平成26年度診療報酬改定関係資料

（ 通知 ）

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 26 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

目　　次

平成26年度診療報酬改定について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について・・・・・・

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて・・・

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて・・・

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に
伴う実施上の留意事項について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて・・

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項につて　・・・・・・・・

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特
定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について　・・・・・・・・・・・

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明
細書の交付について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意
事項について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

保発０３０５第１号
平成２６年３月５日

地方厚生（支）局長
都道府県知事
殿

厚生労働省保険局長

平成26年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第　号）等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年４月１日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成26年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

（別添）

平成26年度診療報酬改定　関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は 告示（予定）日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	３月５日	厚生労働省令第　号
2	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示	３月５日	厚生労働省告示第　号
3	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
4	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
5	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
6	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
7	酸素及び窒素の価格の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
8	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
9	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
10	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
11	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	３月５日	厚生労働省告示第　号
12	複数手術に係る費用の特例を定める件の一部を改正する件	３月19日	（未定）
13	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	３月19日	（未定）
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	３月19日	（未定）
15	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名の一部を改正する件	３月19日	（未定）
16	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数及び暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱの一部を改正する件	３月19日	（未定）
17	保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等の一部を改正する件	３月26日	（未定）
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件	３月26日	（未定）
19	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月26日	（未定）
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	３月26日	（未定）
21	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	３月26日	（未定）

保医発０３０５第３号
平成２６年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~76~~号）等が公布され、平成26~~24~~年４月１日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添１、歯科診療報酬点数表については別添２及び調剤報酬点数表については別添３のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24~~22~~年３月５日保医発0305第１号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　１人の患者について療養の給付に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料又は第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

２　基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射及び静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。

３　特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~77~~号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~78~~号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

６　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~76~~号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

７　特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

＜通則＞

１　同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、２以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は１回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、２人以上の保険医（２以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の「注５~~３~~」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第３条の２第１項及び第２項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合並びに再診料の「注３~~２~~」及び外来診療料の「注５~~３~~」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の２つ目の診療科については、この限りではない。

２　初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア　初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ　初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

３　医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

４　医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（１）　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初

診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

（２）　患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

（３）　自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

（４）　（３）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

（５）　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

（６）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注１」の規定にかかわらず「注２」又は「注３」の所定点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介率の実績が50~~40~~%未満の特定機能病院及び許可~~一般~~病床の数が500床以上の地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（ただし、逆紹介率の実績が50~~30~~%以上の場合を除く。）をいい、~~う~~「注３」にあっては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。）をいう。紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

なお、平成27年３月31日までの間は、平成26年度改定前の初診料の「注２」に規定する紹介率等が低い保険医療機関（紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関をいう。）は、平成26年度改定後の「注２」の所定点数を算定する。

※　紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率　＝　（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数

逆紹介率　＝　逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数

なお、 初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について（平成５年２月15日）（健政発第98号）」により、地域医療支援病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について（平成10年５月19日）（健政発第639号）」により定めるものとすること。

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

（７） 特定機能病院及び許可~~一般~~病床の~~病床~~数が500床以上の地域医療支援病院のうち、前年度１年間の紹介率の実績が50~~40~~%未満かつ逆紹介率の実績が50~~30~~%未満の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、平成26~~24~~年度改定後、最初の報告は平成26~~24~~年10月に行うこと。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か~~が~~月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

（８） 許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、（７）と同様であること。

（９~~８~~） （７~~６~~）の取扱いについては、平成27~~25~~年４月１日から適用する。

(10) 「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況のまま、初診を行った場合は、「注４」の所定点数を算定する。

妥結率が低い保険医療機関とは、妥結率の実績が50%以下の保険医療機関をいう。妥結率の実績の計算期間は、報告年度の当年４月１日から９月30日とし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11月１日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険医療機関とはみなされない。ただし、報告年度の当年10月以降に新規に保険医療機関に指定された医療機関においても、翌年10月31日まで妥結率が低い保険医療機関とはみなされない。

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

※　妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率　＝　卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定め

られた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額

(11)　妥結率の割合は、「別紙様式●」により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、(10)の取扱いについては、平成27年１月１日から適用する。

(12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(13~~9~~)　現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注５~~３~~」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科１つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で２以上の診療科を初診として受診する場合においても、２つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注６~~４~~」から「注９~~７~~」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

(14~~10~~)　患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、１月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、２月10日～３月９日、９月15日～10月14日等と計算する。

(15~~11~~)　(14~~10~~)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

(16~~12~~)　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係（第２部通則７に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の(５)～(７)を参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17~~13~~)　乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注４」の乳幼児加算は、算定できない。

(18~~14~~)　時間外加算

ア　各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後６時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ　アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ　保険医療機関は診療時間をわかりやすい場所に表示する。

エ　時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ　時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(19~~15~~)　休日加算

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

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年医発第692号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ　休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(20~~16~~)　深夜加算

ア　深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できな

い。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前６時までの間をいう。

イ　いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後10時から午前６時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については深夜加算は認められない。

ウ　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。）

エ　深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(21~~17~~)　時間外加算の特例

ア　当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ　別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後10時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ　時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合においては、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。

(22~~18~~)　小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア　夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、６歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又

は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

イ　夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後10時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ　休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注７~~５~~」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ　時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注７~~５~~」の場合と同様である。

(23~~19~~)　夜間・早朝等加算

ア　夜間・早朝等加算は、病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するものである。

イ　表示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であって、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間をいう。この場合において、患者が来院したとしても、診療を受けることのできない時間（定期的に学校医、産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や、地域活動や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。）は表示する診療時間に含まない。また、診療時間として表示している時間であっても、訪問診療に要する時間以外に、常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は、表示する診療時間に含めない。

ウ　夜間・早朝等とは、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜（午後10時から午前６時までの間）及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間とする。

エ　区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した場合にも、初診料に加えて夜間・早朝等加算を算定できる。

オ　夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算定するものであり、多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合は算定できない。

カ　診療所の夜間・早朝等の時間帯の診療を評価した夜間・早朝等加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられている時間外加算、深夜加算、休日加算とは明確に区分されるものである。

キ　区分番号「Ｄ２８２－３」コンタクトレンズ検査料、区分番号「Ｉ０１０」精神科ナイト・ケア、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の「注１」に規定する加算又は区分番号「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過の「注１」に規定する加算を算定する場合においては、夜間・早朝等加算は算定しない。

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

（１）　再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定できる。

（２）　「注２」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（3 ~~2~~）　２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注3 ~~2~~」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4 ~~3~~」から「注8 ~~7~~」、「注10 ~~9~~」及び「注11 ~~10~~」に規定する加算は、算定できない。

（4 ~~3~~）　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

（5 ~~4~~）　再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

（6 ~~5~~）　外来管理加算

ア　外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ　外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

［提供される診療内容の事例］

１　問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

２　身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

３　これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、○○さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いですよ。」

4　患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ　診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

エ　外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数科を標榜する保険医療機関において、外来患者が２以上の傷病で複数科を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ　区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、ウに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ　「注８~~ヂ~~」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第２章第３部第３節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等
脳波検査等
神経・筋検査
耳鼻咽喉科学的検査
眼科学的検査
負荷試験等
ラジオアイソトープを用いた諸検査
内視鏡検査

（７~~６~~）　電話等による再診

ア　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

イ　電話、テレビ画像等を通した再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）については、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等を通した指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等には、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付すること。

ウ　乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示し

た場合は、「注４~~３~~」の乳幼児加算を算定する。

エ　時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

（８~~７~~）　時間外対応加算

ア　時間外対応加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものである。

イ　当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。

ウ　電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。

エ　なお、電話等による再診の場合であっても、時間外対応加算の算定が可能であること。

（９~~８~~）　健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

（10）　地域包括診療加算

ア　地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

イ　地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の４疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記４疾病のうち２つ）と重複しない対象疾病（上記４疾病のうち２つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。

ウ　当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年３月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

エ　以下の指導、服薬管理等を行うこと。

（イ）　患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

（ロ）　他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

（ハ）　当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、（ニ）の場合に限り

院外処方を可能とする。

(ニ)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

①　調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

②　原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③　当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④　患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ　健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

カ　介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

キ　在宅医療を提供していること、および当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

ク　患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

ケ　当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

Ａ００２　外来診療料

（１）　外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が200床以上の病院において算定する。

（２）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、「注１」の規定にかかわらず、「注２」又は「注３」の所定点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、区分番号「Ａ０００」初診料の(６)と同様である。

（３）　特定機能病院及び許可~~一般~~病床の~~病床~~数が500床以上の地域医療支援病院のうち、前年

度１年間の紹介率の実績が50~~40~~%未満かつ逆紹介率の実績が50~~30~~%未満の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、平成26~~24~~年度改定後、最初の報告は平成26~~24~~年10月に行うこと。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６が月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

（４）（２）の取扱いについては、平成27~~25~~年４月１日から適用する。

（５）「注４」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（6~~5~~）同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注5~~3~~」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6~~4~~」のただし書及び「注7~~5~~」から「注9~~7~~」までに規定する加算は、算定できない。

（7~~6~~）外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

（8~~7~~）包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第１節第１款検体検査実施料の通則３に規定する加算は、検査の部において算定することができる。

（9~~8~~）外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の２区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。

（10~~9~~）外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

（11~~10~~）爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

第２部　入院料等

＜通則＞

１　入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成５年２月15日指第14号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料に含まれる。

２　１に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術基本料は算定できない。

（１）　患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。

（２）　寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週１回以上の交換がなされていること。

（３）　消毒は必要の都度行われていること。

３　入院期間の確認について（入院料の支払要件）

（１）　保険医療機関の確認等

ア　保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去３か月以内の入院の有無を確認すること。過去３か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。

イ　保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式１又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。

ウ　ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。

（２）　入院患者の申告等

患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。

４　１日入院

眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術等基本料については、第４節に規定するところによる。

５　入院中の患者の他医療機関への受診

（１）　入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険

医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。

（２） 入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料２及び３、医学管理等（診療情報提供料、~~（６）~~のアからウまでのただし書の場合に係る慢性維持透析患者外来医学管理料及び認知症専門診断管理料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。

（３） （２）のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。

（４） 本通則において、出来高入院料とは、特定入院料、一般病棟入院基本料（「注13」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料をいう。

（５） 入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。

（６） （２）の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30％を控除した点数により算定すること。ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15％を控除した点数により算定する。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注13」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院基本料１の例により

算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70％を控除した点数により算定すること。ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55％を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。

ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30％を控除した点数により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている機器による検査（ＰＥＴ、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合（入院日から起算して60日以内に限る）であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15％を控除した点数により算定する。

エ　他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に包括されている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

（７）　他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊸（受診日数：○日）」を記載すること。

（８）　入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊸（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、出来高入院料を15％減算する場合若しくは特定入院料等を15％、30％又は55％減算する場合には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

（９）　入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療にかかる費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取

扱いとし、入院医療機関において算定すること。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

6　外泊期間中の入院料等

（1）　入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する療養病棟にあっては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の15％又は特定入院料の15％を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15％を算定できる。ただし、入院基本料の基本点数又は特定入院料の30％を算定することができる期間は、連続して３日以内に限り、かつ月（同一暦月）６日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

（2）　入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊するに際して、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合は、（1）に規定する点数に加えて、区分番号「Ｃ１００」に掲げる退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に１回に限り算定できる。

7　入院期間の計算

（1）　入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

また、Ａ傷病により入院中の患者がＢ傷病に罹り、Ｂ傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はＡ傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はＡ傷病で入院した日を起算日とする。

（2）　（1）にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア　１傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ　退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患に罹患している患者については１月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

（3）　「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア　当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

（イ）　当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

（ロ）　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

（ハ）　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場

合

（ニ） 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の３を超える場合

（ホ） (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

（イ） 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

（ロ） 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

（ハ） (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

８ 病棟移動時の入院料

同一保険医療機関内の病棟（病室及び治療室を含む。）から病棟（病室及び治療室を含む。）に移動した日の入院料の算定については、移動先の病棟（病室及び治療室を含む。）の入院料（入院基本料又は特定入院料）を算定する。

９ 退院時処方に係る薬剤料の取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く。）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定できる。

10 定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機関の取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料~~イ~~及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）~~７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を含む。~~）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料３の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

12 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算又は区分番号「Ａ３００」救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなすものであること。

13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

（１） 以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。

ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関であること。

イ　当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が９割以上の保険医療機関であること。

（２）　減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に30日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。

ア　退院日に1,000点以上の処置又は手術を算定していないもの。

イ　退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していないもの。

（３）　（１）のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。

ア　電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。

１月あたりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数／１月あたりの退院患者数

イ　退院時間が明らかでない場合は、毎月16日を含む１週間（例えば16日が火曜日の場合は14日(日)から20日(土)までの７日間）に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。

（退院日前日に退院患者に提供した夕食数－退院日に退院患者に提供した昼食数）／退院日前日に退院患者に提供した夕食数

ウ　ア又はイのいずれかの方法により、直近６か月の月ごとの割合を算定し、当該６か月のいずれも９割以上の場合、翌月から~~「~~（２）~~」~~に該当する入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

~~（４）　（１）から（３）までの規定は平成24年10月１日から適用する。~~

14　入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について

（１）　以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

ア　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関。

イ　アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が40％以上の保険医療機関。

（２）　減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料をいう。以下この項目において同じ。）又は月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に1,000点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に1,000点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜日に退院した患者については、要件を満たす土曜日及び日曜日の入院基本料は所定点数の100分の92に相当する点数により算定することとする。

（３）（１）イに係る計算式は入院患者は入院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者、退院患者は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下の方法による。

（１月あたりの金曜日入院患者数／１月あたりの全入院患者数）×100

＋（１月あたりの月曜日退院患者数／１月あたりの全退院患者数）×100

直近６か月の月ごとの割合を算定し、当該６か月のいずれも４割以上の場合、翌月より（２）に該当する入院基本料を減算する。

~~（４）（１）から（３）までの規定は平成24年10月１日から適用する。~~

第１節　入院基本料

Ａ１００　一般病棟入院基本料

（１）　一般病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料等~~（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を含む。）~~から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料等については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

（２）　当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年３月５日保医発0305第２号）の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

（３）　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（４）　「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を一般病棟（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る）で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（５）　「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等（以下「介護老人保健施設等」という。）入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、一般病棟

（13対１入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア　急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに一般病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、７対１入院基本料、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については、算定できない。

イ　介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、一般病棟（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（６）　「注６」に規定する看護必要度加算は、10対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

（７）　「注７」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下、この節において「看護必要度」という。）の測定が行われた患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

~~（８）　「注８」に規定する特定患者は、特定入院基本料（939点又は790点）を算定すること。~~

~~（９）　特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟（13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟に限る。）に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあってはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。~~

~~なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合に限り、当該月においても同様に取り扱うこととする。~~

状　態　等	診療報酬点数	実施の期間等
1　難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※１参照）	――――――	左欄の状態にある期間
4　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において２日以上実施していること
6　リハビリテーションを実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週３回以上実施している週が、当該月において２週以上であること
7　ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※３参照）	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
8　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※３参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	１日に８回以上（夜間を含め約３時間に１回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
10　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過	各週２日以上実施していること

実施している状態	血漿交換療法	当該月において２日以上実施もていること
11　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	―
12　前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者（※４参照）	―	―

※１　３の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいう。

ａ　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由者」という。）及び脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

ｂ　重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

ｃ　以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）

※２　４の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

ａ　肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬による治療

ｂ　放射線治療

ｃ　末期の悪性新生物に対する治療

~~※３　７に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。~~

~~また、８に係る喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。~~

~~※４　基本診療料の施設基準等別表第四第十三号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該患者が入院している保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方厚生（支）局長に届け出ているものとする。なお、当該届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出るものとする。~~

（８~~10~~）　一般病棟入院基本料~~（特定入院基本料を除く。）~~の算定患者が90日を超える期間一般病棟に入院している場合（（10~~13~~）に規定するアの方法により算定している患者を除く。）は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、一般病棟入院基本料の算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

~~(11)　基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については特定入院基本料に含まれる。~~

~~なお、特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。~~

（９~~12~~）　一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注10~~12~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（10~~13~~）　一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）~~13対１入院基本料又は15対１入院基本料~~を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

ア　引き続き一般病棟入院基本料を算定する。（平均在院日数の算定の対象となる。）

イ　一般病棟入院基本料の「注13」の規定により、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料１の例により算定する。（平均在院日数の算定の対象とならない。）

上記については、当該保険医療機関の病棟ごとの取扱いとなるが、上記イにより算定する場合については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届け出た病棟に限る。

なお、一般病棟入院基本料（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）に係る当該取扱いについては、平成26~~24~~年10月１日から適用する。その際、平成26年３月31日時点で当該病棟（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）に入院していた患者であって、イの方法により算定する者については、当分の間、医療区分を３とする。

(11)　(10)のイを届け出た病棟のうち１病棟に限り、平成27年９月30日までの間、当該病棟の２室を指定した上で、その中の４床までに限り(10)のアにより出来高により算定することができる。なお、当該病床の患者については、平均在院日数の算定の対象から除外する。

また、当該病室については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

（12~~14~~）　（10~~13~~）のイにより、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料１の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりとする。

ア　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注３」に規定する費用は入院基本料に含まれるため、別に算定できない。

イ　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注４」に規定する褥瘡評価実施加算を算定することができる。

ウ　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算及び「注６」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は算定することができない。

エ　区分番号「Ａ１０１」の「注７」に規定する加算のうち、以下のものを算定することができる。

（イ）　乳幼児加算・幼児加算

（ロ）　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（算定日数の上限については、療養病棟に入院しているものとして取り扱う。）

（ハ）　地域加算

（ニ）　離島加算

（ホ）　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

（ヘ）　療養病棟療養環境加算（別に届出を行った場合に限る。）

（ト）　重症皮膚潰瘍管理加算（別に届出を行った場合に限る。）

（チ）　栄養サポートチーム加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と起算して算定する。）

（リ）　退院調整加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、区分番号「Ａ２３８」退院調整加算の２に規定する療養病棟入院基本料の場合の例によりハ又はニを算定する。）

（ヌ）　地域連携認知症支援加算

（ル）　総合評価加算

（ヲ）　データ提出加算

オ　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注９」に規定する慢性維持透析管理加算を算定することができる。

カ　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は算定することができない。

キ~~オ~~　区分番号「Ｂ００５－７」認知症専門診断管理料の算定に当たっては、~~（~~（10~~9~~）~~）~~のイにより区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料１の例により算定する患者を、「療養病棟に入院している患者」とみなす。

（13~~15~~）　「注13」の規定により、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料１の入院基本料Ａから入院基本料Ｆのいずれかを算定する場合にあっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面

又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

(14)　「注12」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能（以下「ＡＤＬ」という。）の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアからカに掲げる取組みを行った場合に、患者１人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に対して区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法、区分番号「Ｈ００５」視能訓練、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

ア　入院患者に対する定期的なＡＤＬの評価は、別紙様式●又はこれに準ずる様式を用いて行っていること。

イ　入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ　必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ　必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

オ　入院患者のＡＤＬの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。

カ　指導内容等について、診療録に記載すること。

(15)　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第●号）において、なお従前の例とするとされた一般病棟入院基本料の注８に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点又は812点）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の(５)から(７)の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

（１）　療養病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料等から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料Ａ等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料等については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。ただし、「注１」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を１日目として３日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院基本料Ｉを算定することができる。

（２）　当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リ

ハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注１」の入院基本料又は「注２」の特別入院基本料等のいずれか一方を算定するものとする。

（３）　「注１」の入院基本料のうち、入院基本料Ａから入院基本料Ｆのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

（４）　基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注１」のただし書の規定により、入院基本料Ｉを算定する場合については、この限りではない。

（５）　療養病棟入院基本料を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注１」のただし書の規定により入院基本料Ｉを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（６）　療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア　定期的（少なくとも月に１回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のＡＤＬの程度を診療録に記載する。

イ　患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録に記載する。

（７）　「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（８）　「注６」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア　急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、７対１入院基本料、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、１回の転棟に限り算定できるものとする。

イ　介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（９）　療養病棟入院基本料を算定する病棟については、「注７」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(10)　「注８」の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料の例により算定することができるようにしたものであること。

(11)　「注８」の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。

(12)　「注９」に規定する慢性維持透析管理加算は、療養病棟における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。

(13)　「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い病棟を評価したものである。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料

（１）　結核病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料等~~（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を含む。）~~から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た結核病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料等については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。

（２）　結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、

患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注２」の特別入院基本料として~~550~~559点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内ＤＯＴＳ計画を策定すること。計画の策定にあたっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ　服薬確認の実施

看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行うこと。

ウ　患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ　保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とＤＯＴＳカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録に記載すること。

（３）　「注３」において結核病棟入院基本料を算定する患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）」第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年９月７日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注２」の特別入院基本料~~（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を除く。）~~を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものとして取り扱うものであること。

ア　２週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

イ　２週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して３回陰性である。（３回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、アによる臨床症状消失後にあっては、速やかに連日検査を実施すること。）

ウ　患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

（４）　（３）にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する保険医の適切な判断により入退院が行われるものである。

（５）　「注４」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（６）　当該保険医療機関において複数の結核病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の結核病棟入院基本料を算定するものとする。

（７）　結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０３　精神病棟入院基本料

（１） 精神病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料等~~（10対１特別入院基本料を含む。）~~から構成され、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

（２） 当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。

（３） 「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（４） 「注４」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがＭであること。

イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

（５） 「注５」の救急支援精神病棟初期加算は、当該病棟に入院する患者が、救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として加算する。

（６） 精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（７） 「注７」の精神保健福祉士配置加算は、入院中の患者の早期退院を目的として精神保健福祉士の病棟配置を評価したものであり、当該病棟のすべての入院患者に対して、医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等の関係職種と共同して別紙様式●又はこれに準ずる様式を用いて、退院支援計画を作成し、必要に応じて患家等を訪問し、患者の希望を踏まえ、適切な保健医療サービス又は福祉サービス等を受けられるよう、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携しつつ、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、病棟に配置された精神保健福祉士は当該病棟の入院患者の退院調整等を行うものであり、他病棟の患者の退院調整について行うことはできない。

Ａ１０４ 特定機能病院入院基本料

（１） 特定機能病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

（２） 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「Ａ１０２」結核病棟入院基本料の「注２」の特別入院基本料として559~~550~~点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内ＤＯＴＳ計画を策定すること。計画の策定にあたっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ　服薬確認の実施

看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行うこと。

ウ　患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ　保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とＤＯＴＳカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録に記載すること。

（３）　「注２」において特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）を算定する患者は、感染症法第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年９月７日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注２」の特別入院基本料~~（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を除く。）~~を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものとして取り扱うものであること。

ア　２週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

イ　２週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して３回陰性である。（３回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、アによる臨床症状消失後にあっては、速やかに連日検査を実施すること。）

ウ　患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

（４）　（３）にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する保険医の適切な判断により入退院が行われるものである。

（５）　当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の（２）、結核病棟入院基本料の（６）及び精神病棟入院基本料の（２）の例による。

（６）　「注３」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（７）　「注４」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア　入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがＭであること。

イ　当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価すると

ともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ　当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

（８）　「注５」に規定する看護必要度加算は、10対１入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。

~~（９）　当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の（８）から（11）の例による。~~

（９~~10~~）　特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注８~~９~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（10）　特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、障害者施設等入院基本料の（５）から（７）の例による。なお、当該取扱いについては、平成26年10月１日から適用する。

（11）　「注10」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の（14）の例による。

（12）　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第●号）において、なお従前の例とするとされた一般病棟入院基本料の注８に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点又は812点）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の（５）から（７）の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

Ａ１０５　専門病院入院基本料

（１）　専門病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

（２）　当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。

（３）　「注２」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（４）　「注３」に規定する看護必要度加算は、10対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。

（５）　「注４」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

~~（６）　当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の（８）から（11）の例による。~~

（６~~７~~）　専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注７~~８~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（７）　専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(13)から(16)の例による。なお、当該取扱いについては、平成26年10月１日から適用する。

（８）　「注９」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(14)の例による。

（９）　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第●号）において、なお従前の例とするとされた一般病棟入院基本料の注８に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点又は812点）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の(５)から(７)の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料

（１）　障害者施設等入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の月平均夜勤時間超過減算により算定するものから構成され、「注１」の入院基本料については、それぞれ~~に規定する入院基本料について、~~別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の月平均夜勤時間超過減算については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。~~する~~。

（２）　当該保険医療機関において複数の障害者施設等一般病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の障害者施設等入院基本料を算定するものとする。

（３）　「注２」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（４）　「注３」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

~~（５）　当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(８)から(11)の例による。~~

（５）　「注５」に規定する特定患者は、特定入院基本料（966点又は812点）を算定すること。

（６）　特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟（障害者施設等入院基本料を算定する~~13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する病棟以外の~~病棟に限り、一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を除く。~~る。~~）に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあってはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合に限り、当該月においても同様に取り扱うこととする。

状　態　等	診療報酬点数	実施の期間等
1　難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※１参照）	――――――	左欄の状態にある期間
4　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において２日以上実施していること
6　リハビリテーションを実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週３回以上実施している週が、当該月において２週以上であること
7　ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※３参照）	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
8　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※３参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	１日に８回以上（夜間を含め約３時間に１回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
10　人工腎臓、持続緩徐式血	人工腎臓、持続緩徐式血液濾	各週２日以上実施しているこ

液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	過 血漿交換療法	と 当該月において２日以上実施していること
11　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	――
12　前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者（※４参照）	――	――

※１　３の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいう。

ａ　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由者」という。）及び脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

ｂ　重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

ｃ　以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）

※２　４の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

ａ　肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬による治療

ｂ　放射線治療

ｃ　末期の悪性新生物に対する治療

※３　７に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

また、８に係る喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

~~※４　基本診療料の施設基準等別表第四第十三号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該患者が入院している保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方厚生（支）局長に届け出ているものとする。なお、当該届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出るものとする。~~

（７）　基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については特定入院基本料に含まれる。

なお、特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

（８~~６~~）　障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注~~５~~６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

（１）　有床診療所入院基本料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、有床診療所入院基本料１等の各区分の所定点数を算定する。

（２）　有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（３）　「注２」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（４）　「注３」に規定する有床診療所一般病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して７日を限度に算定できる。

ア　急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担

う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、７対１入院基本料、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

イ　介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床がすみやかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（５）　有床診療所入院基本料を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、夜間に医師を配置している、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保した場合について、その体制を入院患者に対して文書で説明し、夜間に緊急対応できる医師名を院内に掲示している場合に、「注４」に掲げる加算を算定することができる。

（６）　有床診療所入院基本料１から６~~又は２~~を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、療養病床の有無に関わらず、当該診療所に勤務する医師が２人以上の場合に、各区分に応じて「注５」に掲げる加算を算定することができる。

（７）　有床診療所入院基本料１から６~~又は２~~を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて「注６」のイ～へ~~ニ~~に掲げる加算を算定することができる。イとロ、~~は併算定出来ないものであること。また、~~ハとニ、ホとへは併算定出来ないものであること。

（８）　「注７」に規定する看取り加算は夜間に１名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（９）　有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注８」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(10)　有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる。

なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。

(11)　区分番号「Ａ１０９」の有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、下記のとおりとする。

ア　区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料の「注３」に定める費用は基本料に含まれるため、算定できない。

イ　区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料の「注４」から「注７」までの加算及び「注８」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を入院初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。

この場合において、退院調整加算については、区分番号「Ａ２３８」退院調整加算の２の有床診療所療養病床入院基本料の場合の例により算定する。

(12)　区分番号「Ａ１０９」の入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。更に、疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

(13)　「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

ア　栄養管理実施加算は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態等の栄養管理を行うことを評価したものである。

イ　当該加算は、入院患者であって、栄養管理計画を策定し、当該計画に基づき、関係職種が共同して栄養管理を行っている患者について算定できる。なお、当該加算は、食事を供与しておらず、食事療養に係る費用の算定を行っていない中心静脈注射等の治療を行っている患者であっても、栄養管理計画に基づき適切な栄養管理が行われている者であれば算定対象となること。

ウ　救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定したものについては、入院初日に遡って当該加算を算定することができる。

エ　管理栄養士をはじめとして、医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

オ　栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(イ)　入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

(ロ)　栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別紙様式●又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

(ハ)　栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に添付すること。

(ニ)　医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

（ホ） 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

カ 当該栄養管理の実施体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努めること。

キ 当該診療所以外の管理栄養士等により栄養管理を行っている場合は、算定できない。

ク 当該加算を算定する場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できない。

Ａ１０９ 有床診療所療養病床入院基本料

（１） 有床診療所療養病床入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料Ａ等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について算定する。ただし、「注１」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室する場合にはその前日を１日目として３日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院基本料Ｅを算定することができる。

（２） 「注１」の入院基本料のうち、入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。また、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

（３） 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料に含まれる。なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、有床診療所療養病床入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

ただし、「注１」のただし書の規定により、入院基本料Ｅを算定する場合については、この限りではない。

（４） 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。な

お、「注１」のただし書の規定により入院基本料Ｅを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（５）　有床診療所療養病床入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア　定期的（少なくとも月に１回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のＡＤＬの程度を診療録に記載する。

イ　患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録に記載する。

（６）　「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（７）　「注６」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア　急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の療養病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、７対１入院基本料、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、同一の有床診療所内に一般病床と療養病床が併存する場合で、当該一般病床から療養病床に転床した患者については、算定できないものとする。

イ　介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の療養病床がすみやかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については、算定できないものとする。

（８）　「注７」に規定する看取り加算は夜間に１名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（９）　有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注８」に掲げる入院基本

料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(10)　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「１０８」有床診療所入院基本料の例により算定することができる。

なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。

(11)　区分番号「Ａ１０８」の有床診療所入院基本料の例により算定する場合、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料の「注２」から「注７」までの加算及び「注８」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。

この場合において、退院調整加算については、区分番号「Ａ２３８」退院調整加算の１の有床診療所入院基本料の場合の例により算定する。

(12)　「注10」に規定する栄養管理実施加算の算定については、有床診療所入院基本料の(13)の例による。

第２節　入院基本料等加算

Ａ２００　総合入院体制加算

総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算

（１）　地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

（１）　研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）において研修を実施している場合とは、基幹型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。

（３）　研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

Ａ２０５　救急医療管理加算

（１）　緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して７日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（２）　救急医療管理加算１~~当該加算~~の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術を必要とする状態

~~コ　その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態~~

（３）　救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからケに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。

（４）　救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

（５~~３~~）　都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

（６~~４~~）　加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日（午前０時から午後12時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している日（あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。）とする。また、午前０時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後２日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

（５）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に７日を限度として算定する。

（６）　「注３」に規定する小児加算は、６歳以上15歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に７日を限度として算定する。

Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算

（１）　当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。

（３）　投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

Ａ２０５－３　妊産婦緊急搬送入院加算

（１）　次に掲げる場合（当該妊娠及び入院医療を必要とする異常の原因疾患につき、直近３か月以内に当該加算を算定する保険医療機関への受診歴のある患者が緊急搬送された場合を除く。）において受け入れた妊産婦が、母体又は胎児の状態により緊急入院の必要があり、医療保険の対象となる入院診療を行った場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

ア　妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された場合

イ　他の医療機関において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

ウ　助産所において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

（２）　本加算は、緊急搬送された妊産婦が妊娠に係る異常以外の入院医療を必要とする異常が疑われる場合においては、当該保険医療機関において産科又は産婦人科の医師と当該異常に係る診療科の医師が協力して妊産婦の緊急搬送に対応することを評価するものであり、産科又は産婦人科以外の診療科への入院の場合においても算定できる。

（３）　（１）において、受診歴とは妊婦健診及び往診等による受診を含むものである。ただし、（１）のウの場合において、当該保険医療機関が当該助産所の嘱託医療機関である場合又は当該保険医療機関の保険医が当該助産所の嘱託医である場合においては、嘱託医療機関又は嘱託医が実施した妊婦健診は、受診歴に含まない。なお、この場合においては、嘱託医療機関であること又は嘱託医の氏名を診療録に記載すること。

（４）　妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算

（１）　在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関（以下この項において「受入保険医療機関」という。）においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算である。

（２）　診療所において区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３）　当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。

（４）　在宅患者緊急入院診療加算の「１」は、以下の場合に算定する。

ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24

年３月５日保医発0305第３号）の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）又は第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合~~に算定する。~~

イ　「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年３月５日保医発0305第●号）の第４在宅療養後方支援病院（当該施設基準を満たすものを以下「在宅療養後方支援病院」という。）に規定する連携医療機関が訪問診療を行っている患者であって、緊急時に当該在宅療養後方支援病院に入院を希望する者として当該在宅療養後方支援病院にあらかじめ届け出ている者を、当該連携医療機関の保険医の求めに応じて、当該在宅療養後方支援病院に入院させた場合

（５）　在宅患者緊急入院診療加算の「２」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入院した場合（「１」の場合を除く。）に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付すること。

（６）　受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有すること。

（７）　受入保険医療機関が、当該診療所と特別の関係（第２部通則５に規定する「特別の関係」をいう。）にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。

Ａ２０７　診療録管理体制加算

診療録管理体制加算は、適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、~~１大以上の専任の診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を整え、~~現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算

（１）　医師事務作業補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関（特定機能病院を除く。）において、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している体制を評価するものである。

（２）　医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３）　医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関する

データ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

（４） 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。ただし、医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の事務が病棟又は外来において行われていること。

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算

（１） 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。

（２） 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（以下「みなし看護補助者」という。）計算することができるが、25対１急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。

~~（３） 25対１急性期看護補助体制加算は、平成24年３月31日において現に７対１入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、平成24年４月１日以降、平成24年度改定後の７対１入院基本料の施設基準を満たさないために、地方厚生局長等に届け出ることにより、当該施設基準を満たすものとみなされている病棟（７対１入院基本料（経過措置）算定病棟）については、算定できない。~~

（３~~４~~） 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤帯に行っている場合にのみ算定できる。

~~（５） 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第５の１の（７）に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。~~

（４~~６~~） 急性期看護補助体制加算又は~~、~~夜間急性期看護補助体制加算~~又は看護職員夜間配置加算~~は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算

（１） 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第５の１の（７）に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

（２） 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定で

きる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算

乳幼児加算又は幼児加算は、当該患者を入院させた場合に算定するものであって、産婦又は生母の入院に伴って健康な乳幼児又は幼児を在院させた場合にあっては、算定できない。

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算

（１）　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、３週間を限度として算定する。

（２）　特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

Ａ２１１　特殊疾患入院施設管理加算

（１）　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟及び有床診療所（一般病床に限る。）において算定する。

（２）　重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（３）　神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

（１）　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に対し、算定する。

ただし、上記以外の場合であって、~~療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、~~重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年３月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(２)又は(３)の基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。

（２）　超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙14の「超重症児（者）・

準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。

（３） 準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上のものをいう。

（４） 「注３」の救急・在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転院する場合に、入院又は転院した日から起算して５日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の「注２」の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定したことのある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、本加算は算定できない。また、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（５） 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟又は病室を除く。）においては、入院した日から起算して90日間に限り算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。。

なお、当該取扱いについては、平成27年４月１日より適用する。

Ａ２１３　看護配置加算

看護配置加算は、看護師比率が40％と規定されている入院基本料を算定している病棟全体において、70％を超えて看護師を配置している場合に算定する。

Ａ２１４　看護補助加算

看護補助加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において必要最小数を超えて配置している看護職員について、看護補助者とみなして計算することができる。

Ａ２１８　地域加算

地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料２若しくは３の加算として算定できる。

Ａ２１８－２　離島加算

離島加算は、離島における入院医療の応需体制を確保する必要があることから、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料２若しくは３の加算として算定できる。

Ａ２１９　療養環境加算

（１） 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。

（２） 医師並びに看護師、准看護師及び看護補助者の員数が医療法の定める標準を満たしていない病院では算定できない。

Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、ＣＤ４リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、患者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合

を除き、本加算を算定する。

Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算

（１）　加算の対象となる者は、二類感染症（急性灰白髄炎(ポリオ)、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１に限る。））、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。

（２）　個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。

（３）　陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあっては、病室および特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）または差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認および点検を定期的に実施すること。

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算

（１）　加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は２人部屋の病床に入院した者である。

ア　病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

イ　必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者

（２）　インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。

（３）　当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、３年間保存しておくこと。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算

（１）　小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であって、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。

ア　麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者

イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

（２）　本加算を算定する場合は、(１)のア又はイのいずれかに該当する旨及びその病態の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算

（１）　療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２）　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算

（１）　療養病棟療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取り組みを総合的に評価したものである。

（２）　患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算

（１） 診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２） 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算

（１） 診療所療養病床療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取り組みを総合的に評価したものである。

（２） 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２４　無菌治療室管理加算

（１） 当該加算は、保険医療機関において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があって無菌治療室管理を行った場合に算定する。

なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

（２） 当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として90日を限度として算定する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算

当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算

（１） 重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。

（２） 本加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算

（１） 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２） 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、当該研修はがん診療に係わる緩和ケア研修であるため、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。

（３） 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（４） 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

（５） １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注２」に

規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね15人以内とする。

（６） 症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

（７） 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。

（８） 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

（９） 「注２」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

(10) 「注２」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師のすべてが、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した診療内容を診療録に記載すること。

Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算

（１） 本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合に算定する。

（２） 緩和ケアに従事する医師、看護師は、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアに従事する医師又は看護師のいずれかは緩和ケアに関する研修を修了していること。ただし、当該研修はがん診療に係わる緩和ケア研修であるため、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。

（３） 緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式３（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない。）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（４） 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

（５） 院内の見やすい場所に緩和ケア診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院に係る患者について当該入院期間中１回に限り入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあっては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算

（１） 精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障

害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第33条の４第１項に規定する応急入院患者及び同法第34条第１項から第３項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その取扱いについては昭和63年４月６日健医発第433号厚生省保健医療局長通知に即して行うこと。

（２） 当該加算は、入院初日に算定できるものであるが、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３） 応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第29条第１項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定できない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。

（４） 診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。

（５） 精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあっては、精神保健福祉法第33条の４第２項に基づく応急入院届又は同法第33条第４項に基づく医療保護入院届の写しを診療報酬明細書に添付すること。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算

（１） 当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第36条第３項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第37条第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は１日１回以上診察を行うこと。

（２） 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、１日１回の診察の内容を診療録に記載すること。

（３） 精神保健福祉法第36条第３項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。

（４） 隔離時間が12時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、連続する30日間に７日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。

（５） 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第36条第３項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。

（６） 精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。

（７） 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

Ａ２３０　精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟においては、総合入院体制加算は算定できず、精神病棟入院時医学管理加算のみを算定する。

Ａ２３０－２　精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間５年を超える入院患者のうち、退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）の数が１年間で５％以上減少の実績がある場合に、１年間算定する。

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算

（１）　精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。

（２）　当該加算は、当該疾患の治療開始日から10~~千~~日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して１回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から10~~千~~日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は20~~十十~~日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。

（３）　精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。

Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算

（１）　精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２）　精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（３）　１週間当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね30人以内とする。

（４）　精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。

ア　精神科リエゾンチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同で別紙様式29の２又はこれに準じた診療実施計画書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

イ　精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診が週１回程度実施されており、必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加し、別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に

添付する。

ウ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録に添付する。

エ　退院・転院後も継続した精神科医療が必要な場合、退院・転院後も継続できるような調整を行うこと。紹介先保険医療機関等に対して、診療情報提供書を作成した場合は、当該計画書及び評価書を添付する。

（５）　精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。

（６）　精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

Ａ２３１－２　強度行動障害入院医療管理加算

（１）　強度行動障害入院医療管理加算は、医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児（者）に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したものである。

（２）　強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙14の２の強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上のものをいう。

Ａ２３１－３　重度アルコール依存症入院医療管理加算

（１）　重度アルコール依存症入院医療管理加算は、アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものであり、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じて算定する。なお、ここでいう入院した日とは第２部「通則５」に規定するものをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

（２）　当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。

（３）　当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。

（４）　家族等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

Ａ２３１－４　摂食障害入院医療管理加算

（１）　摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。

（２）　摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、ＢＭＩ（Body Mass Index）が15未満であるものをいう。

Ａ２３２　がん診療連携拠点病院加算

（１）　がん診療連携拠点病院加算は、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（２）　当該加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院に入院した患者について、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

（３）　当該加算の対象患者は、（２）に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（４）　がん診療連携拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「Ｂ００５－６－３」がん治療連携管理料は算定できない。

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算

（１）　栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２）　栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエのいずれかに該当する者について算定できる。

ア　栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

イ　経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者

ウ　経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

エ　栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

（３）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注２」に規定する点数を算定する場合、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね15人以内とする。

（４）　療養病棟においては栄養サポートチーム加算は入院日から起算して180日以内に限り算定可能とするが、180日を超えても定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。

（５）　栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

ア　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されており、栄養サ

ポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

イ　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

ウ　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

エ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。

オ　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

（６）　栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。

ア　現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。

イ　褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

（７）　「注２」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

（８）　「注２」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士のすべてが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。

Ａ２３４　医療安全対策加算

（１）　医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。

（３）　医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録している

こと。

Ａ２３４－２　感染防止対策加算

（１）　感染防止対策加算は、第２部通則７に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア　感染制御チームは、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ　感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制~~等~~をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ　感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

（３）　「注２」に掲げる加算は、感染防止対策加算１を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

Ａ２３４－３　患者サポート体制充実加算

（１）　患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項目において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部「通則５」に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。

（３）　医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。

（４）　区分番号「Ａ２３２」に掲げるがん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

（１）　褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

（２）　褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した

場合、当該入院期間中１回に限り算定する。なお、当該加算は、第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

（３）　褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア　ショック状態のもの

イ　重度の末梢循環不全のもの

ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ　特殊体位による手術を受けたもの

カ　強度の下痢が続く状態であるもの

キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）であるもの

ク　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

（４）　「注２」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算

（１）　ハイリスク妊娠管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊婦であって、医師がハイリスク妊娠管理が必要と認めた者であること。

ア　妊娠22週から32週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ　妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ　前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

エ　妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ）　前期破水を合併したもの

（ロ）　羊水過多症又は羊水過少症のもの

（ハ）　経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満のもの

（ニ）　切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ）　早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの

オ　多胎妊娠の患者

カ　子宮内胎児発育遅延の患者

キ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

ク　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

ケ　甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

コ　腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者

シ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス　白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ　出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ　ＨＩＶ陽性の患者

チ　Ｒｈ不適合の患者

ツ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

（２）　当該加算は、１入院に20日を限度として所定点数に加算する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

（３）　１入院の期間中に、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩管理加算を算定するハイリスク分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、１入院あたり28日を限度として算定できるが、ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

（４）　妊婦とは産褥婦を含まない。

［早産指数（tocolysis index）］

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	－	－
破水	無	－	高位破水	－	低位破水
出血	無	有	－	－	－
子宮口の開大度	無	１㎝	２㎝	３㎝	４㎝以上

Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算

（１）　ハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦であって、医師がハイリスク分娩管理が必要と認めた者であること。

ア　妊娠22週から32週未満の早産の患者

イ　40歳以上の初産婦である患者

ウ　分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦である患者

エ　妊娠高血圧症候群重症の患者

オ　常位胎盤早期剥離の患者

カ　前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

キ　双胎間輸血症候群の患者

ク　多胎妊娠の患者

ケ　子宮内胎児発育遅延の患者

コ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

シ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス　白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ　出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ　ＨＩＶ陽性の患者

チ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

（２）　当該加算は、ハイリスク分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、８日を限度として算定する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

（３）　１入院の期間中に、区分番号「Ａ２３６－２」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、１入院あたり28日を限度として算定できるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。

（４）　妊産婦とは、産褥婦を含む。

Ａ２３８　退院調整加算

（１）　退院調整加算は、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について算定する。なお、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

また、退院支援計画の作成及び退院後の療養環境の調整については、病棟及び退院調整部門において、共同して行うこと。例えば、退院困難な要因を有する者の抽出及び退院支援計画の作成については、医療・看護の観点から退院困難な要因の明確化等を患者が入院している病棟において行い、退院後に必要な訪問診療や訪問看護の活用等の調整は退院調整部門で行う等、医療機関毎の退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものである。

（２）　退院調整加算は、当該医療機関が届出している以下の入院基本料毎に算定すること。

ア　退院調整加算１

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料

イ　退院調整加算２

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料

（３）　入院後７日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ　緊急入院であること

ウ　介護保険が未申請の場合（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に

規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

エ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）

オ　排泄に介護を要すること

カ　同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと

キ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと

ク　入退院を繰り返していること

ケ　その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる場合

（４）　退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者及び家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。

（５）　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。

ア　患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画再作成日

イ　退院困難な要因

ウ　退院に関する患者以外の相談者

エ　退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、退院調整部門それぞれ記入）

オ　退院に係る問題点、課題等

カ　退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名

（６）　退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で計画を実施すること。

（７）　退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録に貼付又は記載すること。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービスの導入に係る支援を行うこと。

（８）　当該加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

（９）　退院先については、診療録に記載すること。

(10)　死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない。ただし、退院調整加算１を算定する場合に限り、他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者においても算定できるものとする。

(11)　退院調整加算の「２」について、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後14日以上入院していた患者に限り算定できる。

(12~~11~~)　退院調整加算を算定する患者について、退院支援計画に加えて、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項等）を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合に地域連携計画加算を算定できる。

(13)　当該加算と区分番号「Ａ２３８－３」新生児特定集中治療室退院調整加算を同時に算定することはできない。

(14)　「注３」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟又は療養病棟において、算定可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

(15)　「注３」に規定する点数を算定する場合は、退院調整を行う看護師又は社会福祉士のすべてが、退院支援計画に基づき実施した支援内容を診療録に記載すること。

Ａ２３８－３　新生児特定集中治療室退院調整加算

（１）　新生児特定集中治療室退院調整加算は、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を評価するものである。なお、対象となる患者には、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室から退室後、同一の保険医療機関の他の病床に入院している患者を含むものとする。

（２）　新生児特定集中治療室退院調整加算１は当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算２の要件を満たさないものについて、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合について、退院時に１回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。

（３）　新生児特定集中治療室退院調整加算２は当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者であって、出生時体重が1000ｇ未満の新生児若しくは出生時体重が1000g以上1500g未満の新生児又は区分番号「Ａ２１２」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算で規定する超重症の状態若しくは準超重症の状態が28日以上継続する患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定した場合及び当該計画に基づき退院した場合について、当該計画策定時、退院時にそれぞれ１回に限り算定する。

（４）　当該退院には、他の保険医療機関（特別の関係を含む。）に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。

（５）　新生児特定集中治療室退院調整加算１及び２を算定する場合は、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定する病室に入院した日から起算して７日以内に以下に該当する患者を抽出し、退院調整が必要となる可能性がある患者について、入院後７日以内に、家族と現在の病状及び今後予想される状態について、病状に応じて退院後の生

活も含めた話し合いを開始すること。さらに、入院後１月以内に、退院調整の必要性を医師、看護師及び社会福祉士を含む関係職種が合同で検討し、退院後の生活も含めて退院支援計画の作成を開始すること。

ア　先天奇形の患者

イ　染色体異常の患者

ウ　出生体重1,500g未満の患者

エ　新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）

オ　その他、生命に関わる重篤な状態のもの

入院１月以降に上記に該当する状態が発生した場合、及び、退院困難な要因が上記に該当しない場合については退院困難な要因が発生後、すみやかに家族との話し合い、及び、退院支援計画の作成を開始することが望ましい。

（６）　新生児特定集中治療室退院調整加算３は、当該保険医療機関への転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算２を算定した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て転院後７日以内に退院支援計画を策定した場合に「イ」を、当該計画に基づき自宅へ退院した場合に「ロ」を、それぞれ１回に限り算定する。

なお、当該加算を算定した場合は、退院時に家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取ること。

~~（４）　当該退院には、他の保険医療機関（特別の関係を含む。）に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。~~

（７~~５~~）　退院支援計画は、別紙様式６を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師、社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。

（８~~６~~）　退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

Ａ２３８－４　救急搬送患者地域連携紹介加算

Ａ２３８－５　救急搬送患者地域連携受入加算

（１）　救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関（区分番号Ａ２０５救急医療管理加算、区分番号Ａ３００救命救急入院料、区分番号Ａ３０１特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料又はＡ３０１－４小児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟へ緊急入院した患者を含む。）について、他の保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。

（２）　救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後７日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、高次の救急医療機関において転院時に算定する。

（３）　救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から７日以内に受け入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。

（４）　救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関

に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から７日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算

（１）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、精神科救急医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟等へ緊急入院した後、２日以内に当該特定入院料を算定する病棟に転棟した患者を含む。）について、後方病床の役割を担う保険医療機関（精神病棟入院基本料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。ただし、特別の関係にあるものを除く。以下同じ。）で対応可能な場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑になるよう地域における連携を評価するものである。

（２）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後60日以内に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

（３）　精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から60日以内に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。

（４）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の保険医療機関から転院してきた患者を後方病床の役割を担う保険医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の保険医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出ている精神科救急医療機関に転院した後、精神科救急医療機関への入院から60日以内に後方病床の役割を担う保険医療機関に転院させた場合に限り、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。精神科救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

Ａ２３８－８　地域連携認知症支援加算

Ａ２３８－９　地域連携認知症集中治療加算

（１）　地域連携認知症支援加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関（療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床）が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関の病棟（認知症治療病棟入院料算定病棟に限る。）に転院させた場合であって、60日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関の療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院した場合には、当該患者について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。なお、この場合において、診療

情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

（２） 地域連携認知症集中治療加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者について、退院時に所定点数に加算する。なお、この場合において、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

Ａ２４０　総合評価加算

（１） 介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者については、入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組みを評価するものである。なお、特定疾病に該当するか判断するに当たっては、「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について（平成21年９月30日老老発0930第２号）」を参考に診断すること。

（２） 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、入院中１回に限り算定する。なお、ここでいう入院中とは、第２部通則５に規定する入院期間中の入院のことをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

（３） 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行うこと。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中１回に限り算定するものであること。

（４） 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。

（５） 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること。

（６） 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意すること。

（７） 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師又は歯科医師は、高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算

（１） 呼吸ケアチーム加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

（２） 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から１月以

内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から１月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。

（３）　呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（４）　呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。

（５）　呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算

（１）　後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

（２）　後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20％以上又は30％以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３）　後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、ＤＰＣ対象病棟に入院している患者を除くものであること。

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算

（１）　当該保険医療機関の病棟において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を１病棟１週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、週１回に限り加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８~~４~~週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（２）　病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

ア　過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。

イ　医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。

ウ　当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

ⅰ　医薬品緊急安全性情報

ⅱ　医薬品・医療機器等安全性情報

ⅲ　医薬品・医療機器等の回収等

エ　入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録に添付すること。

オ　当該病棟に入院している患者に対し２種以上（注射薬及び内用薬を各１種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

カ　患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。

キ　流量又は投与量の計算等が必要な特に安全管理が必要な医薬品等の投与にあたっては、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。

ク　アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年４月30日医政発0430第１号）の記の２の（１）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

ケ　退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

（３）　病棟薬剤業務の実施にあたっては、次の点に留意すること。

ア　医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ　病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から５年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録にも記録すること。

ウ　病棟薬剤業務実施加算は、特定入院料に含まれるものであるので、これに係る病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

Ａ２４５　データ提出加算

（１）　~~当該加算は、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等について、~~厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成26年厚生労働省告示第●号）第５項第３号に規定~~省が実施~~する~~「ＤＰＣ導入の影響評価に係る~~調査~~」~~（以下「ＤＰＣ調査」という。）に準拠した~~ＤＰＣフォーマット~~データ（以下「ＤＰＣデータという。）が正確に作成及び継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、~~厚生労働省に帰属し、~~個別患者を特定できないように集計した後、医療機関毎に公開されるものである。また、~~急性期~~入院医療を担う保険医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、中央社会保険医療協議会の要請により適宜

活用されるものである。

（２） 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関~~病院~~において、ＤＰＣ~~フォーマットの~~データ作成対象病棟（以下~~この項目において~~「対象病棟」という。）に入院している患者について、入院中に１回に限り算定する。算定は原則として退院時とする。~~ただし、対象病棟から当該病棟以外の病棟に転棟する場合にあっても、転棟時に算定することができる。~~なお、ここでいう入院中とは第２部通則５に規定する入院期間中の入院（以下同じ。）のことをいい、入院期間が通算される再入院の場合には算定できない。

（３） ＤＰＣ対象病院において、入院中に診断群分類点数表による支払を受けたことのある患者については、機能評価係数Ｉで評価されているため当該加算は別途算定できない。

（４） データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合は、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、ＤＰＣ調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに当該医療機関のデータがＤＰＣ調査事務局宛てに発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。）をいう。

（５） データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

（６） （２）の対象病棟とは、第１節の入院基本料（区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料及び区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第３節の特定入院料及び第４節の短期滞在手術基本料（区分番号「Ａ４００」の１短期滞在手術等基本料１を除く。）をいう。

~~Ａ１００一般病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０３精神病棟入院基本料、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（７対１一般病棟入院基本料、10対１一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。）、Ａ１０５専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料、Ａ３０７小児入院医療管理料、Ａ３１１精神科救急入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料、Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料、Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、Ａ４００の３短期滞在手術基本料３をいう。~~

（７） （２）の「データ提出の実績が認められた保険医療機関~~病院~~」とは、~~厚生労働省が実施する「~~ＤＰＣ導入~~の影響評価に係る~~調査~~」~~に準拠したＤＰＣデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨厚生労働省保険局医療課より通知された保険医療機関病院をいう。~~

~~なお、実績は当該加算の各区分毎に通知される。~~

（８） データ提出加算１は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定できるものとし、データ提出加算２は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。

第３節　特定入院料

１　特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料及び認知症治療病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）は、１回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間１回に限り算定できるものであり、１回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については、前段の規定にかかわらず、１回の入院期間中に当該特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度病状が悪化などして当該特定集中治療室、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、総合周産期特定集中治療室（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する治療室へ入院させた場合には、これを算定できるものとする。

２　特定入院料を算定できる２以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。例えば、救命救急入院料を算定した後、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室に入院させた場合においては、21日から救命救急入院料を算定した日数を控除して得た日数を限度として、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

Ａ３００　救命救急入院料

（１）　救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術を必要とする状態

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）　広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第２度熱傷30％程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

（３）　救命救急入院料は、救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、救命救急入院後症状の安定等により他病棟に転棟した患者又は他病棟に入院中の患者が症状の増悪等をきたしたことにより当該救命救急センターに転棟した場合にあっては、救命救急入院料は算定できない。

（４）　「注２」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第１８条第１項に規定する精神保健指定医（以下この節において「精神保健指定医」という。）又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。

（５）　「注６」に掲げる急性薬毒物中毒加算１については、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者（以下「急性薬毒物中毒患者」という。）~~のに対して~~原因物質~~の分析等~~について、日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（６）　「注６」に掲げる急性薬毒物中毒加算２については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、（５）の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（７）　「注６」に掲げる急性薬毒物中毒加算１又は２については、入院初日にいずれか一方のみを算定することができる。

（８）　「注６」に掲げる急性薬毒物中毒加算については、薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。

（9~~６~~）　「注７」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（10~~７~~）　救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０１　特定集中治療室管理料

（１）　特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）
エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷
ク　大手術後
ケ　救急蘇生後
コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）　広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者とは、Ａ３００救命救急入院料の(~~＝~~２)~~＝~~と同様であること。

（３）　「注２」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合に14日を限度として算定する。

（４）　特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料

（１）　ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあって、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。
ア　意識障害又は昏睡
イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）
エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷
ク　大手術後
ケ　救急蘇生後
コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）　ハイケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

（１）　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患であって、医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。
ア　脳梗塞
イ　脳出血
ウ　くも膜下出血

（２）　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料

（１） 小児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、15歳未満であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２） 小児特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料

（１） 新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

ア　高度の先天奇形

イ　低体温

ウ　重症黄疸

エ　未熟児

オ　意識障害又は昏睡

カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

ク　急性薬物中毒

ケ　ショック

コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

サ　大手術後

シ　救急蘇生後

ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２） 新生児特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料

（１） 総合周産期特定集中治療室管理料は、出産前後の母体及び胎児並びに新生児の一貫した管理を行うため、都道府県知事が適当であると認めた病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った病院である保険医療機関に限って算定できる。

（２） 「１」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要である

と認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。

ア　合併症妊娠

イ　妊娠高血圧症候群

ウ　多胎妊娠

エ　胎盤位置異常

オ　切迫流早産

カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

（３）　「２」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の(１)に掲げる状態にあって、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。

（４）　総合周産期特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料

（１）　新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

（２）　新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。

ア　高度の先天奇形

イ　低体温

ウ　重症黄疸

エ　未熟児

オ　意識障害又は昏睡

カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

ク　急性薬物中毒

ケ　ショック

コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

サ　大手術後

シ　救急蘇生後

ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（３）　新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料

（１）　一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

ア　感染症法第６条第９項に規定する新感染症又は同法第６条第２項に規定する一類感染症に罹患している患者

イ　アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

（２）　一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料

（１）　特殊疾患入院医療管理料を算定する病室は、主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病室であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　特殊疾患入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３）　特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４）　「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）に定めるところによる。

（５）　「注３」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、特殊疾患入院医療管理料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ３０７　小児入院医療管理料

（１）　小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関における入院中の15歳未満の患者を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。

（２）　「注２」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料５を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

（３）　「注３」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

（４）　小児入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注３」の加算を算定できる。

（５）　小児入院医療管理料１、２、３及び４において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。

（６）　小児入院医療管理料５において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料

（１）　回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

（２） 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（３） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４） 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Ｉを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する病棟である場合は、療養病棟入院基本料１の入院基本料Ｉにより、回復期リハビリテーション病棟入院料３を算定する病棟である場合は、療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｉにより算定する。

（５） 必要に応じて病棟等における早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。

（６） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書に転院してきた旨を記載すること。

（７） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。

（８） 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時に「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添６」の「別紙７」の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」における「モニタリング及び処置等に係る項目（Ａ項目）」について測定を行い、その結果について診療録に記載すること。

（９） 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

(10) 「注２」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。

(11) 「注３」に掲げるリハビリテーション充実加算は、回復期リハビリテーションが必要な患者に対して集中的なリハビリテーションを提供していることを評価したものである。

(12) 「注５」に規定する体制強化加算は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び社会福祉士の配置を評価したものである。

~~Ａ３０８－２　亜急性期入院医療管理料~~

~~（１）　亜急性期入院医療管理料１は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供した場合に算定する。~~

~~（２）　亜急性期入院医療管理料２は、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合に算定する。~~

~~（３）　当該病室に入室してから７日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙２を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び目程、手術内容及び目程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から当該管理料を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式７を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）~~

~~（４）　当該管理料を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。~~

~~（５）　注２に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、注１に規定する点数又は注２に規定する点数を算定する。~~

~~（６）　注３に掲げる加算は、亜急性期入院医療管理料２を算定する患者において、併存する疾患や症状に応じた密度の高い医療を提供しつつ、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを提供することを評価したものである。~~

~~（７）　医療上特に必要がある場合に限り亜急性期入院医療管理料を算定する病室から他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。~~

~~（８）　亜急性期入院医療管理料を算定する目に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。~~

~~（９）　亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病室に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。~~

~~（10）　平成24年３月31日において、亜急性期入院医療管理料１を算定している患者であって、同年４月１日以降継続して亜急性期入院医療管理料１又は亜急性期入院医療管理料２を算定する患者については、当該病室に入院した日から起算して90日まで算定できるものとする。~~

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料

（１）　地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅にお

いて療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

（２）　リハビリテーションに係る費用（区分番号「Ｈ００４」に掲げる摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

（３）　地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから７日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙２を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式７を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）

（４）　地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。

（５）　「注２」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注１」に規定する点数又は「注２」に規定する点数を算定する。

（６）　「注３」及び「注４」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室において算定する。

（７）　「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、介護老人保健施設入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア　急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、７対１入院基本料、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入

院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該病棟又は病室に転棟等した患者については、算定できない。

イ　介護老人保健施設入居者等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設入居者等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設入居者等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設入居者等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（８）　診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して60日間とする。

（９）　地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料Ｉを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料１又は地域包括ケア入院医療管理料１の場合は療養病棟入院基本料１のＩを、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２の場合は療養病棟入院基本料２のＩを算定する。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料

（１）　特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者（病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　特殊疾患病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４）　「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

（５）　「注３」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室退院調整加算１又は２が算定された患者を、特殊疾患病棟入院料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料

（１）　緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群

の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

（２） 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。

（３） 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

（４） 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）~~「Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン」（日本緩和医療学会）~~、「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。

（５） 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

（６） 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

（７） 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

Ａ３１１　精神科救急入院料

（１） 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

（２） 当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３） 精神科救急入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急入院料に含まれ、別に算定できない。

（４） 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。

（５） 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

ア　症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）

イ　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）

ウ　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

エ　気分（感情）障害

オ　神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

カ　成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）

キ　知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）

（６）　「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙●を参考にすること。

~~とは、オランザピン、クエチアピンフマル酸塩、ペロスピロン塩酸塩、リスペリドン、パリペリドン、アリピプラゾール、ブロナンセリン及びクロザピンをいう。~~

~~（７）「注３」に規定する抗精神病薬とは、アリピプラゾール、オキシペルチン、オランザピン、カルピプラミン塩酸塩水和物、カルピプラミンマレイン酸塩、クエチアピンフマル酸塩、クロカプラミン塩酸塩水和物、クロザピン、クロルプロマジン塩酸塩、スピペロン、スルトプリド塩酸塩、スルピリド、ゾテピン、チミペロン、トリフロペラジンマレイン酸塩、ネモナプリド、パリペリドン、ハロペリドール、ハロペリドールデカン酸エステル、ピパンペロン塩酸塩、ピモジド、フルフェナジンデカン酸エステル、フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロルペラジンマレイン酸塩、ブロナンセリン、プロペリシアジン、ブロムペリドール、塩酸ペルフェナジン、ペルフェナジンフェンジゾ酸塩、ペルフェナジンマレイン酸塩、ペロスピロン塩酸塩、モサプラミン塩酸塩、モペロン塩酸塩、リスペリドン、レセルピン、レボメプロマジンマレイン酸塩及びレボメプロマジンをいう。~~

（７~~８~~）　「注３」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（８~~９~~）　「注３」に規定する加算を算定する場合には、１月に１度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。

（９）　「注４」に規定する加算は、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して７日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式●又はこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が60日以内に退院した場合に、退院時１回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において１回に限り算定できる。

（10）　患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

（11）　院内標準診療計画は、第２部通則７に定める入院診療計画とは別に作成すること。

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料

（１）　精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）

イ　他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

（２）　新規患者については入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３）　転棟患者等については、１年に１回に限り、１月を限度として算定する。１年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が２回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４）　精神科急性期治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（５）　精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。

（６）　当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（５）の例による。

（７）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（８）の例による。

（８）　「注５」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（９）から(11)の例による。ただし、算定対象となる患者は、統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害又は気分（感情）障害の患者のうち、精神科急性期治療病棟入院料１の「注４」に規定する加算を算定するものに限る。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料

（１）　精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のいずれか~~ア、イ又はウ~~に該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

~~イ　入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）~~

~~ウ　身体疾患の治療のため、救命救急センター等の一般病床に一旦入院した後に、当該病棟に入院（同一機関からの入院も含む。）した患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神病棟に入院したことがない患者~~

イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病

棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

ウ　イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者

（２）　当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３）　精神科救急・合併症入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）　精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。

（５）　当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（５）の例による。

（６）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（８）の例による。

（７）　「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（９）から(11)の例による。

Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料

（１）　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。

（２）　当該入院料の対象は、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）である。

（３）　当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式４又はこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。

（４）　当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

（５）　児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

（１）　精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　精神療養病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下ア～ウのすべての業務を行う。

ア　退院に向けた相談支援業務

（イ）　当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。

（ハ）　退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

イ　退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という）を、当該患者１人につき月１回以上行うこと。

