術をいう。
- (3) 「2 2 回法によるもの」の「イ 1 次手術」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結せずに軟組織（口腔粘膜）を一次閉鎖する手術で、2回に分けて行われる手術の1回目に行われる手術をいう。
- (4) 「2 2 回法によるもの」の「ロ 2 次手術」とは、埋入したインプラント体周囲の骨組織の治癒を一定期間待った後、アバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除を行う手術で、2回に分けて行われる手術の2回目に行われる手術をいう。
- (5) 当該手術は、~~次~~~~次~~のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する~~できる~~。
- イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例（歯周疾患及び加齢による骨吸収は除く。）又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲について~~は~~、上顎にあつては~~＝~~連続した3分の1顎程度以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあつては~~＝~~連続した3分の1顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。
- ロ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。
- (6) 当該手術の保険医療材料料は別に算定する。
- (7) 当該手術を実施した場合は、診療録に症状、手術部位、手術内容及び埋入した材料等を記載する~~こと~~。また、ロに関しては主治の医師からの文書を添付する~~こと~~。

J 1 1 0 広範囲顎骨支持型装置搔爬術

広範囲顎骨支持型装置搔爬術とは、区分番号M 0 2 5－2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者であつて、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいい、同一初診期間中1回を限度として算定する。

＝

第2節 輸血料

J 2 0 0 輸血

医科点数表の区分番号K 9 2 0に掲げる輸血の例により算定する。

J 2 0 0－2 輸血管理料

医科点数表の区分番号K 9 2 0－2に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第3節 手術医療機器等加算

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定~~しするもの
であり~~、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。
- (2) ナビゲーションによる~~もの支援~~とは、手術前又は手術中に得た画像を~~3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理することで手術を補助する目的で用いることをいう。~~
- (3) 実物大臓器立体モデルによる支援とは、手術前又は手術中に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

第4節 ~~薬剤料~~

J 2 0 1 薬剤

手術後の薬剤病巣撤布~~については~~、次の手術後に実施されたとき、その薬剤料を第9部手術第4節により併せて算定~~する~~できる。

- (1) 口腔領域の悪性腫瘍手術及びこれらに準ずる手術
- (2) 顎骨及び顎関節の形成術
- (3) 腐骨除去手術で広範囲のもの
- (4) 口腔領域の複雑骨折に対する観血的整復手術及びこれらに準ずるような開放性外傷に対する手術

第5節 ~~特定薬剤料~~

J 3 0 0 特定薬剤

- (1) 1回の手術に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1回の手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。
- (3) (1)でいう1回の手術とは、手術の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を1回とする。
- (4) 特定薬剤における生理食塩水及びアクリノールは、当該手術を行うに当たり入院を必要とする手術を行った際に、当該手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合に限り、当該手術の所定点数の他、その費用を算定する。
- (5) その他~~については~~、区分番号I 1 0 0に掲げる特定薬剤の(4)から(8)の例により算定する。
- (6) 智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤（パック）は、ドライソケットの場合を除き算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合は、特定薬剤として算定する。

第6節 特定保険医療材料料

J 4 0 0 特定保険医療材料

当該手術の実施のために使用される特定保険医療材料~~について~~は、材料価格を10円で除して得られた点数により算定する。

第10部 麻 酔

通則

- 1 「通則2」、「通則3」及び「通則4」の規定は、第1節の所定点数（ただし、酸素及び窒素を使用した場合の加算を除く。）のみに適用され、第2節薬剤料~~に対しては~~適用されない。
- 2 「通則2」における著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定~~しずるものであり~~、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 3 「通則2」における加算において6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 4 「通則4」における加算は、時間外加算等の適用される処置及び手術に伴って行われた麻酔に対して、第9部手術の時間外加算等と同様の取扱い~~により~~で算定されるもので、当該処置及び手術の所定点数が150点に満たない場合の加算は~~算定できない認められない~~。
- 5 「通則4」における時間外加算等の取扱いは、初診料における場合と同様とするである。
- 6 麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算~~をが算定する~~できる緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定~~する~~できる。
- 7 その他の麻酔法の選択について、従前から具体的な規定のないものは~~はに~~は、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を~~選択する~~選ぶべきものである。
- 8 第10部に規定する麻酔料以外の麻酔料の算定は医科点数表の例により算定する。

第1節 麻酔料

K 0 0 1 浸潤麻酔

- (1) 第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成~~の所定点数には~~、浸潤麻酔~~の費用~~が含まれ別に算定できない。
- (2) う蝕症又は象牙質知覚過敏症等の歯に対する所定点数が120点未満の処置に浸潤麻酔を行った場合~~の費用は~~、術野又は病巣を単位として~~所定点数により~~算定する。

K 0 0 2 吸入鎮静法

- (1) 吸入鎮静法は、亜酸化窒素等を用いてゲーデルの分類の麻酔深度の第1期において歯科手術等を行う場合に算定する。
- (2) 吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用~~の算定については~~、別に定める「酸素及び窒素の価格」（平成2年厚生省告示第41号）に基づき算定する。
- (3) 酸素又は窒素の価格は、区分番号I 0 2 5に掲げる酸素吸入及び医科点数表の区分番号L 0 0 8に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注3の例により算定する。

K 0 0 3 静脈内鎮静法

- (1) 静脈内鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象として、薬剤を静脈内投与することにより鎮静状態を得る方法であり、歯科手術等を行う場合に算定する。
- (2) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、「歯科診療における静脈内鎮静法ガイドライン」（平成21年9月日本歯科医学会）を参考とすし、術前、術中及び術後の管理を十分

に行い、当該管理記録を診療録に添付する~~こと~~。

- (3) 静脈内鎮静法を算定した場合は、区分番号K 0 0 2に掲げる吸入鎮静法~~に係る費用は~~別に算定できない。
- (4) 静脈内鎮静法において用いた薬剤に係る費用~~については、別に~~算定~~する~~ことができる。
- (5) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、緊急時に適切な対応ができるよう、あらかじめ医科の保険医療機関と連携~~する~~~~もしていること~~。

第2節 薬剤料

K 1 0 0 薬剤

1回の麻酔に麻酔薬剤を2種以上使用した場合であっても使用麻酔薬剤の合計薬価から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて麻酔薬剤料を算定する。

第11部 放射線治療

医科点数表の第2章第12部に掲げる放射線治療（区分番号M000-2に掲げる放射性同位元素内用療法管理料、区分番号M001-2に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号M001-3に掲げる直線加速器による放射線治療、区分番号M002に掲げる全身照射及び区分番号M005に掲げる血液照射を除く。）の例により算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第1節中の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。」等と規定されているものを除き、第1節の各区分の所定点数に第3節の特定保険医療材料料を合算して算定する。
- 2 歯冠修復及び欠損補綴を行った場合の費用の算定は、一連の歯冠修復及び欠損補綴の所定点数を併せて算定することができる。
- 3 印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着については、それぞれの診療行為を行った際に算定する。
- 4 歯冠修復の当日に行うう蝕処置の費用については、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 5 有床義歯、ブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）等において人工歯を使用した場合の当該人工歯の費用は、人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は1組として、片側の場合は2分の1組として、それぞれ人工歯材料料として算定する。
- 6 「通則3」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴についてであっても、この部に規定している歯冠修復及び欠損補綴のうち、最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の所定点数による算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数の準用を可能とする旨をすることができる趣旨の規定している。
- 7 「通則4」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、第1節の所定点数の100分の50を加算する。
- 8 「通則4」又は「通則7」の著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定する。ものでありこの場合において、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 9 6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合（100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。
- 10 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、暫間被覆冠（区分番号M003-2に掲げるテンポラリークラウン及び区分番号M004に掲げるリテーナーを除く。）、特定薬剤等の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- 11 歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、歯科訪問診療において通院困難な療養中の当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）及び区分番号M029に掲げる有床義歯修理は、について所定点数に所定点数の100分の50を所定点数に加算する。
- 12 「通則8」でいう検査とは、区分番号D004に掲げる平行測定から区分番号D009に掲げる顎運動関連検査までをいう。
- 13 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料（補綴物維持管理料）の「注

- 1」に係る地方厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行い装着した場合~~については~~、当該歯冠補綴物及びブリッジに係る補綴関連検査、歯冠修復及び欠損補綴に係る一連の費用の所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。また、当該歯冠補綴物等の製作に先立ち~~区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填~~区分番号I 0 0 8-2に掲げる加圧根管充填処置を行った場合~~であっても~~、~~区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填の「注1」の加圧根管充填~~当該処置に係る~~加算の費用~~は算定できない。
- 14 保険給付外診療で製作された歯冠修復物及び欠損補綴物であって、後日、脱落した際の再装着~~の費用~~及び破損した場合の修理~~の費用~~は、保険給付の再装着、修理と同一の場合であっても保険給付の対象~~とはならない~~~~には認められない~~。なお、他院で製作された歯冠修復物及びブリッジであって、装着後、区分番号M 0 0 0-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注2」に規定する期間に相当する期間を経過したもの~~については~~はこの限りではない。
- 15 有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合~~は~~、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、製作された区分番号M 0 2 0に掲げる鑄造鉤、区分番号M 0 2 1に掲げる線鉤、区分番号M 0 2 1-2に掲げるコンビネーション鉤、区分番号M 0 2 2に掲げるフック、スパー及び区分番号M 0 2 3に掲げるバーにあっては、各区分の所定点数並びに特定保険医療材料である人工歯~~を~~~~の費用の請求を行うことができるものとする~~。また、区分番号M 0 0 7に掲げる仮床試適、区分番号M 0 0 5に掲げる装着~~の費用~~は算定できない。なお、請求に当たっては、試適の予定日から起算して1月以上経過した上で行う~~ものとする~~。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。
- 16 患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であって、区分番号M 0 0 2に掲げる支台築造、区分番号M 0 0 9に掲げる充填（間接法によりC Rインレーを製作した場合に限る。）、区分番号M 0 1 0に掲げる金属歯冠修復、区分番号M 0 1 1に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 0 1 4に掲げるジャケット冠、区分番号M 0 1 5に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M 0 1 5-2に掲げるC A D / C A M冠、区分番号M 0 1 6に掲げる乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号M 0 1 6-2に掲げる小児保険装置、区分番号M 0 1 7に掲げるポンティック、区分番号M 0 1 8に掲げる有床義歯、区分番号M 0 1 9に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M 0 2 0に掲げる鑄造鉤、区分番号M 0 2 1に掲げる線鉤、区分番号M 0 2 1-2に掲げるコンビネーション鉤、区分番号M 0 2 2に掲げるフック、スパー又は区分番号M 0 2 3に掲げるバーの支台築造物、金属歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、バー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着~~が~~できない場合は、診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、~~区分番号M 0 0 2に掲げる支台築造、区分番号M 0 1 0に掲げる金属歯冠修復、区分番号M 0 1 1に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M 0 1 4に掲げるジャケット冠、区分番号M 0 1 5に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M 0 1 7に掲げるポンティック、区分番号M 0 1 8に掲げる有床義歯、区分番号M 0 1 9に掲げ~~

~~る熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの当該各区分に掲げる所定点数及び並びに特定保険医療材料料をの請求を行うことができるものとする。また、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。なお、請求に当たっては、装着の予定日から起算して1月以上経過した上で行うものとする。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。~~

- 17 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類及び装着予定日を記載した場合に、区分番号M009に掲げる充填（間接法によりCRインレーを製作した場合に限る。）、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M016に掲げる乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号M016-2に掲げる小児保険装置及び区分番号M017に掲げるポンティックの各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料料をの請求を行うことができるものとする。なお、~~区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。~~

- 18 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M009に掲げる充填（間接法によりCRインレーを製作した場合に限る。）、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M016に掲げる乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号M016-2に掲げる小児保険装置、区分番号M017に掲げるポンティック、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの装着を行う場合は、前記に掲げる各区分に係る費用は別に算定できない。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

- 19 火災等のために試適又は装着する前に消失した歯冠修復物及び欠損補綴物については、算定診療報酬として請求できない。

- 20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取り扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イから二以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取り扱いとする。

イ 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の（7）により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該ブリッジの支台

歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合

ロ 区分番号M017に掲げるポンティックの(16)により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ハ 区分番号M017に掲げるポンティックの(19)により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

二 区分番号M018に掲げる有床義歯の(10)により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

21 保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱い
は、歯及び口腔に対する治療体系が細分化されている歯科治療の特殊性に鑑み、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成（支台築造を含む。）以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を、保険給付外の扱いとする。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨が判るように明確に記載する。なお、「歯科領域における保険給付外等の範囲について」（昭和51年7月29日保文発第352号）は、平成26年3月31日をもって廃止する。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M000 補綴時診断料

- (1) 補綴時診断料は、患者の当該初診における受診期間を通じ、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して治療等に関する説明を行った場合において1回を限度としてに限り算定する。
- (2) 新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に追加する場合は、有床義歯を新製する場合と同様に補綴時診断料を算定する。ただし、同一初診期間中で補綴時診断料を算定している場合であって、新たに欠損が生じた場合の補綴時診断に係る費用は、すでに算定を行った補綴時診断料に含まれ別に算定できない。
- (3) 補綴時診断料の算定に当たっては、製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載する。
- (4) 補綴時診断料を算定した場合は、補綴物の診断設計に基づき、患者に装着する予定の補綴物について、義歯、ブリッジ等の概要図、写真等を用いて患者に効果的に情報提供を行う。
- (5) 補綴時診断料を算定した後、再度、補綴時診断料を算定すべき診断が必要となり診断を行った場合は、新たに製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載する。なお、当該補綴時診断料診断の費用は第1回目の補綴時診断料診断の費用に含まれ別に算定できない。

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

- (1) クラウン・ブリッジの維持管理を実施する保険医療機関は、クラウン・ブリッジの維持管理を開始する前月までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。なお、届出を行う場合は、「特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについ

て」の様式81を用いること。

- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、~~保険医療機関名、開設者名、装着日、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位等を記載明記したもの~~をいう。なお、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、~~患者に対し~~、その内容を文書により提供した場合に限り算定することができる。ただし、同日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、~~患者に対して提供しても差し支えない~~。またなお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (4) 「注2」の「補綴関連検査」とは、区分番号D004に掲げる平行測定及び区分番号D009に掲げる顎運動関連検査に定める各検査をいう。
- (5) クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して充填を行った場合の一連の費用は、当該維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (6) クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが離脱した場合の再装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、再度の装着に使用した装着材料料については、別に算定することができる。
- (7) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して~~1年を経過した日以降~~2年を経過するもた日までの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該ブリッジの支台歯を抜歯し、~~ブリッジを装着する場合には、~~予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、~~その判断を求めるものとする~~。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製については区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定するもて差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載明記すること。

~~なお、歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯の隣在歯が歯冠補綴物又はブリッジの装着時に歯周疾患に罹患している場合等においては、当該隣在歯の抜歯に伴う歯冠修復物又はブリッジの再製作に係る一連の費用は、クラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。~~

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料

- (1) 広範囲顎骨支持型補綴~~当該~~診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行う前に、患者に対して説明を行った場合に、手術前~~は~~1回を限度としてに限り算定する。
- (2) 当該診断料の算定に当たっては、欠損部の状態、当該補綴に係る補綴物の設計及び材料等を診療録に記載すること。

M001 歯冠形成

- (1) 歯冠形成は、同一歯について、1回に限りを限度として歯冠形成が完了した日において算定する。なお、簡単な支台築造の費用、歯冠形成に付随して行われる麻酔等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 歯冠形成完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔の費用は別に算定することができる。
- (3) 「1 生活歯歯冠形成」の所定点数には歯冠形成に付随して行われる処置等の一連の費用は含まれるが、歯冠修復物の除去を行った場合の除去の費用は別に算定することができる。
- (4) 「1のイ 金属冠」及び「2のイ 金属冠」の金属冠とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の4分の3冠及び臼歯の5分の4冠をいう。
- (5) 「金属冠」とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠等、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、4面又は5面の金属歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。
- (6) 「1のロ 非金属ジャケット冠」及び「2のロ 非金属ジャケット冠」の非金属ジャケット冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠をいう。
- (7) 「注1」に規定する接着ブリッジとは、いわゆる従来型ブリッジと同様に支台装置、ポンティック、連結部より構成されるが、支台歯のうち少なくとも1歯（以下「接着ブリッジ支台歯」という。）の切削をエナメル質にとどめ、咬合力に対する抵抗形態、脱離力に対する維持形態を付与し、接着性レジンを用いて支台歯に支台装置を装着するものをいう。
- (8) 接着ブリッジ支台歯に対する冠（以下「接着冠」という。）に係る歯冠形成は、「1のイ 金属冠」に準じて算定するとともに「注1」に規定する加算を算定する。
- (9) メタルコアで支台築造を行ったレジン前装金属冠、全部金属冠及び非金属ジャケット冠に係る失活歯歯冠形成に限り所定点数に「注4」又は「注5」の加算を所定点数に加算する。
- (10) 「3 窩洞形成」の窩洞形成は1歯単位に算定する。またまたがって、同一歯に2箇所以上の窩洞形成を行った場合も、窩洞数にかかわらず所定点数を1回を限度としてのみ算定する。
- (11) 「注7」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」ものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。
- (12) 「注7」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯の充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいいであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は算定できないもの。
- (13) 「3のイ 単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞をいう。
- (14) 「3のロ 複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞をいう。

- (15) 燐酸セメント又はカルボキシレートセメント等のセメントにより充填を行うための窩洞形成は、「3のイ 単純なもの」により算定する。
- (16) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置については、「3のロ 複雑なもの」により算定する。
- (17) 歯冠修復物の脱落時において、軟化象牙質を除去して再形成を行った場合の軟化象牙質の除去の費用は、区分番号1000に掲げるう蝕処置により算定する。

M001-2 う蝕歯即時充填形成

- (1) う蝕歯即時充填形成は、う蝕歯に対して1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合に限り算定し、次回来院の際、充填を行う場合は算定できない該当しない。
- (2) 2次う蝕のため充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯即時充填形成により算定する。この場合において、~~充填物の除去の費用~~は算定できない。
- (3) 当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は別に算定できない。
- (4) 「注1」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」ものとして保険適用となっている~~レーザー~~による照射をいう。
- (5) 「注1」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯のう蝕歯即時充填形成のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいいであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は、算定できない。

M001-3 う蝕歯インレー修復形成

- (1) う蝕歯インレー修復形成は、う蝕歯に対して1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し、印象採得及び咬合採得までを行った場合に算定する。
- (2) 2次う蝕のため充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯インレー修復形成により算定する。この場合において、~~充填物の除去の費用~~は算定できない。
- (3) 当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は算定できない。

M002 支台築造

- (1) 「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯に対して根管等により築造物を維持し、填塞又は被覆して支台歯形態に修復することをいう。
- (2) 「メタルコア」とは、鋳造物により築造するものをいう。
- (3) 「その他」とは、複合レジン（築造用）及びスクリューポスト（支台築造用）及び複合レジン（築造用）等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まれない。ただし、根管治療を実施した歯の歯冠部の近遠心及び唇頬舌側歯質のうち3面以上が残存しており、複合レジン（築造用）のみで築造できる場合は、スクリューポスト（支台築造用）等を使用しなくても算定できる。
- (4) 乳歯について、~~は~~、全部金属冠の歯冠形成、乳歯金属冠の歯冠形成及び窩洞形成における支台築造の費用は算定できない。

- (5) メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、装着の費用として区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料を算定する。
- (6) 歯冠修復を行うに当たり、メタルコア、~~と~~全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日~~の一日で患者への装着することは、~~歯科医学的に適切であると認められる場合を除き~~に限り認められ、~~常態として行うことは認められない。~~なお、この場合において、~~ける印象採得に係る費用は、全部金属冠等により算定するものとし、支台築造印象に係る費用は算定できない。

M002-2 支台築造印象

- (1) 「支台築造印象」とは、区分番号M002に掲げる支台築造の「1のイ 大臼歯」又は「1のロ 小臼歯及び前歯」の製作に当たって行う印象採得をいう。
- (2) 支台築造印象料は、~~それぞれの~~製作物ごとに算定する。

M003 印象採得

- (1) 印象採得料は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物及び義歯修理に当たって~~それぞれの~~製作物ごとに算定する。
- (2) ブリッジの印象採得料の算定の時期は、間接法の場合は最初~~に~~印象採得を行った日とし、直接法の場合は支台装置を試適して印象採得を行った日とする。
- (3) 印象採得の費用は、原則として歯冠修復及び欠損補綴の製作に当たって印象採得又はろう型採得を行った際に製作物単位に算定する。~~ただし、ランピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあつては、支台装置ごとに「1のイ 単純印象」を、又は1装置ごとに「2のイの(1) 簡単なもの」を算定する。~~
- (4) その他の印象採得は、次により算定する。
- イ 「1のロ 連合印象」に該当するものは、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する。
- ~~ロ 「その他のブリッジ」の印象採得について、一部の支台装置が金属歯冠修復又はレジン前装金属冠である場合にその支台歯につき連合印象を行った場合は「1のロ 連合印象」の所定点数を算定する。~~
- ~~ロ~~ 「2のイの(1) 簡単なもの」に該当するものは、1歯から~~より~~8歯欠損までの欠損補綴（~~ランピースキャストブリッジを除く。~~）及び有床義歯修理等が該当するである。
- ~~ハ~~ 9歯以上の欠損補綴又は~~及び~~ケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合若しくは、又は分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は、「2のイの(2) 困難なもの」により算定する。
- ~~ニ~~ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合、又は有床義歯床裏装の印象採得料は「2のロ 連合印象」により算定する。
- ~~ホ~~ 「2のハ 特殊印象」とは、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて~~ろう義歯により~~咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニック又はマイオモニターによる印象も本区分により~~算定する。~~
- ~~ヘ~~ ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「2のロ 連合印象」又は「2のハ 特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。

- (5) ~~ワンピースキャストブリッジ~~の印象採得の費用は、1装置における支台歯とポンティックの数の合計により算定する。
- (6) ブリッジ1装置の製作に当たり、~~ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、~~やむを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「2のニ ~~ワンピースキャストブリッジ~~」により算定する。
- (7) 欠損補綴に係る連合印象及び特殊印象~~については~~、顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

M003-2 テンポラリークラウン

テンポラリークラウンの修理又は除去に係る費用は、別に算定できない。

M004 リテーナー

- (1) リテーナーとは、ブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、ブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。
- (2) リテーナーの費用は、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテーナーを製作した場合に、当該歯の歯冠形成を算定した日からブリッジを装着するまでの期間において、1装置につき1回を限度として限り算定する。なお、分割して製作した場合にあっても、ブリッジ1装置につき所定点数1回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) リテーナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) リテーナーの装着に用いた仮着セメント料~~については~~、歯冠形成を算定後リテーナー装着に係る算定と同時点のものに限り算定が認められる。また、必要があつてブリッジの試適を行った場合のリテーナーの再装着についても同様とする。

M005 装着

- (1) ~~装着少数歯欠損及び多数歯欠損~~は次に よるより算定する。
- イ 「2のロの(1) 少数歯欠損」及び「2のハの(1) 少数歯欠損」とは~~に該当するものは、~~1歯から~~より~~8歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ロ 「2のロの(2) 多数歯欠損」及び「2のハの(2) 多数歯欠損」とは~~に該当するものは、~~9歯から~~より~~14歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ~~ハ 「2のロの(3) 総義歯」及び「2のハの(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯をいう。~~
- (2) 有床義歯修理を行った場合の装着の費用は、「2のハ 有床義歯修理」の各区分により算定する。
- (3) 装着の費用は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する~~した際に~~製作物ごとに算定する。
- ただし、ブリッジにあつては、装着に係る保険医療材料料についてのみ支台装置ごとに算定~~することができる。~~
- (4) 歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等~~の費用は~~、装着の所定点数に含まれ別に

算定できない。

- (5) ~~ランピースキヤストブリッジ1装置の製作に当たりと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合~~、やむを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、装着した場合の装着料は、「2のイの(1)の(一) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」又は「2のイの(2)の(二) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合」により算定する。

- (6) 咬合音検査の費用は、欠損補綴の装着の費用に含まれ別に算定できない。

M005-2 仮着

- (1) 仮着は、~~ランピースキヤストブリッジ1装置につき~~、装着前に1回を限度としてに限り算定する。なお、仮着物の除去の費用は、算定できない。
- (2) ~~同一の患者について~~、仮着を算定した日においては、区分番号M005に掲げる装着は算定できない。