ウ　退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

（４）　退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア　当該患者の主治医

イ　看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ　当該患者について指定された退院支援相談員

エ　ア～ウ以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ　当該患者

カ　当該患者の家族等

キ　相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。

（５）　退院支援委員会の開催に当たっては、別添様式●又はこれに準じた様式を用いて会議の記録を作成し、その写しを診療録に添付すること。

（6 ~~3~~）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の例による。

（7 ~~4~~）　「注４」の重症者加算１は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が30以下の患者である場合に算定する。

（8 ~~5~~）　「注４」の重症者加算２は、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40以下の患者である場合に算定する。

（9 ~~6~~）　「注５」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職

種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

(10)　「注７」に規定する加算の算定にあたっては、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の(７)の例による。

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料

（１）　認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ＡＤＬにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。

（２）　認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

なお、必要があって他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

（３）　認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）　生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。

（５）　退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

（６）　夜間対応加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が３人以上の場合、入院初日から起算して30日間に限り算定できる。

Ａ３１７　特定一般病棟入院料

（１）　特定一般病棟は、医療提供体制の確保の状況に鑑み、自己完結した医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する一般病棟が１病棟から成る保険医療機関の病棟であり、当該病棟に入院した患者について算定する。

（２）　「注２」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（３）　「注５」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、特定一般病棟入院料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

（４）　特定一般病棟入院料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（５）　「注７」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理~~亜急性期入院医療管理~~を行うものとして地方厚生（支）局長~~等~~に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、~~、在宅・介護施設等からの患者で~~

~~あって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供した場合に~~、特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）として2,191点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）として1,763点~~1,761点~~を算定する~~こと~~。

~~（６）「注９」に規定する点数については、（５）の病室において、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合に、1,661点を算定すること。~~

~~（７）「注11」に掲げる加算は、「注９」に掲げる亜急性期入院医療管理に係る点数を算定する患者において、併存する疾患や症状に応じた密度の高い医療を提供しつつ、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを提供することを評価したものである。~~

~~（８）「注12」に規定する患者については、区分番号「Ａ１００」に掲げる一般病棟入院基本料の「注13」により算定すること。~~

第４節　短期滞在手術基本料

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

（１）　短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術、１泊２日入院による手術及び４泊５日入院による手術及び検査）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

ア　手術室を使用していること。

イ　術前に十分な説明を行った上で、別紙様式８を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。

ウ　退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。

エ　退院後概ね３日間、患者が１時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術等基本料３を除く。）。

~~（２）　保険医療機関（有床診療所を含む。）において、15歳未満の鼠径ヘルニア手術及び15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行う場合には、当該患者が特別入院基本料（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を含む。）又は区分番号「Ａ３０７」に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料３を算定するものであること。~~

（２）　短期滞在手術等基本料は、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は算定しない。

（３）　保険医療機関（有床診療所を除く。）において、入院した日から起算して５日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、すべての患者（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合を除く。）について短期滞在手術等基本料３を算定するものであること。

ただし、それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院５日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査においては入院５日以内に手術を行った場合については、短期滞在手術等基本料３を算定しない。なお、入院５日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料３を算定する。（例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等）

また、入院５日以内に他の保険医療機関に転院した場合は、当該保険医療機関及び転院先の保険医療機関ともに、短期滞在手術等基本料３を算定しない。

ア　「Ｋ００８」腋臭症手術の「２」皮膚有毛部切除術

イ　「Ｋ０９３－２」関節鏡下手根管開放手術

ウ　「Ｋ１９６－２」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

エ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの

オ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合

カ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満

キ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術

ク　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「２」硬化療法（一連として）

ケ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「３」高位結紮術

コ　「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア

サ　「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）

シ　「Ｋ７２１」内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術の「１」長径２センチメートル未満

ス　「Ｋ７２１」内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術の「２」長径２センチメートル以上

セ　「Ｋ７４３」痔核手術の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)

ソ　「Ｋ８６７」子宮頸部(腟部)切除術

タ　「Ｋ８７３」子宮鏡下子宮筋腫摘出術

チ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「１」携帯用装置を使用した場合

ツ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「２」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合

テ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の場合

ト　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査

ナ　「Ｄ４１３」前立腺針生検法

（４）　短期滞在手術等基本料３を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用（医科点数表第２章第５部投薬に掲げる各所定点数をいう。）を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。

（5~~3~~）　短期滞在手術等基本料３を算定する患者について、６日目以降においても入院が必要な場合には、６日目以降の療養に係る費用は、第１章基本診療料（第２部第４節短期滞在手術基本料を除く。）及び第２章特掲診療料に基づき算定すること。

（6~~4~~）　短期滞在手術を行うことを目的として本基本料１又は２に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料１又は２に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（7~~5~~）　短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。

（8~~6~~）　短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。

（9~~7~~）　短期滞在手術等基本料１又は２を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

（10~~8~~）　同一の部位につき短期滞在手術等基本料１又は２に含まれる写真診断及び撮影と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

（11~~9~~）　短期滞在手術等基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等基本

料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２章　特掲診療料

＜通則＞

第１部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第８部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は同一月に算定できない。

第１部　医学管理等

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

（１）　特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。

（２）　特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月２回に限り算定する。

（３）　第１回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料（「注２」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、１か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（４）　区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日が翌々月の１日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（５）　診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。

（６）　管理内容の要点を診療録に記載する。

（７）　同一保険医療機関において、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

（８）　特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。

（９）　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

(10)　再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できない。

(11)　入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。

従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。

(12) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成21年総務省告示第176号)」（以下「分類表」という。）に規定する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっていても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の疾病名を用いることが望ましい。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

１　ウイルス疾患指導料

（１） 肝炎ウイルス、ＨＩＶウイルス又は成人Ｔ細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人Ｔ細胞白血病については、患者１人につき１回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月１回に限り算定する。

（２） ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注１」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。

（３） ＨＩＶウイルスの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。

（４） 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。

（５） 「注２」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はＨＩＶウイルスの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。

（６） 指導内容の要点を診療録に記載する。

２　特定薬剤治療管理料

（１） 特定薬剤治療管理料は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月１回に限り算定する。

ア　心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの

イ　てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの

ウ　気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの

エ　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与しているもの

オ　統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの

カ　躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの

キ　躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの

ク　臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免

疫抑制剤を投与しているもの

ケ　ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、重度の再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）若しくはネフローゼ症候群の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

コ　若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの

サ　悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの

シ　全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの

ス　重症又は難治性真菌感染症の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与しているもの

セ　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの

ソ　イマチニブを投与しているもの

タ　結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの

（２）　特定薬剤治療管理料を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、Ｎ－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。

（３）　特定薬剤治療管理料を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ボリコナゾールをいう。

（４）　特定薬剤治療管理料を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。

（５）　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月１回に限り算定する。

（６）　本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうちに２回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患について(１)アからソまでのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

（７）　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

（８）　ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、１回に限り急速飽和完了日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月におい

ては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して２日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。

（９） てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、１回に限り、重積状態が消失した日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。

(10) 「注３」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注６」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料は算定できない。

(11) 「注４」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は４月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「４月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて４月目以降のことである。

(12) 免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、臓器移植加算として「注６」に規定する点数を算定し、初回月加算は算定しない。

(13) 初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、「注６」に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

(14) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

３　悪性腫瘍特異物質治療管理料

（１） 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうち２回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

（３） 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

（４） 「注３」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

（５） 区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、１項目とみなして、本管理料を算定する。

（６） 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

（例） 肝癌の診断が確定している患者でα－フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(１)」

＋区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の実施料

＋区分番号「Ｄ０２６」の「４」生化学的検査(Ⅱ)判断料

（７） 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

４　小児特定疾患カウンセリング料

（１） 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（２） 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　気分障害の患者

イ　神経症性障害の患者

ウ　ストレス関連障害の患者

エ　身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ　生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ　心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ　小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

（３） 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

（４） 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

（５） 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第１回目及び第２回目のカウンセリングを行った日に算定する。

（６） 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。

（７） 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第１回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（８） 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

５　小児科療養指導料

（１） 小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、小児科のみを専任する医師が一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り

算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

（２） 小児科療養指導料の対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500ｇ未満であった６歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。

（３） 小児科療養指導料は、当該疾病を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（４） 第１回目の小児科療養指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日又は退院の日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 指導内容の要点を診療録に記載する。

（６） 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科療養指導料は算定できない。

６ てんかん指導料

（１） てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目のてんかん指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

（４） 電話等によって指導が行われた場合は、てんかん指導料は算定できない。

７ 難病外来指導管理料

（１） 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目の難病外来指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあっても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

（４） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

（５） 電話等によって指導が行われた場合は、難病外来指導管理料は算定できない。

８ 皮膚科特定疾患指導管理料

（１） 皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。

（２） 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡)、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が１年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

（３） 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 第１回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)は、同一暦月には算定できない。

（６） 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（７） 電話等により行われた場合にあっては、皮膚科特定疾患指導管理料は算定できない。

９　外来栄養食事指導料

（１） 外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者等に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

（２） 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとするが、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量）についての具体的な指示を含まなければならない。

（３） 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

（４） 外来栄養食事指導料は初回の指導を行った月にあっては１月に２回を限度として、その他の月にあっては１月に１回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に２回指導を行った場合であって、初回と２回目の指導の間隔が30日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に２回算定することができる。

（５） 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度が＋40％以上又はＢＭＩが30以上）の患者に対する治療食を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が６ｇ未満のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。)、食物アレルギーを持つことが明らかな９歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

（６） 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

10　入院栄養食事指導料

（１）　入院栄養食事指導料１は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回を限度として算定する。ただし、１週間に１回を限度とする。また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外（栄養ケア・ステーション及び他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。

（２）　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の９外来栄養食事指導料における留意事項の(２)、(３)、(５)及び(６)の例による。

11　集団栄養食事指導料

（１）　集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

（２）　集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が２か月を超える場合であっても、入院期間中に２回を限度として算定する。

（３）　入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。

（４）　１回の指導における患者の人数は15人以下を標準とする。

（５）　１回の指導時間は40分を超えるものとする。

（６）　それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「Ｂ００１」の「11」集団栄養食事指導料と区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料又は区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。

（７）　集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあっては、集団による指導を行うのに十分なスペースをもつ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。

（８）　医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

（９）　集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の(２)、(３)及び(５)の例による。ただし、同留意事項の(５)の小児食物アレルギー患者（９歳未満の小児に限る。）に対する特別食の取扱いを除く。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

（１）　「注１」に規定する「体内植込式心臓ペースメーカー等」とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、~~及び~~両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。

（２）　心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置（ペーサーグラフィー、プログラマー等）等を有する保険医療機関において、体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者

以外のものについて、当該ペースメーカー等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標を計測するとともに、療養上必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（３）　「イ」遠隔モニタリングによる場合とは、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、当該指導管理料は、来院時の指導だけでなく、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等も含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、４月に１回に限り、来院時に算定することができる。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「イ」を算定していない月に限り、「ロ」を算定することができる。

（４）　計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（５）　なお、心臓ペースメーカー患者等の指導管理については、関係学会より留意事項が示されるので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

（６）　「注４」の植込型除細動器移行期加算は、次のいずれかに該当する場合に算定する。また、着用型自動除細動器の使用開始日、使用する理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　心室頻拍又は心室細動による心臓突然死のリスクが高く、植込型除細動器（以下ＩＣＤという。）の適応の可否が未確定の患者を対象として、除細動治療を目的に、ＩＣＤの適応の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合

イ　ＩＣＤの適応であるが、患者の状態等により直ちにはＩＣＤが植え込めない患者を対象として、ＩＣＤの植え込みを行うまでの期間に限り使用する場合

13　在宅療養指導料

（１）　在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

（２）　保健師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。

（３）　療養の指導に当たる保健師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。

（４）　医師は、診療録に保健師又は看護師への指示事項を記載する。

（５）　保健師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

14　高度難聴指導管理料

（１）　高度難聴指導管理料は、区分番号「Ｋ３２８」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60ｄＢ以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（２）　人工内耳植込術を行った患者については、１か月に１回を限度として、その他の患者については１回に限って算定する。

（３）　指導内容の要点を診療録に記載する。

15　慢性維持透析患者外来医学管理料

（１）　慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後３か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう（ただし、第２部通則５の(６)のアからウのただし書に規定する入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。）。なお、診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を記載すること。

（２）　特定の検査とは「注２」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。

（３）　同一検査名で、定性、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。

（４）　慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５）　包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「Ｅ００１」の「１」単純撮影（胸部を除く。）及び区分番号「Ｅ００２」の「１」単純撮影（胸部を除く。）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。

（６）　透析導入後３か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。

（７）　同一月内に２以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。

（８）　同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。

（９）　区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。

(10)　下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の

検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

イ　副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、ＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

ウ　副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、退院月の翌月から５か月間は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、ＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

エ　シナカルセト塩酸塩の初回投与から３か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、ＰＴＨ検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

オ　透析導入後５年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たりβ_2－マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた３か月間に、β_2－マイクログロブリン検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

カ　高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム（Al）の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

(11)　慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

16　喘息治療管理料

（１）　保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月１回に限り算定する。なお、当該ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。

（２）　「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

（３）　喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなければならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

（４）　ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドラインが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。

（５）　「注２」に規定する加算については、当該加算を算定する前１年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が３回以上あり、在宅での療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した６か月について、必要な治療管理を行った場合に月１回に限り算定すること。

（６）　当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

（７）　当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に１度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。

（８）　当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。

17　慢性疼痛疾患管理料

（１）　慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。

（２）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料

（１）　小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（２）　第１回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日以降又は退院の日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（３）　治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４）　再診が電話等により行われた場合にあっては、小児悪性腫瘍患者指導管理料は算定できない。

19　削除

20　糖尿病合併症管理料

（１） 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

ア　足潰瘍、足趾・下肢切断既往

イ　閉塞性動脈硬化症

ウ　糖尿病神経障害

（２） 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、（１）の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。

（３） 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４） 看護師に対して指示を行った医師は、診療録に看護師への指示事項を記載すること。

（５） 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。

（６） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

（１） 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあっては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。

（２） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15歳未満の患者であって、発症から３か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の１年間において３回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。

（３） 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（６） 電話等により行われた場合にあっては、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は算定できない。

22　がん性疼痛緩和指導管理料

（１） がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－ＷＨＯ方式がんの疼痛治療法－第２版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤

の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。

（２） がん性疼痛緩和指導管理料の「１」は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

（３） がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

23 がん患者指導管理~~カウンセリング~~料

（１） がん患者指導管理料１

ア ~~(1)~~ 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

イ ~~(2)~~ 当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回算定できる。~~ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。~~

ウ ~~(3)~~ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（２） がん患者指導管理料２

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ がん患者指導管理料２の算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）で２以上の項目が２項目以上該当する者、又はＤＣＳ（Dicisional Conflict Scale）４０点以上のものであること。なお、ＳＴＡＳ－Ｊについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（以下「ホスピス財団」という。）の「ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）スコアリングマニュアル第３版」（ホスピス財団ホームページに掲載）に沿って評価を行うこと。

ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければ

ならない。

エ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（３）　がん患者指導管理料３

ア　悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者（予定を含む。）に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ　薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ　指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

24　外来緩和ケア管理料

（１）　外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２）　緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

（３）　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（４）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注４」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね15人以内とする。

（５）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。

（６）　当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

（７） 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（８） 当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

（９） 「注４」に規定する点数を算定する場合は、指導管理の内容について、緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師のすべてが診療録に記載すること。

25　移植後患者指導管理料

（１） 移植後患者指導管理料は、臓器移植（角膜移植を除く。）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という。）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期に渡って生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。臓器移植後の患者については「１ 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「２ 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。

（２） 移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（GVHD）、易感染性等の特性にかんがみて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３） 移植医療に係る適切な研修を受けた看護師は、関係診療科及び関係職種と緊密に連携をとり、かつ適切な役割分担を考慮しつつ、医師の指示のもと臓器等移植後の患者に対して提供される医療について調整を行うこと。

（４） 臓器等移植後患者であっても、移植後の患者に特有な指導が必要ない状態となった場合は移植後患者指導管理料は算定できない。

26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

（１） 植込型輸液ポンプを使用している患者であって、入院中の患者以外の患者について、診察とともに投与量の確認や調節など、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（２） 指導内容の要点を診療録に記載する。

27　糖尿病透析予防指導管理料

（１） 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がＪＤＳ値で6.1%以上（ＮＧＳＰ値で6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

（２） 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、（１）の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（３） 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４） 看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。

（５） 当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

（６） 「注４」に規定する点数を算定する場合は、指導管理の内容について、透析予防診療チームの医師、看護師（又は保健師）及び管理栄養士のすべてが診療録に記載すること。

（７~~６~~） 同一月又は同一日においても、「注２」及び「注３」に規定するものを除き、第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（８~~７~~） 当該管理料を算定する場合は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２の様式５の７に基づき、一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料

（１） 小児科外来診療料は、地方厚生（支）局長に対し本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、３歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。なお、届出の様式等については別途通知する。

（２） 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

（３） 当該患者の診療に係る費用は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「Ｂ００１－２－２」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料、区分番号「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「Ｃ０００」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

（４） 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科外来診療料は算定できない。

（５） 同一日において、同一患者の再診が２回以上行われた場合であっても、１日につき所定の点数を算定する。

（６） 同一月において、院外処方せんを交付した日がある場合は、当該月においては、「１」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方せんを交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、

「２」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（７） 常態として院外処方せんを交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定できる。

（８） 当該届出を行った保険医療機関において、３歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。

（９） ３歳の誕生日が属する月において、３歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、３歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。

(10) 当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した３歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

(11) 本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

（１） 地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

（２） 地域連携小児夜間・休日診療料１については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料２については、保険医療機関が24時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ６歳未満の小児を診療した場合に算定する。

（３） 地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した６歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４） 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５） 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６） 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（７） 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携小児夜間・休日診療料は算定で

きない。

（８） 入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（９） 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

(10) 地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が３歳未満の乳幼児に対して区分番号「Ａ０００」初診料（「注５~~３~~」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料

（１） 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

（２） 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。

（３） 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４） 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５） 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６） 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（７） 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。

（８） 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（９） 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

(10) 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料

（１）　院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「Ｂ００１－２－６」~~「~~夜間休日救急搬送医学管理料~~」~~を算定した患者については算定できない。

（２）　院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料

（１）　夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日に限る)、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

（２）　「注２」に規定する精神疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、土曜又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。

イ　過去６月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ　アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

（２）　Ｂ００１－２－５「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

（１）　外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。

（２）　外来リハビリテーション診療料１の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を１週間に２日以上提供することとしている患者である。

（３）　外来リハビリテーション診療料１を算定した日から起算して７日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（４）　外来リハビリテーション診療料２の対象患者は、状態が比較的安定している患者であっ

て、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを２週間に２日以上提供することとしている患者である。

（５） 外来リハビリテーション診療料２を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（６） 外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。

（７） 外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料

（１） 放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して７日間は放射線照射の実施に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

（２） 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第２日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。

（３） 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。

（４） 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

（５） 算定した日を含め、３日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料

（１） 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

（２） 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の４疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記４疾病のうち２つ）と重複しない対象疾病（上記４疾病のうち２つ）について

他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能である。

（３） 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。ただし、平成27年３月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

（４） 以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関をすべて把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品をすべて管理し、診療録に記載すること。

ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エの場合に限り院外処方を可能とする。

エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

（イ） 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

（ロ） 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。

（ハ） 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。

① 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行のお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

（イ） 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

（ロ） 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

（ハ） 当該患者が受診している医療機関のリストを、処方せんに添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

（ニ） 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局が発行するお薬手帳又は当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、診療録にお薬手帳のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

（５） 当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこと。

（６） 健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

（７） 介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。

（８） 在宅医療を提供していること、および当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。

（９） 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

(10) 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

（１） 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うにあたっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

（２） 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。

（３） 当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

（４） 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

（５） 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うにあたっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。

（６） 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。

（７） 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うこと

ができるものとする。

（８） 同一月内において、院外処方せんを交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「１　処方せんを交付する場合」で算定する。

（９） 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「１　処方せんを交付する場合」で算定する。

(10~~9~~) 「注３」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に１年に１回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）がJDS値で8.0％以上（NGSP値で8.4％以上）の者をいう。

(11~~10~~) 「注３」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。

当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料

（１） ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。

（２） ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

ア　「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（ＴＤＳ）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。

イ　１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。

ウ　直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

（３） ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して１年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

（４） 治療管理の要点を診療録に記載する。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料

（１） 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔若しくは区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月１回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

（２） 手術前１週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前１週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として１週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。

（３） 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。

（４） 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

（５） 本管理料を算定する手術前１週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（６） 本管理料を月初めに算定し、手術前１週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（７） 同一の患者について、月をまたがって１週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を２回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、２回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

（例） 当該月の29日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の３日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の29日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の３日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

（１） 手術後医学管理料は、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

（２） 手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査(Ⅰ)判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する３日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

（３） 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。

（４） 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第１章第２部通則５に定める起算日のことをいう。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料

（１） 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。

（２） 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中１回算定できるものであること。

（３） 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。

（４） 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料

（１） リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

当該指導管理料は、当該指導管理料の算定対象となる手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に１回、当該保険医療機関を退院した後に、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号「Ｂ００５－６」の「注１」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において１回に限り、算定できる。

ア　リンパ浮腫の病因と病態

イ　リンパ浮腫の治療方法の概要

ウ　セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法

（イ） リンパドレナージに関すること

（ロ） 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること

（ハ） 弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること

（ニ） 保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること

エ　生活上の具体的注意事項

リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること

オ　感染症の発症等増悪時の対処方法

感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

（３）　手術前においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合であって、結果的に手術が行われなかった場合にはリンパ浮腫指導管理料は算定できない。

Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料

（１）　臍ヘルニア圧迫指導管理料は、臍ヘルニアの患者の保護者に対して以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

ア　臍ヘルニアの病態

イ　臍ヘルニア圧迫療法の概要及び具体的実施方法

ウ　臍ヘルニア圧迫療法の治癒率と治癒しなかった場合の治療法

エ　想定される合併症及び緊急時の対処方法

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ００３　開放型病院共同指導料（Ⅱ）

（１）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に１人の患者に１日につき１回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

（２）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料等は算定できない。

（３）　診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定できる。

（４）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

（５）　開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合に、開放型病院において算定する。

Ｂ００４　退院時共同指導料１、Ｂ００５　退院時共同指導料２

（１）　退院時共同指導料１又は退院時共同指導料２は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。なお、ここでいう入院

とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２） 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

（３） 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。

（４） 退院時共同指導料１の「１」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。

（５） 当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療機関という。）と当該患者を紹介した保険医療機関（以下この区分において紹介元保険医療機関という。）又は退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションとが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。

（６） 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

（７） 退院時共同指導料１の「注２」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、１人の患者に対して入院中１回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に２回に限り算定できる。

（８） 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して行った場合に算定する。

（９） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち３者以上と共同して行った場合に算定する。

(10) 退院時共同指導料２の「注３」に規定する指導と同一日に行う「注２」に規定する指導に係る費用及び介護支援連携指導料は、「注３」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。

(11) 退院時共同指導料２を算定している保険医療機関が、当該患者について、区分番号「Ａ２３８」退院調整加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項等）を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

Ｂ００５－１－２　介護支援連携指導料

（１）　介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するものである。

（２）　介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中２回に限り算定できるものである。

（３）　ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。

ア　介護老人福祉施設（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第20項に規定する地域密着型老人福祉施設及び同条第24項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）

イ　介護保険法第８条第25項に規定する介護老人保健施設

ウ　介護保険法第８条第26項に規定する介護療養型医療施設

エ　特定施設（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設及び同条の２第11項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第192条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）

オ　認知症対応型グループホーム（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。）

カ　小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）

キ　複合型サービス事業所（介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第22項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。）

（４）　初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、２回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。

（５）　行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプ

ランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

（６）　介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援連携指導料を算定することはできない。

（７）　同一日に区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算の両方を算定することはできない。

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料

（１）　介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注４」、「注５」及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注４」、「注５」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、適切な介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第５項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる２月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成24年３月30日保医発033010）の第４の８に規定する２月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。

（２）　患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。

（３）　当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

Ｂ００５－２　地域連携診療計画管理料、Ｂ００５－３　地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）

Ｂ００５－３－２　地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）

（１）　地域連携診療計画は、あらかじめ計画管理病院において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関（必要に応じて、計画管理病院から転院後の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関を含む。また、特別の関係であっても差し支えない。）又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、

転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」という。）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

（２） 地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。また、計画は必ず、計画管理病院、計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う保険医療機関（以下「２段階目の保険医療機関」という。）又は介護老人保健施設（以下「２段階目の保険医療機関等」という。）、２段階目の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関（以下「３段階目の保険医療機関」という。）又は介護サービス事業所（介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所）（以下「３段階目の保険医療機関等」という。）の３段階の連携に限られる必要はなく、必要に応じて、計画管理病院及び２段階目の保険医療機関等の２段階の連携も活用されるべきものである。

（３） 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の対象疾患は、大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。）又は脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。）である。なお、脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。

（４） 地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した診療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（５） 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）は、地域連携診療計画管理料を算定した患者に対し、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に、２段階目の保険医療機関において退院時に算定する。その際、患者に交付した診療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（６） 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）の「注２」に掲げる地域連携診療計画退院計画加算は、２段階目の保険医療機関及び３段階目の保険医療機関等を含んだ診療計画に基づき患者の同意を得て、当該保険医療機関の退院後、３段階目の保険医療機関等で行われるべき診療等の計画を作成するとともに、患者、家族に説明し、３段階目の保険医療機関等と適切に情報共有を行うことについて評価したものである。

（７） 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）は、３段階目の保険医療機関等において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。

（８） 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時、２段階目の保険医療機

関からの退院時及び３段階目の保険医療機関における退院後の初回受診時においては、別紙様式10に定める日常生活機能評価表による評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価表による評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）

（１）　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）は、診療に基づき患者を紹介した医師（以下この項において「紹介元医師」という。）が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者１人につき１回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。

（２）　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合は、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料等は算定できない。

（３）　紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、その算定された日を除き、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定できる。

（４）　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には紹介元医師による医学管理等が行われた旨を記載する。

（５）　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。

（６）　自院にて診療していた妊産婦の状態に異常が認められたために、他院へ搬送する場合において、医師が搬送先医療機関まで付き添い、搬送先の病院の医師と共同で医学管理等を行った場合においても算定できる。

（７）　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）は、区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料と併せて算定することができる。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料

（１）　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

（２）　地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

（３）　がん治療連携計画策定料１は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に計画策定病

院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（４） がん治療連携計画策定料１は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して30日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（５） 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料２は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（６） がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

（１） がん治療連携管理料は、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（２） 当該管理料は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（３） 当該管理料の対象患者は、（２）に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（４） がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「Ａ２３２」がん診療連携拠点病院加算は算定できない。

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

（１） 認知症専門診断管理料１は、認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、１人につき１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

（２） 「注１」に規定する認知症療養計画は、別紙様式32又はこれに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料１を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。

（３） 認知症専門診断管理料２は、認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者に対して、認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等））の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行うこと。

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料

（１） 肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り算定する。患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（２） 治療計画の策定に当たっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。

（３） 入院中の患者については退院時に算定すること。

Ｂ００６　救急救命管理料

（１） 保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（２） 救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（４） 医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できない。

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料

（１） 退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

（２） 退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に１回に限り算定する。

（３） 当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、~~又は~~作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

（４） 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

（５） 指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 死亡退院の場合は、算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

（１） 退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

（２） 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、１回の入院につき１回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に２回分を算定する。

（３） 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（４） 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（５） 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（７） 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配意する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

（１） 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者

の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週１回に限り算定できる。ただし、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とし、薬剤管理指導料の「１」を算定する場合にあっては、薬学的管理指導により把握した必要な情報を速やかに医師に提供するものとする。

薬剤管理指導料の「１」の対象患者のうち、意識障害等の状態にあり直接服薬指導ができないものについては、その他の薬学的管理指導を行うことにより算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「Ｆ５００」調剤技術基本料の「１」により算定する。

（２） 薬剤管理指導料の「１」は、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬学的管理指導を行った場合に算定する。

薬剤管理指導料の「２」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者（薬剤管理指導料の「１」に該当する場合を除く。）に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（３） 当該保険医療機関の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

（４） 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

（６） 「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７） 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の

薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　医薬品緊急安全性情報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

（8）　「注２」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

（9）　薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）

（1）　診療情報提供料（Ⅰ）は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

（2）　保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

（3）　紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア　イ及びウ以外の場合　　別紙様式11

イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等　　別紙様式12から別紙様式12の４

ウ　介護老人保健施設　　別紙様式13

（4）　当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

（5）　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できる。

（6）　（5）の場合において、Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料（Ⅰ）、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

（7）　（5）の場合において、Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をＡ保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。なお、この場合に、Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を

算定でき、Ａ保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

（８） 提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

（９） 下記のア、イの場合については、患者１人につき月１回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ 区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10) 診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

(11) 「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から２週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。この場合においては、家庭に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、診療情報提供料（Ⅰ）の算定対象とはならない。

(12) 「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター又は指定居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターをいう。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

(13) 「注３」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方せん又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合

において、交付した文書の他、処方せんの写しを診療録に添付する。

なお、処方せんによる訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

(14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア　グループホーム及びケアホーム（障害者自立支援法第５条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ　障害者支援施設（障害者自立支援法第５条第12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第６項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ　障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第６条の７第２項に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ　障害者自立支援法第５条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ　障害者自立支援法第５条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ　障害者自立支援法第５条第22項に規定する福祉ホーム

(15)　「注６」に掲げる「認知症疾患医療センター等」とは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年７月４日老発0704第１号老健局長通知）に規定されている認知症疾患医療センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。~~認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定等を行うものとして、都道府県知事が指定した保険医療機関等をいうものであり、その取扱いについては、「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成20年３月31日付障発第0331009号）等を参考とし、都道府県精神保健主管課（部）と連絡を密にするものであること。~~

(16)　「注７」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後６か月間、当該加算は算定できない。

(17)　「注８」の加算は、区分番号「Ｂ００５―４」ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)が算定されない場合であっても算定できる。

(18)　「注９」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。

(19)　「注10」に規定する認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「Ｂ００５－７」に掲げる認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(20)　「注11」に規定する精神科医連携加算については、身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体

疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日（紹介した日より１月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。

(21)　「注12」に規定する肝炎インターフェロン治療連携加算は、区分番号「Ｂ００５－８」に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料を算定する専門医療機関において作成された治療計画に基づいて行った診療の状況を示す文書を添えて、当該専門医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(22)　「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア　歯科を標榜していない病院が、医科点数表第２章第10部手術の第１節第６款、第７款及び第９款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第８款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

（１）　診療情報提供料(Ⅱ)は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。

（２）　診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

（３）　診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

（４）　助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

（１）　薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は

商品名)、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月１回に限り所定点数を算定する。

（２） 「注１」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月１回に限り「注２」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

（３） やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。

（４） 同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。

（５） 処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

（６） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に２以上の診療科で処方された場合であっても、１回のみの算定とする。

（７） 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載する。

Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料

（１） 医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。

（２） 医療機器安全管理料１は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に１月に１回に限り算定する。

（３） 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。)、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。

（４） 医療機器安全管理料２は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に１回に限り算定する。

（５） 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装

置をいう。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

（１）　傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。

（２）　傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。

（３）　傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に(相続)と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

（４）　医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、２度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

（５）　感染症法第37条の２による医療を受くべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を算定できる。なお、感染症法第37条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の100分の100を算定できる。

（６）　健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

Ｂ０１３　療養費同意書交付料

（１）　療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。

（２）　あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。

（３）　はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病(頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされているものである。神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする６疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件

を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。

（４） あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付(診察、検査及び療養費同意書交付を除く。)との併用は認められていない。

（５） 初療の日から３月を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

（６） 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、２度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１） 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「Ｂ０１１―３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

（２） 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する。

（３） 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前１週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

（４） 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方せんを提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。

（５） 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。

（６） 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録に記載する。なお、区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。

（７） 死亡退院の場合は算定できない。

第２部　在宅医療

＜通則＞

在宅医療の費用は、第１節在宅患者診療・指導料、第２節在宅療養指導管理料第１款在宅療養指導管理料、第２節在宅療養指導管理料第２款在宅療養指導管理材料加算、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

第１節　在宅患者診療・指導料

１　保険医療機関は、同一の患者について、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（以下この部において「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか１つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

２　一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか１つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

３　保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。また、区分番号「Ｉ０１６」精神科重症者早期集中支援管理料の「１」を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費の算定については、この限りでない。

４　在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならない。なお、当該診療所が他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）と連携する場合には、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

５　連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録に記載するとと

もに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

6　当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ０００」往診料又は区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。

7　連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び(支援)と記載すること。

Ｃ０００　往診料

（１）　往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

（２）　緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

（３）　「注１」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前８時から午後１時までの間とする。

（４）　「注１」の加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。

（５）　「注１」における所定点数とは、往診料に「注２」及び「注４」における加算点数を合算した点数をいう。

（６）　夜間（深夜を除く。）とは午後６時から午前８時まで~~概ね午後６時から翌日の午前６時まで、又は午後７時から翌日の午前７時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすること~~とし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前６時までとする。

（７）　「注１のイ」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の（１）及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び（２）に規定する在宅療養支援病院である。

「注１のイの(１)」に規定する「病床を有する場合」、「注１のイの(２)」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の２の規定による。

（８）　「注２」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。

（９）　同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家

とみなすことが適当であるものにおいて、２人以上の患者を診療した場合は、２人目以降の患者については往診料を算定せず、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注２」に規定する加算を算定する。

(10)　往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。

(11)　「注３」に規定する加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

(12)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注１」、「注２」、「注３」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

(13)　(12)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア　適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方厚生（支）局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、すみやかに地域の指定を取り消すものとする。

ⅰ　医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの。（以下「１号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。）

ⅱ　１号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメートルを超えるもの。（以下「２号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。）

イ　特殊の事情

ⅰ　定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。

ⅱ　海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。

ⅲ　冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ　算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（720点に「注１」、「注２」又は「注３」による点数を加算した点数）に、次の点数（１号地域については次のｉの(イ)及び(ロ)により算出した点数、２号地域については、次のⅱにより算出した点数）を加算する。

ｉ　１号地域に対する往診の場合

（イ）　波浪時（波浪注意報の出ていたとき又は波浪により通常の航海時間の概ね1.5倍以上を要したときとする。）であった海路につき海路距離が片道１キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注２」に規定する点数の100分の150を加算した点数。（往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。）

（ロ）　適用地域における往診に必要とした滞在時間（島に上陸したときから離島するまでの時間）については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

ⅱ　２号地域に対する往診の場合

往診のため保険医が当該保険医療機関を出発してから帰院するまでの往診時間について、30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の300に相当する点数。

(14)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。

(15)　「注５」に規定する交通費は実費とする。

(16)　交通費には自家用車による費用を含む。

(17)　自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注５」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。

(18)　往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。

(19)　特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

(20)　数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(19)と同様である。

(21)　同一保険医が２か所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関から患家までの距離により算定する。

(22)　定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料

（１）　在宅患者訪問診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために

通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能~~容易~~な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（２）　在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいうこと。

ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

（３）　「在宅患者訪問診療料２」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者１人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く。）のことをいう。なお、「同一建物居住者の場合」の「イ　特定施設等に入居する者の場合」又は認知症対応型共同生活介護等における「ロ　イ以外の場合」については、保険医１人につき（医師３人までに限る。）同一日に複数の訪問診療を行った場合に算定する。

「同一建物居住者の場合」の「イ　特定施設等に入居する者の場合」は、特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第１項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第１項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第１項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）又は老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。

「ロ　イ以外の場合」は、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア　老人福祉法第20条の４に規定する養護老人ホーム（２のイに規定する施設を除く。）、老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（２のイに規定する施設を除く。）、老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（２のイに規定する施設を除く。）、サービス付き高齢者向け住宅（２のイに規定する施設を除く。）、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

イ　介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第18~~17~~項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第

22項に規定する複合型サービス（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第171条第６項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

（４） 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「１」の同一建物居住者以外の場合の所定点数を算定する。

（５） 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合には、（３）の規定にかかわらず、１人目は、「１」の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降の患者については、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目の患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料の「注５」に規定する加算を算定する。

（６） 在宅患者訪問診療料は、１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定するが、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、１人の患者に対して２つの保険医療機関の保険医が、１日につきそれぞれ１回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

（７） 在宅患者訪問診療料の算定は週３回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

（８） 診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週４回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア 当該訪問診療が必要な旨

イ 当該訪問診療の必要を認めた日

ウ　当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、１月に１回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができる。

（９）　定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料の算定対象とする。

(10)　訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

①　当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。（要介護度４以上又は別添６－別紙12　認知症である老人の日常生活自立度判定基準（抜粋）におけるランクⅣ以上の場合を除く。）

②　訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。

③　「在宅患者訪問診療料２」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、訪問診療を行った日におけるける当該医師の在宅患者診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所、診療人数等について診療録並びに診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(11)　「注４」に規定する乳幼児加算又は幼児加算は、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して訪問診療を実施した場合に、１日につき１回に限り算定できるものとする。

(12)　「注６」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。

(13)　「注６のイ」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の~~ｲ~~(１)~~ﾊ~~及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び~~ｲ~~(２)~~ﾊ~~に規定する在宅療養支援病院である。

「注６のイの(１)」に規定する「病床を有する場合」、「注１のイの(２)」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２の(１)及び(２)、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の２の(１)の規定による。

(14)　「注７」に規定する看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために充分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

(15)　「注８」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注７」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注８」に規定する加算は別に算定できない。

(16)　患家における診療時間が１時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った

場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。

(17)　往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

(18)　「注11」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料

（１）　在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。

（２）　在宅時医学総合管理料~~の対象患者~~は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者~~である。~~（（３）で規定する特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（３）　特定施設入居時等医学総合管理料~~の対象患者~~は、医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、通院困難な者に~~である。~~対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア　次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

（イ）　養護老人ホーム（~~（~~(ニ)~~）~~に規定する施設を除く。）

（ロ）　軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成20年厚生労働省令第107号）附則第２条第１号に規定する軽費老人ホームＡ型に限り、~~（~~(ニ)~~）~~に規定する施設を除く。）

（ハ）　特別養護老人ホーム

（ニ）　特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第１項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び

運営に関する基準第109条第１項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第１項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）

イ　次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

（イ）　短期入所生活介護

（ロ）　介護予防短期入所生活介護

（４）　在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を月２回以上~~継続して~~算定した~~訪問診療（往診を含む。ただし、区分番号「Ａ０００」初診料を算定する往診は除く。）を行った~~場合に月１回に限り算定する。この場合において、月１回以上区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料の「１　同一建物居住者以外の場合」を算定した場合は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、それ以外の場合は「同一建物居住者の場合」を算定する。

「１」及び「２」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、月２回以上継続して訪問した場合には、「３」を算定する。

なお、「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の（１）及び（２）に規定する在宅療養支援診療所、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１の（１）及び（２）に規定する在宅療養支援病院である。

また、「１のイ」に規定する「病床を有する場合」、「１のロ」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２の（１）及び（２）、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の２の（１）の規定による。

「１」、「２」及び「３」に規定する同一建物居住者とは、在宅患者訪問診療料における取扱いと同様である。

（５）　個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

（６）　他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。

（７）　当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

（８）　当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。

（９） 当該患者について在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、区分番号「Ｂ００１」の「５」小児科療養指導料、同区分番号の「７」難病外来指導管理料、同区分番号の「８」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(10) 当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても第５部投薬の費用は算定できない。

(11) １つの患家に在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、（４）の規定に関わらず、患者ごとに「同一建物居住者以外の場合」を算定すること。

(12) 同一月内において院外処方せんを交付した訪問診療と院外処方せんを交付しない訪問診療とが行われた場合は、当該月の算定は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「１」の「イ」の「(１)」、「１」の「ロ」の「(１)」、「２」の「イ」又は「３」の「イ」（院外処方せんを交付する場合）で算定するものであること。

(13) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「１」の「イ」の「(１)」、「１」の「ロ」の「(１)」、「２」の「イ」又は「３」の「イ」を算定する保険医療機関において投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方せんを交付した場合は、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定に当たっては、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「１」の「イ」の「(１)」、「１」の「ロ」の「(１)」、「２」の「イ」又は「３」の「イ」で算定するものであること。

(14) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する１つの保険医療機関において算定するものであること。

(15) 区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。

(16) 「注３」に規定する在宅移行早期加算は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から３月を限度として、１月１回に限り所定点数に加算する。

(17) 在宅移行早期加算は、退院から１年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに３月を限度として、月１回に限り所定点数に加算できるものとする。

(18) 「注４」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる患者に対し、月４回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に重症者加算として算定する。

(19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二第二号の~~イ~~(１)~~に~~掲げる指導管理を２つ以上行っているものをいう。

(20) 算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある保険医療機関において

も、算定できる。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料

（１）　在宅がん医療総合診療料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入居又は入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間（日曜日から土曜日の暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。

ア　当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週４日以上であること。（同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても１日とする。）

イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。

ウ　訪問看護の回数が週１回以上であること。

（２）　在宅がん医療総合診療料は、１週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、１週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅がん医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所又は当該在宅療養支援病院に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた１週間について、（１）のアからウまでの要件を満たす場合には、在宅がん医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。

（３）　在宅療養支援診療所において、連携により必要な体制を確保する場合にあっては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の属する保険医療機関において一括して算定する。

（５）　連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションが当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含ま

れ別に算定できない。

（６） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅がん医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。

（７） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅がん医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

（８） 「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の~~ｲ(~~１)~~ｲ~~及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び~~ｲ(~~２)~~ｲ~~に規定する在宅療養支援病院である。

「１のイ」に規定する「病床を有する場合」、「１のロ」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２の(１)及び(２)、第14の２在宅療養支援病院の施設基準の２の(１)の規定による。

（９） １週間のうち院外処方せんを交付した日がある場合は、当該１週間分を「院外処方せんを交付する場合」で算定し、それ以外の場合は「院外処方せんを交付しない場合」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該１週間のうちに(１)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。

(10) 「注２」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、(12)のイに基づき、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料の「注７」に規定する加算を算定する場合には、算定できない。

(11) 当該患者の診療に係る費用は、(12)に掲げる費用及び「注２」の加算を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅がん医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

(12) 「注３」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる。

ア 週３回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「Ｃ０００」往診料の「注１」及び「注２」の加算を含む。）（ただし、週２回を限度とする。）

イ 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料の「注６」及び「注７」に規定する加算（ただし、「注６」の加算を算定する場合には、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料のそれぞれの「注10」の加算、「注７」の加算を算定する場合には、在宅がん医療総合診療料の「注２」の加算、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料のそれぞれの「注10」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して「注６」の加算の要件

を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該「注７」の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。）

(13)　「注４」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００４　救急搬送診療料

（１）　救急用の自動車とは、消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

（２）　救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第２条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

（３）　診療を継続して提供した場合、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は、救急搬送の同一日に１回に限り算定する。

（４）　搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は１回に限り算定し、区分番号「Ｃ０００」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。

（５）　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。

（６）　「注２」の加算は、新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

（７）　「注３」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が３０分を超えた場合に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料

（１）　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、１日に１回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

　在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、同一建物居住者訪問看護・指導料は、同一建物居住者であるものに対して算定する。

（２）　在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

　ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料等を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して訪問看護・指導を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療

養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（３）　同一建物居住者訪問看護・指導料については、以下のア又はイにより算定すること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、１のイ又は２のイにより算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、１のロ又は２のロにより算定

（４~~３~~）　在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○特掲診療料の施設基準別表第七に掲げる疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（５~~４~~）　診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護・指導が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月１回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月２回）に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。また、**当該患者**に対する訪問看護・指導については、当該患者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に訪問看護・指導が必要な理由を訪問看護計画書及び訪問看護報告書等に記載し、訪問看護・指導の実施等において、主治医と連携を密にすること。また、例えば、毎月、恒常的に週４日以上の訪問看護・指導が頻回に必要な場合については、その理由を訪問看護計画書及び報告書に記載すること。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、看護記録に頻回の訪問看護が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護が必要な期間（ただし

14日間以内に限る。）を記載すること。

（6 ~~5~~） （4 ~~3~~）又は（5 ~~4~~）により、週４回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」、同一建物居住者訪問看護・指導料の「１」の「イ」の（２）、「１」の「ロ」の（２）、「２」の「イ」の（２）又は「２」の「ロ」の（２）により算定する。

（7 ~~6~~） 在宅患者訪問看護・指導料等の「３」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮までの~~を越える~~褥瘡の状態にある患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「３」により当該患者につきそれぞれ月１回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。この場合、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

（8 ~~7~~） 「１」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料等の算定の対象となる患者は、在宅での療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。

（9 ~~8~~） 訪問看護・指導計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護・指導計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

（10 ~~9~~） 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録する~~にとどめておく~~こと。また、保険医療機関における日々の訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

（11 ~~10~~） 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録する~~にとどめておく~~こと。

（12 ~~11~~） 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後１月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導及び緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と協働して行った訪問看護・指導については、この限りではない。

（13 ~~12~~） 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、（4 ~~3~~）の厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでない。

（14 ~~13~~） 在宅患者訪問看護・指導料等の「注３」に規定する難病等複数回訪問加算は、（4 ~~3~~）

の厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要が認められた患者に対して、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

(15~~14~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注４」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護・指導計画に基づき定期的に行う訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に１日につき１回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

(16~~15~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注５」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護・指導の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週３回）に限り算定できるものとする。

(17~~16~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注６」に規定する乳幼児加算又は幼児加算は、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対して、訪問看護・指導を実施した場合に１日につき１回に限り算定できるものとする。

(18~~17~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注７」に規定する複数名訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者に対して、同時に複数の看護師等又は看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、同時に複数の看護師等の同行による訪問看護・指導を実施した場合、１人の患者に対して週１回に限り算定でき、看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を実施した場合、１人の患者に対して週３回まで算定できるものである。なお、厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回な訪問看護・指導が必要と認められた患者に対する看護補助者の同行に関しては、回数制限は設けない。単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

(19~~18~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注８」に規定する在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定できる。

ウ 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場

合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ　当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

カ　特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定点数は算定しないこと。

キ　他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。

(20~~19~~)　在宅患者訪問看護・指導料等の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア　当該加算は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ　カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

エ　当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と２者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

オ　在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(21~~20~~)　在宅患者訪問看護・指導料等の「注10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患

者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。１つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。

(22~~21~~) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者の家族等への指導も含むものであること。

ア　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「Ｃ１１０」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「Ｃ１１１」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ　人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

エ　以下の(イ)又は(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

（イ）　NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

（ロ）　DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

オ　区分番号「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

(23~~22~~)　「注12」に規定する夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算については、夜間（午後６時から午後10時までをいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）、深夜（午後10時から午前６時までをいう。）に患家の求めに応じて指定訪問看護を行った場合に算定する。またこれは、緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

(24~~23~~)　訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

(25~~24~~)　「注14」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料

（１） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式16、別紙様式17の２又は別紙様式18を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（７日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、１週間（指示を行った日から７日間）のうち３日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に３日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

（２） 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。

（３） 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。

（４） 在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

（５） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。

（６） 区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

（７） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。

（８） 週３日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

（１） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下この区分において「１単位」という。）に算定する。

（２） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「２」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。

（３） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週６単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して３月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。

（４） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問

診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（５） 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。

（６） 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

（７） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録すること。~~にとどめておく。~~

（８） 他の保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

（９） 介護老人保健施設において、通所リハビリテーションを受けている月については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

(10) 「注２」に規定する交通費は実費とする。

(11) 保険医療機関が診療に基づき、１月にバーセル指数又はＦＩＭが５点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認められた患者については、６月に１回に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として１日に４単位まで算定できる。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由及び頻回の訪問リハビリテーションが必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載する。

Ｃ００７　訪問看護指示料

（１） 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

（２） 指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看

護・指導料及び区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

（３）　特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式18を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については２回）を限度として算定する。ここでいう頻回の訪問看護を一時的に行う必要性とは、恒常的な頻回の訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア気管カニューレを使用している状態にある者

イ真皮を越える褥瘡の状態にある者

（イ）NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

（ロ）DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

（４）　患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

（５）　主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

（６）　患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

（７）　区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の(４~~３~~)に掲げる疾病等の患者について、２つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料

（１）　介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式34を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書に有効期限（６月以内に限る。）を記載して~~す~~を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。

（２） たんの吸引等が必要な児童生徒等が受診した場合、主治医が円滑に当該指示書を交付できるように、都道府県教育委員会等は登録特定行為事業者に関する公示内容を確認し、都道府県医師会に登録特定行為事業者たる学校についての情報提供を行い、協力すること。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（１）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（２）　在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「２」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（３）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「１」と「２」を合わせて１月に４~~２~~回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師１人につき１日に５回に限るものとする。ただし、月２回以上算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

（４）　当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

ア　患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ　患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ　薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ　患者への指導及び患者からの相談の要点

オ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ　その他の事項

（５）　「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（６）　麻薬管理指導加算の算定に当たっては、（４）の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ　麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ　患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ　その他麻薬に係る事項

（７）　「注３」に規定する交通費は実費とする。

（８）　在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　医薬品緊急安全性情報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料

（１）　在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

（２）　在宅患者訪問栄養食事指導料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、「２」は同一建物居住者に対して必要な訪問栄養食事指導を行った場合に算定する。

（３）　「注２」に規定する交通費は実費とする。

（４）　上記以外の点に関しては、区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

Ｃ０１０　在宅患者連携指導料

（１）　在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。

（２）　在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３）　単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

（４） 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

（５） 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。

（６） 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。

Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料

（１） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

（２） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。

（３） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料は合わせて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を合わせて算定することは可能であること。

（４） 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。

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

（６） 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

（７） 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

（１） 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に

対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。

（２）　在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。

（３）　15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする500床以上の病院（在宅療養後方支援病院に限る。）については、当該診療料を１年に12回算定することができる。

Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（１）　在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者１人について６月以内に限り、評価のためのカンファレンスの実績に基づき２回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から１年以内は当該指導料を算定することはできない。

（２）　重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者をいう。

ア　ショック状態のもの

イ　重度の末梢循環不全のもの

ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ　極度の下痢が続く状態であるもの

オ　極度の皮膚脆弱であるもの

カ　褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

（３）　在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

ア　初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ　初回カンファレンス以降、評価のためのカンファレンス実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月１回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ　初回訪問後３月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンス（以下「評価カンファレンス」という。）を行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内の期間に２回目の評価カンファレンスを実施することができる。なお、２回目の評価カンファレンスは、１回目の評価カンファレンスの実施日から起算して３月以内に実施しなければならない。

（４）　カンファレンス及び月１回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて「別紙様式●」又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明

するとともに、診療録に添付すること。

（５）「注１」については、初回カンファレンスを起算日として３月以内に実施した評価カンファレンスの実績に基づき算定できる。３月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内に実施した２回目の評価カンファレンスについても実績に基づき、算定することができる。

（６）「注２」については、褥瘡の指導管理のために患家に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、評価のためのカンファレンスを患家で行った場合に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要のある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を同一日に行う場合には、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、（Ⅲ）、訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅲ）を併せて算定することができる。なお、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。また、在宅褥瘡管理者が、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している指定訪問看護事業所に適切な者がいない場合において、別の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師である場合においては、別途、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合の所定点数を算定することができる。ただし、当該保険医療機関が継続して訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合においては、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。

（７）（５）、（６）の算定にあたっては、カンファレンスの日時、実施場所、概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

１　在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

なお、衛生材料等の支給にあたっては、以下の２又は３の方法によることも可能である。

２　衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（別紙様式●）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。

また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（別紙様式●）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

３　また、医師は、２の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算２又は在宅患者調剤加算の届

出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

4 ~~2~~　在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

5 ~~3~~　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。

6 ~~4~~　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。

7　通則６について、15歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20キログラム未満の患者に対して、区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

8 ~~5~~　入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。

9 ~~6~~　退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。

10 ~~7~~　在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。

11 ~~8~~　当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。

12 ~~9~~　保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

13 ~~10~~　関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。（例：がん末期医療に関するケアのマニュアル（厚生

省・日本医師会編））

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料

（１）　入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日１回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。

（２）　退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。

（３）　入院料の取扱い上は外泊とならない１泊２日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

（４）　退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

（５）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

（１）　在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。ただし、性腺刺激ホルモン製剤に含まれるフォリトロピンベータ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部－下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合、又はフォリトロピンアルファ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部－下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合に限っては、在宅自己注射指導管理料を算定できる。

（２）　インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。

（３）　インターフェロンアルファ製剤については、Ｃ型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中ＨＣＶ　ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、Ｃ型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善（セログループ１の血中ＨＣＶ　ＲＮＡ量が高い場合を除く）を目的として単独投与に用いた場合及びＨＢｅ抗原陽性でかつＤＮＡポリメラーゼ陽性のＢ型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合に限り算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。

（４）　グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ-システイン塩酸塩配合剤については、慢性肝疾患における肝機能異常の改善に対して用い、在宅自己注射での静脈内投与について十分な経験を有する患者であって、医師により必要な指導を受けた場合に限り算定する。

（５）　顆粒球コロニー形成刺激因子製剤については、再生不良性貧血及び先天性好中球減少症の患者に対して用いた場合に限り算定する。

（６）　アドレナリン製剤については、蜂毒、食物及び毒物等に起因するアナフィラキシーの既往のある患者又はアナフィラキシーを発現する危険性の高い患者に対して、定量自動注射器を緊急補助的治療として用いた場合に限り算定する。

（７）　「１」複雑な場合については、間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者について、診察を行った上で、ポンプの状態、投与量等について確認・調整等を

行った場合に算定する。この場合、プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（８）　在宅自己注射の導入前に、入院又は週２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。なお、第２節第１款の在宅療養指導管理料の通則の留意事項に従い、衛生材料等については、必要かつ十分な量を支給すること。

（９）　２については、医師が当該月に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定する。なお、この場合において、例えば月の途中にて予期せぬ入院等があり、やむを得ずあらかじめ指示した回数が在宅で実施されなかった場合であっても、当該指示回数に応じて算定することができる。ただし、予定入院等あらかじめ在宅で実施されないことが明らかな場合は、当該期間中の指示回数から実施回数を除して算定すること。

（10）　「注２」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、３月の間、月１回に限り算定する。ただし、処方の内容に変更があった場合は、さらに１回に限り算定することができる。

（11）　「注３」に規定する「処方の内容に変更があった場合」とは、一般的名称に変更があった場合をいう。なお、過去１年以内に使用した一般的名称に変更した場合は、算定できない。

（12~~８~~）　在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。

（13~~９~~）　在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射及び区分番号「Ｇ００４」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（14）　同一月に第２章第６部の通則６に規定する外来化学療法加算を算定している患者の外来受診時に、当該加算に係る注射薬を用いて当該患者に対して自己注射に関する指導管理を行った場合については、当該管理料を算定できない。

（15~~10~~）　トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

（16~~11~~）　アバタセプト製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

Ｃ１０１－２　在宅小児低血糖症患者指導管理料

在宅小児低血糖症患者指導管理料は、12歳未満の小児低血糖症の患者であって、薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後６月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定する。

Ｃ１０１－３　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(１)又は(２)に該当する者

（１）　以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

ア　空腹時血糖値が126mg/dL以上

イ　HbA1cがＪＤＳ値で6.1%以上（ＮＧＳＰ値で6.5%以上）

ウ　随時血糖値が200mg/dL以上

(注)ウの場合は、空腹時血糖値又はHbA1cで確認すること。

エ　糖尿病網膜症が存在する場合

（２）　ハイリスク妊娠糖尿病

HbA1cがＪＤＳ値で6.1%未満（ＮＧＳＰ値で6.5%未満）で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上

Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料

（１）　「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの

イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの

ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの

エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの

オ　その他医師が特に必要と認めるもの

（２）　１か月に２回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に必要と認めた理由を明記する。

（３）　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料

（１）　在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。

（２）　導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。

（３）　「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア　在宅血液透析の導入期にあるもの

イ　合併症の管理が必要なもの

ウ　その他医師が特に必要と認めるもの

（４）　在宅血液透析指導管理料を算定している患者は、週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定できる。

（５）　関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ（500リットル以下）又はクロレ

ート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

（２） 保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。なお、これに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。

（４） 「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55㎜Hg以下の者及び動脈血酸素分圧60㎜Hg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、ＮＹＨＡⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例とする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（５） 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月１回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（６） 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。

（７） 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（８） 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マス

ク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料

（１）　在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「Ｇ００１」静脈内注射~~及び~~、区分番号「Ｇ００４」点滴注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

（１）　在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０５－２　在宅小児経管栄養法指導管理料

（１）　在宅小児経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な15歳未満の患者又は15歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅小児経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料

（１）　在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう。

（２） 対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。

ア　諸種の原因による神経因性膀胱

イ　下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）

ウ　腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

（３） 在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）及び区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料

（１） 在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。

（２） 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア　患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ　装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明説明すること。

ウ　夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ　その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（３） 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。）は対象とならない。

（４） 在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（５） 人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（７） 指導管理の内容について、診療録に記載する。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

（１） 在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。

（２） 対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。

ア　無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう）が20以上

イ　日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

ウ　睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

（３） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後１、２か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

（４） 保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。なお、当該装置に係る費用（装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用を含む。）については所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍患者指導管理料、Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

（１） 「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

（２） （１）の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はフルルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤又はオキシコドン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、（１）の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

（３） 対象となる悪性腫瘍の患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

（４） 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。

（５）　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は、区分番号「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

（６）　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は第６部通則６に規定する外来化学療法加算は算定できない。

（７）　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅悪性腫瘍患者指導管理料に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、~~及び~~区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅悪性腫瘍患者指導管理料に係らない区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、~~及び~~区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

（８）　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、~~及び~~区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。

（９）　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と、在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(10)　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料

（１）　在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。

（２）　これに準ずる状態にあるものとは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。

（３）　在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができ

る。

（４）　在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置、区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養、区分番号「Ｊ０４３－３」ストーマ処置、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料

（１）　在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。

（２）　対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置指導管理料

（１）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料は、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

（１）　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料は、植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らがマグネット等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

（１）　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料は、植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料

「プロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンＩ$_2$製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料

（１）　「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理のことをいう。

（２）　在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　レスピレーター

ウ　気道内分泌物吸引装置

エ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

オ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（３）　在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引及び区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

（１）　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）　特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。

（３）　当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

Ｃ１１５　在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料

（１）　在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料は、区分番号「Ｋ６０４」植込型補助人工心臓（拍動流型）を行うことができる保険医療機関においてのみ算定できる。

（２）　在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料は、植込型補助人工心臓（拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、駆動状況の確認と調整、抗凝固療法の管理等の診察を行った上で、モニター、バッテリー及び充電器の使用方法の説明など療養上必要な指導を行った場合に、当該月に区分番号「Ｋ６０４」植込型補助人工心臓（拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月１回を限度として算定する。この場合において、モニター、バッテリー及び充電器などに要する費用は所定点数に含まれる。

（３）　機器の設定内容と、指導管理の内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

（１）　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料は、区分番号「Ｋ６０４－２」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を行うことができる保険医療機関において、植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「Ｋ６０４－２」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月に１回に限り算定できる。

（２）　当該指導管理料は、駆動状況の確認と調整、抗凝固療法の管理等の診察を行った上で、緊急時の対応を含む療養上の指導管理を行った場合に算定する。

（３）　当該指導管理に要する療養上必要なモニター、バッテリー、充電器等の回路部品その他付属品等に係る費用及び衛生材料等は、第４節に定めるものを除き、当該指導管理料に含まれ、別に算定できない。

（４）　機器の設定内容と、指導管理の内容を診療録に記載すること。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

１　在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第１款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。

２　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあって、在宅療養指導管理材料加算及び当該２以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。

３　在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。

なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明すること。

４　「２」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「Ｃ１６０」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

（１）　血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は12歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導

管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

（３）　当該加算は、１月に２回又は３回算定することもできるが、このような算定ができる患者は、区分番号「Ｃ１０１」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうちインスリン製剤を２月分又は３月分以上処方している患者又は区分番号「Ｃ１０１－２」に掲げる在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している患者に限るものである。

（４）　グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い１週間に１回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合には、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて、所定点数を算定する。

Ｃ１５１　注入器加算

（１）　「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。

（２）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

（１）　「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。

（２）　「プログラム付きシリンジポンプ」とは、間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、１日につき24プログラム以上の設定が可能なものをいう。

（３）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

（４）　間歇注入シリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

（１）　入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア　血糖コントロールが不安定な１型糖尿病患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者

イ　低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者

（２）　持続血糖測定器加算を算定する場合は、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　同一月において、区分番号「Ｃ１５２」間歇注入シリンジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。

（４）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び持続血糖測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び持続血糖測定器加算は算定できない。

（５）　「注２」に規定するシリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

（１）　区分番号「Ｃ１５１」注入器加算に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスポーザブル注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。

（２）　注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合において、「１」の加算は、以下の場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載すること。

ア　糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要な場合

イ　血友病で自己注射が必要な場合

（３）　注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定できない。

（４）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

Ｃ１５４　紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

Ｃ１５６　透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者１人に対して１台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ボンベ加算は

別に算定できない。

（２） 「１」の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ボンベを使用した場合に算定できる。なお、用いられるボンベのうち概ね 1,500リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。

（３） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

（４） 同一患者に対して、携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算

（１） チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。

（２） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

（３） 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

（１） チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。

（２） 液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、１リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器、チューブ等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ２月に２回に限り算定する。

（４） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

（５） 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて２月に２回に限り算定する。

Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算

呼吸同調式デマンドバルブ加算は、呼吸同調式デマンドバルブを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着して使用した場合に算定できる。

Ｃ１６０　在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法

又は悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。

Ｃ１６２　在宅経管栄養法用栄養管セット加算

在宅経管栄養法用栄養管セット加算と区分「Ｃ１６１」注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月１回に限り算定する。

Ｃ１６４　人工呼吸器加算

療養上必要な回路部品その他付属品（療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。）の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない。

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算

携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要な全ての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

Ｃ１７０　排痰補助装置加算

（１）　排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。

（２）　注に規定する神経筋疾患等の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者をさす。

第３節　薬剤料

Ｃ２００　薬剤

（１）　次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンＩ$_2$製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H_2遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリ

スロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、~~及び~~アバタセプト製剤、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬

（２） 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

（イ） 新医薬品（薬事法第14条の４第１項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して１年を経過していない注射薬

（ロ） 複方オキシコドン製剤

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤

（３） 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

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

（５） 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

第３部　検査

＜通則＞

１　検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。

２　検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第２章第５部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに同第６部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

３　撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。

４　第１節及び第３節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。

（１）　血圧測定

（２）　視野眼底検査のうち簡単なもの

（３）　眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙燈検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査

（４）　区分番号「Ｄ２４４」自覚的聴力検査の「３」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査

（５）　精液pH測定

（６）　デビス癌反応検査

（７）　鼓膜運動検査

（８）　イクテロメーター黄疸反応検査

（９）　簡易循環機能検査

ア　スラッジテスト

イ　指尖部皮膚毛細血管像検査

ウ　皮膚粘膜撮影検査

エ　寒冷血圧検査

オ　ビッケンバッハ起立試験

カ　ヒスタミンテスト

キ　レジチンテスト

ク　末梢の静脈圧測定

ケ　ビュルゲル病及び脱疽等の場合における電気的皮膚温度測定

a　単純な場合

b　負荷を行った場合

コ　ギボンーランディステスト

サ　基礎代謝率簡易測定法

注　簡易循環機能検査とは、生体に対して物理的又は化学的負荷をかけ、血圧、脈拍等の

理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする簡易な検査であり、負荷の種類としては起立、寒冷、運動及び薬物等がある。