M006 咬合採得

- (1) 歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得については、製作物ごとに算定する。
- イ 「1 歯冠修復」に該当するものは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復をいう。
- ロ ~~「2のイの(2) その他のブリッジ」に該当するものは、ランピースキヤストブリッジ以外のその他のブリッジ~~
- ロ ~~「2のロの(1) 少数歯欠損」に該当するものは、1歯から8歯欠損までの欠損補綴をいう。~~
- ハ ~~「2のロの(2) 多数歯欠損」に該当するものは、9歯から14歯欠損までの欠損補綴をいう。~~
- ホ ~~「2のロの(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯~~
- (2) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における咬合採得については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が困難なもの」を算定する場合は本区分の「2のロの(2) 多数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「2 印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数をそれぞれ咬合採得として算定する。また、副子における咬合採得については、当該副子の範囲に相当する歯数により、本区分の「2の口有床義歯」により算定する。
- (3) 欠損補綴に係る咬合採得については、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず1回を限度として所定点数により算定する。

M007 仮床試適

- (1) 仮床試適の費用は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。
- (2) 少数歯欠損及び多数歯欠損仮床試適は次により算定する。
- イ 「1 少数歯欠損」に該当するものは、1歯から8歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ロ 「2 多数歯欠損」に該当するものは、9歯から14歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ハ ~~「3 総義歯」に該当するものは、総義歯~~
- (3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における仮床試適については、区分番号

M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が困難なもの」又は「2 印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「3 総義歯」の所定点数を算定する。

M008 ~~ランピー・スキャストブリッジ~~の試適

~~(1) 前歯部に係るランピー・スキャストブリッジの製作に当たり、鋳造物の適否等を診断するために試適を行った場合に算定する。~~

~~(2) その他のブリッジにおいては、前歯部に係る当該ブリッジの製作に当たり鋳造物等の適否等を診断するために、試適を行った場合は、「1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」に準じて算定する。~~

< 歯冠修復 >

M009 充填

- (1) 「イ 単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に対して行う充填をいう。
- (2) 「ロ 複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に対して行う充填をいう。
- (3) 充填の費用は窩洞数にかかわらず1歯単位により~~で~~算定する。~~このためもたがって、~~「イ 単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合~~であっても~~、「イ 単純なもの」の所定点数により算定する。
- (4) 充填の費用は窩洞形態に応じ算定するものであるが、同一歯に「イ 単純なもの」及び「ロ 複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「ロ 複雑なもの」の所定点数のみを算定する。
- (5) 前歯部切端又は切端隅角のみのものは、「イ 単純なもの」により~~せしめ~~算定する。
- (6) 3面以上にわたる窩洞に珪酸セメント、珪燐酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンをを行った場合は、「イ 単純なもの」により~~せしめ~~算定する。
- (7) 前歯部5級窩洞、臼歯部歯質くさび状欠損又は歯の根面部のう蝕等に対する充填は、いずれも「イ 単純なもの」により算定する。
- (8) 充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、区分番号M001-2に掲げるう蝕歯即時充填形成の場合を除き、1歯につき区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」又は「3のロ 複雑なもの」の~~所定点数~~を算定する。
- (9) 充填に使用した保険医療材料は窩洞を単位として算定するが、同一歯面に複数の窩洞が存在する場合~~にあっては~~1窩洞として取り扱う。
- (10) 歯科充填用材料Ⅰの保険医療材料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、~~=~~窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。なお、印象採得又は咬合採得を行った場合は、1個につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は1個につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び合着・接着材料をそれぞれ算定する。

イ 単純なもの

「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料~~にあっては~~は歯科充填用材料Ⅰの「(2) 複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ 複雑なもの

「ロ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料~~にあっては~~は歯科充填用材料Ⅰの「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数

を合算した点数を算定する。

- (11) 歯科充填用材料Ⅱの保険医療材料料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、~~＝~~窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。なお、印象採得又は咬合採得を行った場合は、1個につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は1個につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。

イ 単純なもの

「イ 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料~~については~~は歯科充填用材料Ⅱの「(2) 複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ 複雑なもの

「ロ 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料~~については~~は歯科充填用材料Ⅱの「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

- (12) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔が~~あり~~ある場合~~であって~~封鎖を行った場合は、区分番号M009に掲げる充填の「イ 単純なもの」と保険医療材料料により算定する。なお、形成を行った場合は、区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。

また、歯肉を剥離して行った場合は、区分番号J006に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術により算定する。

- (13) 充填を行った場合の研磨~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M010 金属歯冠修復

- (1) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に行うインレーをいう。
- (2) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に行うインレーをいう。
- (3) 全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠とは、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、4面又は5面の金属歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。なお、全部金属冠とは、全部鑄造方式で製作されたものをいう。
- (4) 接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部~~については~~は「2 4分の3冠」に準じて算定し、臼歯部~~については~~は「3 5分の4冠」に準じて算定する。
- (5) 5分の4冠としての金属歯冠修復は小臼歯への適用を原則とするが、ブリッジの製作に当たり、必要があつて生活歯である大臼歯を支台として使用する場合~~については~~はこの限りでない。
- (6) 乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する金属歯冠修復~~については~~は、交換期を考慮して金属歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行う~~こと~~。
- (7) 可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置~~については~~は、1装置につき「1のロ 複雑なもの」に準じて算定する。
- (8) 金属歯冠修復の金属部分が欠損部した場合は、~~を~~金属歯冠修復による~~修復すること~~~~とは、全部金属冠の場合を除き認められない。~~ただし、全部金属冠による金属歯冠修復

を行った歯が、後日、歯髄炎等により歯内療法が必要となり、全部金属冠の咬合面より穿孔して処理を行った後、金属歯冠修復等適切な方法で咬合面を封鎖する場合はこの限りでない。

- (9) 智歯に対し必要がある場合~~は~~は、金属歯冠修復を行って差し支えない。
- (10) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ金属冠を製作し連結して装着する場合~~は~~は、歯内療法~~については~~は当該歯を単位として算定し、歯冠修復~~については~~~~は~~は製作物ごとに算定する。
- なお、歯冠修復における保険医療材料料~~については~~は、それぞれ小臼歯の材料料として算定する。
- (11) コンビネーション・インレーを製作した場合は、それぞれの所定点数により算定する。
- (12) 区分番号 I 0 0 0－3 に掲げる残根削合により算定する場合において、歯内療法により根の保存可能なものに適切な保存処置の上、金属歯冠修復で根面を被覆した場合~~は~~は、歯冠形成~~については~~は区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3 のイ 単純なもの」を、金属歯冠修復~~については~~は本区分の「1 のイ 単純なもの」及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。また、歯科充填用材料 I により根面を被覆した場合~~は~~は、歯冠形成~~の費用については~~は区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3 のイ 単純なもの」~~の所定点数を~~、充填~~の費用については~~は区分番号 M 0 0 9 に掲げる充填の「イ 単純なもの」~~の所定点数を~~及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。
- (13) 抜歯禁忌症以外であっても、必要があつて~~は~~根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に~~は~~義歯の装着~~を行うことは~~認められる。

M 0 1 1 レジン前装金属冠

- (1) レジン前装金属冠とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯に限り認められる。
- (2) レジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティックの前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3 のイ 単純なもの」を、充填は区分番号 M 0 0 9 に掲げる充填の「1 のイ 単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、区分番号 M 0 0 0－2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料を算定しているレジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティックの前装部分に行った修理~~の費用は~~は、区分番号 M 0 0 0－2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (3) レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。
- イ 歯冠形成を行った場合は、1 歯につき生活歯は区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「1 のイ 金属冠」及び区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注 1」の加算点数を、失活歯は区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「2 のイ 金属冠」、区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注 3 ~~号~~」及び「注 4 ~~号~~」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、区分番号 M 0 0 2 に掲げる支台築造の「1 メタルコア」又は「2 その他」及び保険医療材料料を算定する。
- ロ 印象採得を行った場合は、1 歯につき区分番号 M 0 0 3 に掲げる印象採得の「1 の

ロ 連合印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1個につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」を算定する。

M014 ジャケット冠

- (1) ジャケット冠はレジンジャケット冠のことをいう。
- (2) 乳歯に対するジャケット冠についても所定点数を算定する。
- (3) ジャケット冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、1 歯につき、生活歯に行う場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ ~~非金属ジャケット冠~~」を、失活歯に行うった場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ~~非金属ジャケット冠~~」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注 ~~5-4~~」の加算を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は、1 歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき、1 区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

- (4) 歯科射出成形樹脂（歯冠用）を用いて、~~二層~~単層成形を行った場合は、ジャケット冠により算定する。
- (5) 乳歯の前歯又は永久歯の前歯の歯冠部全体のエナメル質の一層を削除し、エナメルエッチング法を実施した後、クラウンフォームのビニールキャップに複合レジンを填入し、支台歯に圧接を行い、硬化後キャップを除去した上で、調整して歯冠修復を完成した場合は、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ ~~非金属ジャケット冠~~」により、また、歯冠修復の費用についてはジャケット冠の所定点数により算定する。~~なお、この場合において、~~使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料Ⅰ又はⅡの「(1) 単純なもの」と「(2) 複雑なもの」を合算して算定する。
- (6) 複合レジン冠を失活歯に行った場合は所定点数を算定する。なお、歯冠形成の費用は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ~~非金属ジャケット冠~~」により算定する。

M015 硬質レジンジャケット冠

- (1) 硬質レジンジャケット冠を装着する場合は、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、1 歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ ~~非金属ジャケット冠~~」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ~~非金属ジャケット冠~~」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注 ~~5-4~~」の加算を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、1 区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」又は区分番号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき、1 区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

- (2) 応分の咬合圧に耐えうる場合等に限り、小臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合~~は~~は所定点数により算定する。
- (3) 歯冠用強化ポリサルホン樹脂を用いて、~~二層~~歯科射出成形樹脂（歯冠用）とともに二層成

形を行った場合は、硬質レジンジャケット冠により算定する。――

M015-2 CAD/CAM冠

(1) CAD/CAM冠とは、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠補綴物をいう。

(2) CAD/CAM冠を装着する場合は、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる「注2」の加算を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注6」の加算を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」、区分番号M005に掲げる装着の「注1」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

(3) 特定保険医療材料料は別に算定する。

M016 乳歯金属冠

(1) 乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。

(2) 乳歯金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のハ 乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のハ 乳歯金属冠」を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。――

M016-2 小児保険装置

(1) 小児保険装置は、う蝕によって乳臼歯1歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯に装着されるループが付与されたクラウン（又はバンド状の装置）を装着した場合に算定する。

(2) 小児保険装置を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成（バンドループを除く）を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のハ 乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のハ 乳歯金属冠」を準用する。

ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき、区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る特定保険医療材料料を算定する。

ニ 当該装置を撤去した場合は、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「1 簡単なもの」に準じて算定する。

(3) 当該装置の装着の算定は、ヘルマンの咬合発育段階の歯年齢ⅡAからⅢA期に行うこと。

<欠損補綴>

M017 ポンティック

- (1) 臼歯部 ~~における~~ ポンティックにレジン歯 ~~を使用することは認められないが~~、咬合面を金属で製作し、~~＝他の部分にレジン前装を施した場合~~ は認められるに所定点数を算定する。
- (2) 延長ブリッジの場合の7番ポンティックの保険医療材料料は小臼歯（鑄造ポンティックの保険医療材料料の小臼歯）に該当する保険医療材料料を算定する。
- (3) レジン前装金属ポンティックとは、鑄造方式により製作されたポンティックの唇面を硬質レジンにより前装したものをいう。
- (4) レジン前装金属ポンティックは、前歯の支台歯をレジン前装金属冠又は4分の3冠により製作されたブリッジの前歯のものに限り認められる。ただし、3番、4番の2歯欠損 ~~については~~、小臼歯のレジン前装金属ポンティック ~~を~~ は 算定できる。
- (5) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置を使用した場合は、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復の「1のロ 複雑なもの」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」を算定する。
- (6) ブリッジの製作に当たり、支台歯の植立方向によりポンティックを分割して製作することは認められない。
- (7) ブリッジ ~~については~~、次の適用による。

イ ブリッジの給付について

- (イ) ブリッジは歯の欠損状況から「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に示す方法で支台歯数等を定め製作する。
- (ロ) 連続欠損の場合は、~~＝2歯までとする。ただし、中側切歯については連続4歯欠損まで認められる。~~
- (ハ) 延長ブリッジは原則として認められない が、＝ただし、第二大臼歯欠損の場合であってに、咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し、＝半歯程度のポンティックを行う場合はこの限りでないに限り認められる。
- (ニ) 隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合 ~~にあつては~~、側切歯及び小臼歯1歯のみ認められる。
- (ホ) 第三大臼歯をブリッジの支台歯とする場合は、歯冠、歯根の大きさや形態、傾斜、転位等を総合的に勘案した上で行う ~~こと。~~
- (ヘ) 接着ブリッジは、1歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。 ＝

(ト) 残根上のブリッジは認められない。

ロ ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計 ~~については~~、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）による ~~こと。~~

(8) 分割抜歯後のブリッジの製作

- イ 第1、第2大臼歯を分割抜歯してブリッジの支台歯とすることは、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）の「5 咬合力の負担からみた

ブリッジの適応症と設計、4) その他（歯根を分割抜去した大臼歯に対するブリッジの適用について）」の項を参照し、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。

なお、上顎第2大臼歯の遠心頬側根抜歯、下顎第2大臼歯の遠心根抜歯の場合の延長ポンティックは認められない。

ロ 分割抜歯を行った場合の指数は、次のとおりとする。

(イ) 下顎の場合、残った歯根は $R = 2$ 、欠損部をポンティックとしたときは $F = 4$ とする。

(ロ) 上顎の場合、残った歯根は1根につき R を1とするが、1根のみの支台歯は歯科医学的に適切~~ではと認められない~~ので認められない。ブリッジの支台歯となるのは、口蓋根と頬側の1根が残った場合、残った歯根は $R = 2$ 、欠損部をポンティックとしたときは $F = 4$ とする。また、頬側の2根のみが残った場合は口蓋根部のポンティックは必要とされないことから残った歯根は $R = 2$ のみとする。

例①（第1大臼歯の遠心根を抜歯した場合）

指数	2	4	6	
歯種	6	6	7	$r = 8 - 4 = 4$
	○	●	○	$F = 4$
R	2		6	$4 / 3 = 1.3 \dots$
F		4		6の残した根も7のRもFの $1 / 3$ を超えるので、 この場合 条件を満たしている。

例②（第1大臼歯の遠心根と第2大臼歯を抜歯した場合）

指数	2	4	6	4	→	指数	4	2	4	6	4
歯種	6	6	7	8		歯種	5	6	6	7	8
	○	●	●	○			○	○	●	●	○
R	2			4		R	4	2			4
F		4	6			F			4	6	
$r = 6 - 10 < 0$ で不可、5番も支台歯とする必要がある。					5番を支台歯として追加することで、 $r = 10 - 10 = 0$ で可、5と6の残した根の和も8のRもFの1／3を超えるのでこの場合条件を満たしている。						

ハ 上顎の第1又は第2大臼歯を3根のうち2根残して分割抜歯してブリッジの支台歯とする場合は、頬側2根を残した場合は大臼歯として、又頬側いずれか1根と口蓋根を残した場合は、~~支台歯~~支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のポンティックとして算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

ニ 下顎の第1又は第2大臼歯を近遠心2根のうち1根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、1根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ポンティックとして算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

(9) ブリッジを装着するに当たり、~~コンピュースト法により~~印象採得を行った場合は、

1 装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のニの(1) 支台歯とポンティ
ックの数の合計が5歯以下の場合」又は区分「2のニの(2) 支台歯とポンティ
ックの数の合計が6歯以上の場合」を、~~それ以外の方法により支台装置の印象採得を行った場
合は1歯につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」又は区分番
号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を、ポンティックの印象採得を行
った場合は1装置につき同区分「2のイの(1) 簡単なもの」を、咬合採得を行った場
合は1装置につき区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(一) 支台歯
とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」又は区分番号M006に掲げる咬合採得
の「2のイの(2)の(一) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合」を、
装着した場合は支台装置の装着に~~ついては~~1歯につき区分番号M005に掲げる装着の
「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着に~~ついては~~1装置につき区分
番号M005に掲げる装着の「2のイ ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。~~

- (10) 必要があつて根を分離切断した下顎大白歯を支台歯として使う場合の指数は「6」と
して大白歯1歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて
指数を減ずることを考慮すべきである。
- (11) インレーを支台装置とするブリッジに~~ついては~~、窩洞形成を行った場合の~~費用~~は区分
番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」により算定する。なお、イン
レーを支台装置とするブリッジに~~ついては~~、~~区分番号M000-2に掲げるクラウン・~~
ブリッジ維持管理料の対象としないことから、区分番号M000-2に掲げるクラウン
・ブリッジ維持管理料は~~算定~~できない。
- (12) 「ブリッジについての考え方2007」(平成19年11月日本歯科医学会)の判定条件にお
けるブリッジの1側の支台歯のRの総計が、隣接するポンティックのF及びF・Sの総
計の3分の1以上であるという判定条件bは延長ブリッジに~~ついては~~適用しない旨のた
だし書は、延長したポンティックについては片側に支台歯が存在しないのでそのポンテ
ィックのバランスは考慮しないとの意である。したがって、

2①	1 2③	の場合	2	部は判定条件bにかかわっていないので、
----	------	-----	---	---------------------

基本となるブリッジ	①	1 2③	において条件bを判定することになる。
-----------	---	------	--------------------

この場合は判定条件bを満たしていないので、

2①	1 2③	もブリッジの設計としては不適である。
----	------	--------------------

- (13) 「ブリッジについての考え方2007」(平成19年11月日本歯科医学会)によると延長ブ
リッジの支台歯は2歯以上となっているが、これは回転力を軽減させるためであるから、
支台歯が2歯以上であつて条件が整っていれば、必ずしも支台歯は連続している必要は
ない。
- (14) 可動性ブリッジ又はインレーを支台とするブリッジの指数は、「ブリッジについての
考え方2007」(平成19年11月日本歯科医学会)に示した当該支台歯の歯種による指数を
用いる。

(15) 欠損ではなく、1 歯相当分の間隙のある場合のブリッジの設計において、ポンティックは両隣接支台歯の何れかの形態を模して決定するが、その指数~~については~~は実態に応じ近似の歯種の指数とする。なお、半歯程度の間隙の場合は隙とする。

(16) 有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、~~その判断を求めるものとする。~~

(17) 低位唇側転位の犬歯の抜歯後に生じた欠損部の間隙が側切歯、あるいはそれ以下しかない場合であっても、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）にあるポンティックの抵抗値（F 値）を減じることは適切でない。

欠損部の間隙が側切歯半歯以下の極めて小さい場合~~については~~は、側切歯又は第一小臼歯、あるいは双方の歯冠幅を僅かずつ拡大して歯冠修復を行い、場合によっては補綴隙等を行うことにより対応する。

犬歯のポンティックが必要な場合で、中切歯が既にブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を「②③④⑤」に変更することは差し支えない。この場合 において、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載する~~こと~~。

(18) 側切歯及び犬歯 ~~又は、あるいは~~犬歯及び第一小臼歯の 2 歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が 1 歯分しかない場合に限ってポンティック 1 歯のブリッジとして差し支えない。

ただし、製作するブリッジのポンティックの形を側切歯とするか犬歯とするかはそれぞれの症例によって異なるものと思われるが、形の如何によらずポンティックの抵抗値（F 値）は犬歯の「5」として設計する。

この場合 において、診療報酬明細書の摘要欄に低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨記載すること。

(19) 矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は 1 歯分しかないような小臼歯 2 歯の欠損であって間隙が狭い場合のブリッジ~~については~~は、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

また、同様の理由で第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は 3 歯であるが、間隙のほうが 1 歯分程度小さく 2 歯分となる場合~~については~~は、保険適用の 可否有無を確認することになるので、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその判断を求める~~ものとする~~。また、添付模型の製作~~の費用~~は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製~~については~~は、区分番号 E 1 0 0 に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号 E 3 0 0 に掲げるフィルムにより算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を 記載明記する~~こと~~。

(20) 6⑥⑦及び⑤⑥⑥のような分割延長ブリッジは原則として認められないが、前者~~については~~は隣接する第二小臼歯が前方ブリッジの支台歯となっているか又は同歯にメタルボンド冠が装着されている症例、後者~~については~~は隣接する第二大臼歯に金合金又は白金加

金の全部金属冠が装着されている症例であって、補綴物を除去し、当該歯をブリッジの支台歯として使用することが困難であるため、当該歯の補綴物にレストを設定することによりブリッジの維持を求める構造となる場合はこの限りでない。

ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

M018 有床義歯

- (1) 有床義歯~~については~~は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。
- (2) 欠損補綴に当たっての歯数の数え方~~については~~は、欠損歯数によるものではなく、人工歯の数による。欠損歯が4歯であっても、人工歯の排列上5歯となる場合~~は~~は、その歯数は5歯とする。
- (3) 局部義歯のうち12歯から14歯~~については~~は、あくまで残存歯があり、局部義歯として補綴を行った場合に限り算定する。なお、1床14歯の局部義歯の場合もあり得る。
- (4) 上顎左側第二大臼歯から上顎右側第二大臼歯が欠損している（欠損歯数14歯）症例において、歯冠の一部が露出した状態の埋伏智歯が残存している場合又は当然抜歯すべき症例のうち何らかの理由で抜歯不可能な場合は、智歯と無関係に総義歯同様の義歯を製作したときは、総義歯として算定する。
- (5) 抜歯後1月を経過していなくても歯科医学的にみて適当であると認められる場合に限り、義歯の製作の費用は所定点数により算定する。
- (6) ~~抜歯禁忌症以外の場合で、根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に必要があつて義歯の装着を行うことは認められる。残根歯に対して歯内療法及び根面被覆処置が完了したものについて、必要があつて義歯を製作した場合には、その費用は算定できる。ただし、高齢者で根管が閉鎖して歯内療法が困難な場合等、やむを得ず残根歯に対して、歯内療法及び根面被覆処置が完了出来なかった場合に義歯を製作した場合は、その理由を診療録に記載する。~~
- (7) 残根上の義歯をやむを得ず製作するに際し、残根歯の歯内療法後に行う根面被覆処置として、複合レジンを使用することは差し支えない。この場合において、歯冠形成~~については~~は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填~~については~~は区分番号M009に掲げる充填の「イ 単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。
- (8) ~~骨植堅固で保存可能な残根歯を利用したアタッチメントを使用した有床総義歯については~~は算定できない。
- (9) 前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の隙により補綴することは歯科医学的に適切でない。
- (10) 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾病により後継永久歯が無い場合、外傷により歯が喪失した場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外~~は~~は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない、~~有床義歯により算定する。この場合においてなお、小児義歯に係る費用を算定する場合は、診療録に義歯の装着年月日、装着部位~~

及び小児義歯が必要となった疾患名を記載する~~こと~~。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外に~~は~~咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合~~において~~は、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の判断を求める~~ものとする~~。なお、模型の製作~~の費用は~~、基本診療料に含まれ~~算定できないが~~、エックス線フィルム又はその複製~~については~~、区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E 3 0 0に掲げるフィルムにより算定~~するも差し支え~~~~ない~~。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を~~記載~~~~明記~~する~~こと~~。

- (11) 模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。ただし、即時義歯とは長期的に使用できるものをいい、暫間義歯は算定できない。

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、区分番号M 0 2 9に掲げる有床義歯修理により算定する。

- (12) 有床義歯を1日で製作し装着することは、特殊な症例で歯科医学的に適切な場合に限り、~~その費用は算定~~~~する~~~~ことができる~~。ただし、常態として1～2日で製作し装着を行うものの、装着後の調整指導を実施しない保険医療機関~~は算定できない~~~~においては認められ~~~~ない~~。

M 0 1 9 熱可塑性樹脂有床義歯

- ~~(1) 熱可塑性樹脂有床義歯とは、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルホン樹脂、義歯床用強化ポリカーボネート樹脂又はアクリリック樹脂により製作された有床義歯であって、臨床上使用できる強度を有しているものをいう。~~
~~(2) 熱可塑性樹脂有床義歯については、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。~~

M 0 2 0 鑄造鉤

- (1) 14カラット金合金による鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定~~する~~~~ことができる~~。
(2) 保険医療材料料~~については~~、別に定める鑄造鉤の使用材料料により算定する。
(3) ローチのバークラスプ及び鑄造によるバックアクション鉤は二腕鉤として算定し、2歯以上にわたるバークラスプは、双子鉤として算定する。

なお、保険医療材料料~~については~~、別に定める鑄造鉤の使用材料料の双子鉤の大・小臼歯により算定する。

M 0 2 1 線鉤

バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「1 双子鉤」により算定する。

M 0 2 3 バー

- (1) 保持装置とは、孤立した中間欠損部分を補綴するため、局部義歯の鑄造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。
(2) 鑄造バー、屈曲バーに保持装置を装着した場合は、その使用個数に応じて算定する。
(3) 緩圧式バーは「1 鑄造バー」又は「2 屈曲バー」により算定し、ケネディバーは「1 鑄造バー」により算定する。
(4) バー義歯が破損し、バーの取替えが必要な症例に限り新たなバーに要する費用は算定

~~する~~ ~~できる~~。

また、有床義歯修理の際に、新たにバーを付与した場合も歯科医学上適切な場合に限り算定~~する~~ ~~できる~~。

- (5) 有床義歯及び熱可塑性樹脂有床義歯の製作や床修理に際し、補強線を使用した場合の当該補強線に係る費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

なお、補強線は、歯の欠損部、残存歯の植立状態、対咬関係、顎堤の形態及び粘膜の性状等を勘案し、義歯の破損防止のために使用するものをいう。

M025 口蓋補綴、顎補綴

- (1) 「2 印象採得が著しく困難なもの」とは、~~次~~ ~~以下~~の場合をいう。

イ 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

ロ 軟口蓋部の欠損が認められる場合

ハ 歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合

ニ 口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合

- (2) 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴を行った場合~~の費用~~は、義歯~~の費用~~と口蓋補綴又は顎補綴~~の費用~~をそれぞれ算定する。

- (3) 口蓋裂に起因する鼻咽腔閉鎖機能不全による言語療法のため鼻咽腔閉鎖機能改善の必要があり、いわゆるスピーチエイド等の発音補整装置を装着した場合は本区分により算定する。

なお、当該装置の調整~~に要する費用~~は1回につき区分番号M029に掲げる有床義歯修理により算定する。

- (4) 濾胞性歯嚢胞の摘出の際、術前にあらかじめ製作しておいた口蓋板の装着を行った場合は、「1 印象採得が困難なもの」により算定する。

- (5) 舌の切除等の外科的療法を行った後の発音障害に対して、必要があつて有床義歯に発音補助装置を付加して製作し装着した場合、当該発音補助装置~~に~~ ~~ついで~~は「1 印象採得が困難なもの」により算定する。ただし、区分番号M003に掲げる印象採得~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (6) 区分番号J022に掲げる顎・口蓋裂形成術を実施する患者に対して必要があつてホッツ床(哺乳床)を装着した場合は、当該区分の「1 印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して3回を限度として算定する。ただし、印象採得、材料、装着、修理、調整等~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (7) 口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合~~は~~は、当該所定点数の各区分により算定する。

- (8) 区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴は、別に算定できない。

M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

- (1) 広範囲顎骨支持型補綴とは、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手

術後から当該装置の上部に装着されるブリッジ形態又は床義歯形態の補綴物が装着されるまでの一連の治療をいう。

- (2) 「1 ブリッジ形態のもの」は、広範囲顎骨支持型補綴の補綴物の顎骨の欠損範囲に応じて算定する。
- (3) 当該補綴物がブリッジ形態及び床義歯形態の両方の形態を持ち合わせた補綴物である場合は、主たる形態のものに応じて「1 ブリッジ形態のもの」又は「2 床義歯形態のもの」により算定する。
- (4) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術後、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為については、当該技術料に含まれ、別に算定できない。
- (5) 広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日においては、患者に対して、当該補綴物の装着日、主治の歯科医師の氏名、保険医療機関名及び療養上必要な事項等を記載した文書を提供すること。
- (6) 区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴は、別に算定できない。

＜その他の技術＞

(ろう着)

歯冠修復物及び欠損補綴物をろう着した場合の費用は、当該歯冠修復物及び欠損補綴物の製作等に係る所定点数に含まれ別に算定できない。

M026 補綴隙

~~(1) 補綴隙は、必要と認められる場合に限り前歯部にはレジン隙又はを、臼歯部には金属隙の使用が認められるが、その費用は、いずれも補綴隙の所定点数により算定する。なお、総義歯については算定できない認められない。~~

~~(2) 間隙が広く補綴物を必要とする場合は、金属冠に使用しても差し支えない。~~

＜修理＞

M029 有床義歯修理

- (1) 有床義歯の修理の費用は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合において、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤の費用については、鉤の所定点数により算定する。
- (2) 有床義歯修理の場合において、例えば陶歯の破折脱落のため陶歯を新たに使用した場合、又は1歯を抜歯し、旧義歯床を延長して新たに1歯分の補綴をした場合の費用は、有床義歯修理と人工歯料の所定点数を合算して算定する。
- (3) 破損した有床義歯を修理した後、新たに有床義歯を製作した場合の費用は、それぞれ所定点数により算定する。
- (4) 鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。 __
- (5) 有床義歯修理算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載する。
- ~~(6)~~ 「注3」に規定する加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、破損した有床義歯に係る診療を行い、修理のために患者から当該有床義歯を預かった場合であって、当該患者の求めに応じて、当該有床義歯を預かった日（以下「預かり日」という。）から起算して2日以内において、当該保険医療機関内に配置されている歯科技工士を活用して修理（新たに生じた欠

損部位に対する有床義歯の増歯を含む。)を行い、装着した場合に所定点数に加算する。
なお、当該加算の算定に当たっては、預かり日、修理を担当する歯科技工士の氏名及び修理の内容を診療録に記載すること。

M030 有床義歯内面適合法

- (1) 有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)は、アクリリック樹脂又は熱可塑性樹脂で製作された義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行った場合に当該義歯の人工歯数に応じ所定点数を算定する。
- (2) 義歯が不適合で有床義歯を新たに製作することを前提に行った床裏装は、有床義歯修理の所定点数により算定する。
- (3) 義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)の点数をそれぞれ算定する。ただし、同日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯内面適合法床裏装の所定点数に含まれる。
- (4) 床裏装に際しての印象採得料は、区分番号M003に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」により算定する。
- (5) 口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「2 総義歯」により算定する。
- (6) 有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

~~M032 ブリッジ修理~~

- ~~(1) 修理に際して同時に抜髄又は根管充填等の処置を行った場合は、それらの処置の費用はそれぞれの所定点数により算定する。~~
- ~~(2) 歯科医学的に適切なブリッジの修理については、当該ブリッジが別に定める材料価格基準に記載されている代用合金材料で製作されている場合は、本区分の所定点数に当該ブリッジのポンティックと支台歯の数の合計数を乗じて得た点数により算定する。~~
- ~~(3) ブリッジの修理に際し印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のイの(1) 簡単なもの」により算定する。~~
- ~~(4) ブリッジの修理に際し装着を行った場合は、支台装置1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」により、ブリッジ1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「2のイ ブリッジ」の各区分の所定点数により算定する。ただし、口腔内においてポンティック部分を修理した場合の装着料の算定は認められない。~~
- ~~(5) 平成4年3月までに保険給付をされていたブリッジで同月までに装着されたものが、破損した場合の修理(保険給付の修理と同一の場合)あるいは脱落した際の再装着の費用は所定点数により算定する。~~

M034 歯冠継続歯修理

- (1) 前歯部のポンティックの修理は、本区分により算定する。
- (2) 咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部ブリッジのポンティックにおいてレジン裏装が脱落し、これを即時重合レジンで修理した場合は本区分により算定する。
- (3) レジンジャケット冠の一部破損に対して、口腔内において即時硬化レジンで修理した場合は、本区分により算定する。

M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理

- (1) 当該補綴物の修理~~については~~は、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に月1回~~を限度としてに限り~~を限度として算定~~することができる。~~
- (2) 広範囲顎骨支持型補綴物修理の算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載すること。なお、別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する~~こと。~~

第13部 歯科矯正

通則

- 1 歯科矯正は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。
- 2 歯科矯正の費用は、第1節の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれるものと~~する~~。」等と規定されている場合を除き、第1節の各区分の所定点数に第2節の特定保険医療材料料を合算して算定する。
- 3 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。
- 4 印象採得、咬合採得及び装着に~~ついて~~は、それぞれの診療行為を行った日に算定する。
- 5 第13部に掲げられていない特殊な歯科矯正に~~ついて~~は、その都度当局に内議し、最も近似する歯科矯正として準用が通知された算定方法により算定する。
- 6 歯科矯正においては、患者が任意に診療を中止し、1月を経過した後、再び同一症状又は同一病名で当該保険医療機関に受診した場合は、初診料は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める疾患とは、次のものをいう。
 - (1) 唇顎口蓋裂
 - (2) ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）
 - (3) 鎖骨・頭蓋骨異形成
 - (4) クルーゾン症候群
 - (5) トリチャーコリンズ症候群
 - (6) ピエールロバン症候群
 - (7) ダウン症候群
 - (8) ラッセルシルバー症候群
 - (9) ターナー症候群
 - (10) ベックウィズ・ヴィードマン症候群
 - (11) 尖頭合指症
 - (12) ロンベルグ症候群
 - (13) 先天性ミオパチー
 - (14) 顔面半側肥大症
 - (15) エリス・ヴァン・クレベルド症候群
 - (16) 軟骨形成不全症
 - (17) 外胚葉異形成症
 - (18) 神経線維腫症
 - (19) 基底細胞母斑症候群

- (20) ヌーナン症候群
- (21) マルフアン症候群
- (22) プラダーウィリー症候群
- (23) 顔面裂
- (24) 筋ジストロフィー
- (25) 大理石骨病
- (26) 色素失調症
- (27) 口 - 顔 - 指症候群
- (28) メービウス症候群
- (29) カブキ症候群
- (30) クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群
- (31) ウィリアムズ症候群
- (32) ビンダー症候群
- (33) スティックラー症候群
- (34) 小舌症
- (35) 頭蓋骨癒合症
- (36) 骨形成不全症
- (37) 口笛顔貌症候群
- (38) ルビンスタイン-ティビ症候群
- (39) 常染色体欠失症候群
- (40) ラーセン症候群
- (41) 濃化異骨症
- (42) 6 歯以上の非症候性部分性無歯症
- (43) チャージ症候群
- (44) マーシャル症候群
- (45) 下垂体性小人症
- (46) ポリエックス症候群（クラインフェルター症候群）
- (47) リング18症候群

8 別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に対する歯科矯正の療養は、当該疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する保険医療機関からの情報提供等に基づき連携して行われるものである。

第1節 歯科矯正料

N000 歯科矯正診断料

- (1) 歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる場合であって、当該疾患の治療を行った医科の保険医療機関又は患者若しくはその家族からの情報及び資料により、当該患者が当該疾患を現に有することが確認された場合に限り算定する。
- (2) 歯科矯正診断料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる

患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析するとともに、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真等を行い、これらの分析結果や評価等と過去に行った治療内容の評価と併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製の費用は別に算定する。

- (3) 別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者であって、顎切除等の手術を必要とするものに係る歯科矯正診断料は、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師の氏名を治療計画書に記載する。
- (4) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
- イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
 - ロ 口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
 - ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
 - ニ 保険医療機関名、担当歯科医師又は担当医師の氏名等
- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (6) 歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する。
- (7) 歯科矯正診断料を算定した後、「注2」に掲げる歯科矯正診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合は、歯科矯正診断料は、算定できない。
- (8) 歯科矯正診断料の算定に係る歯列矯正は、歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び別に厚生労働大臣が定める疾患に係る育成医療及び更生医療等当該疾患に係る手術等を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師との十分な連携を図り行う。
- (9) 6歯以上の非症候性部分性無歯症は、欠損している歯数に第三大臼歯は含めない。なお、当該疾患に伴う咬合異常の治療を開始する場合は、診療録に欠損している部位を記載する。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関に限り算定する。
- (2) 顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする顎変形症の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患に起因して顎変形症を発症している場合は除く。）の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等について、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真及び予測模型等による評価又は分析を行い、これらの結果と既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製の費用は別に算定する。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
- イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見

- ロ 口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
- ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
- ニ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等
- ホ 顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当 ~~歯科医師又は担当医師~~ ~~保険医の~~ 氏名
- ヘ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当 ~~歯科医師~~ ~~保険医の~~ 氏名等
- (4) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する ~~こと~~。
- (5) 顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する ~~こと~~。
- (6) 顎口腔機能診断料を算定した後、「注2」に掲げる顎口腔機能診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合 ~~は~~、顎口腔機能診断料は算定できない。
- (7) 顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関で実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行い、これら一連の治療に関する記録は、当該療養を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管する ~~こと~~。

N002 歯科矯正管理料

- (1) 「注1」に規定する「計画的な歯科矯正管理」とは、歯と顎の変化及び移動の把握並びにそれに基づく治療計画の点検及び修正をいう。
- また、「注1」に規定する「経過模型による歯の移動等の管理」とは、経過模型を製作し、過去に製作した経過模型と対比し、歯の移動等を把握することをいう。
- (2) 「注1」に規定する「療養上必要な指導」とは、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づいた矯正装置の取扱い、口腔衛生、栄養、日常生活その他療養上必要な指導等をいう。
- なお、療養上必要な指導を行った場合 ~~は~~、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。
- (3) 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」若しくは区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合 ~~は~~、歯科矯正管理料は算定できない。
- (4) 「注1」の「文書」とは、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況（治療計画の策定及び変更年月日を含む。）、保険医療機関名、当該管理を行った主治の歯科医師の氏名、顎切除、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合におい

ては、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当~~歯科医師又は担当医師~~保険医の氏名等を記載したものをいう。

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。
- (6) 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した文書の要点を記載する~~こと~~。
- (7) 再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科矯正管理料は算定できない。
- (8) 歯科矯正管理を行った場合の説明等に使用した経過模型、口腔内写真、顔面写真等~~の費用~~は、歯科矯正管理料に含まれ別に算定できない。
- (9) 保定における保定装置の調整~~の費用~~は、歯科矯正管理料に含まれる。

N 0 0 3 歯科矯正セファログラム

- (1) 歯科矯正セファログラムとは、焦点と被写体の中心及びフィルム面が常に一定の距離を保持し、かつ、エックス線の主線が両耳桿の延長線に対して、0度、90度又は45度に保てる規格の機器を用いて撮影したものをいう。
なお、常に一定の距離とは、個々の患者につき、焦点と被写体の中心及びフィルム面の距離が経年的に一定であることをいう。
- (2) 一連とは、側貌、前後像、斜位像等の撮影を全て含むもの~~をいうである~~。
- (3) 歯科矯正セファログラムに用いたフィルムに係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N 0 0 4 模型調製

- (1) 平行模型は、咬合平面が水平になるよう製作したときに、顎態模型は、眼耳平面を基準として顎顔面頭蓋との関係を明らかにした模型を製作したときに算定する。
- (2) プラスターベースは、平行模型及び顎態模型を一定の規格に維持した状態で長期にわたって保管する必要があるために用いる~~ものである~~。プラスターベースの使用に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 平行模型は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したとき、それぞれ一回~~を限度としてに限り~~算定する。
- (4) 予測模型~~とは~~は、歯及び顎の移動後の咬合状態の予測を模型上にあらわしたもの~~をいうである~~。
- (5) 予測模型は、歯科矯正の治療においてダイナミックポジショナー及びスプリングリテーナーを製作した場合~~は~~はそれぞれ1回算定する。なお、歯科矯正を開始したとき又は動的処置を開始したときは、いずれかについて1回~~に限り~~を限度として算定するものとし、顎離断等の手術を開始したときも1回~~に限り~~を限度として算定する。
- (6) 製作した模型~~については~~は、保定期間を含む一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。

N 0 0 5 動的処置

- (1) 動的処置とは、区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づき策定された区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「注1」又は「注3」に規定する力系に関するチャートに基づき、矯正装置に用いた主線、弾線、スクリュー等の調整並びに床の削除及び添

加により、歯及び顎の移動・拡大等を計画的に行うものををいうとする。

- (2) 動的処置~~の費用~~は、区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「1 装置」を算定した場合において、当該費用に含まれ別に算定できない。なお、保定装置の使用期間中においても算定できない。
- (3) 同＝月内における装置の装着と日を異にして行った動的処置は、同＝月内の第1回目として取り扱う。

N 0 0 6 印象採得

- (1) 歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバートル（F K O）等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の印象採得をステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣの各ステップにおいて行った場合は、各ステップにつき1回~~に限り~~を限度として算定する。
- (3) 「2のイ 印象採得が簡単なもの」に該当するものは、先天性異常が軟組織に局限している場合をいう。
- (4) 「2のロ 印象採得が困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合をいう。なお、硬組織に及ぶ場合とは、先天性異常として骨の欠損及び癒合不全、著しい顎の過成長及び劣成長を伴うものをいう。
- (5) 「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、(4)に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合をいう。
- (6) リトラクター又はプロトラクターを製作するために顎顔面の採型を行った場合は、「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。
- (7) 双線弧線装置を使用して歯科矯正を行う場合の第1回目の装置の印象採得~~の費用~~は本区分の「1 マルチブラケット装置」を、装着~~の費用~~は区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」及び装置~~の費用~~は区分番号N 0 1 8に掲げるマルチブラケット装置の「1のロ 4装置目以降の場合」により算定するものとし、第2回目以降の装置~~の費用については~~区分番号N 0 1 8に掲げるマルチブラケット装置の「1のロ 4装置目以降の場合」のみを算定する。なお、区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「注1」又は「注3」の加算~~については~~、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する~~できる~~。

N 0 0 7 咬合採得

- (1) 歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバートル（F K O）等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の場合は、算定できない。
- (3) 「2 困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合をいう。
- (4) 「3 構成咬合」とは、アクチバートル、ダイナミックポジショナーの製作のために筋の機能を賦活し、その装置が有効に働き得る咬合状態を採得するものをいう。

N 0 0 8 装着

- (1) 「1のイ 可撤式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できる床装置、アクチ

バトール、リトラクター等である。

- (2) 「1のロ 固定式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できないリングルアーチ、マルチブラケット装置、ポータータイプの拡大装置等である。
- (3) 装置の装着料は、マルチブラケット装置を除き第1回目の装着時にのみ算定~~する~~~~でき~~~~る~~。
- (4) マルチブラケット装置の装着料は、各ステップにつき1回~~に限り~~を限度として算定する。
- (5) ポータータイプ又はスケルトンタイプの拡大装置に使用する帯環の装着に係る費用は、装置の装着に係る費用に含まれ別に算定できない。
- (6) マルチブラケット装置の装着時の結紮に係る費用は、所定点数に含まれる。
- (7) フォースシステムとは、歯及び顎の移動に関して負荷する矯正力の計画を立てることをいい、力系に関するチャートとは、フォースシステムを基にした矯正装置の選択及び設計のチャートをいう。
- (8) メタルリテーナーを除いた保定装置の製作に当たって、フォースシステムを行った場合であっても、フォースシステム~~の費用~~は算定できない。
- (9) 「注1」又は「注3」の加算を算定する場合は、診療録に、口腔内の状況、力系に関するチャート、治療装置の名称及び設計等を記載する~~こと~~。
- (10) 歯科矯正用アンカースクリューの装着料は、区分番号N008-2に掲げる植立に含まれる。

N008-2 植立

植立は、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者であって、歯科矯正用アンカースクリューを歯槽部又は口蓋に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。なお、本規定に関わらず、当該診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても、依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定しても差し支えない。この場合において、当該診断料を算定し、診療情報提供を行った保険医療機関名を診療録に記載する。

N009 撤去

- (1) ポータータイプの拡大装置の撤去~~の費用~~は、同装置を最終的に撤去する場合に1回~~に限り~~を限度として帯環の数に応じて算定する。
- (2) 3について、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定して差し支えない。

N010 セパレイティング

- (1) セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する2歯間の接触面を1箇所として算定する。なお、これに使用した真鍮線等の撤去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 叢生（クラウドイング）について、本通知の第13部通則3に規定する顎変形症及び通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際

に歯の隣接面の削除を行った場合は、区分番号 I 0 0 0 - 2 に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

N 0 1 1 結紮

マルチブラケット装置において結紮を行った場合にのみ算定する。

N 0 1 2 床装置

マルチブラケット装置以外の装置~~に~~は、次により算定する。

イ 「1 簡単なもの」~~に~~は、顎の狭窄を伴わない場合に装着する装置について算定する。

ロ 「2 複雑なもの」~~に~~は、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

N 0 1 3 リトラクター

(1) 本区分に該当するものは、マンディブラリトラクター及びマキシラリトラクターである。

(2) 「注」のスライディングプレートの製作のために行う印象採得、咬合採得、保険医療材料等~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N 0 1 4 プロトラクター

本区分に該当するものは、ホーンタイプ、フレームタイプ及びフェイスボウタイプの装置である。

N 0 1 5 拡大装置

本区分に該当するものは、プレートタイプ、ポータータイプ、インナーボウタイプ及びスケルトンタイプの拡大装置である。

N 0 1 6 アクチバトル (F K O)

本区分に該当するものは、アクチバトル及びダイナミックポジショナーである。

N 0 1 7 リンガルアーチ

(1) 本区分に該当するものは、リンガルアーチ（舌側弧線装置）及びレビアルアーチ（唇側弧線装置）である。

(2) リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合は、区分番号 N 0 2 8 に掲げる床装置修理により算定する。

N 0 1 8 マルチブラケット装置

マルチブラケット装置~~に~~は、次により算定する。

イ マルチブラケット装置とは、帯環及びダイレクトボンドブラケットを除いたアーチワイヤーをいう。

ロ ステップが進んだ場合~~に~~は、前のステップに戻って算定できない。

ハ ステップⅠとは、レベリングを行うことをいう。

ニ ステップⅡとは、主として直径0.014～0.016インチのワイヤーを用いた前歯部の歯科矯正又は犬歯のリトラクションを行うことをいう。

ホ ステップⅢとは、主として直径0.016～0.018インチのワイヤー又は角ワイヤーを用いた側方歯部の歯科矯正を行うことをいう。

ヘ ステップⅣとは、主として直径0.016～0.018インチあるいはそれ以上のワイヤー又は角ワイヤーを用いた臼歯部の歯科矯正及び歯列弓全体の最終的な歯科矯正を行うことをいう。

ト セクショナルアーチを行う場合の第1回目の装置の印象採得の費用は区分番号N006に掲げる印象採得の「1 マルチブラケット装置」、装着の費用は区分番号N008に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」及び装置の費用は本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」に掲げる所定点数により算定するものとし、第2回目以降の装置の費用については、本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、区分番号N008に掲げる装着の「注1」及び「注3」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する。

N019 保定装置

- (1) 保定装置とは、動的処置の終了後、移動させた歯及び顎を一定期間同位置に保持する装置をいう。
- (2) 動的処置に使用した矯正装置をそのまま保定装置として使用した場合は、保定装置の費用は算定できない。
- (3) メタルリテーナーは、前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大を行った後の保定を維持する場合であって、メタルリテーナーを使用する必要がある場合に限って算定する。
- (4) 「5 リンガルバー」に該当するものは、リンガルバー及びパラタルバーを使用する装置である。

(5) インビジブルリテーナーは、プレートタイプリテーナーにより算定する。

N020 鉤

「2 複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。

N021 帯環

帯環製作の場合のろう着の費用は、当該各区分の所定点数に含まれるものであるが、帯環にチューブ、ブラケット等をろう着する場合の費用は、区分番号N027に掲げる矯正用ろう着により算定する。

N023 フック

本区分に該当するものは、リンガルボタン、クリーク、フック等であるが、チューブに付随していて新たなろう着の必要のないものは算定できない。

N024 弾線

弾線をリンガルアーチ等に用いるためにろう着を行った場合は、区分番号N027に掲げる矯正用ろう着により算定する。

N025 トルキングアーチ

トルキングアーチについては、装着、結紮等の費用は別に算定できない。

N026 附加装置

附加装置は、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）の費用を含む。

N027 矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気熔接する場合は、1個につき1箇所として算定する。