(10) 自律神経機能検査

(11) アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視

(12) 皮膚のインピーダンス検査（皮電図記録作成）

(13) ６誘導未満の心電図検査

(14) 尿中ブロムワレリル尿素検出検査

(15) 尿脚気反応（沢田氏反応）

(16) シュミット氏昇汞試験

(17) 糞便のストール氏虫卵数計算法

(18) 髄膜透過性検査

(19) 横田氏反応

(20) ユーグロブリン全プラスミン測定法（ユーグロブリン分屑ＳＫ活性化プラスミン値測定）

(21) 緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査

(22) 卵白アルブミン感作血球凝集反応検査

(23) ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査

(24) Miller Kurzrok検査

(25) Schick反応

(26) Dick反応

(27) Frei反応

(28) 光田反応

(29) 松原反応

(30) 伊藤反応

(31) トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト

(32) 膨疹吸収時間測定

(33) ジアゾ反応

(34) インジカン

(35) 血液比重測定

(36) 末梢血液像及び骨髄像における特殊染色のＢＲＡＣＨＥＴ試験

(37) 赤血球抵抗試験のリビエール法

(38) ナイアシンテスト

(39) ＲＰＨＡ法によるα－フェトプロテイン(ＡＦＰ)

(40) リウマチ因子スクリーニング

(41) α_1－酸性糖蛋白測定

(42) β－リポ蛋白

(43) モノアミンオキシダーゼ（ＭＡＯ）

(44) ヴィダール反応

(45) ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性

(46) 凝集法及び免疫染色法による抗ＤＮＡ抗体

(47)　全血凝固溶解時間測定

(48)　血清全プラスミン測定

5　第１節及び第３節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。

6　点数表において２つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。

7　検査に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第５節薬剤料の規定に基づき算定できる。

8　同一検体について、定性検査、半定量検査及び~~又は~~定量検査のうち２項目以上~~又は~~を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。

9　「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を１回のみ算定する。

10　定性、半定量又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。

11　測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。

12　同時又は一連として行った２以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。

13　２回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

14　同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。

15　算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

16　第３部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。

ＰＨＡ：Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応

ＲＰＨＡ：Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応

ＬＡ：Latex agglutination ラテックス凝集法

（ＬＰＩＡ：Latex photometric immuno assay）

ＰＣＩＡ：Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法

ＰＡＭＩＡ：Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法

ＩＡＨＡ：Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応

ＲＩＡ：Radio immuno assay 放射性免疫測定法

ＲＩＳＴ：Radio immuno sorbent test

ＲＡＳＴ：Radio allergo sorbent test

ＲＡ：Radioassay ラジオアッセイ

ＲＲＡ：Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ

ＣＰＢＡ：Competitive protein binding analysis 競合性蛋白結合分析法

ＥＩＡ：Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法

（ＥＬＩＳＡ：Enzyme linked immuno sorbent assay）

ＦＡ：Fluorescent antibody method 蛍光抗体法

ＦＰＡ：Fluorescence polarization assay 蛍光偏光法

ＦＰＩＡ：Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法

ＴＲ－ＦＩＡ：Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法

ＩＲＭＡ：Immuno radiometric assay 免疫放射定量法

ＳＲＩＤ：Single radial immuno diffusion method 一元拡散法

ＥＳ：Electrosyneresis method 向流電気泳動法

ＴＩＡ：Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法

ＨＰＬＣ：High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー

ＧＬＣ：Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー

ＧＣ：Gas chromatography ガスクロマトグラフィー

ＣＬＩＡ：Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法

ＥＣＬＩＡ：Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法

ＳＩＡ：Split immuno assay

ＰＣＲ：Polymerase chain reaction

ＥＶ－ＦＩＡ：Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法

ＦＩＡ：Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法

ＬＢＡ：Liquid-phase binding assay　液相結合法

ＦＩＳＨ：Fluorescence in situ hybridization

ＳＩＳＨ：silver in situ hybridization

ＬＡＭＰ：Loop-mediated isothermal amplification

ＴＭＡ：Transcription-mediated amplification

ＳＤＡ：Strand displacement amplification

ＳＳＣＰ：Single strand conformation polymorphism

ＲＦＬＰ：Restriction fragment length polymorphism

ＬＣＲ：Ligase chain reaction

ＨＤＲＡ：Histoculture drug response assay

ＣＤ－ＤＳＴ：Collagen gel droplet embedded culture drug sensitivity test

注　ＬＡ（測定機器を用いるもの）とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝集塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。

17　「定性」とは分析物の有無を判定するもの、「半定量」とは段階希釈などを用いて得られる最高希釈倍率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの、「定量」とは分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するものをいう。

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

時間外緊急院内検査加算

（１）　時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

（２）　検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「Ａ０００」初診料の注７に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、１日につき１回のみ算定する。

（４~~３~~）　現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

（５）　時間外緊急院内検査加算を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９並びに区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（６~~４~~）　緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせることができないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

（１）　外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

（２）　以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合

区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２の場合

例　患者から１回に採取した血液等を用いて区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）と「６」のＣＡ19－９を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注２」の「イ」２項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が２項目であることから、20点を加算する。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、１日

につき５項目を限度に算定する。

（４） 区分番号「Ａ００２」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて５項目を限度とする。

（５） 現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査

（１） 検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

（２） 尿中一般物質定性半定量検査

ア　尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、１回につき所定点数により算定する。

イ　尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

（イ） 比重
（ロ） pH
（ハ） 蛋白定性
（ニ） グルコース
（ホ） ウロビリノゲン
（ヘ） ウロビリン定性
（ト） ビリルビン
（チ） ケトン体
（リ） 潜血反応
（ヌ） 試験紙法による尿細菌検査（亜硝酸塩）
（ル） 食塩
（ヲ） 試験紙法による白血球検査（白血球エステラーゼ）
（ワ） アルブミン

（３） 尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

（１） 「３」の先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）とは、次に掲げる物質の定性半定量検査及び反応検査をいう。

ア　塩化鉄（Ⅲ）反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）
イ　酸性ムコ多糖類
ウ　システイン、シスチン等のＳＨ化合物
エ　ヒスチジン定性
オ　メチルマロン酸

カ　Millon反応

キ　イサチン反応

ク　Benedict反応

（２）　「４」のポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）として、Watson-Schwartz反応、Rimington反応又はDeanand Barnes反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。

（３）　「９」のトランスフェリン（尿）、「８」のアルブミン定量（尿）及び「14~~13~~」のⅣ型コラーゲン（尿）は、糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３~~か~~月に１回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　「11~~10~~」のミオイノシトール（尿）は、空腹時血糖が110mg/dL以上126mg/dL未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中のミオイノシトールを測定した場合に１年に１回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。

（５）　「15~~1 3~~」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）は、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（６）　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査（Ⅱ）に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

（７）　蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「17~~15~~」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」~~の~~尿・糞便等検査判断料を算定する。

Ｄ００２　尿沈渣(鏡検法)

（１）　尿沈渣（鏡検法）の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査の全ての費用を含む。

（２）　尿沈渣（鏡検法）は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。

（３）　尿沈渣（鏡検法）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（４）　尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣（鏡検法）を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後４時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。

（５）　当該検査と区分番号「Ｄ００２－２」尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００２－２　尿沈渣（フローサイトメトリー法）

（１）本測定は区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。

（２）本検査と区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００３　糞便検査

（１）糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。

（２）ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「５」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。

（３）ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「７」の糞便中ヘモグロビンにより算定する。

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

（１）「３」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレット反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。

（２）「４」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒブロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。

（３）「５」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。

（４）「６」の頸管粘液一般検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腟上皮細胞等）等の費用が含まれる。

（５）「７」の顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）は、フロースルー免疫測定法（赤色ラテックス着色法）により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

（６）「７」のＩｇＥ定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月１回に限り算定できる。

（７）「８」の顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。

（８）「９」の乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）半定量（膣分泌液）のためのタンポンによる検体採取に係る費用は、所定点数に含まれる。

（９）「10」のマイクロバブルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に１回に限り算定できる。

（10）「11」のⅡ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）は、ＥＩＡ法によるが、エックス線所見で明らかに変形性関節症又は慢性関節リウマチが診断できる場合は算定できない。

(11)　「12」の肺サーファクタント蛋白-Ａ（ＳＰ－Ａ）（羊水）を妊娠中に実施する場合には、糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において１回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は満32週より前の時期において１回に限り算定でき、満32週以降においては週１回に限り算定できる。また、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。=

(12)　「13」のIgGインデックス、「14」のオリゴクローナルバンド及び「15」のミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。

(13)　「16」のリン酸化タウ蛋白（髄液）は、認知症の診断を目的に、１患者につき１回に限り算定する。

(14)　「16」のタウ蛋白（髄液）は、クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、１患者につき１回に限り算定する。

(15)　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

Ｄ００４－２　悪性腫瘍組織検査

（１）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、肺癌及び大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査又はＫ－ｒａｓ遺伝子検査、膵癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査、悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査、ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査又はＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査、消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査、家族性非ポリポージス大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査又は悪性黒色腫センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査について、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査については、再発や増悪により、２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。~~また、リアルタイムＰＣＲ法を用いてＥＧＦＲ遺伝子検査を実施した場合は、「２」の抗悪性腫瘍剤感受性検査の所定点数を算定する。~~

（２）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（４）　「２」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、ＨＤＲＡ法又はＣＤ-ＤＳＴ法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者１人につき１回に限り算定する。

（５）　当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ００５　血液形態・機能検査

（１）　「１」の赤血球沈降速度（ＥＳＲ）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（２）　同一検体について、「４」の好酸球数及び「３」の末梢血液像（自動機械法）又は「６」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（３）　「３」の末梢血液像（自動機械法）、「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の５分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。

（４）　「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。

（５）　「６」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

ア　オキシダーゼ染色

イ　ペルオキシダーゼ染色

ウ　アルカリホスファターゼ染色

エ　パス染色

オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）

カ　超生体染色

キ　脂肪染色

ク　エステラーゼ染色

（６）　「５」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値（Ht）、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。

（７）　「８」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。

ア　シュガーウォーターテスト

イ　ハムテスト

ウ　クロスビーテスト

エ　パルパート法

オ　サンフォード法

（８）　「９」のヘモグロビンＡ１c（HbＡ１c）、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「19」~~の~~グリコアルブミン又は同区分「24」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

（９）　「12」のデオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(10)　「13」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(11) 造血器腫瘍細胞抗原検査

ア　「15」の造血器腫瘍細胞抗原検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。

イ　対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。

ウ　検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

Ｄ００６　出血・凝固検査

（１）　出血時間測定時の耳朶採血料は、「１」の出血時間の所定点数に含まれる。

（２）　「２」のトロンボテストとプロトロンビン時間（ＰＴ）を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「８」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「５」~~の~~末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。

（４）　「13」の凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。

（５）　「14」のフィブリノゲン分解産物（ＦｇＤＰ）は、「11」のフィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）（定性、半定量又は定量）が異常値を示した場合に実施したときに算定できる。

（６）　「19~~17~~」のＰＩＶＫＡ－Ⅱは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。

（７）　「20~~18~~」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、それぞれの測定１回につきこの項で算定する。

（８）　「20~~18~~」のvon Willebrand因子（ＶＷＦ）抗原は、ＳＲＩＤ法、ロケット免疫電気泳動法等によるものである。

（９）　「27~~23~~」のトロンボモジュリンは、膠原病の診断若しくは経過観察又はＤＩＣ若しくはそれに引き続いて起こるＭＯＦ観察のために測定した場合のみ算定できる。

(10)　フィブリンモノマー複合体

ア　「28~~24~~」のフィブリンモノマー複合体は、ＤＩＣ、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ　フィブリンモノマー複合体、「26~~22~~」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）及び「25~~21~~」のプロトロンビンフラグメントＦ１＋２のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－２　造血器腫瘍遺伝子検査

（１）　造血器腫瘍遺伝子検査は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により行い、~~１~~月~~に~~１回を限度として算定できる。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」~~の~~悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号

「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－３　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１　ｍＲＮＡ

Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１　ｍＲＮＡは、ＴＭＡ法により測定した場合に限り算定できる。

Ｄ００６－４　遺伝学的検査

（１）　遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者１人につき１回算定できる。

ア　デュシェンヌ型筋ジストロフィー
イ　ベッカー型筋ジストロフィー
ウ　福山型先天性筋ジストロフィー
エ　栄養障害型表皮水疱症
オ　家族性アミロイドーシス
カ　先天性ＱＴ延長症候群
キ　脊髄性筋萎縮症
ク　中枢神経白質形成異常症
ケ　ムコ多糖症Ⅰ型
コ　ムコ多糖症Ⅱ型
サ　ゴーシェ病
シ　ファブリ病
ス　ポンペ病
セ　ハンチントン舞踏病
ソ　球脊髄性筋萎縮症
タ　フェニルケトン尿症
チ　メープルシロップ尿症
ツ　ホモシスチン尿症
テ　シトルリン血症（１型）
ト　アルギノコハク酸血症
ナ　メチルマロン酸血症
ニ　プロピオン酸血症
ヌ　イソ吉草酸血症
ネ　メチルクロトニルグリシン尿症
ノ　ＨＭＧ血症
ハ　複合カルボキシラーゼ欠損症
ヒ　グルタル酸血症１型
フ　ＭＣＡＤ欠損症
ヘ　ＶＬＣＡＤ欠損症
ホ　ＭＴＰ（ＬＣＨＡＤ）欠損症
マ　ＣＰＴ１欠損症
ミ　筋強直性ジストロフィー

ム　隆起性皮膚線維肉腫

メ　先天性銅代謝異常症

モ　色素性乾皮症

ヤ　先天性難聴

（２）（１）のアからクまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による。（１）のケからスまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、ＤＮＡシーケンス法又は培養法による。（１）のセ及びソに掲げる遺伝子疾患の検査は、ＰＣＲ法による。

（３）検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による~~「遺伝学的検査に関するガイドライン」（平成15年８月）~~「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

~~（４）ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法による場合）~~

~~ア　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法による場合）を行った場合は、区分番号「Ｄ００６－４」の遺伝学的検査及び「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「１２」のＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性の所定点数を併せて算定する。なお、判断料については、フローサイトメトリー法による場合は、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査に係る判断料のみを算定する。~~

~~イ　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法による場合）及びＣＣＲ４タンパク（免疫染色病理組織標本による場合）を同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、必要があって併せて行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し、いずれの点数も算定できる。~~

Ｄ００６－５　染色体検査

（１）染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。

（２）染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、１回の算定とする。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成

（１）免疫関連遺伝子再構成は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、６月に１回を限度として算定できる。

（２）区分番号「Ｄ００４－２」~~の~~悪性腫瘍組織検査の「１」~~の~~悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベーダー法により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｄ００６－８　サイトケラチン19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出

サイトケラチン19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出は、視触診等による診断又は術前の画像診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌又は大腸癌患者に対して、摘出された乳癌、胃癌

又は大腸癌所属リンパ節中のサイトケラチン19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡの検出によるリンパ節転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、ＯＳＮＡ(One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。

Ｄ００６－９　ＷＴ１ｍＲＮＡ

リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により、急性骨髄性白血病又は骨髄異形成症候群の診断の補助又は経過観察時に行った場合に~~１~~月~~に~~１回を限度として算定できる。

Ｄ００６－10　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）

ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）及び区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「５」ＣＣＲ４タンパクを同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｄ００７　血液化学検査

（１）　「１」のナトリウム及びクロールについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（２）　「１」のカルシウム及び「８」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

（３）　「１」の膠質反応については、反応の種類ごとに所定点数を算定する。

なお、次に掲げる検査については、膠質反応又は膠質反応に類似した検査としてこの項により所定点数を算定できる。

ア　硫酸亜鉛試験（ＺＴＴ）

イ　チモール混濁反応（ＴＴＴ）

（４）　~~総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）及び不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）は「１」の鉄（Ｆｅ）に準じて算定する。~~「１」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、「12」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法）と~~「12」の~~不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）を同時に実施した場合は、~~主たる点数~~「１」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）又は総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）の所定点数を算定する。

（５）　「１」のクレアチニンについて、ヤッフェ法を用いて実施した場合は平成28年３月31日までに限り算定できる。

（６）　「１」のエステル型コレステロール、「３」の遊離脂肪酸及び「４」の前立腺酸ホスファターゼを実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７~~５~~）　「４」のＨＤＬ―コレステロール、「４」の総コレステロール及び「５」のＬＤＬ―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（８~~６~~）　「４」の無機リン及びリン酸については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（９~~７~~）　「５」の蛋白分画、「１」の総蛋白及びアルブミンを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（10~~８~~）　「９」のマンガン（Ｍｎ）は、１月以上（胆汁排泄能の低下している患者については

２週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、３月に１回に限り算定することができる。

(11~~9~~)　「11」のケトン体及び「21」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。

(12~~10~~)　「15」の有機モノカルボン酸については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及びα－ケトグルタール酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定する。

(13~~11~~)　同一検体について「16」の重炭酸塩及び「38~~35~~」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。

(14~~12~~)　「19」のグリコアルブミンは、ＨＰＬＣ（２カラム）、ＨＰＬＣ（１カラム）－発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、ＥＩＡ法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。

(15~~13~~)　区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「９」のヘモグロビンＡ１c（ＨｂＡ１c）、本区分「19」のグリコアルブミン又は「24」の1,5－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（1,5ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に合わせて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

(16~~14~~)　肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「20」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「15」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。

(17)　「22」のカタラーゼを実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(18)　「26」のアポリポ蛋白は、ＡⅠ、ＡⅡ、Ｂ、ＣⅡ、ＣⅢ及びＥのうち３項目以上測定した場合に、所定点数を算定する。

(19~~15~~)　「27」の膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）と「45~~40~~」のトリプシンを同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

(20~~16~~)　「27」のＬＤアイソザイム１型は酵素学的阻害法による。

~~(17)　「26」のアポリポ蛋白は、ＡⅠ、ＡⅡ、Ｂ、ＣⅡ、ＣⅢ及びＥのうち３項目以上測定した場合に、所定点数を算定する。~~

(21~~18~~)　「28」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）は、アガロース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「22~~18~~」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）と併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

(22)　「29」のシスチンアミノペプチダーゼ（ＣＡＰ）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(23)　「30」のリポ蛋白（ａ）は、３月に１回を限度として算定できる。

(24~~19~~)　「31~~30~~」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき１月以内に当該検査を２回以上行った場合においては、算定は１回とし、~~第~~１回目の測定を行ったときに算定する。

(25~~20~~)　「33~~31~~」のＫＬ－６、「36~~33~~」の肺サーファクタント蛋白―Ａ（ＳＰ－Ａ）及び「37~~34~~」の肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ－Ｄ）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。ＫＬ－６は、ＥＩＡ法、ＥＣＬＩＡ法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-Ａ（ＳＰ－Ａ）及び肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ－Ｄ）は、ＥＩＡ法による。

(26~~21~~)　「33~~31~~」の心筋トロポニンＩと「35~~33~~」の心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(27~~22~~)　「33~~31~~」のペントシジンは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「35~~33~~」のシスタチンＣを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(23)　「30」のリポ蛋白（ａ）は、３月に１回を限度として算定できる。~~

(28~~24~~)　「33~~31~~」のイヌリンは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、６月に１回に限り算定できる。ただし、「１」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(25)　リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）~~

~~リポ蛋白分画（ＨＰＬＣ法）は、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「33」肺サーファクタント蛋白－Ａ（ＳＰ－Ａ）の所定点数に準じて算定する。~~

(29~~26~~)　シスタチンＣ

ア　「35~~33~~」のシスタチンＣは、ＥＩＡ法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。

イ　シスタチンＣは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「33~~31~~」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(30~~27~~)　「38~~35~~」の血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、ｐＨ、PO_2、PCO_2及びHCO_3^-の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビンについては算定しない。

(31~~28~~)　「38~~35~~」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

~~(29)　「35」の心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性及び定量はＥＬＩＳＡ法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。~~

~~ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性又は定量と「35」のミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

(32~~30~~)　「38~~35~~」のⅣ型コラーゲン又は「40~~36~~」のⅣ型コラーゲン・７Ｓは、「51~~42~~」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）又は「38~~35~~」のプロコラーゲンーⅢーペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）と併せて行った場合には、一方の所定点数のみ算定する。

(33)　「39」の心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性及び定量はＥＬＩＳＡ法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性又は定量と「39」のミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(34~~31~~)　「39~~35~~」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後２週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(35~~32~~)　「42~~38~~」のＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）、「28」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホ~~スフ~~スファターゼ（ＢＡＰ）及び区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「22~~18~~」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(33)　「39」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき１月以内に２回以上行った場合は、第１回の測定を行ったときに１回に限り算定する。~~

~~(34)　腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性~~

~~ア　「39」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。~~

~~イ　「39」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性及び区分番号「Ｄ０１５」血漿蛋白免疫学的検査の「19」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

(36~~35~~)　「43~~39~~」の心室筋ミオシン軽鎖Ⅰは、同一の患者につき同一日に当該検査を２回以上行った場合は、１回のみ算定する。

(37~~36~~)　「43~~39~~」のヒアルロン酸は、サンドイッチ バインディング プロテイン アッセイ法、^{125}Iによる競合法を用いたバインディング プロテイン アッセイ法、ＬＡ法（測定機器を用いるもの）又はＬＢＡ法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。

(38)　「44」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき１月以内に２回以上行った場合は、第１回目の測定を行ったときに１回に限り算定する。

(39)　腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性

ア　「44」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

イ　「44」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性及び区分番号「Ｄ０１５」血漿蛋白免疫学的検査の「19」癌胎児性フィブロネクチン定性

（頸管膣分泌液）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(40~~37~~)　「45~~40~~」のレムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）は免疫吸着法－酵素法又は酵素法により実施し、３月に１回を限度として算定できる。

(41~~38~~)　「46~~40~~」のマロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に３月に１回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前１回に限り算定できる。

(42~~39~~)　「49~~42~~」のリポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）は、高トリグリセライド血症及びＬＰＬ欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合のみ算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「Ｄ５００」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。

(43~~40~~)　「50~~42~~」の肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）はＥＬＩＳＡ法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合のみ算定する。

(44~~41~~)　「51~~42~~」のＣＫアイソフォームは、免疫阻害法により実施し、同時に測定される「１」のクレアチンキナーゼ（ＣＫ）の費用は別に算定できない。

(45~~42~~)　「52~~43~~」の2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。

(46~~43~~)　「52~~43~~」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）定性（膣分泌液）は色素免疫測定法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として実施した場合に算定する。

(47~~44~~)　「56~~47~~」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）~~半~~定量又は「57」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「42~~32~~」のエンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(48~~45~~)　プレセプシン定量

~~ア　プレセプシン定量は、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「４７」プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量の所定点数に準じて算定する。~~

ア　「57」のプレセプシン定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。

~~イ~~イ　~~本検査~~「57」のプレセプシン定量と区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「56~~４７~~」プロカルシトニン（ＰＣＴ）~~半~~定量、「57」プロカルシトニン（ＰＣＴ）半定量又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「42~~３２~~」エンドトキシン検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~ウ　本検査は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。~~

(49~~46~~)　「58~~49~~」の1,25-ジヒドロキシビタミンＤ$_3$は、ラジオレセプターアッセイ法、ＲＩＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンＤ依存症Ⅰ型若しくは低リン血症性ビタミンＤ抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療中に測定した場合にのみ算定できる。なお、活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療開始後１月以内においては２回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定する。

（50~~47~~） 血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

（51~~48~~） 血液化学検査の注のハの注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることにかんがみ、血液化学検査の注に掲げる検査を10項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り20点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては、当該加算~~点数~~は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっても、当該加算~~点数~~は算定できない。

Ｄ００８　内分泌学的検査

（１） 各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。

（２） 「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性及び「18~~15~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。

（３） 「７」のレニン活性と「10~~8~~」のレニン定量を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。

（４） 「12~~11~~」のＣ－ペプチド（ＣＰＲ）を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。

（５） 「12~~11~~」の黄体形成ホルモン（ＬＨ）はＬＡ法等による。

（６） 「14」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、１型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる。

（7~~6~~） 脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）

ア 「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ 「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「16」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）及び「36~~27~~」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）又は「36~~27~~」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。

（8~~7~~） 脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）

ア 「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ 「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）、「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）及び「36~~27~~」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）又は「36~~27~~」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）を併

せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。

~~（８）　「13」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、１型糖尿病の診断に用いた場合に算定できる。~~

（９）　ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）

ア　「18~~15~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）は、ＨＣＧ産生腫瘍患者に対して測定した場合のみ算定できる。

イ　「18~~15~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）、「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性、「18~~15~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）~~半定量又は~~定量又は「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量を併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

（10）　「18~~15~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）~~半定量及び~~定量及び「19」ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量は、ＨＣＧ・ＬＨ検査（試験管法）を含むものである。

（11）　「20~~16~~」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）及び「32~~23~~」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。

なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果判定時に１回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できる。

（12）　「20~~16~~」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）、「26~~18~~」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「32~~23~~」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか１つのみ算定する。

（13）　「20~~16~~」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）は、代謝性骨疾患及び骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断補助として実施した場合に１回、~~並びに~~その後６月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に~~６月以内に~~１回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後６月以内に１回に限り算定できる。

本検査と~~を~~「20~~16~~」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ―テロペプチド（ＮＴＸ）、「26~~18~~」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「32~~23~~」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）と併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。

なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

~~（14）　「18」のオステオカルシン（ＯＣ）は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できる。~~

（14~~5~~）　「22~~18~~」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）、「25」のインタクトＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（IntactＰＩＮＰ）、「26」のＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「42~~38~~」~~の~~ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）~~及びＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）~~の

うち２項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(15)　「24」の低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）は、骨粗鬆症におけるビタミンＫ２剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

(16)　「26」のオステオカルシン（ＯＣ）は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できる。

(17~~6~~)　「26~~18~~」のⅠ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）~~（尿）~~は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

(18~~7~~)　「26~~18~~」のⅠ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

また、「26~~18~~」のⅠ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）~~（尿）~~と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(18)　「18」の低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）は、骨粗鬆症におけるビタミンＫ２剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。~~

~~(19)　Ⅰ型プロコラーゲンーＮープロペプチド（ＰＩＮＰ）~~

~~Ⅰ型プロコラーゲンーＮープロペプチド（ＰＩＮＰ）は、医分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「18」インタクトⅠ型プロコラーゲンーＮープロペプチド（Intact ＰＩＮＰ）の所定点数に準じて算定する。~~

(19~~20~~)　「28~~19~~」のエストロゲン半定量又は定量については、「28~~19~~」のエストリオール（E_3）又は「30~~22~~」のエストラジオール（E_2）と同時に実施した場合は算定できない。

(20~~21~~)　「28~~19~~」の副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）又は「31~~29~~」の副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合のみ算定する。

(21~~22~~)　「34~~25~~」の抗ＩＡ－２抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「14~~13~~」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性が確認された30歳未満の患者に対し、１型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。

なお、当該検査を算定するに当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(22~~3~~)　「34~~25~~」のエリスロポエチンは、赤血球増加症の鑑別診断及び重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断のために行った場合に算定する。

(23~~4~~)　「34~~25~~」の17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－ＯＨＰ）は、先天性副腎皮質過形成症の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(24~~5~~)　「36~~27~~」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、「16~~13~~」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆

体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）及び脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(25~~6~~)　「40~~28~~」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「36~~27~~」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(26~~7~~)　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）

ア　「41~~29~~」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、~~厚生省間脳下垂体障害研究班~~厚生労働省間脳下垂体機能障害に関する調査研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。

イ　「41」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）を「37~~26~~」のソマトメジンＣと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００９　腫瘍マーカー

（１）　腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「５」のエラスターゼ１を行った場合

イ　肝硬変、ＨＢｓ抗原陽性の慢性肝炎又はＨＣＶ抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「３」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）、「８~~7~~」のＰＩＶＫＡ-Ⅱ半定量又は定量を行った場合（月１回に限る。）

ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「９~~8~~」のＣＡ125、「18~~12~~」のＣＡ130又は「16~~11~~」のＣＡ602を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各１回に限る。）

エ　家族性大腸腺腫症の患者に対して「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を行った場合

（２）　「１」の尿中ＢＴＡは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

（３）　「６」の前立腺特異抗原（ＰＳＡ）は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、１回を限度として算定する。ただし、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の検査結果が4.0ng/mＬ以上であって前立腺癌の確定診

断がつかない場合においては、３月に１回に限り、３回を上限として算定できる。

なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４） 核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）又は定量（尿）

ア 「9~~8~~」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量~~定性~~（尿）及び「10」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性~~定量~~（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ 「9~~8~~」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量~~定性~~（尿）及び「10」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性~~定量~~（尿）については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

~~（５）サイトケラチン８・18（尿）~~

~~ア 「８」のサイトケラチン８・18（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。~~

~~イ 「８」のサイトケラチン８・18（尿）は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。~~

（5~~6~~） 「9~~8~~」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量~~定性~~（尿）又は「10」の核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性~~定量~~（尿）及びサイトケラチン８・18（尿）を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

（6~~7~~） 「9~~8~~」のＣＡ125、、「16」のＣＡ602、「18~~12~~」のＣＡ130~~、「11」のＣＡ602~~のうち２項目又は３項目を併せて測定した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

（7~~8~~） 上記（１）にかかわらず、（７）に掲げる項目について、１つを区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の１又は２つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。

（８） サイトケラチン８・18（尿）

ア 「10」のサイトケラチン８・18（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ 「10」のサイトケラチン８・18（尿）は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

（９） 「11」の遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ Ｆ／Ｔ比）は、診療及び他の検査（前立腺特異抗原（ＰＳＡ）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

（10） 「12」の抗p53抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月１回に限り算定できる。

（11~~9~~） 「13~~9~~」のⅠ型コラーゲン-C-テロペプチド（ＩＣＴＰ）、区分番号「Ｄ００８」内

分泌学的検査の「20~~16~~」のⅠ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）又は同区分「32~~23~~」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(12~~10~~)　「13~~9~~」のⅠ型プロコラーゲン－Ｃ－プロペプチド（ＰＩＣＰ）は、前立腺癌であると既に確定診断された患者に対して、骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(13~~11~~)　シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）

ア　「13~~9~~」のシアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）は、診療及び他の検査の結果から乳癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ　シアリルＬｅ^{x}抗原（ＣＳＬＥＸ）と「4」のＣＡ15－3を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(12)　「12」の抗p53抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月１回に限り算定できる。~~

~~(13)　「11」の遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）は、診療及び他の検査（前立腺特異抗原（ＰＳＡ）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。~~

(14)　「14~~10~~」のサイトケラチン19フラグメント（シフラ）は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

(15)　「14~~10~~」のガストリン放出ペプチド前駆体（ＰｒｏＧＲＰ）を「7」の神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(16)　「15」の癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合のみ算定できる。

(17~~6~~)　遊離型フコース（尿）

ア　「16~~11~~」の遊離型フコース（尿）は酵素化学的測定法による。

イ　「16」の遊離型フコース（尿）、「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）、「４」のＤＵＰＡＮ－２のうち２項目又は３項目を併せて測定した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(18~~7~~)　「16~~11~~」のα-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はＬＢＡ法による。

~~(18)　「15」の癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合のみ算定できる。~~

(19)　「18~~12~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（ＨＣＧβ－ＣＦ）（尿）は、診療及び他の検査の結果から、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に算定する。

(20)　「20~~14~~」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性又は同半定量（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を測定

した場合に算定する。

(21)　ＨＥＲ２蛋白(乳頭分泌液)

ア　「20~~14~~」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、ＥＩＡ法により、乳頭分泌液中のＨＥＲ２蛋白を測定した場合に限り算定する。

イ　「20~~14~~」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）に併せて「20~~14~~」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）又は半定量（乳頭分泌液）を測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(22)　「20~~14~~」のＨＥＲ２蛋白は、悪性腫瘍が既に確定診断され、かつ、ＨＥＲ２蛋白過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、ＨＥＲ２蛋白過剰発現の有無が確認されていない再発癌患者に対して、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(23)　「21~~15~~」の可溶性インターロイキン-２レセプター（ｓＩＬ－２Ｒ）は、非ホジキンリンパ腫、ＡＴＬの診断の目的で測定した場合に算定できる。

また、非ホジキンリンパ腫又はＡＴＬであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。

(24)　「注２」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と「16~~11~~」の遊離型フコース（尿）、「18~~12~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（ＨＣＧβ－ＣＦ）（尿）、「20~~14~~」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）、同半定量（乳頭分泌液）又は「20~~14~~」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）を同一日に行った場合にも、適用する。

Ｄ０１０　特殊分析

（１）　フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ１回の測定につき「５」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２）　「３」のチロシンは、酵素法による。

（３）　「４」の総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）は、酵素法による。

（４）　「８」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィー・マススペクトロメトリー等を用いた有機酸及び脂肪酸等の分析、タンデムマスを用いた血中カルニチン分析又はムコ多糖体分画の定量検査等により、疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定する。

Ｄ０１１　免疫血液学的検査

（１）　「３」のＲｈ（その他の因子）血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。

（２）　「４」の不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第２章第10部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術、「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術、「Ｋ８８９」子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、「Ｋ８９８」帝王切開術又は「Ｋ

９１２」子宮外妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。

また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「Ｋ９２０」輸血の「注６」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。

この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴又は妊娠歴がある旨を記載する。

（３）　「６」の血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。

（４）　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）、血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）

ア　「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）及び~~又は~~血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）はヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行った場合に算定する。

~~イ　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）又は血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）を行った場合には、区分番号「Ｄ００６」出血・凝固検査の「２０」血小板第４因子（ＰＦ４）及び「Ｄ０１１」免疫血液学的検査の「６」血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）の所定点数を併せて算定する。なお、判断料については、区分番号「Ｄ０１１」免疫血液学的検査に係る判断料のみを算定する。~~

イ~~ウ~~　一連の検査で、「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）及び血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）を測定した場合は、主たるもののみ~~一方の点数のみを~~算定する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

（１）　「１」及び「５」における梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、~~及び~~梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、ＶＤＲＬ法、ＲＰＲ法、凝集法等）をいい、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、~~又は~~梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量ごとに梅毒沈降反応を併せて２種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。

（２）　「４」のマイコプラズマ抗体定性、~~又は~~マイコプラズマ抗体半定量~~は~~、「27」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）又は「30」のマイコプラズマ抗原定性（ＰＡ法）を~~と~~併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「７」の迅速ウレアーゼ試験定性を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（４）　「７」のアデノウイルス抗原定性（糞便）と「８」のロタウイルス抗原定性（糞便）又は定量（糞便）を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。

（５）　ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量

ア　「９」のヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量は、ＬＡ法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法（簡易法）により実施した場合に算定する。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（６） ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）

ア 「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

（イ） アデノウイルス

（ロ） コクサッキーウイルス

（ハ） サイトメガロウイルス

（ニ） ＥＢウイルス

（ホ） エコーウイルス

（ヘ） ヘルペスウイルス

（ト） インフルエンザウイルスＡ型

（チ） インフルエンザウイルスＢ型

（リ） ムンプスウイルス

（ヌ） パラインフルエンザウイルスⅠ型

（ル） パラインフルエンザウイルスⅡ型

（ヲ） パラインフルエンザウイルスⅢ型

（ワ） ポリオウイルスⅠ型

（カ） ポリオウイルスⅡ型

（ヨ） ポリオウイルスⅢ型

（タ） ＲＳウイルス

（レ） 風疹ウイルス

（ソ） 麻疹ウイルス

（ツ） 日本脳炎ウイルス

（ネ） オーム病クラミジア

（ナ） 水痘・帯状疱疹ウイルス

イ ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

~~ウ 単純ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルス抗体価を測定した場合はそれぞれ算定できる。~~

（７） 「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（８） 「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ~~1~~抗体定性又は半定量は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。

（９） 「16」の溶連菌エステラーゼ抗体（ＡＳＥ）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（10~~9~~） 「17」の抗酸菌抗体~~定性又は~~定量又は「19」の抗酸菌抗体定性は、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法により実施した場合に算定する。

（11~~0~~） 診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかな者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「18~~17~~」のＨＩＶ－１抗体、「20~~18~~」のＨＩ

Ｖ－１，２抗体定性、同半定量、「21」のＨＩＶ－１，２抗体~~又は~~定量、又は「20」のＨＩＶ-1，２抗原・抗体同時測定定性若しくは~~又は~~同定量を実施した場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。

ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。

ア　新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンＫ欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者

イ　肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者

ウ　食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者

エ　大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）

なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やＨＩＶの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でＨＩＶ感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。

(12~~1~~)　ＨＩＶ－１抗体及びＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量又は同定量、ＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性又は同定量

ア　区分番号「Ｋ９２０」輸血料（「４」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね２か月後に「18~~17~~」のＨＩＶ－１抗体、「20~~18~~」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、「21」のＨＩＶ－1,2抗体~~又は~~定量、又は「20」のＨＩＶ-1，２抗原・抗体同時測定定性若しくは~~又は~~同定量の測定が行われた場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき１回に限り、所定点数を算定できる。

イ　他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。

ウ　ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。

(13~~2~~)　「20~~18~~」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、及び~~又は~~「２１」のＨＩＶ－１，２抗体定量は、ＬＡ法、ＥＩＡ法、ＰＡ法又は免疫クロマト法による。

(14~~3~~)　「22~~19~~」のＡ群β溶連菌迅速試験定性と区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定する。この場合において、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみ算定する。

(15)　ノイラミニダーゼ定性

ア　「23」のノイラミニダーゼ定性は酵素反応法により、インフルエンザウイルス感染の診断を目的として発症後48時間以内に実施した場合に限り算定する。

イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「26」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(14)　インフルエンザウイルス抗原~~

~~ア　「21」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後48時間以内に実施した場合に限~~

~~り算定することができる。~~

~~イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「19」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~ウ　本検査は光学的抗原抗体反応（ＯＩＡ法）により実施した場合にも算定できる。~~

~~(15)　インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性~~

~~ア　インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、「２１」ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）に準じて算定する。~~

~~イ　ＥＬＩＳＡ法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。~~

(16)　「24~~21~~」のカンジダ抗原定性、半定量又は定量は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(17)　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性

ア　「25~~21~~」のヘリコバクター・ピロリ抗原定性は、ＥＩＡ法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

(18)　「25~~２１~~」のＲＳウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。

ア　入院中の患者

イ　１歳未満の乳児

ウ　パリビズマブ製剤の適応となる患者

(19)　インフルエンザウイルス抗原定性

ア　「26」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができる。

イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「23」のノイラミニダーゼ定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　本検査は光学的抗原抗体反応（ＯＩＡ法）により実施した場合にも算定できる。

(20)　「27」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、ＥＬＩＳＡ法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。

(21)　「27」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「４」のマイコプラズマ抗体定性、若しくはマイコプラズマ抗体半定量又は「30」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(22~~19~~)　ヒトメタニューモウイルス抗原定性

~~ア　ヒトメタニューモウイルス抗原定性は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「２１」ＲＳウイルス抗原定性の所定点数に準じて算定する。~~

ア~~イ~~　~~本検査~~「27」のヒトメタニューモウイルス抗原定性と~~、本区分~~「11~~１１~~」のウイル

ス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型、若しくは「23~~19~~」のノイラミニダーゼ定性、若しくは「26~~21~~」のインフルエンザウイルス抗原定性又は~~本区分~~「25~~21~~」のＲＳウイルス抗原定性のうち３項目を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。ただし、本区分「11~~11~~」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型、「23~~19~~」のノイラミニダーゼ定性又は「26~~21~~」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は１項目として数える。

イ~~ウ~~　本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる６歳未満の患者であって、画像診断により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。

(23~~20~~)　「27~~21~~」のノロウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。

ア　３歳未満の患者

イ　65歳以上の患者

ウ　悪性腫瘍の診断が確定している患者

エ　臓器移植後の患者

オ　抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者

~~(21)　「23」の大腸菌Ｏ157抗原定性、「24」の大腸菌Ｏ157抗体定性及び区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「２」の消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。大腸菌Ｏ157抗体定性はＬＡ法による。~~

~~(22)　ノイラミニダーゼ~~

~~ア　「19」のノイラミニダーゼは酵素反応法により、インフルエンザウイルス感染の診断を目的として発症後48時間以内に実施した場合に限り算定する。~~

~~イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「21」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

(24~~3~~)　「28~~22~~」のＤ－アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(25~~4~~)　「28~~22~~」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体を、「９」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体又は「10」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体と併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(26~~5~~)　「29~~23~~」のクラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、本~~当該~~検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。

(27~~6~~)　「29~~23~~」のクラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽腔内からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。

(28)　「29」のアスペルギルス抗原はＬＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。

~~(27)　マイコプラズマ抗原定性~~

~~ア　マイコプラズマ抗原定性は、マイコプラズマ感染の診断を目的として行った場合に、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「21」インフルエンザウイルス抗原定性の~~

~~所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　当該検査は、「４」のマイコプラズマ抗体定性若しくはマイコプラズマ抗体半定量又は「23」のマイコプラズマ抗原と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

(29)　「30」の大腸菌Ｏ157抗原定性、「31」の大腸菌Ｏ157抗体定性及び区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「２」消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「31」の大腸菌Ｏ157抗体定性はＬＡ法による。

(30~~28~~)　「30~~23~~」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）~~は~~、「４」のマイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量又は「27」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）を~~と~~併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(29)　「23」のアスペルギルス抗原はＥＬＩＳＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。~~

(31~~0~~)　「32~~24~~」の淋菌抗原定性は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。

(32~~1~~)　「32~~24~~」の単純ヘルペスウイルス抗原定性は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。

(33~~2~~)　「32~~24~~」の大腸菌血清型別は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のＯ抗原又はＨ抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。

(34)　肺炎球菌細胞壁抗原定性

ア　「35」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。

（イ）　喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合

（ロ）　イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合

イ　当該検査と「36」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(35~~3~~)　「36~~27~~」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

~~(34)　肺炎球菌莢膜抗原定性（髄液）~~

~~肺炎球菌莢膜抗原定性（髄液）は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「27」肺炎球菌莢膜抗原定性（尿）の所定点数に準じて算定する。~~

(36~~5~~)　「36~~27~~」のアニサキスＩｇＧ・ＩｇＡ抗体は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例（肺アニサキス症等）における診断のために実施した場合のみ算定できる。

(37~~6~~)　「36~~27~~」のレプトスピラ抗体は、秋疫Ａ、秋疫Ｂ、秋疫Ｃ、ワイル病、カニコーラのそれぞれについて算定する。

~~(37)　肺炎球菌細胞壁抗原定性~~

~~ア　「27」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。~~

~~（イ）　喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道~~

~~感染症の診断に用いた場合~~

~~(ロ)　イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合~~

~~イ　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿）と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。~~

(38)　「36~~27~~」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）は、角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。

~~(39)　単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）~~

~~単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器）は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「27」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数に準じて算定する。~~

(39)　グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体

ア　「36」のグロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体は、クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、ＩｇＧ抗体価又はＩｇＡ抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、Ｉｇ Ｍ抗体価を測定した場合に算定する。

イ　ＩｇＧ抗体価、ＩｇＡ抗体価及びＩｇ Ｍ抗体価のうち２項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(40)　「37~~29~~」のツツガムシ抗体半定量~~定性~~又は「38」のツツガムシ抗体定性~~半定量~~は、各株ごとに算定する。

~~(41)　グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体~~

~~ア　「28」のグロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体は、クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、ＩｇＧ抗体価又はＩｇＡ抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、Ｉｇ Ｍ抗体価を測定した場合に算定する。~~

~~イ　ＩｇＧ抗体価、ＩｇＡ抗体価及びＩｇ Ｍ抗体価のうち２項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。~~

(41~~2~~)　「37~~29~~」の(1→3)－β－Ｄ－グルカンは、発色合成基質法又は比濁時間分析法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「24~~20~~」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「28~~22~~」のＤ－アラビニトール、「29~~23~~」のアスペルギルス抗原、「33~~26~~」のクリプトコックス抗原半定量~~定性~~又は「34」のクリプトコックス抗原定性~~半定量~~と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(42~~3~~)　「38~~29~~」のサイトメガロウイルス抗体を「39~~30~~」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価と併せて行った場合は、主たるもののみを算定する。

(43~~4~~)　グロブリンクラス別ウイルス抗体価

ア　「39~~30~~」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価は、下記の項目のウイルスのＩgＧ型ウイルス抗体価又はＩgＭ型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、「(ﾄ)」のヒトパルボウイルスＢ19は、紅斑が出現している妊婦について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、ＩgＭ型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。

(イ)　ヘルペスウイルス

(ロ)　風疹ウイルス

（ハ）　サイトメガロウイルス
（ニ）　ＥＢウイルス
（ホ）　麻疹ウイルス
（ヘ）　ムンプスウイルス
（ト）　ヒトパルボウイルスＢ19
（チ）　水痘・帯状疱疹ウイルス

イ　同一ウイルスについてＩgG型ウイルス抗体価及びＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

ウ　「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

(445)　「40~~31~~」のレジオネラ抗原定性（尿）は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り１回を限度として算定する。

(456)　「44~~33~~」のＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）又は「48~~36~~」のＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「18~~17~~」のＨＩＶ－１抗体、「20~~18~~」のＨＩＶ－１，２抗体定性若しくは~~、~~同半定量、「21」の~~又は定量~~ＨＩＶ－１，２抗体定量~~、~~又は「20~~18~~」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性若しくは~~又は~~同定量が陽性の場合の確認診断用の検査である。

(467)　「47~~35~~」のダニ特異ＩgG抗体は、減感作療法実施中の患者の場合に、必要な限度において算定できる。

(478)　「47~~35~~」のWeil-Felix反応は、菌株ごとにそれぞれ所定点数を算定する。

(489)　「49~~37~~」のサイトメガロウイルスpp65抗原定性は免疫染色法により、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対して行った場合のみ算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4950)　「50~~38~~」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法）は、「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、半定量又は「32~~25~~」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定する。

(501)　「51~~39~~」のＨＩＶ抗原は、ＨＩＶ感染者の経過観察又はＨＩＶ感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。

(51)　「52」の抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

（１）　「１」のＨＢｓ抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（２）　「２」のＨＢｓ抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（３）　「５」のＨＣＶコア蛋白は、ＥＩＡ法又はＩＲＭＡ法による。

（４）　「６」のＨＢc抗体半定量・定量と~~ＩgＭ＝~~ＨＢc－ＩｇＭ抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

（５）　「６」のＨＡ抗体とＨＡ－ＩgM抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。

（６）　「９」のＨＣＶ血清群別判定は、ＥＩＡ法により、Ｃ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｃ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

（７）　「10」のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）は、ＨＢＶ感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）を測定した場合に１月に１回に限り算定する。なお、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「３」のＨＢＶ核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（８）　「12」のＨＢＶジェノタイプ判定は、Ｂ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｂ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

Ｄ０１４　自己抗体検査

（１）　「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）半定量、同定量、「７」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、~~「８」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、~~「11」のＣ$_{1}$ｑ結合免疫複合体、「17~~14~~」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体、「19~~16~~」のＩgＧ型リウマトイド因子及び「21~~16~~」のＣ$_{3}$ｄ結合免疫複合体のうち３項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。

（２）　「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）半定量及び「５」のＬＥテスト定性を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３~~２~~）　「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量は、ＥＣＬＩＡ法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）半定量又は同定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４~~３~~）　「９」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「３」の抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（５~~４~~）　「12~~11~~」の抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、１回を限度として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に関し、腎クリーゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また、腎クリーゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ３月に１回を限度として算定できる。

（６~~５~~）　「15~~13~~」の抗セントロメア抗体~~定性又は~~定量又は「16」の抗セントロメア抗体定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合のみ算定できる。

（７~~６~~）　抗ＡＲＳ抗体

~~ア　抗ＡＲＳ抗体は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「１３」抗セントロメア抗体定性の所定点数に準じて算定する。~~

ア~~イ~~　~~本検査~~「16」の抗ＡＲＳ抗体と~~本区分~~「９」の抗Ｊｏ－１抗体定性、~~抗Ｊｏ－１抗体~~同半定量又は~~抗Ｊｏ－１抗体~~同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

イ~~ウ~~　本検査と~~本区分~~「９」から「12~~１１~~」までに掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ３２０点又は４９０点を算定する。ただし、本検査と本区分「９」抗Ｊｏ－１抗体定性、~~抗Ｊｏ－１抗体~~同半定量又は~~抗Ｊｏ－１抗体~~同定量を併せて実施した場合は１項目として数える。

(８~~７~~)　抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量

ア　「21~~16~~」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。

(イ)　関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として１回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、３月に１回に限り算定できる。なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(ロ)　(イ)とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者１人につき１回に限り算定する。

イ　「21~~16~~」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、「７」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、~~「８」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、~~「11」のＣ$_{1}$ｑ結合免疫複合体、「17~~14~~」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体、「19~~16~~」のＩｇＧ型リウマトイド因子及び「21~~16~~」のＣ$_{3}$ｄ結合免疫複合体のうち２項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの１つに限り算定する。

(９~~８~~)　抗ＬＫＭ－１抗体

ア　「22~~17~~」の抗ＬＫＭ－１抗体は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

イ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。

(10~~９~~)　「22」の抗カルジオリピンβ２グリコプロテインⅠ複合体抗体と「23~~18~~」の抗カルジオリピン抗体~~と「17」の抗カルジオリピンβ$_{2}$グリコプロテインⅠ複合体抗体~~を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(11~~10~~)　「23~~18~~」の抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）及び「28~~22~~」の甲状腺刺激抗体~~性~~（ＴＳＡｂ）を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

(12~~11~~)　抗デスモグレイン３抗体

ア　「24~~19~~」の抗デスモグレイン３抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「27~~21~~」の抗デスモグレイン１抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(13~~12~~)　「24~~19~~」の抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。

(14~~13~~)　「25~~20~~」のループスアンチコアグラント~~定性、~~定量及び「26」のループスアンチコアグラント定性は、希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。

(15~~14~~)　「25~~20~~」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

(16~~15~~)　「25~~20~~」の抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。

(17~~16~~)　抗デスモグレイン１抗体

ア　「27~~21~~」の抗デスモグレイン１抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「24~~19~~」の抗デスモグレイン３抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(18~~17~~)　「29~~23~~」のＩｇＧ$_4$は、ネフェロメトリー法又はＴＩＡ法による。

(19~~18~~)　「30~~24~~」の抗ＧＭ１ＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(20~~19~~)　「30~~24~~」の抗ＧＱ１ｂＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(21~~0~~)　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）

ア　「31~~25~~」の抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

イ　本検査と~~は、~~「33」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(22)　「32~~26~~」の抗グルタミン酸レセプター抗体は、ラスムッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオプソクローヌス・ミオクローヌス症候群の診断の補助として行った場合に、~~1~~月~~に~~１回を限度として~~に限り~~算定できる。

(23)　「33」の抗アクアポリン４抗体は、

~~ア　抗アクアポリン４抗体は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「２６」抗グルタミン酸レセプター抗体の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、~~ＥＬＩＳＡ法により視神経脊髄炎の診断（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。

(24)　抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体

~~ア　抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「２６」抗グルタミン酸レセプター抗体の所定点数に準じて算定する。~~

ア~~イ~~　~~本検査~~「33」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、ＲＩＡ法により重症筋無力症の診断（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。

イ~~ウ~~　本検査と~~は、~~区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「31~~2 5~~」抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

（１）　「４」の免疫グロブリンは、ＩgG、ＩgA、ＩgM及びＩgDを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

（２）　「６」の血清アミロイドＡ蛋白（ＳＡＡ）を「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性又は「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「７」のトランスフェリン（Ｔｆ）、「８」のＣ$_3$及び~~、~~「８」のＣ$_4$~~及び「７」のトランスフェリン（Ｔｆ）~~は、ＳＲＩＤ法等による。

（４）　「16」のアレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（ＨＲＴ）は細胞反応測定法により実施され、「11」の特異的ＩｇＥ半定量・定量と同時に行った場合であっても、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定し、特異的ＩｇＥ半定量・定量と併せて1,430点を限度として算定する。

（５）　「18」のＡＰＲスコア定性は、α_1－酸性糖蛋白、ハプトグロビン及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性の３つを測定した場合に算定する。

（６）　「18」のアトピー鑑別試験定性は、12種類の吸入性アレルゲン（ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮屑、イヌ皮屑、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ（属）、スギ、カンジダ、アルテルナリア）に対する特異的ＩgEを測定した場合に算定する。

（７）　「18」のＴＡＲＣは、血清中のＴＡＲＣ量を測定する場合に月１回を限度として~~に限り~~算定できる。

（８）　「19」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）は、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満22週以上満33週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

（９）　「19」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「44~~39~~」~~の~~膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(10)　免疫電気泳動法によってＩgA、ＩgM及びＩgGを同時に測定した場合は、１回の検査として「21」の免疫電気泳動法により算定する。

(11)　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比

ア　「23」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ　「23」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比と「21」の免疫電気泳動法を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(12)　「25」の結核菌特異的~~蛋白刺激性遊離~~インターフェロンーγ産生能は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

Ｄ０１６　細胞機能検査

（１）　「４」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、ＮＢＴ還元能検査を、「２」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「３」のＴ細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

（２）　「５」の赤血球表面抗原検査は、発作性夜間血色素尿症（PNH）の鑑別診断のため、２種類のモノクローナル抗体を用いた場合に算定できる。

（３）　「６」のリンパ球刺激試験（ＬＳＴ）（一連につき）は、Ｃon－Ａ、ＰＨＡ又は薬疹の被疑医薬品によるものである。

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

（１）　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

（２）　染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を２以上用いた場合であっても、１回として算定する。

Ｄ０１８　細菌培養同定検査

（１）　細菌培養同定検査

ア　細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ　同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「１」から「５」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「６」の簡易培養により算定する。

ウ　細菌培養同定検査は、検体ごとに「１」から「５」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は、「６」の簡易培養は算定できない。

エ　症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は１か所~~部位~~のみの所定点数を算定する。ただし、血液を２か所以上から採取した場合に限り、「３」の血液又は穿刺液を２回算定できる。この場合、「注」の加算は２回算定できる。

オ　各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

（２）　「３」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「５」の「その他の部位からの検体」とは、「１」から「４」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

（３）　簡易培養

ア　「６」の簡易培養は、 Dip-Slide法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ　ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

（４）　嫌気性培養のみを行った場合は、「１」から「６」の所定点数のみ算定し、「注」の加算は算定できない。

Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

Ｄ０１９－２　酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査

（１）　抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（２）　「１」の抗酸菌分離培養（液体培地法）は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

（３）　「２」の抗酸菌分離培養（それ以外のもの）は、（２）に掲げるもの以外について算定する。

（４）　抗酸菌分離培養検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

Ｄ０２１　抗酸菌同定検査

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、１回のみ所定点数を算定する。

Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査

（１）　抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

（２）　混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

（１）　クラミジア・トラコマチス核酸検出

ア　「２」のクラミジア・トラコマチス核酸検出と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「29~~23~~」~~の~~クラミジア・トラコマチス抗原定性を併用した場合は、主なもののみ算定する。

イ　クラミジア・トラコマチス核酸検出は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法、核酸ハイブリダイゼーション法、ハイブリッドキャプチャー法、ＳＤＡ法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる~~るものである~~。

（２）　淋菌核酸検出

ア　「２」の淋菌核酸検出、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「32~~24~~」~~の~~淋菌抗原定性又は区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ　淋菌核酸検出は、ＤＮＡプローブ法、ＬＣＲ法による増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＳＤＡ法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。なお、ＳＤＡ法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法においては咽頭からの検体も算定できる。

（３）　「３」のＨＢＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法、ＴＭＡ法又はＰＣＲ法による。

（４）　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出

ア　「４」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「32~~24~~」~~(7)~~淋菌抗原定性、同区分「29~~23~~」のクラミジア・トラコマチス抗原定性、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査、本区分「２」の淋菌核酸検出又はクラミジア・トラコマチス核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

イ　「４」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法又はＳＤＡ法による。淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。ただし、男子尿は含み、女子尿は含まない。なお、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＳＤＡ法又はＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法においては咽頭からの検体も算定できる。

（５）　ＨＣＶ核酸検出

ア　「７~~5~~」のＨＣＶ核酸検出はＰＣＲ法又はＴＭＡ法により、Ｃ型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「10~~8~~」のＨＣＶ核酸定量で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「10~~8~~」のＨＣＶ核酸定量を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

（６）　ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

ア　「７~~5~~」のＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣ－ＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。

イ　~~当該検査を~~「７」のＨＰＶ核酸検出とＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）を~~と~~併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

~~（７）　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）~~

~~ア　ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「５」ＨＰＶ核酸検出の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　当該検査は、本区分「５」のＨＰＶ核酸検出の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。~~

~~ウ　当該検査は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣ－ＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。~~

~~エ　当該検査をＨＰＶ核酸検出と併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。~~

（７~~８~~）　「８~~６~~」のインフルエンザ核酸検出は、インフルエンザの感染が疑われる重症患者のみに算定し、その場合には、当該検査が必要な理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~（９）　ＨＰＶジェノタイプ判定~~

~~ア　「11」のＨＰＶジェノタイプ判定は、あらかじめ行われた組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型ＨＰＶのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。~~

~~イ　当該検査は、「５」のＨＰＶ核酸検出の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。~~

~~ウ　当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。~~

~~エ　同一の患者について、当該検査を２回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日、及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）を上記に併せて記載する。~~

（８~~10~~）　抗酸菌核酸同定

ア　「８~~６~~」の抗酸菌核酸同定は、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。

イ　~~「６」の抗酸菌核酸同定~~当該検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

（９~~11~~）　「８~~６~~」の結核菌群核酸検出は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＬＣＲ法による核酸増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法又はＬＡＭＰ法にによる。

なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

（10~~12~~）　マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出

ア　「９~~７~~」のマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出~~検査~~は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。

イ　区分番号「Ｄ０２１」抗酸菌同定と~~が~~併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。

（11~~13~~）　ＨＣＶ核酸定量

ア　「10~~８~~」のＨＣＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法又はＰＣＲ法により、急性Ｃ型肝炎の診断、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療経過の観察の場合において、「10~~８~~」のＨＣＶ核酸定量及び「７~~５~~」のＨＣＶ核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（12~~14~~）　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出

ア　「10~~８~~」のＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出は、下記「イ」又は「ウ」に掲げる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　Ｂ型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者１人につき１回

算定できる。

ウ　Ｂ型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にＡＬＴ異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査のうちＢ型肝炎に関する検査（ただし、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。

(13~~5~~)　「10~~8~~」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出は、ＥＤ－ＰＣＲ法又はＰＣＲ法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(14~~6~~)　ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出

ア　「10~~8~~」のＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出は、ＬＡＭＰ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　~~「８」のＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出~~本検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。

ウ　本検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第１項及び第14条第２項に基づく届出の基準等について」（平成18年３月８日健感発第0308001号）による臨床的特徴、届出基準によりＳＡＲＳ感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に１回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。

(15~~7~~)　ＨＩＶ－１核酸定量

ア　「11~~9~~」のＨＩＶ－１核酸定量はＰＣＲ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、ＨＩＶ感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「18~~17~~」~~の~~ＨＩＶ－１抗体、「20~~18~~」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、ＨＩＶ-１、２抗原・抗体同時測定定性、同定量、又は~~、~~「21」のＨＩＶ－１，２抗体定量~~又はＨＩＶ－１、２抗原・抗体同時測定定性又は定量~~が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ　~~ＨＩＶ－１核酸定量~~当該検査と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「44~~33~~」~~の~~ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

(16~~8~~)　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出

ア　「12~~10~~」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。

イ　~~「10」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出は、~~「12」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「８~~6~~」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(17)　ＨＰＶジェノタイプ判定

ア　「13」のＨＰＶジェノタイプ判定は、あらかじめ行われた組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型ＨＰＶのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。

イ　当該検査は、「７」のＨＰＶ核酸検出の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。

ウ　当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の結果及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

エ　同一の患者について、当該検査を２回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日、及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）を上記に併せて記載する。

~~(19)　結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出~~

~~ア　結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「１０」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出に準じて算定する。~~

~~イ　当該検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。~~

~~ウ　当該検査は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「６」結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~エ　当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。~~

~~(20)　結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出~~

~~ア　結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「１０」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出に準じて算定する。~~

~~イ　当該検査は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。~~

~~ウ　当該検査は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「６」結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~エ　当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。~~

(18~~21~~)　「14~~12~~」のＨＩＶ－ジェノタイプ薬剤耐性は、抗ＨＩＶ治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、３月に１回を限度として算定できる。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

（１）　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性

ア　「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性は、ＬＡ法により実施した場合に算定する。

イ　~~「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性~~当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

ウ　~~「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性~~当該検査と区分番

号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「10~~8~~」~~9~~ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（２）　「２」の尿素呼気試験（ＵＢＴ）を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（３）　「３」の腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（ＴＤＨ）定性は、ＥＬＩＳＡ法によるものであり、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査によって、腸炎ビブリオ菌が確認された場合のみ算定できる。

（４）　大腸菌ベロトキシン定性

ア　「４」の大腸菌ベロトキシン定性は、大腸菌の抗原定性の結果より病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。

イ　「４」の大腸菌ベロトキシン定性のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってＥＬＩＳＡ法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、大腸菌の抗原定性を踏まえることなく行った場合にも算定できる。

Ｄ０２４　動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本区分により算定する。

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料

（１）　基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

（２）　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（３）　入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

（４）　外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（５）　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

（６）　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は請求できない。

第２款　検体検査判断料

Ｄ０２６　検体検査判断料

（１）　検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分（尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの６区分）に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

（２）　各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかか

わらず、月１回に限り、初回検査の実施日に算定する。

（３） 実施した検査が属する区分が２以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

（４） 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限る。

（５） 上記の規定にかかわらず、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。

区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「Ｄ０２５」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

（６） 注３に規定する検体検査管理加算（Ⅰ）は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者１人につき月１回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、区分番号「Ｄ０２７」基本的検体検査判断料の注２に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

（７） 入院中の患者について注３に規定する検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算（Ⅰ）を算定することができる。

（８） 注４に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査を実施し、患者又はその家族に対し当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行った場合に算定する。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による~~「遺伝学的検査に関するガイドライン」（平成15年8月）~~「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

（９） 注５に規定する骨髄像診断加算は、血液疾患に関する専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で採取された骨髄液に係る検査結果の報告書を作成した場合に、月１回に限り算定する。

Ｄ０２７　基本的検体検査判断料

（１） 基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月１回の包括的な判断料を設定したものである。

（２） 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（３） 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者

等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

（４）　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本判断料は請求できない。

（５）　特定機能病院において、（３）に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第２節　削除

第３節　生体検査料

１　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月１回を限度として算定する。

２　２回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

３　同一月内に２回以上実施した場合、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して２回目以降は100分の90で算定する。

４　２回目以降100分の90に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、乳幼児加算若しくは~~又は~~幼児加算を行う場合又は内視鏡検査の通則５に掲げる休日加算、時間外加算若しくは深夜加算を行う場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。

［呼吸循環機能検査等に係る共通事項（区分番号「Ｄ２００」から区分番号「Ｄ２１４」まで）］

（１）　２回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」

区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「１」から「５~~６~~」まで、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「１」及び「２」、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査の「１」及び「２」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（２）　呼吸循環機能検査等に係る一般事項

ア　通則の「特に規定する場合」とは、区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「注」又は区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「注１」に掲げる場合をさす。

イ　区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から区分番号「Ｄ２０３」肺胞機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。

ａ　実測値から算出される検査値については算定できない。

ｂ　測定方法及び測定機器は限定しない。

ｃ　負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査につい

て、それぞれ１回のみ所定点数を算定する。

ｄ　使用したガス（ＣＯ、CO_2、Ｈｅ等）は、購入価格を10円で除して得た点数を別に算定できる。

ｅ　喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。

（３）　肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

（１）　「１」の肺気量分画測定には、予備吸気量、１回換気量及び予備呼気量の全ての実測及び実測値から算出される最大呼吸量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。

（２）　「１」の肺気量分画測定及び区分番号「Ｄ２０２」肺内ガス分布の「１」の指標ガス洗い出し検査とを同時に実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。

（３）　「２」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、１秒量、１秒率、ＭＭＦ、ＰＦＲ等は、別に算定できない。