N028 床装置修理

本区分に該当するものは、床装置の破損等であるが、床装置において動的処置の段階で床

の添加を行う場合の床の添加に要する費用は、区分番号N 0 0 5に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。

第14部 病理診断

通則

第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。

病理診断・判断料

〇〇〇〇 口腔病理診断料

- (1) 口腔病理診断料を算定~~する~~保険医療機関は、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院で~~ある~~なければならない。
- (2) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う歯科医師又は医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、口腔病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の保険医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合~~は~~、月1回~~を限度としてに限り~~~~所定点数を算定する~~。なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合~~におい~~ては、療養の給付の対象とならない。＝

＝

＝

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

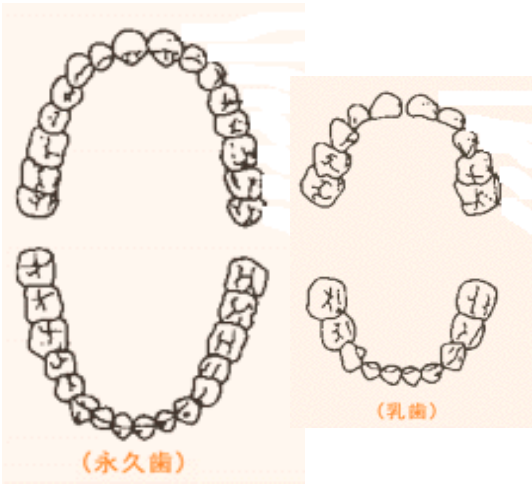
[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 （ 歳）		
問 診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】 薬剤名（ ）		
生 活 習 慣 の 状 況	【生活習慣の状況】 ・ 1日の歯磨きの回数 （ ） 回 ・ 歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・ 習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・ 間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・ 歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・ 喫煙習慣 □有 □無 □過去に有り ・ 睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・ 歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・ その他（ ）		
備 考			

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 ・ 4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・ 歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・ 歯肉の腫れ □有 □無 ・ 歯の痛み □有 □無 ・ その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 ・ 歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・ その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 □咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能
	【歯科疾患と全身の健康との関係】 （ ）
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約（ ）週・月 （ ）回程度

この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

年 月 日

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 （ 歳）		
【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください）			
・ 痛みについて	☐ 痛い	☐ 時々痛い	☐ 痛くない
・ 歯肉の出血について	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない
・ 腫れについて	☐ ある	☐ 時々ある	☐ ない
・ 食事について	☐ 食べにくい	☐ 変わらない	☐ 食べやすくなった
・ その他（			
【生活習慣の状況】			
・ 1日の歯磨きの回数	（ ）回		
・ 歯磨きの時間	☐ 朝食後	☐ 昼食後	☐ 夕食後 ☐ 就寝前
・ 習慣的飲料物	☐ 炭酸飲料	☐ ジュース	☐ その他（ ）
・ 間食の取り方	☐ 不規則	☐ 規則正しい	☐ しない
・ 歯口清掃器具の使用	☐ なし	☐ 歯ブラシ	☐ フロス ☐ 歯間ブラシ
・ その他（			
【備考】			

【口腔内の状況】 義歯装着 ☐有 ☐無	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット ☐有 ☐無 ・歯の動揺 ☐重度 ☐中等度 ☐軽度 ☐正常 ・歯肉の腫れ ☐有 ☐無 ・その他 () 【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 ☐高度 ☐中等度 ☐軽度 ☐無 ・その他の特記事項 () 【プラーク付着状況】 ☐多い ☐やや多い ☐少ない 【その他の留意点】 ☐咀嚼機能 ☐摂食・嚥下機能 ☐構音機能 【口腔内の状態の改善状況】 ()
【継続して行う治療内容】	☐むし歯治療 ☐歯周疾患治療 ☐被せ物 ☐ブリッジ ☐義歯 ☐その他 ()
【改善目標事項】	☐歯磨きの習慣 ☐飲料物の習慣 ☐間食の習慣 ☐歯口清掃器具の使用 ☐喫煙習慣 ☐その他 ()
【治療期間】	約 () 週・月 () 回程度

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

調剤報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。
- 2 保険薬剤師は、投与日数が長期間にわたる処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない先発医薬品がある処方せん（以下「後発医薬品への変更が可能な処方せん」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方せんに記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方せん交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量10日分の処方せんで4月4日に5日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は $(10 + 4) - 7 = 7$ であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、 $(10 + 4) - 10 = 4$ となるので4日分しか交付できない。

- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方せんに薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方せんを患者に返却すること。
- 4 「区分番号00」の「注3」の後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品については、「診療報酬における~~おいて~~加算等の算定対象となる後発医薬品等について」（平成24~~26~~26年9~~10~~10月5~~6~~6日医発0305~~0305~~0305第14~~14~~14号）を参照すること。
- 5 保険薬局は、薬局内の見やすい場所に調剤報酬点数表の一覧等を掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

<調剤技術料>

区分00 調剤基本料

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの枚数に関係なく処方せんの受付1回につき算定する。なお、同一保険薬局において分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については、「注4」又は「注5」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付1回と数える。

ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんとは別受付として算定できる。

- (3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんを同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。
- (4) 処方せんの受付回数が月に4,000回又は2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いとは、次の基準による。ただし、受付回数の計算に当たり、「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算若しくは「区分番号01」の「注5」の夜間・休日等加算を算定する調剤料に係る処方せん、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん又は介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費の口の（2）若しくは指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費の口の（2）の基となる調剤に係る処方せんを受け付けた場合には、当該処方せんの受付は受付回数に含めないものとする。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が48,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が30,000回を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について
指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの受付回数が4,000回又は2,500回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が12,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が7,500回を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は4041点を算定する。

- (5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

前年3月1日から当年2月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について
指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの

受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。

ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から3か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は4041点を算定する。

- (6) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。
- (7) 「注4」については、長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある、分割調剤を行った場合で、1処方せんの2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。
- (8) 「注4」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
- (9) 「注5」については、後発医薬品への変更が可能な処方せんを提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方せんの2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料を算定できる。
- (10) 「注5」に係る分割調剤を行った場合は、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
- (11) 1処方せんについて、「注4」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注5」に係る分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。――

(12) 医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況のまま、調剤を行った場合は、「注6」の所定点数を算定する。

妥結率が低い保険薬局とは、妥結率の実績が50%以下の保険薬局をいう。妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。ただし、報告年度の当年10月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においても、翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局とはみなされない。

なお、妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝ 卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額

(13) 妥結率の割合は、「別紙様式1」により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告する。

なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、(12)の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。

(14) 保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

区分01 調剤料

(1) 内服薬

ア 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の調剤料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる。（内服用滴剤は「区分番号01」の「注1」による。）

イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての調剤料及び薬剤料は「1調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。

(イ) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。

(ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。

(ハ) (イ)及び(ロ)における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間毎服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、調剤料の算定にあっては、「食前」とみなし、1剤として扱う。

(ニ) (イ)及び(ロ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合

③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

ウ 内服薬の調剤料は、1回の処方せん受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含めることとする。

エ 同一薬局で同一処方せんを分割調剤した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ 隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。

カ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成24年3月5日保医発0305第12号）に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第2の5を参照すること。

キ 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。

ク 剤形の加工は、薬剤の性質、製剤の特徴等についての薬学的な知識に基づいて行わなければならないこと。

ケ 嚥下困難者用製剤加算は、処方せん受付1回につき1回算定できるものであること。

コ 剤形を加工したものをを用いて他の薬剤と計量混合した場合の計量混合調剤加算は算定できないものであること。

サ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算及び自家製剤加算は算定できないものであること。

シ 薬剤師が剤形の加工の必要を認め、医師の了解を得た後剤形の加工を行った場合は、その旨調剤録等に記載すること。

ス 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

セ 一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に、医師の了解を得た上で行うものであること。

ソ 一包化加算は、処方せんの受付1回につき1回算定できるものであり、投与日数が56

日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに~~30~~32点を加算した点数を、投与日数が57日分以上の場合には、投与日数にかかわらず~~270~~290点を所定点数に加算する。

タ 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。

チ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、処方せんの受付1回につき1回に限り算定するのであること。

ツ 同一薬局で同一処方せんに係る分割調剤をした上で、2回目以降の調剤について一包化を行った場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数を所定点数に加算する。

テ 一包化加算を算定した場合においては、自家製剤加算（「区分番号01」の「注6」に規定する加算をいう。以下同じ。）及び計量混合調剤加算（「区分番号01」の「注7」に規定する加算をいう。以下同じ。）は算定できないものであること。

ト 内服用滴剤を調剤した場合の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、1回の使用量が極めて少量（1滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、1調剤分全量を1単位として薬剤料の項により算定するものであり、1剤1日分を所定単位とするものではない。

（2） 屯服薬

屯服薬の調剤料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定する。

（3） 浸煎薬

ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ 浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

ウ 浸煎薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

（4） 湯薬

ア 湯薬とは、薬局において2種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ 湯薬の調剤料は、1調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

ウ 湯薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

（5） 注射薬

ア 注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定する。

イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬

剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンI₂製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤及び、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬）に限る。

なお、「モルヒネ塩酸塩製剤」、「フェンタニルクエン酸塩製剤」、「複方オキシコドン製剤」及び「オキシコドン塩酸塩製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患家に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患家に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。

ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

（7） 外用薬

- ア 外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。
- イ 外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。
- ウ トローチについては、外用薬として算定する。
- (8) 注射薬の無菌製剤処理
- ア 「注2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。
- イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合には希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液~~又は~~、抗悪性腫瘍剤~~又は麻薬~~を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を1日分製剤する毎にそれぞれ~~40点又は50点~~65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤する毎にそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。
- ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）において指定されたものをいう。
- エ 無菌製剤処理加算は、~~2以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは2以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、それぞれ40点若しくは50点又は50点を算定するものとする。同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせで1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。~~
- オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。 カ 無菌調剤室の共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）を遵守し適正に実施すること。
- (9) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算
- ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第6号の規定に基づく同法別表第3に掲げる向精神薬をいう。
- イ 本加算は、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに1調剤行為につき70点、それ以外の場合に1調剤行為につき8点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。
- ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚せい剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚せい剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。
- エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は1調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は1調剤につき8点を算定する。
- オ 本加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

(10) 調剤技術料の時間外加算等

ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額（調剤基本料＋調剤料）には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算は含まれ、嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は含まれない。

ウ 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算

(イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

(ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

(ハ) 時間外加算を算定する患者については、処方せんの受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

(ニ) 「注4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

(ホ) 「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

オ 休日加算

(イ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局で調剤を受けた患者

② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

カ 深夜加算

(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局で調剤を受けた患者

② 深夜時間帯（午後10時から午前6時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

(ロ) 深夜加算を算定する患者については、処方せんの受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

(11) 調剤料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、午後7時（土曜日にあっては午後1時）から午前8時までの間（休日加算の対象となる休日を除く。）又は休日加算の対象となる休日であって、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方せんの受付1回につき、調剤料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。

イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内のわかりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方せんの受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。

(12) 自家製剤加算

ア 「注6」の自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

(イ) 錠剤を粉砕して散剤とすること。

(ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。

(ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定で

きる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

(ロ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。

カ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

キ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方せん受付時に当該製剤を投与することをいう。

ク 通常、成人又は6歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を6歳未満の乳幼児（以下「乳幼児」という。）に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注6」の「イ」を算定できる。

ケ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

コ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(13) 計量混合調剤加算

ア 「注7」の計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている2種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤等として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという1調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。

(イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注6の自家製剤加算を算定した場合

(ロ) 薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。

ウ 処方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合は、「注7」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合はこの限りではない。

エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(14) 在宅患者調剤加算

「注8」の在宅患者調剤加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導

費若しくは介護予防居宅療養管理指導費が算定されていない場合は、算定できない。ただし、「区分番号15」の（4）において規定するサポート薬局が処方せんを受け付け調剤を行った場合はこの限りではない。

<薬学管理料>

薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。

なお、患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材（以下「服薬カレンダー」という。）を提供する場合にあっては、患者から実費を徴収しても差し支えない。

区分10 薬剤服用歴管理指導料

- （1） 薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。――

ただし、手帳に記載しない場合は、保険薬剤師が、患者に対して、次に掲げる指導等のうちウを除くすべてを行った場合は、34点を算定するものとする。

ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。

（イ） 当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

（ロ） 用法、用量、効能、効果

（ハ） 副作用及び相互作用

（ニ） 服用及び保管取扱い上の注意事項

（ホ） 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

（ヘ） 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。

ウ 調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。

エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、また、患者又はその家族等から確認すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報について患者に提供すること。

- （2） 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。
- （3） 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。

- ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
 - イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
 - ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
 - エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録
 - オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
 - カ 服薬状況
 - キ 残薬の状況の確認
 - ク 患者の服薬中の体調の変化
 - ケ 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報
 - コ 合併症を含む既往歴に関する情報
 - サ 他科受診の有無
 - シ 副作用が疑われる症状の有無
 - ス 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等
 - セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
 - ソ 手帳による情報提供の状況
 - タ 服薬指導の要点
 - チ 指導した保険薬剤師の氏名
- (4) (3)のエからセまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。すること。
- (5) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。
- (6) 薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。
- (7) 薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。
- (8) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。
- (9) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (10) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、

副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。

- (11) (1)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や服用患者の病態に応じるものである。

- (12) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録

手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。

- (13) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。

- (14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、できるだけ同一の手帳で管理できるよう、保険薬局は1冊にまとめるなどに努める。

- (15) ~~手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付することで差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回手帳を持参した場合には、当該シール等が貼付されていることを確認する。~~所有している手帳を持参しなかった患者に対して必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、薬剤服用歴管理指導料の「注1」ただし書にかかる所定の点数を算定する。

- (16) (1)のエの残薬の状況の確認にあたり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。

- (17) (1)のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成~~24~~26年~~9~~9月~~5~~5日保医発~~0305~~0305第~~14~~14号）の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。

ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

イ 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）

(18) 一般名処方が行われた医薬品について、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明をした場合であって、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

(19) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。

~~(19)~~(20) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。

~~(20)~~(21) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。

~~(21)~~(22) 重複投薬・相互作用防止加算

ア 重複投薬・相互作用防止加算は、薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方の変更が行われた場合に「注3」のイを算定し、処方に変更が行われなかった場合は「注3」のロを算定する。

なお、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

イ 薬剤の追加、投与期間の延長が行われた場合は、「注3」のイは算定できない。

ウ 重複投薬・相互作用防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。

エ 複数の保険医療機関又は複数の診療科で処方せんを交付された患者について、処方せんの受付時点が異なる場合であっても所定の要件を満たした場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定できる。

オ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方せんを受け付け、複数の処方せんについて薬剤を変更した場合であっても、1回に限り「注3」のイを算定する。

カ 院内投薬と院外処方せんによる投薬に係る処方変更についても、重複投薬・相互作用防止加算は算定できる。

キ 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合についても、「注3」のイを算定できる。

~~(22)~~(23) 特定薬剤管理指導加算

ア 特定薬剤管理指導加算（「注4」に規定する加算をいう。以下同じ。）は、薬剤服用歴管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。

なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局で

は得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。

イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、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（ワルファリンカリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、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、膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬をいう。

ウ 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、そのすべてについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、処方せんの受付1回につき1回に限り算定するものであること。

エ 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴の記録に記載すること。

(23)24) 乳幼児服薬指導加算

ア 乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方せんの受付の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

イ 乳幼児服薬指導加算を算定した処方せん中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

ウ アにおける確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴の記録及び手帳に記載する。

区分13 長期投薬情報提供料

(1) 長期投薬情報提供料1

ア 長期投薬情報提供料1は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

(イ) 長期投薬に係る処方せんの受付時に、当該処方せん受付薬局が、当該処方せんに係る薬剤の服薬期間中にその使用に係る新たな重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対して当該情報を提供することにつき、あらかじめ患者又はその家族等の同意を得ること。

(ロ) (イ)の情報を入手後、速やかに患者又はその家族等に対して実際に当該情報を提供し、注意を促すこと。

(ハ) 当該患者の次回の処方せんの受付時に、当該保険薬局の保険薬剤師が、提供した情報に関連した副作用の発現状況、注意事項の遵守状況等を確認し、必要な指導を行うこと。

イ アの(イ)の同意を得た場合には、その旨を当該患者の薬剤服用歴の記録に記載すること。

ウ 「重要な情報」とは、処方せん受付時に提供した薬剤情報以外の情報で新たに知り得た情報であって、当該患者の薬剤服用歴に基づき、服薬中の患者に重大な影響を与えると思われる事項のことであり、例えば、以下のような情報が挙げられる。

(イ) 医薬品緊急安全性情報

(ロ) 医薬品・医療機器等安全性情報

エ 情報提供に当たって、特に配慮が必要と考えられる薬剤については、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

オ 患者の服薬期間中に新たに情報提供した事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。

カ 長期投薬情報提供料１は「区分番号１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

(２) 長期投薬情報提供料２

ア 長期投薬情報提供料２は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

(イ) 当該長期投薬に係る処方せんにおける薬剤の服用期間中に、患者又はその家族等が保険薬局を訪れた際又は電話等により、当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合に、本情報提供料の算定について患者の同意を得た上で、薬剤師が患者の服薬状況等を確認すること。

(ロ) (イ)の際に患者又はその家族等に対して薬剤の適正な使用のための指導を行うこと。

(ハ) 当該患者の次の処方せんの受付時（当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）に当該保険薬局の薬剤師が再度服薬状況等の確認を行うこと。

イ 服薬期間中の「服薬状況等の確認」とは、患者の服薬状況や服薬期間中の体調変化等の確認を行うことをいう。

ウ 「当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るもの」とは、当初受け付けた処方せんの処方と同様の処方又は処方された薬剤から一連の治療に基づくことが類推され、患者等から確認が得られたものをいう。

エ 長期投薬情報提供料２は、長期投薬に係る処方せんの初回受付時には算定できない。

また、次の処方せん受付日に薬剤服用歴管理指導料を算定した場合にあっては、同日に行った当該情報提供料に係る服薬状況等の確認及び必要な指導については、当該情報提供料は算定できない。ただし、同日前に行った確認及び指導については、算定できる。

オ 患者の服薬期間中及び処方せん受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。

カ 長期投薬情報提供料２は、「区分番号１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

区分１４の２ 外来服薬支援料

(１) 外来服薬支援料は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤の処方医にその必要性につき了解を得た上で、一包化や服薬カレンダーの活用等により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、服薬支援１回につき算定する。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。

(２) 外来服薬支援を行うに当たっては、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて整理するよう努めること。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じること。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内

投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。

- (3) 外来服薬支援は、処方せんによらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。
- (4) 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。
- (5) 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴の記録に記載する。
- (6) 外来服薬支援料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、「2」は、在宅での療養を行っている患者であって同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (4) (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととす

- るが、費用については両者の合議とする。
- (5) サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行ったサポート薬局名、当該訪問薬剤管理指導を行った日付及びやむを得ない事由等を記載する。また、サポート薬局が処方せんを受け付け、調剤を行ったサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等はサポート薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が処方せんを受け付けた旨を記載する。
- (6) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- ア 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者
- イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (7) 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。
- (8) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存すること。
- (9) 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。
- (10) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行うこと。
- (11) 薬学的管理指導計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行うこと。
- (12) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当

該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供すること。

(13) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。

(14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回以上算定する場合（~~がん末期~~末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。~~がん末期~~末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。――

(15) 保険薬剤師1人につき「1」と「2」を合わせて1日につき5回に限り算定できる。

~~(16)~~ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

イ 処方医から提供された情報の要点

ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）

エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点

カ サポート薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、(5)で規定する事項

~~(17)~~ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合を除く。）、「区分番号13」の長期投薬情報提供料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料又は「区分15の5」の服薬情報等提供料は算定できない。

~~(18)~~ 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15」の~~(16)~~の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、

服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)

(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等)

(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。)の要点

(ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)

(~~18~~19) 保険薬局(サポート薬局を含む。)の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

(~~19~~20) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、月4回に限り算定する。

(2) 「区分番号15」の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「区分番号15」の(4)及び(5)の取扱いに準ずること。

(3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨

ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容(服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。)

エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(4) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の2」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容(麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等)

(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点(麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等)

(ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報(麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。)の要点

(ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項(都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。)

(5) 保険薬局(サポート薬局を含む。)の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

(6) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

(1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等(居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。)が一堂に会しカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方

針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。

- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導1回につき1回に限り算定するものであること。

- (3) 当該カンファレンスは、原則として、患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

- (4) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った薬剤師の氏名並びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名

イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から要請があつて患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由

ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）

エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

- (5) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。

- (6) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の3」の(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）

- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
 - (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
 - (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）
- (7) 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注2」により算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により16キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、患家を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成24年3月31日以前に「区分番号15」の「注1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

区分15の4 退院時共同指導料

- (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付すること。
- (4) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

区分15の5 服薬情報等提供料

- (1) 服薬情報等提供料は、患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。

- (2) 服薬情報等提供料は、処方せん発行保険医療機関から次のア若しくはイに掲げる情報提供の求めがあった場合、又は保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴に基づき患者の服薬に関する次のア、イ若しくはウに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供したときに算定する。
- ア 当該患者の服薬状況
イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報
- (3) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含むものであること。患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。
- (4) ウについては、処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。
- (5) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。ただし、2以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。
- (6) 情報提供に当たっては、別紙様式1又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。
- (7) 服薬情報等提供料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

<薬剤料>

区分20 使用薬剤料

- (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。
- ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。
- なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。
- (2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。
- (3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方せんに基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。
- (4) 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用

しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

<特定保険医療材料料>

区分30 特定保険医療材料

(1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表1に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。

ア 別表2に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器

イ 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料~~自己連続携帯式腹膜灌流以外の目的で患者が使用する腹膜透析液交換セット~~
~~ウ 在宅中心静脈栄養法以外の目的で患者が使用する在宅中心静脈栄養用輸液セット~~
~~エ 在宅成分栄養経管栄養法以外の目的で患者が使用する在宅寝たきり患者処置用栄養用~~
~~ディスプレイダブルカテーテル~~

(2) ~~「在宅中心静脈栄養用輸液セット」とは、体外式カテーテル又は埋込式カテーテルに接続して使用するチューブセット（輸液バッグ、輸液ライン（フィルタ、プラグ、延長チューブ、フーバー針を含む。）、注射器及び穿刺針を含む。）をいう。~~特定保険医療材料の定義については、「特定保険材料の定義について」（平成26年〇月〇日保医発〇第〇号）を参照すること。

別表1

○ インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤~~及び~~、アバタセプト製剤及びpH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤の自己注射のために用いるディスプレイダブル注射器（針を含む。）

○ 万年筆型注入器用注射針

~~○ 自己連続携帯式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット~~

~~○ 在宅中心静脈栄養用輸液セット~~

~~○ 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイダブルカテーテル~~

~~○ 携帯型ディスプレイ・ダブル注入ポンプ~~

別表 2

インスリン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

性腺刺激ホルモン製剤

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体

ソマトスタチンアナログ

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

ブプレノルフィン製剤

抗悪性腫瘍剤

グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト

ヒトソマトメジンC 製剤

エタネルセプト製剤

ペグビソマント製剤

スマトリプタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤

アダリムマブ製剤

テリパラチド製剤

アドレナリン製剤

ヘパリンカルシウム製剤

アポモルヒネ塩酸塩製剤

セルトリズマブペゴル製剤

トシリズマブ製剤

メトレプレチン製剤

アバタセプト製剤

pH 4 処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

平成 2 6 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長	}	殿
都道府県民生主管部（局）		
国民健康保険主管課（部）長		
都道府県後期高齢者医療主管部（局）		
後期高齢者医療主管課（部）長		

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成~~26~~²⁴年厚生労働省告示第~~76~~⁷⁷号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成~~26~~²⁴年厚生労働省告示第~~77~~⁷⁷号）が公布され、平成~~26~~²⁴年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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~~24~~²²年3月5日保医発0305第2号）は、平成~~26~~²⁴年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診療の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。

- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとする。
- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりである。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

第2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を正副2通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。

なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準については届出前6か月の実績を有していること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。
- 5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。
 - (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。
 - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
 - (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示

第104号)に該当している保険医療機関である場合。

- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「高齢者医療確保法」という。)第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」(平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知すること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

夜間・早朝等加算	(夜朝)第 号
時間外対応加算1	(時間外1)第 号
時間外対応加算2	(時間外2)第 号
時間外対応加算3	(時間外3)第 号
明細書発行体制等加算	(明細)第 号
<u>地域包括診療加算</u>	<u>(地包加)第 号</u>
地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診)第 号
歯科外来診療環境体制加算	(外来環)第 号
歯科診療特別対応連携加算	(歯特連)第 号
一般病棟入院基本料	(一般入院)第 号
療養病棟入院基本料	(療養入院)第 号
結核病棟入院基本料	(結核入院)第 号
精神病棟入院基本料	(精神入院)第 号
特定機能病院入院基本料	(特定入院)第 号
専門病院入院基本料	(専門入院)第 号
障害者施設等入院基本料	(障害入院)第 号
有床診療所入院基本料	(診入院)第 号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院)第 号
総合入院体制加算 <u>1</u>	(総合 <u>1</u> 加算)第 号
<u>総合入院体制加算 2</u>	<u>(総合 2)第 号</u>
臨床研修病院入院診療加算	(臨床研修)第 号
救急医療管理加算	(救急加算)第 号
超急性期脳卒中加算	(超急性期)第 号
妊産婦緊急搬送入院加算	(妊産婦)第 号
診療録管理体制加算 <u>1</u>	(診療録 <u>1</u>)第 号
<u>診療録管理体制加算 2</u>	<u>(診療録 2)第 号</u>
医師事務作業補助体制加算 <u>1</u>	(事務補助 <u>1</u>)第 号
<u>医師事務作業補助体制加算 2</u>	<u>(事補 2)第 号</u>

急性期看護補助体制加算	(急性看補) 第 号
<u>看護職員夜間配置加算</u>	<u>(看夜配) 第 号</u>
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第 号
看護配置加算	(看配) 第 号
看護補助加算	(看補) 第 号
療養環境加算	(療) 第 号
重症者等療養環境特別加算	(重) 第 号
療養病棟療養環境加算 1	(療養 1) 第 号
療養病棟療養環境加算 2	(療養 2) 第 号
療養病棟療養環境改善加算 1	(療養改 1) 第 号
療養病棟療養環境改善加算 2	(療養改 2) 第 号
診療所療養病床療養環境加算	(診療養) 第 号
診療所療養病床療養環境改善加算	(診療養改) 第 号
無菌治療室管理加算 1	(無菌 1) 第 号
無菌治療室管理加算 2	(無菌 2) 第 号
重症皮膚潰瘍管理加算	(重皮潰) 第 号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第 号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩診) 第 号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第 号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第 号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第 号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第 号
精神科リエゾンチーム加算	(精リエ) 第 号
強度行動障害入院医療管理加算	(強度行動) 第 号
重度アルコール依存症入院医療管理加算	(重アル) 第 号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害) 第 号
がん診療連携拠点病院加算	(がん拠点) 第 号
栄養サポートチーム加算	(栄養チ) 第 号
医療安全対策加算 <u>1</u>	(医療安全 <u>1</u>) 第 号
<u>医療安全対策加算 2</u>	<u>(医療安全 2) 第 号</u>
感染防止対策加算 1	(感染防止 1) 第 号
感染防止対策加算 2	(感染防止 2) 第 号
患者サポート体制充実加算	(患サポ) 第 号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第 号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第 号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第 号
退院調整加算	(退院) 第 号
新生児特定集中治療室退院調整加算	(新生児退院) 第 号
救急搬送患者地域連携紹介加算	(救急紹介) 第 号
救急搬送患者地域連携受入加算	(救急受入) 第 号

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介) 第 号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入) 第 号
総合評価加算	(総合評価) 第 号
呼吸ケアチーム加算	(呼吸チ) 第 号
後発医薬品使用体制加算 1	(後発使 1) 第 号
後発医薬品使用体制加算 2	(後発使 2) 第 号
病棟薬剤業務実施加算	(病棟薬) 第 号
データ提出加算	(データ提) 第 号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第 号
救命救急入院料 1	(救 1) 第 号
救命救急入院料 2	(救 2) 第 号
救命救急入院料 3	(救 3) 第 号
救命救急入院料 4	(救 4) 第 号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第 号
特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第 号
<u>特定集中治療室管理料 3</u>	<u>(集 3) 第 号</u>
<u>特定集中治療室管理料 4</u>	<u>(集 4) 第 号</u>
ハイケアユニット入院医療管理料 <u>1</u>	(ハイケア <u>1</u>) 第 号
<u>ハイケアユニット入院医療管理料 2</u>	<u>(ハイケア 2) 第 号</u>
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第 号
小児特定集中治療室管理料	(小集) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第 号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第 号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第 号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第 号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第 号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第 号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第 号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第 号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第 号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	(回 3) 第 号
亜急性期入院医療管理料	(亜) 第 号
<u>地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1</u>	<u>(地包ケア 1) 第 号</u>
<u>地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2</u>	<u>(地包ケア 2) 第 号</u>
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第 号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第 号

緩和ケア病棟入院料	(緩) 第 号
精神科救急入院料 <u>1</u>	(精救 <u>1</u>) 第 号
<u>精神科救急入院料 2</u>	<u>(精救 2) 第 号</u>
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第 号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第 号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第 号
精神療養病棟入院料	(精療) 第 号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第 号
認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第 号
特定一般病棟入院料 1	(特般 1) 第 号
特定一般病棟入院料 2	(特般 2) 第 号
短期滞在手術 <u>等</u> 基本料 1	(短手 1) 第 号
短期滞在手術 <u>等</u> 基本料 2	(短手 2) 第 号

7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成~~26~~²⁴年4月~~14~~¹⁶日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲

イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの⑤、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上

- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
 - (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（~~月平均夜勤時間超過減算により算定する場合~~~~7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料~~を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
 - (5) 算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
 - (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。
 - ~~(7) 亜急性期入院医療管理料の算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、3か月間（暦月）の平均実績が6割未満とならない範囲の一時的な変動。~~
- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。
- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

(掲示例)

- (1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時～夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時～深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時～朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- (2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成~~26~~²⁴年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成~~26~~²⁴年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成~~26~~²⁴年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成~~26~~²⁴年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域包括診療加算

一般病棟入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算（13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）

一般病棟入院基本料の注11に掲げる療養病棟入院基本料1（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

一般病棟入院基本料の注12に掲げるADL維持向上等体制加算（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）

療養病棟入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算（療養病棟入院基本料2に限る。）

療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料1に限る。）

結核病棟入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算

精神病棟入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算

精神病棟入院基本料の注7に掲げる精神保健福祉士配置加算

特定機能病院入院基本料の注9に掲げる療養病棟入院基本料1（一般病棟に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

特定機能病院入院基本料の注10に掲げるADL維持向上等体制加算（一般病棟に限る。）

専門病院入院基本料の注8に掲げる療養病棟入院基本料1（平成26年10月1日以降に限る。）

専門病院入院基本料の注9に掲げるADL維持向上等体制加算（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）

障害者施設等入院基本料の注2に掲げる月平均夜勤時間超過減算

有床診療所入院基本料の注 6 に掲げる看護補助配置加算 1 又は 2

有床診療所入院基本料の注10に掲げる栄養管理実施加算

有床診療所療養病床入院基本料の注10に掲げる栄養管理実施加算

総合入院体制加算 1

医師事務作業補助体制加算 1

急性期看護補助体制加算の注 2 に掲げる夜間25対 1 急性期看護補助体制加算

看護職員夜間配置加算（平成26年10月 1 日以降に限る。）

新生児特定集中治療室退院調整加算 3

特定集中治療室管理料 1 又は 2

ハイケアユニット入院医療管理料 1

回復期リハビリテーション病棟入院料の注 5 に掲げる体制強化加算

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の注 2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

地域包括ケア病棟入院料の注 3 に掲げる看護職員配置加算

地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算

精神科救急入院料の注 4 に掲げる院内標準診療計画加算

精神科急性期治療病棟入院料の注 4 に掲げる精神科急性期医師配置加算

精神科急性期治療病棟入院料の注 5 に掲げる院内標準診療計画加算

精神科救急・合併症入院料の注 4 に掲げる院内標準診療計画加算

精神療養病棟入院料の注 6 に掲げる精神保健福祉士配置加算

特定一般病棟入院料の注 7

~~時間外対応加算 1~~

~~時間外対応加算 3~~

~~一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 1（10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 2（10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~一般病棟入院基本料の注 7 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対 1 入院基本料に限る。）~~

~~一般病棟入院基本料の注13に掲げる療養病棟入院基本料 1（13対 1 入院基本料又は15対 1 入院基本料に限る。）（平成24年10月 1 日以降に限る。）~~

~~特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 1（一般病棟の10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算 2（一般病棟の10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 1（10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 2（10対 1 入院基本料に限る。）~~

~~専門病院入院基本料の注 4 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対 1 入院基本料に限る。）~~

~~有床診療所入院基本料の注 7 に掲げる看取り加算~~

~~有床診療所入院基本料の注 9 に掲げる有床診療所療養病床入院基本料~~

~~有床診療所療養病床入院基本料の注 7 に掲げる看取り加算~~

~~有床診療所療養病床入院基本料の注 9 に掲げる有床診療所入院基本料~~

~~医師事務作業補助体制加算（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する保険医療機関に限る。）~~
~~医師事務作業補助体制加算（30対1補助体制加算）~~
~~医師事務作業補助体制加算（40対1補助体制加算）~~
~~急性期看護補助体制加算（25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上））~~
~~急性期看護補助体制加算（25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満））~~
~~急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間50対1急性期看護補助体制加算~~
~~急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間100対1急性期看護補助体制加算~~
~~急性期看護補助体制加算の注3に掲げる看護職員夜間配置加算~~
~~看護補助加算1（13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）~~
~~療養病棟療養環境改善加算1~~
~~療養病棟療養環境改善加算2~~
~~診療所療養病床療養環境改善加算~~
~~無菌治療室管理加算1~~
~~無菌治療室管理加算2~~
~~緩和ケア診療加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~
~~有床診療所緩和ケア診療加算~~
~~精神科リエゾンチーム加算~~
~~栄養サポートチーム加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~
~~感染防止対策加算1~~
~~感染防止対策加算2~~
~~感染防止対策加算の注2に掲げる感染防止対策地域連携加算~~
~~患者サポート体制充実加算~~
~~精神科救急搬送患者地域連携紹介加算~~
~~精神科救急搬送患者地域連携受入加算~~
~~病棟薬剤業務実施加算~~
~~データ提出加算1~~
~~データ提出加算2~~
~~小児特定集中治療室管理料~~
~~回復期リハビリテーション病棟入院料1~~
~~亜急性期入院医療管理料の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~
~~児童・思春期精神科入院医療管理料~~
~~精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1（平成25年3月31日以降に限る。）~~
~~精神療養病棟入院料の注5に掲げる退院調整加算~~
~~認知症治療病棟入院料注3に掲げる認知症夜間対応加算~~
~~特定一般病棟入院料1~~
~~特定一般病棟入院料2~~
~~特定一般病棟入院料の注7に掲げる加算~~
~~特定一般病棟入院料の注12に掲げる療養病棟入院基本料1~~

表2 施設基準の改正により、平成~~26~~²⁴年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成~~26~~²⁴年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なも

の

一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26年10月1日以降に限る。）

総合入院体制加算2

診療録管理体制加算

医師事務作業補助体制加算2

急性期看護補助体制加算（平成26年10月1日以降に限る。）

看護補助加算（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に限る。）

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

退院調整加算の注3（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

データ提出加算

特定集中治療室管理料3又は4

ハイケアユニット入院医療管理料2

小児特定集中治療室管理料

新生児特定集中治療室管理料1又は2

回復期リハビリテーション病棟入院料1（平成26年10月1日以降に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算

~~入院基本料及び特定入院料（様式5）（平成24年3月31日において、褥瘡患者管理加算の届出を行っていない保険医療機関及び、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって栄養管理体制の基準を満たしているものに限る。）~~

~~入院基本料及び特定入院料（様式5の2）（平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、栄養管理体制の経過措置に該当する保険医療機関に限る。）~~

~~一般病棟入院基本料（7対1入院基本料）~~

~~一般病棟入院基本料（7対1入院基本料（経過措置））~~

~~一般病棟入院基本料（平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）~~

~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料）~~

~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料（経過措置））~~

~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）~~

~~専門病院入院基本料（7対1入院基本料）~~

~~専門病院入院基本料（7対1入院基本料（経過措置））~~

~~専門病院入院基本料（平成24年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又は~~

~~は急性期看護補助体制加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年7月1日以降、10対1入院基本料を引き続き算定する場合に限る。)~~

~~新生児特定集中治療室退院調整加算~~

~~後発医薬品使用体制加算1~~

~~救命救急入院料1（平成25年4月1日以降、救命救急入院料1を引き続き算定する場合に限る。）~~

~~救命救急入院料3（平成25年4月1日以降、救命救急入院料1を引き続き算定する場合に限る。）~~

~~総合周産期特定集中治療室管理料~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料2（重症者回復病棟加算の届出を行っていない場合に限る。）~~

~~亜急性期入院医療管理料~~

~~認知症治療病棟入院料注2に掲げる退院調整加算~~

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成~~26~~²⁴年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<u>有床診療所入院基本料1</u>	→	<u>有床診療所入院基本料4</u>
<u>有床診療所入院基本料2</u>	→	<u>有床診療所入院基本料5</u>
<u>有床診療所入院基本料3</u>	→	<u>有床診療所入院基本料6</u>
<u>新生児特定集中治療室退院調整加算</u>	→	<u>新生児特定集中治療室退院調整加算1</u>
<u>新生児特定集中治療室退院調整加算</u>	→	<u>新生児特定集中治療室退院調整加算2</u>
<u>短期滞在手術基本料1</u>	→	<u>短期滞在手術等基本料1</u>
<u>短期滞在手術基本料2</u>	→	<u>短期滞在手術等基本料2</u>
<u>医師事務作業補助体制加算</u>	→	<u>医師事務作業補助体制加算2</u>
障害者歯科医療連携加算	→	歯科診療特別対応連携加算
慢性期病棟等退院調整加算1	→	退院調整加算
急性期病棟等退院調整加算1	→	退院調整加算
後発医薬品使用体制加算	→	後発医薬品使用体制加算2
回復期リハビリテーション病棟入院料1 （重症患者回復病棟加算の届出を行っている場合に限る。）	→	回復期リハビリテーション病棟入院料2
回復期リハビリテーション病棟入院料1 （重症患者回復病棟加算の届出を行っていない場合に限る。）	→	回復期リハビリテーション病棟入院料3
回復期リハビリテーション病棟入院料2	→	回復期リハビリテーション病棟入院料3

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについて

ては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

~~3 基本診療料の施設基準等第十一の三、五、六、七の規定は、次の場合について、平成26年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであること。なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成26年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であつて、平成26年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。~~

~~ア 平成26年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に平成22年3月31日までの間に転棟又は転院した場合~~

~~イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成26年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合(障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成26年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合を含む。)~~

~~4 基本診療料の施設基準等第十一の四の規定は、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた別表第十三の患者であつて、当該病棟を平成18年7月1日から平成26年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換し、医療区分2又は3の患者とみなされていた患者のうち、次の患者について、平成26年4月1日以降も、平成26年3月31日までの間に限り、引き続き医療区分2又は3の患者とみなすことを規定したものである。~~

~~平成26年3月31日において現に療養病棟入院基本料2の20対1配置病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者を除く。)~~

別添 1

初・再診料の施設基準等

第1 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

- (1) 1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。

なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

- (2) (1)の規定にかかわらず、概ね月1回以上、当該診療所の保険医が、客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、1週間当たりの表示診療時間の合計が27時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について(昭和52年医発第692号)」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

- (3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療所が常態として医師が不在となる時間(訪問診療に要する時間を除く。)は、1週間当たりの表示診療時間の合計に含めない。

- (4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

2 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2 時間外対応加算

1 通則

- (1) 診療所であること。

- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算1に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。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った場合であっても、速やかに患者にコールバック

することができる体制がとられていること。

3 時間外対応加算2に関する施設基準

- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、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った場合であっても、速やかに患者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。
- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4 時間外対応加算3に関する施設基準

- (1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、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った場合であっても、速やかに患者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。
- (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

5 届出に関する事項

時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

- (1) 診療所であること。
- (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
- (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算に係る届出は、別添7の様式2の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算に関する施設基準

- (1)から(7)までの基準をすべて満たしていること。
- (1) 診療所であること。
- (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」とい

いう。)を配置していること。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

(4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

(5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

(6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。

イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護を提供した実績があること。

ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。

オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第5項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーションを原則として算定できないことに留意すること。）

カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

(7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満たしていること。

ア 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること。

イ 常勤の医師が3名以上配置されていること。

ウ 区分番号「B004」に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること。

2 届出に関する事項

地域包括診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式●を用いること。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等【変更予定あり（田近氏）】

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。
 - (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。
 - (3) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。
 - (4) (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
 - (5) 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年3月5日保医発0305第1号）の別添1第1章第2部通則7の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
 - (6) 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- 2 届出に関する事項
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式3を用いること。
- 届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について別添7の様式3による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

第4 歯科外来診療環境体制加算

1 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - エ 血圧計
 - オ 救急蘇生セット ~~（薬剤を含む。）~~
 - カ 歯科用吸引装置
- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険

医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

- (5) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修をすべて修了していることが確認できる文書を添付すること。

第4の2 歯科診療特別対応連携加算

1 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いる。
- (2) 当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器(AED)
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)
 - ウ 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)
 - エ 救急蘇生セット~~(薬剤を含む。)~~
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料（特別入院基本料~~（及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）~~を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2 又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。
なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。
- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有するすべての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が

週 1 回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

- (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2) 安全管理のための指針が整備されていること。
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。
- (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。
安全管理の責任者等で構成される委員会が月 1 回程度開催されていること。
- (5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。
安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年 2 回程度実施されることが必要である。

4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添 6 の別紙 3 を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添 6 の別紙 3 のように 1 つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。
- (5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。 —

(6) 毎年 7 月において、褥瘡患者数等について、別添 7 の様式 5 の 4 により届け出ること。

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該**病院である**保険医療機関 (特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。) 内に、~~栄養管理を担当する常勤の管理栄養士~~が 1 名以上配置されていること。~~ただし、~~

~~有床診療所においては非常勤であっても差し支えない。~~

- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (8) 特別入院基本料~~等~~及び短期滞在手術~~等~~基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- (11) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第1に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関（診療所を除く。）にあつては、平成26年~~6月30日~~までの間は、(1)の基準を満たしているものとする。~~その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生(支)局長に届け出ること。~~

6 医科点数表第1章第2部通則第8号に規定する基準

当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されていること。

第1の2 歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料~~等（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）~~を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 第1の1から4までのいずれにも該当するものであること。

2 栄養管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関内 (診療所を除く。) に、栄養管理を担当する管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、歯科医師、看護職員、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画(別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。)を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (8) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関 (診療所を除く。) において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準を満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- ~~(11) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第2に規定する歯科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年3月31日までの間は、(1)の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生(支)局長に届け出ること。~~

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階(原則として二つの階)を1

病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで看護必要度の基準を満たせない場合に限り、両病棟の看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟の看護必要度の基準を満たすことで差し支えないものとする。

2 1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。

- (1) 1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。
- (2) (1)の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。
- (3) 複数階で1病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて1病棟を構成する場合についても上記(1)及び(2)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

3 平均在院日数については次の点に留意すること。

- (1) 平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。
- (2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料3を算定した患者であって6日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

平成26年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院する患者について療養病棟入院基本料1の例により算定を行うことを地方厚生（支）局長へ届け出た病棟については、平成27年9月30日までの間、出来高により算定する病室を指定する場合は、当該病室に入院する患者についても平均在院日数の計算対象から除外する。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(1) 入院患者の数については、次の点に留意する。

ア 入院患者の数には、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。

イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年から6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあっては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

なお、届出前6か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患者の数の取扱いについては、便宜上、開設又は増床した病床数に対し、一般病棟にあっては一般病棟の病床数の80%、療養病棟にあっては療養病棟の病床数の90%、結核病棟にあっては結核病棟の病床数の80%、精神病棟にあっては精神病棟の病床数の100%を、実績の値に加えた数とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近1年間の入院患者数が0であっても、感染症病床数の5%をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。

ウ 届出前1年の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が3か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から3か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもって届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後3か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。

エ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術等基本料1に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。

(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

ア 看護要員数は、届出時の看護要員の数とする。

イ 当該届出病棟に配置されている看護要員数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。

ウ 看護要員数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員数は算入しない。

エ ただし、病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務を兼務する場合は、勤務計画表による病棟勤務の時間を比例計算の上、看護要員の数に算入することができる。なお、兼務者の時間割比例計算による算入は、兼務者の病棟勤務延時間数を所定労働時間（労働基準法等の規定に基づき各保険医療機関の就業規則等において定められた休憩時間を除く労働時間のことをいう。以下同じ。）で除して得た数をもって看護

要員の人員とすること。

オ 当該保険医療機関の病棟勤務者としてパートタイムで継続して勤務する看護要員は、時間割比例計算により看護要員の数に算入することができる。

なお、パート勤務者の人員換算の方法は、

パート勤務者の1か月間の実労働時間

常勤職員の所定労働時間

による。ただし、計算に当たって1人のパート勤務者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算定せず、「1人」として算定する。なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。

カ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者は、給与の支払方式が日給制であるか否かにかかわらず、看護要員の数に算入することができる。ただし、継続勤務については、特に被保険者証等により確認する必要はなく、実態に応じて判断すること。なお、職業安定法（昭和22年法律第141号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により家政婦等を雇用した場合、労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合は、雇用期間にかかわらず看護要員の数に算入することができる。この場合の人員換算の方法は、「オ」の人員換算の方法により合計するものとする。

キ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料1に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

ク 看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えない。また、看護補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式等を除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、看護補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす（以下「みなし看護補助者」という。）場合には、看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。~~ただし、平成24年3月31日において、改正前の「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」第2の4の（2）ク「（イ）看護補助者とみなす看護職員は、看護職員に係る勤務計画表から除外し、その人員を看護補助者として計上する。」により計上をしている保険医療機関については、経過措置として、平成24年6月30日までは、従前の方法で計上しても差し支えないものとする。その間に急性期看護補助体制加算を届出ている保険医療機関において、夜~~

~~間急性期看護補助体制加算（みなし看護補助者を除く。）を算定する場合、様式9は看護補助者とみなし看護補助者の区別がつくように記載すること。~~

また、小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保護に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。

ケ 1か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

(3) 夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。

ア 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下とすること。

イ 看護要員の名簿及び勤務計画表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料~~等~~以外の特別入院基本料~~等~~を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。

(イ) 看護要員は、常時2人以上であること。

(ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を2人以上配置していること。（精神病棟入院基本料の特別入院基本料~~等~~を除く。）

(ハ) 療養病棟においては、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上の配置であつても差し支えない。

(ニ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟において、看護職員を2人以上配置している場合にあっては、緊急時等やむを得ないときは、看護補助者が夜勤を行うことができる。

(ホ) (イ)から(ニ)の要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

ウ 特定入院料（小児入院医療管理料4、~~地域包括ケア入院医療管理料1若しくは2~~~~亜急性期入院医療管理料~~、特殊疾患入院医療管理料~~又は~~~~一~~児童・思春期精神科入院医療管理料）については、病棟単位で算定する場合に限る。）を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。

エ 夜勤に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の月当たり延夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体）で届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、~~次の療養病棟入院基本料1~~を算定する病棟の看護要員については、この限りではないこと。

~~(イ) 療養病棟入院基本料1を算定する病棟~~

~~(ロ) 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟（以下「介護保険移行準備病棟」という。）~~

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

キ 月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

ク 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ケ 夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が過重とならないよう十分配慮すること。

~~コナ~~ 上記(2)のアからケまで及び(3)のアから~~ケナ~~までに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とすること。

(4) 看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

ウ ~~特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）~~を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の2割を看護師とすることが望ましい。

(5) 看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア 各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ アの掲示については、第3「届出受理後の措置等」の7の掲示例によること。

(6) 看護の実施は、次の点に留意する。

ア 看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。

イ ①病状の観察、②病状の報告、③身体的清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。――

なお、看護職員が行う書類や伝票の整理、書類作成における記載等の代行、受付や診療録の準備等についても「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容については適切に実施すること。