（４）　「５」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーテル挿入並びに他の「１」から「４」までのスパイログラフィー等検査及び換気力学的検査の費用を含む。

（５）　体プレスチモグラフを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「３」により算定する。

Ｄ２０１　換気力学的検査

「２」中のコンプライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

Ｄ２０４　基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査

（１）　心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

（２）　心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

（３）　「１」の右心カテーテル及び「２」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注１」、「注２」、~~及び~~「注３」及び「注４」の加算は１回のみに限られる。

（４）　「注３」、~~及び~~「注４」及び「注５」に掲げる加算は主たる加算を患者１人につき月１回に限り算定する。

（５）　心筋生検を行った場合は、区分番号「Ｄ４１７」組織試験採取、切採法の所定点数を併せて算定する。

Ｄ２０７　体液量等測定

（１）　体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては第６部第１節第１款の注射実施料及び区分番号「Ｄ４００」血液採取を含む。

（２）　「２」の皮弁血流検査は、１有茎弁につき２回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。

（３）　「２」の血流量測定は、電磁式によるものを含む。

（４）　「２」の電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。

ただし、術後１回を限度とする。

なお、使用した電子授受式発消色性インジケーターの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「４」の血管内皮機能検査を行った場合は、局所ボディプレティスモグラフ又は超音波検査等、血管内皮反応の検査方法及び部位数にかかわらず、１月に１回に限り、一連として当該区分において算定する。この際、超音波検査を用いて行った場合であっても、超音波検査の費用は算定しない。

Ｄ２０８　心電図検査

（１）　「１」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導は、普通、標準肢誘導（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）、単極肢誘導（$_{a}V_{R}$、$_{a}V_{L}$、$_{a}V_{F}$）、胸部誘導（V_{1}、V_{2}、V_{3}、V_{4}、V_{5}、V_{6}）の12誘導で、その他特別の場合にV_{7}、V_{8}、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても100分の90の算定としない。

（４）　「３」の携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝達装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき１回算定する。

~~（５）　「４」のバリストカルジオグラフは、心弾動計、弾動心拍出量計により行った場合に算定する。~~

（５~~６~~）　「４~~５~~」加算平均心電図による心室遅延電位測定

ア　心筋梗塞、心筋症、Brugada症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

イ　当該検査の実施にあたり行った他の心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２０９　負荷心電図検査

（１）　負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても100分の90の算定としない。

（４）　負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２１０　ホルター型心電図検査

（１）　ホルター型心電図検査は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を

行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（２）　やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24時間を超えて連続して記録した場合であっても、「２」により算定する。

Ｄ２１０－３　植込型心電図検査

（１）　短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

（２）　植込型心電図検査は、患者の皮下に植込まれた記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（３）　植込型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が植込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じて算定する。

Ｄ２１０－４　Ｔ波オルタナンス検査

（１）　心筋梗塞、心筋症、Brugada症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

（２）　当該検査の実施にあたり行った区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図及びＤ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

Ｄ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

（１）　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２１１－２　喘息運動負荷試験

（１）　喘息運動負荷試験は、運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる。

（２）　喘息運動負荷試験には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２１１－３　時間内歩行試験

（１）　時間内歩行試験は、宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「Ｃ１０３」の在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者~~又は施行している患者~~に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師が~~呼吸状態等の観察を行いながら~~パルスオキシメータ等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら６分間の歩行を行わせ、到達した距離、~~及び~~動脈血酸素飽和度~~血液ガス分析、~~及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年

に４回を限度として算定する。

（２）　医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師が６分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

（３~~２~~）　以下の事項を診療録に記載すること

ア　当該検査結果の評価

イ　到達した距離、施行前後の~~血液ガス分析~~動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果

（４~~３~~）　当該検査を算定する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　過去の実施日

イ　在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

Ｄ２１２　リアルタイム解析型心電図

（１）　リアルタイム解析型心電図とは、入院中の患者以外の患者に対して８時間以上心電図をモニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

（２）　リアルタイム解析型心電図記録計を用いて８時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１２－２　携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を２日間以上連続して記録することができる携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１３　心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ１回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

Ｄ２１４　脈波図、心機図、ポリグラフ検査

（１）　脈波図については、次に掲げる検査を２以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア　心及び肝拍動図

イ　動脈波

ウ　静脈波

エ　容積脈波

オ　指尖脈波

カ　心尖（窩）拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の２以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

（２）　「１」から「５」までの検査数については、種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高検査数による。

（３）　運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ１回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。

（４）　「６」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行った脈波図検査と併せて算定できない。

Ｄ２１５　超音波検査

（１）　「１」から「５」までに掲げる検査のうち２以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に２回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。

（２）　超音波検査を同一の部位に同時に２以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により１回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、１回のみの算定とする。

（３）　超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

（４）　体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

（５）　「２」の断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、「注２」に掲げる加算を算定できる。

（６）　「３」の心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。

（７）　「３」の心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。

（８）　「３」の心臓超音波検査以外で、断層撮影法とＭモード法を併用した場合の点数算定は、「２」の「イ」により算定する。

（９）　「３」の「ロ」Ｍモード法はＭモード法のみで検査を行った場合に算定する。「３」の心臓超音波検査以外で、Ｍモード法のみの検査を行った場合は、「３」の「ロ」により算定する。

(10)　「３」の「ニ」胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有する医師（胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。）が診断を行う場合に算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「４」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

(11)　「３」の「ホ」負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「Ｄ２１１」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

(12)　「４」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

(13)　「４」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

(14)　「４」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

(15)　「５」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

ア　検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ　本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心

カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。

ウ　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

エ　区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(16)　「注１」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「３」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィーを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

Ｄ２１５－２　肝硬度測定

汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事法上の承認を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

（１）　残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

（２）　「１」の超音波検査によるものと「２」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

（１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。

（２）　「１」の注はＤＥＸＡ法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。

（３）　「２」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の方法には、ＤＥＸＡ法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA:Dual Photon Absorptiometry)、ＭＤ法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、ＤＩＰ法(Digital Image Processing)、ＳＥＸＡ法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色Ｘ線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びｐＱＣＴ（peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

（４）　ＭＤ法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「２」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の所定点数又は画像診断の手技料（区分番号「Ｅ００１」写真診断及び区分番号「Ｅ００２」撮影）の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「Ｅ４００」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

Ｄ２１９　ノンストレステスト

（１）　ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。

ア　40歳以上の初産婦である患者

イ　ＢＭＩが35以上の初産婦である患者

ウ　多胎妊娠の患者

エ　子宮内胎児発育不全の認められる患者

オ　子宮収縮抑制剤を使用中の患者

カ　妊娠高血圧症候群重症の患者

キ　常位胎盤早期剥離の患者

ク　前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

ケ　胎盤機能不全の患者

コ　羊水異常症の患者

サ　妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの

（イ）　前期破水を合併したもの

（ロ）　経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満のもの

（ハ）　切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの

（ニ）　早産指数（tocolysis index）が３点以上のもの

シ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

ス　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

セ　甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

ソ　腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

タ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者

チ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ツ　白血病（治療中のものに限る。）の患者

テ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ト　出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者

ナ　ＨＩＶ陽性の患者

ニ　Ｒｈ不適合の患者

ヌ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。

（２）　ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合には１週間につき３回、入院中の患者以外の患者に対して行った場合には１週間につき１回に限り算定できる。なお、１週間の計算は暦週による。

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

（１）　呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線の観察の有無に関わらず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定

する。

（２） 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

（３） 新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電曲線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。

（４） 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（５） 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープの算定開始日を記載する。

（６） 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

（７） ７日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「２」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定する。

（８） 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数に含まれる。

Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

（１） 経皮的血液ガス分圧測定は、循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児についてのみ算定するものであり、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日を限度として算定する。

（２） 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中のPO_2、PCO_2及びｐＨの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ　静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）

終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定

（１）　終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　人工呼吸器を装着している患者

イ　自発呼吸が不十分な患者

ウ　脳外傷等換気不全が生じる可能性が非常に高いと判断される患者

（２）　閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２５　観血的動脈圧測定

（１）　観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラスター針等を動脈に挿入してトランスデューサーを用いて測定するものをいう。

（２）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２５－２　非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２２５－３　24時間自由行動下血圧測定

24時間自由行動下血圧測定は、日本循環器学会、日本心臓病学会及び日本高血圧学会の承認を得た「24時間血圧計の使用（ＡＢＰＭ）基準に関するガイドライン」に沿って行われた場合に、１月に１回に限り算定する。

Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験

（１）　ヘッドアップティルト試験は、患者を臥位から傾斜位の状態に起こし、傾斜位の状態に保ちながら、連続的に血圧、脈拍及び症状の推移等を測定及び観察する検査をいう。なお、単に臥位及び立位又は座位時の血圧等を測定するだけのものは当該検査に該当しない。

（２）　失神発作があり、他の原因が特定されずに神経調節性失神が疑われる患者に対して、医師が行った場合に限り算定する。

（３）　使用する薬剤の費用は所定点数に含まれる。

（４）　検査に伴い施行した心電図に係る費用は別に算定できない。

（５）　診療録に、当該検査中に測定された指標等について記載すること。

Ｄ２２６　中心静脈圧測定

（１）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

（２）　中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分番号「Ｇ００５－２」の中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。

この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定

穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定

直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温測定と異なるものであり、深部体温計による深部体温

の測定には該当しない。

Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分番号「Ｄ２２８」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定

（１）　肺動脈楔入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。

（２）　測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。

（３）　観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は別に算定できる。

（５）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１　人工膵臓

（１）　糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２）　算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓以外による血糖調整が困難であると認めた者である。

ア　高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療

イ　手術、外傷及び分娩時の血糖管理

ウ　インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理

エ　糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理

オ　難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定

カ　インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理

（３）　２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４）　人工膵臓と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。

（５）　人工膵臓を行うために必要な血液学的検査、生化学的検査とは、次に掲げる検査である。

ア　血液学的検査

赤血球沈降速度、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンＡ１c、血液浸透圧

イ　生化学的検査

グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素、遊離脂肪酸、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、ナトリウム、クロール、カリウム、無機リン、カルシウム

（６）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１－２　皮下連続式グルコース測定（一連につき）

（１）　糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目

的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２） 皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。また、算定した場合は、以下のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

ア 治療方針策定のために血糖プロファイルを必要とする１型糖尿病患者

イ 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者

（３） ２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４） 皮下連続式グルコース測定と同一日に行った血中グルコース測定に係る費用は所定点数に含まれる。

（５） 人工膵臓を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（６） 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３３ 直腸肛門機能検査

（１） 直腸肛門機能検査とは、次のアからオに掲げる検査をいう。

ア 直腸肛門内圧測定

イ 直腸感覚検査

ウ 直腸コンプライアンス検査

エ 直腸肛門反射検査

オ 排出能力検査

（２） 直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。

（３） 直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズドオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。

Ｄ２３４ 胃・食道内24時間ｐＨ測定

（１） 胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。

（２） 胃・食道内24時間ｐＨ測定に用いる測定器、基準電極、ｐＨカテーテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、ｐＨ緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。

（３） 胃・食道内24時間ｐＨ測定は、概ね24時間以上連続して行われるものであり、これを１回として算定する。

Ｄ２３５ 脳波検査

（１） 脳波検査を算定するものは、同時に８誘導以上の記録を行った場合である。

（２） ８誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。

（３） 心臓及び脳手術中における脳波検査は、８誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定する。

Ｄ２３５－２ 長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者１人につき14日間を限度として算定する。

Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査

長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかん発作型診断又は手術前後に行った場合、患者１人につきそれぞれ５日間を限度として算定する。

Ｄ２３６　脳誘発電位検査

（１）　脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。

（２）　「３」と「４」を両方行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３６－２　光トポグラフィー

（１）　「１」脳外科手術の術前検査に使用するもの

~~(~~ア~~1)~~　近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を計測するものとして薬事法上の承認又は認証を得ている医療機器を使用した場合であって、~~光トポグラフィーは以下~~下記の（イ）~~2~~又は（ロ）~~1~~の場合に限り、各手術前に１回のみ算定できる。

（イ）~~2~~　言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位半球を同定する必要がある場合

（ロ）~~1~~　難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

~~(~~イ~~2)~~　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　「２」抑うつ状態の鑑別診断の補助に使用するもの

ア　抑うつ症状を有している場合であって、下記の（イ）から（ハ）を全て満たす患者に実施し、当該保険医療機関内に配置されている精神保健指定医が鑑別診断の補助に使用した場合に、１回に限り算定できる。また、下記の（イ）から（ハ）を全て満たしており、かつ、症状の変化等により、再度鑑別が必要である場合であって、前回の当該検査から１年以上経過している場合は、１回に限り算定できる。

（イ）当該保険医療機関内に配置されている神経内科医又は脳神経外科医により器質的疾患が除外されていること。

（ロ）うつ病として治療を行っている患者であって、治療抵抗性であること、統合失調症・双極性障害が疑われる症状を呈すること等により、うつ病と統合失調症又は双極性障害との鑑別が必要な患者であること。

（ハ）近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を測定するものとして薬事法上の承認又は認証を得ている医療機器であって、10チャンネル以上の多チャンネルにより脳血液量変化を計測可能な機器を使用すること。

イ　当該検査が必要な理由及び前回の実施日（該当する患者に限る。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（３）　「２」抑うつ状態の鑑別診断の補助に使用するものの「イ」地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

以下のア～ウのいずれかの要件を満たした場合に算定できる。

ア　精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ　精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下、本区分に同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。

②　時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ　当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っており、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

②　精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、次のイからホのいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

イ　措置入院及び緊急措置入院時の診察

ロ　医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

ハ　精神医療審査会における業務

ニ　精神科病院への立ち入り検査での診察

ホ　その他都道府県の依頼による公務員としての業務

Ｄ２３６－３　脳磁図

（１）　脳磁図は、原発性及び続発性てんかん、中枢神経疾患に伴う感覚障害及び運動障害の鑑別診断又はてんかんの患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を含めた治療方針の決定のために行う場合に限り１患者につき１回のみ算定できる。

（２）　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、鑑別診断等を目的として行ったため手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

（１）　「１　携帯用装置を使用した場合」

ア　問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

イ　鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的

センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（2）　「2　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」

ア　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせて行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。

イ　区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

ウ　区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

エ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（3）　「3　１及び２以外の場合」

ア　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回、翌月以後は１月に１回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)に掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録する。

(イ)　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ロ)　鼻又は口における気流の検知

(ハ)　胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ)　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ　脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ　同時に行った検査のうち、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び区分番号「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ　測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）

反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）は、ナルコレプシー又は特発性過眠症が強く疑われる患者に

対し、診断の補助として、概ね２時間間隔で４回以上の睡眠検査を行った場合に１月に１回を限度として算定する。なお、本検査と区分番号「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３９　筋電図検査

（１）　「１」において、顔面及び躯幹は、左右、腹背を問わずそれぞれ１肢として扱う。

（２）　「２」については、混合神経について、感覚神経及び運動神経をそれぞれ測定した場合には、それぞれを１神経として数える。

（３）　「３」については、多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法による。検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

Ｄ２３９－２　電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経線維を刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

Ｄ２３９－３　神経学的検査

（１）　神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては「別紙様式19」の神経学的検査チャートを、小児においては「別紙様式19の２」の小児神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき１回に限り算定する。

（２）　神経学的検査は、専ら神経系疾患（小児を対象とする場合も含む。）の診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）として、地方厚生局長等に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。

（３）　神経学的検査と一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合の「Ｄ２５０」平衡機能検査、眼底を検査した場合の「Ｄ２５５」精密眼底検査等を指す。）については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２３９－４　全身温熱発汗試験

（１）　本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に１回、治療効果判定時に１回に限り算定できる。

（２）　医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

Ｄ２４０　神経・筋負荷テスト

（１）　「１」のテンシロンテストについては、Edrophonium Chlorideを負荷して行う検査に伴う全ての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。

（２）　「２」の瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３）　「３」の乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ酸、カリウム、無機リ

ン等の測定検査の費用及び採血料を含む。

Ｄ２４２　尿水力学的検査

排尿筋圧測定の目的で、膀胱内圧測定と併せて直腸内圧を測定した場合には、~~区分番号「Ｄ２４２」尿水力学的検査の~~「１」の膀胱内圧測定と区分番号「Ｄ２３３」直腸肛門機能検査の「１」１項目行った場合の所定点数を併せて算定する。

また、内圧流量検査の目的で、区分番号「Ｄ２４２」に掲げる検査を複数行った場合には、それぞれの所定点数を算定する。

Ｄ２４４　自覚的聴力検査

（１）　「１」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力（測定周波数250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hz）及び骨導聴力（測定周波数250、500、1,000、2,000、4,000Hz）を両耳について測定する方法をいう。

（２）　「２」のことばのききとり検査は、難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に算定する。

（３）　「３」の簡易聴力検査とは、室内騒音が30ホーン以下の防音室で行う検査である。

（４）　「３」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。

（５）　「３」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。

ア　音叉を用いる検査（ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。）

イ　オージオメーターを用いる検査（閉鎖骨導試験（耳栓骨導試験）、日本工業規格選別用オージオメーターによる気導検査を含む。）

（６）　「４」の後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(ＴＴＤ)のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うものをいい、２種以上行った場合においても、所定点数により算定する。

（７）　「５」の内耳機能検査の所定点数は、レクルートメント検査（ＡＢＬＢ法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、ＳＩＳＩテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず、所定点数により算定する。

（８）　「５」の耳鳴検査は、診断用オージオメーター、自記オージオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する。

（９）　「６」の中耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。

Ｄ２４４－２　補聴器適合検査

（１）　補聴器適合検査は、聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

（２）　植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した後、補聴器適合検査を実施した場合は、「２」２回目以降により算定する。

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を診療録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手技料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「５」の耳音響放射（ＯＡＥ）検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射（ＥＯＡＥ）及び結合音耳音響放射（ＤＰＯＡＥ）をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月中に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できない。

Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定

耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

Ｄ２５０　平衡機能検査

（１）　「１」の標準検査とは、上肢偏倚検査（遮眼書字検査、指示検査、上肢偏倚反応検査、上肢緊張検査等）、下肢偏倚検査（歩行検査、足ぶみ検査等）、立ちなおり検査（ゴニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等）、自発眼振検査（正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査）をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　「２」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをいい、それぞれ検査１回につき所定点数により算定する。

ア　温度眼振検査（温度による眼振検査）

イ　視運動眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

ウ　回転眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

エ　視標追跡検査

オ　迷路瘻孔症状検査

（３）　「３」の「イ」は、赤外線カメラを用い、暗視野において眼振及び眼球運動等の観察を行った場合に算定する。

（４）　「３」の「ロ」その他の場合とは、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（５）　頭位及び頭位変換眼振検査と併せて行った浮遊耳石置換法は、当該検査料に含まれる。

（６）　「４」の電気眼振図を区分番号「Ｄ２７８」眼球電位図（ＥＯＧ）と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（７）　重心動揺計

ア　「５」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析する

データ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積（外周・矩形・実効値面積）、軌跡長（総軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長）、動揺中心変位、ロンベルグ率を全て計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「１」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ　「注」のパワー・ベクトル分析を行った場合の加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピューター分析を行い、パワー・スペクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確率密度分布を全て算出した場合に算定する。

ウ　「注」の刺激又は負荷を加えた場合の加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に１種目ごとに算定する。

（８）　「５」に掲げる別の検査を行った場合には、それぞれ算定できる。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査

（１）　「２」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことば等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうちの一方又は両方を行った場合に算定する。

（２）　「３」の音声機能検査とは、嗄声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として１回算定する。

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法

扁桃マッサージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。

Ｄ２５３　嗅覚検査

（１）　「１」の基準嗅覚検査は、５種の基準臭（Ｔ＆Ｔオルファクトメーター）による嗅力検査である。

（２）　「２」の静脈性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、第６部第１節第１款の注射実施料は、所定点数に含まれる。

Ｄ２５４　電気味覚検査

（１）　電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき１回算定する。

（２）　濾紙ディスク法による味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

Ｄ２５５　精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影

（１）　眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

（２）　「通常の方法の場合」、「蛍光眼底法の場合」又は「自発蛍光撮影法の場合」のいずれか複数の検査を行った場合においては、主たる検査の所定点数により算定する。

（３）　デジタル撮影とは、画像情報をデジタル処理して管理及び保存が可能な撮影方法をいう。

（４）　デジタル撮影したものをフィルムへプリントアウトした場合、「ロ」のデジタル撮影を算定できるが、当該フィルムの費用は別に算定できない。

（５~~３~~）　使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。

（６~~４~~）　インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として10円で除した点数を加算する。なお、１回当たり16点を限度とする。

（７）　アナログ撮影を行ったものをデジタルに変換した場合は、「イ」のアナログ撮影を算定する。

（８~~５~~）　広角眼底撮影加算は、広角眼底撮影を、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる３歳未満の乳幼児に対して行った場合に限り加算する。

Ｄ２５７　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

（１）　散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙燈顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、１回に限り所定点数を算定する。

（２）　細隙燈を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り区分番号「Ｄ２７３」細隙燈顕微鏡検査（前眼部）により算定する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）

網膜電位図（ＥＲＧ）は、前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２５８－２　網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）

網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「Ｄ２５８」網膜電位図（ＥＲＧ）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

（１）　前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（２）　黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（３）　網膜手術の前後（それぞれ１回ずつに限る。）

Ｄ２５９　精密視野検査

（１）　精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。

（２）　河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

Ｄ２６０　量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的

に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、２つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

Ｄ２６１　屈折検査

（１）　屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。

（２）　散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回を限度として所定点数を算定する。

（３）　屈折検査と区分番号「Ｄ２６３」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。

Ｄ２６２　調節検査

（１）　調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の100分の200の点数を限度として算定する。

Ｄ２６３　矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。

Ｄ２６４　精密眼圧測定

（１）　精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。

（３）　「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、１回のみ所定点数により算定する。

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査

（１）　角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（２ジオプトリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。

（２）　角膜移植後の患者については２か月に１回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各１回に限り算定する。

（３）　角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

Ｄ２６６　光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

Ｄ２６７　色覚検査

「２」の場合には、ランターンテスト及び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表によ

る単なるスクリーニング検査は算定しない。

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査

眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、ＨＥＳＳ赤緑試験、輻輳近点検査、及び視診での眼球運動検査（遮閉-遮閉除去試験、９方向眼位検査、固視検査、Bielschowsky頭部傾斜試験及びParksの３ステップテスト）等をいう。

Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定

光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型Ａモード法による場合は、区分番号「Ｄ２１５」超音波検査の「１」のＡモード法により算定する。

Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料

（１）　身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。）に対して、眼科学的検査（Ｄ２８２－３を除く。）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具（補装具を含む。）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。

（２）　当該判断料は、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した医師が、眼科学的検査（Ｄ２８２－３を除く。）を行い、その結果を判断した際に、月に１回に限り算定する。

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査

両眼視機能精密検査とは、Worth４灯法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。

Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）

（１）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分番号「Ｄ２５７」細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。

（２）　細隙燈を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り算定する。

Ｄ２７４　前房隅角検査

前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

Ｄ２７６　網膜中心血管圧測定

（１）　「１」の簡単なものとは、オフタルモ・ダイナモメーターによる網膜中心血管圧測定検査である。

（２）　「２」の複雑なものとは、キャップメーターによる網膜中心血管圧測定検査をいう。

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査

涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）

区分番号「Ｄ２５０」平衡機能検査の「４」電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査

眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査

レーザー前房蛋白細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内のタンパク濃度及び細胞数を測定するものである。

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）

視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

Ｄ２８２　中心フリッカー試験

視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査

（１）　ＰＬ(Preferential Looking)法

ア　ＰＬ法は４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋－Mohindra方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

イ　テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。

ウ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（２）　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）

乳幼児視力測定は、４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラーカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載する。

また、Ｄ２８２－２の１と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

（１）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用者の場合を含む。以下同じ。）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「１」又は「２」により算定する。

（２）　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「１」又は「２」の他、区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査についても算定できない。

（３）　コンタクトレンズ検査料を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９~~７~~及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７~~６~~に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（４）　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（５）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「１」又は「２」の所定点数を算定し、別に区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈

折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、９歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者又は眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者等にあっては、当該点数を算定せず、区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（６） コンタクトレンズ検査料２を算定する医療機関のうち、コンタクトレンズに係る診療の割合が、７．５割を超える医療機関においては、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めること。

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断の目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定する。

Ｄ２８３　発達及び知能検査

Ｄ２８４　人格検査

Ｄ２８５　認知機能検査その他の心理検査

（１） 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

（２） 各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間30分以上要するものをいう。

なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。

（３） 医師は診療録に分析結果を記載する。

（４） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「１」とは、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、ＤＡＭグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩

マトリックス及びＪＡＲＴのことをいうものである。

（５）　区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「２」とは、ＭＣＣベビーテスト、ＰＢＴピクチュア・ブロック知能検査、新版Ｋ式発達検査、ＷＰＰＳＩ知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査Ｖ、鈴木ビネー式知能検査、ＷＩＳＣ－Ｒ知能検査、ＷＡＩＳ－Ｒ成人知能検査（ＷＡＩＳを含む。）、及び大脇式盲人用知能検査及びベイリー発達検査のことをいうものである。

（６）　区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「３」とは、ＷＩＳＣ-Ⅲ知能検査、ＷＩＳＣ-Ⅳ知能検査及びＷＡＩＳ-Ⅲ成人知能検査のことをいうものである。

（７）　区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「１」とは、パーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Ｙ－Ｇ矢田部ギルフォード性格検査、ＴＥＧ－Ⅱ東大式エゴグラム及び新版ＴＥＧのことをいうものである。

（８）　区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「２」とは、バウムテスト、ＳＣＴ、Ｐ－Ｆスタディ、ＭＭＰＩ、ＴＰＩ、ＥＰＰＳ性格検査、16Ｐ－Ｆ人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト及びＰＩＬテストのことをいうものである。

（９）　区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「３」とは、ロールシャッハテスト、ＣＡＰＳ、ＴＡＴ絵画統覚検査及びＣＡＴ幼児児童用絵画統覚検査のことをいうものである。

（10）　区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」とは、ＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ＭＡＳ不安尺度、ブルドン抹消検査、ＭＥＤＥ多面的初期認知症判定検査、ＷＨＯ　ＱＯＬ26、ＣＯＧＮＩＳＴＡＴ、ＳＩＢ、Ｃｏｇｈｅａｌｔｈ（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、ＮＰＩ、ＢＥＨＡＶＥ－ＡＤ、及び音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、ＡＱ日本語版、ＷＵＲＳ、ＭＣＭＩ－Ⅱ、ＭＯＣＩ邦訳版、日本語版ＬＳＡＳ－Ｊ（６月に１回に限る。）、ＤＥＳ－Ⅱ及びＥＡＴ－26のことをいうものである。

（11）　区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「２」とは、ベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、ベンダーゲシュタルトテスト、ＷＣＳＴウイスコンシン・カード分類検査、ＳＣＩＤ構造化面接法、ＣＬＡＣ－Ⅱ、遂行機能障害症候群の行動評価（ＢＡＤＳ）、リバーミード行動記憶検査及びＲａｙ－Ｏｓｔｅｒｒｉｅｔｈ　Ｃｏｍｐｌｅｘ　Ｆｉｇｕｒｅ　Ｔｅｓｔ（ＲＯＣＦＴ）のことをいうものである。

（12）　区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「３」とは、ＩＴＰＡ、ＣＬＡＣ－Ⅲ、標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意欲評価法、ＷＡＢ失語症検査、老研版失語症検査、Ｋ－ＡＢＣ、Ｋ－ＡＢＣⅡ、ＷＭＳ－Ｒ、ＡＤＡＳ、ＤＮ－ＣＡＳ認知評価システム及び小児自閉症評定尺度のことをいうものである。

（13）　改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精研式認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト

（１） 肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。

（２） 肝クリアランステストに該当するものは、ＩＣＧ等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、ＰＳＰ、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。

（３） 肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。

（４） 「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８６－２　イヌリンクリアランス測定

（１） 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるが、使用した薬剤は別途算定できる。

（２） ６月に１回に限り算定する。

（３） 区分番号「Ｄ２８６」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

Ｄ２８７　内分泌負荷試験

（１） 各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月１回に限り所定点数を算定する。ただし、「１」の「イ」の成長ホルモンに限り、月２回まで所定点数を算定できる。

なお、「１」の下垂体前葉負荷試験及び「５」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。

（２） 内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査⑴又は生化学的検査⑵の項では算定できない。

（３） 「１」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　成長ホルモン（ＧＨ）については、インスリン負荷、アルギニン負荷、Ｌ－ＤＯＰＡ負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、ブロモクリプチン負荷、睡眠負荷等

イ　ゴナドトロピン（ＬＨ及びＦＳＨ）については、ＬＨ－ＲＨ負荷、クロミフェン負荷等

ウ　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）については、ＴＲＨ負荷等

エ　プロラクチン（ＰＲＬ）については、ＴＲＨ負荷、ブロモクリプチン負荷等

オ　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、ＣＲＨ負荷等

（４） 「２」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）については、水制限、高張食塩水負荷（カーター・ロビンステスト）等が含まれる。

（５） 「３」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T_3抑制等が含まれる。

（６） 「４」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）については、カルシウム負荷、ＰＴＨ負荷（エルスワースハワードテスト）、ＥＤＴＡ負荷等が含まれる。

（７）　「５」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　鉱質コルチコイド（レニン、アルドステロン）については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等

イ　糖質コルチコイド（コルチゾール、ＤＨＥＡ及びＤＨＥＡＳ）については、ＡＣＴＨ負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等

（８）　「６」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　テストステロンについては、ＨＣＧ負荷等

イ　エストラジオールについては、HMG負荷等

（９）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

(10)　本試験に伴って区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「５」副腎静脈サンプリングにより採血を行った場合、その費用は別に算定できる。

Ｄ２８８　糖負荷試験

（１）　負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

（２）　「２」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合に算定する。

（３）　乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（４）　ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。

（５）　「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８９　その他の機能テスト

（１）　胃液分泌刺激テスト

ア　「３」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk法、ヒスタミン法等である。

イ　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

（２）　「３」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

（３）　「４」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

（４）　「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９０　卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

Ｄ２９０－２　尿失禁定量テスト（パッドテスト）

尿失禁定量テスト(パッドテスト)は、尿失禁患者において、体動時の失禁尿をパッドにより採取し、定量的な尿失禁の評価を行うものであり、１月につき１回に限り算定できる。ただし、使用されるパッドの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

（１）　皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルゲンの皮膚貼布試験（皮内テスト、スクラッチテストを含む。）等であり、ツベルクリン、アレルゲン等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２）　数種のアレルゲン又は濃度の異なったアレルゲンを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき１箇所として所定点数を算定するものである。

（３）　薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。

（４）　薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定は、１照射につき１箇所として算定する。

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査

（１）　問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる９歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12月に２回を限度として算定する。

（２）　検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

（３）　負荷試験食の費用は所定点数に含まれる。

（４）　小児食物アレルギーの診療に当たっては、~~「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2005（平成15～17年度厚生労働科学研究）」~~「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き2011（平成21～23年度厚生労働科学研究）」を参考とすること。

（５）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験

（１）　貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被疑薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる。

（２）　検査を行うに当たっては、内服・点滴誘発試験の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

~~Ｄ２９３　シンチグラム（画像を伴わないもの）~~

~~「４」の肺局所機能検査、脳局所血流検査については、炭酸ガス等を用いて検査を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。ただし、使用した炭酸ガスの費用は、別に算定する。~~

［内視鏡検査に係る共通事項（区分番号「Ｄ２９５」から区分番号「Ｄ３２５」まで）］

（１）　本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査実施加算は、所定点数に含まないものとする。

（２）　内視鏡検査の「通則２」による算定において、区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査~~ファイバースコピー~~の「１」イ、ロ及びハ~~から「３」~~については、同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（３）　「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する内視鏡検査（区分番号「Ｄ３２４」及び「Ｄ３２５」を除く。以下、「通則５」に係る留意事項において、「内視鏡検査」と言う。）の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（ア~~イ~~）　休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急内視鏡検査の場合

（イ~~ロ~~）　初診又は再診に引き続いて、内視鏡検査に必要不可欠な検査等を行った後速やかに内視鏡検査（休日に行うもの又はその開始時間（患者に対し直接施療した時をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から内視鏡検査の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該内視鏡検査の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

（４）　「通則５」の入院中の患者に対する内視鏡検査の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急内視鏡検査を行った場合又は開始時間が深夜である緊急内視鏡検査を行った場合に算定できる。

ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

（５）　「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「Ａ０００」初診料の注９~~ヲ~~又は区分番号「Ａ００１」再診料の注７~~ヘ~~に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算は算定しない。

（６）　「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算に係る「所定点数」とは、区分番号「Ｄ２９５」から「Ｄ３２３」に掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数であり、内視鏡検査の通則における費用は含まない。ただし、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の検査である場合「所定点数」は、区分番号「Ｄ２９５」から「Ｄ３２３」に掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数の100分の90に相当する点数とする。

（７~~８~~）　内視鏡検査に際して第２章第11部に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算定する。

（８~~９~~）　内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、区分番号

「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（9~~5~~）　処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。

（10~~6~~）　内視鏡検査当日に、検査に関連して行う第６部第１節第１款の注射実施料は別に算定できない。

（11~~7~~）　区分番号「Ｄ２９５」関節鏡検査から区分番号「Ｄ３２５」肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法までに掲げる内視鏡検査は、次により算定する。

ア　生検用ファイバースコピーを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、１回の内視鏡検査について区分番号「Ｄ４１４」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。

イ　互いに近接する部位の２以上のファイバースコピー検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。

ウ　内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっても、区分番号「Ｅ０００」透視診断は算定しない。

エ　写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を10円で除して得た点数を加算して算定するが、区分番号「Ｅ００２」撮影及び区分番号「Ｅ００１」写真診断は算定しない。

オ　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（12~~8~~）　区分番号「Ｄ３０６」食道ファイバースコピー、「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピー、「Ｄ３１０」小腸内視鏡検査~~ファイバースコピー~~、「Ｄ３１２」直腸ファイバースコピー又は「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査~~ファイバースコピー~~を行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。

（13~~9~~）　内視鏡検査を行うにあたっては、関係学会のガイドライン等に基づき、必要な消毒及び洗浄を適切に行うこと。

（14）　鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等で患者の全身状態の把握を行うこと。

Ｄ２９６－２　鼻咽腔直達鏡検査

鼻咽腔直達鏡検査は、区分番号「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーと同時に行った場合は算定できない。

Ｄ２９８　嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー

嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。

Ｄ２９８－２　内視鏡下嚥下機能検査

（１）　内視鏡下嚥下機能検査は、嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する。

（２）　内視鏡下嚥下機能検査、区分番号「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバ

ースコピー及び区分番号「Ｄ２９９」喉頭ファイバースコピーを２つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する。

~~（３）　消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる患者に対して、区分番号「Ｄ３１０」小腸ファイバースコピー「２」カプセル型内視鏡によるものを実施する前に、カプセル型内視鏡と形・大きさが同一の造影剤入りカプセルを患者に内服させ、消化管の狭窄や狭小化を評価した場合は、一連の検査につき１回に限り、内視鏡下嚥下機能検査の所定点数に準じて算定する。また、これとは別に区分番号「Ｅ００１」写真診断及び区分番号「Ｅ００２」撮影を別途算定できる。~~

Ｄ３０２　気管支ファイバースコピー

「注」の気管支肺胞洗浄法検査加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

Ｄ３０４　縦隔鏡検査

縦隔鏡検査は、主に胸部（肺及び縦隔）の疾病の鑑別、肺癌の転移の有無、手術適応の決定のために用いられるものをいう。

Ｄ３０６　食道ファイバースコピー

（１）　「注」の粘膜点墨法とは、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるものである。

（２）　表在性食道がんの診断のための食道ヨード染色法は、粘膜点墨法に準ずる。ただし、染色に使用されるヨードの費用は、所定点数に含まれる。

（３）　「注２」の狭帯域光強調加算は、拡大内視鏡を用いた場合であって、狭い波長帯による画像を利用した観察を行った場合に算定できる。

Ｄ３０７　胃鏡検査、ガストロカメラ

胃鏡検査とガストロカメラは併せて算定できない。

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査~~ファイバースコピー~~

（１）　「３~~２~~」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。

ア　カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

イ　カプセル型内視鏡の適用対象（患者）については、薬事法承認にて認められた適用対象（患者）に対して使用すること。

ウ　カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（２）　小腸内視鏡検査~~ファイバースコピー~~は、２種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「３~~２~~」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「１」のダブルバルーン内視鏡によるもの又は「２」のシングルバルーン内視鏡によるものを行った場合においては、いずれの点数も算定する。

Ｄ３１０－２　消化管通過性検査

消化管通過性検査は、消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる患者に対して、区分番号「Ｄ３１０」小腸内視鏡検査の「３」カプセル型内視鏡によるものを実施する前に、カプセル型内視鏡と形・大きさが同一の造影剤入りカプセルを患者に内服させ、消化管の

狭窄や狭小化を評価した場合に、一連の検査につき１回に限り算定する。また、区分番号「Ｅ００１」の写真撮影及び区分番号「Ｅ００２」の撮影は別に算定できる。

Ｄ３１１　直腸鏡検査

（１）　直腸鏡検査を、区分番号「Ｄ３１１－２」肛門鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

（２）　肛門部の観察のみを行った場合は、直腸鏡検査ではなく、区分番号「Ｄ３１１－２」肛門鏡検査を算定する。

（３）　コロンブラッシュ法は、直腸鏡検査の所定点数に、検鏡診断料として沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は、区分番号「Ｎ００４」細胞診（１部位につき）の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製（１臓器につき）の所定点数を併せて算定する。

Ｄ３１１－２　肛門鏡検査

肛門鏡検査を、区分番号「Ｄ３１１」直腸鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

Ｄ３１３　大腸内視鏡検査

（１）　「２」のカプセル型内視鏡によるものは以下のいずれかに該当する場合に限り算定する。

イ　大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に用いた場合

ロ　大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合等、器質的異常により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者に用いた場合

（２）　同一の患者につき、「１」のファイバースコピーによるものと「２」のカプセル型内視鏡によるものを併せて２回以上行った場合には、主たるもののみ算定する。ただし、（１）のイに掲げる場合は、併せて２回に限り算定する。

（３）　「２」のカプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

（４）　「２」のカプセル型内視鏡により大腸内視鏡検査を実施した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。さらに、（１）のイの場合は大腸ファイバースコピーを実施した日付を明記し、（１）のロの場合は大腸ファイバースコピーが実施困難な理由を明記すること。

Ｄ３１４　腹腔鏡検査

（１）　人工気腹術は、腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあっては、別に算定できない。

（２）　腹腔鏡検査を、区分番号「Ｄ３１５」腹腔ファイバースコピーと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

Ｄ３１７　膀胱尿道ファイバースコピー

（１）　膀胱尿道ファイバースコピーは軟性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

（２）　膀胱尿道ファイバースコピーを必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３）　膀胱尿道ファイバースコピーにインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「Ｄ２８

９」その他の機能テストの「２」の所定点数を併せて算定する。

（４） 膀胱尿道ファイバースコピーについては、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

Ｄ３１７－２　膀胱尿道鏡検査

（１） 膀胱尿道鏡検査は硬性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

（２） 膀胱尿道鏡検査を必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３） 膀胱尿道鏡検査にインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「Ｄ２８９」その他の機能テストの「２」の所定点数を併せて算定する。

（４） 膀胱尿道鏡検査については、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

なお、膀胱のみ又は尿道のみの観察では所定点数は算定できない。

Ｄ３１８　尿管カテーテル法（両側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検索を行った場合に算定できるもので、同時に行う区分番号「Ｄ３１７」膀胱尿道ファイバースコピー及び区分番号「Ｄ３１７－２」膀胱尿道鏡検査を含む。

なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

Ｄ３１９　腎盂尿管ファイバースコピー（片側）

腎盂尿管ファイバースコピーの所定点数には、ファイバースコープを用いた前部尿道から腎盂までの一連の検査を含む。

Ｄ３２０　ヒステロスコピー

ヒステロスコピーに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

Ｄ３２４　血管内視鏡検査

区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ３２５　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

（１） 造影剤を使用した場合においても、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

（２） 検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

第４節　診断穿刺・検体採取料

１　各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において２か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。

２　診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

３　同一日に実施された下記に掲げる穿刺と同一の処置としての穿刺については、いずれか一方のみ算定する。

（１） 脳室穿刺

（２） 後頭下穿刺

（３） 腰椎穿刺、胸椎穿刺又は頸椎穿刺
（４） 骨髄穿刺
（５） 関節穿刺
（６） 上顎洞穿刺並びに扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺
（７） 腎嚢胞又は水腎症穿刺
（８） ダグラス窩穿刺
（９） リンパ節等穿刺
(10) 乳腺穿刺
(11) 甲状腺穿刺

４　区分番号「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検から区分番号「Ｄ４１３」前立腺針生検法までに掲げるものをＣＴ透視下に行った場合は、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の所定点数を別途算定する。ただし、第２章第４部第３節コンピューター断層撮影診断料の通則２に規定する場合にあっては、通則２に掲げる点数を算定する。

Ｄ４００　血液採取

血液採取に係る乳幼児加算は、「１」の静脈及び「２」のその他のそれぞれについて加算するものである。

Ｄ４０４－２　骨髄生検

骨髄生検は、骨髄生検針を用いて採取した場合にのみ算定できる。骨髄穿刺針を用いた場合は区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺の所定点数により算定する。

Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検

（１） 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。
（２） センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同一日に行う場合は、区分番号「Ｋ４７６」乳腺悪性腫瘍手術の注１又は注２で算定する。
（３） センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤として算定する。
（４） 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。
（５） 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。

Ｄ４１２　経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分番号「Ｄ４０４－２」、区分番号「Ｄ４０９」、区分番号「Ｄ４１０」、区分番号「Ｄ４１１」及び区分番号「Ｄ４１３」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視（ＣＴ透視を除く。）、心電図及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

Ｄ４１４　内視鏡下生検法

「１臓器」の取扱いについては、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製（１臓器につき）に準ずる。

Ｄ４１４－２　超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）

（１）　超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）はコンベックス走査型超音波内視鏡を用いて、経消化管的に生検を行った場合に算定できる。

（２）　採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「１」に掲げる超音波内視鏡加算は所定点数に含まれ、算定できない。

Ｄ４１５　経気管肺生検法

（１）　経気管肺生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

（２）　経気管肺生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

（３）　区分番号「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

（４）　ＣＴ透視下とは、気管支鏡を用いた肺生検を行う場合に、ＣＴを連続的に撮影することをいう。またこの場合、ＣＴに係る費用は別に算定できる。

Ｄ４１５－２　超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）

（１）　超音波気管支鏡（コンベックス走査方式に限る。）を用いて行う検査をいい、気管支鏡検査及び超音波に係る費用は別に算定できない。

（２）　採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

（３）　当該検査と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

Ｄ４１６　臓器穿刺、組織採取

「２」の開腹による臓器穿刺、組織採取については、穿刺回数、採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず、１回として算定する。

Ｄ４１９　その他の検体採取

（１）　「１」の胃液・十二指腸液採取については、１回採取、分割採取にかかわらず、この項の所定点数により算定するものとし、ゾンデ挿入に伴いエックス線透視を行った場合においても、エックス線透視料は、別に算定しない。

（２）　「２」の胸水・腹水採取の所定点数には、採取及び簡単な液検査（肉眼的性状観察、リバルタ反応、顕微鏡による細胞の数及び種類の検査）の費用が含まれる。

なお、塗抹染色顕微鏡検査を行った場合は、区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により、血液化学検査を行った場合は、区分番号「Ｄ００４」穿刺液・採取液検査の「19」その他により、細胞診検査を行った場合は、区分番号「Ｎ００４」細胞診により算定する。

（３）　「４」の前房水採取については、内眼炎等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定する。

（４）　人工腎臓、人工心肺等の回路から動脈血採取を行った場合の採血料は算定できない。

（５）　副腎静脈サンプリング（一連につき）

ア　原発性アルドステロン症及び原発性アルドステロン症合併クッシング症候群の患者に対して、副腎静脈までカテーテルを進め、左右副腎静脈から採血を行った場合に算定する。

イ　副腎静脈サンプリング実施時に副腎静脈造影を行った場合においては、血管造影等の

エックス線診断の費用は、別に算定しない。

ウ　副腎静脈サンプリングで実施する血液採取以外の血液採取は、別に算定できない。

第４部　画像診断

＜通則＞

１　薬剤料

（１）　画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方せん料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。

（２）　画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分番号「Ｅ３００」に掲げる薬剤料により算定する。

２　画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第４節薬剤料の規定に基づき算定できる。

３　時間外緊急院内画像診断加算

（１）　保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。

（２）　画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「Ａ０００」初診料の時間外加算等における定義と同様であること。

（３）　同一患者に同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても１回のみの算定とする。

（４）　入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。

（５）　時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注~~７~~９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７~~６~~に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（６）　時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。

（７）　緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせることができないような重篤な場合をいう。

４　画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。

５　画像診断管理加算

画像診断管理加算１は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師~~日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）~~に限る。）が

読影及び診断を行い、~~読影~~その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算２は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師~~日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）~~に限る。）が読影及び診断を行い、その~~読影~~結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「６」又は「７」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

６　遠隔画像診断による画像診断管理加算

（１）　遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

（２）　遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算１は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算２は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師（地方厚生局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

第１節　エックス線診断料

１　エックス線診断に係る一般的事項

（１）　エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

（２）　「２」又は「３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔につい

ては、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

（３）　「２」又は「３」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後２～３時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。

ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第１の写真診断を行った後に別種の第２の撮影、診断の必要性を認めて第２の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第２の診断についても100分の50とはしない。

（４）　「２」の「２以上のエックス線撮影」とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち２種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、１種の撮影として扱う。

（５）　「３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

（６）　特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて１回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに１回とする。

（７）　次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「３」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「３」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれについて同時に２枚以上のフィルムが使用されれば「３」の適用となること。

ア　脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ　胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ　胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ　消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ　耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンバー法及びマイヤー法のうち、２方法以上の撮影を併せて実施した場合

（８）　耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

（９）　２枚目以降100分の50で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例　２枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

［診断料］　85点＋85点×0.5 ＝　127.5点　→（四捨五入）→　128点

［撮影料］　68点＋68点×0.5 ＝　102点

３枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

［診断料］　85点＋85点×0.5 × 2＝　170点

［撮影料］　68点＋68点×0.5 × 2＝　136点

２枚の胸部アナログエックス線間接撮影を行った場合

［診断料］　85点×0.5＋85点×0.5×0.5＝63.75点 →（四捨五入）→　64点

［撮影料］　60点×0.5＋60点×0.5×0.5＝　45点

(10)　デジタル撮影

デジタル撮影とは、エックス線撮影後、画像情報のデジタル処理を行うことが可能なものをいい、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピューテッド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法による。

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

２　電子画像管理加算

（１）　「４」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

（２）　電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に２種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。

（３）　電子画像管理加算は、他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

Ｅ０００　透視診断

（１）　本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。

（２）　造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても１回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、２回以上として算定できる。その基準は概ね２時間に１回とする。

Ｅ００１　写真診断

（１）　他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない。）別に１回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば２回として算定できる。

ただし、１つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず１回として算定する。

（２）　写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、それぞれ「１」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「１」の「イ」により算定する。

（３） 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

（４） イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

Ｅ００２　撮影

（１） 高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「１」の単純撮影として算定する。

（２） エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作製の費用として、一連につき、「１」及び区分番号「Ｅ４００」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作製の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。

（３） 特殊撮影とは、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の１つとみなされる場合であっても、第１節エックス線診断料の「２」の適用の対象とする。

（４） 撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

（５） 造影剤使用撮影時の算定方法

ア　造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影をいう。

イ　二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。

ウ　椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて１～３か所注入し、四ツ切フィルム２枚のエックス線写真診断を行った場合は、「３」により算定する。

エ　高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「３」により算定する。

オ　子宮卵管造影法による検査は、区分番号「Ｅ００１」写真診断の「３」、区分番号「Ｅ００２」撮影の「３」、区分番号「Ｅ００３」造影剤注入手技の「６」の「ロ」、区分番号「Ｅ３００」薬剤及び区分番号「Ｅ４００」フィルムにより算定する。

（６） 乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ２方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。

（７） 「注２」により新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の所定点数とは、「１」、「２」、「３」（「注３」による加算を含む。）又は「４」の点数（間接撮影の場合は100分の50に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算又は乳幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例　単純撮影（デジタル撮影）における新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の端数処理の例

１枚撮影の場合

［新生児加算］　68点×1.3 ＝88.4点 →（四捨五入）→　88点

［乳幼児加算］　68点×1.15＝78.2点 →（四捨五入）→　78点

３枚撮影の場合

［新生児加算］　68点×1.3 ＋68点×1.3 ×0.5×2＝176.8点 →（四捨五入）→177点

［乳幼児加算］　68点×1.15＋68点×1.15×0.5×2＝156.4点 →（四捨五入）→156点

Ｅ００３　造影剤注入手技

（１）　造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技の「１」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。

（２）　「３」の動脈造影カテーテル法及び「４」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。

（３）　「３」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず１回に限り算定できる。

総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても一連の主要血管として所定点数は１回に限り算定する。

（４）　静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。

（５）　「６」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。

（６）　「６」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。

（７）　経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分番号「Ｄ３１４」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分番号「Ｅ００３」の「６」の「ロ」により算定する。

（８）　精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「Ｋ８２９」により算定する。

（９）　造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。

(10)　リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分番号「Ｋ６２６」リンパ節摘出術の「１」により算定する。

Ｅ００４　基本的エックス線診断料

（１）　基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算定を行うものである。

（２）　１月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。

（３）　写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。

（４）　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、一連の撮影ごとに第１節のエックス線診断料通則の「４」に規定する電子画像管理加算を別に算定できる。

（５）　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分番号「Ｅ００２」の「１」の所定点数を算定できる。

（６）　基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。

（７）　単純撮影を２枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。

（８）　入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（９）　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

第２節　核医学診断料

１　核医学診断に係る一般的事項

「１」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「Ｅ１００」から区分番号「Ｅ１０１－5 ~~3~~」までに掲げる所定点数及び区分番号「Ｅ１０２」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

２　「３」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

３　ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

Ｅ１００　シンチグラム（画像を伴うもの）

~~（１）~~「注３」の加算における所定点数には「注２」による加算は含まれない。

~~（２）　乳房用ポジトロン断層撮影は、乳房専用のＰＥＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいい、本区分「３」及び区分番号「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）の所定点数を併せて算定する。~~

~~（３）　乳房用ポジトロン断層撮影は、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。~~

~~（４）　乳房用ポジトロン断層撮影は、^{18}ＦＤＧを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診~~

~~断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。~~

~~（５）　乳房用ポジトロン断層撮影は、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影の「２」^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）の「２」^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影を併せて同日に行った場合に限り算定する。なお、^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

~~（６）　乳房用ポジトロン断層撮影は、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影又は区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ている保険医療機関に限り算定できる。~~

~~（７）　乳房用ポジトロン断層撮影は、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影又は区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ている保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。~~

Ｅ１０１　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

（１）　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（２）　「注２」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注３」の加算を含まない点数である。

（３）　「注３」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注２」の加算を含まない点数である。

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

（１）　ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（２）　^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん若しくは心疾患の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断又は転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
２．心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。

3.悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

（3） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。

（4） 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（5） ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（6） ^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（7） ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに^{18}ＦＤＧ並びに^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（8） ^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

（1） ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、Ｘ線ＣＴ組合せ型ポジトロンＣＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。

（2） 同一月に、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ１０１－２」の届出を行っていなくても差し支えない。

（3） ^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかんの診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影~~に係るもの~~を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「Ｅ１０１－２」により算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
２．悪性腫瘍（早期胃癌を除き、	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診

悪性リンパ腫を含む。）	断が確定できない患者に使用する。

（４） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。

（５） 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の「注３」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

（６） 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（７） ^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（８） ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~（９） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、ＰＥＴ装置とＭＲＩ装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。~~

~~（10） 同一月に、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ１０１－２」の届出を行っていなくても差し支えない。~~

~~（11） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影については、^{18}ＦＤＧを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影に係るものを除く。~~

~~（12） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の「注３」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。~~

~~（13） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影による画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。~~

~~（14） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影又は区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ている保険医療機関に限り算定できる。~~

Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

（１）　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、ＰＥＴ装置とＭＲＩ装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　同一月に、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ１０１－２」の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。

（３）　18ＦＤＧを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。

（４）　撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の「注３」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

（５）　当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（６）　１８ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、１８ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。１８ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｅ１０１－５　乳房用ポジトロン断層撮影

（１）　乳房用ポジトロン断層撮影とは、乳房専用のＰＥＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものを言う。また、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　18ＦＤＧを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。

（３）　区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影の「２」18ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「２」18ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）又は区分番号「Ｅ１０１－４」のポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連につき）と併せて同日に行った場合に限り算定する。

（４）　１８ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、１８ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した

上で実施すること。１８ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｅ１０２　核医学診断

（１）　核医学診断料は、実施した区分番号「Ｅ１００」から区分番号「Ｅ１０１－５~~８~~」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施する日に算定する。

（２）　同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

１　コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

（１）　同一月に区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）又は区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、２回目以降として「２」の例により算定する。

（２）　開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影について、「２」により算定する。

２　「３」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

３　「４」の加算における所定点数には、区分番号「Ｅ２００」の「注３」及び区分番号「Ｅ２０２」の「注３」による加算が含まれる。「２」における所定点数には、注に掲げる加算は含まれない。

Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）

（１）　コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（２）　「１」の「イ」、「ロ」、「ハ」及び「ニ」並びに「２」に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

（３）　「１」のＣＴ撮影の「イ」、「ロ」及び「ハ」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型、16列以上64列未満のマルチスライス型又は４列以上16列未満のマル

チスライス型のＣＴ装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。

（４）　「１」の「イ」について、64列以上のマルチスライス型の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない場合には、「ロ」として届け出たうえで、「ロ」を算定すること。

（５）　「注３」に規定する「１」のＣＴ撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合を除く。

（６）　造影剤を使用しないＣＴ撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（７）　造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

（８）　「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。

（９）　「注６」の外傷全身ＣＴとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したＣＴ撮影をいう。

(10)　「注７」に規定する大腸ＣＴ撮影加算

ア　他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「１」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、大腸のＣＴ撮影を行った場合に算定する。

なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をＣＴ撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸ＣＴ撮影に係る「注３」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号「Ｌ００８」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ　アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注３」の加算を別に算定できる。

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）

（１）　磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（２）　「１」、「２」及び「３」に掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

（３）　「１」及び「２」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、３テスラ以上又は1.5テスラ以上３テスラ未満のＭＲＩ装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。

（４）　「１」の３テスラ以上の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当しない場合には、「２」として届け出たうえで、「２」を算定すること。

（５）　「注３」に規定する「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

（６）　造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（７） 造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

（８） 「注４」に規定する心臓ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。

（９） ＭＲＩ対応型ペースメーカー、ＭＲＩ対応型植込型除細動器又はＭＲＩ対応型両室ペーシング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してＭＲＩ撮影を行う場合、別に厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「ＭＲＩ対応植込み型デバイス患者のＭＲＩ検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行うこと。

（10） ＭＲＩ対応型ペースメーカー、ＭＲＩ対応型植込型除細動器又はＭＲＩ対応型両室ペーシング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してＭＲＩ撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード（製造販売業者が発行する「条件付きＭＲＩ対応ペースメーカーカード」、「条件付きＭＲＩ対応ＩＣＤカード」又は「条件付きＭＲＩ対応ＣＲＴ－Ｄカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録に貼付すること。

Ｅ２０３　コンピューター断層診断

（１） コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。

（２） 同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

（３） 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、初診料を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

第５部　投薬

＜通則＞

１　投薬の費用は、第１節調剤料、第２節処方料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第６節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第５節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。

なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。

２　別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

３　投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。

４　患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

５　保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。

６　入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。

７　外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

８　被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

第１節　調剤料

Ｆ０００　調剤料

（１）　入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、１回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「１」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

（２）　トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の１日量６錠３日分は、18錠分を１調剤の薬剤料として算定する。

（３）　外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

（４）　「注1」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は１処方につき１点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は１日につき１点を所定点数に

加算する。なお、コデインリン酸塩散１％のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

（５）　「注１」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア　毒薬とは薬事法第44条第１項の規定（同施行規則第204条、別表第３）による毒薬をいう。

イ　向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第２条第６号の規定（同法別表第３）による向精神薬をいう。

（６）　「注２」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

第２節　処方料

Ｆ１００　処方料

（１）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

（２）　「１」について

ア　当該保険医療機関が、１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を４種類以上又は抗精神病薬を４種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合には、「１」の所定点数は算定せず、「２」又は「３」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「１」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

(イ)　精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した６か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、初診日を記載すること。

(ロ)　向精神薬多剤投与に該当しない期間が１ヶ月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した３か月間。（年２回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ)　臨時に投与した場合。（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が２週間以内又は14回以内のものをいう。１回投与量については、１日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(ニ)　抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師と

して別添●の様式●を用いて地方厚生（支）局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

① 臨床経験を５年以上有する医師であること。

② 適切な保険医療機関において３年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第３条の規定に基づき，疾病，傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「（１） 疾病，傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙●を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に１回、向精神薬多剤投与の状況を別添●の様式●を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

（３~~２~~） 「２」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「Ｆ２００」薬剤の「注３~~２~~」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「２」で算定する。

（４~~３~~） 「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「Ｆ２００」薬剤の（６~~４~~）に準じるものとする。

（５~~４~~） 「注２」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、１処方につき１点を所定点数に加算する。

（６~~５~~） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注４」による乳幼児加算を算定することができる。

（７~~６~~） 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合は、月１回に限り１処方につき65点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「Ｆ１００」処方料と区分番号「Ｆ４００」処方せん料を算定する場合にあっては、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方せん料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。

ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ　イに該当する場合以外の場合には、月２回に限り１処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて２回を限度とする。

オ　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ　特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

（８~~ヲ~~）　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア　「注７」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ　同一暦月に区分番号「Ｆ１００」処方料と区分番号「Ｆ４００」処方せん料を算定する場合にあっては、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方せん料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ　加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

（９）　「注８」については、区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」又は「注３」、区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」又は「注３」を算定する保険医療機関において、以下のアからキまでに定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

ア　薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ　薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ　薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ　薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ　薬効分類が黄体ホルモン剤のもので、思春期早発症に対して用いた場合

カ　薬効分類がビタミンＤ剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

キ　薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニスケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

ク　アからキの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからキに該当する疾患に対して用いた場合

（10）　「注９」については、区分番号「Ｆ０００」調剤料の（６）に準じるものとする。

第３節　薬剤料

Ｆ２００　薬剤

（１）　「注２」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(２)に準じるものとする。

（２）　「注２」の算定は、外来の場合に限る。なお、１処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

（３~~１~~）　「注３」について、１回の処方において、２種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き１剤として算定する。

ア　配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ　固形剤と内用液剤の場合

ウ　内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

（４~~２~~）　「注１」における「その他の特定の疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患をいう。

（５~~３~~）　特別入院基本料（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を含む。）を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第１章第２部入院料等の通則の例に準じる。

（６~~４~~）　「注３」の多剤投与の場合の算定

ア　「注３~~２~~」の算定は、外来の場合に限り、１処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、１処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

（イ）　錠剤、カプセル剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ロ）　散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ハ）　(ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、１種類とする。

（ニ）　薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、１種類とする。

イ　「注３~~２~~」の「所定点数」とは、１処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ　「注３~~２~~」の算定は、常態として投与する内服薬が７種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ　ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が２週間以内のものをいい、２週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ　臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

（７~~５~~）　ビタミン剤

ア　「注３」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ　ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投

与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

（イ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB_{12}の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

（ロ） 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

（ハ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

（ニ） 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

（ホ） 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

（８） 「注４」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の（９）に準じるものとする。

（９） 「注７」については、区分番号「Ｆ０００」調剤料の（６）に準じるものとする。

第５節

Ｆ４００ 処方せん料

（１） 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、１回として算定する。

（２） 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に２枚以上の処方せんを交付した場合は、１回として算定する。

（３） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができる。

（４） 「１」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の（２）に準じるものとする。

（５~~４~~） 「２」において、処方せん料における内服薬の種類については、区分番号「Ｆ２００」薬剤の「注３~~２~~」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「２」で算定する。

（６~~５~~） 「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについてはＦ２００薬剤の（４）に準じるものとする。

（7 ~~6~~） 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

（8 ~~7~~） 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「Ｆ１００」処方料の（6 ~~5~~）、（7 ~~6~~）又は（8 ~~7~~）に準じるものとする。

（9） 「注２」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の（９）に準じるものとする。

（10 ~~8~~） 「注６」に規定する加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せんを交付した場合に限り算定できる。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方せんに１品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定できる。

また、一般名処方を行った場合の（5 ~~4~~）の取扱いにおいて、「種類」の計算にあたっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

（11） 「注８」については、区分番号「Ｆ０００」調剤料の（６）に準じるものとする。

（12 ~~9~~） 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録に貼付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に４回に限られる。

第６節　調剤技術基本料

Ｆ５００　調剤技術基本料

（１） 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者１人につき、月１回に限り算定する。

（２） 同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

（３） 同一月に区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料又は区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

（４） 院内製剤加算

ア 「注３」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

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

（ロ） 散剤を調剤した場合

（ハ） 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

（ニ） １種類のみの医薬品を水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合を除く。）

イ　上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

（イ）　同一剤形の２種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

（ロ）　安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

（ハ）　調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ　ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

（５）　「注５」については、区分番号「Ｆ０００」調剤料の（６）に準じるものとする。

第６部　注射

＜通則＞

１　注射に係る費用は、第１節注射料、第２節薬剤料及び第３節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

２　生物学的製剤注射加算

（１）　「通則３」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。

ア　㊔乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
イ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）
ウ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
エ　肺炎球菌ワクチン
オ　沈降破傷風トキソイド

カ　㊔ガスえそウマ抗毒素
キ　乾燥ガスえそウマ抗毒素

ク　㊔乾燥ジフテリアウマ抗毒素
ケ　㊔乾燥破傷風ウマ抗毒素
コ　㊔乾燥はぶウマ抗毒素
サ　㊔乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
シ　㊔乾燥まむしウマ抗毒素

（２）　区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則３」の加算を算定できる。

３　精密持続点滴注射加算

（１）　「通則４」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて１時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。

（２）　１歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定する。

（３）　区分番号「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

（４）　区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

４　外来化学療法加算

（１）　「通則６」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定する。同一日に外来化学療法加算Ａと外来化学療法加算Ｂは併せて算定できない。

（２） 外来化学療法加算１を届出た保険医療機関において外来化学療法加算１を算定するにあたり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算１及び２は算定できない。

（３） 外来化学療法加算Ａは、薬効分類上の腫瘍用薬~~添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」欄に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬~~を、区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定する。なお、この場合において、引き続き薬効分類上の腫瘍用薬を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

（４） 外来化学療法加算Ｂは、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り~~外来化学療法加算Ａ以外の抗悪性腫瘍剤（ホルモン効果を持つ薬剤を含む。）を投与した場合に~~算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

５ 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則３」、「通則４」及び「通則５」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第２節薬剤料は算定せず、第１節注射料及び第３節特定保険医療材料料のみ算定する。

６ 心臓内注射及び痔核注射等の第１節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第２節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第２章第９部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第２章第５部投薬の区分番号「Ｆ２００」薬剤の（４~~２~~）、（５~~３~~）及び（７~~５~~）の例による。

７ 区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、~~又は~~区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち２以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

８ 区分番号「Ｇ００４」点滴注射~~及び~~、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換

等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

９　人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第１節　注射料

＜通則＞

注射料は、第１款注射実施料及び第２款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、６歳未満の乳幼児である入院患者に対する１日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

第１款　注射実施料

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定できる。

（２）　涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腟部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

（３）　区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００２　動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入