ウ 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。

エ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の別紙6に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ 当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

4の2 7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。

(2) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料~~（悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合を除く。）~~の7対1入院基本料~~（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）~~については、測定の結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に

占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合が、1割5分以上であること。

ただし、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料（~~悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合に限る。~~）の7対1入院基本料（~~救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。~~）については、従前通り1割以上であること。

- (3) 第2の1にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて1看護単位としている病棟において、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定している場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は一般病棟と結核病棟とで別々に行い、それぞれの病棟において（2）の割合を満たすものとする。ただし、7対1入院基本料の結核病棟のみで一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たせない場合に限り、両病棟の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟における~~一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準~~を満たすことで差し支えないものとする。

- (4) 測定にあたっては、産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。

- (5) ~~平成24年3月31日において、現に10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、経過措置として、平成24年6月30日までは、（1）の測定及び評価を行っているものとみなすものであること。~~

~~なお、10対1入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）については、測定を行っていない場合でも差し支えない。~~

- (6) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (7) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）の測定結果を別添7の様式10の3により地方厚生（支）局長に報告すること。

- ~~(8) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料の経過措置については、平成24年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正後（平成24年度改定後）の10対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年3月31日までは平成24年度改定~~

~~後の7対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たすものとみなすものであること。（ただし、重症度・看護必要度の基準の経過措置については、専門病院入院基本料（悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合に限る）を除く。）~~

- （8） 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料の経過措置については、平成26年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の7対1入院基本料又は10対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年9月30日までは平成26年度改定後の7対1入院基本料又は10対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準、自宅等退院患者割合、平均在院日数、看護配置を満たすものとみなすものであること。

4の3 7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数について

- （1） 7対1入院基本料に係る患者数

4の（1）によること。

- （2） 常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ 7対1入院基本料に係る医師数の計算方法

- （イ） 一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数から7対1入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病床に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

- （ロ） 結核病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

- （3） 「基本診療料の施設基準等」第五の二の（1）のイの⑤及び六の（2）のイの⑤については以下のとおりとする。

（2）のウの（イ）による医師数が、（1）による患者数に100分の10を乗じた数以上。

ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

- （4） 「基本診療料の施設基準等」第五の四の（1）のイの④については以下の通りとする。

（2）のウの（ロ）による医師数が、（1）による患者数に100分の10を乗じた数以上。

ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

4の4 7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本

料（一般病棟に限る。）に係る自宅等に退院するものの割合について

（１） ７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）に係る自宅等に退院するものとは次のア、いずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る）を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者

イ 介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）、ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く）に入所した患者

（２） 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く）のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、（１）のア及びイに該当する患者を含む）

４の５ データ提出加算の届出を行っていること。ただし、平成26年３月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成27年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

４の ~~6~~ ~~4~~ 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を ~~7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料~~ を算定する病棟については、次の点に留意する。

（１） 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料２、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料 ~~7対1入院基本料又は10対1入院基本料~~ を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の１人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算 ~~7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料~~（以下「7対1特別入院基本料等」という。）を最後ににより入院基本料を最後に算定した月から起算して１年以内は、当該減算による入院基本料の ~~7対1特別入院基本料等を算定は~~できないものであること。また、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の 7対1特別入院基本料、10対1特別入院基本料を１年以内に算定した保険医療機関についても、最後に算定した月から起算して１年以内は、当該減算による入院基本料を算定することはできない。

（２） 本通知の第３の１の（１）に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。

- (3) 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料~~7対1特別入院基本料~~等を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。なお、保険医療機関及び保険医療養担当規則第11条の2に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、当該減算による入院基本料~~7対1特別入院基本料~~等の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。
- 4の ~~7-5~~ 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は13対1入院基本料（一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。なお、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、測定の結果、その割合が1割5分以上の場合には看護必要度加算1を算定し、1割以上の場合には看護必要度加算2を算定するものであること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。なお、看護必要度加算の経過措置については、平成26年3月31日において、現に看護必要度加算1又は2を算定するものにあつては、平成26年9月30日までは平成26年度改定後の看護必要度加算の要件を満たすものとみなすものであること。

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (3) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）の測定結果を別添7の様式10の3により地方厚生（支）局長に報告すること。

4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準

7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、以下の基準を満たすこと。

- (1) 当該病棟に、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（以下「理学療

法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なりハビリテーションに係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）

イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）

エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）

オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）

カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）

(4) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

(5) アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者（別紙様式●の合計得点が低下した者をいう。）の割合が3%未満であること。

なお、患者のADLは、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下「BI」という。）を用いて評価することとするが、平成27年3月31日までの間に限り、DPCにおける入院時又は退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上とする。以下この項において同じ）を保有している入院患者の割合が1.5%未満であること。なお、そ

の割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

(イ) 届出時の直近月の初日（以下この項において、「調査日」という）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

なお、届出以降、毎年7月1日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査する。

(6) 疾患別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届出を行っていること。

(7) (2)の要件のうちイについては、平成27年4月1日より適用する。

4の~~9~~~~6~~ 障害者施設等入院基本料に係る7対1入院基本料を算定する病棟について

「基本診療料の施設基準等」第五の七の(2)のイの③については、直近1か月における当該病棟に入院する超重症児(者)及び準超重症児(者)の数の和の1日平均を、直近1か月における当該病棟に入院する患者数の1日平均で除して算出する。

4の~~10~~~~7~~ 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

(1) 7対1入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5割以上が入院時においてGAF尺度30以下であること。

(2) 13対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

5 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添2において「医療区分3の患者」という。）及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添2において「医療区分2の患者」という。）の割合の算出方法等

~~(1) 医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。~~

~~ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和~~

~~イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和~~

~~(2) 医療区分3及び医療区分2の患者の割合の算出に当たっては、次に掲げる患者を含めるものであること。~~

~~ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィ患者、難病患者等であつて医療区分3の患者若しくは医療区分2、又は医療区分3の患者若しくは医療区分2の患者以外の患者（以下別添2において「医療区分1~~

- ~~の患者」という。)については、医療区分3の患者又は医療区分2の患者~~
- ~~イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(療養病棟入院基本料1を算定する患者であって仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)又は平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(医療区分3の患者を除く。)(療養病棟入院基本料1を算定する患者であって仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)については、それぞれ医療区分3の患者又は医療区分2の患者~~
- ~~ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分3の患者~~
- ~~エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分3の患者~~
- ~~オ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)(医療区分3の患者を除く。)については、医療区分2の患者~~
- ~~(3) (2)の患者には、次の患者が含まれるものであること。~~
- ~~ア 当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料を算定する療養病棟へ転棟した患者~~
- ~~イ 当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料を算定する療養病棟に入院した患者~~
- 6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分
- 当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。
- 7 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数(入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。)の割合である。
- 8 療養病棟入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算について
- 「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1日につき15点を所定点数に加算する。また、別添6の別紙8のADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リス

ト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

9 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及びロの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。――

10 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について

次の施設基準をすべて満たしていること。

(1) 療養病棟入院基本料1を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。以下この項において同じ）に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く）のうち、在宅に退院した患者数

(ロ) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出する）

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。

(3) 30.4を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10以上であること。

~~10 介護保険移行準備病棟に係る当該病棟の入院患者に対する医療区分1の患者の割合の算出方法等~~

~~(1) 医療区分1の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。~~

~~ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの「基本診療料の施設基準等」の医療区分1の患者に該当する日数の和~~

~~イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和~~

~~(2) 介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方厚生（支）局長に~~

~~届け出る際に、当該届出以降3か月において(1)により算出する割合が6割以上となること
が見込まれる場合にあっても届出を行うことができるものであること。ただし、3か月間の
実績において、(1)により算出する割合が6割を下回ることとなった場合には、療養病棟入
院基本料2等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。また、介護保険移行準備病棟の届出
を行った病棟であっても、将来において介護保険施設への移行を行わないことが明らかにな
った場合には、同様に変更の届出を翌月速やかに行うこと。~~

~~(3) 介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟には、介護療養型医療施設（経過型介護療養型医
療施設を含む。）の指定を受けた病床が混在できるものであること。なお、その場合には、
当該病棟の病床のうち、介護保険移行準備病棟に係る病床として指定するものについては、
介護保険移行準備病棟の施設基準を満たしていればよいものであること。~~

~~11 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する移行準備計画には、介護老人保健施設等
への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画などについて記載すること。~~

~~12 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等には、有料老人ホ
ム、軽費老人ホーム(ケアハウス)及び認知症高齢者グループホーム等が含まれるものであること。~~

~~11~~13 精神病棟入院基本料の注4及び特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の
施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者につい
て加算できる施設基準等は以下のとおりである。

(1) 精神病棟入院基本料の注4の施設基準等

ア 「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の(4)のイの基準を満たしていること。

イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基
準」の活用について」（平成5年10月26日老健第135号。別添6の別紙12及び別紙13参
照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japa
n Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の
状態にある者）を除く。

(2) 特定機能病院入院基本料の注4の基準

(1)のイの基準を満たしていること。――

12 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

(1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が1
名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専
従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移
行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

(3) 措置入院患者、医療観察法第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令
を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者及
び医療観察法入院の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当
該病棟の入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行する
こと。「在宅へ移行する」とは、患家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（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホ
ーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、退院後に、医科点

数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

13 「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の(1)の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

(1) 悪性腫瘍に係る専門病院について

- ア 200床以上の一般病床を有していること。
- イ 一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に100分の6を乗じて得た数以上であること。
- ウ リニアック等の機器が設置されていること。
- エ 一般病棟の入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者であること。
- オ 外来患者の3割以上が紹介患者であること。

(2) 循環器疾患に係る専門病院について

- ア 特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。
- イ 一般病棟の入院患者の7割以上が循環器疾患患者であること。
- ウ (1)のア、イ及びオを満たしていること。

14 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7対1入院基本料の対象となる病棟は、次の(1)のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、(2)の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添7の様式19を用いること。

(1) 次のいずれかに該当する一般病棟

- ア 児童福祉法（昭和22年法律第164号）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。以下同じ。）を入所させるものに限る。）
- イ 児童福祉法第6条の2に規定する指定医療機関

(2) 次のいずれにも該当する一般病棟

- ア 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

- (イ) 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
- (ロ) 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- イ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段

に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む 2 以上であることとする。

第 3 診療所の入院基本料等に関する施設基準

診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」及び第 2 の 4 の (1) のア及びイ、(2) のア、オ、カ、ク及びケ並びに (6) のア及びイの他、下記のとおりとする。

- 1 看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。
- 2 看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。
- 3 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。――

4 有床診療所入院基本料の施設基準

(1) 有床診療所入院基本料 1 の施設基準

ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7 以上であること。

イ 次の施設基準のうち、2 つ以上に該当すること。

(イ) 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。

(ロ) 過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

(ハ) 注 6 に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。

(ニ) 区分番号「A 0 0 1」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。

(ホ) 過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「A 2 0 5」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

(ヘ) 過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が 2 件以上であること。

(ト) 過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。

(チ) 区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。

(リ) 過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リ

ハビリテーション)、介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第8条第10項に規定する短期入所療養介護若しくは同法第8条の2第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

(ヌ) 過去1年間の分娩を行った総数(帝王切開を含む。)が30件以上であること。

(ル) 過去1年間に、区分番号「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A212」に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算又は区分番号「A221-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

(2) 有床診療所入院基本料2の施設基準

ア 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が、4以上7未満であること。

イ (1)のイを満たしていること。

(3) 有床診療所入院基本料3の施設基準

ア 当該診療所(療養病床を除く。)における看護職員の数が、1以上4未満であること。

イ (1)のイを満たしていること。

(4) 有床診療所入院基本料4の施設基準

(1)のアを満たしていること。

(5) 有床診療所入院基本料5の施設基準

(2)のアを満たしていること。

(6) 有床診療所入院基本料6の施設基準

(3)のアを満たしていること。

~~5~~ 有床診療所入院基本料1、2、4又は~~5~~の届出をしている診療所にあつては、看護師を1人以上配置することが望ましいこと。

~~6~~ 夜間(当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後6時から午前8時をいう。)における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を1人以上配置していること。

~~7~~ 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

(1) 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

(2) 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年間30件以上であること。

(3) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

(4) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

(5) 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

(6) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

~~8~~ 医師配置加算の施設基準

(1) 医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。

- ア 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
- ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
- エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
- オ 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
- カ 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

- (2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

9-8 看護配置に係る加算の施設基準

- (1) 看護配置加算1については、看護職員の数、看護師3名を含む10名以上であること。
- (2) 看護配置加算2については、看護職員の数10名以上であること。ただし、看護配置加算1に該当する場合を除く。
- (3) 夜間看護配置加算1については、夜間の看護要員の数、看護職員1名を含む2名以上であること。なお、2名のうち1名は当直で良いが、看護職員が1名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。
- (4) 夜間看護配置加算2については、夜間の看護職員の数1名以上であること。ただし、夜間看護配置加算1に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。
- (5) 看護配置加算1と看護配置加算2は併算定できないものであること。また、夜間看護配置加算1と夜間看護配置加算2も同様に併算定できないものであること。――

10 看護補助配置加算の施設基準

- (1) 看護補助配置加算1については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が2名以上であること。
- (2) 看護補助配置加算2については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が1名であること。
- (3) 看護補助配置加算1と看護補助配置加算2は併算定できないものであること。

11-9 看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数1以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいずれかの病床で夜間の看護職員の数1以上であること。――

12 栄養管理実施加算の基準

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

- 13-10 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。

- 14-11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分3の患者及び医療区分2の患者の割合の算出方法等

- (1) 医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で

除して算出する。

ア 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

(2) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロの「4対1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日に遡って受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、4対1配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。

(3) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、入院基本料Eを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日に遡って受理したものとして処理すること。

ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

~~15~~~~12~~ 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分

別添2の第2の6と同様に取り扱うものであること。

~~16~~~~13~~ 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

~~17~~~~14~~ 有床診療所療養病床入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算の施設基準

別添2の第2の8と同様に取り扱うものであること。

~~18~~~~15~~ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

~~19~~~~16~~ 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。

~~17 「基本診療料の施設基準等」の第十一の六の規定は、別添2の第2の10から12までと同様に取り扱うものであること。この場合において、「介護保険移行準備病棟」とあるのは「介護保険移行準備病床」と、「当該病棟」とあるのは「当該病床」と、「各病棟」とあるのは「各病床」と、「病棟」とあるのは「病床」と読み替えるものとする。~~

第4 削除

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から11までを用いること。ただし、別添7の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限る。なお、別添7の様式10から様式10の3までについては、7対1入院基本料を届け出る場合に用い、別添7の様式10及び10の3については、10対1入院基本料又は看護必要度加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10、10の3及び10の4については、一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添7の様式●の●については、ADL維持向上等体制加算を届け出る場合に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添7の様式8を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等の届出は、別添7の様式6及び様式7を用いること。また、7対1入院基本料を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。
- 2 一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料~~一般病棟入院基本料の13対1入院基本料及び15対1入院基本料を~~算定する病棟のうち、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定を行う病棟については、別添の様式10の6により地方厚生（支）局長に届け出ること。
- 3 2の届け出を行った病棟において、出来高により算定する病室（1病棟における2室4床を限度とする。）を指定する場合は、別添の様式●の●により地方厚生（支）局長に届け出ること。
- ~~4~~ ~~3~~ 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の6までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用いること。
- ~~5~~ ~~4~~ ~~平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない病院については、第1の5（11）及び第1の2の2（11）を適用する場合には、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として別添7の様式5の2を用いて届出を行うこと。~~
~~なお、第1の5（11）の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6（病院の場合）又は様式5の3及び様式12（診療所の場合）を用いて届出を行うこと。~~
- ~~6~~ ~~5~~ 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。ただし、療養病棟入院基本料の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち療養病棟入院基本料1若しくは又は2を算定する病棟又は療養病棟入院基本料の注2の規定に基づき届け出る病棟又は~~介護保険移行準備病棟~~ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が2以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。
- ~~7~~ ~~6~~ 5の規定にかかわらず、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、200床以上の病院、DPC対象病院、病棟全体で一般病棟入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定している病院を除く。）において、一般

病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

各病棟ごとに届出を行う場合は、別添 7 の様式 9 の 2 を用いること。

~~8-7~~ 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 1 又は 2 ~~亜急性期入院医療管理料~~を算定している病床を除く。）は、これらの病床以外の病棟全体（複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体）を単位として行う。

~~9-8~~ 有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病床（療養病床に係る病床を除く。）について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。

~~10-9~~ 入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行おうとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前 1 か月の実績を有していること。なお、届出前 1 か月の実績は、例えば一般病床である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行う場合の届出前 1 か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。

~~11-10~~ 平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件をすべて満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の 3 か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の 3 か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。

~~12-11~~ 新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料 ~~6-9~~ の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料 ~~6-9~~ の届出を行うことができる。ただし、この場合は、1 か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

~~13-12~~ 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届け出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届け出を行うことができる。ただし、この場合は、1 か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

~~14-13~~ 第 2 の 2 の (1) の 1 病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。

- (1) 第 2 の 2 の (2) に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。
- (2) 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第 2 の 2 の (2) の ① から ③ に掲げたや

むを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。

15~~14~~ 医療法（昭和23年法律第205号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）（以下「感染症法」という。）の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料又は区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

- (3) 全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年800件以上であること。また、以下のアからカをすべて満たしていること。

ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上

イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上

ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上

エ 放射線治療（体外照射法）4000件／年以上

オ 化学療法 4000件／年以上

カ 分娩件数 100件／年以上

- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

イ 人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで

及び「K 5 9 2」から「K 5 9 4」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K 5 2 6」の「3」、「K 5 3 0-2」、「K 5 3 2-3」、「K 5 3 4-3」、「K 5 3 7-2」、「K 6 2 7-2」、「K 6 2 7-3」、「K 6 2 7-4」、「K 6 3 3-2」、「K 6 3 4」、「K 6 3 6-3」、「K 6 3 6-4」、「K 6 3 9-3」、「K 6 4 2-2」、「K 6 4 2-3」、「K 6 4 3-2」、「K 6 4 7-2」、「K 6 4 9-2」、「K 6 5 4-3」、「K 6 5 5-2」、「K 6 5 5-5」、「K 6 5 6-2」、「K 6 5 7-2」、「K 6 5 9-2」、「K 6 6 0-2」、「K 6 6 2-2」、「K 6 6 4」、「K 6 6 6-2」、「K 6 6 7-2」、「K 6 6 7-3」、「K 6 7 1-2」、「K 6 7 2-2」、「K 6 9 2-2」、「K 6 9 5-2」、「K 6 9 7-2」の「1」、「K 6 9 7-3」の「1」のイ、「K 6 9 7-3」の「2」のイ、「K 7 0 2-2」、「K 7 1 1-2」、「K 7 1 4-2」、「K 7 1 6-2」、「K 7 1 8-2」、「K 7 1 9-2」、「K 7 1 9-3」、「K 7 2 5-2」、「K 7 2 9-3」、「K 7 3 4-2」、「K 7 3 5-3」、「K 7 4 0-2」、「K 7 4 2-2」、「K 7 5 1-3」、「K 7 5 4-2」、「K 7 5 4-3」、「K 7 5 5-2」、「K 7 5 6-2」、「K 7 6 9-2」、「K 7 6 9-3」、「K 7 7 0-2」、「K 7 7 0-3」、「K 7 7 2-2」、「K 7 7 2-3」、「K 7 7 3-2」、「K 7 7 3-3」、「K 7 7 8-2」、「K 7 7 9-3」、「K 7 8 5-2」、「K 8 0 2-4」から「K 8 0 2-6」「K 8 0 3-2」、「K 8 0 3-3」、「K 8 0 4-2」、「K 8 0 9-3」、「K 8 2 3-4」、「K 8 3 4-2」、「K 8 3 6-2」、「K 8 4 3-2」、「K 8 4 3-3」、「K 8 5 9-2」、「K 8 6 3」、「K 8 7 2-2」、「K 8 7 6-2」、「K 8 7 7-2」、「K 8 7 8-2」、「K 8 7 9-2」、「K 8 8 6」の「2」、「K 8 8 7」の「2」、「K 8 8 7-2」の「2」、「K 8 8 7-3」の「2」、「K 8 8 7-4」、「K 8 8 8」の「2」、「K 8 8 8-2」の「2」、「K 8 9 0-3」、「K 9 1 2」の「2」、「K 9 1 3-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用及びG-C S F製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開を含む。）とする。

(5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第7「救命救急センター」又は第8「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(6) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)のうち、4割以上であること。

(7) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること(客観的な手法を用いることが望ましい。)。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容(静脈採血の検査部における実施 ○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等)

(ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

① 医師事務作業補助者の配置

② 短時間正規雇用医師の活用

③ 地域の他の保険医療機関との連携体制

④ 交代勤務制の導入(ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。)

⑤ 外来縮小の取り組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)

⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 等

オ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。

(8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。

(9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

(10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

(11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

(12) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

2≡ 総合入院体制加算2に関する施設基準等

(1) 総合入院体制加算1の施設基準（(1)、(4)、(5)及び(7)～(10)に限る。）を満たしていること。

~~(1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。~~

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。

(3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第4~~≡~~「第2次救急医療体制」、第7~~≡~~「救命救急センター」、第8~~≡~~「高度救命救急センター」又は「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日医政発0126第1号）の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(4) 当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。

イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

~~(4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。~~

~~ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。~~

~~イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料（Ⅰ）の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4割以上であること。~~

~~(5) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。~~

~~ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。~~

~~イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。~~

~~ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。~~

~~エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。~~

~~(イ) 当該計画には以下の項目を含むこと。~~

~~医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容~~

~~(静脈採血の検査部における実施 ○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等)~~

~~(ロ) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。~~

~~① 医師事務作業補助者の配置~~

~~② 短時間正規雇用医師の活用~~

~~③ 地域の他の保険医療機関との連携体制~~

~~④ 交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。）~~

~~⑤ 外来縮小の取り組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）~~

~~⑥ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 等~~

~~オ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。~~

~~(4-6)~~ 全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。手術等の定義については、1の(4)と同様である。

~~ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上~~

~~イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上~~

~~ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上~~

~~エ 放射線治療（体外照射法）4000件／年以上~~

~~オ 化学療法 4000件／年以上~~

~~カ 分娩件数 100件／年以上~~

~~(7) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。~~

~~(8) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。~~

~~(9) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。~~

~~(10) 当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。~~

~~なお、当該基準の適用については、平成24年7月1日からとすること。~~

~~ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。~~

~~イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。~~

~~ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。~~

~~エ 緩和ケア病棟入院料、精神科病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。~~

~~オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求める~~

~~とともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。
例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。~~

(5) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年3月31日以前に当該加算の届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

3 届出に関する事項

- (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。
- (2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13及び様式13の2を用いること。また、毎年7月において、前年度における手術件数等（総合入院体制加算1を届け出る場合に限る。）及び病院勤務医の負担の軽減並びに及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式●及び様式13の2により届け出ること。
- (3) 2の(4)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2 臨床研修病院入院診療加算

1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

(1) 基幹型の施設基準

- ア 指導医は臨床経験を7年以上有する医師であること。
- イ 研修医2.5人につき、指導医1人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
- オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。
- カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

(2) 協力型の施設基準

- ア 協力型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1の

(1)のアからウまで及びカを満たしていること。

イ 研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

(1) 単独型又は管理型の施設基準

ア 指導歯科医は歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。

イ 研修歯科医2人につき、指導歯科医1人以上であること。

ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第3条第1号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第2号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

(2) 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第3号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、2の(1)のアからウまでを満たしていること。

イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算に係る届出は、別添7の様式14又は様式14の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式14の3を用いること。

また、救急医療管理加算2を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添●の様式●により毎年7月に地方厚生（支）局長に報告すること。

第3 超急性期脳卒中加算

1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。

- (2) 薬剤師が常時配置されていること。

- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。

- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画

像撮影及び診断が常時行える体制であること。

2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式15を用いること。

第3の2 妊産婦緊急搬送入院加算

1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。
- (3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2 届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式16を用いること。

第4 診療録管理体制加算

1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、~~いること。~~「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月10日政社発1010第1号）に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従である~~いる~~こと。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類項目にそって疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目をすべて含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに~~疾病別に~~検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日医政発第1224001号等）に基づく管理が実施されていること。
ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）