（１）　ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料は除く。）は算定できない。

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

（１）　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月１回に限り算定できる。

Ｇ００４　点滴注射

（１）　６歳未満の乳幼児に対する１日分の注射量が100mL未満の場合及び６歳以上の者に対する１日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、３に掲げる所定点数で算定する。

（２）　「注射量」は、次のように計算する。

ア　点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。

イ　同一の者に対して、点滴注射を１日に２回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量。

（３）　血漿成分製剤加算

ア　「注３」に規定する「文書による説明」とは、１回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね１週間毎）に、別紙様式20又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

イ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

ウ　緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。

エ　「注３」に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成21年２月20日薬食発第0220002号）を遵守するよう努めるものとする。

（４）　区分番号「Ｃ１０１」、区分番号「Ｃ１０４」、区分番号「Ｃ１０８」又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射

（１）　中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養

又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(Ⅰ)若しくは入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(Ⅱ)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

（２）　「注１」に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「Ｇ００４」点滴注射の(３)に規定する血漿成分製剤加算の例による。

（３）　区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入

（１）　中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

（２）　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（３）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（４）　区分番号「Ｃ１０４」、区分番号「Ｃ１０８」又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

（５）　緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。

（６）　中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

（１）　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（２）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（３）　区分番号「Ｃ１０４」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」

に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

Ｇ００５－４　カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

（１）　本カテーテルの材料料及び手技料は１週間に１回を限度として算定できる。

（２）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

~~（３）　集中治療室等において、クモ膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害に伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合は、本区分の所定点数に準じて算定できる。なお、（１）の規定にかかわらず、一連ともそれ１回の算定とする。~~

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射

（１）　植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。

（２）　植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(Ⅱ)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

Ｇ００９　脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１０　関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１２　結膜下注射

（１）　両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

（２）　結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則５」の加算は算定できない。

Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

Ｇ０１６　硝子体内注射

両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

第２款　無菌製剤処理料

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

（１）　無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整

備し、保管しておくこと。

（２）　無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。

（３）　無菌製剤処理料１のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を（１）に基づき記録すること。

（４）　無菌製剤処理料１のイの（１）に規定する揮発性の高い薬剤とは、次に掲げる成分を含有する製剤である。

ア　イホスファミド

イ　シクロホスファミド

ウ　ベンダムスチン塩酸塩

（５）　無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア　動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ　中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射~~栄養~~が行われる患者

第２節　薬剤料

Ｇ１００　薬剤

アレルゲン治療エキス及びアレルゲンハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第７部　リハビリテーション

＜通則＞

１　リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。

２　第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。

３　各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

４　区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21から別紙様式21の５までを参考にしたリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。また、リハビリテーションの開始時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」~~（運動器リハビリテーション料においては注５）~~にそれぞれ規定する場合を含む。）３か月に１回以上（特段の定めのある場合を除く。）患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」~~（運動器リハビリテーション料においては注５）~~にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「ＦＩＭ」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「ＢＩ」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

４の２　疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続

して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」~~（運動器リハビリテーション料においては注５）~~にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後３か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

４の３　同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、一つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、~~又は~~区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

５　届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

６　疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において、「１単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が１単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

７　疾患別リハビリテーション料は、患者１人につき１日合計６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日合計９単位）に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料~~（Ⅰ）~~、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料~~（Ⅰ）~~、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料~~（Ⅰ）~~又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料~~（Ⅰ）~~を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

８　疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持

つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、それぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、１日の算定単位数は前項の規定による。

９　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」~~（運動器リハビリテーション料においては注５）~~にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ、ＢＩ、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008年９月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年２月中旬まで１日５単位週４日程度のリハビリテーションを実施し、ＢＩは45点から65点に改善を認めた。３月末に標準的算定日数を超えるが、ＢＩの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、１か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

（１）　心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」（Circulation Journal Vol.66,Supple.Ⅳ, 2002：1194）に基づいて実施すること。

（２）　心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア　急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭

心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。

イ　慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

（イ）　慢性心不全であって、左室駆出率40％以下、最高酸素摂取量が基準値80％以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ＢＮＰ）が80pg/mL以上の状態のもの

（ロ）　末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

（３）　心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、１回１時間（３単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、１日当たり１時間（３単位）以上、１週３時間（９単位）を標準とする。

（４）　心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の１人当たりの患者数は、それぞれ１回15人程度、１回５人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、１回20人程度、１回８人程度とする。

（５）　当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を１単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。

（６）　心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分番号「Ｄ２０８」に掲げる心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「Ｄ２２０」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

（７）　標準的算定日数を超えた患者については、「注４」に規定するとおり、１月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際~~には~~、入院中の患者以外の患者にあっては、~~当該患者が~~介護保険による~~訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションにまる~~リハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

~~(８)~~　「注２」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

（９）　「注３」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に掲げる加算と別に算定することができる。

~~(10)~~　「注４」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

~~(11)~~　訓練を実施する場合、患者一人につき概ね３平方メートル以上の面積を確保すること。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置~~料~~の項により算定する。

（２）　脳血管疾患等リハビリテーション料のイに掲げる「ロ以外の場合」の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ　急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ　神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ　慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ　失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ　難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術等に

伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

ク~~キ~~　リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のＦＩＭ115以下、ＢＩ85以下の状態等のものをいう。

（３）　脳血管疾患等リハビリテーション料のロに掲げる「廃用症候群の場合」の対象となる患者は、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、ＦＩＭ115以下、ＢＩ85以下の状態等のものをいう。ただし、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者を除く。

（４）　脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（５）　急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ得点又はＢＩが10以上低下するような状態等に該当する場合をいう。

（６）　脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（７）　脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、１日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（８）　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が２人以上勤務しているものに限る。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(１)から(７)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の~~100点~~所定点数を算定できる。

（９）　脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩

マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

(10)　標準的算定日数を超えた患者については、「注４」に規定するとおり、１月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際~~には~~、~~当該患者が~~入院中の患者以外の患者であっては、介護保険による~~訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションにまる~~リハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、「注４」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40~~40~~歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(11)　廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のＡＤＬについて別紙様式22を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(12)　「注２」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

(13)　「注３」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注２」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院し

たもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した患者に限る。）に限る。）である。

(14)　入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注２」又は「注３」に掲げる加算を算定する場合にあっては、区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(15~~14~~)　「注４」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。なお、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等のうち入院中の患者以外の患者については、原則として平成28~~26~~年４月１日以降は「注４」の対象とはならないものとする。

(16)　「注５」に規定する過去１年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、「注４」に掲げる点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

（１）　運動器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置~~料~~の項により算定する。

（２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第一号に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

（３）　運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４）　運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

（５）　運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人

の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、１日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の~~80点~~所定点数を算定できる。

（７） 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の~~80点~~所定点数を算定できる。

（８） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の~~80点~~所定点数を算定できる。

（９） 標準的算定日数を超えた患者については、「注４~~５~~」に規定するとおり、１月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際~~には、当該患者が~~、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険による~~訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションにまる~~リハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、「注４~~５~~」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必

要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある４０歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(10)　「注２~~９~~」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

(11)　「注３~~４~~」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注３」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した患者に限る。）に限る。）である。

(12)　入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注２」又は「注３」に掲げる加算を算定する場合にあっては、区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(13~~12~~)　「注４~~５~~」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13~~１３~~単位以下であること。なお、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等のうち、入院中の患者以外のものについては、原則として平成28~~26~~年４月１日以降は「注４~~５~~」の対象とはならないものとする。

(14)　「注５」に規定する過去１年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、「注４」に掲げる点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

（１）　呼吸器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

（２） 呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）に対するＬＶＲＳ（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（ＤＰＢ）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の(イ)～(ハ)のいずれかに該当する状態であるものをいう。

（イ） 息切れスケール（Medical Research Council Scale）で２以上の呼吸困難を有する状態

（ロ） 慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態

（ハ） 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね１週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

（３） 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「Ｄ２００」から「Ｄ２０４」までに掲げる呼吸機能検査等、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査及び呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の費用が含まれる。

（４） 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

（５） 呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、１日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 標準的算定日数を超えた患者については、「注４」に規定するとおり、１月に13単位に限り呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる。なお、その際~~には、当該患者~~

~~が~~、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険による~~訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションにまる~~リハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40~~４０~~歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

（７）　「注２」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

（８）　「注３」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に掲げる加算とは別に算定することができる。

（９）「注４」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

（１）　リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

（２）　医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23から別紙様式23の４又はこれに準じた様式）を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

（３）　「注２」に掲げる入院時訪問指導加算は、区分番号「Ａ３０８」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前７日以内又は入院後７日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち１名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段

差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に１回に限り算定する。

（４） 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日に算定すること。

（５） なお、ここでいう退院後生活する患家等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれない。

（６） 当該加算を算定する場合には、別紙様式●又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付すること。

Ｈ００３－３　リハビリテーション総合計画提供料

（１） リハビリテーション総合計画提供料は、入院中に区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定した患者であって、退院時に区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料（Ｉ）を算定した者について、患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション総合実施計画を文書により提供した場合に算定する。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。

（２） 他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

Ｈ００４　摂食機能療法

（１） 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が１回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。

（２） 摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載すること。

（３） ~~治療開始日から３月以内に~~摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。

（４） 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

（５） 「注２」に掲げる経口摂取回復促進加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に算定できる。

（６） 「注２」に掲げる経口摂取開腹促進加算を算定する場合は、当該患者に対し、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士等の多職種によるカンファレンスを月に１回以上行うこと。内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレ

ンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７）　「注２」に掲げる経口摂取回復促進加算を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。

（８）　当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関等の医師及びその他職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又は家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。

（９）　「注２」に掲げる経口摂取回復促進加算を算定する月においては、区分番号「Ｄ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「Ｅ００３」造影剤注入手技の「７」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を記載したうえで、別に算定できる。

Ｈ００５　視能訓練

（１）　視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、１日につき１回のみ算定する。

（２）　斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。

（３）　実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載すること。

Ｈ００６　難病患者リハビリテーション料

（１）　難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支）局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず１日につき１回のみ算定する。

（２）　難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者（食事又はトイレに介助が必要な者）及び準要介護者（移動又は入浴に介助が必要な者）であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。

（３）　難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。

（４）　難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。

（５）　「注２」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なリハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算

して１月以内に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり40分以上、退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。

（６） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料

（１） 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

ア　児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２に規定する指定医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である保険医療機関

（２） 障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション料は、（１）に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア　脳性麻痺の患者

イ　胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ　顎・口腔の先天異常の患者

エ　先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ　先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ　先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ　神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク　言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

（３） 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

（４） 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分

番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

Ｈ００７－２　がん患者リハビリテーション料

（１）　がん患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置~~料~~の項により算定する。

（２）　がん患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を１単位として、１日につき６単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（３）　がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア　食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者

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

ウ　乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者

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

オ　原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者

カ　血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

キ　当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者

ク　在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、

症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

（４） がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「Ｈ００１」リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい。

（５） がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料

（１） 認知症患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、重度認知症の患者（区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る。）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年３月５日保医発0305第１号）の別添６の別紙12及び別紙13参照）におけるランクＭに該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。また、ここでいう認知症疾患医療センターとは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年７月４日老発0704第１号老健局長通知）に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

（２） 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（３） 認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者１人につき１日18人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。

（４） 認知症患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビ

リテーション計画を作成し、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。

（５）　認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料

（１）　集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。

（２）　集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、１人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。

（３）　集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士１人あたり１日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法３単位を疾患別リハビリテーション１単位とみなした上で、１日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。

（４）　集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

第８部　精神科専門療法

＜通則＞

精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第１節の精神科専門療法料と第２節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第１節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０００　精神科電気痙攣療法

（１）　精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、１日１回を限度として算定する。

（２）　精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。

（３）　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。

Ｉ００１　入院精神療法

（１）　入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この項において「対象精神疾患」という。）又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんがあるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。

（２）　入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医その他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。ただし、精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合にも、入院精神療法を算定できる。

（３）　入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。

（４）　患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中２回を限度として算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。

（５）　入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法(Ｉ)にあっては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診

療録に記載する。

（６） 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

（７） 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（８） 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。

（９） 入院精神療法（Ⅰ）を行った週と同一週に行われた入院精神療法（Ⅱ）は別に算定できない。

(10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて区分番号「Ｉ００４」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。

(11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

Ｉ００２　通院・在宅精神療法

（１） 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この項において「対象精神疾患」という。）又は対象精神疾患に伴い、知的障害、認知症、心身症及びてんかんのため社会生活を営むことが著しく困難なもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

（２） 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。

（３） 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

（４） 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定する。ただし、通院・在宅精神療法の「１」及び「２」（ロを除く。）は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定する初診の日（区分「Ａ０００」の初診料の「注５~~３~~」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が30分以上の~~を超えた~~場合に限り算定することとし、通院・在宅精神療法の「２」（ロに限る。）は、~~「１」以外の場合においては~~診療に要した時間が60~~５~~分以上の~~を超えた~~場合に限り算定する。この場合において診療に要した時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

（５） 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、~~又は~~30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「１」のイ又は「２」のイ、ロを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

（６） 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の

原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。

（７） 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。

（８） 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

（９） 入院中の患者以外の対象精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて区分番号「Ｉ００４」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。

(10) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法は算定できない。

(11) 通院・在宅精神療法の「１」のイ、「２」のイ、ロは、次のア、イ、ウのいずれか２つの要件を満たす、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。以下同じ。）~~が、~~に限り算定できる。なお、通院・在宅精神療法の「１」のイ及び「２」のイは、初診時に通院・在宅精神療法を行った場合に限り、初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分以上の~~を超えた~~場合に限り算定できる。

ア 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県（政令市の区域を含むものとする。以下本区分番号において同じ。）に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。

具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

（イ） 措置入院及び緊急措置入院時の診察

（ロ） 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察

（ハ） 精神医療審査会における業務

（ニ） 精神科病院への立ち入り検査での診察

（ホ） その他都道府県の依頼による公務員としての業務

イ 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)までの要件を合計して年６回以上行うこと。

（イ） 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む。）に協力していること。

（ロ） 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

（ハ） 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たすこと。

（イ） 時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ロ） 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

(12) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。

(13) 「注３」に規定する加算は、~~20歳未満の患者に対して~~必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日~~初診の日~~から起算して１年以内（区分番号「Ａ３１１－４」に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は２年以内）の期間に行った場合に限る。）に~~は~~、所定点数を加算する。

(14) 「注４」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月に１回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「Ｉ００２－２」精神科継続外来支援・指導料の「注４」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

Ｉ００２－２ 精神科継続外来支援・指導料

（１） 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

（２） 「注２」については、当該保険医療機関が、１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を４種類以上又は抗精神病薬を４種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合には、算定しない。ただし、区分番号「Ｆ１００」処方料(２)のアの(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合は算定することができる。

なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

（３） 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙●を参考にすること。

（４） 「注２」の規定については、平成26年10月１日より適用する。~~当該保険医療機関が抗不安薬を３剤以上又は睡眠薬を３剤以上処方した場合、「注２」の点数を算定する。抗不安薬と睡眠薬の種類については、薬価基準を参考にすること。~~

（５~~３~~） 「注３」に規定する加算は、「注１」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。

（６~~４~~） 「注４」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月１回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法の「注４」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

（７~~５~~） 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

（８~~６~~） 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（区分番号「Ａ０００」初診料の「注５~~３~~」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。

（９~~７~~） 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

Ｉ００３ 標準型精神分析療法

（１） 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月６回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。

（２） 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、１時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあっては区分番号「Ｉ００１」入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあっては区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法により算定する。

（３） 標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ００３－２ 認知療法・認知行動療法

（１） 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

（２） 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超

えて~~以上の~~治療が行われた場合に算定する。

（３） 一連の治療につき16回を限度として算定する。

（４） 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

（５） 認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

（６） 認知療法・認知行動療法の「１」は、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医がア、イ、ウのいずれか２つの要件を満たした場合に算定できる。

ア 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県（政令市の区域を含むものとする。以下本区分番号において同じ。）に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)のいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

（イ） 措置入院及び緊急措置入院時の診察

（ロ） 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察

（ハ） 精神医療審査会における業務

（ニ） 精神科病院への立ち入り検査での診察

（ホ） その他都道府県の依頼による公務員としての業務

イ 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)までの要件を合計して年６回以上行うこと。

（イ） 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む）に協力していること。

（ロ） 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

（ハ） 所属する医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たすこと。

（イ） 時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ロ） 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

（７） 認知療法・認知行動療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ００４　心身医学療法

（１） 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

（２） 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。

（３） 心身医学療法は、初診時（区分番号「Ａ０００」初診料の「注５~~３~~」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。）には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

（４） 心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

例　「胃潰瘍（心身症）」

（５） 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

（６） 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（７） 「注５」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。

（８~~７~~） 区分番号「Ｉ００１」入院精神療法、区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法又は区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

Ｉ００５　入院集団精神療法

（１） 入院集団精神療法とは、入院中の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

（２） 入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

（３） １回に15人を限度とし、１日につき１時間以上実施した場合に、入院の日から起算して６月に限り週２回を限度として算定する。この場合、個々の患者について、精神科医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱

いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（４） 入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。

（５） 入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

（６） 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００６　通院集団精神療法

（１） 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害、精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

（２） 通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

（３） １回に10人を限度とし、１日につき１時間以上実施した場合に、開始日から６月に限り週２回を限度として算定する。

（４） 通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

（５） 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００７　精神科作業療法

（１） 精神科作業療法は、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者１人当たり１日につき２時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２） １人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の１日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を１単位として、１人の作業療法士の取扱い患者数は１日２単位50人以内を標準とする。

（３） 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

（４） 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８　入院生活技能訓練療法

（１） 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

（２） 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある２人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも１人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の１人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとすることが必要である。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。

（３） 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者１人当たり１日につき１時

間以上実施した場合に限り、週１回を限度として算定できる。

（４）　１人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、１回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。

（５）　当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。

（６）　入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

（７）　入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

（８）　当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア

（１）　精神科ショート・ケアは、精神疾患を有するものの地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき３時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２）　「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（３）　精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中１回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取り扱いがなされていること。他の医療機関を含め、入院中に精神科ショート・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後３か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。

（４）　同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して１~~３~~年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。

（５）　精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科シ

ョート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

（６） 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

（７） 「注４」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

（８） 「注５」について、入院中の患者が精神科ショート・ケアを行う場合は、対象患者数に含めること。

（９） 精神科ショート・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア

（１） 精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

（２） 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（３） 精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中１回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取り扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科デイ・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の医療機関で実施するものも含む。）は、別に算定できない。

（４） 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して１~~３~~年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。

（５） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

（６） 同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。

（７） 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

（８） 「注４」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

（９） 「注５」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ

０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。)に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中１回に限り算定できるが、当該患者は精神科デイ・ケアを提供する患者数に含めること。

(10)　精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア

（１）　精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後４時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき４時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２）　その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

（３）　精神科ナイト・ケアを算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の「注９~~７~~」及び「Ａ００１」再診料の「注７~~６~~」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（４）　精神科ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア

（１）　精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき10時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２）　精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

（３）　「注４」に掲げる加算の対象となる患者は、多職種が共同して「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式46の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（４）　その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

（５）　精神科デイ・ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ０１１　精神科退院指導料

（１）　精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、１月を超えて入院して

いる精神疾患を有するもの又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式24を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。また、入院期間が１年を超える精神疾患を有するもの又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に１回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付すること。

（２） 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、１回に限り当該患者の入院中に算定する。

（３） 入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。

（４） 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した患者については、算定できない。

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料

（１） 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有するものの円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（２） 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、１回の入院につき３回（当該入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、６回）を限度として指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。

（３） 「注２」に係る加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

（４） 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（５） 精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

（７） 保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

（８） 退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

（１）　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は~~（Ⅲ）~~は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

（２）　「注１」及び「注３」に規定する精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した７日間をいう。）について計算する。また、「注１」ただし書及び「注３」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した７日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、１日につき１回に限り算定することとする。

（３）　「注１」のただし書及び「注３」のただし書に規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であって、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合であること。また、「注４」に規定する場合には、医師が患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を充分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。

（４）　「注１」ただし書及び「注３」ただし書に規定する場合並びに「注４」に規定する場合においては、それぞれの指示は月に１回ずつに限り、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載すること。

（５）　精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）は精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホームの了解のもとにこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の者又はその介護を担当する者等に対して、同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。

（６）　精神科訪問看護・指導料（Ⅱ）は、１人の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同時に行う精神科訪問看護・指導の対象患者等の数は５人程度を標準とし、１回の訪問看護・指導に８人を超えることはできない。

（７）　精神科訪問看護・指導料~~（Ⅲ）~~は、精神科訪問看護・指導を受けようとする同一建物居住者に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、以下のア又はイにより~~患者一人につき週３日を限度として~~算定すること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、イの（１）又はロの（１）により算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、イの（２）又はロの（２）により算定

（８）　同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の患者のことをいうが、具体的には、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

ア　老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

イ　介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第18項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

（９）　精神科訪問看護・指導料~~（Ⅰ）~~及び~~（Ⅲ）~~は、１回の訪問の実施時間に基づき、30分未満、30分以上90分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数の算定を行うこと。また、精神科訪問看護・指導料~~（Ⅱ）~~については、１時間から３時間程度を標準とすること。

(10)　「注５」に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患家への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（30分未満の場合を除く。）に算定する。単に２人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

(11)　保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること

(12)　「注７」に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護の時間が90分を超えた場合、週１回（15歳未満の超重症児、準超重症児においては週３回）に限り所定点数に加算すること。なお、超重症児・準超重症児は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙14の超重症児（者）判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

(13)　「注８」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後６時から午後10時までをいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜（午後10時から午前６時までをいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、所定点数を加算すること。当該加算は、精神科緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

(14)　(13)は患者の求めに応じて、当該時間に精神科訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて精神科訪問看護・指導を行った場合には算定できない。

(15)　「注９」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に

行う精神科訪問看護・指導以外であって、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に１日につき１回に限り加算すること。

(16)　精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。

(17)　医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

(18)　保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること~~にとどめておく~~。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

(19)　保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。

(20)　「注11」に規定する交通費は実費とする。

(21)　区分番号「Ｉ０１６」精神科重症患者早期集中支援管理料１を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

(22)　「注12」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する保険医療機関が、当該管理料を算定する患者に対して、１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合に、患者１人につき、それぞれの点数を加算する。

(23)　精神科重症患者早期集中支援管理料１を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注12」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。

(24)　精神科重症患者早期集中支援管理料１を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。

(25)　精神科重症患者早期集中支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注12」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。

(26)　精神科重症患者早期集中支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。

Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料

（１）　精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、

当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

（２）　精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について区分番号「Ｃ００７」訪問看護指示料は算定できない。

（３）　精神科特別訪問看護指示加算は、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を当該患者に対して行う必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17の２を参考に作成した精神科特別訪問看護指示書を、当該患者等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、１月に１回を限度として算定する。

ここでいう一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性とは、恒常的な頻回の指定訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている指定訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、精神科特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

（４）　患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

（５）　主治医は、交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

（６）　患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）は、当該精神科訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

（１）　「１」の抗精神病特定薬剤治療指導管理料の１.持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療

管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

（２） 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙●を参考にすること。~~とは、ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステル及びリスペリドンをいう。~~

（３） 「２」の抗精神病特定薬剤治療指導管理料の２．治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

（５） 抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料

（１） 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中１回に限り算定する。

（２） 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する。

（３） 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月１回）評価を行うこと。

（４） 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること。（平成20年５月26日障精発第0526002号「精神科病院に対する指導監査等の徹底について」）また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。

（５） 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料

（１） 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクＭに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、患者１人当たり１日につき６時間以上行った場合に算定する。

（２） 医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従って行うものであって、定期的にその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

（３） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

（４） 「注２」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

（５） 「注３」に掲げる夜間ケア加算の対象となる患者は、夜間の精神状態及び行動異常が著しい認知症患者で、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、

当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り算定できる。

（６）　重度認知症患者デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載すること。

（７）　重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ０１６　精神科重症患者早期集中支援管理料

（１）　精神科重症患者早期集中支援管理料は、長期入院患者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者の退院後早期において、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであり、直近の退院から起算して６月以内に限り、月１回を限度として算定する。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるＧＡＦ、「認知症である老人の日常生活自律度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号）におけるランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

（２）　ここでいう長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者とは、以下のいずれにも該当する患者であること。

ア　１年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去３月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ　統合失調症、統合失調型障害又は妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時におけるＧＡＦ尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年３月５日保医発0305第１号）の別添６の別紙12及び別紙13参照）におけるランクＭに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。）

ウ　精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者

エ　障害福祉サービスを利用していない者（ここでいう障害福祉サービスとは、障害者総合支援法第５条の１に規定する障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、自立訓練（訪問による生活訓練に限る。）を除く。）、第５条の19に規定する地域移行支援及び第５条の20に規定する地域定着支援をいう。）

（３）　計画的な医学管理については、別添●の別紙●又はこれに準じた様式を用いて支援計画書を月１回以上作成し、支援計画書の写しを診療録に添付すること。

（４）　精神科重症患者早期集中支援管理料１は、当該保険医療機関単独で以下のすべてを実施

する場合に算定する。

ア　常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の各１名以上からなる専任のチームを設置すること。また、いずれか１名以上は専従であること。

イ　当該患者に対して月１回以上の訪問診療と週２回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月２回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。

ウ　上記チームが週１回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）　精神科重症患者早期集中支援管理料２は、以下のすべてを実施する場合に算定する。

ア　連携する訪問看護ステーションと併せて常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の各１名以上からなる専任のチームを設置すること。また、当該チームには、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか１名以上参加しており、かつ、いずれか１名以上は当該保険医療機関において専従であること。

イ　当該患者に対して月１回以上の訪問診療を行うこと。また、連携する訪問看護ステーションと併せて週２回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導（うち月２回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること。）を行うこと。

ウ　上記チームが週１回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該カンファレンスには、訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士がいずれか１名以上参加していること。

エ　連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。

（６）　多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア　多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と著名を記載すること。

イ　可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ　支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを添付すること。

（７）　特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科重症患者早期集中支援管理料１を算定すること。

（８）　連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００６在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料は算定できない。

（９）　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科重症患者早期集中支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する。

第２節　薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第２章第５部投薬として算定する。

第９部　処置

＜通則＞

１　処置の費用は、第１節処置料及び第２節処置医療機器等加算、第３節薬剤料又は第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

２　特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は１回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

３　浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第１度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第１節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第３節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

４　「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア　区分番号「Ａ０００」の注７、区分番号「Ａ００１」の注５、区分番号「Ａ００２」の注８に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、区分番号「Ａ０００」の注９又は区分番号「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ　初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

５~~４~~　「通則５」の休日加算２、時間外加算２又は深夜加算２（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「Ａ０００」の注７~~５~~、区分番号「Ａ００１」の注５~~４~~、区分番号「Ａ００２」の注８~~６~~に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「Ａ０００」の注９~~７~~又

は区分番号「Ａ００１」の注7 ~~6~~に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

6　「通則５」の入院中の患者に対する処置の休日加算１又は深夜加算１は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

7　「通則５」の時間外等加算１は、当該加算を算定するものとして、地方厚生局長等に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

8 ~~5~~　処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「１日につき」とあるものは午前０時より午後１２時までのことであり、午前０時前に処置を開始し、午前０時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前０時以降の２日目については算定できない。

9 ~~6~~　処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は時間外加算等は算定できない。

10 ~~7~~　時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第２節、第３節及び第４節における費用は含まない。

11 ~~8~~　４から10 ~~7~~に規定する他、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。

12 ~~9~~　「通則６」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「１肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。

13 ~~10~~　第１節に掲げられていない特殊な処置の処置料は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。

14 ~~11~~　血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「Ｊ０５９－２」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

＜処置料＞

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

（１）　創傷処置、区分番号「Ｊ００１」熱傷処置、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。

（２）　同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

（３）　同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できない。

（４）　区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤

料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

（５）　手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、１日につき所定の点数のみにより算定する。

（６）　複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。

（７）　中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、~~及び~~中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

（８）　軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ００１　熱傷処置

（１）　熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

（２）　熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

（３）　「１」については、第１度熱傷のみでは算定できない。

~~（４）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合は、局所陰圧閉鎖処置材料で被覆すべき創傷面の広さに応じて各号により算定する。ただし、入院中の患者以外に使用した場合に限る。~~

~~（５）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際、局所陰圧閉鎖処置用材料の初回の貼付に限り、区分番号「Ｊ００３」の「注」による所定点数を加算する。ただし、入院中に区分番号「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（１日につき）を算定していた患者が引き続き外来で使用した場合は算定できない。~~

~~（６）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際は、部位数にかかわらず、所定点数を算定する。~~

~~（７）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行う際は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。~~

~~（８）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。~~

~~（９）　陰圧創傷治療用カートリッジを用いた処置を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定することができる。~~

Ｊ００１－２　絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週１回とする。

Ｊ００１－３　鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の２回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

Ｊ００１－４　重度褥瘡処置

（１）　皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ分類Ｄ３、Ｄ

４及びＤ５）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

（２）　重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

Ｊ００１－５　長期療養患者褥瘡等処置

（１）　長期療養患者褥瘡等処置の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。

（２）　褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず１日につき１回に限り算定するものであること。

（３）　１年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

Ｊ００１－６　精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

（１）　「注１」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。

（２）　入院期間が１年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注１」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。

（３）　結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、１日につき所定点数を算定する。

Ｊ００１－９　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）

（１）　部位数、交換の有無にかかわらず、１日につき、所定点数のみにより算定する。

（２）　ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

（３）　「１」と「２」は同一日に併せて算定できない。

（４）　ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置の「１」により手術後の患者に対するものとして算定する。

（５）　ＰＴＣＤチューブの単なる交換については、「２」により算定する。

Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

（１）　入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。

（２）　「１」から「３」に示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

（３）　部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。

（４）　局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

（５）　局所陰圧閉鎖処置（入院）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

（６）　「注」に規定する加算は、入院前に区分番号「Ｊ００３－２」局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定していた患者が~~中以外の患者が陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行っていた場合で~~、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置（入院）を行った場合は算定できない。

（７）　局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定~~することが~~できる。

Ｊ００３－２　局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき）

（１）　入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。

（２）　「１」から「３」に示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

（３）　部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。

（４）　局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

（５）　局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

（６）　「注」に規定する加算は、入院中に区分番号「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。

（７）　局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

Ｊ００４　流注膿瘍穿刺

区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。

Ｊ００５　脳室穿刺

区分番号「Ｄ４０１」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００６　後頭下穿刺

区分番号「Ｄ４０２」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分番号「Ｊ００７」頸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」頸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」胸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」胸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」腰椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００８　胸腔穿刺

（１）　胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。

（２）　単なる試験穿刺として行った場合は、区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「２」により算定する。

Ｊ０１１　骨髄穿刺

区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分番号「Ｄ４０７」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１３　ダグラス窩穿刺

区分番号「Ｄ４０８」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１４　乳腺穿刺

区分番号「Ｄ４１０」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１５　甲状腺穿刺

区分番号「Ｄ４１１」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１６　リンパ節等穿刺

区分番号「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１７　エタノールの局所注入

（１）　肝癌、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節（Plummer病）、内科的治療に抵抗性の２次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

Ｊ０１８　喀痰吸引

（１）　喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。

（２）　喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（３）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引の費用は算定できない。

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出

（１）　区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

（３）　算定は１日に１回を限度とする。

Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ

（１）　２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２） 手術と同一日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

（３） 胸腔内出血排除（非開胸的）については本区分で算定する。

Ｊ０２０　胃持続ドレナージ

２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

Ｊ０２１　持続的腹腔ドレナージ

（１） ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２） 手術と同一日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

Ｊ０２２－５　持続的難治性下痢便ドレナージ

（１） 持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット管理料、脳卒中ハイケアユニット管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、２時間に１回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。

（２） 持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することがのぞましい。なお、ここでいう急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（６月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ　急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

（３） 開始日については、当該点数で算定し、２日目以降は区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）の「２」その他のもので算定する。

Ｊ０２４　酸素吸入、Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法

（１） 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

（２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

Ｊ０２５　酸素テント

（１） 使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。

（２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素テントの費用は算定できない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法、Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法、Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療

（１） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。

（２） 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０２７　高気圧酸素治療

（１） 「１」は次の疾患に対して、発症後１週間以内に行う場合に、１日につき所定点数を算定する。

ア　急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む。）

イ　ガス壊疽、壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎

ウ　空気塞栓又は減圧症

エ　急性末梢血管障害

（イ） 重症の熱傷又は凍傷

（ロ） 広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害

（ハ） コンパートメント症候群又は圧挫症候群

オ　ショック

カ　急性心筋梗塞その他の急性冠不全

キ　脳塞栓、重症頭部外傷若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫

ク　重症の低酸素性脳機能障害

ケ　腸閉塞

コ　網膜動脈閉塞症

サ　突発性難聴

シ　重症の急性脊髄傷害

（２） 「２」は次の疾患又は「１」の適応疾患であって発症後の期間が１週間を超えたものに行う場合に、１日につき所定点数を算定する。

ア　放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍

イ　難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

ウ　皮膚移植

エ　スモン

オ　脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺

カ　一酸化炭素中毒後遺症

キ　脊髄神経疾患

ク　骨髄炎又は放射線壊死

（３）　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものについては、１日につき区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入により算定する。

（４）　高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

Ｊ０２８　インキュベーター

（１）　インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。

（２）　１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０２９　鉄の肺

１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法

（１）　２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２）　経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。

Ｊ０３４－２　ＥＤチューブ挿入術

（１）　ＥＤチューブ挿入術は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。

（２）　ＥＤチューブ挿入術は、Ｘ線透視下にＥＤチューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。

（３）　ＥＤチューブを用いて経管栄養を行う場合には、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養（１日につき）の所定点数により算定する。

Ｊ０３８　人工腎臓

（１）　人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

（２）　「２」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいい、次のすべてを満たしている場合に限り算定する。

ア　月１回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。

イ　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（３）　「３　その他の場合」は次の場合に算定する。

ア　急性腎不全の患者に対して行った場合

イ　透析導入期（１月に限る。）の患者に対して行った場合

ウ　血液濾過又は血液透析濾過（「２」を算定する場合を除く。）を行った場合

エ　以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)については入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

（イ）　重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後２週間に限る。）

（ロ）　重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後２週

間に限る。）

（ハ） ヘパリン起因性血小板減少症

（ニ） 播種性血管内凝固症候群

（ホ） 敗血症

（ヘ） 急性膵炎

（ト） 重篤な急性肝不全

（チ） 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）

（リ） 自己免疫疾患の活動性が高い状態

（ヌ） 区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、「Ｌ００４」脊椎麻酔若しくは「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後２週間に限る。）

（４） （３）の場合に該当し、「３」により算定する場合にあっては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。

（６） 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。

（７） 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過を併せて１月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

（８） 区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の「１連続携行式腹膜灌流」の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。また、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

（９） 人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「３」により算定する。

(10) 人工腎臓における血液透析濾過（「２」を算定する場合を除く。）は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「３」により算定する。

(11) 「注１」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後５時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、「通則５」による時間外加算等が算定できる場合にあっては、併せて算定できない。

(12)　「注１」の加算を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」初診料の注９~~７~~及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７~~６~~に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。

(13)　休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である12月29日から１月３日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。

(14)　休日の午後５時以降に開始した場合又は午後９時以降に終了した場合にあっては、「注１」の加算を１回のみ算定できる。

(15)　療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができるものであること。

(16)　「注２」の加算については、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より１月間をいい、これに該当する場合、１日につき300点を１月間に限り算定する。

(17)　「注３」の加算については、次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア　障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ　精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ　「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの

エ　透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者

オ　運動麻痺を伴う脳血管疾患患者

カ　認知症患者

キ　常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者

ク　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者

ケ　出血性消化器病変を有する者

コ　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者

サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者

シ　末期癌に合併しているために入院中の患者

ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの

セ　妊婦(妊娠中期以降)

ソ　うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）

タ　12歳未満の小児

チ　人工呼吸を実施中の患者

ツ　結核菌を排菌中の患者

(18)　人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア　「１」及び「２」の場合には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算

定できない。

イ　「１」及び「２」により算定する場合においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

ウ　人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があって脱イオン（純水製造装置による）を行わなければ使用できない場合であっても同様である。

エ　人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

オ　人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(19)　人工腎臓を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、「３」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過

（１）　使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。

（２）　持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性膵炎、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しても算定できる。ただし、重症急性膵炎の患者に対しては一連につき概ね８回を限度とし、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しては一連につき月10回を限度として３月間に限って算定する。

（３）　人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（４）　「注１」の加算を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」初診料の注９~~７~~及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７~~６~~に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。

（５）　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血液濾過を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

（６）　妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて１月に15回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

Ｊ０３９　血漿交換療法

（１）　血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、川崎病、スティーブンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者、ＡＢＯ血液型不適合間若

しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ＡＢＯ血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植又は慢性Ｃ型ウイルス肝炎の患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

（２） 当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週１回を限度として３月間に限って算定する。

（３） 当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね10回を限度として算定する。

（４） 当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね８回を限度として算定する。

（５） 当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後５年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

（６） 当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週１回を限度として算定する。

（７） 当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月４回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗ＤＮＡ抗体の値を診療録に記載する。

ア　都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者

イ　血清補体価（CH_{50}）の値が20単位以下、補体蛋白（C_3）の値が40mg/dＬ以下及び抗ＤＮＡ抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者

ウ　急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）又は中枢神経性ループス（ＣＮＳループス）と診断された者

（８） 当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の実施回数は、一連につき週３回を限度として、３月間に限って算定する。

（９） 当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Ｒｈ式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠20週未満にあっては64倍以上、妊娠20週以上にあっては128倍以上であるものをいう。

(10) 当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

ア　総ビリルビン値が５mg/dＬ以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合

イ　ヘパプラスチンテスト（ＨＰＴ）40％以下又はComa Grade Ⅱ以上の条件のうち２項目以上を有する場合

(11) 当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパプラスチンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

(12) 当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連

につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

(13)　当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughesの重症度分類で４度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として、３月間に限って算定する。

(14)　当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもの又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限り、当該療法の実施回数は、一連につき週２回を限度として、３月間に限って算定する。ただし、３月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに３月間に限って算定する。

(15)　当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dＬ以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って12回を限度として算定する。

(16)　当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週１回を限度として算定する。

ア　空腹時定常状態の血清総コレステロール値が500mg/dＬを超えるホモ接合体の者

イ　血清コレステロール値が食事療法下の定常状態（体重や血漿アルブミンを維持できる状態）において400mg/dＬを超えるヘテロ接合体で薬物療法を行っても血清コレステロール値が250mg/dＬ以下に下がらない者

(17)　当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って10回を限度として算定する。

ア　フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者

イ　薬物療法で血中総コレステロール値220mg/dＬ又はＬＤＬコレステロール値140mg/dＬ以下に下がらない高コレステロール血症の者

ウ　膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

(18)　当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーブンス・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき８回を限度として算定する。

(19)　当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が５ベセスダ単位以上の場合に限り算定する。

(20)　当該療法の対象となる同種腎移植又は同種肝移植は、二重濾過法により、ＡＢＯ血液型不適合間の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は４回を限度とし、術後は２回を限度として算定する。

(21)　当該療法の対象となる慢性Ｃ型ウイルス肝炎は、セログループ１（ジェノタイプⅡ（1b））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中のHCV RNA量が100KIU/mL以上のものとする。なお、当該療法の実施回数は、直近のインターフェロン療法より、５回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。

(22)　当該療法の対象となる川崎病は、免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法又は好中球

エラスターゼ阻害薬投与療法が無効な場合又は適応とならない場合に限り、一連につき６回を限度として算定する。

(23)　当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき21回を限度として算定する。

(24~~23~~)　血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。

(25~~24~~)　本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

(26~~25~~)　血漿交換療法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４０　局所灌流

（１）　開始日の翌日以降に行ったものについては、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。

（２）　局所灌流を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４１　吸着式血液浄化法

（１）　吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者に限り算定できる。

（２）　エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法は、次のアからウのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「Ｊ０４１」吸着式血液浄化法により算定する。

ア　エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの

イ　次の(イ)～(ニ)のうち２項目以上を同時に満たすもの

(イ)　体温が38度以上又は36度未満

(ロ)　心拍数が90回／分以上

(ハ)　呼吸数が20回／分以上又は$PaCO_2$が32㎜Hg未満

(ニ)　白血球数が12,000／㎣以上若しくは4,000／㎣未満又は桿状核好中球が10％以上

ウ　昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重症化したもの（総ビリルビン10㎎／ｄＬ以上かつヘパプラスチンテスト40％以下であるもの）を除く。）

（３）　吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４１－２　血球成分除去療法

（１）　血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式のみ。）、クローン病又は膿疱性乾癬患者に対して次のア、イ、ウ又はエのとおり実施した場合に算定できる。

ア　潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連につき10回を限度として算定する。ただし、劇症患

者については、11回を限度として算定できる。

イ　薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき１クールを限度として行い、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であって、以下の２項目を満たすものである。

（イ）　腫脹関節数　６カ所以上

（ロ）　ＥＳＲ５０㎜/h以上又はＣＲＰ３㎎/dＬ以上

ウ　栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り、一連の治療につき２クールを限度として算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定する。

エ　薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき１クールを限度として行い、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定できる。

（２）　本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

（３）　血球成分除去療法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４２　腹膜灌流

（１）　腹膜灌流における導入期とは、継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より14日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０２」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「１連続携行式腹膜灌流」を行った場合には、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

（３）　人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

Ｊ０４３　新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０４３－２　瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるＣ型慢性肝炎に対して行った場合に算定する。

Ｊ０４３－３　ストーマ処置

（１）　ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。

（２）　ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。

（3） 区分番号「Ｃ１０９」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ストーマ処置の費用は算定できない。

Ｊ０４３－４　経管栄養カテーテル交換法

経管栄養カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り、１回に限り算定する。

Ｊ０４３－５　尿路ストーマカテーテル交換法

尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、１回に限り算定する。

（救急処置）

Ｊ０４４　救命のための気管内挿管

（1） 救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。

（2） 救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法

救急処置として体表面ペーシング法又は食道ペーシング法を行った場合に算定する。

Ｊ０４５　人工呼吸

（1） 胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については区分番号「Ｊ３００」薬剤により算定する。

（2） 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

（3） 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。

（4） 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（5） 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

（6） 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による

人工呼吸と同様の取扱いとする。

（７） 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（ＣＰＡＰ）及び間歇的強制呼吸法（ＩＭＶ）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

（８） 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、PaO_2/FiO_2が300mmHg以下又はＰａＣＯ２が４５mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

（９） 区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

Ｊ０４５－２　一酸化窒素吸入療法

（１） 本療法については、開始時刻より通算して96時間を限度として、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

（２） （１）の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合は、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３） 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。

（４） 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。

Ｊ０４７　カウンターショック

（１） 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「１」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。

（２） カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「Ｋ５４５」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

~~（５） 心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを使用した場合は、「２」の所定点数に準じて算定する。ただし、不整脈手術などに伴う除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

Ｊ０４７－２　心腔内除細動

心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを用いて心腔内除細動を実施した場合に算定する。ただし、不整脈手術などに伴う心腔内除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０５０　気管内洗浄

（１） 気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重積状態又は無気肺）のために急性呼吸不全をおこした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に１日につき所定点数を算定する。

（２） 新たに気管内挿管を行った場合には、区分番号「Ｊ０４４」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。

（３） 気管支ファイバースコピーを使用した場合は、区分番号「Ｄ３０２」気管支ファイバースコピーの所定点数のみを算定する。

（４） 気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法

（１） 熱傷温浴療法は、体表面積の30％以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後60日以内に行われたものについて算定する。

（２） 受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（皮膚科処置）

Ｊ０５３　皮膚科軟膏処置

（１） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。

（２） 100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできない。

Ｊ０５４　皮膚科光線療法

（１） 赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

（２） 紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

（３） 赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、５分以上行った場合に算定する。

（４） 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね315ナノメートル以上400ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。

（５） 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）は、いわゆるナローバンドUVB療法をいい、308ナノメートル以上313ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。

（６） 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状粃糠疹、尋常性白斑又はアトピー性皮膚炎に対して行った場合に限って算定する。

（７） 赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合でも、１日につき所定点数のみにより算定する。

（８） 皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。

Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法

（１） 皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。

（２） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（３） 皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載する。

（４） 「１」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、苺状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定する。

（５） 「２」のＱスイッチ付レーザー照射療法は、Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法をいう。

（６） Ｑスイッチ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定する。

（７） Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して再度当該療法を行う場合には、同一部位に対して初回治療を含め５回を限度として算定する。

（８） 扁平母斑等に対しては、同一部位に対して初回を含め２回を限度として算定する。

（９） Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあっては算定できない。

Ｊ０５５－２ イオントフォレーゼ

（１） 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り、４㎝四方ごとに算定する。

（２） 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性痤瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法が無効な場合に限り算定する。

Ｊ０５７ 軟属腫摘除

伝染性軟属腫の内容除去は、軟属腫摘除として算定する。

Ｊ０５７－２ 面皰圧出法

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

Ｊ０５７－３ 鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月１回を限度として算定する。

（泌尿器科処置）

Ｊ０６０ 膀胱洗浄、Ｊ０６０－２ 後部尿道洗浄（ウルツマン）

（１） カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、１日につき、膀胱洗浄により算定する。

（２） 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については膀

腟洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

Ｊ０６１　腎盂洗浄

（１）　腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。

（２）　尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「Ｄ３１８」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０６３　留置カテーテル設置

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

（２）　区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。

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

Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）

区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

Ｊ０６５　間歇的導尿

間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、６月間を限度として算定する。

Ｊ０６８　嵌頓包茎整復法

小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。

Ｊ０７０－２　干渉低周波による膀胱等刺激法

（１）　干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。

（２）　治療開始時点においては、３週間に６回を限度とし、その後は２週間に１回を限度とする。

Ｊ０７０－３　冷却痔処置

（１）　Ⅰ度又はⅡ度の内痔核の患者に対し、１日１ないし２回、かつ連続して５日以上実施した場合に10日間を限度として、１日につき１回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔疾治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｊ０７０－４　磁気による膀胱等刺激法

（１）　次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。

ア　尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者

イ　副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者

（２）　１週間に２回を限度とし、６週間を１クールとして、１年間に２クールに限り算定できる。

（産婦人科処置）

Ｊ０７７　子宮出血止血法

~~子宮用止血バルーンカテーテルを用いて止血を行った場合は、「１」により算定する。ただし、~~子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に~~、~~他の止血法を実施した~~行った~~場合は~~そ~~あっても~~、主たるもののみ~~一連のものとして~~算定する。

Ｊ０７８　子宮腟部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腟部薬物焼灼法に準じて算定できる。

Ｊ０８５－２　人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（眼科処置）

Ｊ０８６　眼処置

（１）　所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して１回につき所定点数を算定する。

（２）　点眼又は洗眼は、第１章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することはできない。

Ｊ０８９　睫毛抜去

５～６本程度の睫毛抜去は「１」を算定する。また、「１」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

（耳鼻咽喉科処置）

Ｊ０９５　耳処置

（１）　耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳浴及び耳洗浄が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

（２）　点耳又は簡単な耳垢栓除去は、第１章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することはできない。

Ｊ０９５－２　鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

Ｊ０９６　耳管処置

（１）　「１」には、耳管通気に必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して１回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があって別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。

（２）　ポリッツェル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

（３）　耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。

（４） 耳管開放症に対する処置は、「１」により算定する。

Ｊ０９７　鼻処置

（１） 鼻処置には、鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。

（２） 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

（３） 鼻洗浄は、第１章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。

Ｊ０９７－２　副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液ならびにネブライザー効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置

（１） 口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も１回につき所定点数を算定する。

（２） ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。

（３） ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

Ｊ０９８－２　扁桃処置

（１） 扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。

（２） 扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置

（１） 間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。

（２） 喉頭処置後の薬剤注入は、関節喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

Ｊ１０２　上顎洞穿刺

区分番号「Ｄ４０６」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺

（１） 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分番号「Ｋ３６８」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

（２） 区分番号「Ｄ４０６－２」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ１１３　耳垢栓塞除去

（１） 耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。

（２） 簡単な耳垢栓除去は、第１章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。

Ｊ１１５　超音波ネブライザー

超音波ネブライザーにおいて、酸素療法を併せて行った場合は区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

（整形外科的処置）

Ｊ１１６　関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、区分番号「Ｄ４０５」関節穿刺、区分番号「Ｇ０１０」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引

（１） 鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。

（２） １局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を５局所に分けるものである。

（３） 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８　介達牽引

（１） 介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにベーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。

（２） 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

（３） 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－２　矯正固定

変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に１日につき所定点数を算定する。

Ｊ１１８－３　変形機械矯正術

１日につき所定点数を算定する。

Ｊ１１９　消炎鎮痛等処置

（１） 消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

（２） 「１」のマッサージ等の手技による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「２」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレーダー等による療法をいう。

（３） 消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「３」の湿布処置として算定する。

（４） 患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。

（５） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。

（６） 「３」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定

（１） 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に１日につき所定点数を算定する。

（２） 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射

（１） 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず１日につき所定点数を算定する。

（２） 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

Ｊ１１９－４　肛門処置

（１） 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ１日につき所定点数を算定する。

（２） 単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。

（３） 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。

（４） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

（栄養処置）

Ｊ１２０　鼻腔栄養

（１） 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず１日につき算定するものである。

（２） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

（３） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養

（Ⅰ）の届出を行っているときは入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

（４） 薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、（２）又は（３）のいずれかのみにより算定する。

（５） 胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。

（６） 区分番号「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５－２」在宅小児経管栄養法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

（ギプス）

１　一般的事項

（１） ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。

（２） 既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の２分の１に相当する点数により算定する。

（３） ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理料として所定点数の100分の10に相当する点数を算定することができる。

（４） プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシーネとして用いた場合が含まれる。

（５） ギプスシーネは、ギプス包帯の点数（ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。）により算定する。

（６） 四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

２　練習用仮義足又は仮義手

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する１回に限り算定する。

（処置医療機器等加算）

Ｊ２００　腰部､胸部又は頚部固定帯加算

（１） 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。

（２） 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

Ｊ２０１　酸素加算

（１） 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）により定められており、その単価（単位　リットル。摂氏35度、１気圧における容積とする。）は、次のとおりである。

ア　離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり0.19~~0.18~~円

可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり0.31~~0.30~~円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり0.41~~0.40~~円

小型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり2.31~~2.25~~円

イ　離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり0.28~~0.27~~円

可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり0.46~~0.45~~円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり0.62~~0.60~~円

小型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり3.09~~3.00~~円

（２）　離島等とは、以下の地域をいう。

ア　離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

イ　奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第１条に規定する奄美群島の地域

ウ　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第２条第１項に規定する小笠原諸島の地域

エ　沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第３条第三号に規定する離島

オ　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域

カ　豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）第２条第２項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

（３）　定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Ｌから1,500万Ｌのものをいい、可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）とは、気体酸素容量が13.3万Ｌ又は37.6万Ｌのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常7,000Ｌ又は6,000Ｌ用のボンベをいい3,000Lを超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常1,500Ｌ又は500Ｌ用のボンベをいい3,000L以下のものをいう。

（４）　酸素の価格については、次の算式により算出した値の１円未満を四捨五入して得た額とする。

酸素の価格（単位　円）　＝　酸素の単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×　補正率

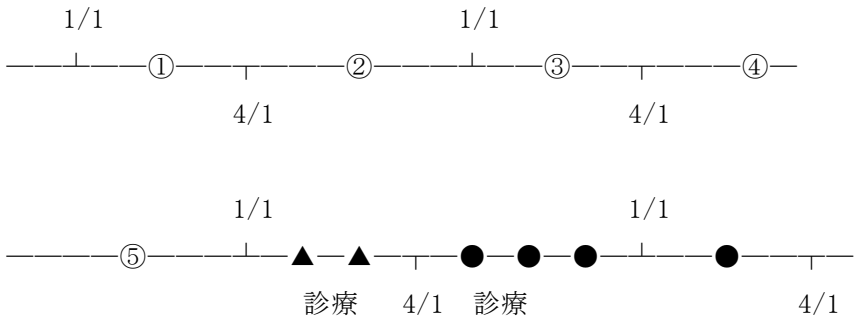
（５）　（１）の規定にかかわらず、（１）に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（１）に規定する単価に満たない場合には、４月１日から３月31日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

酸素の購入価格（単位　円）　＝　酸素の購入単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×補正率

当該年度の前年の１月から12月までの間に当該

$$\text{酸素の購入単価（単位　円）} = \frac{\text{保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位　リットル。35℃１気圧で換算）}}$$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。



●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

（６）（４）及び（５）の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。

また、補正率1.3は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

（７）新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び（１）に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の１月から12月までの１年間において酸素の購入実績がない場合にあっては、当年度の３月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、（１）の購入単価とする。

ア　当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、ＣＥに変更等）を行った場合に限る。）にあっては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ　アにより算出した場合の購入単価について、当年度の３月までの間については、当該診療月前に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

（８）（５）並びに（７）のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の１月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従って、翌年度の４月１日からは、（５）により算出した購入単価によることとなる。

（９） 離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、（１）の規定にかかわらず、（１）に規定する区分ごとに（５）に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、４月１日から３月31日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ボンベにあっては、6,000L以上、小型ボンベにあっては、500L以上に限る。

(10) 離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(11) 保険医療機関は、当該年の４月１日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となった前年の１月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式25により、当該年の２月15日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、（７）のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時（当該年度内において算出した購入単価に30％を超える変動があった場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(12) 地方厚生（支）局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。

(13) 窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は１リットル当たり0.12円である。

(14) 酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。

(15) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

(16) （５）、（７）及び(11)に掲げる対価については、平成25年１月１日から平成26年３月31日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に105分の108を乗じて得た額の１円未満の端数を四捨五入した額とする。

第10部　手術

＜通則＞

1　「通則１」の「診断穿刺・検体採取」とは、第２章第３部検査の第４節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。

2　「通則１」及び「通則２」は、手術料算定の内容には次の３通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。

（１）　手術料（＋薬剤料等）

（２）　手術料＋輸血料（＋薬剤料等）

（３）　輸血料（＋薬剤料等）

3　手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に２回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

4　手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。

5　手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び１回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び１回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤（手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。）については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。

6　画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、区分番号「Ｅ４００」（注を含む。）に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料又は薬剤を使用した場合は、区分番号「Ｋ９５０」に掲げる特定保険医療材料料又は区分番号「Ｋ９４０」に掲げる薬剤料を算定できる。なお、この場合、フィルム料、特定保険医療材料料及び薬剤料以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

7　第１節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料は、その都度当局に内議し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定する。

例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合等はこれに該当する。

8　「通則５」に規定する体外循環を要する手術とは、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

9　「通則７」及び「通則８」の加算は、第１節手術料に定める手術にのみ適用され、輸血料、

手術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料料は加算の対象とならない。

また、「通則７」及び「通則８」の「所定点数」とは、第１節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

10　「通則10」の加算は、ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）若しくはＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸検査によってＨＩＶ－１核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

11　「通則11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

（１）　感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

（２）　ＨＢs又はＨＢe抗原によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

（３）　ＨＣＶ抗体定性・定量によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

（４）　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

12　「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（１）　休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

（２）　初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

13　「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算１及び２又は深夜加算１及び２は、病状の急変により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

14　「通則12」の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「Ａ０００」の注９~~７~~又は区分番号「Ａ００１」の注７~~６~~に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、「通則12」の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２は算定しない。また、「通則12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則７」及び「通則８」の加算の取扱いと同様（本通則９参照）である。なお、区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術の「注１」に規定する死体腎移植加算について、「通則12」の加算を算定する場合は、同種死体腎移植の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。

15　「通則12」の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」とい

う。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生局長等に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り 算定できる。

16　「通則12」の時間外等加算１を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

17~~15~~　「通則13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定する。

また、肺の両側に対し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

18~~16~~　同一手術野又は同一病巣における算定方法

（１）　「通則14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア　肺切除術の際に併施する簡単な肺剥皮術

イ　虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ　子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

（２）　（１）にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則３」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア　胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない２手術を同時に行う場合

イ　胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（開腹手術によるもの）と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の２手術を行う場合

ウ　人工妊娠中絶術（腟式手術）と卵管結紮術（開腹術）の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

（３）　同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成24年厚生労働省告示第138号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（１つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

（４）　指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア　第１指から第５指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、２つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ)　第１指から第５指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「Ｋ０２８」腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）
区分番号「Ｋ０３４」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）
区分番号「Ｋ０３５」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）
区分番号「Ｋ０３７」腱縫合術
区分番号「Ｋ０３８」腱延長術
区分番号「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）
区分番号「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指（手、足）
区分番号「Ｋ０４０－２」指伸筋腱脱臼観血的整復術
区分番号「Ｋ０５４」骨切り術の「３」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）

(ロ)　第１指から第５指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分番号「Ｋ０８９」爪甲除去術
区分番号「Ｋ０９０」ひょう疽手術
区分番号「Ｋ０９１」陥入爪手術
区分番号「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術
区分番号「Ｋ１００」多指症手術
区分番号「Ｋ１０１」合指症手術
区分番号「Ｋ１０２」巨指症手術
区分番号「Ｋ１０３」屈指症手術、斜指症手術

第１節手術料の項で「指（手、足）」と規定されている手術（区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）、区分番号「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指(手、足）区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「３」、区分番号「Ｋ０５４」骨切り術の「３」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）、区分番号「Ｋ０６３」関節脱臼観血的整復術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０８０」関節形成手術の「３」中の指（手、足））及び「Ｋ０８２」人工関節置換術の「３」中の指（手、足）を除く。）

(ハ)　同一指内の骨及び関節（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「３」

区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術の「３」
区分番号「Ｋ０６３」関節脱臼観血的整復術の「３」中の指（手、足）
区分番号「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術の「３」中の指（手、足）
区分番号「Ｋ０７８」観血的関節固定術の「３」中の指（手、足）
区分番号「Ｋ０８０」関節形成手術の「３」中の指（手、足））
区分番号「Ｋ０８２」人工関節置換術の「３」中の指（手、足）

イ　デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)に該当しない手術については、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち２以上の手術を複数指に行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ウ　(イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(ハ)に掲げる手術を同時に行った場合にあっては、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。

エ　第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）と、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

（５）　眼球の手術（第１節手術料第４款眼に掲げるものをいう。）については、片眼を同一手術野として取り扱う。

（６）　多発性嚢腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも１切開として算定する。また、麦粒腫、霰粒腫等については、同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

（７）　骨折整復と脱臼整復を併施した場合については、骨折部位と関節との距離やそれぞれの整復が非観血的に行われたか観血的に行われたか、また、一方の整復手技が他方の整復手技と個別に行われる場合と、併せて１手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般には近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、(４)の(ハ)に掲げる場合は別に算定できる。

（８）　悪性腫瘍に対する手術において、区分番号「Ｋ４６９」頸部郭清術（ネックディセクション）及び区分番号「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

（９）　「通則14」の植皮術とは区分番号「Ｋ０１３」分層植皮術及び「Ｋ０１３－２」全層植皮術をいう。

(10)　「通則14」の神経移植術とは区分番号「Ｋ１９８」神経移植術をいう。

19~~17~~　手術の中絶等の場合の算定方法

（１）　手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を中途で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、区分番号「Ｋ６３６」試験開腹術の所定点数により、また、汎副鼻腔根治手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「Ｋ３５８」上顎洞篩骨洞根治手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

（２）　妊娠９か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸器械の消毒を終わったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合の消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。

（３）　手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったとき又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

20~~18~~　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

（１）　組織適合性試験

ア　組織適合性試験とは、ＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）、クラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）、リンパ球直接交差試験（ダイレクト・クロスマッチテスト）及びＤＮＡタイピングをいう。

イ　次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ５１４－３」移植用肺採取術（死体）（両側）
区分番号「Ｋ５１４－５」移植用部分肺採取術（生体）
区分番号「Ｋ６０５」移植用心採取術
区分番号「Ｋ６０５－３」移植用心肺採取術
区分番号「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）
区分番号「Ｋ６９７－６」移植用肝採取術（死体）
区分番号「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）
区分番号「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）
区分番号「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ７７９－２」移植用腎採取術（死体）
区分番号「Ｋ７７９－３」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「１」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「２」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

ウ　次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ０１４」皮膚移植術（生体・培養）
区分番号「Ｋ０１４－２」皮膚移植術（死体）
区分番号「Ｋ０５９」骨移植術（軟骨移植術を含む）
区分番号「Ｋ５１４－４」同種死体肺移植術

区分番号「Ｋ５１４－６」生体部分肺移植術
区分番号「Ｋ６０５－２」同種心移植術
区分番号「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術
区分番号「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術
区分番号「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術
区分番号「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術
区分番号「Ｋ７０９－５」同種死体膵腎移植術
区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術
区分番号「Ｋ７８０－２」生体腎移植術
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「１」骨髄移植の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「２」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合

エ　次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「３」臍帯血移植

（２）　臓器等提供者に係る感染症検査

ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。

イ　次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニングにつき、１回に限り別に算定する。

区分番号「Ｋ０１４」皮膚移植術（生体・培養）
区分番号「Ｋ５１４－５」移植用部分肺採取術（生体）
区分番号「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）
区分番号「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ７７９－３」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「１」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「２」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「３」臍帯血移植

ウ　次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ２５９」角膜移植術
区分番号「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）（死体膵（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く）を採取する場合に限る。）
区分番号「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）（死体膵腎（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除

く）を移植する場合に限る。）

区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術（死体腎（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）

エ　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ９１４」脳死臓器提供管理料

21~~19~~　第１節第２款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。

22~~20~~　既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その都度当局に内議し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術も同様の取扱いとする。

23　「通則17」の加算を算定した場合は、周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（歯科を併設する病院は除く。）を診療録に記載すること。なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

Ｋ０００　創傷処理、Ｋ０００－２　小児創傷処理

（１）　創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置は区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

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

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

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

Ｋ００１　皮膚切開術

（１）　長径10センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさをいう。

（２）　多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も１切開として算定する。

Ｋ００２　デブリードマン

（１）　区分番号「Ｋ０１３」分層植皮術から区分番号「Ｋ０２１－２」粘膜弁手術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

（２） 面積の算定方法については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置の取扱いの例による。

（３） 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４） 「注３」の深部デブリードマン加算は、（３）でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。

（５） 「注４」の水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフ~~加圧した生理食塩水~~を用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を~~目的に~~実施した~~行った~~場合に~~は~~、~~本区分及び区分番号「Ｋ９３６」自動縫合器加算（~~一連の治療につき１回に限り~~~~１個）の所定点数を併せて~~算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ００３、Ｋ００４　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術

（１） 「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２） 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は、区分番号「Ｋ００３」の所定点数により算定し、50％未満の場合は、区分番号「Ｋ００４」の所定点数により算定する。

Ｋ００５、Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術

（１） 「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２） 近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

（３） 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は、区分番号「Ｋ００５」の所定点数により算定し、50％未満の場合は、区分番号「Ｋ００６」の所定点数により算定する。

Ｋ００６－２、Ｋ００６－３　鶏眼・胼胝切除術

（１） 「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２） 近接密生している鶏眼・胼胝等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

（３） 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の５０％以上の場合は、区分番号「Ｋ００６－２」の所定点数により算定し、５０％未満の場合は、区分番号「Ｋ００６－３」の所定点数により算定する。

Ｋ００６-４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

ここでいう「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

（１） 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「１」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「２」により算定する。

（２） 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し

算定すること。

（ア） 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

（イ） センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｋ９４０」薬剤により算定する。

（ウ） 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。

（エ） 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

Ｋ００９　皮膚剥削術

皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

Ｋ０１０　瘢痕拘縮形成手術

（１） 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。

（２） 指に対して行う場合には、区分番号「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術により算定する。

Ｋ０１３　分層植皮術

（１） デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 広範囲の皮膚欠損に対して、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