イ 入院日、退院日

ウ 担当医、担当診療科

エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名

オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術

~~（7）入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。~~

（8）全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。

（9）患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報提供に関する指針」（平成15年9月12日医政発第0912001号）~~日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」~~を参考にする。こと。

2 診療録管理体制加算2に関する施設基準

（1）1の（1）～（4）及び（9）を満たしていること。

（2）1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

（3）入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（4）保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

（5）全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

2 届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

- （1）急性期医療を行う病院（特定機能病院を除く。）であること。
- （2）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の（~~7-6~~）と同様であること。
- （3）院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床に限る。ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料算定病床で医師事務作業補助体制加算の届出を行う場合には、一般病床の届出病床数に当該届出を行おうとする精神病床の届出病床数を加えた合計とする。以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は届出病床数20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は届出病床数25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は届出病床数30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は届出病床数40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間

以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

- (4) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。

- (5) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。~~なお、平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。~~研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

- (6) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例 (1)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1)書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成18年4月21日医政発第0421005号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システム

の安全管理に関するガイドライン」（平成19年3月30日医政発第0330033号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。――

2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)の基準を満たしていること。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

(ア) 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

(イ) 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

(1) ~~2~~ 15対1及び20対1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

~~ア(1)~~ 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日医政発0126第1号）の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

~~イ(2)~~ 年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院であること。

(2) ~~3~~ 25対1、30対1及び40対1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

~~ア(1)~~ 「(1) ~~2~~ 15対1又は20対1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

~~イ(2)~~ 「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成8年5月10日健政発第435号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日 医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

~~ウ(3)~~ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

(3) ~~4~~ 50対1、75対1及び100対1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

~~ア(1)~~ 「2 15対1及び20対1 補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1、30対1及び40対1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

~~イ(2)~~ 年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

(4) ~~5~~ 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住

系施設入居者等である患者を除く。)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」(平成8年5月10日児発第488号)に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝異常(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術を必要とする状態

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準

それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)の基準を満たしていること。

4 届出に関する事項

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2、様式18及び様式18の2を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価等するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

第4の3 急性期看護補助体制加算

1 通則

- (1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日医政発第0126第1号)の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の~~2(4)~~と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (4) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。)の割合が~~7対1入院基本料においては1割5分以上、10対1入院基本料においては0.5割以上~~であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが

行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- （６）急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報の保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

- （７）看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある「２．役割分担の具体例（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」及び「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24年３月 5日保医発0305第 2号）別添２入院基本料等の施設基準等第２の４（６）に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

- （８）看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。ただし、夜間急性期看護補助体制加算を算定する場合は、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

- （９）病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の（５）と同様であること。

２ 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の施設基準

- （１）当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
- （２）当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の５割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。

３ 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）の施設基準

- （１）当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
- （２）当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の５割未満が看護補助者

(みなし看護補助者を除く。) であること。

4 50対1 急性期看護補助体制加算

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

5 75対1 急性期看護補助体制加算

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。――

6 夜間25対1 急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

7-6 夜間50対1 急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

8-7 夜間100対1 急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

~~8 看護職員夜間配置加算~~

~~当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び看護職員夜間配置加算を算定する場合は、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~――

9 急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算については、平成26年3月31日において、現に当該加算を算定するものにあっては、平成26年9月30日までは、平成26年度改定後の急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算の要件を満たすものとみなすものであること。

10-9 届出に関する事項

急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算~~及び看護職員夜間配置加算~~に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式10の3、様式13の2、様式13の3及び様式18の3を用いること。

また、毎年7月において、前年度における病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2及び様式13の3を届け出ること。

――
第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」(平成22年1月26日医政発第0126第1号)の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の5と同様に取り扱うものであること。

(2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

- (3) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (4) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
- (5) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (6) 看護職員夜間配置加算については、平成26年3月31日において、現に当該加算を算定するものにあっては、平成26年9月30日までは、平成26年度改定後の看護職員夜間配置加算の要件を満たすものとみなすものであること。

2 届出に関する事項

看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10の3、様式13の2、様式13の3及び様式18の3を用いること。

また、毎年7月において、前年度における病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2及び様式13の3を届け出ること。

第4の4 乳幼児加算・幼児加算

1 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第5 特殊疾患入院施設管理加算

1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。
- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。
- ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ

橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- 1 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に関する保険医療機関の基準
保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。
- 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態
 - (1) 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。
 - (2) 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。
 - (3) 「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添6の別紙14を参照のこと。

3 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定する一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料の病棟においては、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合が0.5割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。なお、看護補助加算1（13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）の経過措置については、平成26年3月31日において、現に看護補助加算1を算定するものにあつては、平成26年9月30日まで、平成26年度改定後の看護補助加算の要件を

満たすものとみなすものであること。

- (2) (1)の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。――

(4) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。

2 届出に関する事項

看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9及び様式13の3を用いるが、13対1入院基本料を算定する病棟において看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10、様式10の3も用いること。

また、毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。

第8 地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。

第9 療養環境加算

1 療養環境加算に関する施設基準

- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が、内法による測定で、1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。
- (3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床もしくは病室については、本加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師並びに看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。――

(7) (2)の内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10 重症者等療養環境特別加算

1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

(1) 病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。

(2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。

ア 個室又は2人部屋である。

イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。（心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合、又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）

ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。

エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。

(3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の概ね7%以内とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、一般病棟における平均入院患者数の10%を超えないこと。

2 届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10の2 小児療養環境特別加算

1 小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11 療養病棟療養環境加算

1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算 1 に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- オ 療養病棟に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、16 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

(2) 療養病棟療養環境加算 2 に関する施設基準

(1) のアからキまでを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 療養病棟療養環境加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 24 及び様式 24 の 2 を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成~~26~~²⁴年度改定後の規定については、平成~~27~~²⁴年~~4~~¹⁰月 1 日から適用すること。また、平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 11 の 2 療養病棟療養環境改善加算

1 療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境改善加算 1 に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うに

- つき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- エ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築または全面的な改築を行うまでの間とする。

(2) 療養病棟療養環境改善加算2に関する施設基準

- ア (1)のエからカまでを満たしていること。
- イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。
- エ 当該加算の対象病棟については、平成24年3月31日において、現に療養病棟療養環境加算4に係る届出を行っている病棟のみとする。
- オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。――

(3) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添7の様式24の3に準じて策定し、届け出るとともに、毎年7月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12 診療所療養病床療養環境加算

1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- (3) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- (4) 当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- (5) 当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療

養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

- (6) 療養病床に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- (7) 当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、才に定める食堂と兼用であっても差し支えない。
- (8) 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

2 届出に関する事項

- (1) 診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図（当該加算を算定する病床の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成~~26~~²⁴年度改定後の規定については、平成~~27~~²⁴年~~4~~¹⁰月1日から適用すること。また、平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第12の2 診療所療養病床療養環境改善加算

1 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- (3) 当該診療所に機能訓練室を有していること。
- (4) 当該加算を算定できる病床については、平成24年3月31日時点で診療所療養病床療養環境加算2を算定している病床のみとする。
- (5) 当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築または全面的な改築を行うまでの間とする。 （6）平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（2）の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図（当該加算を算定する病床の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添7の様式25の2に準じて策定し、届け出るとともに、毎年7月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12の3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

(1) 無菌治療室管理加算 1 に関する施設基準

- ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
- イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
- ウ 個室であること。
- エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 6 以上であること。
- オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

(2) 無菌治療室管理加算 2 に関する施設基準

- ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 7 以上であること。
- イ (1) のア及びイを満たしていること。

~~(3) 平成24年3月31日において、現に無菌治療室管理加算を算定することができる無菌治療室であって、平成24年4月1日以降に無菌治療室管理加算2の届出を行っている無菌治療室については、平成25年3月31日までの間、無菌治療室管理加算1の施設基準を満たしているものとする。~~

2 届出に関する事項

- (1) 無菌治療室管理加算 1 及び無菌治療室管理加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 2 を用いること。
- (2) 当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該届出に係る自家発電装置がわかるもの）を添付すること。
- (3) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要がわかるもの）を添付すること。

第13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

- (1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される~~専任の~~緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。~~が設置されていること。~~

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する~~常勤~~医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する~~常勤~~看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

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

- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

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

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (12) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成26年12月1日健発0110第70301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。

また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価（緩和ケア機能）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

- ア 緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化
- イ 緩和ケアに必要な体制の確立
- ウ 緩和ケア病棟の機能の発揮
- エ 緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み
- オ 緩和ケア病棟におけるケアのプロセス
- カ 緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能

2 届出に関する事項

- (1) 緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。
- (2) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和と治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。
- (3) (1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

(医師の研修)

ア 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~~（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）~~に準拠した緩和ケア研修会

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

(看護師の研修)

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

- (5) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
- (6) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

- (1) 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の2を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

第15 精神科応急入院施設管理加算

1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の4第1項及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送される

患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。

- (2) 当該病院の病床について、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の8割以上であり、かつ、看護職員の2割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に1床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第33条の4第1項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第16 精神病棟入院時医学管理加算

1 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知にのっとり実施されたい。

2 届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式29を用いること。

第16の2 精神科地域移行実施加算

1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（15対1精神病棟入院基本料に限る。）、区分番号「A312」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神

保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「A 3 1 2」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。

- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年を超えるの入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1月から12月までの1年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の4月1日から翌々年の3月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数
 - イ 1月1日において入院期間が5年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って1年間における退院に係る実績が5%以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式30を用いること。

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料、区分番号「A 3 1 1-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している

病棟であること。

- (3) 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

2 届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

第17 精神科リエゾンチーム加算

1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が設置されていること。
- ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。）
- イ 精神科等の経験を5年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師
- ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか1人。
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。
- なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（6月以上かつ600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。
- イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・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 講義及び演習は、次の内容を含むものである。
- (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
 - (ロ) 精神症状の病因・病態、治療
 - (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
 - (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
 - (ホ) 患者・家族の支援、関係調整
 - (ヘ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）
 - (ト) 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精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。
- (3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。
- (4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- (5) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制につ

いては、第1の1の(5)と同様であること。

- (6) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32を用いること。
- (2) 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

- (1) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の4に規定する重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添6の別紙14の2を参照のこと。

3 届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の2を用いること。

第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール精神医学
- (ロ) アルコールの公衆衛生学
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) 再飲酒防止プログラム
- (ホ) アルコール関連問題の予防
- (ヘ) アルコール内科学及び生化学
- (ト) 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症者の心理
- (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
- (ニ) アルコール依存症と家族
- (ホ) アルコールの内科学
- (ヘ) 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・臨床心理技術者等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・臨床心理技術者等の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症のインテーク面接
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) アルコールの内科学
- (ホ) アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- (ヘ) 病棟実習

- (4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。

第17の4 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること
- (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び臨床心理技術者がそれぞれ1名以上当該保険医療機関に配置されていること。
- (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の4を用いること。

第18 がん診療連携拠点病院加算

1 がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

- (1) 「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7030100号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式33を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 1の(2)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム(以下「栄養サポートチーム」という。)が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注2に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される~~専任の~~栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。~~が設置されていること。~~

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~管理栄養士

- (2) (1)のアにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- ア 栄養不良がもたらす影響
- イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
- ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング
- エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
- キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

- (3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

- ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
- (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
- (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘
- (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
- (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
- (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

- (4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34及び様式13の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

- (イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。
- (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。
- (ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等に

ついて研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

（２） 医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

（３） 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週１回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

２ 医療安全対策加算２に関する施設基準

（１） 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでの適切な研修とは、１の（１）のアに掲げる研修である。

イ １の（１）のイからカの基準を満たすこと。

（２） １の（２）及び（３）の基準を満たすこと。

３ 届出に関する事項

医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式35を用いること。

第21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算 1 の施設基準

- (1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1（1）イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) （1）に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (3) （2）のイにおける感染管理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 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 感染予防・管理システム
 - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
 - (ハ) 感染防止技術
 - (ニ) 職業感染管理
 - (ホ) 感染管理指導
 - (ヘ) 感染管理相談
 - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) （2）に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。

なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) （2）に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する

安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (8) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
- (9) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (12) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。ただし、平成26年3月31日において現に感染防止対策加算1の届出を行っている保険医療機関に限り、平成27年3月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

2 感染防止対策加算2の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の1(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感

染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
- (8) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (9) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (10) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (11) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

3 感染防止対策地域連携加算の施設基準

- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

4 届出に関する事項

- (1) 感染防止対策加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。
なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること。
なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第21の2 患者サポート体制充実加算

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者

の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。

- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。

ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。

イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。

ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。

エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。

- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。

- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

2 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでの褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して6か月程度の研修

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注●に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

- (3) 別添6の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。――

(8) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式37の2により届け出ること。

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2) (1)の結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4) (1)から(3)の他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う保険医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第22の2 ハイリスク妊娠管理加算

1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

- (2) 1の(5)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数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) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。
- (5) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (6) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2及び別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。
- (4) 1の(6)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第24 退院調整加算

1 退院調整加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。――

注●に規定する点数を算定する場合は、看護師又は社会福祉士について専従である必要は

ない。

- (3) 有床診療所の場合は、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いて提出すること。

第24の2 新生児特定集中治療室退院調整加算

1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1及び2 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師又は、退院調整及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は専任の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

2 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専任の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の社会福祉士又は看護師については、退院調整加算の専任の社会福祉士又は看護師を兼務することができる。
- (3) 「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター又は小児入院医療管理料1、2若しくは3を届け出ている保険医療機関であること。
- (4) 当該加算を算定する患者に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を確保していること。

3 ~~2~~ 届出に関する事項

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。

第24の3 救急搬送患者地域連携紹介加算

1 救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。
- (2) 区分番号A205救急医療管理加算、区分番号A300救命救急入院料、区分番号A301特定集中治療室管理料、区分番号A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料又はA301-4小児特定集中治療室管理料に係

る届出を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式39の 2 を用いること。

第24の 4 救急搬送患者地域連携受入加算

1 救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

2 届出に関する事項

救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式39の 2 を用いること。

第24の 5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

(1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

(2) 区分番号 A 3 1 1 精神科救急入院料、区分番号 A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号 A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届け出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式39の 3 を用いること。

第24の 6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

(1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

(2) 区分番号 A 1 0 3 精神病棟入院基本料、区分番号 A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号 A 3 1 2 精神療養病棟入院料又は区分番号 A 3 1 4 認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式39の 3 を用いること。

第25 総合評価加算

1 総合評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が1名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するものであること。
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
 - エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること。

2 届出に関する事項

総合評価加算の施設基準に係る届出に関しては別に別添7の様式40を用いること。

第26 呼吸ケアチーム加算

1 呼吸ケアチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
 - イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
 - ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
 - エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・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 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
 - (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
 - (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
 - (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
 - (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
 - (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
 - (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

(チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(リ) 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呼吸機能障害を有する患者への看護実践

- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
- (5) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (6) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。
- (7) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の1の(10)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式13の2を用いること。
- また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。
- (2) 1の(7)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- 有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては30%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては20%以上30%未満であること。なお、採用品目数とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目数をいう。
- なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬に~~おけるお~~
~~や~~加算等の算定対象となる後発医薬品~~等~~」について」(平成~~24~~26年~~9~~9月~~5~~5日保医発~~09~~
~~05~~05第~~14~~14号)を参照すること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

- (4) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第26の3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。

なお、病棟には手術室及び治療室は含まれないものであるが、手術室及び治療室においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。また、特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があつてはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 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、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（薬事法第77条の4の2第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の4の2第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報

(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)

- (7) 医薬品安全性情報等((6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と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、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
- (11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。
- (12) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
- (13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

- ~~(1) 区分番号「A100」一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、~~
~~「A104」特定機能病院入院基本料(7対1一般病棟入院基本料及び10対1一般病棟入院基本料に限る。)、~~
~~区分番号「A105」専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)~~
~~のいずれかを算定している保険医療機関であること。~~
- (1) 区分番号「A207」診療録管理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。
なお、DPC対象病院以外の病院にあっては、同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。
- (2) 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、厚生労働省が毎年実施

する「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「D P C 調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、D P C 調査事務局と常時連絡可能な担当者を2名指定すること。

(3) D P C 調査に適切に参加し、D P C データの作成対象病棟（第1節の入院基本料（A 1 0 8 有床診療所入院基本料及びA 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料を除く）、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術基本料（A 4 0 0 の1 短期滞在等手術基本料1を除く）に係る病棟）に入院するすべての患者について、D P C 調査に準拠したD P C フォーマットデータ（以下「D P C データ」という。）を提出すること。

(4) 「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

~~「適切なコーディングに関する委員会」とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。~~

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等が~~適切なコーディングに関する委員会~~の要件を満たしている場合には、当該委員会を~~適切なコーディングに関する委員会~~と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。

2 データ提出に関する事項

(1) ~~診療報酬改定後に当該改定に対応したD P C フォーマットデータの提出を行うを希望する~~
保険医療機関（平成26年3月31日時点でD P C 病院及びD P C 準備病院である病院を除く）は、平成26年8月20日、11月20日、平成27年2月20日、5月20日、8月20日又は11月20日に別添7の様式40の5を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。（平成27年8月20日後の届出は別途、厚生労働省保険局医療課より通知する。）~~時期は同年の7月以降とする（具体的なデータの提出手順及び期限等については調査実施説明資料を参照すること。）。~~~~ただし、平成24年度改定後における外来診療データの提出については同年10月以降とするため留意すること。~~

(2) （1）の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ（例として平成26年7月に届出を行った場合、平成26年9月・10月の2月となる。（以下「試行データ」という。））を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、D P C 調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期日及び方法に従って厚生労働省に提出すること。~~新たにデータ提出を開始する場合は（新たに外来データの提出を開始する場合も含む。）、当該病院がデータ作成を開始する月の前月の20日までに別添7の様式40の5を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。ただし、1の（2）で区分番号「A 2 0 7」診療録管理体制勘算に係る届出を行っていない保険医療機関については、当該病院がデータ作成を開始する月~~

~~の2月前の20日までに所定の書式に加え、別添7の様式40の6を添付して提出すること。この場合、提出した内容について厚生労働省保険局医療課より疑義照会を行う場合があり、迅速に対応すること（同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関である旨の説明が十分なされない場合、データの提出を認めない場合があること。）。~~

- (3) ~~新たにデータ提出を始める場合は、厚生労働省保険局医療課長に対して(2)の届出が行われた後に厚生労働省保険局医療課が別途指定する期日に、少なくとも連続する2か月分のデータ（以下「試行データ」という。）を調査実施説明資料に定められた方法により厚生労働省に提出すること。この場合において、事前に厚生労働省保険局医療課から提供するチェックプログラムにより、作成したデータを当該保険医療機関において精査した結果、提出妥当とされたものに限り提出を受け付けるものであること。~~

試行データが適切に提出された試行データが適切に提出されていた場合には、原則として提出が行われた翌月の中旬に、データ提出の実績が認められた病院（保険医療機関）として、厚生労働省保険局医療課より通知（以下「データ提出通知」という。）すること。

3 届出に関する事項

- (1) 新たにデータ提出加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いることとし、平成26年3月31日にDPC病院又はDPC準備病院である病院を除き、データ提出通知を併せて届け出ること。

- (2) データ提出加算については、~~厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨を厚生労働省保険局医療課より通知された病院において、~~入院データを提出する場合はデータ提出加算1、入院データに加え外来データを提出する場合はデータ提出加算2~~その通知された区分を届け出ることができること。なお、データ提出加算1の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来データを提出するものとしてデータ提出加算2の届出を行うことは可能であるが、この場合、平成24年3月31日にDPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除き、データ提出通知の写しを併せて届け出ること。また、データ提出加算2の届出を行っている保険医療機関が外来データを提出しないものとして、データ提出加算1へ届出を変更することはできない。~~

- (3) 平成26年3月31日時点で当該届出を行っている保険医療機関については、平成27年3月31日までの間、平成26年度改定前のデータ提出加算に係る対象病棟（A100一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A103精神病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。）、A105専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料、A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料、A400の3短期滞在手術基本料3）をいう。

のデータを提出することで当該加算が算定できること。

なお、当該保険医療機関については、1の(3)に定める対象病棟のデータを提出する旨を別添7の40の5を用いて届け出ることにより、平成27年度以降も当該届出が算定できること。

~~(3) 中央社会保険医療協議会において急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価することが求められていることから、当該加算に係る届出を行うことができる時期は、毎年9月2日以降10月1日までとする（ただし、診療報酬改定時に当該加算に係る施設基準の届出を行っていない病院であって、新たにDPC準備病院として別途厚生労働省保険局医療課長に届出を行い、当該加算の施設基準を満たす場合においては、8月2日以降に届出ることができる。）。~~

~~なお、平成23年度時点でDPC対象病院又はDPC準備病院であった病院については、平成24年4月1日以降に届け出ることができる。また、平成24年度の外来データの提出に伴う届出については、平成24年10月以降に届け出ることとする。~~

~~(3)~~ 各調査年度において、累積して3回データ提出の遅滞等が認められた場合は、適切な提出が行われていないことから、同時点で当該届出を無効とする。なお、遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータが調査事務局宛てに発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。）をいう。

~~(4)~~ データ提出を取りやめる場合、及び1の基準を満たさなくなった場合及び(3)により施設基準を満たさなくなると該当した場合については、別添7の様式40の8を用い、その理由等を届出すること。なお、当該届出内容は必要に応じて中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。

~~(5)~~ ~~(4)~~の届出を行った場合、当該届出を行った翌月の1初日から起算して1年間は、再度データ提出加算に関する施設基準に係る届出はできない。1年以上経過した後再度データ提出を行う場合にあつては、2の(2)の手続きより開始することとする。
~~も、その際には所定の様式以外に、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。~~

第27 地域歯科診療支援病院入院加算

1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

(1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であつて、次の要件を満たしていること。

ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。

(2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式41を用いること。

別紙 1

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九一四九第2条に規定する地域

級地区分	都道府県	地 域
1 級地	東京都	特別区
2 級地	茨城県	取手市
	埼玉県	和光市
	千葉県	成田市、印西市
	東京都	武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市、厚木市
	大阪府	大阪市、守口市、門真市
	兵庫県	芦屋市
3 級地	茨城県	つくば市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	船橋市、浦安市、袖ヶ浦市
	東京都	八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市
	神奈川県	横浜市、川崎市、海老名市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市
	大阪府	吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市
	兵庫県	西宮市、宝塚市
	奈良県	天理市
4 級地	茨城県	水戸市、土浦市、守谷市
	埼玉県	鶴ヶ島市
	千葉県	千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市
	東京都	三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
	神奈川県	藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市
	愛知県	豊明市
	三重県	鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市
	京都府	京都市
	大阪府	豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市
	兵庫県	神戸市、尼崎市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市
5 級地	宮城県	仙台市
	茨城県	日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
	栃木県	宇都宮市

	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
	千葉県	茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
	神奈川県	平塚市、秦野市
	山梨県	甲府市
	静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
	愛知県	瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
	三重県	津市、四日市市
	滋賀県	守山市
	京都府	宇治市、亀岡市、京田辺市
	大阪府	河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市
	兵庫県	伊丹市、三田市
	奈良県	大和高田市、橿原市
6 級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市、多賀城市
	茨城県	龍ヶ崎市、筑西市
	栃木県	鹿沼市、小山市、大田原市
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	東京都	武蔵村山市
	神奈川県	小田原市、三浦市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	福井県	福井市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市
	岐阜県	岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市
	愛知県	豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町
	三重県	桑名市、名張市、伊賀市
	滋賀県	彦根市、長浜市
	京都府	向日市、木津川市
	大阪府	柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町
	兵庫県	姫路市、明石市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市

	岡山県	岡山市
	広島県	廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
	山口県	周南市
	香川県	高松市
	福岡県	筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡粕屋町

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則九一四九附則第2条に規定する地域

級地区分	都道府県	暫 定 指 定 地 域
4 級地	神奈川県	横須賀市
	大阪府	堺市、東大阪市
5 級地	神奈川県	三浦郡葉山町
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市
6 級地	福岡県	北九州市
	長崎県	長崎市