Ｋ０１３－２　全層植皮術

（１） デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術（生体・培養）

（１） 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。

（３） 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

（４） 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ０１４－２　皮膚移植術（死体）

（１）　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

（３）　皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）

（１）　治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。なお、ここでいう一連とは、組織拡張器の挿入、生理食塩水等の注入及び組織拡張器の除去を含めた一連の手技のことであり、治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして組織拡張器挿入時にのみ所定点数を算定する。また、拡張器の除去に要する手技料は別に算定できない。

（２）　「１」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺悪性腫瘍手術後に、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。ただし、この場合において美容を目的とするものは保険給付外である。

（３）　「１」の乳房（再建手術）は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当する場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　一次再建の場合

術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。

イ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例であること。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

（４）　「１」の乳房（再建手術）の場合において乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

（５~~２~~）　「２」のその他の場合~~対象となる疾患~~は、「１」の乳房（再建手術）の場合以外の場合であって、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性瘢痕拘縮、術後瘢痕拘縮及び悪性腫瘍切除後の患者に対して一般用の組織拡張器を挿入した場合に算定できる。~~腫瘍切除後の拘縮である。~~なお、美容を目的とするものは保険給付外である。

（６~~３~~）　原則として１患者の同一部位の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、区分番号「Ｋ０３４」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）から区分番号「Ｋ０４０」腱移行術までにより算定する。

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分番号「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

Ｋ０３７　腱縫合術

切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「２」又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の「３」に準じて算定する。

Ｋ０４３－２　骨関節結核瘻孔摘出術

骨関節結核に行う瘻孔摘出術の際に行った脂肪移植術は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

（１）　ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。

（２）　著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合についても、骨折非観血的整復術により算定できる。その際に副木を使用した場合には、当該副木の費用は別に算定できる。

（３）　徒手整復した骨折部位に対して２回目以降の処置を行った場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

Ｋ０４６　骨折観血的手術

前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、両骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「２」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。

Ｋ０４７　難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

（１）　対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術又は区分番号「Ｋ０４７－３」超音波骨折治療法等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術及び区分番号「Ｋ０４７－３」等他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（２）　治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして所定点数を算定する。

（３）　当該治療法は１患者に対して一連として１回のみの算定であり、１回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、別に算定できない。

（４）　本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。

Ｋ０４７－２　難治性骨折超音波治療法（一連につき）

区分番号「Ｋ０４７」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

Ｋ０４７－３　超音波骨折治療法（一連につき）

（１）　超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の観血的手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から３週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により３週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（２）　治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして所定点数を算定する。

（３）　当該治療法は１患者に対して一連として１回のみの算定であり、入院中に開始した当該

療法を退院した後に継続して行っている場合であっても別に算定できない。

（４） 四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない。

（５） 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。

（６） 本手術に併せて行った区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置については、別に算定できない。

Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術

（１） 「１」の「頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）」は、顔面多発骨折手術などで、複数個の骨固定材料による手術が行われた症例に対し、複数箇所の切開により複数個の骨固定材料を除去・摘出する場合に算定する。

（２） 三翼釘、髄内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物（挿入物を含む。）除去術は、手術を行った保険医療機関であると否とにかかわらず算定できる。

（３） 鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｋ０００」創傷処理又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の各区分により算定する。

Ｋ０５２－２　多発性軟骨性外骨腫摘出術

巨大（児頭大）なもので２回に分けて摘出する場合は、それぞれの摘出について所定点数を算定する。

Ｋ０５４　骨切り術

（１） 先天異常による骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術については本区分の所定点数により算定する。

（２） 患者適合型変形矯正ガイド加算は、先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事法の承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に、「１」の上腕又は「２」の前腕の所定点数に加算する。

Ｋ０５５－３　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー３次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間彎曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。

Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術

（１） 次に掲げる変形治癒骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。

ア　眼窩変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ２２８」眼窩骨折整復術による。

イ　鼻骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ３３４－２」鼻骨変形治癒骨折矯正術による。

ウ　頬骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ４２７－２」頬骨変形治癒骨折矯正術による。

（２） 患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治癒骨折矯正手術~~又は先天奇形に対する矯正手術~~において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイド~~手術支援モデル~~として薬事法の承認を得ている医療機器を用いて実施した

~~行った~~場合に算定する。~~は、本区分と区分番号「Ｋ９３９」画像等施術支援加算「２」実物大臓器立体モデルの所定点数を併せて算定できる。~~

Ｋ０５８　骨長調整手術

使用するステイプルの数にかかわらず１回の算定とする。

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）

（１）　骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。

（２）　移植用に採取した健骨を複数か所に移植した場合であっても、１回のみ算定する。

（３）　移植用骨採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、区分番号「Ｋ１２６」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）に準じて算定する。

（４）　自家軟骨の移植を行った場合は、「１」により算定する。

（５）　同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（６）　移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（７）　自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「３」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。

（８）　自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「４~~１~~」により算定する。

Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）

先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、区分番号「Ｊ１２７」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。

Ｋ０８０　関節形成手術

同側足関節に対して、二関節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「２」により算定する。

Ｋ０８０－２　内反足手術

内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で矯正する方法により行った場合に算定する。

Ｋ０８０－３　肩腱板断裂手術

「２」複雑なものとは、腱板の断裂が５cm以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術

「２」複雑なものとは、腱板の断裂が５cm以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

~~Ｋ０８２　人工関節置換術~~

~~「１」肩、股、膝に掲げる手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は、本区分と区分番号「Ｋ９３９」画像等施術支援加算「２」実物大臓器立体モデルの所定点数を併せて算定できる。~~

Ｋ０８２－３　人工関節再置換術

~~（１）~~人工関節再置換術は、区分番号「Ｋ０８２」人工関節置換術から６か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。

~~（２）「１」肩、股、膝に掲げる手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の手術支援モデルを用いて行った場合は、本区分と区分番号「Ｋ９３９」画像等施術支援加算「２」実物大臓器立体モデルの所定点数を併せて算定できる。~~

Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引

（１）　鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含む。

（２）　当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行ったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　１局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を５局所に分けるものである。

（４）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定

（１）　内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。

（２）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８８　切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

Ｋ０８９　爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

Ｋ０９６－２　体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）

（１）　治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして算定する。再発により２回目以降算定する場合には、少なくとも３か月以上あけて算定する。

（２）　保存療法の開始日とその治療内容、本治療を選択した理由及び医学的根拠、並びに２回目以降算定する場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、本手術に併せて行った区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置については、別に算定できない。

Ｋ０９９　指瘢痕拘縮手術

（１）　単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。

（２）　本手術には、Ｚ形成術のみによるもの及び植皮術を要するものが含まれる。

Ｋ０９９－２　デュプイトレン拘縮手術

運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュプイトレン拘縮）に対して、指神経、指動静脈を剝離しながら拘縮を解除し、Ｚ形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１１７－２　頸椎非観血的整復術

頸椎椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸椎の非観血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機械矯正術（垂直牽引、グリソン係蹄使用）を行った場合を除く。）。

なお、頸腕症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

~~Ｋ１２６　脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）~~

~~自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、「２」により算定し、複数回採取した場合でも、一連のものとして算定する。~~

Ｋ１２６－２　自家培養軟骨組織採取術

自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、採取した回数にかかわらず、一連のものとして算定する。

Ｋ１３４　椎間板摘出術

椎間板摘出術の「４」経皮的髄核摘出術については、１椎間につき２回を限度とする。

Ｋ１４１－２　寛骨臼移動術

寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホフ骨切り術、ガンツ骨切り術、スティールのトリプル骨切り術、サルター骨切り術等を行った場合に算定する。

Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

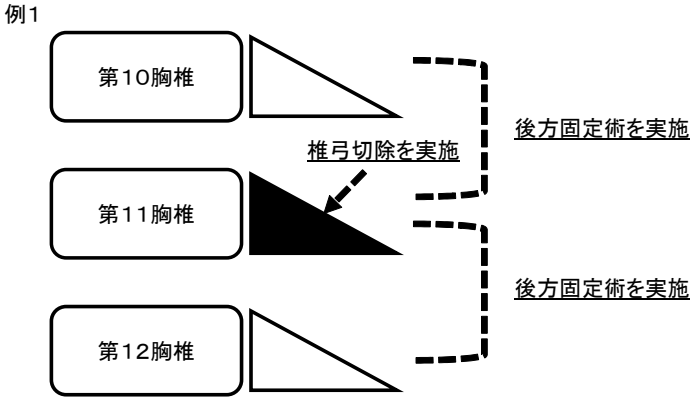
（１）　「２」後方又は後側方固定から「４」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「５」椎弓切除及び「６」椎弓形成の費用が含まれる。

例１　第10胸椎から第12胸椎の後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア　「２」後方又は後側方固定の所定点数

イ　「２」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数



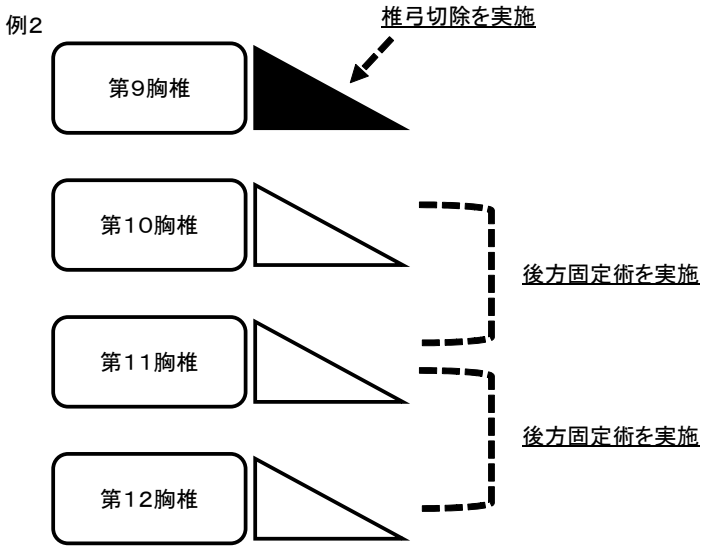
例２　第10胸椎から第12胸椎の後方固定及び第９胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記のア、イ及びウを合算した点数を算定する。

ア　「２」後方又は後側方固定の所定点数

イ　「２」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

ウ　「５」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数



（２）　骨形成的片側椎弓切除術及び髄核摘出術を併せて２椎間に行った場合は、区分番号「Ｋ１８６」脊髄硬膜内神経切断術に準じて算定する。

Ｋ１４２－２　脊椎側彎症手術

（１）　「注」に規定する胸郭変形矯正用材料を用いた場合とは、「２」の「ロ」交換術を行う場合を指しており、「１」の場合には適用されない。

（２）　矯正術を前提として行われるアンカー補強手術（foundation作成）は区分番号「Ｋ１４２」脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）の「２」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数ヶ月後に行われる矯正術は「２」の「ロ」交換術にて算定する。

（３）　「２」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレードルを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「ハ」伸展術にて算定する。

Ｋ１４４　体外式脊椎固定術

（１）　体外式脊椎固定術は、ハローペルビック牽引装置、ハローベスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。

（２）　ベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り副木として算定できる。

第３款　神経系・頭蓋

第３款 神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１４５　穿頭脳室ドレナージ術

（１）　穿頭術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　当該手術は、初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、

区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ１４７　穿頭術（トレパナチオン）

（１）　穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手技料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。

（３）　穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分番号「Ｋ１６４－２」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。

Ｋ１４８　試験開頭術

（１）　試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開窓することをいう。

（２）　区分番号「Ｋ１４７」穿頭術及び本手術を同時又は短時間の間隔をおいて２か所以上行った場合の点数は、本区分の所定点数のみにより１回に限り算定する。

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

ア　眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出及び再建術

イ　海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の開放を伴う腫瘍切除及び再建術

ウ　錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口的腫瘍摘出又は錐体骨削除・Ｓ状静脈洞露出による腫瘍摘出及び再建術

エ　頸静脈孔周辺部腫瘍に対するＳ状静脈洞露出を伴う頸静脈孔開放術による腫瘍摘出及び再建術

Ｋ１５４　機能的定位脳手術

（１）　脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳淡蒼球内オイルプロカイン注入療法（脳深部定位手術）を行った場合は、本区分により算定する。

（２）　機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第２章第４部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

Ｋ１５５　脳切截術（開頭して行うもの）

本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。

Ｋ１６０－２　頭蓋内微小血管減圧術

後頭蓋窩の顔面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面痙攣又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。

Ｋ１６４　頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）

定位的脳内血腫除去術を行った場合は、区分番号「Ｋ１６４－４」定位的脳内血腫除去術により算定する。

Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術

~~原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しＰＤＴ半導体レーザを使用し光線力学療法を行った場合は、本区分と区分番号「Ｋ５１０－２」光線力学療法「１」早期肺がん（０期又は１期に限る。）に対するものの所~~

~~定点数を併せて算定できる。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式３により提出すること。~~

~~（１）　脳神経外科を標榜している病院であること。~~

~~（２）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。また、当該医師により本技術が実施されていること。~~

~~（３）　脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能な体制が整っていること。~~

~~（４）　脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。~~

~~（５）　当該療養に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。~~

~~（６）　悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、本レーザ装置が適切に保守管理されていること。~~

「注１」に規定する脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合は、区分番号「Ｋ９３０」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

Ｋ１７４　水頭症手術

脳室穿破術、脳室腹腔シャント手術、脳室心耳シャント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シャント手術を行った場合に算定する。

Ｋ１７４－２　髄液シャント抜去術

水頭症に対してシャント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング

注２に規定するバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

Ｋ１７８　脳血管内手術

（１）　脳動脈瘤、脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

（２）　脳血管内ステントを用いて脳血管内手術を行った場合には、手術を行った箇所数にかかわらず、「３」を算定する。

Ｋ１７８－２　経皮的脳血管形成術

頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１８１　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

Ｋ１８１－３　頭蓋内電極抜去術

本手術は、電極の抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術（脳刺激装置植込術及び頭蓋内電極植込術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１８１－４　迷走神経刺激装置植込術

本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施にあたっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

Ｋ１８２－２　神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

Ｋ１８２－３　神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。

Ｋ１９０－６　仙骨神経刺激装置植込術

（１）　医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁コントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

（２）　患者自身により記載された同意書を診療録に添付すること。

（３）　刺激装置植込術の所定点数には、リード及び刺激装置の植込みに要する費用が含まれる。

（４）　リードの抜去に要する費用は所定点数に含まれる。

（５）　実施にあたっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

Ｋ１９０－７　仙骨神経刺激装置交換術

医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁のコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。

Ｋ１９３－２　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、Ｋ１９３－３　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

（１）　「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２）　近接密生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにする。

（３）　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の５０％以上の場合は、区分番号「Ｋ１９３－２」の所定点数により算定し、５０％未満の場合は、区分番号「Ｋ１９３－３」の所定点数により算定する。

Ｋ１９６　交感神経節切除術

下腹部神経叢切除術又はコット手術にクレニッヒ手術を併せて行った場合は、交感神経節切除術の「３」により算定する。

Ｋ１９６－５　末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（挫滅又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神

経又は腓腹神経の場合に限り算定する。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

第４款　眼

Ｋ２００－２　涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術

（１）　乾性角結膜炎（シルマーテスト第１法変法５㎜以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。

（２）　上下涙点に実施した場合も含め１回のみの算定とする。

Ｋ２０８　麦粒腫切開術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２１２　兎眼矯正術

兎眼症に対して瞼板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。

Ｋ２１４　霰粒腫摘出術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２２８　眼窩骨折整復術

陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

Ｋ２５９　角膜移植術

（１）　角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　角膜を移植する場合においては、平成12年１月７日保健医療局長通知「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（健医発第25号）、平成12年１月７日保健医療局長通知「眼球のあっせん技術指針について」（健医発第26号）を遵守している場合に限り算定する。

（３）　眼科用レーザ角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、レーザー使用加算を併せて算定する。

Ｋ２６０　強膜移植術

（１）　強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　強膜を移植する場合においては、平成12年１月７日保健医療局長通知「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（健医発第25号）、平成12年１月７日保健医療局長通知「眼球のあっせん技術指針について」（健医発第26号）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ２６０－２　羊膜移植術

（１）　スティーブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷瘢痕、再発翼状片、角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む。）、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘢痕、瞼球癒着、結膜上皮内過形成、結膜腫瘍等であって、羊膜移植以外では治療効果が期待できないものに対して実施した場合に算定する。

（２）　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している場合に限り算定する。

（３）　羊膜採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４）　羊膜を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

Ｋ２７６　網膜光凝固術

（１）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、１週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、１回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　「２」その他特殊なものとは、網膜剥離裂孔、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。

Ｋ２７７－２　黄斑下手術

黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。

Ｋ２８０－２　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

当該手術は、高度の角膜混濁あるいは裂傷などにより、眼底の透見が困難な網膜硝子体疾患に対して行った場合に算定する。また、当該手術を行った際には、診療報酬明細書の摘要欄に、当該術式を選択した理由について詳細に記載すること。

Ｋ２８１－２　網膜再建術

（１）　未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離（主に家族性滲出性硝子体網膜症又は第１次硝子体過形成遺残）及び外傷による眼球破裂に対して実施した場合に算定する。なお、未熟児網膜症及び先天異常に伴う網膜剥離にあっては、線維血管増殖によって起こる、黄斑を脅かす網膜部分剥離又は網膜全剥離の状態をいい、眼球破裂例にあっては強膜の３分の１を超える破裂創があり、眼球内容物の脱出を認める状態をいう。

（２）　関係学会の定める指針を遵守すること。

Ｋ２８２　水晶体再建術

（１）　１眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。

（２）　眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　「１」の「イ」の縫着レンズを挿入するものについては、眼内レンズを縫着し挿入した場合に算定する。

（４）　「３」の計画的後嚢切開を伴う場合は、16歳未満の患者に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ２８２－２　後発白内障手術

後発白内障切開術（観血的）は当該区分に準じて算定する。

第５款　耳鼻咽喉

Ｋ２９６　耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行った場合に算定する。

Ｋ３１８　鼓膜形成手術

（１）　鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の移植については、別に算定できない。

（２）　耳翼後面から植皮弁を採りWullsteinの鼓室形成手術の第１型とほぼ同様の操作（ただ鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓膜形成手術を行った場合は、区分番号

「Ｋ３１９」鼓室形成手術により算定する。

Ｋ３１９　鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う皮膚の移植については、算定できない。

Ｋ３２８－３　植込型骨導補聴器交換術

接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を実施した場合に算定し、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。

Ｋ３３８　鼻甲介切除術、Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術

（１）　慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対して、区分番号「Ｋ３３８」鼻甲介切除術及び区分番号「Ｋ３４０」鼻茸摘出術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。

（２）　区分番号「Ｋ３３８」鼻甲介切除術又は区分番号「Ｋ３３９」粘膜下下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術と併施した場合においては、鼻甲介切除術又は粘膜下下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を別に算定する。

Ｋ３４０　鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合にあっても本区分により算定する。

Ｋ３４０－３　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）、Ｋ３４０－４　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）、Ｋ３４０－５　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）、Ｋ３４０－６　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）、Ｋ３４０－７　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）

区分番号「Ｋ３４０－３」から「Ｋ３４０－７」までに掲げる手術を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｋ３４７－２　変形外鼻手術

（１）　先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、区分番号「Ｋ３３４－２」鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。

（２）　単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

Ｋ３５２－３　副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った場合をいう。）が多量で、必要があって再び術創を開く場合に算定する。

Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術

区分番号「Ｋ３５５」鼻内前頭洞根治手術、区分番号「Ｋ３５３」鼻内篩骨洞根治手術、区分番号「Ｋ３５４」篩骨洞根治手術及び区分番号「Ｋ３５２－２」鼻内上顎洞根治手術を併施した場合は、本区分により算定する。

Ｋ３７７　口蓋扁桃手術

（１）　扁桃除去を行った当日における止血については算定できない。

（２）　口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合における止血術は、区分番号「Ｋ３６７」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

Ｋ３８６　気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分

番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

Ｋ３８８－２　喉頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入した場合に算定する。

Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

第６款　顔面・口腔・頸部

Ｋ４０７－２　軟口蓋形成手術

いびきに対して軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｋ４２３　頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、区分番号「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

Ｋ４２９－２　下顎関節突起骨折観血的手術

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

Ｋ４３４　顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

Ｋ４４３　上顎骨形成術

（１）　「１」単純な場合とは上顎骨発育不全症又は外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort Ⅰ型切離により移動を図る場合をいう。

（２）　「２」複雑な場合及び２次的再建の場合とは、「１」と同様の症例に対し、Le FortⅡ型、Le FortⅢ型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次的骨性再建を行う場合をいう。

Ｋ４４４－２　下顎骨延長術

仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。

Ｋ４４６　顎関節授動術

徒手的授動術とは、顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。なお、その際の関節腔に対する薬剤の注入に係る手技料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ４５０　唾石摘出術（一連につき）

（１）　「１」表在性のものとは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。

（２）　「２」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

（３）　所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

Ｋ４６９　頸部郭清術

（１）　頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、静脈、脂肪、結合織等）を広範囲に摘出することをいう。

（２）　頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則９」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。

（３） 他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、区分番号「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」により算定する。

第７款　胸部

Ｋ４７４－３　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

（１） 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィー、ＣＴ、ＭＲＩ、超音波等を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィー又は超音波装置に限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。

（２） 当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。

（３） 組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術

（１） 乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「７」により算定する。

（２） 「注１」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算１及び「注２」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算２については、以下の要件に留意し算定すること。

（ア） 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術の場合のみ算定する。

（イ） センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｋ９４０」薬剤により算定する。

（ウ） 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。

（エ） 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

Ｋ４７６－２　陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術

（１） 授乳障害のある陥没乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳腺悪性腫瘍手術後の再建乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。

（２） 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

Ｋ４７６－３ 乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術

（１） 乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。

（２） 乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　一次一期的再建の場合

術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない症例で、かつ、大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。

イ　一次二期的再建の場合

乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

（3）　乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

Ｋ４８０－２　流注膿瘍切開掻爬術

流注膿瘍の切開掻爬術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。

Ｋ４８２　肋骨切除術

切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を１回に限り算定する。また、２本以上の肋骨の切除と胸骨の掻爬を併施した場合も本区分により算定する。また、胸郭出口症候群根治術を行った場合は、当該区分にて算定する。

Ｋ４８６　胸壁瘻手術

非開胸で肋骨の切除を行うと否とにかかわらず本区分により算定する。

Ｋ４８７　漏斗胸手術

内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行った場合に限り算定する。

Ｋ４８８　試験開胸術

開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４８８－３　胸腔鏡下試験開胸術

胸腔鏡による胸腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４８８－４　胸腔鏡下試験切除術

胸腔鏡による胸腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４９９　胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）

肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。

Ｋ５０７　肺膿瘍切開排膿術

肺結核空洞吸引術（モナルジー法）又は肺結核空洞切開術を行った場合は本区分で算定する。

Ｋ５０９－３　気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術

気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術は、放射線治療目的でマーカーを留置した場合に限り算定し、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

植込み型病変識別マーカーを用いて、経皮的にマーカー留置を行った場合は、気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術に準じて算定する。この際、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５０９－４　気管支瘻孔閉鎖術

（１）　気管支瘻孔閉鎖術は、気管支用充填材を用いて気管支の瘻孔閉鎖を実施した場合に算定する。

（２）　気管支ファイバースコピーに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５１０－２　光線力学療法

光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５１１　肺切除術、Ｋ５１７　肺縫縮術

（１）　刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心嚢の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内還納等の手術を併施した場合は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術の「２」により算定する。

（２）　肺切除と胸郭形成手術の併施は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術の「５」により算定する。

（３）　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術に準じて算定する。

（４）　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、区分番号「Ｋ９３６」自動縫合器加算の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ５１３　胸腔鏡下肺切除術

慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）に対する治療的な胸腔鏡下肺切除術については「１」により算定する。

Ｋ５１３－２　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術

（１）　胸腔鏡下胸腺摘出術（重症筋無力症に対するものを除く~~含む~~）については本区分で算定する。

（２）　胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術については、本区分で算定する。

~~Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術~~

~~悪性びまん性胸膜中皮腫に対して、胸膜肺全摘を行った場合は、本区分の「３」により算定する。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、胸膜肺全摘を行った旨を記載する。~~

Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）

（１）　移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

（４） 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ５１４－４　同種死体肺移植術

（１） 同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り算定する。

（２） 同種死体肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（３） 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ５１４－５　移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ５１４－６　生体部分肺移植術

（１） 対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺サルコイドーシス、肺リンパ脈管筋腫症、アイゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性汎細気管支炎、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、多発性肺動静脈瘻、α１アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、嚢胞性線維症、肺嚢胞症、慢性過敏性肺臓炎、その他肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。

（２） 生体肺を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３） 生体肺を移植する場合においては肺提供者から移植肺を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。

（４） 生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（５） 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ５１６　気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第１、

第２及び第３肋骨）に、肺尖剥離、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

Ｋ５２２　食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２５－２　胸壁外皮膚管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。

Ｋ５２６　食道腫瘍摘出術

「１」を行った場合について、マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－２　内視鏡的食道粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－３　内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

単に腫瘍のみを切除した場合については、区分番号「Ｋ５２６」食道腫瘍摘出術で算定する。

Ｋ５３０－２　腹腔鏡下食道アカラシア形成手術

胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）食道筋層切開術は本区分で算定する。

Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

（１）「一連」とは１週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後１週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（２）食道・胃静脈瘤硬化療法と区分番号「Ｋ５３３－２」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。

（３）マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５３３－２　内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術

（１）一連の期間（概ね１~~２~~週間）において、１回に限り算定する。治療上の必要があって初回実施後１~~２~~週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（２）マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

第８款　心・脈管

Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

区分番号「Ｋ５４４」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「Ｋ５５３」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「Ｋ５５３－２」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号「Ｋ５５４」弁形成術（１弁のものに限る。）又は区分番号「Ｋ５５５」弁置換術（１弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「Ｋ５４４」、

区分番号「Ｋ５５３」又は区分番号「Ｋ５５３－２」の「２」により算定する。

Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ

（１）　開胸心臓マッサージに併せて行った人工呼吸については、区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸により別に算定する。

（２）　開胸心臓マッサージに併せて行ったカウンターショックについては、区分番号「Ｊ０４７」カウンターショックにより別に算定する。

Ｋ５４６　経皮的冠動脈形成術

（１）　一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　「１」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０－２」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「Ｋ５５２」及び「Ｋ５５２－２」）後24時間以内に発症した場合は「１」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）又は心筋トロポニンＩが高値であること又は心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）若しくは心筋トロポニンＩの測定ができない場合であってＣＫ－ＭＢが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ　以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

（イ）　胸痛等の虚血症状

（ロ）　新規のＳＴ－Ｔ変化または新規の左脚ブロック

（ハ）　新規の異常Ｑ波の出現

（ニ）　心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常

（ホ）　冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

（イ）　症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が90分以内であること。

（ロ）　症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック（Killip分類class Ⅳ）であること。

（３）　「２」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度classⅠ、classⅡ又はclassⅢであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ　来院から24時間以内（院内発症の場合は症状発現後24時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

（４）（２）のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、（３）のウを満たして当該手術を実施した場合は、「２」に準じて算定する。

（５~~２~~）　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下
	２箇所	３本以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下
	２箇所	２本以下

（６~~３~~）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

（７~~４~~）　当該手術が、~~日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」~~日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイド

ライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン(安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術(ＰＣＩ／ＣＡＢＧ：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術適応協議会）」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４７　経皮的冠動脈粥腫切除術

（１）　一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈粥腫切除術を実施する理由及び医学的根拠

（３）　当該手術が、~~日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」~~日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン(安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術(ＰＣＩ／ＣＡＢＧ：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術適応協議会）」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

（１）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテ

ル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠

（２）　当該手術が、~~日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」~~日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン(安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術(ＰＣＩ／ＣＡＢＧ：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術適応協議会）」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術

（１）　一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　「１」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０－２」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「Ｋ５５２」及び「Ｋ５５２－２」）後24時間以内に発症した場合は「１」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　心筋トロポニンＴ(ＴｎＴ)又は心筋トロポニンＩが高値であること又は心筋トロポニンＴ(ＴｎＴ)若しくは心筋トロポニンＩの測定ができない場合であってＣＫＭＢが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ　以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

（イ）　胸痛等の虚血症状

（ロ）　新規のＳＴ－Ｔ変化または新規の左脚ブロック

（ハ）　新規の異常Ｑ波の出現

（ニ）　心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常

（ホ）　冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

（イ）　症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が90分以内であること。

（ロ）　症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック（Killip分類class Ⅳ）であること。

（３）　「２」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度classⅠ、classⅡ又はclassⅢであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ　来院から24時間以内（院内発症の場合は症状発現後24時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

（４）　（２）のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、（３）のウを満たして当該手術を実施した場合は、「２」に準じて算定する。

（５～~~２~~）　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下	１セット以下
	２箇所	３本以下	２セット以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下	１セット以下
	２箇所	２本以下	２セット以下

（６～~~３~~）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的根拠

（7 ~~4~~）　当該手術が、~~日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」~~日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン(安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術(ＰＣＩ／ＣＡＢＧ：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術適応協議会）」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術、Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

（１）　区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「２」又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の「３」に準じて算定する。

（３）　吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、１本のグラフトを用いて冠動脈の２箇所について吻合を行った場合は２吻合とみなす。

（４）　区分番号「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を区分番号「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法と併施した場合は、区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

Ｋ５５５　弁置換術

（１）　区分番号「Ｋ５５４」弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

（２）　同種弁を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（３）　弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４） 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

（５） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か~~ヶ~~月以上経過していること。

（６） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５５５－２ 経皮的大動脈弁置換術

経皮的大動脈弁置換術は、バルーン拡張型人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

Ｋ５５７－３ 弁輪拡大を伴う大動脈弁置換術

（１） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（２） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５６０ 大動脈瘤切除術

（１） 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「５」により算定する。

（２） 腎動脈遮断を伴う腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術については、「６」により算定する。

（３） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（４） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５６２ 動脈管開存症手術

ボタロー管開存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「１」により算定する。

Ｋ５６２－２ 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

次に定める要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

（１） 16歳未満の患者に実施すること

（２） 最大径が10㎜以下で、かつ、石灰化、感染又は瘤化していない動脈管に対して実施すること

Ｋ５７１ 肺静脈還流異常症手術

「２」の「ロ」その他のものとは、上心臓型、下心臓型又は混合型の場合をいう。

Ｋ５８１ 肺動脈閉鎖症手術

（１） 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２） 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５８３　大血管転位症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５８４　修正大血管転位症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を摘要欄に記載すること。

Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術

（１）　注１に規定する三次元カラーマッピングとは、体表面電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー用カテーテル電極（磁気センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することをいう。

（２）　注１の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。

（３）　注２に規定する磁気ナビゲーション法は、心臓マッピングシステムワークステーションを用いて実施した場合に算定できる。

~~（３）　磁場によるナビゲーションシステムを用いて心筋焼灼術を行った場合は、本区分「２」の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。なお、届出は本通知別添様式１により提出すること。~~

~~ア　循環器科及び麻酔科を標榜している病院であること。~~

~~イ　経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間50例以上実施していること。~~

~~ウ　循環器科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は不整脈についての専門的な研修の経験を５年以上有していること。~~

~~エ　麻酔科の標榜医が１名以上配置されていること。~~

~~オ　緊急手術が可能な体制を有していること。~~

~~カ　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。~~

~~キ　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。~~

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術、Ｋ５９７－２　ペースメーカー交換術

（１）　ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーキングの実施日の間隔が１週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

（２）　ペースメーカー本体の交換のみの場合は、区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術により算定する。

Ｋ５９８　両心室ペースメーカー移植術

（１）　両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないＱＲＳ幅120~~130~~ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。

（２）　両心室ペースメーカー移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

Ｋ５９９　植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術

（１）　植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ　既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

（２）　植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（３）　植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術により算定する。

~~（４）　着用型自動除細動器を使用した場合は、区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術の所定点数に準じて、算定開始月から３月を限度として、月１回に限り算定する。ただし、区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術に関する施設基準の届出を行っている保険医療機関において使用すること。~~

~~（５）　着用型自動除細動器は、次のいずれかに該当する場合に算定する。~~

~~ア　心室頻拍又は心室細動による心臓突然死のリスクが高く、植込型除細動器（以下ＩＣＤという。）の適応の可否が未確定の患者を対象として、除細動治療を目的に、ＩＣＤの適応の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合~~

~~イ　ＩＣＤの適応であるが、患者の状態等により直ちにはＩＣＤが植え込めない患者を対象として、ＩＣＤの植え込みを行うまでの期間に限り使用する場合~~

Ｋ５９９－３　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－４　両室ペーシング

機能付き植込型除細動器交換術

（１） 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって，両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって，有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず，心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

（２） 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（３） 両室ペーシング機能付き植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術により算定する。

Ｋ５９９－５ 経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）

当該手術の実施にあたっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

Ｋ６００ 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

（１） ガスの価格は別に算定できない。

（２） 大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）、区分番号「Ｋ６０１」人工心肺、区分番号「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法又は区分番号「Ｋ６０３」補助人工心臓を併施した場合においては、１日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら４つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

Ｋ６０１ 人工心肺

（１） 人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。

（３） 人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、１日につき「２」により算定する。

（４） 「注１」の補助循環加算は、人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して人工心肺を用いて循環を補助した場合に限り算定できる。

（５） 「注１」の選択的冠灌流加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

（６） 「注１」の逆行性冠灌流加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

Ｋ６０３ 補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不

全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合併する症例に対して行った場合は算定できない。

Ｋ６０４　植込型補助人工心臓（拍動流型）

（１）　植込型補助人工心臓（拍動流型）は、重症心不全患者で薬物療法や体外式補助人工心臓等による他の循環補助法では、治療が困難であって、心臓移植を行わなければ救命が困難な症例に対して、心臓移植までの待機期間の循環改善（ブリッジユース）のみを目的として実施されるものである。

（２）　植込型補助人工心臓（拍動流型）の対象患者は、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された心臓移植待機中の患者又は登録申請中である移植希望患者（全身状態の悪化等やむを得ない理由により当該手術を必要とする場合に限る。）に限るものとする。

（３）　外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「Ｃ１１５」在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料を算定する。

Ｋ６０４－２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）

（１）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等などの他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。

（２）　外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「Ｃ１１６」在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定する。

Ｋ６０５　移植用心採取術

（１）　移植用心採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用心採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取前の採取対象心の灌流、心採取、採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－２　同種心移植術

（１）　同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－３　移植用心肺採取術

（１）　移植用心肺採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険

医療機関において算定する。

（２） 移植用心肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心肺採取を行う際の採取前の採取対象心肺の灌流、心肺採取、採取心肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３） 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－４　同種心肺移植術

（１） 同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０６　血管露出術

（１） 経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。

（２） 手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

Ｋ６０８　動脈塞栓除去術

動脈血栓除去術は、本区分により算定する。

Ｋ６０９－２　経皮的頸動脈ステント留置術

経皮的頸動脈ステント留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にステントを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

Ｋ６１０－２　脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、もやもや病に対して、浅側頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）は、上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

（１） 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２） 設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術

（１） 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造成術を行った場合は、

「６」により算定する。

（２） 同種血管を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（３） 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４） 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６１５　血管塞栓術

（１） 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

（２） 「１」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。

（３） カテーテルを肝動脈等に留置して造影ＣＴ等を行い、病変の個数及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢側において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「２」により算定する。

（４） 「２」の選択的動脈化学塞栓術の場合、動脈化学塞栓術を選択的に行った肝動脈等の部位を診療録に記載すること。

（５~~３~~） 「２」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、脳動脈奇形摘出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「３~~２~~」により算定する。

~~（４） 血管内塞栓材を用いて血管塞栓術を行った場合は、本区分「１」の所定点数に準じて算定する。~~

（６~~５~~） 「２」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、多血性腫瘍又は動静脈奇形に対して、血管内塞栓材を用いて動脈塞栓術又は動脈化学塞栓術を行った場合は、本区分「３~~２~~」を~~の所定点数に準じて~~算定する。

Ｋ６１５－２　経皮的大動脈遮断術

経皮的大動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

Ｋ６１６　四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術

３か月に１回に限り算定する。

Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術

（１） 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「１」により算定する。

（２） 「２」における「一連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね２週間にわたり行われるものをいう。

Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術

所定の研修を修了~~終了~~した医師が実施した場合に限り算定し、一側につき１回に限り算定する。なお、当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ６１７－５　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

（１）　下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化、萎縮又は潰瘍を有しており、かつ、超音波検査等により、不全穿通枝が同定され、血液が逆流していることが確認されている患者について実施した場合であって、次のア又はイに該当する場合に一側につき１回のみ算定できる。

ア　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術を言う。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術を実施したが、効果が不十分な患者に対して、当該手技を実施した場合。

イ　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術を言う。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術のみでは効果が不十分と予想される患者に対して、当該手技を下肢静脈瘤手術、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術と同時に実施した場合

（２）　当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ６１８　中心静脈注射~~栄養~~用植込型カテーテル設置

（１）　中心静脈注射~~栄養~~用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２）　体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　中心静脈注射~~栄養~~用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６２０　下大静脈フィルター留置術

下大静脈フィルター留置術は、肺血栓塞栓症の患者又は肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。

Ｋ６２７　リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６２７－２　腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６２７－３　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

（１）　独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　原発性泌尿器がん（腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。）から骨盤内リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ６２７－４　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

（１）　独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

第９款　腹部

Ｋ６３５　胸水・腹水濾過濃縮再静注法

一連の治療過程中、第１回目の実施日に、１回に限り算定する。なお、一連の治療期間は２週間を目安とし、治療上の必要があって初回実施後２週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

Ｋ６３５－３　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

Ｋ６３６　試験開腹術

開腹術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３６－２　ダメージコントロール手術

（１）　ダメージコントロール手術とは、重度腹部外傷患者に対する初回手術において、止血手術、腸管損傷の縫合閉鎖、タオルパッキング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し呼吸循環管理等により全身状態の改善を図り、二期的又は多期的手術により根治を図る段階的外科治療のことである。

（２）　重度腹部外傷に対してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の１回に限り所定点数を算定し、２回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、２回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。

Ｋ６３６－３　腹腔鏡下試験開腹術

腹腔鏡による腹腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３６－４　腹腔鏡下試験切除術

腹腔鏡による腹腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３７－２　経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術

当該点数は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６４７　胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に対して大網充填術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

（１）　短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２）　ポリープを数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（３）　「２」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む３センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。

（４）　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６５３－３　内視鏡的食道及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物（電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定する。

Ｋ６５３－４　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法

（１）　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

（２）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５３－５　内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ６５４　内視鏡的消化管止血術

（１）　内視鏡的消化管止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。

（２）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５４－３　腹腔鏡下胃局所切除術

（１）　「１」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

（２）　「１」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６５５　胃切除術、Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術、Ｋ６５５－４　噴門側胃切除術、Ｋ６５７　胃全摘術、Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術

悪性腫瘍に対する手術であっても、リンパ節郭清等を伴わない単純な切除・消化管吻合術又は単純な全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。

Ｋ６５５－３　十二指腸窓（内方）憩室摘出術

十二指腸窓（内方）に生じた憩室（多数）を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。

Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除術によるもの）

（１）　６か月以上の内科的治療によっても、十分な効果が得られないＢＭＩが35以上の患者であって、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症のうち１つ以上を合併している患者に対して腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。

（２）　実施するにあたっては、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療について５年以上の経験を有する常勤の医師（当該保険医療機関に配置されている医師に限る。）が治療の必要性を認めていること。

（３）　長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成し、当該手術の副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、術後の継続的な治療を他の保険医療機関において行う場合は、術後の継続的な治療を担う他の保険医療機関へ当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供すること。また、手術前のＢＭＩ、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を摘要欄に記載すること。

Ｋ６５９　食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、区分番号「Ｋ６６４」胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、「３」により算定する。

Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

（１）　経皮的内視鏡下胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（３）　胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施するべき内容、嚥下調整食の内容（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。）、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（４）　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。ただし、平成27年３月31日までの間は、所定点数を算定できる。

Ｋ６６４－２　経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）

（１）　経皮経食道胃管挿入術を実施した医学的な理由を摘要欄に記載すること。

（２）　経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ６６５　胃瘻閉鎖術

外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する。なお、胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない。

Ｋ６６５－２　胃瘻抜去術

胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定する。

Ｋ６７０　胆嚢切開結石摘出術

胆嚢結石症に対して、胆嚢結石のみを摘出した場合に算定するものとする。

Ｋ６７２　胆嚢摘出術

胆嚢結石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、胆嚢摘出術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より20㎝の部で側々吻合を行う。）を併施した場合は、区分番号「Ｋ６５５」胃切除術の「１」に準じて算定する。

Ｋ６７４　総胆管拡張症手術

先天性胆管拡張症に対し、胃切除、総胆管切除、胆嚢摘出、胃腸吻合兼ブラウン吻合、胆管空腸吻合、十二指腸膵頭吻合及び空腸吻合術を同時に行った場合は、区分番号「Ｋ６５７」胃全摘術の「２」に準じて算定する。

Ｋ６７７－２　肝門部胆管悪性腫瘍手術

（１）　「１」は門脈又は肝動脈血行再建を併施した場合に算定する。

（２）　肝切除を伴う肝外胆道悪性腫瘍切除術についても、本区分で算定する。

Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術

（１）　当該技術の適応となる胆石は、次の要件を満たすもののうち、胆石破砕術の適応となるものである。

ア　胆嚢結石症の既往があるもの

イ　胆嚢に炎症がなく、胆嚢機能が良好な胆嚢結石症又は肝内・総胆管内結石症

（２）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕を行う場合は、所定点数を１回に限り算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　体外衝撃波胆石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ６８２－２　経皮的胆管ドレナージ術

（１）　当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

（２）　急性胆嚢炎に対して、経皮的胆嚢穿刺のみを行い、ドレーンを留置しなかった場合は、区分番号「Ｊ０１０－２」経皮的肝膿瘍等穿刺術により算定する。

~~（３）　胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて、胸水を羊水腔に持続的に排出した場合は、一連の治療につき１回に限り、経皮的胆管ドレナージ術の所定点数を算定する。ただし、次の要件のいずれにも該当する保険医療機関にて実施された場合に算定する。~~

~~ア　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうちの１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。~~

~~イ　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。~~

~~ウ　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。~~

~~なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

Ｋ６８２－３　内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）

当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６８２－４　超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）

腹腔内の膿瘍形成に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合に算定する。この際の超音波検査及び内視鏡検査の費用は所定点数に含まれる。なお、膵仮性嚢胞、膵膿瘍、閉塞性黄疸又は骨盤腔内膿瘍に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合についても本区分で算定する。

Ｋ６８４　先天性胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後数日中に再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、２回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

Ｋ６８５　内視鏡的胆道結石除去術

（１）　「１」の胆道砕石術を伴うものは、胆道鏡を用いＴ字管又は胆管外瘻孔を介し、若しくは内視鏡を用い経十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結

石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。

（２） バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出を行った場合は、「２」その他のもので算定する。

（３） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（４） 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

Ｋ６８７　内視鏡的乳頭切開術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出した場合は、「２」により算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「１」により算定する。

（３） マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

（４） 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術と区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

（５） 内視鏡的乳頭拡張術を行った場合は、「１」により算定する。

Ｋ６９１－２　経皮的肝膿瘍ドレナージ術

当該点数は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６９５　肝切除術

尾状葉全切除は「６」の３区域切除以上のもので算定する。なお、単に、尾状葉の一部を切除するものについては、「１」の部分切除で算定する。

Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

（１） 「１」及び「２」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。~~肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。~~

（２） 区分番号「Ｋ６９７－３」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｋ６９７－３　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

（１） 「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。~~肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。~~

（２） 区分番号「Ｋ６９７－２」肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（３） ここでいう２センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をい

う。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植術

（１）　対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、バッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性アミロイドポリニューロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併している場合には、遠隔転移と血管侵襲を認めないもので、当該肝癌が、次の条件により、肝内に長径５cm以下１個、又は長径３cm以下３個以内である場合に限る。また、小児肝芽腫についても対象疾患に含むものとする。

ア　肝癌の長径及び個数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から１月以内の術前画像を基に判定することを基本とする。

イ　術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純ＣＴで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影ＣＴで撮影した画像の動脈相において高吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。なお、非典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影ＣＴが実施できない場合は、ＭＲＩで代用する。

ウ　当該移植前に肝癌に対する治療を行った症例に関しては、当該治療を終了した日から３月以上経過後の移植前１月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全壊死に陥っている結節は、肝癌の個数には含めない。

（２）　生体肝を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３）　生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

（４）　肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（５）　請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

（６）　生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（７）　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の

合議に委ねる。

Ｋ６９７－６　移植用肝採取術（死体）

（１）　移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

（４）　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９７－７　同種死体肝移植術

（１）　同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９９－２　体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）

（１）「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波膵石破砕術を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　体外衝撃波膵石破砕によっては所期の目的が達成できず、内視鏡を用いた破砕膵石の除去以外の手術手技を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ７０２－２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則としてリンパ節郭清を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）

（１）　移植用膵採取術（死体）の所定点数は、死体から膵の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　死体膵には、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の膵を含む。

（３）　移植用膵採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用

については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４） 膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術

（１） 同種死体膵移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）

（１） 移植用膵腎採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に膵と腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２） 死体膵腎には、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の膵腎を含む。

（３） 移植用膵腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流、膵腎採取、採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４） 膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術

（１） 同種死体膵腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７１４　腸管癒着症手術

腸閉塞症手術を行った場合は、その術式により腸管癒着症手術、区分番号「Ｋ７１５」腸重積症整復術、区分番号「Ｋ７１６」小腸切除術又は区分番号「Ｋ７１９」結腸切除術等により算定する。

Ｋ７２１　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 「１」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が２cm未満の場合に算定する。

（３） 「２」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が２cm以上の場合に算定する。

（４） 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２１－２　内視鏡的大腸ポリープ切除術

（１） 切除した大腸ポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（２） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（３） 「１」は、ポリープの長径が２cm未満の場合に算定する。

（４） 「２」は、ポリープの長径が２cm以上の場合に算定する。

（５） 内視鏡的大腸ポリープ切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかからわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、最大径が２cmから５cmの早期癌又は腺腫に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。

（３） 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術

（１） 小腸結腸内視鏡的止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。

（２） マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７２５－２　腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術

腹腔鏡下逆流防止弁付加結腸瘻造設術についても本区分で算定する。

Ｋ７２６　人工肛門造設術

区分番号「Ｋ７４０」直腸切除・切断術の「４」又は区分番号「Ｋ７４０－２」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「３」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２９－２　多発性小腸閉鎖症手術

当該手術は、先天性小腸閉鎖に対して２箇所以上の病変に対して行われる場合に限り算定する。

Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ７３６　人工肛門形成術

人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。

Ｋ７３９　直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７４０　直腸切除・切断術

「４」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術

「３」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７４２　直腸脱手術

区分番号「Ｋ８６５」子宮脱手術及び区分番号「Ｋ８８７－２」卵管結紮術を併せて行った場合は、「４」により算定する。

Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）

（１）　内痔核に対するミリガン・モーガン手術により１か所又は２か所以上の手術を行った場合は、「４」により算定する。

（２）　ホワイトヘッド手術は、「４」により算定する。

（３）　自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「５」により算定する。ただし、自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７４３－２　肛門括約筋切開術

本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術、Ｋ７４３－６　肛門部皮膚剥離切除術

肛門掻痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。

第10款　尿路系・副腎

Ｋ７５４－２　腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

Ｋ７５４－３　腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

Ｋ７５５　副腎腫瘍摘出術

巨大な副腎腫瘍が脾臓と強く癒着しているため本手術と区分番号「Ｋ７１１」脾摘出術を併施した場合は、区分番号「Ｋ６７３」胆管形成手術に準じて算定する。

Ｋ７６２　腎固定術

遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があって腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則14」により腎固定術のみにより算定する。

Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎瘻を造設した後、腎瘻より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等を用いて結石を摘出した場合に算定する。

Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

（１）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破砕を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

~~（３）　体外衝撃波膵石破砕術を行った場合は、本区分の所定点数に準じて算定する。~~

~~（４）　体外衝撃波膵石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。~~

~~（５）　体外衝撃波膵石破砕術の施設基準は、区分番号「Ｋ７６８」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に準じて、本通知別添様式２により提出すること。~~

Ｋ７６９　腎部分切除術

残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、区分番号「Ｋ７８９」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

Ｋ７７３－４　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）は経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。

Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ７７９　移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７７９－２　移植用腎採取術（死体）

（１）　移植用腎採取術（死体）の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の腎を含む。

（３）　移植用腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４）　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７７９－３　腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７８０　同種死体腎移植術

（１）　同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。

（３） 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４） 「注１」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

Ｋ７８０－２　生体腎移植術

（１） 対象疾患は、末期慢性腎不全である。

（２） 生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３） 生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。

（４） 生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（５） 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術

経尿道的尿路結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波、超音波又はレーザー等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテル等を用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「Ｋ７９８」膀胱結石、異物摘出術の「１」に準じて算定する。

Ｋ７８３　経尿道的尿管狭窄拡張術、Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術、Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術、Ｋ７８５　経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、Ｋ７９４－２　経尿道的尿管瘤切除術、Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術の「１」、Ｋ７９８－２　経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、Ｋ８００－２　経尿道的電気凝固術、Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術の「６」、Ｋ８１７　尿道悪性腫瘍摘出術の「２」、Ｋ８２１　尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術、Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術

区分番号「Ｋ７８３－２」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「Ｋ７８３－３」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｋ８０２－２　膀胱脱手術

「１」については、メッシュを使用した場合に算定する。

Ｋ８０３－２　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

本手術に伴い尿路変更を実施した場合も含まれる。

Ｋ８０９－３　腹腔鏡下膀胱内手術

膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症に対して行われたものに対して算定する。

Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良のため、区分番号「Ｋ８４０」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「Ｋ８４１」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道ステントを用いて前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。

Ｋ８２３　尿失禁手術

恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８２３－２　尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術

（１）　注入に用いるコラーゲン、皮内反応用のコラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　本手術の対象疾患は、１年以上改善の見られない腹圧性尿失禁又は膀胱尿管逆流症とする。

（３）　所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

Ｋ８２３－３膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）

所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

第11款　性器

Ｋ８２８－２　陰茎持続勃起症手術

陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャント術を行った場合には、「２」により算定する。

Ｋ８３４－２　腹腔鏡下内精巣静脈結紮術

腹腔鏡下精索静脈瘤手術は本区分で算定する。

Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除術

（１）　経尿道的レーザー前立腺切除術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。

（２）　使用されるレーザープローブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８４１－３　経尿道的前立腺高温度治療

（１）　本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。

（２）　本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

（３） 所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

Ｋ８４１－４　焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）

（１） 前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。

（２） 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

（３） 前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき１回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。

Ｋ８４３－３　腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

尿管腫瘍、膀胱腫瘍、後腹膜腫瘍、後腹膜リンパ節腫瘍（精巣がんから転移したものに限る。）又は骨盤リンパ節腫瘍（泌尿器がんから転移したものに限る。）について、内視鏡下小切開手術を行った場合についても本区分で算定する。

Ｋ８５４　腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第２回以後の洗浄処置については、区分番号「Ｊ０６６」尿道拡張法により算定する。

Ｋ８６５　子宮脱手術

（１） 腟壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 区分番号「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。

ただし、区分番号「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分番号「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の「２」を併施した場合は、区分番号「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の「２」の所定点数のみにより算定する。

Ｋ８６７－２　子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術

子宮腟部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腟部の乱切除術を行う場合に算定する。

Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術

腹腔鏡下腟式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。

Ｋ８７９－２　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対するもの）

（１） 日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取扱い規約」におけるＩＡ期の子宮体がんに対して実施した場合に算定し、傍大動脈リンパ節郭清を実施した場合は、算定できない。

（２） ＩＡ期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でＩＢ期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、区分番号「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術を算定する。

Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢腫内容排除術

経皮的卵巣嚢腫内容排除術は、単房性の卵巣嚢腫を呈した１歳未満の患者に対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ８９０－２　卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡検査等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８９２　骨盤位娩出術

産科娩出術において双子の場合は、帝王切開術を除き１児ごとに所定点数を算定する。

Ｋ８９８　帝王切開術

「１」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「２」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「１」により算定する。また、前置胎盤を合併していた場合は、緊急に帝王切開となった場合でも「３」前置胎盤を合併する場合又は32週未満の早産の場合で算定する。

Ｋ９０１　子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）

子宮双手圧迫術を実施した後、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を実施した場合は主たるもののみ算定する。

Ｋ９０６　子宮頸管縫縮術

子宮頸管縫縮術のうち、シロッカー法は、筋膜採取を含めて所定点数による。

Ｋ９０７　胎児外回転術

胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

Ｋ９０９　流産手術

（１）　流産手術は原則として、術式を問わず、また、あらかじめ頸管拡張を行った場合であってもそれを別に算定することなく、本区分の所定点数のみにより算定する。

（２）　人工妊娠中絶のために必要があって、区分番号「Ｋ８９８」帝王切開術、区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術又は区分番号「Ｋ８７６」子宮腟上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれの所定点数により算定する。

（３）　妊娠満22週以上のものの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行った分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によって算定する。

Ｋ９１０－２　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術は双胎間輸血症候群と診断された患者に対し、双胎間輸血症候群の十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

Ｋ９１０－３　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

胎児胸腔・羊水腔シャント術は、胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて胸水を羊水腔に持続的に排出した場合に、一連につき１回に限り算定する。なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ９１２　子宮外妊娠手術

外妊破裂を起こさなかった場合であっても算定できる。

Ｋ９１３　新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則７」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。

Ｋ９１３－２　性腺摘出術

停留精巣又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

第12款　削除

第13款　臓器提供管理料

Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料

（１）　脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

（３）　脳死臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－４」同種死体肺移植術、区分番号「Ｋ６０５－２」同種心移植術、区分番号「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術、区分番号「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術、区分番号「Ｋ７０９－５」同種死体膵腎移植術又は区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。

（４）　診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

（５）　脳死臓器提供管理料について、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

Ｋ９１５　生体臓器提供管理料

（１）　生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。

（２）　生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。

（３）　生体臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－６」生体部分肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術又は区分番号「Ｋ７８０－２」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

（４）　診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、生体臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

（５）　生体臓器提供管理料について、「通則８」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

第２節　輸血料

Ｋ９２０　輸血

（１）　自家採血輸血、保存血液輸血及び自己血輸血の算定に当たっては、200mLを単位とし、200mL又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、６歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重１kgにつき４mLを単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

（２）　自家採血輸血及び保存血液輸血における１回目とは、一連の輸血における最初の200mLの輸血をいい、２回目とはそれ以外の輸血をいう。

（３）　輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

（４）　自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血

を行った１日当たりの量である。

（５） 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「１」により算定する。ただし、この場合の血液の量は3,000mLを限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分番号「Ｇ１００」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

（６） 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びＥＢウイルス感染によるＢ細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「１」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、（５）の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。

（７） 保存血液輸血の注入量は、１日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。

（８） 血小板濃厚液の注入は、「２」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

（９） 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。

(10) 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後３日以内に輸血を行ったときに算定できる。

(11) 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

(12) 患者への説明

ア 「注１」に規定する説明とは、別紙様式26を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき１回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね１週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

(13) 輸血に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成24~~21~~年３~~２~~月６~~20~~日薬食発0306第４~~0220002~~号）を遵守するよ

う努めるものとする。

(14)　「注３」の加算は、第１節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

(15)　「注６」の頻回に輸血を行う場合とは、週１回以上、当該月で３週以上にわたり行われるものである。

(16)　「注７」の加算を算定できるＨＬＡ型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗ＨＬＡ抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ２万/㎣以下及び１万/㎣以下を標準とする。

(17)　「注８」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）１バッグごとにそれぞれ算定する。

(18)　「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗体定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

(19)　自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第２章第６部第１節第１款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。

(20)　「注12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行った場合に算定する。

血小板洗浄術の実施にあたっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。

Ｋ９２０－２　輸血管理料

（１）　輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

（２）　輸血管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月１回を限度として算定する。

Ｋ９２１　造血幹細胞採取（一連につき）

区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。

なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺及び区分番号「Ｊ０１１」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。

Ｋ９２２　造血幹細胞移植

（１）　造血幹細胞移植の所定点数には、造血幹細胞移植に関連して実施した造血幹細胞移植者

の造血幹細胞採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定の費用が含まれる。

（２） 同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう。また、同種移植を行う場合においては、造血幹細胞提供者から造血幹細胞を採取することに係るすべての費用をこの表に掲げる所定点数により算定し、造血幹細胞移植の所定点数に加算する。

（３） 同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（ＨＬＡ検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

（４） 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のＨＬＡ検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

（５） 同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等であり、また、自家骨髄移植、自家末梢血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。

（６） 同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

（７） 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（８） 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

（９） 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行った医療機関と造血幹細胞移植を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、造血幹細胞移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術

（１） 開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上（ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上（ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

（２） 術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定等加算

（１） 神経モニタリングについては、本区分により加算する。

（２） 「~~注~~1」に規定する脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「Ｋ１１６」から「Ｋ１１８」まで、「Ｋ１２８」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」から「Ｋ１４２－３」まで、「Ｋ１５１－２」、「Ｋ１５４」、「Ｋ１５４

－２」、「Ｋ１５９」、「Ｋ１６０－２」、「Ｋ１６９」から「Ｋ１７０」まで、「Ｋ１７２」、「Ｋ１７５」から「Ｋ１７８－３」まで、「Ｋ１８１」、「Ｋ１８３」から「Ｋ１９０－２」まで、「Ｋ１９１」、「Ｋ１９２」、「Ｋ４５７」から「Ｋ４５８」まで、~~及び~~「Ｋ５６０」、「Ｋ６０９」及び「Ｋ６０９－２」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の~~により~~所定点数を準用~~算定~~する手術については加算は行わない。

（３）　「２」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは区分番号「Ｋ４６３」及び区分番号「Ｋ４６５」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算は行わない。

Ｋ９３１　超音波凝固切開装置等加算

（１）　ベッセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。

（２）　「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「Ｋ３７４」、「Ｋ３７６」、「Ｋ３７９－２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３９５」、「Ｋ４６３」、「Ｋ４６５」、「Ｋ４８４」、「Ｋ４８４－２」、「Ｋ５０２」、「Ｋ５０４」、「Ｋ５１１」、「Ｋ５１４」、「Ｋ５１４－３」から「Ｋ５１４－６」まで、「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２７」、「Ｋ５２９」、「Ｋ５３１」、「Ｋ５５２」から「Ｋ５５２－２」まで、「Ｋ６４３」、「Ｋ６４５」、「Ｋ６５５」の「２」、「Ｋ６５５－４」の「２」、「Ｋ６５７」の「２」、「Ｋ６７５」、「Ｋ６７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９７－４」から「Ｋ６９７－７」まで、「Ｋ７０２」から「Ｋ７０４」まで、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１６」の「１」、「Ｋ７１６」の「２」、「Ｋ７１９」の「２」、「Ｋ７１９」の「３」、「Ｋ７１９－５」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４８」、「Ｋ７５６」、「Ｋ７７３」、「Ｋ７７９」、「Ｋ７７９－２」、「Ｋ７８０」、「Ｋ７８０－２」、「Ｋ８０１」の「１」、「Ｋ８０３」、「Ｋ８１７」の「３」、「Ｋ８４３」、「Ｋ８５０」、「Ｋ８５７」、「Ｋ８７９」、「Ｋ８８９」に掲げる手術をいう。

（３）　区分番号「Ｋ７１６」小腸切除術の「１」、区分番号「Ｋ７１９」結腸切除術の「２」及び区分番号「Ｋ７１９－５」全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術については、クローン病又は潰瘍性大腸炎の再手術に対して超音波凝固切開装置等を用いた場合に限り算定する。

Ｋ９３２　創外固定器加算

区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術及び「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉砕骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ０５８」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ０７６」観血的関節授動術については、外傷又は変性疾患等により拘縮となった関節に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ１２５」骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折を除く。）については骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について創外固定器を用いた場合に算定する。

Ｋ９３３　イオントフォレーゼ加算

当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。

Ｋ９３４－２　副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

（１）　区分番号「Ｋ９３４」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。

（２）　両側に使用した場合であっても一連として所定点数は1回に限り算定する。

Ｋ９３６　自動縫合器加算

（１）　区分番号「Ｋ４８８－４」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、１個を限度として当該加算点数を加算する。

（２）　区分番号「Ｋ６７４」、「Ｋ６７５」の「２」から「Ｋ６７５」の「５」まで、「Ｋ６

７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６８０」、「Ｋ６９５」の「４」から「Ｋ６９５」の「７」まで、「Ｋ６９６」、「Ｋ７０５」及び「Ｋ７０６」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、２個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（３~~２~~） 区分番号「Ｋ５２４－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１６」、「Ｋ７３２」の「２」、「Ｋ７３９」及び「Ｋ７３９－３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、３個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（４~~３~~） 区分番号「Ｋ５１１」、「Ｋ５１３」、「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２５」、「Ｋ５２９」、「Ｋ５３１」、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ７０２」から~~＝~~「Ｋ７０３」、「Ｋ７１９」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７４０」及び「Ｋ７４０－２」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、４個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（５~~４~~） 区分番号「Ｋ６５５－２」、「Ｋ６５７」、「Ｋ８０３」及び「Ｋ８１７」の「３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、５個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（６~~５~~） 区分番号「Ｋ５１４」及び「Ｋ５１４－２」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、６個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算

区分番号「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５７」及び「Ｋ６５７－２」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は２個を限度として、それ以外の手術にあっては１個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ９３６－３　微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「Ｋ０２０」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、２個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

Ｋ９３８　体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、１回又は２回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について１回のみ算定する。

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

（１） 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。

（２） ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を３次元に構築し、手術の過程において、３次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで、手術を補助する目的で用いることをいう。

（３） 実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

（４） 患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事法の承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術又は再置換術を補助する目的で用いることをいう。

（５） 「１」ナビゲーションによるものと「３」患者適合型手術支援ガイドを

Ｋ９３９－２　術中血管等描出撮影加算

術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術時においてインドシアニングリーン又はアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際に算定する。なお、単にＸ線用、超音波用又はＭＲＩ用の造影剤を用いたのみでは算定できない。

Ｋ９３９－３　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了~~終了~~したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

Ｋ９３９－４　内視鏡手術用支援機器加算

区分番号「Ｋ８４３」前立腺悪性腫瘍手術において内視鏡手術用支援機器を用いる場合のみが保険給付の対象となる。それ以外に用いた場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。

Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

（１）　胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性及び方法、胃瘻抜去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。

（２）　内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合（他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。）は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。

（３）　他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査（関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。）による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４）　嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。

（５）　嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６）　当該加算を算定した場合であっても、区分番号「Ｅ００３」の「７」嚥下造影及び区分番号「Ｅ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。

（７）　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。ただし、平成27年３月31日までの間は、所定点数を算定できる。

（８）　平成27年３月31日までの間は、（２）及び（３）における関連学会が実施する所定の研修を修了しているものとみなすものであること。

第11部　麻酔

＜通則＞

1　血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第３節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

2　麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

3　検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

4　麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。

5　第１節及び第２節に掲げる麻酔法（１つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。

なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。

6　「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。

7　「通則２」の加算及び「通則３」の加算は、第１節麻酔料（麻酔管理料は除く。）又は第２節神経ブロック料について適用され、第３節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。

8　「通則２」の未熟児に対する加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。

9　「通則３」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「Ａ０００」の「注９」~~７~~又は区分番号「Ａ００１」の「注７~~６~~」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。

ア　麻酔料

時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。

イ　神経ブロック料

緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。

10　麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算出する。

第１節　麻酔料

Ｌ０００　迷もう麻酔

（１）　迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が10分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。

（２）　ガス麻酔器を使用する10分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

Ｌ００１－２　静脈麻酔

（１）　静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。

（２）　「１」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する。

（３）　「２」及び「３」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合であって、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。

（４）　「３」に規定する複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

（５~~４~~）　静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

（６）　「注１」における所定点数とは、「注２」における加算点数を合算した点数をいう。

Ｌ００２　硬膜外麻酔

（１）　実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

（２）　第12胸椎と第１腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「１」で算定する。また、第５腰椎と第１仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「２」で算定する。

Ｌ００３　硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

Ｌ００４　脊椎麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

Ｌ００５　上・下肢伝達麻酔

（１）　上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。

（２）　下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

Ｌ００６　球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

（１）　ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

（２）　静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

（３）　本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。

（４）　麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

ア　心不全（NYHAⅢ度以上のものに限る。）の患者

イ　狭心症（CCS分類Ⅲ度以上のものに限る。）の患者

ウ　心筋梗塞（発症後３月以内のものに限る。）の患者

エ　大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全（いずれもⅡ度以上のものに限る。）の患者

オ　大動脈弁狭窄（大動脈弁平均圧較差50mmHg以上のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁平均圧較差10mmHg以上のものに限る。）の患者

カ　植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者

キ　先天性心疾患（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ク　肺動脈性肺高血圧症（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ケ　呼吸不全（動脈血酸素分圧60mmHg未満又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比300未満のものに限る。）の患者

コ　換気障害（１秒率70％未満かつ肺活量比70％未満のものに限る。）の患者

サ　気管支喘息（治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る。）の患者

シ　糖尿病（HbA1cがJDS値で8.0％以上（NGSP値で8.4％以上）、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後２時間血糖220mg/dL以上のものに限る。）の患者

ス　腎不全（血清クレアチニン値4.0mg/dL以上のものに限る。）の患者

セ　肝不全（Child-Pugh分類B以上のものに限る。）の患者

ソ　貧血（Hb6.0g/dL未満のものに限る。）の患者

タ　血液凝固能低下（PT-INR2.0以上のものに限る。）の患者

チ　DICの患者
ツ　血小板減少（血小板５万/uL未満のものに限る。）の患者
テ　敗血症（SIRSを伴うものに限る。）の患者
ト　ショック状態（収縮期血圧90mmHg未満のものに限る。）の患者
ナ　完全脊髄損傷（第５胸椎より高位のものに限る。）の患者
ニ　心肺補助を行っている患者
ヌ　人工呼吸を行っている患者
ネ　透析を行っている患者
ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者
ハ　BMI35以上の患者

（５）（４）の場合に該当し、本区分１から５までのイに掲げる点数により算定する場合にあっては、該当する状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（６~~５~~）　流量計を装置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。

（７~~６~~）　本区分について「通則３」の加算を算定する場合の所定点数は、「注２」、「注４」、「注５」及び「注７」による加算を含むものとする。

（８~~７~~）　麻酔の種類等について

ア　「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。

イ　「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の60％又は平均動脈圧で60～70ｍｍＨｇを標準とする。

ウ　「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、１回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね１分間に60回以上である。

エ　「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。

（９~~８~~）　麻酔の種類等における実施時間について

ア　「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。

イ　「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点から低血圧を離脱する時点までをいう。

ウ　「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。

エ　「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。

（10~~９~~）　複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでいう一の全身麻酔とは、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。

（11~~10~~）　臓器移植術加算は、Ｋ５１４－４同種死体肺移植術、Ｋ６０５－２同種心移植術、Ｋ

６０５－４同種心肺移植術、Ｋ６９７－７同種死体肝移植術、Ｋ７０９－３同種死体膵移植術、Ｋ７０９－５同種死体膵腎移植術又はＫ７８０同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(12~~11~~)　麻酔の実施時間

ア　全身麻酔の実施時間は、(３)により計算する。

イ　当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ　複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ)　同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ)　麻酔時間の基本となる２時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ)　(ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注２」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ)　(ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例１　麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で10分間

②　次に伏臥位で２時間30分間

③　最後に仰臥位で20分間

の計３時間の麻酔を行った場合

基本となる２時間に②の２時間を充当	９，１５０点
②の残り30分の加算	９００点
仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算	６００点
算定点数	１０，６５０点

例２　麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で10分間

②　次に側臥位で１時間20分間

③　最後に仰臥位で47分間

の計２時間17分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に②の１時間20分＋①と③の57分のうち40分	９，１３０点
①と③の残り17分の加算	６００点
算定点数	９，７３０点

例３　麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で５分間

②　次に側臥位で21分間

③　次に分離肺換気で１時間27分間

④　次に側臥位で30分間

⑤　最後に仰臥位で５分間

の計２時間28分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に③の１時間27分＋②と④の51分のうち33分
１６，６００点
②と④の残り18分＋①と⑤の10分の合計28分の加算　６６０点
算定点数　１７，２６０点

例４　麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で10分間
②　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに45分間
③　次に心臓手術を人工心肺装置を使用して２時間25分間
④　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに１時間
⑤　最後に仰臥位で10分間

の計４時間30分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に③の２時間を充当　１６，６００点
②＋④で１時間45分となり、このうち30分×３の加算　２，７００点
③の残り25分間に④の残り15分間のうち５分間を加算　１，２００点
①＋⑤の20分間に④の残り10分間を加算　６００点
算定点数　２１，１００点

(13~~12~~)　酸素・窒素（注３）

ア　酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）の定めるところによる。

イ　酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注３」の加算として算定できない。

(14~~13~~)　硬膜外麻酔加算（注４）

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注４」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注５」に規定する加算を算定する。

(15~~14~~)　所定点数に含まれる費用

ア　本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

ウ　体温（深部体温を含む。）測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ　経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(16~~15~~)　「注７」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価する目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。

(17~~16~~)　「注７」でいう、麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患または弁膜症の患者とは、（４）のイ、ウ、エ、オに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

Ｌ００８－２　低体温療法

（１）　低体温療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温35℃以下で12時間以上維持した場合に、開始日から３日間に限り算定する。

（２）　重度脳障害患者への治療的低体温の場合は算定できない。

（３）　当該点数を算定するに当たり、かならずしも手術を伴う必要はない。

Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。

Ｌ００９　麻酔管理料~~(Ⅰ)~~

（１）　当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

（２）　麻酔管理料~~(Ⅰ)~~は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生（支）局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。）が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（３）　麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

（４）　麻酔管理料~~(Ⅰ)~~を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（５）　麻酔管理料~~(Ⅰ)~~について、「通則２」及び「通則３」の加算は適用しない。

Ｌ０１０　麻酔管理料~~(Ⅱ)~~

（１）　当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

（２）　麻酔管理料~~(Ⅱ)~~は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（３）　主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。

（４）　麻酔管理料~~(Ⅱ)~~を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（５） 麻酔管理料=(Ⅱ)=について、「通則２」及び「通則３」の加算は適用しない。

（６） 同一の患者について、麻酔管理料=(Ⅰ)=と麻酔管理料=(Ⅱ)=を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料=(Ⅰ)=と麻酔管理料=(Ⅱ)=の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

第２節　神経ブロック料

Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

（１） 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（２%以上）等の神経破壊剤の注入又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。

（２） 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤又は高周波凝固法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載する。

（３） 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月１回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤又は高周波凝固法によるものを同一月に算定できる。

（４） 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、２種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。

（５） 椎間孔を通って脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「１」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「１」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７） 同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できない。

Ｌ１０３　カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

Ｌ１０４　トリガーポイント注射

（１） トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、１日につき１回算定できる。

（２） トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

Ｌ１０５　硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で麻酔

剤を注入するものをいう。

第12部　放射線治療

＜通則＞

（１）　この部に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

（２）　小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

＜放射線治療料＞

Ｍ０００　放射線治療管理料

（１）　放射線治療管理料は、区分番号「Ｍ００１」体外照射又は区分番号「Ｍ００４」密封小線源治療の「１」に掲げる外部照射、「２」に掲げる腔内照射若しくは「３」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において２回に限り算定する。

（２）　画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３）　「注２」に掲げる放射線治療専任加算は、区分番号「Ｍ００１」体外照射の「２~~３~~」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「Ｍ００１」体外照射の「３~~４~~」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。

（４）　「注３」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「Ｍ００１」体外照射の「２~~３~~」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「Ｍ００１」体外照射の「３~~４~~」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、１日につき１回に限り算定する。

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

（１）　放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。

（２）　放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。

（３）　放射性同位元素の内用後４月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。

（４）　「１　甲状腺癌に対するもの」は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出で

きない症例等)）に対して行った場合に算定する。

（５）　「３　固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があって、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例)）に対して行った場合に算定する。

（６）　「４　Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、ＣＤ20陽性の再発又は難治性である、低悪性度Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。

（７）　放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

Ｍ００１　体外照射

（１）　体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア　エックス線表在治療とは、管電圧10万ボルト未満による照射療法をいう。

~~イ　コバルト^{60}遠隔大量照射とは、大量のコバルト^{60}線源のガンマ線を使用した固定コバルト装置以外のコバルト装置による遠隔照射療法をいう。~~

イ~~ウ~~　高エネルギー放射線治療とは、100万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトロン治療装置使用による照射療法をいう。

ウ~~エ~~　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）とは、多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、３方向以上の照射角度から各門につき３種以上の線束強度変化をもつビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したものについて照射した場合に限る。

（２）　体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数、同一患部に対する照射方法にかかわらず、１回につき所定点数を算定する。また、２方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。

（３）　１日に複数部位の照射を行う場合においては、１回目とは異なる部位に係る２回目の照射に限り、「ロ」の２回目の所定点数を算定する。１日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、１回目の照射と２回目の照射の間隔が２時間を超える場合に限り、「イ」の１回目の所定点数を１日に２回分算定できる。

（４）　１回線量増加加算

ア　日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「放射線治療計画ガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

イ　患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を照射線量と回数の違いによる差異が分かるように文書を用いて詳しく説明を行い、患者の同意を得るとともに、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付すること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

（５~~４~~）　「注３」の体外照射用固定器具加算は、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り、患者１人につき１回に限り算定できる。

（６~~５~~）　「注４」の画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が５ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

（７~~６~~）　「注４」の画像誘導放射線治療加算は、「２~~３~~」の「イ」又は「３~~４~~」の「イ」の所定点数を１日に２回分算定できる場合であっても、１日に１回の算定を限度とする。

（８~~７~~）　「注５」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートル~~mm~~を超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膵がん、腎がん又は副腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ５ミリメートル~~mm~~以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

（１）　ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト^{60}の微小線源から出るガンマ線を集束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

（２）　数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（３）　定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）

（１）　直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価したものであり、「Ｍ００１」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。

（２）　定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が２ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が５ミリメートル以内であるものをいう。

（３）　定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径５センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌又は原発性肝癌、及び３個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、並びに脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（４）　定位放射線治療については、定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「注２」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートル~~mm~~を超える肺がん又は肝がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間

位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ５ミリメートル~~mm~~以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

（６）　「注２」の「イ」動体追尾法は、自由呼吸の下で、呼吸運動と腫瘍位置との関係を分析し、呼吸運動に合わせて照射野を移動して照射する方法、又は呼吸運動に合わせて腫瘍の近傍のマーカー等をエックス線透視し、決められた位置を通過する時に照射する方法のいずれかの場合に算定する。

Ｍ００２　全身照射

全身照射は、１回の造血幹細胞移植について、一連として１回に限り算定できる。

Ｍ００３　電磁波温熱療法

（１）　「１」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下６センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。

（２）　四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「２」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。

（３）　電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。

（４）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、１回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。

（６）　電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００４　密封小線源治療

（１）　密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

（２）　~~外部照射~~

~~=~~外部照射とは、コバルト^{60}、セシウム^{137}等のガンマ線又はストロンチウム^{90}等のベーター線による４センチメートル以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

（３）　腔内照射

ア　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腟腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム^{192}管を挿入し照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものをいう~~であり、それまりも大きな径の線源である従前の~~

~~コバルト線源による腔内照射は「ロ」旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合により算定する~~。

ウ　その他の場合とは、子宮腔、膣腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム^{137}管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合~~又は旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合~~には、「イ」~~又は「ロ」~~により算定し、旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合は算定できない~~する~~。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４）　組織内照射

ア　前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素^{125}粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。

イ　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム^{192} 線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。

エ　その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　~~放射性粒子照射~~

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注６」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）　同一の高線量率イリジウムを使用し、１人又は複数の患者に対して１回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（７）　同一の低線量率イリジウムを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（８）　同一のコバルトを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用したコバルトの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

Ｍ００５　血液照射

（１）　血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。

（２）　血液照射料は、血液照射を行った血液量が400ミリリットル以下の場合には110点、これ以降400ミリリットル又はその端数を増すごとに110点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った１日当たりの血液量についてのみ算定する。

（３）　血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少

ない量により算定する。例えば、200ミリリットルの血液から製造された30ミリリットルの血液成分製剤については30ミリリットルとして算定し、200ミリリットルの血液から製造された230ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200ミリリットルとして算定する。

（４） 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。

（５） 血液照射に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」~~（平成21年２月20日薬食発第0220002号）~~（平成24年3月6日薬食発0306第４号）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第13部　病理診断

＜通則＞

1　病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。

2　病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

3　病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。

4　第１節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。

5　第１節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

6　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本の送付側の保険医療機関において区分番号「Ｎ００６」病理診断料を算定できる。

　また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、標本の受取側の保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、標本の送付側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。標本の受取側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本の送付側、標本の受取側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

7　テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「Ｎ００３」術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「Ｎ００６」病理診断料の「１」を算定できる。また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

8　テレパソロジーによる術中迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「Ｎ００３－２」術中迅速細胞診及び区分番号「Ｎ００６」病理診断料の「２」を算定できる。また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその

結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

第１節　病理標本作製料

Ｎ０００　病理組織標本作製

（１）　病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに１臓器として算定する。

ア　気管支及び肺臓
イ　食道
ウ　胃及び十二指腸
エ　小腸
オ　盲腸
カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸
キ　Ｓ状結腸
ク　直腸
ケ　子宮体部及び子宮頸部

（２）　病理組織標本作製において、１臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、１臓器の標本作製として算定する。

（３）　病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。

（４）　当該標本作製をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

Ｎ００１　電子顕微鏡病理組織標本作製

（１）　電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、~~甲状腺腫を除く~~内分泌臓器の機能性腫瘍（甲状腺腫を除く。）、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本を作製した場合に算定できる。

（２）　電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製、区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

Ｎ００２　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

（１）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、１臓器につき１回のみ算定する。

（２）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製又は区分番号「Ｎ００１」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いず

れを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

（３）　「１」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「２」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。

（４）　「３」のＨＥＲ２タンパクは、半定量法又はＥＩＡ法（酵素免疫測定法）による病理標本作製を行った場合に限り算定する。

（５）　「５」ＣＣＲ４タンパク及び区分番号「Ｄ００６－１０」ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

（６~~５~~）　「注２」に規定する「確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（ＧＩＳＴ）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎~~又は~~、水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）又は悪性黒色腫が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても３種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。

（７）　肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注２」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等ＨＥ染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、既に区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）、「ロ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）又は区分番号「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製を算定している場合には、当該加算は算定できない。

Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製

術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術につき１回算定する。

なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。

Ｎ００３－２　術中迅速細胞診

術中迅速細胞診は、手術の途中において腹水及び胸水等の体腔液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術につき１回算定する。

Ｎ００４　細胞診

（１）　腟脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。

（２）　同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、１回として算定する。

（３）　「２」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。

（４）　「注１」の婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時に行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作成し診断を行った場合には算定できない。

（５~~４~~）　「注２」の液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。

Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製

（１）　ＨＥＲ２遺伝子標本作製は、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法、ＳＩＳＨ法又はＣＩＳＨ法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

（２）　本標本作製と区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「３」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「２」により算定する。

~~（３）　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製~~

~~ア　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製は、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。~~

~~イ　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製は、区分番号「Ｄ００６－４」の遺伝学的検査及び「Ｄ００６－９」のＷＴ１ｍＲＮＡの所定点数を併せて算定する。その際、「Ｄ００６－４」の遺伝学的検査及び「Ｄ００６－９」のＷＴ１ｍＲＮＡに係る判断料は算定せず、病理診断に係る費用を算定する。~~

~~（４）　ＣＣＲ４タンパク（免疫染色病理組織標本による場合）~~

~~ア　ＣＣＲ４タンパク（免疫染色組織標本による場合）を行った場合は、区分番号「Ｄ００６－４」の遺伝学的検査及び「Ｄ００２－３」微生物核酸同定・定量検査の「１２」のＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性の所定点数を併せて算定する。なお、判断料については、免疫染色病理組織標本による場合は、病理に係る判断料のみを算定する。~~

~~イ　ＣＣＲ４タンパク（免疫染色病理組織標本による場合）及びＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法による場合）を同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、必要があって併せて行った場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載し、いずれの点数も算定できる。~~

Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製

ＡＬＫ融合遺伝子標本作製は、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

第２節　病理診断・判断料

Ｎ００６　病理診断料

（１）　当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。

（２）　当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、月１回に限り所定点数を算定する。

　なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。

（３）　病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を算定することができる。

Ｎ００７　病理判断料

　病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

＜通則＞

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第１章基本診療料又は第２章特掲診療料は適用せず、第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第１部　併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成14年３月８日保医発第0308008号）に規定する保険医療機関をいう。

１　緊急時施設治療管理料

（１）　平成18年７月１日から平成30年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。

（２）　介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者１人につき1日１回、１月につき４回に限る。

（３）　患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　ショック

オ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

カ　その他薬物中毒等で重篤なもの

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

ア　併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時

イ　対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

（１）　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

（２）　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

３　施設入所者材料料

（１）　施設入所者材料料は、第２章第２部第２節第１款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるとされている特定保険医療材料及び同節第２款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

（２）　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

（３）　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

４　その他の診療料

（１）　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

（２）　特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

（３）　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１　施設入所者共同指導料

（１）　施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、１入所につき１回に限り算定できるものであること。

（２）　施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。

（３）　施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としないものであること。

（４）　施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。

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

（６）　特別の関係にある病院又は介護老人保健施設における算定は、行わないものであること。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

（１）　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

（２）　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3　施設入所者材料料

（1）　施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定することができるとされている特定保険医療材料及び第２章第２部第２節第２款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

（2）　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

（3）　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

4　その他の診療料

（1）　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

（2）　特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

（3）　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

（別紙）

（算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」）

項　　目	小　項　目	併設保険医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料１	×	○
	診療情報提供料（Ⅰ）（注４に限る。）	×	○
	診療情報提供料（Ⅱ）	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
病理診断		○	○

（注）厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

別添１の２

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

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

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙様式14、15、31は欠番である。

（別紙様式１）

退　院　証　明　書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名　　性別（男・女） 患者住所 電話番号 生年月日　（明・大・昭・平）　　年　　月　　日（　　歳）

１．当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日 □　入院年月日　　平成　　年　　月　　日 □　退院年月日　　平成　　年　　月　　日
２．当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院料を含む。）の種別及び算定期間 （複数ある場合はそれぞれ記載のこと。） □　入院基本料等の種別： □　算定期間：　　日（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）
３．当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間 □　　日（平成　　年　　月　　日現在）
４．当該保険医療機関の入院に係る傷病名 □　傷病名：
５．転帰（該当するものに〇をつける。） □　治癒 □　治癒に近い状態（寛解状態を含む。） □　その他
６．その他の特記事項

（別紙様式２）

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成　　年　　月分

氏名	1男　2女　　1明　2大　3昭　4平　　.　　.　　生

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】
1　療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。　また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。
2　当該判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること（診療所はこの限りでない）。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

医療区分3		期間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
1	24時間持続して点滴を実施している状態	7	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
医療区分2		**期間**			
2	尿路感染症に対する治療を実施している状態	14	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
3	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
4	脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	7	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
5	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
6	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	3	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
7	せん妄に対する治療を実施している状態	7	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
8	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	7	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
9	頻回の血糖検査を実施している状態	3	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

医療区分3		☆	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
10	スモン	□			
11	注1を参照	□			
12	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
13	中心静脈栄養を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
14	人工呼吸器を使用している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
15	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
16	気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
17	酸素療法を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
18	感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
医療区分2		☆			
19	筋ジストロフィー症	□			
20	多発性硬化症	□			
21	筋萎縮性側索硬化症	□			
22	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））	□			
23	その他の難病（スモン及び20～22までを除く。）	□			
24	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）	□			
25	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）	□			
26	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態	□			
27	注2を参照	□			
28	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	□			
29	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
30	肺炎に対する治療を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
31	褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
32	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
33	うつ症状に対する治療を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
34	他者に対する暴行が毎日認められる場合		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
35	1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
36	気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
37	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□

	☆	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
医療区分3の該当有無	□	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
医療区分2の該当有無	□	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□
医療区分3・2いずれも0（医療区分1）	□	□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□

91	身体抑制を実施している（注3を参照）		□□□□□□□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□	□□□□□□

（別紙様式3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	歳	

主訴

診断

1）　　5）
2）　　6）
3）　　7）
4）　　8）

現病歴

年　月　日

既往歴

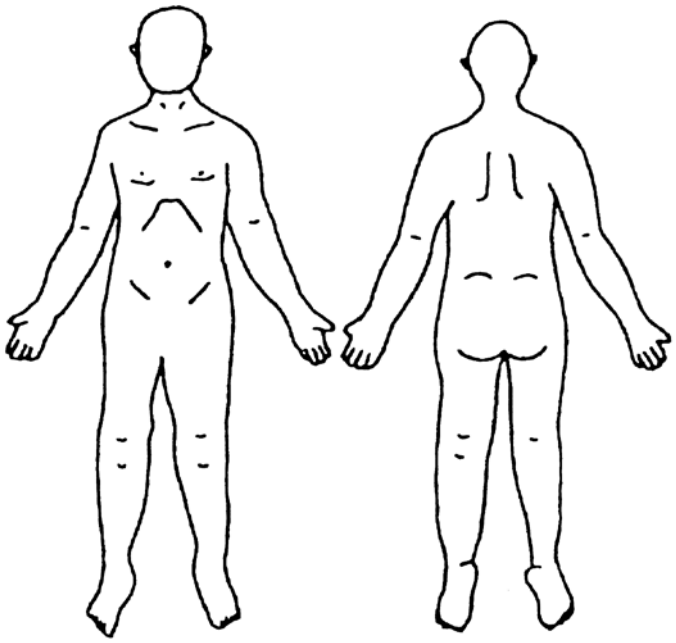
年　月　日

身体症状

【重症度】

1. 痛み	□なし	□軽	□中	□重
2. 呼吸困難	□なし	□軽	□中	□重
3. 倦怠感	□なし	□軽	□中	□重
4. 発熱	□なし	□軽	□中	□重
5. 口渇	□なし	□軽	□中	□重
6. 咳・痰	□なし	□軽	□中	□重
7. 食欲不振	□なし	□軽	□中	□重
8. 嘔気・嘔吐	□なし	□軽	□中	□重
9. 腹部膨満感	□なし	□軽	□中	□重
10. 便秘	□なし	□軽	□中	□重
11. 尿閉、失禁	□なし	□軽	□中	□重
12. 浮腫	□なし	□軽	□中	□重
13. その他（具体的に）				

【症状の性質、分布】



身体活動状態

全般　□0.　問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能　□2.　時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3.　しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4.　常に介助が必要、終日臥床している

歩行　□問題なし　□要介助　□不可　　排泄　□問題なし　□ポータブル　□要介助
食事　□問題なし　□要介助　□不可　　入浴　□問題なし　□要介助　□不可

精神状態　　【重症度】

1. 不安　　□なし □軽 □中 □重
2. 抑うつ　　□なし □軽 □中 □重
3. せん妄　　□なし □軽 □中 □重
4. 不眠　　□なし □軽 □中 □重
5. 眠気　　□なし □軽 □中 □重
6. その他(具体的に)

その他の問題

□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの
　活動や生きがい
□その他

本人の希望	家族の希望

治療目標（優先順に）		
①	②	③

緩和治療・検査計画

□薬物療法

□精神療法（カウンセリング、リラクセーション）

□理学・作業療法

□その他

備考

説明日　　年　　月　　日	
本人の署名	家族の署名　　（続柄　　）
主治医	精神科医
緩和ケア医	緩和ケア担当看護師
緩和ケア担当薬剤師	

（別紙様式４）

児童･思春期精神医療入院診療計画書

患　者　氏　名	（男･女）	生年月日	昭和・平成　年　月　日 生　（　　歳）
診断名（状態像名）			ICD-10(コード番号)：

Ⅰ．発育・社会的環境

発達・生育歴 □特記事項なし □あり	**家族構成：** （同居家族を含む）	**社会的環境：** a. 就学状況	c. 職歴
		b. 教育歴 （最終学歴：　　）	d. 交友関係など

Ⅱ．入院時の状況

入院年月日	平成　年　月　日　（　　曜日）	**入 院 形 態**	□任意入院　□医療保護入院 □措置入院　□その他

主訴	患者： 家族（父・母・その他　　）：

特別な栄養管理の必要性：　有　・　無

症状　および　問題行動：

A. 行　動：a. 動　き：□多動　□寡動　□常同症　□拒絶症　□奇妙な動作（　　）
b. 表　情：□不安・恐怖・心配　□憂うつ　□怒り・敵意　□無表情
c. 話 し 方：□緘黙　□不明瞭　□吃音　□反響言語
d. そ の 他：□睡眠障害　□食行動異常　□排泄障害　□習癖異常

B. 情　緒：□不安定　□無感情　□怒り・敵意　□不安・恐怖・心配　□高揚　□抑うつ気分　□感情の不調和

C. 対 人 関 係：□ひきこもり　□自己中心的　□他罰的　□共感性欠如

D. 知 的 機 能：□注意散漫　□興味限局　□記憶障害　□知的障害　□学習（能力）障害

E. 意　識：□見当識障害　□意識障害

F. 意　欲：□消極性　□意欲減退　□無為　□意欲亢進

G. 行　為：□自傷　□他害・暴行　□盗み　□器物破損

H. 知　覚：□錯覚　□幻覚

I. 思　考：□心気症　□強迫観念・行為　□恐怖症　□自殺念慮・自殺企図　□離人体験　□病的な空想　□作為体験
□罪業妄想　□被害・関係妄想　□その他の妄想（　　）　□連合障害

J. そ　の　他：□病識欠如　□不登校　□計画的な行動がとれない　□衝動コントロールの欠如　□主体性の未確立

具体的な事柄：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ．治療計画　　（患者氏名　　）

予定治療期間（　　週間/月）

本人の希望：

家族の希望　：

目標の設定：

同意事項：

□検査　　□診断の確定

□薬物療法の調整　　□精神症状の改善

□問題行動の改善　　□生活リズムの改善

□家族関係の調整　　□主体性の確立

□社会復帰

□その他（　　）

基本方針：

治療と検査：

A. 治療：

精神療法：

□個人精神療法：　　回/週　□集団精神療法：　　回/週

□認知行動療法：　　回/週　□生活療法：　　回/週

薬物療法：

□抗精神病薬　□抗うつ薬　□抗躁薬　□抗不安薬

□抗てんかん薬　□睡眠導入剤

□その他（　　）

B. 検査：

理化学検査：

□血液検査　□心電図　□脳波　□X 線

□CT（MRI）検査　□その他（　　）

心理検査：

□知能検査（　　）

□性格検査（　　）

行動制限：□なし　□あり（電話、面会、外出、外泊、その他　　）

隔離室・個室使用：□なし　□あり

退院後の目標：

□家庭内適応　□復学　□就労　□デイケア　□地域作業所　□施設入所

□その他（　　）

Ⅳ．家族へのアプローチ

面接：

□家族面接：　　回/週・月（□父親　□母親　□その他（　　））

□本人との同席面接：　　回/週・月

その他：

□家族療法：　　回/週・月　　□その他：　　回/週・月

具体的アプローチ

Ⅴ．学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮：

□院内学級・院内分校への通級（学）

□地元（原籍）校への通学　□訪問学級

□通信教育　□その他（　　）

学校への具体的アプローチ：　□本人の同意　□保護者の同意

□担任　□養護教諭　□生徒指導担当　□その他（　　）

□現状での問題点（　　）

□今後の方向性（　　）

上記説明を受けました。　平成　　年　　月　　日　本人サイン　　保護者サイン

（注）内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意）

1．　入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。

2．　すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。（病状によっては、別紙２のみの交付でも可）

（別紙様式４の２）

児童・思春期精神医療入院診療計画書（医療保護入院者用）

患　者　氏　名	（男・女）	生年月日	昭和・平成 年　　月　　日生　（　　歳）
診断名（状態像名）			ICD-10（コード番号）：

Ⅰ．発育・社会的環境

発達・生育歴 □特記事項なし □あり	**家族構成：** （同居家族を含む）	**社会的環境：** a. 就学状況	c. 職歴
		b. 教育歴 （最終学歴：　　）	d. 交友関係など

Ⅱ．入院時の状況

入院年月日	平成　年　月　日　（　　曜日）	**入 院 形 態**	□任意入院　　□医療保護入院 □措置入院　　□その他

主 訴	患者： 家族（父・母・その他　　）：

特別な栄養管理の必要性：　　有　・　無

症状　および　問題行動：

A. 行　　動：a. 動　　き：□多動　□寡動　□常同症　□拒絶症　□奇妙な動作（　　）
b. 表　　情：□不安・恐怖・心配　□憂うつ　□怒り・敵意　□無表情
c. 話 し 方：□緘黙　□不明瞭　□吃音　□反響言語
d. そ の 他：□睡眠障害　□食行動異常　□排泄障害　□習癖異常

B. 情　　緒：□不安定　□無感情　□怒り・敵意　□不安・恐怖・心配　□高揚　□抑うつ気分　□感情の不調和

C. 対人関係：□ひきこもり　□自己中心的　□他罰的　□共感性欠如

D. 知的機能：□注意散漫　□興味限局　□記憶障害　□知的障害　□学習（能力）障害

E. 意　　識：□見当識障害　□意識障害

F. 意　　欲：□消極性　□意欲減退　□無為　□意欲亢進

G. 行　　為：□自傷　□他害・暴行　□盗み　□器物破損

H. 知　　覚：□錯覚　□幻覚

I. 思　　考：□心気症　□強迫観念・行為　□恐怖症　□自殺念慮・自殺企図　□離人体験　□病的な空想　□作為体験
□罪業妄想　□被害・関係妄想　□その他の妄想（　　）　□連合障害

J. そ　の　他：□病識欠如　□不登校　□計画的な行動がとれない　□衝動コントロールの欠如　□主体性の未確立

具体的な事柄：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ．治療計画　　（患者氏名　　）

推定される入院期間（　　週間/月）

（うち医療保護入院による入院期間：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

基本方針：

本人の希望：

家族の希望　：

目標の設定：

同意事項：

□検査　　□診断の確定

□薬物療法の調整　　□精神症状の改善

□問題行動の改善　　□生活リズムの改善

□家族関係の調整　　□主体性の確立

□社会復帰

□その他（　　）

治療と検査：

A. 治療：

精神療法：

□個人精神療法：　　回/週　□集団精神療法：　　回/週

□認知行動療法：　　回/週　□生活療法：　　回/週

薬物療法：

□抗精神病薬　□抗うつ薬　□抗躁薬　□抗不安薬

□抗てんかん薬　□睡眠導入剤

□その他（　　）

B. 検査：

理化学検査：

□血液検査　□心電図　□脳波　□X 線

□CT（MRI）検査　□その他（　　）

心理検査：

□知能検査（　　）

□性格検査（　　）

行動制限：□なし　□あり（電話、面会、外出、外泊、その他　　）

隔離室・個室使用：□なし　□あり

選任された退院後生活環境相談員の氏名

退院後の目標：

□家庭内適応　□復学　□就労　□デイケア　□地域作業所　□施設入所

□その他（　　）

Ⅳ．家族へのアプローチ

面接：

□家族面接：　　回/週・月（□父親　□母親　□その他（　　））

□本人との同席面接：　　回/週・月

その他：

□家族療法：　　回/週・月　　□その他：　　回/週・月

具体的アプローチ

Ⅴ．学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮：

□院内学級・院内分校への通級（学）

□地元（原籍）校への通学　□訪問学級

□通信教育　□その他（　　）

学校への具体的アプローチ：　□本人の同意　□保護者の同意

□担任　□養護教諭　□生徒指導担当　□その他（　　）

□現状での問題点（　　）

□今後の方向性（　　）

上記説明を受けました。　平成　　年　　月　　日　本人サイン＿＿＿＿＿＿　保護者サイン＿＿＿＿＿＿

（注）内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意）

１．　入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。

２．　すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。（病状によっては、別紙２のみの交付でも可）

（別紙様式５）

栄養治療実施計画　兼　栄養治療実施報告書

患者氏名		患者ID		性　：　男・女	年齢　　歳	入院日	年　月　日
病棟		主治医		NST患者担当者		初回回診日	年　月　日
NST回診実施者名	医師		看護師		薬剤師	管理栄養士	
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士		臨床検査技師		PT・OT・ST MSWほか	NST専従者氏名	
現疾患			褥瘡	なし あり（　　）	嚥下障害	なし あり（　　）	前回回診日	年　月　日
その他の合併疾患※1			感染症	なし あり（　　）	社会的問題点	なし あり（　　）	回診日	年　月　日
身長	cm	現体重	浮腫　有 □　無 □ Kg	BMI：	標準体重（BMI=22）	Kg	通常時体重	Kg

栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン（g/dL）	リンパ球数（　/mm3）	ヘモグロビン（g/dL）	中性脂肪（mg/dL）	トランスサイレチン（TTR:プレアルブミン）（mg/dL）		総合評価（栄養障害の程度）
	良・普通・悪	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪

栄養管理法

経口栄養	□　普通食　　□　該当無し □　咀嚼困難食 □　嚥下障害食 （濃厚流動食・経腸栄養剤）	経腸栄養※2	□　該当無し □　経鼻（　　） □　胃瘻（　　） □　腸瘻（　　）	経静脈栄養	□　末梢静脈栄養　　□　該当無し □　中心静脈栄養 （鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー）
栄養投与法の推移（前回との比較） （例：経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養）		□無 （　　）→（　　）			

投与組成・投与量（該当無しの場合□にチェックを入れること）

	水分量（ml/日）	エネルギー（kcal/日）	たんぱく質・アミノ酸（g/日）					
前回栄養管理プラン※3	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
実投与量	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
投与バランス※4	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
新規栄養管理プラン	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
栄養管理上の注意点・特徴※5								

活動状況・評価

他チームとの連携状況	嚥下障害チーム（あり　なし）	褥瘡対策チーム（あり　なし）	感染対策チーム（あり　なし）	緩和ケアチーム（あり　なし）	その他のチーム（　　チーム）

治療法の総合評価※6 【　】 ①改善 ②不変 ③増悪	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価：　改善度　5・4・3・2・1（改善項目：　　） 2. 血液学的栄養評価：改善度　5・4・3・2・1（改善項目：　　） 3. 摂食・嚥下状態：　改善度　5・4・3・2・1 4. 褥瘡：　改善度　5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力：　改善度　5・4・3・2・1 6. 7.	コメント※8　【入院中・転院・退院】：

※1：褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2：投与速度と形状（半固形化の有無など）を含めて記載すること。

※3：初回時には記載を要しない。

※4：必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5：栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6：栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【　】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7：評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5：極めて改善」「4：改善」「3：不変」「2：やや悪化」「1：悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8：治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等（在宅での献立を含む。）について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

（別紙様式6）

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入院日：平成　　年　　月　　日
計画日：平成　　年　　月　　日
変更日：平成　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名 （他に考え得る病名）	
患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
退院支援計画を 行う者の氏名 （下記担当者を除く）	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの 担当者	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（病棟退院支援計画担当者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（退院調整部門退院支援計画担当者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙様式6の2

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入院日：平成　　年　　月　　日
計画日：平成　　年　　月　　日
変更日：平成　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名	
患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 （医学的要因）	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 （社会・環境的要因）	1. 家庭内調整（　　） 2. 受け入れ先の確保が困難（　　） 3. 生活費の確保が困難（　　） 4. 自己負担の費用が増加（　　） 5. その他（　　）
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設（　　） 3. 介護保険サービスによる入所施設（　　） 4. その他（　　）
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの 担当者	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（担当医）　　印

（病棟退院支援計画担当精神保健福祉士）　　印

（本人）

（別紙様式４）

亜急性期入院医療管理診療計画書

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病 棟 （ 病 室 ）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	
・在宅復帰支援計画	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式７）

亜急性期入院医療管理診療計画書
（在宅復帰支援に関する事項）

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病　棟　（　病　室　）	
在宅復帰支援担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式８）

短期滞在手術同意書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病　　名	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）　　印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

（患者氏名）　　印

(別紙様式9の2)

生活習慣病　療養計画書　継続用　　(記入日:　　年　　月　　日)(　　)回目

患者氏名:　　(男・女)	主病: □糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症
生年月日:明・大・昭・平　　年　　月　　日生(　　才)	

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】

【検査項目】
□体 重:現在(　　kg) →目標(　　kg)
□BMI　　(　　)
□腹 囲:現在(　　cm) →目標(　　cm)
□栄養状態　(低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満)
□収縮期／拡張期血圧(　　／　　mmHg)
□運動負荷心電図
□その他　(　　)

【血液検査項目】(採血日　　月　　日)
□血糖(□空腹時　□随時　□食後(　　)時間)
(　　mg/dl)
□HbA1c:現在　(　　%)→目標(　　%)
□総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□中性脂肪　(　　mg/dl)
□HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ　(　　mg/dl)
□その他　(　　)

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標
【①達成目標】:患者と相談した目標
(　　)
【②行動目標】:患者と相談した目標
(　　)

医師氏名　(印)

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項(　　)
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす　□その他(　　)
□節酒:〔減らす(種類・量:　　を週　回)〕
□間食:〔減らす(種類・量:　　を週　回)〕
□食べ方:(ゆっくり食べる・その他(　　))
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
担当者の氏名　(印)

□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方:種類(ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　　)
時間(30分以上・　　)、頻度(ほぼ毎日・週　　日)
強度(息がはずむが会話が可能な強さ or　脈拍　　拍/分　or　　)
□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・　　)
□運動時の注意事項など(　　)
担当者の氏名　(印)

□たばこ
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
担当者の氏名　(印)

□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保(質・量)　□減量
□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
□その他(　　)
担当者の氏名　(印)

服薬指導
□処方なし　□薬の説明
担当者の氏名　(印)

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、□にチェック、(　　)内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　(印)

（別紙様式10）

日常生活機能評価表

患者の状況	得　点		
	０点	１点	２点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※　得点：０～１９点
※　得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点　　点

（別紙様式11）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男・女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式１２）

平成　　年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名

性別　（　男　・　女　）　　生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）　職業

住所

電話番号

診 療 形 態	１．外来　　２．往診　　３．入院（平成　　年　　月　　日）		情報提供回数　　回
傷病名 （疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　　２．脳出血　　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発 症 年 月 日	平成　　年　　月　　日	
	受 診 年 月 日	平成　　年　　月　　日	
	初 発 ／ 再 発	１．初発　　２．再発（　　年　　月　　日 初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ	一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ	準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ	寝たきり　１	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ	寝たきり　２	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　　有　・　無　　訪問看護　　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式12の2）

平成　　年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患児の氏名		男・女　平成　年　月　日生	
傷病名	(疑いを含む)	その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父:　(　)歳 職業(　)	母:　(　)歳 職業(　)	
住所	電話番号　(自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方　電話番号　(自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日 : 平成　年　月　日	退院(予定)日 : 平成　年　月　日	
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 (　) 在　胎 :(　)週　単胎 ・ 多胎　(　)子中(　)子 体重 :(　g) 身長 :(　cm) 出生時の特記事項 : 無 ・ 有 (　) 妊娠中の異常の有無 : 無 ・ 有(　) 妊婦健診の受診有無 : 無 ・ 有 (　回:　)	家族構成 育児への支援者:無・有(　)	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良 ・発達のおくれ ・その他(　)	
	情緒	・表情が乏しい ・極端におびえる ・大人の顔色をうかがう ・多動 ・乱暴	
		・身体接触を極端にいやがる・多動 ・誰とでもべたべたする	
		・その他(　)	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他(　)	
養育者の状況	健康状態等	・疾患(　) ・障害(　)	
		・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) ・その他(　)	
	こどもへの思い・態度	・拒否的 ・無関心 ・過干渉 ・権威的 ・その他(　)	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他(　)	
	同胞の状況	・同胞に疾患(　) ・同胞に障害(　)	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他(　)	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

（別紙様式12の4）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け　診療情報提供書

情報提供先事業所　　平成　年　月　日

担当　　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名　　印

患者氏名		性別	男 ・ 女
		職業	
電話番号		生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日生　（　）歳
患者住所			
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日：昭和・平成　年　月　日 発症日：昭和・平成　年　月　日		
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態	外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院患者の場合	入院日：　年　月　日 退院日：　年　月　日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等			

障害高齢者の生活自立度
□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症高齢者の日常生活自立度
□自立　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲ　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

（別紙様式１３）

平成　　年　　月　　日

介護老人保健施設　　殿

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　㊞

患者	氏　名		男・女
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生　　（　　歳）	

病　　名	
現　　症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

（別紙様式１６）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）

患者氏名		生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話（　）　－	
主たる傷病名	（１）　（２）　（３）		
現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用量・用法	１．　２． ３．　４． ５．　６．	
	日常生活自立度	寝たきり度	Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２
		認知症の状況	Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ
	要介護認定の状況	要支援（1　2）　要介護（１　２　３　４　５）	
	褥瘡の深さ	ＤＥＳＩＧＮ分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度	
	装着・使用医療機器等	１．自動腹膜灌流装置　２．透析液供給装置　３．酸素療法（　l／min） ４．吸引器　５．中心静脈栄養　６．輸液ポンプ ７．経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ　、　日に１回交換） ８．留置カテーテル（部位：　サイズ　、　日に１回交換） ９．人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　） 10．気管カニューレ（サイズ　） 11．人工肛門　12.人工膀胱　13.その他（　）	

留意事項及び指示事項
Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ１．リハビリテーション

２．褥瘡の処置等

３．装着・使用医療機器等の操作援助・管理

４．その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応法

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
（無　有：訪問介護事業所名　）

上記のとおり、指示いたします。　平成　年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　印

事業所　殿

（別紙様式 17）

精神科訪問看護指示書

指示期間　（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td></td><td colspan="2">生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者住所</td><td colspan="2">電話（　　）　　－</td><td>施設名</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる傷病名</td><td colspan="3">（1）　　（2）　　（3）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">現在の状況</td><td>病状・治療状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>投与中の薬剤
の用量・用法</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病名告知</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>治療の受け入れ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>複数名訪問の必要性</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>短時間訪問の必要性</td><td colspan="3">あり　・　なし</td></tr>
<tr><td>日常生活自立度</td><td colspan="3">認知症の状況　（ Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M ）</td></tr>
<tr><td colspan="5">精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項
1　生活リズムの確立
2　家事能力、社会技能等の獲得
3　対人関係の改善（家族含む）
4　社会資源活用の支援
5　薬物療法継続への援助
6　身体合併症の発症・悪化の防止
7　その他</td></tr>
<tr><td colspan="5">緊急時の連絡先
不在時の対応法</td></tr>
<tr><td colspan="5">主治医との情報交換の手段</td></tr>
<tr><td colspan="5">特記すべき留意事項</td></tr>
</table>

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成　　年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（FAX　）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（別紙様式17の２）

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（平成　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　年　月　日 （　　歳）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。） （該当する項目に○をつけてください） （複数名訪問の必要性　あり　・　なし　理由：　　） （短時間訪問の必要性　あり　・　なし　理由：　　） 特に観察を要する項目（該当する項目に○をつけてください） １服薬確認 ２水分及び食物摂取の状況 ３精神症状（観察が必要な事項：　　） ４身体症状（観察が必要な事項：　　） ５その他（　　）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

事業所　　殿

（別紙様式１８）

特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　年　月　日 （　歳）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医 師 氏 名　　印

事業所　　殿

神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式 19 の2）

小児神経学的検査チャート

月　日　時　分

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男、女）
患者 ID ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日 ＿＿＿＿年　月　日
年齢 ＿＿＿＿歳　ヶ月（修正　歳　ヶ月）

1　身体発育：身長 ＿＿cm（＿＿SD）、体重 ＿＿kg（＿＿SD）、頭囲 ＿＿cm（＿＿SD）

2　発達指数（DQ　）遠城寺式乳幼児分析的発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。。

□遠城寺　移動 ＿＿、手運動 ＿＿、基本習慣 ＿＿、対人関係 ＿＿、発語 ＿＿、言語理解 ＿

□デンバー　粗大運動 ＿＿、言語 ＿＿、微細運動 - 適応 ＿＿、個人-社会 ＿＿＿

3　精神状態

a）意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄

b）Japan coma scale（1，2，3，10，20，30，100，200，300）

4　行動　多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、（　　）

5　肢位・姿勢・不随意運動（寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可）

除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、（　　）

不随意運動（－・＋　種類　　部位：　　）

6　移動、起立、歩行

背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩

片足立ち（　右　　秒／左　　秒、不能　）　つぎ足歩行（　可能　不能　）

かかと歩き（　可能　不能　）　　つま先歩き（　可能　不能　）

ガワーズ徴候（　－　／　＋　）

7　脳神経

Ⅱ　視力（右：正常，低下　左：正常，低下）

視野（右：正常，低下　左：正常，低下）

眼底：乳頭（正常，浮腫，充血，萎縮）、網膜（正常、　　）

Ⅲ，Ⅳ，Ⅵ　（固視、追視、　　）

眼瞼下垂（右：－／＋　左：－／＋）　眼球位置（正常，斜視，共同偏視）

眼球運動（正常　，　異常（　　））　　眼振（　－　／　＋　）

瞳孔；（正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同）　対光反射（右：－／＋　左：－／＋）

Ⅴ　咀嚼について問診（正常・異常（　　））

下顎の運動（正常、異常）　咬筋　側頭筋（正常、異常）

Ⅶ　口角（対称，非対称）　　閉眼（正常　，　異常）

Ⅷ　聴力（正常、異常）　　視運動性眼振（　－　／　＋　）回転誘発眼振（　－　／　＋　）

Ⅸ,Ⅹ 嚥下障害（　－　／　＋　）　咽頭反射（　－　／　＋　）　軟口蓋　（対称、非対称）

嗄声（ － ／ ＋ ）　　鼻声（ － ／ ＋ ）

XI　胸鎖乳突筋（右：　左：　　）　　僧帽筋（右：　左：）

XII　舌運動（正常　，　異常）　舌萎縮（ － ／ ＋ ）　線維束性攣縮　（ － ／ ＋ ）

8　感覚 痛覚　　正常，障害（部位　　）

9　筋力　年長児は MMT(0.～5)、乳幼児は ADL での評価で代替可

	右	左
上肢バレー	－ ／ ＋	－ ／ ＋
上腕二頭筋	０１２３４５	０１２３４５
上腕三頭筋	０１２３４５	０１２３４５
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	０１２３４５	０１２３４５
大腿屈筋群	０１２３４５	０１２３４５
前脛骨筋	０１２３４５	０１２３４５
腓腹筋	０１２３４５	０１２３４５

10　筋肉量

筋萎縮　　（ － ／ ＋ ）（部位：　　）

肥大／仮性肥大　　（ － ／ ＋ ）（部位:　　）

11　筋緊張

硬さ　　正常　亢進　低下（部位　　）

被動性　　正常　亢進　低下（部位　　）

伸展性　　Double folding（ － ／ ＋ ）逆Ｕ姿勢（ － ／ ＋ ）

Slip through sign（ － ／ ＋ ）　スカーフ徴候（ － ／ ＋ ）踵耳徴候（ － ／ ＋ ）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮　－／＋　（部位　　）

関節変形　－／＋　（部位　　）

12　深部腱反射

	右	左
下顎	－ ＋ 2＋	
上腕二頭筋	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋
上腕三頭筋	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋
腕とう骨筋	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋
膝蓋腱	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋

アキレス腱	－ ± ＋ 2＋ 3＋	－ ± ＋ 2＋ 3＋

13　病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	－　＋	－　＋
チャドック	－　＋	－　＋
手掌頤	－　＋	－　＋
ワルテンベルグ	－　＋	－　＋
足クローヌス	－　＋	－　＋

14　原始反射　　乳探し反応（ － ／ ＋ ）吸啜反応（ － ／ ＋ ）

モロー反射 （ － ／ ＋ ）　手掌把握（ － ／ ＋ ）　足底把握（ － ／ ＋ ）

逃避反射（ － ／ ＋ ）　交差伸展反射（ － ／ ＋ ）

足踏み反射（ － ／ ＋ ）　踏み直り反射 （ － ／ ＋ ）　　ギャラン反射 （ － ／ ＋ ）

15　姿勢反射　非対称性緊張性頸反射（ － ／ ＋ ）引き起こし反応（ － ／ ＋ ）

陽性支持反応（ － ／ ＋ ）　パラシュート反応　前方（ － ／ ＋ ）

ランドー反応（ － ／ ＋ ）　ホッピング反応（ － ／ ＋ ）

16　髄膜刺激症状　　大泉門（　x　　cm、陥凹、平坦、膨隆）

項部硬直（ － ／ ＋ ）

ケルニッヒ徴候（ － ／ ＋ ）　　ブルジンスキー徴候（ － ／ ＋ ）

17　神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式２０）

平成　　年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
２．血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
３．血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
４．血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生（　　歳）	計画評価実施日　　年　月　日

リハ担当医		PT		OT		ST			

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□認知症:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）

□失行・失認:
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症:種類　　）
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□起立性低血圧:

基本動作

立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施

活動

自立度 / ADL・ASL等	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」							訓練時能力:「できる“活動”」						
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所（訓練室・病棟等） 介助内容等
屋外歩行 病棟トイレへの歩行														
病棟トイレへの車椅子駆動 車椅子・ベッド間移乗														
椅子座位保持 ベッド起き上がり														
排尿（昼） 排尿（夜）														
食事 整容														
更衣 装具・靴の着脱 入浴														
コミュニケーション														

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子，□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（含:主婦・学生）（職種・業種・仕事内容:　　）	社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む。）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明　　年　月　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

（別紙様式21の2）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名：	男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	計画評価実施日 年 月 日
主治医	リハ担当医	PT OT ST	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	発症前の活動、社会参加：	
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準： Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M		

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入		
心身機能・構造	□意識障害 (JCS、GCS)： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害：	□ 音声・発話障害 (□構音障害, □失語症：種類) □ 関節可動域制限： □ 筋力低下： □ 褥瘡： □ その他：
基本動作	寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)： 起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 座位 (□自立 □一部介助 □全介助)： 立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 立位 (□自立 □一部介助 □全介助)：	

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能	→ 5		0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション						

目標 (1ヶ月後、退院時)：	本人・家族の希望：
リハビリテーションの治療方針：	
目標到達予想時期：	説明者署名：
本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族( ) 署名：

（別紙様式21の3）

リハビリテーション実施計画書（1）

計画評価実施日　　年　月　日

利用者氏名：　　性別：男・女　生年月日　　年　月　日（　歳）　要介護度：

健康状態(原因疾患，発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧，心疾患，呼吸器疾患，糖尿病等)

参加　　主目標　(コロン(:)の後に具体的内容を記入)
退院先　　□自宅　□その他：　　□退院未定
家庭内役割(家事への参加、等)：
社会活動：
外出(内容・頻度等)：
余暇活動(内容・頻度等)：
退院後利用資源：

心身機能

□運動機能障害：

□感覚機能障害：

□高次脳機能障害：

□拘縮：(部位　　)

□関節痛：(部位　　)

□その他(　　)

認知症に関する評価

自立・介護状況 ＼ 項目		現在の評価及び目標 自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	具体的なアプローチ 到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況 ＼ 項目		現在の評価及び目標 自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	具体的なアプローチ 到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起きあがり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例：　Ⓐ 目標　　Ⓑ 実行状況　　Ⓒ 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望（　　年　　月　　日）
ご家族の希望（　　年　　月　　日）

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい、楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらうこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（　月　　日）

備考

担当チーム	担当医： ●PT・OT・ST：（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●看護・介護：（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●（　　）、（　　）、（　　）、（　　） （　）内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意：　　年　　月　　日

ご本人サイン：　　ご家族サイン：　　説明者サイン：

注：本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

（別紙様式21の4）

リハビリテーション 実施計画書

ID:　　評価日(開始日): 年 月 日

患者氏名: 男・女　　生年月日 年 月 日 (歳)

主治医・説明医師:	リハ担当医:	看護師:
理学療法士:	他職種( )	

診 断 名		合 併 症	
入 院 日	年 月 日	発 症 日	年 月 日(頃)
手 術 日	年 月 日	治療法 (術式)	
冠危険因子 (既往歴)	□高血圧 □脂質異常症 □糖尿病 □高尿酸血症 □慢性腎臓病(CKD) □肥満 □喫煙 □陳旧性心筋梗塞 □狭心症 □家族歴 □その他( )		

活動時のリスク	心機能	□正常 □低下 (EF %)	関節可動域制限	□無 □有 ( )
	不整脈	□無 □有 ( )	虚血(残存狭窄)	□無 □有 ( )
	その他			

日 常 生 活 (病 棟) の 自 立 度 (実 際 に 行 っ て い る 活 動)	
安 静 度	□ベッド上 □車椅子 □室内歩行 □病棟内歩行 □院内歩行 □屋外歩行
起 居	□自立 □監視下 □介助 ※備考: ( )
歩行(移 動)	□自立 □監視下 □介助 □未実施 ※備考: □歩行 □杖・歩行器 □車椅子 □ストレッチャー
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	□自立 □監視下 □介助 □未実施 ※備考: ( )
食 事	□自立 □監視下 □介助 □未実施 ※備考: ( )
更 衣	□自立 □監視下 □介助 ※備考: □点滴有 □点滴無 □その他 ( )
排 泄(排尿)	□自立 □監視下 □介助 ※備考: □車椅子トイレ □ポータブルトイレ □ベッド上 □尿バルーン留置 □その他 ( )
排 泄(排便)	□自立 □監視下 □介助 ※備考: □車椅子トイレ □ポータブルトイレ □ベッド上
清 潔	□自立 □監視下 □介助 ※備考: □入浴 □シャワー □洗髪 □清拭
コミュニケーション (意思伝達)	□成立 □やや困難 □困難 ※備考: ( )

環 境	□独居 □同居( ) □一戸建 □集合住宅	居住階( )階:エレベーター	□無 □有
職 業	□無職 □家事 □事務仕事 □肉体仕事	職種・通勤方法等	

再発予防・健康維持のための目標	□病気への理解 □内服管理 □食事管理 □運動習慣の獲得 □体力向上 □禁煙 □その他 ( )
本人・家族の希望・目標	

運 動 目 標・方 針(負 荷 試 験) と 運 動 内 容 (以下、チェックした項目を順に行っていく予定)			
開始日(起算日)	年 月 日	予 定 期 間	
運動目標・方針 (負荷試験)	□立位・ベッド周囲歩行 □50m歩行 □100m歩行 □200m歩行 □500m歩行 □( )m歩行 □トレッドミル運動負荷試験 □自転車エルゴメータ運動負荷試験 □6分間歩行試験 □その他( ) ※備考: ( )		
運動内容・処方	□呼吸訓練 □ストレッチ □筋力増強 □日常生活動作 □歩行 □自転車 □その他( ) ※運動処方: ( )		

上記について説明を受けました. 年 月 日

本人・家族氏名

(別紙様式21の5)

リハビリテーション実施計画書

ID　　患者氏名　　男 ・ 女　　生年月日（明・大・昭・平・西暦）　　年　　月　　日

平成・西暦　　年　　月　　日（　　回目・　　ヶ月目）

診断名：

発症日：　　**(頃)・手術日：**

治療内容(術式)：

合併症：

冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙 □肥満 □高尿酸血症 □慢性腎臓病（CKD）□家族歴 □狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（　　）

標準体重	kg： 目標血圧	／ mmHg
現在の体重	kg： BMI（18.5～24.9）	kg/m^2
現在の血圧(又は家庭血圧)		／ mmHg

血液検査結果

□HbA1c（6.5% 未満）　　%
□LDLコレステロール（100mg/dl 未満）　　mg/dl
□HDLコレステロール（40mg/dl 以上）　　mg/dl
□中性脂肪（TG：150mg/dl 以下）　　mg/dl
□BNP　　pg/ml
□他（　　）

心機能：左室駆出率（EF）【正常・低下】　　%
他所見（　　）

ADL　□車椅子【自立・他人操作】 □介助歩行　□杖歩行
□屋内歩行　□屋外歩行　□他（　　）

環境　□独居 □同居（　　）家族の協力体制【あり・困難】
□一戸建【平屋・2階以上】
□集合住宅:　　階居住, エレベーター【有・無】
□その他（　　）

社会復帰　□無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定
□転職 □転職予定 □発症後配置転換 □現職復帰
・職腫/業務内容/通勤方法:（　　）

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標

□病気への理解　□体力向上　□食事管理　□内服管理
□運動習慣の獲得　□禁煙　□他（　　）

運動負荷試験結果（運動処方）

運動耐容能【良好・低下】（健常人の	％：		METｓ）
運動処方（脈拍・血圧）：	bpm	／	mmHg
自転車	W	分	回/週
歩行	km/h	分	回/週

その他注意事項（　　）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』　□できる　□要指導
『家庭血圧・体重測定』□実施している　□要支援
『自分に合った運動』　□理解している　□実践している　□要支援
『適切な食事・摂取量』□理解している　□実践している　□要支援
『正しい服薬』　□理解している　□服薬忘れなし　□要支援
『薬の管理』　□自分　□家族（　　）　□他人（　　）
『自身の病気』　□不安がない　□不安がある
『日常生活活動・復職』□不安がない　□不安がある
『余暇・社会活動』　□理解している　□実践している　□要支援
『睡眠』　□良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他　）】
『タバコ』　□禁煙 □受動喫煙 □喫煙（　本）□要支援
『症状出現時の対処法』□理解している　□要指導
『　　』□（　　）□（　　）
『　　』□（　　）□（　　）

多職種による再発予防への取り組み

（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）

□『運動・日常生活動作について』
担当者/職種:
□呼吸訓練　□ストレッチ　□筋力増強　□ADL訓練　□歩行
□自転車　□他（　　）

□『食事について』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『お薬について』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『　　』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

□『　　』
担当者/職種:
ｺﾒﾝﾄ（　　）

今後の運動療法継続について

□当院にて　□自宅にて　□他施設にて（　　）

今後の検査・期間等について

本人・家族氏名

医師：　　理学療法士：

看護師：　　他職種（　　）：

（別紙様式22）

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院　・　外来	
生年月日	年　月　日（　歳）	入院日	年　月　日
主傷病		リハビリテーション起算日	年　月　日
要介護度	要介護　・　要支援		

算定しているリハビリテーション料（該当するものに○）			脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ				
1	心大血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の対象とならない理由						
2	廃用をもたらすに至った要因（疾病コード）						
3	手術	手術の有無	有　・　無				
		手術名					
		手術年月日	年　月　日				
4	治療開始時のADL		BI	点	FIM	点	
	月毎の評価点数（BI又はFIMどちらかを記入）	月	BI	点	FIM	点	
		月	BI	点	FIM	点	
		月	BI	点	FIM	点	
		月	BI	点	FIM	点	
		月	BI	点	FIM	点	
		月	BI	点	FIM	点	
5	一月当たりのリハビリテーション	実施日数	日				
		提供単位数	単位				
6	リハビリテーションの内容						
7	改善に要する見込み期間		□ 2週間以内　□ 2週間から1ヶ月 □ 1ヶ月から3ヶ月　□ 3ヶ月から6ヶ月 □ 6ヶ月以上				
8	前回の評価からの改善や変化		−1　0　1　2　3 悪化　維持　改善大 BI・FIMで（　）点程度の改善				

〔記載上の注意〕

1 「2」の要因については、原因疾患等について、別紙疾病分類表より疾病コードを記載すること。

2 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。

3 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症
001 腸管感染症
002 結核
003 主として性的伝播様式をとる感染症
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
005 ウイルス肝炎
006 その他のウイルス疾患
007 真菌症
008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
009 その他の感染症及び寄生虫症

新生物
010 胃の悪性新生物
011 結腸の悪性新生物
012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
013 肝及び肝内胆管の悪性新生物
014 気管，気管支及び肺の悪性新生物
015 乳房の悪性新生物
016 子宮の悪性新生物
017 悪性リンパ腫
018 白血病
019 その他の悪性新生物
020 良性新生物及びその他の新生物

血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
021 貧血
022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

内分泌，栄養及び代謝疾患
023 甲状腺障害
024 糖尿病
025 その他の内分泌，栄養及び代謝疾患

精神及び行動の障害
026 血管性及び詳細不明の認知症
027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
028 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害
029 気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
030 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害
031 知的障害＜精神遅滞＞
032 その他の精神及び行動の障害

神経系の疾患
033 パーキンソン病
034 アルツハイマー病
035 てんかん
036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
037 自律神経系の障害
038 その他の神経系の疾患

眼及び付属器の疾患
039 結膜炎
040 白内障
041 屈折及び調節の障害
042 その他の眼及び付属器の疾患

耳及び乳様突起の疾患
043 外耳炎
044 その他の外耳疾患
045 中耳炎
046 その他の中耳及び乳様突起の疾患
047 メニエール病
048 その他の内耳疾患
049 その他の耳疾患

循環器系の疾患
050 高血圧性疾患
051 虚血性心疾患
052 その他の心疾患
053 くも膜下出血
054 脳内出血
055 脳梗塞
056 脳動脈硬化（症）
057 その他の脳血管疾患
058 動脈硬化（症）
059 痔核
060 低血圧（症）
061 その他の循環器系の疾患

呼吸器系の疾患
062 急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞
063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
064 その他の急性上気道感染症
065 肺炎
066 急性気管支炎及び急性細気管支炎
067 アレルギー性鼻炎
068 慢性副鼻腔炎
069 急性又は慢性と明示されない気管支炎
070 慢性閉塞性肺疾患
071 喘息
072 その他の呼吸器系の疾患

消化器系の疾患
073 う蝕
074 歯肉炎及び歯周疾患
075 その他の歯及び歯の支持組織の障害
076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
077 胃炎及び十二指腸炎
078 アルコール性肝疾患
079 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
080 肝硬変（アルコール性のものを除く）
081 その他の肝疾患
082 胆石症及び胆のう炎
083 膵疾患
084 その他の消化器系の疾患

皮膚及び皮下組織の疾患
085 皮膚及び皮下組織の感染症
086 皮膚炎及び湿疹
087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患

筋骨格系及び結合組織の疾患
088 炎症性多発性関節障害
089 関節症
090 脊椎障害（脊椎症を含む）
091 椎間板障害
092 頸腕症候群
093 腰痛症及び坐骨神経痛
094 その他の脊柱障害
095 肩の傷害＜損傷＞
096 骨の密度及び構造の障害
097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

腎尿路生殖器系の疾患
098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
099 腎不全
100 尿路結石症
101 その他の腎尿路系の疾患
102 前立腺肥大（症）
103 その他の男性生殖器の疾患
104 月経障害及び閉経周辺期障害
105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患

妊娠，分娩及び産じょく
106 流産
107 妊娠高血圧症候群
108 単胎自然分娩
109 その他の妊娠，分娩及び産じょく

周産期に発生した病態
110 妊娠及び胎児発育に関連する障害
111 その他の周産期に発生した病態

先天奇形，変形及び染色体異常
112 心臓の先天奇形
113 その他の先天奇形，変形及び染色体異常

症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
114 症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの

損傷，中毒及びその他の外因の影響
115 骨折
116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
117 熱傷及び腐食
118 中毒
119 その他の損傷及びその他の外因の影響

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加(「主目標」)	退院先 □自宅 □親族宅 □医療機関 □その他: 復職 □現職復帰 □転職 □不可 □その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 □無 □有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動(すべて実行状況)	自宅内歩行 □不可 □自立 □介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 □不可 □自立 □介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 □不可 □自立 □介助: (種類:) 車椅子 □不要 □電動 □手動 (使用場所:) (駆動 □自立 □介助)(移乗 □自立 □介助:) 排泄 □自立:形態 □洋式 □和式 □立ち便器 □その他 □介助: 食事 □箸自立 □フォーク等自立 □介助: 整容 □自立 □介助: 更衣 □自立 □介助: 入浴 □自宅浴槽自立 □介助: 家事 □全部実施 □非実施 □一部実施: 書字 □自立 □利き手交換後自立 □その他: コミュニケーション □問題なし □問題あり:	
心身機能・構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 □不要 □要: 福祉機器 □不要 □要: 社会保障サービス □不要 □身障手帳 □障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要 □要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 □不要 □要: 家族構成の変化 □不要 □要: 家族内役割の変化 □不要 □要: 家族の社会活動変化 □不要 □要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考