備考 この表の「暫定指定地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市又は町の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
4 級地	茨城県	石岡市
	千葉県	習志野市
	東京都	羽村市、日の出町、檜原村、東久留米市、小金井市
	神奈川県	愛川町、座間市、綾瀬市
	大阪府	島本町、摂津市
	広島県	府中町
5 級地	茨城県	那珂市、東海村、阿見町
	埼玉県	羽生市、鳩ヶ谷市、蕨市、富士見市、新座市、三芳町、狭山市
	千葉県	我孫子市、鎌ヶ谷市、八千代市、長柄町、長南町、木更津市、君津市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	伊勢原市、逗子市、清川村、寒川町、山北町
	愛知県	尾張旭市、長久手町
	滋賀県	栗東市
	京都府	南丹市、久御山町、八幡市、城陽市、宇治田原町

	大阪府	松原市、大阪狭山市、豊能町
	兵庫県	猪名川町、川西市
	奈良県	御所市
6 級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町、村田町
	茨城県	稲敷市、河内町、利根町、つくばみらい市、常総市、坂東市、境町、五霞町、下妻市、八千代町、結城市、桜川市
	栃木県	日光市、さくら市、壬生町、下野市、栃木市、二宮町、野木町
	群馬県	伊勢崎市、玉村町、吉岡町、大泉町、千代田町、板倉町
	埼玉県	嵐山町、滑川町、大利根町、騎西町、菖蒲町、鷺宮町、幸手市、宮代町、白岡町、蓮田市、松伏町、吉川市、八潮市、川島町、吉見町、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町、深谷市、桶川市
	千葉県	大網白里町、山武市、富里市、印旛村、本埜村
	東京都	瑞穂町、東大和市
	神奈川県	中井町、大井町
	長野県	大町市、筑北村、上田市、長和町、下諏訪町、岡谷市
	岐阜県	坂祝町、関市、可児市、土岐市、各務原市、笠松町、羽島市、海津市
	静岡県	小山町、裾野市、島田市、長泉町、清水町、富士川町、芝川町、川根本町、藤枝市、岡部町、森町
	愛知県	扶桑町、大口町、岩倉市、北名古屋市、春日町、清須市、甚目寺町、美和町、七宝町、蟹江町、日進市、東郷町、東浦町、阿久比町、常滑市、新城市、豊川市、幸田町、高浜市
	三重県	いなべ市、東員町、朝日町、川越町、亀山市、木曽岬町
	滋賀県	米原市、多賀町
	京都府	長岡京市、井手町、精華町
	大阪府	大東市、岬町
	兵庫県	加西市、加東市、小野市、高砂市、稲美町、播磨町
	奈良県	生駒市、山添村、安堵町、川西町、河合町、上牧町、広陵町、田原本町、葛城市、明日香村、吉野町、曽爾村、平群町、三郷町、五條市
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	広島県	安芸太田町、熊野町、呉市
	福岡県	飯塚市、志摩町、篠栗町、志免町、須恵町、大野城市、那珂川町
	佐賀県	佐賀市

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙 2

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市 町 村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町、阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西栗倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町

長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添 7 の様式 5、様式 6 及び様式 7 を用いること。
- 2 特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。

第 1 救命救急入院料

1 救命救急入院料 1 に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前 0 時より午後 12 時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。
- (2) 重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。
- (3) 重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ ペースメーカー
 - エ 心電計
 - オ ポータブルエックス線撮影装置
 - カ 呼吸循環監視装置
- (4) 自家発電装置を有している病院であつて、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病床を有しない病院は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。
- (5) 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。

2 救命救急入院料 2 に関する施設基準

救命救急入院料 1 の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料 1 又は 3 の施設基準を満たすものであること。

3 救命救急入院料 3 に関する施設基準

- (1) 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1 床当たり 15 平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成 27 年 4 月 1 日からとすること。また、平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

4 救命救急入院料4に関する施設基準

(1) 救命救急入院料2の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

5 救命救急入院料の「注3」に掲げる加算の施設基準

(1) 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成21年3月31日医政指発第0331001号。以下、「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。~~なお、当該評価の結果が出るまでの間は、「医療施設運営費等補助金、地域医療対策費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」（平成10年6月24日厚生省発健政第137号）別紙2の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。~~

(2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bであるものであること。

7 救命救急入院料の「注5」に掲げる加算の施設基準

「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）第8に規定する高度救命救急センターであること。

8 救命救急入院料の「注7」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

9 届出に関する事項

救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

また、「注3」に掲げる加算の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。

第2 特定集中治療室管理料

1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準

(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。

(3) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20¹⁵平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

工 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

力 呼吸循環監視裝置

ア 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

イ 酸素濃度測定装置

ウ 光線治療器

(7) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

(8~~7~~) 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。

(9-9) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が9割以上いること。

(10-9) 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

(1) 特定集中治療室管理料 1 の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1 床当たり 20平方メートル以上であること。

(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。

(2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。

(3) 特定集中治療室管理料1の(3)から(7)及び(9)を満たすこと。

(4) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。

4 特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

(1) 特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。

(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

5 ~~㊦~~ 特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。――

6 3及び4に掲げる「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」の規定については、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成27年3月31日まで当該規定を満たしているものとする。

7 1から4に掲げる内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

8 ~~㊦~~ 届出に関する事項

特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時1名以上いること。

(2) 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

(4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

- (5) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。
- (6) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準

- (1) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が6割以上いること。
- (2) 1の(1)から(4)及び(6)の施設基準を満たしていること。

3 平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年9月30日まで、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の例により算定することができる。

4 届出に関する事項

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式44を用いること。

また、当該治療室に勤務する従事者については、別添7の様式20を用いること。

第4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。

- (6) 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。
 - (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。
 - (8) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式45を用いること。
 - (2) 1の(1)及び(5)に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。
 - (3) 1の(1)、(4)及び(5)に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

第4の2 小児特定集中治療室管理料

1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

- (1) 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- (2) 専任の~~小児科の~~医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の~~小児科の~~医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。
- (3) 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、8床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
 - イ 除細動器
 - ウ ペースメーカー
 - エ 心電計
 - オ ポータブルエックス線撮影装置
 - カ 呼吸循環監視装置
 - キ 体外補助循環装置
 - ク 急性血液浄化療法に必要な装置
- (5) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (6) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。
- (7) 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室外での当直勤務を併せて行わないものとする。
- ~~(8) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が9割以上いること。~~
- ~~(9) 「重症度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、~~

~~院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。~~

~~ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）~~

~~イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること~~

~~（イ）看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法~~

~~（ロ）重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法~~

（8） 次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近1年間に20名以上であること。

イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関で区分番号「C004」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。

（9） 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の（5）と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

2 1の（3）に掲げる内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

3 届出に関する事項

- （1） 小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式43、43の2及び48を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。
- （2） 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。

第5 新生児特定集中治療室管理料

1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- （1） 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。
- （2） 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり7平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ 新生児用呼吸循環監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ 酸素濃度測定装置

キ 光線治療器

(4) 自家発電装置を有している病院であつて、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

(5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

(6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。――

(7) 次のいずれかの基準を満たしていること。ただし、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年9月30日までは、当該基準を満たしているものとする。

ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。

イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。

2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準

(1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。

(2) 1の(2)から(5)の施設基準を満たしていること。

(3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。――

(4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。ただし、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年9月30日までは、当該基準を満たしているものとする。

3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

(1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護

配置であること。

- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなってから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

4 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

第6 総合周産期特定集中治療室管理料

1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

(1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。

ウ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に3床以上設置されていること。

エ 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師、その他の各職員が配置されていること。

オ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。

(イ) 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

(ロ) 心電計

(ハ) 呼吸循環監視装置

(ニ) 分娩監視装置

(ホ) 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）

カ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

キ 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

ク 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。

ケ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

(2) 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 第5の1の(1)から(7-6)までを全て満たしていること。

ウ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること。

エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

2 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）は、第5の3の規定と同様に取り扱うものであること。――

3 1の(1)のウに掲げる内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

4 届出に関する事項

- (1) 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。

第7 新生児治療回復室入院医療管理料

1 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師が常時1名以上配置されていること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ 新生児用呼吸循環監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ 酸素濃度測定装置

キ 光線治療器

- (4) 自家発電装置を有している病院であつて、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

2 届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添7の様式45の2、様式20及び様式42の2を用いること。

第8 一類感染症患者入院医療管理料

1 一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

2 届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式46を用いること。

第9 特殊疾患入院医療管理料

1 特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該病室の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ－3 (又は30) 以上又はGCS (Glasgow Coma Scale) で8点以下の状態が2週以上持続している患者

イ 無動症の患者 (閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

- (2) 当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (3) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式47を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図 (面積等がわかるもの。) を添付すること。

第10 小児入院医療管理料

1 小児入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 小児入院医療管理料1、2、3又は4と小児入院医療管理料5の双方を算定することはできないものであること。
- (2) 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- (3) 小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。

2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料1、2及び3を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。
- (2) 当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。

- (3) 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料1、2及び3を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料4を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。
- (4) 小児入院医療管理料1を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。
- ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
 - イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。
 - ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。
 - (イ) 救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した15歳未満の患者数
 - (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた15歳未満の患者数
 - (ハ) 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数
 - エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。
- (5) 小児入院医療管理料2を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。
- ア 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。
 - イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。

3 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準

- (1) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- (2) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- (3) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

4 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式48から様式48の3までを用いること。

小児入院医療管理料1又は2の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)

若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること。

- (2) 回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- (3) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (4) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。
- (5) 別添6の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。
- (6) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、別添6の別紙21及び別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)(以下この項目において「看護必要度評価票A項目」という。)を用いて測定すること。また、当該日常生活機能評価表及び看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 日常生活機能評価を測定する場合

(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(1日程度)

(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

- ① 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法
- ② 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

イ 看護必要度評価票A項目を測定する場合

(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(1日程度)

(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

- ① 看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- ② 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

- (7) 毎年7月において、1年間(前年7月から6月までの間。)に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。

- (8) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数

イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

- (9) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する

患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出すること。）

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

(1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

(2) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症の患者（別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち3割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

(3) 当該病棟に入院する全ての患者の状態を別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票A項目を用いて測定し、その結果、当該病棟へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が1割~~5分~~以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。ただし、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年9月30日までの間は、当該要件を満たしているものとする。

ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの当該基準を満たす患者数

イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

(4) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上改善していること。――

(5) 当該保険医療機関において、休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険

医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(6) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

(7) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

(8) (5)から(7)については、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年9月30日までの間は、当該要件を満たしているものとする。

(9-~~ホ~~) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料2及び3の施設基準

(1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 重症の患者が新規入院患者のうち2割以上であること。

イ 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上改善していること。

4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3の届出を行っていること。

(2-~~ホ~~) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(3-~~ホ~~) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

(4-~~ホ~~) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

5 リハビリテーション充実加算の施設基準

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。計算式は第11の1の(9)に示した式を用いること。

6 体制強化加算の施設基準

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上配置されていること。
- (3) (2)に掲げる医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- (4) (3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して14時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - ア 回復期リハビリテーションの総論
 - イ 脳血管リハビリテーション
 - ウ 運動器リハビリテーション
 - エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
 - オ 高次脳機能障害
 - カ 摂食嚥下、口腔ケア
 - キ 地域包括ケア
- (5) (2)に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。
- (6) (3)の要件のうち、イに規定するリハビリテーションに係る研修要件の適用については、平成27年4月1日からとすること。

6 届出に関する事項

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20、様式49から様式49の6までを用いること。

~~第12 亜急性期入院医療管理料~~

~~1 亜急性期入院医療管理料に関する施設基準~~

- ~~(1) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。~~
- ~~(2) 当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が18又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。~~

~~なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割が看護師であること。~~

~~(3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A-2-3-8に掲げる退院調整加算又は区分番号A-2-3-8-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。~~

~~(4) 診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。~~

~~(5) 当該病室における直近1か月間（当該管理料の算定開始後3月日以降は、直近3か月間）の退院患者のうち6割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外のものであること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいうこと。~~

~~(6) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（ただし、一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床）以下とする。~~

~~なお、亜急性期入院医療管理料の注2の届出を行うことができる保険医療機関であって、別添2「入院基本料等の施設基準」第5の6の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟ごとに、亜急性期入院医療管理料の注1の届出又は注2の届出を選択して行うことが可能であるが、届出可能な病床数は、注1の届出に係る病床と注2の届出に係る病床を合わせて当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床）以下とする。~~

~~2 リハビリテーション提供体制加算の施設基準~~

~~注3の加算を算定する場合は、亜急性期入院医療管理料2を算定する患者に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション（以下この項において「リハビリテーション」という。）を1人1週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、1人1週間あたりの平均単位数については、以下に示す(1)を(2)で除した数に7を乗じて得た数により計算するものとする。~~

~~(1) 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料2を算定した患者に対し提供されたリハビリテーションの総単位数~~

~~(2) 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料2を算定した患者の延入院日数~~

~~3 届出に関する事項~~

~~亜急性期入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。~~

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

(1) 特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。

(2) 当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病

棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。

- (3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士が1名以上配置されていること。

- (4) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

- (5) (3)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

- (6) 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

- (7) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

- (8) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

- (9) 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、別添6の別紙21及び別添6の別紙

7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が1割以上であること。また、当該日常生活機能評価表及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

(10) 次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第●に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上（区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算1を算定したものに限り。）であること。

ウ 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

(11) 地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者

イ 介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者

ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟を除く。）への転棟患者

(12) 当該病棟又は病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成26年3月31日時点で7対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）の届出を行っている病棟については、平成27年3月31日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする。

ア 直近6か月間において、当該病棟又は病室から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、院内の別の入院料を算定する病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、(11)のア、イ及びウに該当する患者を含む。）

(13) データ提出加算の届出を行っていること。なお、当該基準の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

(14) 地域包括ケア入院医療管理料1については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

2 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

1の施設基準のうち、(6)並びに(11)及び(12)に規定する割合を除く、すべての基準を満たしていること。なお、地域包括ケア入院医療管理料2については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

3 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

4 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。

なお、平成27年3月31日までは、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者（みなし看護補助者を除く。）とすることができる。また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

5 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式●を用いること。また、1の(7)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添●の様式●により地方厚生（支）局長に報告すること。また、「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算の施設基準に係る届出は、様式13の3を用いること。

また、7対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、(11)及び(12)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、7対1入院基本料の届出を行うことはできない。

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。

(1) 療養病床により届出を行う場合

(2) 許可病床数が200床未満の保険医療機関であつて、地域包括ケア入院医療管理料1又は2の届出を行う場合

第13 特殊疾患病棟入院料

1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

(1) 特殊疾患病棟入院料1又は2の施設基準

ア 当該病棟に専任の医師が常勤していること。

イ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置さ

れており、そのうち1名以上は看護職員であること。

ウ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

(2) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ－3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

(3) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

(イ) 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設

(ロ) 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設

(ハ) 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター

(ニ) 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関

イ 当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る。）等の重度の障害者（ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者（平成20年10月1日以降に限る。）を除く。）であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式24の2及び様式51を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。

第14 緩和ケア病棟入院料

1 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等

(1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。

(2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。

(3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。

(4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。

(5) (4)に掲げる医師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。

ア 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（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

(6) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。

(7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。

(8) 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。

(9) 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われていること。

(10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。

また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価（緩和ケア機能）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

ア 緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化

イ 緩和ケアに必要な体制の確立

ウ 緩和ケア病棟の機能の発揮

エ 緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み

オ 緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

カ 緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能

2 届出に関する事項

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式52を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

(2) 当該病院には、精神保健指定医が5名以上常勤していること。

(3) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。

(4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。

- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
 - (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2名以上配置されていること。
 - (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
 - (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
 - (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、CT撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
 - (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
 - (11) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下の~~ア及びイ~~のいずれをも満たしていること。
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。
 - (イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
 - (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
- イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。
- ウ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。
- (12) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）のいずれかに係るものであること。
- (13) 以下の地域における1年間（当該保険医療機関が精神科救急入院料に係る届出を行う前年度1年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は~~2030~~件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。なお、
 - ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
 - イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
- (14) 精神科救急入院料1の施設基準

措置入院患者、医療観察法第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法

(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設~~又は若しくは~~福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。~~又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。~~なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(15) 精神科救急入院料2の施設基準

措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

2 届出に関する事項

精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20(精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。)、様式53及び様式54を用いること。また、当該病棟の配置図(隔離室の位置がわかるもの。)を添付すること。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(1) 同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料1を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することはできない。

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準

ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

イ 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1人以上は看護師である。

ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

エ 当該各病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤している。

オ 当該病院が精神科救急医療システムに参加していること。

カ 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下である。

キ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下である。

ク 当該病棟に隔離室がある。

ケ 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。

コ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1

章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

2 精神科急性期治療病棟入院料の「注4」に掲げる精神科急性期医師配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。
- (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患者又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

2 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式53を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神科医師が5名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占める。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。
 - ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。
 - イ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。
 - (イ) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）

- (ロ) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
 - (ハ) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
 - (ニ) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）
 - (ホ) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）
 - (ヘ) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
 - (ト) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）
 - (チ) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
 - (リ) 悪性症候群、横紋筋融解症
 - (ヌ) 広範囲（半肢以上）熱傷
 - (ル) 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
 - (ヲ) 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
 - (ワ) 手術室での手術を必要とする状態
 - (カ) 合併症妊娠・出産
 - (ヨ) 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）
- ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。
- (イ) 救急蘇生装置
 - (ロ) 除細動器
 - (ハ) 心電計
 - (ニ) 呼吸循環監視装置
- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にある。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- (11) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は~~精神障害者施設~~障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウのいずれをも満たしていること。
- ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。
- (イ) ㊦ 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
- (ロ) ㊦ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合

(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

ウ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。

(13) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。

(14) 以下の地域における1年間(当該保険医療機関が精神科救急・合併症入院料に係る届出を行う前年度1年間とする。)における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は~~2030~~20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)

イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域

2 届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20(精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。)、様式53及び様式55を用いること。また、当該病棟の配置図(合併症ユニット及び隔離室の位置がわかるもの。)を添付すること。

第16の3 児童・思春期精神科入院医療管理料

1 児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

(1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。

(2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者(精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。)であること。

(3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。

(4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。

(5) 病院内に学習室が設けられていること。

(6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。

2 届出に関する事項

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9及び様式57を用いること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の

入院患者を入院させていないこと。

- (2) 当該病棟に~~精神科医師~~精神保健指定医である常勤の~~専任~~医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。

なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。――

- (3) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。

- (4) 医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である場合（平成30年3月31日までは、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上である場合）は除く。）。

- ~~(5)~~ 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。

- ~~(6)~~ 当該病院には、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤していること。――

- (7) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年4月1日以降に当該病棟へ入院となった当該病棟の入院患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。

ア 精神保健福祉士

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

- (8) 1人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は60以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

- (9) 当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

- ~~(10)~~ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。

- ~~(11)~~ 当該病棟に係る病室の病床数は、1病室につき6床以下であること。

- ~~(12)~~ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で18平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、5.8平方メートル以上であること。
なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。

- ~~(13)~~ 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。

- ~~(14)~~ 当該病棟に鉄格子がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後1年間の経過措置を認める。

- ~~(15)~~ 当該病院に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。

- ~~(16)~~ 病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。

2 重症者加算1の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たすこと。~~ただし、平成25年3月31日までは以下の要件を満たしているものとみなす。~~

(1) 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

(2) 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算1において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

(3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)での外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を年6回以上行うこと。(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)のいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察

(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

(ハ) 精神医療審査会における業務

(ニ) 精神科病院への立ち入り検査での診察

(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいずれか1名)が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよい。

4 精神保健福祉士配置加算の施設基準

(1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退

院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

- (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

5 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（~~精神保健指定医については指定番号を作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。~~）、様式24の2及び様式55の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積、並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等がわかるもの。）を添付すること。

第18 削除

第19 認知症治療病棟入院料

1 認知症治療病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法第70条に規定する精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。
- (2) 同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院料1を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することはできない。
- (3) 認知症治療病棟入院料1の施設基準
 - ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務していること。
 - イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。
 - ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。
 - エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する臨床心理技術者がいずれか1人以上勤務していること。
 - オ 当該病棟における1看護単位は、概ね40～60床を上限とすること。
 - カ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。
 - キ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。
 - ク 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての

患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

- (イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
- (ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。
- (ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。

(4) 認知症治療病棟入院料 2 の施設基準

ア (3)のイからエまでを満たしている。

イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ 1 名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が 1 人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週 1 回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が 1 人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ 当該病棟における 1 看護単位は、概ね 60 床を上限とする。

エ 当該病棟の患者 1 人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

オ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ 60 平方メートル以上 （内法による測定に基づく。） の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。

- (イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
- (ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。
- (ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。

(5) 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいず

れか1名)が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該専従精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。

(6) 認知症夜間対応加算の施設基準

認知症治療病棟入院料1、認知症治療病棟入院料2のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定できる。――

(7) (3)及び(4)の内法の規定の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)及び(4)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(1) 医療提供体制の確保の状況に鑑み、別紙2に定められた地域に所在する保険医療機関のうち、一般病棟が1病棟~~(一般病棟に限る。)~~で構成される病院である保険医療機関であること。

(2) 特定一般病棟入院料1の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時13対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

(3) 特定一般病棟入院料2の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

(4) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)~~亜急性期入院医療管理を行う病室~~の施設基準等

ア 注7に規定する地域包括ケア~~亜急性期入院医療管理を行う病室~~を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。~~当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。~~

ウ 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院してい

る患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A238に掲げる退院調整加算又は区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。――

エ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

オ エのリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。

カ 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

キ 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

ク 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

ケ 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、別添6の別紙21及び別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。)の割合が1割以上であること。また、当該日常生活機能評価表及び看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

コ 次のいずれかの基準を満たしていること。

① 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

② 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第●に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の受入実績が年間3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算1を算定したものに限る。)であること。

③ 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

④救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

サ 当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。

① 他の保険医療機関(療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。))を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者

② 介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）、ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者

シ 当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。

① 直近6か月間において、当該病室から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

② 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、サの①及び②に該当する患者を含む。）

ス データ提出加算の届出を行っていること。なお、当該基準の適用については、平成27年4月1日からとすること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

（5） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）の施設基準等

（4）のカ並びにコ及びサに規定する割合を除く、すべての基準を満たしていること。

~~ニ 診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。~~

~~オ 当該病室における直近1か月間（当該管理料の算定開始後3月日以降は、直近3か月間）の退院患者のうち6割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいう。~~

~~カ 亜急性期入院医療管理を行う病室として届出可能な病床数は30床以下とする。~~

~~（5） リハビリテーション提供体制加算の施設基準~~

~~注11の加算を算定する場合は、注9に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定する患者に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器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1人1週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、1人1週間あたりの平均単位数については、以下に示すアをイで除した数に7を乗じて得た数により計算するものとする。~~

~~テ 直近3か月間に注9に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定した患者に対し提供された上記のリハビリテーションの総単位数~~

~~イ 直近3か月間に注9に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定した患者の延入院日数~~

2 届出に関する事項

- （1） 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式57の2を用いること。
- （2） 注7又は注9に規定する 地域包括ケア ~~亜急性期入院医療管理~~に係る病室の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。
- （3） 当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料1の例により算定を行う病棟については、別添 7 の様式57の3により地方厚生（支）局長に届け出ること。

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

1 短期滞在手術等基本料 1 に関する施設基準

- (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
- (2) 看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
- (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
- (5) 術前に患者に十分に説明し、別添 6 の別紙 22 を参考として同意を得ること。

2 短期滞在手術等基本料 2 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が、病院にあっては 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料 1 の基準を満たしていること。ただし、平成 22 年 3 月 31 日現在において現に届出を行っている有床診療所については、(2) 及び (3) の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (2) 1 の (3) 及び (4) を満たしていること。
- (3) 術前に患者に十分に説明し、別添 6 の別紙 22 を参考として同意を得ること。

3 届出に関する事項

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9 及び様式 58 を用いること。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業
傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備 考	

- 備考 1． 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
- 2． 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
- 3． 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険
 薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記
 入すること。

入 院 診 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・ 看 護 計 画 ・ リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

入 院 診 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状 治療により改善 す べ き 点 等	
全 身 状 態 の 評 価 (ADLの評価を含む)	
治 療 計 画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計 画 (目 標 を 含 む)	
栄養摂取に関する計画	(特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無)
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予 防 対 策 を 含 む)	
そ の 他 ・ 看護計画 ・ 退院に向けた支援 計画 ・ 入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
推 定 さ れ る 入 院 期 間 (うち医療保護入院による入院期間)	(うち医療保護入院による入院期間：)
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
退 院 に 向 け た 取 組	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)