本人・家族への説明 年 月 日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)
1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

（別紙様式２３の２）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　男・女	生年月日(西暦)　　年　　月　　日（　　歳）	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：
日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M

評価項目・内容　(コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)		短期目標　(＿＿ヶ月後)	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害　(JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
基本動作	寝返り（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 起き上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 座位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立ち上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）：		
活動	活動度　(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL　(B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能	→ 5		0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期　:			
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間):			
退院後の社会参加の見込み:			説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日　老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに代えてFIMを用いてもよい。

（別紙様式23の3）

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日：　　年　　月　　日

氏名：		男・女	生年月日　　年　月　日（　　歳）	利き手	右・右（矯正）・左
主治医		リハ担当医		看護	緩和ケア
PT		OT		ST	SW等
原発巣（発症・診断確定日）：		病期分類（ステージ）：		併存疾患：	
廃用症候群：		リハビリテーション歴：		PS又はKPS：	
入院の目的と治療内容	入院の目的：	治療内容：		予定入院期間：	
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症：	治療後に生じる可能性のある身体の障害：		退院後の治療予定：	
身体症状ととられている対策	□疼痛　□嘔気　□倦怠感　□呼吸困難　□不安・抑鬱　□その他 （とられている対策：　　）				
骨転移	骨転移検索の有無	□半年以内の骨シンチ　□単純レントゲン　□CT　□MRI （直近の検索日時：　年　月　日）			
	骨転移の診断	□骨転移なし　□骨転移あり（部位　　）			
	病的骨折のリスク	□単純レントゲンで溶骨性変化　□骨シンチで異常集積 □局所の疼痛			

評価項目・内容（具体的内容を記載）						具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害（JCS、GCS）・せん妄： □運動障害： □感覚障害： □摂食・嚥下障害 □呼吸、循環障害： □音声、発話障害： □関節可動域制限： □筋力低下： □疼痛： □その他： 基本動作：座位（□自立　□一部介助　□全介助） 立ち上がり（□自立　□一部介助　□全介助） 立位（□自立　□一部介助　□全介助）					
活動	安静度の制限とその理由、活動時のリスク（手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮）					
	ADL（B. I. に準じる）	自立	一部介助		全介助	使用用具（杖、装具）・介助内容
	食事	10	5		0	
	移乗	15	10	5	0	
	整容	5	0		0	
	トイレ動作	10	5		0	
	入浴	5	0		0	
	平地歩行	15	10	5	0	
	階段	10	5		0	
	更衣	10	5		0	
	排便管理	10	5		0	
	排尿管理	10	5		0	
	合計（0～100点）			点		

評価項目・内容（具体的内容を記載）		具体的アプローチ
参加	職業　□あり（仕事内容：　　） □なし 家庭内役割： 余暇（趣味など）： その他：	
心理	□抑うつ気分 □興味・喜びの著しい減退 □食欲の障害 □睡眠の障害 □焦燥又は抑止 □易疲労感又は気力の減退 □無価値感又は自責感 □集中力低下又は決断困難 □希死念慮 その他：	
環境	同居家族： 家屋： その他：	自宅改造：福祉機器　□要　□不要 介護保険サービス　□要　□不要 その他：
2週間後の目標：		本人の希望：
		家族の希望：
リハビリテーションの治療方針：		
退院時の目標と見込み時期：		
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）：		
退院後の社会参加の見込み：		

本人・家族への説明　　年　月　日
説明を受けた人：　本人・家族（　　）

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者：　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(別紙様式23の4)

リハビリテーション総合実施計画書

ID　　患者氏名　　男・女

生年月日（明・大・昭・平・西暦）　　年　　月　　日　　歳

評価日：平成・西暦　　年　　月　　日（　　回目・　　ヶ月目）

診断名：

発症日：　　**(頃)・手術日：**

治療内容(術式)：

合併症：

冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙
□慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（　　）

標準体重　　kg：現在の体重　　kg：BMI(18.5～25.9)　　kg/m^2

目標血圧　　／　　mmHg　　現在の血圧(又は家庭血圧)　　／　　mmHg

血液検査結果

□HbA1c　　%　　□LDL-C　　mg/dl

□HDL-C　　mg/dl　　□中性脂肪　　mg/dl

□他（　　）

心機能　□左室駆出率（EF）【正常・低下】　　%

□他（　　）

身体機能：

□関節可動域制限（部位：　　）　□疼痛（部位：　　）

□筋力低下（部位：　　）　□バランス障害（　　）

□他（　　）

運動負荷試験結果（運動処方）

運動耐容能【良好・低下】（健常人の　　%：　　METｓ）

運動処方（脈拍・血圧）：　　bpm　　／　　mmHg

自転車	W	分	回/週
歩行	km/h	分	回/週
他注意事項：			

今後の運動療法継続について

□当院にて　□自宅にて　□他施設にて（　　）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦　　年　　月　　日 本人・家族氏名

医師：　　理学療法士：

看護師：　　他職種（　　）：

参加　□無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定
□転職 □転職予定 □配置転換　□現職復帰
・職種/業務内容/通勤方法等（　　）
・余暇・社会活動等　（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

活動　・ADL　□車椅子【自立・他人操作】 □介助歩行　□杖歩行　□屋内歩行　□屋外歩行
□階段昇降　□他（　　）
・入浴　□入浴 □半身浴 □シャワー浴 □他（　　）
・ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　□問題なし　□問題あり（　　）
・他（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

環境　□独居　□同居（　　）、家族の協力体制【あり・困難】
□一戸建【平屋・2階以上】 □集合住宅:　　階居住、 エレベーター【あり・なし】
□その他（　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：自宅改造/福祉機器【要・不要】　介護保険ｻｰﾋﾞｽ【要・不要】

心理　・自身の病気に対する不安　□なし □あり（具体的に：　　）
・日常社会活動に対する不安　□なし □あり（具体的に：　　）
・睡眠　□良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他（　　）
・食欲　□良好 □減退

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）
□なし　□あり（具体的に：　　）

具体的目標とそのｱﾌﾟﾛｰﾁ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標
□病気の理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □運動習慣の獲得 □禁煙 □他（　　）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	□できる	□要指導
『家庭血圧・体重測定』	□実施している	□要支援
『自分に合った運動』	□理解している	□実践している　□要支援
『適切な食事・摂取量』	□理解している	□実践している　□要支援
『正しい服薬』	□理解している	□服薬忘れなし　□要支援
『薬の管理』	□自分	□家族（　　）　□他人 ）
『タバコ』	□禁煙	□受動喫煙　□喫煙（　　本）□要支援
『症状出現時の対処法』	□理解している	□要指導
他『　　』	□（　　）	□（　　）□（　　）

本人・家族の希望

（別紙様式２４）

（精神科）退院療養計画書

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注）　退院日等は、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式２５）

酸素の購入価格に関する届出書（平成　　年度）

１　前年の１月から１２月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年１月								
２月								
３月								
４月								
５月								
６月								
７月								
８月								
９月								
１０月								
１１月								
１２月								
計								
単価								

２　前年１年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年　月								
単価								

３　その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

平成　　年　　月　　日

医療機関コード	

保険医療機関　　所在地
名　称
開設者　　印

殿

［記載上の注意事項］

１　届出は、当該前年の１月１日から１２月３１日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
２　対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。

（別紙様式２６）

平成　　年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
２．輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
３．輸血の副作用等	
４．輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

＊　自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式27）

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長　　殿

診療年月　平成　　年　　月

患者名	男・女	入院日	平成　　年　月　日
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日 （　　）歳	退院日 （既に退院している場合）	平成　　年　月　日
入院の契機となった傷病名	（　　） （　　） （　　）	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア　脳卒中の後遺症　イ　認知症 ウ　その他 （　　）
入院前の状況 （当てはまるもの全てに○をつける）	一人暮らし ・ 同居家族あり（両親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他）・ 施設等 同居していないが家族あり ・ その他（　　）		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア　喀痰吸引 → 1日（　　）回 イ　経管栄養 → 手法: 胃ろう ・ 鼻腔栄養 ウ　中心静脈栄養 エ　気管切開又は気管内挿管 オ　褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間　（　　）日 カ　その他の創傷処置 キ　酸素投与 ク　その他（　　）		
現在の医学的な状態	安定 ・ 変動はあるが概ね安定 ・ 変動が大きい ・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア　定時の観察のみで対応 イ　定時以外に1日1回～数回の観察および処遇が必要 ウ　頻回の観察および処遇が必要 エ　24時間観察および処遇が必要　　理由（　　）		
退院支援を主に担う者 （当てはまるもの全てに○をつける）	ア　担当医　イ　退院支援専任の医師　ウ　病棟看護職員 エ　退院支援に専任の看護職員　オ　社会福祉士　カ　その他（　　）		
退院に係る問題点、課題等	ア　患者の医学的状態が安定しない イ　医療的状態は安定しており退院が可能 a　退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b　退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他（　　） c　退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他（　　）		
退院へ向けた支援の概要		退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
予想される退院先	ア　自宅 イ　有料老人ホーム、グループホーム等の施設 ウ　特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ　療養病床等の長期療養型医療施設 オ　その他（　　）		

（医療機関名）

（退院支援計画担当者）　　印

（別紙様式２８）

初診料及び外来診療料の注２、注３に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

区分の種類		□　注２　　□　注３	
保険医療機関の種類		□　特定機能病院	
		□　地域医療支援病院（500床以上）	
		□　上記以外の500床以上の病院（一般病床が200床未満の病院を除く）	
①	初診の患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）		名
②	紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）		名
③	逆紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）		名
④	救急患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）		名
⑤	紹介率　＝（②＋④）／①		%
⑥	逆紹介率＝　③／①		%

［記載上の注意］

1 ・「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能病院については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成５年２月15日)(健政発第98号)」、地域医療支援病院については「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年５月19日)(健政発第639号)」で定めるものとすること。ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（夜間又は休日に受診したものの数を除く。）」とする。また、地域医療支援病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が法第30条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。
・保険医療機関の種類が「上記以外の500床以上の病院（一般病床が200床未満の病院を除く）」の場合は、「地域医療支援病院（500床以上）の場合」に準じて「①」から「⑥」まで記載すること。

2 「①」～「④」の「期間」については、原則として報告時の前年度の１年間とする。
・注2の場合、報告時の前年度の１年間で、紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満の場合であって、報告年度の連続する６月間においては紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満ではなかった場合には、報告年度の連続する６月間についても報告を行うこと。
・注3の場合の紹介率の実績は40%未満、逆紹介率の実績は30%未満とすること。

（別紙様式29の2）

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日　　平成　　年　　月　　日

（ふりがな）		性別	ID:
氏名		（男・女）	
生年月日　　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）			病棟:
診断（身体疾患）	1）		2）
診断（精神疾患）	1）		2）
実施要件	□　せん妄又は抑うつを有する		
	□　自殺企図で入院		
	□　精神疾患を有する		
	□　その他（　　）		

＜現症＞

		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）（　　）		□なし	□軽症	□中等症	□重症

【重症度評価】　軽症：入院治療継続に支障がない　中等症：入院治療継続に支障がでている
重症：入院治療継続が困難である

＜その他の状態＞

精神機能の全体的評価（GAF）尺度　　［　　］　　（0－100）

身体活動状態	全般	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、一日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□ポータブル
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□不可

＜総合評価と今後の方針＞

重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
□中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー　＋　適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
□重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー　＋　頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
□最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

<table>
<tr><td rowspan="4">治療目標</td><td colspan="5">□　せん妄又は抑うつの改善</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　自殺念慮の消失</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　精神疾患の治療継続、軽快</td></tr>
<tr><td colspan="5">□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>治療計画
（Ⅰ）</td><td colspan="5">□薬物療法　□抗精神病薬　□抗うつ薬　□気分安定薬
□抗不安薬　□睡眠薬　□認知症治療薬
□その他（　　）
□心理療法　□ソーシャルワーク
□心理教育　□服薬指導
□作業療法　□その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">治療計画
（Ⅱ）</td><td colspan="2">現　症</td><td>短期目標</td><td colspan="2">具体的アプローチ</td></tr>
<tr><td rowspan="6">精神症状</td><td>不安・焦燥</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>抑うつ</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>せん妄</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>幻覚・妄想</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>興奮</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>自殺念慮</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>睡眠障害</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>問題行動</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">意識障害</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認知機能障害</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>その他
（具体的に）</td><td>（　　）</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="2"></td><td>精神科医</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>看護師</td><td colspan="2"></td><td>精神保健福祉士</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>作業療法師</td><td colspan="2"></td><td>薬剤師</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>臨床心理技術者</td><td colspan="2"></td><td>（　　）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">次回の再評価予定日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">本人・家族への説明日</td><td colspan="3">平成　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

（別紙様式３０）

病棟薬剤業務日誌

平成　　年　　月　　日

病棟名：

病棟専任の薬剤師名：

１　この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間

２　業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間		業務内容	実施薬剤師名	業務時間		業務内容	実施薬剤師名
時間帯	小計			時間帯	小計		

※　実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

①　医薬品の投薬・注射状況の把握
②　医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
③　入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
④　２種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
⑤　患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
⑥　薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
⑦　その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※　当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

３　その他

（別紙様式３１）

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日：　　年７月　　日

本指導管理料を算定した患者数 （期間：　　年４月～　　年３月）	①　　名

①のうち、当該期間後の６月末日までに HbA1ｃが改善又は維持された者	②　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血圧が改善又は維持された者	④　　名

HbA1ｃが改善又は維持が認められた者の割合

＝　②／①　⑤　　％

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

＝　③／①　⑥　　％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

＝　④／①　⑦　　％

［記載上の注意点］

１　「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。

２　「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

（別紙様式32）

認知症療養計画書

説明日　　年　　月　　日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中　　非該当・要支援（Ⅰ・Ⅱ）・要介護（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）

Ⅰ．症状

認知障害 （MMSE、HDS-R等）	
生活障害 （IADL, ADL）	
行動・心理症状 （DBD等）	
介護上特に問題 となる症状	

Ⅱ．家族又は介護者による介護の状況

Ⅲ．治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

Ⅳ．必要と考えられる医療連携や介護サービス

Ⅴ．緊急時の対応方法・連絡先

Ⅵ．特記事項

担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人又は家族又は介護者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式３３）

DIEPSS（薬原性錐体外路症状評価尺度）全項目評価用紙

患者：

評価者：

評価日：　　年　　月　　日

評価時間：　　～

コード	
０	＝　なし、正常
１	＝　ごく軽度、不確実
２	＝　軽度
３	＝　中等度
４	＝　重度

適当なもの１つに丸をつける。

１　歩行　Gait	０	１	２	３	４
小刻みな遅い歩き方。速度の低下，歩幅の減少，上肢の振れの減少，前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。					
２　動作緩慢　Bradykinesia	０	１	２	３	４
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ（仮面様顔貌）や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。					
３　流涎　Sialorrhea	０	１	２	３	４
唾液分泌過多。					
４　筋強剛　Muscle rigidity	０	１	２	３	４
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象，ろう屈現象，鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。					
５　振戦　Tremor	０	１	２	３	４
口部，手指，四肢，躯幹に認められる反復的，規則的（ 4 ～ 8 Hz ）で，リズミカルな運動。					
６　アカシジア　Akathisia	０	１	２	３	４
静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感，ソワソワ感，絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状（身体の揺り動かし，下肢の振り回し，足踏み，足の組み換え，ウロウロ歩きなど）についても評価する。					
７　ジストニア　Dystonia	０	１	２	３	４
筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌，頸部，四肢，躯幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり，持続的な異常ポジション。舌の突出捻転，斜頸，後頸，牙関緊急，眼球上転，ピサ症候群などを評価する。					
８　ジスキネジア　Dyskinesia	０	１	２	３	４
運動の異常に亢進した状態。顔面，口部，舌，顎，四肢，躯幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞踏病様運動，アテトーゼ様運動は含むが，振戦は評価しない。					
９　概括重症度　Overall severity	０	１	２	３	４
錐体外路症状全体の重症度。					

（別紙様式３４）

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（平成　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

事業者		事業者種別	
		事業者名称	
対象者	氏名		生年月日　　明・大・昭・平　　年　　月　　日 （　　歳）
	住所		電話（　　）　－
	要介護認定区分	要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　）	
	障害程度区分	区分１　　区分２　　区分３　　区分４　　区分５　　区分６	
	主たる疾患(障害)名		
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養	
指示内容	具体的な提供内容		
	喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）		
	経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む）		
	その他留意事項（介護職員等）		
	その他留意事項（看護職員）		
（参考）使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ：＿＿＿＿Fr、種類：	
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：＿＿＿＿Fr、＿＿＿＿cm	
	3. 吸引器		
	4. 人工呼吸器	機種：	
	5.気管カニューレ	サイズ：外径 ＿＿＿＿mm、長さ ＿＿＿＿mm	
	6. その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法			

※1.「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。

2.「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成　　年　　月　　日

機関名
住所
電話
（FAX）

医師氏名　　㊞

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　　殿

別紙様式○

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目（該当する項目を○で囲んでください。）

総合支援計画書

フリガナ 氏　名		生年月日	明治・大正 昭和・平成　年　月　日（　歳）	性別	男・女

（1）病名

主たる精神障害：＿＿＿＿＿＿＿＿　従たる精神障害：＿＿＿＿＿＿＿＿

身体合併症　：＿＿＿＿＿＿＿＿

（2）直近の入院状況

・直近の入院日：　年　月　日　・退院日：　年　月　日　・入院期間：　年　ヶ月

・入院形態：□任意　□医療保護　□措置（緊急措置含）　□応急　□医療観察法　・退院時 GAF（　）

・通院困難な理由（　）

（3）現在の病状、状態像等（本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載）

本人	
医療者	

（4）処方内容	

（5）生活能力の状態

1．現在の生活環境

□独居　□家族等と同居　□入所（施設名：　）　□その他（　）

◎家族の協力体制　【あり・困難】

2．日常生活動作（ADL）

・ベッド上の可動性	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・移乗	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・食事	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・トイレの使用	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・入浴	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・衣服の着脱	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存

◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】

3．日常生活能力の判定

・適切な食事摂取	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の清潔保持・規則正しい生活	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・金銭管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・買物	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・服薬管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・対人関係	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の安全保持・危機対応	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・社会的手続きや公共施設の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・趣味・娯楽への関心	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・交通手段の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助

◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】

（6）各種サービス利用状況（支援計画策定時点）

・精神障害者保健福祉手帳（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害年金（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害程度／支援区分（□区分 1、□区分 2、□区分 3、□区分 4、□区分 5、□区分 6、□申請中、□非該当、□申請なし）

・要介護認定（□要支援 1、□要支援 2、□要介護 1、□要介護 2、□要介護 3、□要介護 4、□要介護 5、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無　□有　□無

（7）再発予防・健康維持のための目標（1ヶ月後）

□病気への理解　□体力向上　□食事管理　□内服管理　□日常生活の管理　□趣味・娯楽への関心

□就労・就学　□その他（　）

（8）今後必要とされる収入源

□　不要　□就労　□家族からの援助　□障害年金　□老齢基礎年金　□生活保護　□その他（　）

（9）今後必要とされる各種のサービス

1．精神科医療

□精神科通院（当院、他院）　□精神科デイケア　□精神科デイナイトケア、□精神科ナイトケア

2．障害者総合支援法等に規定するサービス

□重度訪問介護【　回／週】　□行動援護【　回／週】　□グループホーム【　回／週】、

□生活介護【　回／週】　□居宅介護（ホームヘルプ）【　回／週又】　□地域活動支援センター【　回／週】

□保健所による訪問【　回／週】　□その他サービス（　）【　回／週】

3．その他（　）

（10）連携すべき関係機関

□保健所　□精神保健福祉センター　□市町村　□相談支援事業所　□居宅介護支援事業所

□その他（　）

（11）この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標

（12）訪問予定日

□「訪問診療」　［担当　］

訪問予定日：　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）、　月　日（ ）

□「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」

訪問予定日：　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]

月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]

月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]

月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]

月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]、　月　日（ ）[担当　]

（13）（7）～（11）を達成するための、具体的な支援計画

□「病気の症状・お薬について」　担当者／職種＿＿＿＿

支援計画（　）

□「看護・介護について」　担当者／職種＿＿＿＿

支援計画（　）

□「社会生活機能の回復について」　担当者／職種＿＿＿＿

支援計画（　）

□「社会資源について」　担当者／職種＿＿＿＿

支援計画（　）

□「その他行うべき支援」　担当者／職種＿＿＿＿

支援計画（　）

本人・家族氏名：＿＿＿＿

医師：　看護師：＿＿＿＿

作業療法士：　精神保健福祉士：＿＿＿＿

その他関係職種：＿＿＿＿

医療機関所在地：＿＿＿＿　診療担当科名：＿＿＿＿

名　称：＿＿＿＿　医師氏名　（　自署又は記名押印　）

電　話　番　号：＿＿＿＿　＿＿＿＿㊞

緊急時電話番号：＿＿＿＿

気分障害用　院内標準診療計画書

患者氏名	様（男・女）	（M・T・S）　年　月　日生（　歳）	身体疾患	
			既往歴	

担当者サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の担当者	

目標		入院形態	

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師（通常の診察は除く）	□身体疾患の確認（他科医師との連携）											
	□入院治療・行動制限の同意取得（行動制限は必要時）	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
	□治療状況の確認と対処											
看護師	□隔離している場合、精神症状の評価※3 □睡眠（自己・看護師評価） □生活自立度自己チェック※4	□隔離している場合、精神症状の評価※3		□生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（2か月で退院する場合）				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（3か月で退院する場合）	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境 □職場・家族との調整	□社会資源チェックリスト作成※6		□社会資源チェックリスト作成※6 □利用サービスの確認（本人・家族） □関係機関との連携			□関係機関との連携				□関係機関との連携	
							（2ヶ月で退院する場合） □退院支援チェックリスト □退院後の習慣スケジュール確認（本人・家族）				（3ヶ月で退院する場合） □退院支援チェックリスト □退院後の習慣スケジュール確認（本人・家族）	
薬剤師等※1	□入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り	□服薬指導（薬の説明・副作用の有無確認）		□服薬指導			□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導（2か月で退院する場合）				□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導（3か月で退院する場合）	
	□持参薬チェック □薬剤の副作用等の評価※8	□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン（CP）換算を行い処方量を確認		□薬剤の副作用等の評価※8			□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認	
臨床心理技術者	□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※11			□精神症状の評価※12				□精神症状の評価※12	
							□WAIS－Ⅲ（必要時）				□WAIS－Ⅲ（必要時）	
作業療法士等※2			集団作業療法導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認				精神科リハビリテーションの確認	
	□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※13		□作業能力評価※13			□作業能力評価※13				□作業能力評価※13	
チーム共通 医師・看護師・薬剤師		□患者・家族と共に治療方針の決定		□患者・家族と共に治療方針の決定			□患者・家族と共に治療方針の決定			□患者・家族と共に治療方針の決定		
臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育		家族への心理教育案内	会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育	
全職種	□退院前訪問指導※14	□地域移行支援カンファレンス※15		□地域移行支援カンファレンス※15	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※18		□地域移行支援カンファレンス（2ヶ月で退院する場合）※17	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※19	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※18		□地域移行支援カンファレンス（3ヶ月で退院する場合）※17	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※19

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-Ⅱ等、これに準ずるもの評価ができるものを用いて評価を行う
※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCIDⅡ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※14入院前の生活環境把握を行う
※15地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※16疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※17※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※19退院後の具体的環境調整を行う

別紙様式〇

退院支援委員会会議記録

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　生年月日 T･S･H　　年　　月　　日

委員会開催日:平成　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医（　　）、主治医以外の医師（　　） 看護職員（　　） 担当退院支援相談員（　　） 本人 （ 出席 ・ 欠席 ）、　家族（　　（続柄）） その他（　　）
退院困難な要因（医学的要因）	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因（社会･環境的要因）	1. 家庭内調整（　　） 2. 受け入れ先の確保が困難（　　） 3. 生活費の確保が困難（　　） 4. 自己負担の費用が増加（　　） 5. その他（　　）
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設（　　） 3. 介護保険サービスによる入所施設（　　） 4. その他（　　）
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

（担当医）　　印

（記録者署名）　　印

統合失調症用　院内標準診療計画書

患者氏名		様(男・女)	(M・T・S)　年　月　日生(　歳)			身体疾患			
						既往歴			
担当者サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の担当者	

目標		入院形態	

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師(通常の診察は除く)	□身体疾患の確認 (他科医師との連携)											
	□入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時)	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
	□治療状況の確認と対処											
看護師	□身体症状の評価 □精神症状の評価 ※3	□身体症状の評価										
		生活援助 □生活自立度自己チェック※4		生活援助 □生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について(3か月で退院する場合)	
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境	□社会資源チェックリスト作成※6					□社会資源チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6				□社会資源チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6	
							□退院支援チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※7				□退院支援チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※7	
薬剤師等※1	□入院患者・家族から服薬状況について聞き取り	□服薬指導		□服薬指導			□退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合)				□退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合)	
	□持参薬チェック	□薬剤の副作用等の評価※8		□クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う □薬剤の副作用等の評価※8			□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8				□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8	
臨床心理技術者	□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※9			□精神症状の評価 ※9				□精神症状の評価 ※9	
作業療法士等※2	□認知機能の評価※11											
	□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※12		□作業能力評価※12			□作業能力評価※12				□作業能力評価※12	
チーム共通 医師、看護師、薬剤師等	□患者・家族と共に治療方針の決定	□患者・家族と共に治療方針の決定		□患者・家族と共に治療方針の決定			□患者・家族と共に治療方針の決定				□患者・家族と共に治療方針の決定	
医師、看護師、臨床心理技術者等			□疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育(家族とともに振返り)					
							□疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育(家族とともに振返り)	
全職種	□退院前訪問指導 ※13	□地域移行支援カンファレンス※14		□地域移行支援カンファレンス※14		□退院前訪問指導 (2ヶ月で退院する場合)※17	□地域移行支援カンファレンス (2ヶ月で退院する場合)※16	□退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		□退院前訪問指導 (3ヶ月で退院する場合)※17	□地域移行支援カンファレンス (3ヶ月で退院する場合)※16	□退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS－EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10PANSS又はMSに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11BACS-J/WCST慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12　OSAⅡ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13入院前の生活環境把握を行う
※14地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※15疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※18退院後の具体的環境調整を行う

様式●

向精神薬多剤投与に係る報告書

６月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科　・　心療内科　・　どちらもない
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数（６月１日時点）	名

１　向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は６月１日から６月３０日の間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさし、向精神薬多剤投与とは、抗不安薬３種類以上、睡眠薬３種類以上、抗うつ薬４種類以上又は抗精神病薬４種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数					
	向精神薬多剤投与を受けている患者数				
		うち、抗不安薬３種類以上の投与を受けている患者数	うち、睡眠薬３種類以上の投与を受けている患者数	うち、抗うつ薬４種類以上の投与を受けている患者数	うち、抗精神病薬４種類以上の投与を受けている患者数
名	名	名	名	名	名

２　向精神薬多剤投与を受けている患者数と主な疾患別患者数（対象となる患者は６月１日から６月３０日の間に受診した外来患者）

向精神薬多剤投与を受けている患者数				
	うち、うつ病の患者数	うち、統合失調症の患者数	うち、不安障害の患者数	うち、その他の疾患の患者数
名	名	名	名	名

３　向精神薬多剤投与を受けている患者数と、減算対象とならない場合はその患者数（対象となる患者は６月１日から６月３０日の間に受診した外来患者。「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」が診療を行った外来患者は計算の対象外。）

向精神薬多剤投与を受けている患者数			
	うち、他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されていた患者数	うち、薬剤の切り替えのため向精神薬多剤投与となっている患者数	うち、臨時投与のため向精神薬多剤投与となっている患者数
名	名	名	名

様式●

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類（区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る部分）

区　分	氏　名
精神科の診療に係る経験を十分に有する医師	

［記載上の注意］

１　以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。

①臨床経験を５年以上有する医師であること。

②適切な保険医療機関において３年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。

③精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第３条の規定に基づき，疾病，傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「（１）　疾病，傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）において F0 から F9 の全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

２　「１」について確認できる文書を添付すること。

別紙●

入院時訪問指導に係る評価書

作成日　　年　　月　　日

１．基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
訪問日	年　月　日	入院日	年　月　日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種・氏名	職種:　　氏名:		
	職種:　　氏名:		
	職種:　　氏名:		

２．情報収集及び評価

患者の病状や障害像	■退院時 ADL 予後:主な移動方法（　　）→自立 ・ 要介助 ・ 全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する住環境の状況	■主な居室（　　）と主たる移動場所（　　） ■室内の段差：無・有り（場所　　）■手すり：無・あり（場所　　） ■近隣の店までの距離（　　m）
患者、家族の住環境に関する希望等	
その他（食事、整容、入浴、排泄、介護状況、移動手段等の特記事項）	
コメント・評価（解決すべき住環境課題について記入）	

３．住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

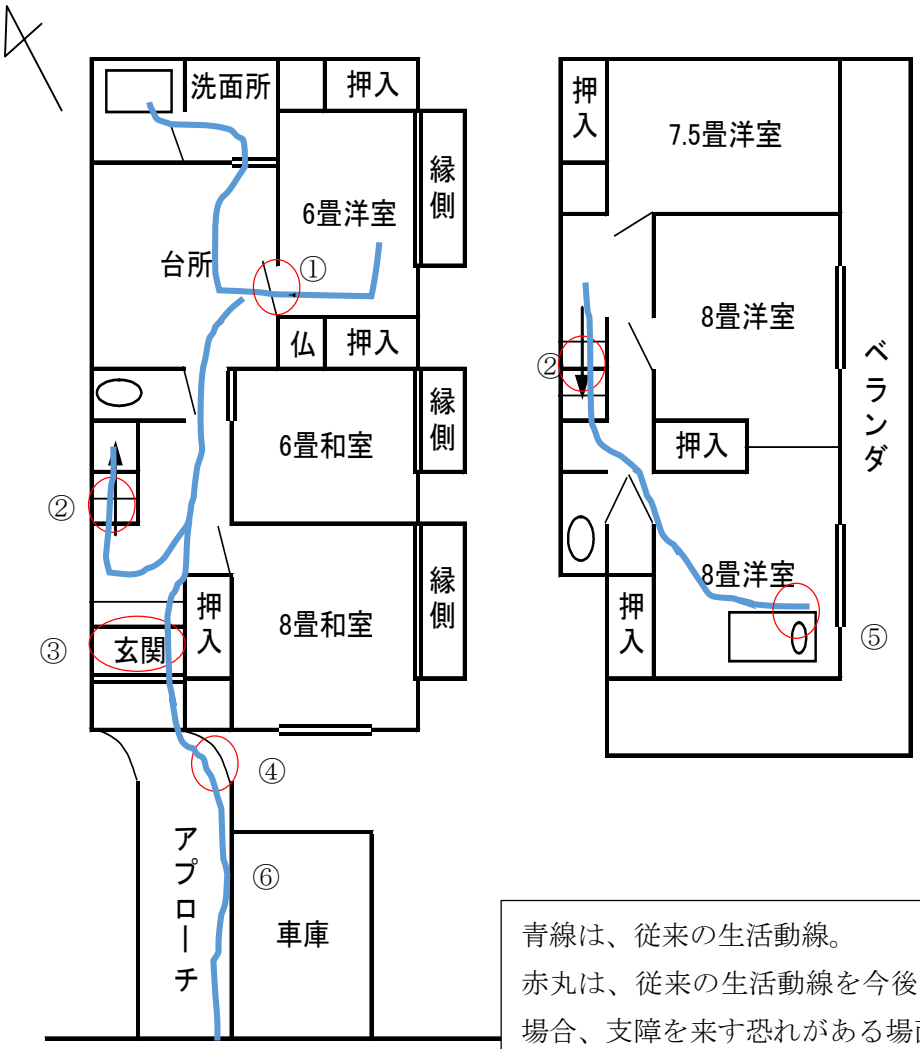
■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

［記入上の注意］

１．訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。

２．退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

（参考）作図の場合



青線は、従来の生活動線。
赤丸は、従来の生活動線を今後も利用する場合、支障を来す恐れがある場面

（自宅生活を実現するために検討すべき事項）

① 幅８０CM、車いすは困難。歩行移動が必要

② 階段 10 段。手すり右にしかない。

③ １段差２０CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。

④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。

⑤ ベッドの向きを反対し突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。

⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

別紙●

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名　　殿　　男　女　　計画作成日　　.　　.

明・大・昭・平　　年　　月　　日 生　　（　　歳）

褥瘡の有無

1. 現在　　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　　））

2. 過去　　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　　））

褥瘡発生日　　.　　.

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）	できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	なし	あり	
	・浮腫（局所以外の部位）	なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R）								合計点
	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	
	滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換		
	大きさ（cm^2） 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3)局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9)全身的影響あり（発熱など）		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット（cm^2） （ポケットの長径×長径に直行する最大径）－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上	

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容（初回及び評価カンファレンスの記録及び月１回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載）□

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回　　月　日			
評価　　月　日			
評価　　月　日			

評価

説明日　　平成　　年　　月　　日

本人又は家族（続柄）の署名

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名

医師

看護師

管理栄養士

在宅褥瘡管理者

［記載上の注意］ □

１　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」□
（平成３年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号）を参照のこと。

２　日常生活自立度がＪ１～Ａ２である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

通則

１　１人の患者について療養の給付に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

２　基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらんの処置は、再診料にも包括されている。

３　特掲診療料には、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱い~~については~~は、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成○○~~24~~年厚生労働省告示第○○~~77~~号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱い~~については~~は別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱い~~については~~は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成○○~~24~~年厚生労働省告示第○○~~78~~号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱い~~については~~は別途通知する。

６　基本診療料及び特掲診療料の算定に当たっては、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号）を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載する~~こと~~。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

通則

１　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成〇〇~~24~~年厚生労働省告示第〇〇~~76~~号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）の別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の次の処置は、別表第二歯科診療報酬点数表においては基本診療料に含まれる。

イ　鼻処置

ロ　口腔、咽頭処置

ハ　喉頭処置

ニ　ネブライザー

ホ　熱傷処置

ヘ　皮膚科軟膏処置

ト　消炎鎮痛等処置

２　同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、２以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料は１回を限度として~~に限り~~算定する。

同一の保険医療機関において、２人以上の保険医（２以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても~~、~~同様とする~~ものであること~~。

したがって、歯科診療においては、１口腔１初診として取り扱う。

３　歯科診療における診療科は、歯科、小児歯科、矯正歯科及び歯科口腔外科を同一とみなす。

４　医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療により~~属する診療科に係る傷病につき~~入院中の患者が歯又は口腔の疾患のため~~に~~歯科診療により~~おいて~~初診若しくは再診を受けたとき~~場合~~、又は歯科診療に係る傷病により~~つき~~入院中の患者が~~他の傷病により~~医科診療~~に属する診療科~~により~~おいて~~初診若しくは再診を受けたとき~~場合~~等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料を算定する~~できる~~。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合~~に~~は、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料を算定する。

５　医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中~~にあっては~~、再診料は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合~~において~~も、再診料は算定できない。~~なお、~~この場合において、再診料以外の検査、治療等~~の費用~~の請求~~について~~は、診療報酬明細書は入院用を用いる~~こと~~。

ただし、歯科診療~~疾患~~以外により~~の疾病で他科に~~入院中の患者が歯科診療により~~に~~外来を受診した~~としてきている~~場合は、再診料を算定する~~できる~~。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（１）　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の保険医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った保険医療機関において初診料を算定する。

（２）　患者が違和~~異和~~を訴え診療を求めた場合は~~において~~、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合で~~に~~あっても初診料を算定する~~できる~~。

（３）　学校検診等、自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が~~、~~特に治療の必要性を認め治療を開始した場合~~に~~は、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）~~について~~は、医療保険給付対象として診療報酬を算定する~~できる~~。

（４）　（３）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者について~~が~~、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合~~に~~は、初診料を算定する~~できる~~。

（５）　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により入院外で傷病の治療~~を入院外で受けている期間~~中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）~~している期間~~中~~にあって~~は、当該保険医療機関において医療保険給付の対象となる診療を受けた場合~~において~~も、初診料は算定できない。

（６）　現に傷病について診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合~~に~~は、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

（７）　患者が任意に診療を中止し~~、~~１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合~~に~~は、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は~~、~~初診として取り扱う。~~なお、~~この場合において、１月の期間の計算は、暦月による~~ものであ~~り、例えば、２月10日～３月９日、９月15日～10月14日等と計算する。

（８）　（７）にかかわらず、次に掲げる場合は、初診として取り扱わない。~~欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで１月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、~~ただし、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は~~等、管理計画に基づき継続的に診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。~~

~~なお、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合であって~~、管理計画書に基づく一連の治療が終了した日から起算して２月以内は再診として取り扱い、２月を超えた場合は初診として取り扱う。

イ　欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで１月以上経過した場合

ロ　歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合

（９）　病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等（特別の関係を除く。）からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者の数~~（以下「紹介等患者数」という。）~~等に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの~~について~~

~~そ~~は、~~初診料ともそ~~地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。

~~(10)　地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の３割以上であるもの又は２割以上であるもののうち、別に厚生労働大臣が定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。~~

~~なお、別に厚生労働大臣が定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第一に掲げる手術である。~~

(10~~11~~)　乳幼児加算及び歯科診療特別対応加算

初診料を算定できない~~もなし~~場合~~に~~は、初診時における乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算は算定できない。

(11~~12~~)　乳幼児加算と乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算は併せて算定できない。

(12~~13~~)　歯科診療特別対応加算を算定した患者が~~、~~６歳未満の乳幼児である場合は、乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算を併せて算定する~~できる~~。

(13~~14~~)　歯科診療特別対応加算

「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態~~脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態~~又はこれらに準ずる状態~~にある者~~をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日~~において~~そ~~は、患者の状態を診療録に記載~~し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載~~する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ　重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

(14~~15~~)　初診時歯科診療導入加算

「注６」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

(15~~16~~)　「注９」に規定する歯科外来診療環境体制加算は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。

(16~~17~~)　「注７」及び「注８」の医科と共通の項目~~について~~は、医科点数表の第１章第１部

第１節区分番号Ａ０００に掲げる初診料の例により算定する。

（17~~18~~）　「注10」に規定する歯科診療特別対応連携加算は、別に厚生労働大臣が定める~~当該加算に係る~~施設基準に適合している~~する~~ものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関は除く。）で「注６」又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の「注４」に規定する加算（以下「基本診療料に係る歯科診療特別対応加算」という。）を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で~~、当該患者に対して~~初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

（18~~19~~）　「注11」に規定する歯科診療特別対応地域支援加算は、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合している~~する~~ものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関は除く。）において、別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合している~~する~~ものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において~~で~~基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で~~、当該患者に対して~~初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

~~（20）　「注12」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ　同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ　同一建物居住者の場合（同一日に５人以下）」又は「ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~

~~（21）　「注12」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。なお、この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載すること。~~

第２節　再診料

Ａ００２　再診料

（１）　再診料は、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定する~~できる~~。ただし、２以上の傷病について同時に再診を行った場合は、~~当該~~１日につき１回を限度として~~に限り~~算定する。

（２）　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合~~、当該初診については~~は、~~初診料は算定できないが、~~再診料を算定する~~できる~~。

（３）　歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同一日に２以上の再診を行った

場合の再診料は、１回の算定とする。

（４）　電話等による再診

イ　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等によるもの~~場合~~を含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められ~~た場合に、~~必要な指示をした場合~~ときに~~は、再診料を算定する。

ロ　電話、テレビ画像等による~~を通じた~~再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診~~については~~は、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）~~については~~は、患者の病状の変化に応じ療養について歯科医師の指示を受ける必要が~~ある~~ある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの歯科医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等による~~を通じた~~指示等が、同~~一~~日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容の~~ものである~~場合等~~に~~は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診~~については~~は、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定する~~できる~~ものとし、この場合において~~は~~、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付する~~こと~~。

ハ　乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ~~て~~指示した場合は、乳幼児加算を算定する。

ニ　時間外加算を算定すべき時間、休日又は深夜に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ~~て~~指示した場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定する。

（５）　その他初診料と共通の項目~~については~~は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目~~については~~は、医科点数表の第１章第１部第２節区分番号Ａ００１に掲げる再診料の例により算定する。

（６）　「注４」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。~~脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。~~なお、歯科診療特別対応加算を算定した日~~については~~は、患者の状態を診療録に記載する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ　重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

（７）　「注８」に規定する再診時歯科外来診療環境体制加算は、再診時の歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、区分番号Ａ０００の「注９」に規定する別

に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。

~~（８）「注９」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、再診時に区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ　同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ　同一建物居住者の場合（同一日に５人以下）」又は「ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~

~~（９）「注９」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。なお、この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載すること。~~

第２部　入院料等

第１節　入院基本料

医科と共通の項目について、医科点数表の第１章第２部第１節に掲げる入院基本料の例により算定する。

第２節　入院基本料等加算

１　医科と共通の項目について、医科点数表の第１章第２部第２節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。（区分番号Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。）

ただし、総合入院体制加算~~について~~は、医科歯科併設の病院にあって医科について算定する~~できる~~場合に限り、歯科疾患について入院する患者についても同様とする。

２　地域歯科診療支援病院入院加算は、在宅歯科医療又は障害者歯科医療を後方支援する地域歯科診療支援病院の機能を評価したものであり、別の保険医療機関において区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は基本診療料に係る歯科診療特別対応加算~~区分番号Ａ０００に掲げる初診料の「注６」若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の「注４」に規定する加算~~を算定した患者であって、当該別の保険医療機関による歯科診療が困難であると判断されたものについて、当該別の保険医療機関からの診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日~~に~~１回を限度として~~に限り~~算定する。ただし、入院の月又はその前月に当該別の保険医療機関において、~~当該患者について、~~区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合に限る。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

（１）　研修歯科医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修施設及び研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定する~~できる~~。なお、ここでいう入院初日とは、医科点数表第１章第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）において研修を実施している場合とは、単独型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間、管理型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が実施している期間及び研修歯科医が協力型臨床研修施設又は研修協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間~~のこと~~をいう。

（３）　研修歯科医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録~~に~~は、~~、~~指導の内容がわかるように指導歯科医自らが記載を行い、署名~~を~~する~~こと~~。

第３節　特定入院料

医科と共通の項目について、医科点数表の第１章第２部第３節に掲げる特定入院料の例により算定する。

第４節　短期滞在手術基本料

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

（１）　短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術に係る区分番号Ｊ０５５に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号Ｊ０５６に掲げる顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定する~~できる~~。

（２）　（１）のほかは、医科点数表の区分番号Ａ４００に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料

（１）　歯科疾患管理料とは、継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位（以下「１口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものをいいそあり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定するできる。

（２）　「注１」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式１」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、生活習慣の改善目標、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯及び歯肉の状態等（「注２」に規定する継続管理計画書においては、口腔内の状態の改善状況を含む。））、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周病検査及びその他の検査）等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師の氏名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

（３）　１回目の患者又はその家族に対して提供する管理計画書については、初診日の属する月から起算して２月以内に第１回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた主で歯周病に係る治療方針等を含んだものとするめた管理計画書を作成すること。ただし、１回目に患者の主訴に関する管理を開始し、２回目以降に歯周病やその他の疾患も含めた管理を行う場合においては、その際に新たな検査の結果や管理計画の内容の変更点に関するついての情報を含めたただ継続管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供する。この場合においてを行い、当該月より改めて１口腔単位での管理を開始すること。

（４）　（２）及び（３）に関わらず、初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、急性症状寛解後に継続的管理が必要な場合は、１回目の歯科疾患管理料算定時に管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。なお、歯周病検査は、急性症状寛解後の２回目の歯科疾患管理料算定時までに実施し、当該検査結果を含む継続管理計画書を作成した上で、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。ただし、急性症状が寛解せず２回目の歯科疾患管理料算定時までに歯周病検査が実施できない場合は、症状の要点を診療録に記載する。

（５４）　「注２」に規定する２回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式２」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病にお

いては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供することもの}とするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して４月を超える日までとに１回以上提供することを。ただし、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が４月を超える場合は、この限りでない。この場合、継続管理計画書は歯周病安定期治療を実施した際に提供すること。

（６）（５）にかかわらず、次の場合における２回目以降の継続管理計画書の提供時期は、患者の求めがない限り、前回の管理計画書の提供日から起算して４月を超えても差し支えない。

イ　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が４月を超える場合

ロ　患者又はその家族が、管理計画書（初回用又は継続用）の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容（例：次回から文書提供不要）を記載した場合

（７）「注５」とは、「注３」に規定する患者を除き、初診日から入院している患者（歯科診療に限る。）について、退院後に歯科疾患の継続的管理が必要な場合の取り扱いを定めたものをいい、入院前に外来において歯科診療を行った場合（外来の歯科診療を行った日と入院日が同日である場合に限る。）も歯科疾患管理料を算定する。

（８５）　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅱ）又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者にあっては、「注１」及び「注２」の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料をは算定できる。なお、この場合において、管理計画書を作成して患者又はその家族に提供するものとする。

（９６）　歯科疾患管理料を算定した月においては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供しない場合であっても、少なくとも１回以上の管理計画に基づく管理を行うこと。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。

（10７）　歯科疾患管理料は、区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（「１　有床義歯の場合」に限る。）を算定している患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。なおただし、無歯顎の患者の総義歯に係る管理を行っている場合については、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該歯科疾患に係る治療（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。

（11８）　再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患管理料は算定できない。

（12９）　「注８７」に規定するう蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であって、う蝕多発傾向者の判定基準の左欄の年齢に応じて右欄の歯冠修復終了歯を有するものをいう。う蝕多発傾向者と判定した患者に対して、「注７」及び「注８」に規定する指導を継続的に行う場合は、当該指導を最初に行った日から起算して１年以内に限る。ただし、当該期間経過後、改めてう蝕多発傾向者と判定された場合は、「注７」及び「注８」に規定する指導管理を引き続き行うことができる。

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年　齢	歯冠修復終了歯	
	乳　　歯	永　久　歯
0～4~~2~~歳	1歯以上	――
~~3～4 歳~~	~~3 歯 以 上~~	――
5～7歳	3~~8~~歯以上　　及　び　　1~~2~~歯以上	
8～10歳	――	2~~1~~歯以上
11～12歳	――	3~~6~~歯以上

(13~~10~~)　う蝕多発傾向者の判定基準において、(12~~9~~)にかかわらず次の場合はそれぞれに規定するところにより取り扱う~~こと~~。

イ　５～７歳の者で永久歯の萌出歯がない~~２歯未満の~~場合、歯冠修復終了永久歯は、う蝕多発傾向者の判定の要件としない。

ロ　フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まない~~ものである~~が、５~~３~~歳未満の患者~~児~~の初期う蝕で、歯冠修復の実施が患者~~児~~の非協力等により物理的に困難と判断される場合に限り、当該未処置う蝕歯にフッ化ジアンミン銀を塗布した場合、歯冠修復終了乳歯として取り扱う。

ハ　区分番号Ｉ００３に掲げる初期う蝕早期充填処置を行った場合は、歯冠修復終了歯として取り扱う。

~~(11)　「注７」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。~~

~~イ　歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士は、患者又はその家族に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者又はその家族に対し文書により提供すること。~~

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

~~ハ　フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が３～４月ごとに局所応用を行うことをいう。~~

~~ニ　薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。~~

(14~~12~~)　「注８」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ　主治の歯科医師又はそ~~主治の歯科医師~~の指示を受けた歯科衛生士が、患者又はその家族に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により提供を行った場合に算定する。

ロ　フッ化物洗口に用いる薬液とは、毎日法に用いられる洗口用の0.05％及び0.1％フッ化ナトリウム溶液又は週１回法に用いられる洗口用の0.2％フッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ　フッ化物洗口に係る指導に当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に算定する。

(イ)　洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度

(ロ)　洗口に関する注意事項

(ハ)　薬液の取扱い及びその保管方法

ニ　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い~~業務記録簿に指導内容等を記載し~~、その内容を文書により提供した場合に算定する。なお、当該指導を行った歯科衛生士は業務に関する記録を作成する。

~~(13)　(11)のフッ化物歯面塗布と(12)のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導管理を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。~~

(15~~14~~)　歯科疾患管理料を算定する保険医療機関~~において~~は、歯科疾患管理料の趣旨及び内容について、院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努める~~こと~~。

Ｂ０００－５　周術期口腔機能管理計画策定料

（１）　周術期口腔機能管理計画策定料は、周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該手術等に係る一連の治療を通じて１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する~~こと~~。

（２）　（１）の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合~~について~~は、依頼文書は要しない~~ものとする~~。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しない~~ものとする~~。

（３）　「注１」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理を行う~~の担当~~歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。

（４）　周術期の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める~~ものとする~~。

（５）　周術期口腔機能管理計画策定料を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生（支）局長に報告する~~こと~~。

Ｂ０００－６　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、Ｂ０００－７　周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

（１）　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）とは、がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価したものをいい~~である~~、具体的には、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口

腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価したものをいうである。

（２）　周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。

イ　全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等をいう。

ロ　骨髄移植の手術

（３）　周術期の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供すること。ただし、次以下のまうな場合においてそは、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等をいう。）により作成しても差し支えない。

イ　同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期口腔機能管理料（Ⅰ）を算定した患者に対して、手術前の周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定する場合。この場合において、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）に係る管理を実施した際に管理報告書を提供すること。

ロ　同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を合計して３回以上算定する場合。この場合において、手術後の１回目の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供すること。

（４）　患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供すること。

（５）　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）は、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、次以下の区分に応じて、歯科医師による周術期における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

		手術を行った（又は予定する）保険医療機関	
		同一の保険医療機関（病院）	他の保険医療機関（病院）
患者の状	入院外	周術期口腔機能管理料（Ⅰ） ※同一の医科歯科併設病院で外来又は在宅で治療中の患者 ※同一の歯科病院で外来又は在宅で治療中の患者 （備考欄ロ）	周術期口腔機能管理料（Ⅰ） ※他の病院で外来又は在宅で治療中の患者 （備考欄イ）

況	入院中	周術期口腔機能管理料(Ⅱ) ※同一の医科歯科併設の病院に入院中の患者 ※同一の歯科病院に入院中の患者 (備考欄ニ)	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) ※他の医科病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療に併せて管理を行う場合 (備考欄ハ)

[備考]

イ　歯科病院(歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。)、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関(病院に限る。)において周術期口腔機能管理を必要とする手術(以下この区分番号において「管理を要する手術」という。)を行った(手術を予定する場合を含む。以下同じ。)入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合

ロ　歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合

ハ　歯科病院、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の医科病院~~である保険医療機関~~(歯科診療を行う保険医療機関を除く~~ものをいう。以下この区分番号において「医科病院」という~~。)において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

ニ　歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

(6)　管理計画書を策定した保険医療機関と周術期口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載する~~こと~~。

(7)　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００４－６に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、~~区分番号Ｂ００６－３－３に掲げるがん治療連携管理料、~~区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定している同月において、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、別に算定できない。ただし、同月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において周術期口腔機能管理を行う場合は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を~~は別に~~算定できる。

(8)　周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては、患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては、主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師

等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努めることとする。

（９）　周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。

(10)　周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生（支）局長に報告すること。

Ｂ０００－８　周術期口腔機能管理料（Ⅲ）

（１）　周術期口腔機能管理料（Ⅲ）は、放射線治療又は化学療法を受ける患者であって、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

（２）　口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供すること。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合においては、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して３月を超える日までに１回以上提供すること。

（３）　その他周術期口腔機能管理料（Ⅲ）に係る周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）と共通の項目については、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）の例により算定する。

Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料

（１）　「１　歯科衛生実地指導料１」は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合に算定する。

イ　歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ　プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ　家庭において特に注意すべき療養指導

（２）　「２　歯科衛生実地指導料２」は、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算区分番号Ａ０００に掲げる初診料の「注６」に規定する加算又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の「注４」に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上行った場合に算定する。

イ　歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ　プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ　家庭において特に注意すべき療養指導

（３）　「注１」及び「注２」に規定する文書とは、（１）に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、主治の当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の氏名署名が記載されたものをいう。

~~なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。~~

（４） 患者に対する当該指導の内容の情報提供~~について~~は、「１　歯科衛生実地指導料１」を算定する場合~~にあっては~~、当該指導の初回時に行い~~うこととし~~、「２　歯科衛生実地指導料２」を算定する場合~~にあっては~~、実地指導の合計が15分以上となったとき（当該指導回数が１回又は２回に限る。）に行う~~こととする~~。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況、指導の内容に変化があったとき等に行う~~もの~~とするが、当該指導の内容に変化がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても３月に１回以上は当該指導の内容を文書により提供する~~こと~~。

（５） 主治の歯科医師は、歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（６） 当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

（７） 主治の歯科医師は、歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

（８~~６~~） 歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生（支）局長に報告する~~こと~~。

Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料

（１） 歯科特定疾患療養管理料は、「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に月２回を限度として~~に限り~~算定する。なお、当該管理を行った場合は、症状及び管理内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（２） 「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ　顎・口腔の先天異常とは、後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂（単独又は複合的に発症している症例を含む。以下この表において同じ。）をいう。

ロ　舌痛症とは、ハンター舌炎、メラー舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。

ハ　口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリエー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ　口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）とは、口腔領域以外の悪性腫瘍等の治療のため行われた放射線治療を原因とするものをいう。

ホ　睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とは、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科保険医療機関からの診療情報提供料の算定に基づく診療

情報提供により口腔内装置治療を必要とするものをいう。

（３）　「注２」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医（「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者１人につき１回を限度として~~に限り~~算定する~~ものである~~。なお、患者の症状に変化が生じる等の理由により当該計画の見直しが必要となり、改めてその内容を文書により提供した場合~~に~~は~~、~~再度算定する~~できる~~。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合~~において~~は、患者に提供した療養指導計画に係る文書の写しを診療録に添付するとともに、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名及び氏名を診療録に記載する~~こと~~。

（４）　診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に限り、看護に当たっている患者の家族等を通して療養上の指導を行ったときは、歯科特定疾患療養管理料を算定する~~できる~~。

（５）　歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病の口腔領域における症状に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合~~に~~は算定できない。

（６）　主病とは、当該患者の全身的な医学管理が必要となる主たる特定疾患をいい~~うものであり~~、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関~~にあっては~~算定できない。

（７）　再診が電話等により行われた場合~~にあっては~~、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

Ｂ００３　特定薬剤治療管理料

（１）　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月１回を限度として~~に限り~~算定する。

（２）　特定薬剤治療管理料を算定す~~できる~~グリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいう。

（３）　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（４）　初回月加算とは、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、注４に規定する点数を加算する~~できる~~ものをいい~~であり~~、薬剤を変更した場合~~において~~は算定できない。

（５）　特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるもの~~については~~は、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

Ｂ００４　悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表の区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び医科点数表の区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料

（１）　がん性疼痛緩和指導管理料は、歯科医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－ＷＨＯ方式がんの疼痛治療法－第２版）に従って副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月１回を限度として~~に限り~~、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導~~に~~は、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含める~~ものであること~~。

（２）　がん性疼痛緩和指導管理料の「１」は、緩和ケアの経験を有する歯科医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

（３）　がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理~~カウンセリング~~料

~~（１）~~医科点数表の区分番号Ｂ００１の23に掲げるがん患者指導管理料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」又は「医科点数表」とあるのはそれぞれ「歯科医師」又は「歯科点数表」の区分番号に読み替えて適用する。

~~悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態を十分配慮した環境で、がん診療の経験を有する歯科医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。~~

~~（２）　当該患者について区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回算定できる。~~

~~（３）　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除くその家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。~~

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料

（１）　入院栄養食事指導料１は、入院中であって、別に厚生労働大臣が定める特別食が必要と認めた者に対し、歯科医師と医師との連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回を限度として算定する。ただし、１週間に１回を限度とする。また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外の管理栄養士が当該診療所に勤務する歯科医師と医師との連携により、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。

（２）　歯科医師は、診療録に連携した医師の氏名及び連携内容の要点を記載する~~こと~~。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を記載~~明記~~する~~こと~~。

（３）　その他入院栄養食事指導料の医科と共通の項目~~について~~は、医科点数表の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。

Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料

医科点数表の区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料の例により算定する。

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

医科点数表の区分番号Ｂ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料の例により算定する。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料

医科点数表の区分番号Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料の例により算定する。

Ｂ００４－２　手術前医学管理料

医科点数表の区分番号Ｂ００１－４に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－３　手術後医学管理料

医科点数表の区分番号Ｂ００１－５に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－６　歯科治療総合医療管理料

（１）　歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の保険医療機関の当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料に定める様式に基づいた患者の全身状態等に係る診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の~~所属~~保険医療機関名等について診療録に記載する~~こと~~。

（２）　歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関~~において~~は、全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されている~~こと~~。

（３）　歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。

なお、歯科治療総合~~当該~~医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（４）　歯科治療総合医療管理料は、同~~一暦~~月につき１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。ただし、同一の患者について、歯科治療総合医療管理料を算定した月~~において~~は、区分番号Ｃ００１－４に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料は算定できない。

（５）　歯科治療総合医療管理料~~に~~は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静~~の費用~~が含まれ、別に算定できない。

（６）　主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

Ｂ００４－９　介護支援連携指導料

（１）　介護支援連携指導料とは、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も介護サービスの導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後の介護サービス計画（ケアプラン）作成につなげることを評価するものをいう~~である~~。

（２）　介護支援連携指導料は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた看護師、歯科衛生士、社会福祉士、薬剤師、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え

適切な医療関係職種が、患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者若しくは介護施設の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中２回を限度として~~に限り~~算定する~~できるものである~~。

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

（４）　介護支援連携指導料の算定に当たっては、行った指導の内容等について、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な指導内容がある場合は、その要点を診療録に記載する。

（５）　介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合~~に~~は、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。

（６）　同~~一~~日に区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２の注３に規定する加算を算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合~~に~~は、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料２の注３に規定する加算の両方を算定~~することは~~できない。

Ｂ００５　開放型病院共同指導料(Ⅰ)

医科点数表の区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)の例により算定する。

Ｂ００６　開放型病院共同指導料(Ⅱ)

医科点数表の区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)の例により算定する。

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料、Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料

医科点数表の区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料及び医科点数表の区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料の例により算定する。

Ｂ００６－３－３　がん治療連携管理料

医科点数表の区分番号Ｂ００５－６－３に掲げるがん治療連携管理料の例により算定する。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

医科点数表の区分番号Ｂ００７に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｂ００９、Ｂ０１０　診療情報提供料

医科点数表の区分番号Ｂ００９又は医科点数表の区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

医科点数表の区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－４　退院時薬剤情報管理指導料

医科点数表の区分番号Ｂ０１４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料の例により算定する。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

医科点数表の区分番号Ｂ０１２に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

Ｂ０１３　新製有床義歯管理料

（１）　新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の着脱性、形態、適合性、咬合関係等及び装着感の調整及びに加え、食事方法、患者に必要な義歯の取扱い等、清掃方法及び保管方法に係る指導を含めた管理をいう。

（２）　新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、患者に対して当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供した場合に算定する。なお、この場合において、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載すること。

（３）　「２　困難な場合」とは、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、次のいずれかに該当する場合をいう。

イ　総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者

ロ　９歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない患者

（４～~~３~~）　「注１」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容、保存・清掃の方法等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師の氏名を記載したものをいう。

（５～~~４~~）　新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して１年~~２月以上３月~~以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は有床義歯の裏装を行った場合は~~であっても、義歯管理料は１口腔単位で算定するものであることから~~、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料の「１　有床義歯の場合」を~~有床義歯管理料により~~算定し、~~する~~新製有床義歯管理料は算定できない。

~~（５）　新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着月から起算して４月以上１年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製・有床義歯の裏装等を行った場合は、義歯管理料は１口腔単位で算定するものであることから、有床義歯長期管理料を算定する。~~

~~（６）　有床義歯管理とは、有床義歯による口腔機能の回復を主眼とした義歯管理をいい、具体的には、口腔機能の回復が困難な場合又は適合性が極めて低い場合の有床義歯の調整に加えて、有床義歯による機能回復に着目した指導を含めた管理をいう。~~

~~（７）　有床義歯管理料は、有床義歯を新製した保険医療機関において製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して２月以上３月以内の期間において、有床義歯の着脱性、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る指導等を行った場合に月１回に限り算定する。なお、この場合において、必要に応じ実施した検査の結果、調整方法、調整部位及び義歯に係る指導内容の要点を診療録に記載すること。~~

（６～~~８~~）　有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は「注２」の規

定に関わらず同月内であっても、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」~~有床義歯管理料~~を算定後~~も~~、有床義歯の新製後に新製有床義歯管理料を算定して差し支えない~~する~~。

（７~~９~~）　有床義歯を新製した月と同~~一~~月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）~~の費用の算定~~は別に算定する~~できる~~。この場合において、~~義歯管理料は１口腔単位として算定するものであることから、~~新製有床義歯管理料又は区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」~~有床義歯管理料~~のいずれかにより算定する。

（８~~10~~）　区分番号Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」~~義歯管理料は~~を算定して差し支えない~~もない~~。この場合において、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に~~当該有床義歯の新製後又は床裏装後に~~新製有床義歯管理料~~又は有床義歯管理料~~は~~を~~算定できない~~する~~。

（９）　新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該管理料を算定した日の属する月から起算して１年を超えた期間において調整又は指導を行った場合は、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」を算定する。この場合において、必要があって新たに製作した有床義歯を装着し調整又は指導を行った場合は、新製有床義歯管理料を算定する。

（10~~11~~）　別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理~~について~~は、装着する日の属する月であっても区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」~~有床義歯管理料~~により算定する。

~~（12）　有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の適合状態の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。~~

~~（13）　有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して４月以上１年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月１回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整部位等を診療録に記載する。~~

~~（14）　新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して１年を超えた期間において、当該有床義歯を継続的に管理する場合又は修理により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。~~

~~（15）　「注４」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日に算定する。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。~~

~~イ　総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者~~

~~ロ　９歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有~~

~~しない患者~~

（11~~16~~） 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料~~、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも~~は算定できない。

（12~~17~~） 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考と~~に~~する~~こと~~。

~~Ｂ０１３－２　有床義歯調整管理料~~

~~有床義歯調整管理料は、区分番号Ｂ０１３に掲げる義歯管理料のうち、有床義歯の調整に係る管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日の属する月と同一月においても有床義歯の調整を行った日（義歯管理料を算定した日を除く。）に月２回を限度に算定する。なお、当該調整管理料の算定に当たっては、調整方法及び調整部位を診療録に記載すること。~~

Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料

（１） 広範囲顎骨支持型補綴物~~当該~~管理料とは、当該補綴物の調整に係る管理を評価したものをいい~~であり~~、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降~~に~~、月１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。

（２） 広範囲顎骨支持型補綴物~~当該~~管理料を算定する場合は、当該補綴物の調整方法及び調整部位を診療録に記載する~~こと~~。

（３） 別の保険医療機関で装着された当該補綴物の調整を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する~~こと~~。

Ｂ０１４　退院時共同指導料１、Ｂ０１５　退院時共同指導料２

（１） 退院時共同指導料１又は退院時共同指導料２は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師又は医師~~保険医~~、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者~~について~~は２回）を限度として~~に限り~~、それぞれの保険医療機関において算定する~~ものである~~。ただし、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が、入院中の保険医療機関の准看護師と~~が~~共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合~~に~~は、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行う~~こと~~。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則４に定める入院期間が通算される入院~~のこと~~をいう。

（２） 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合~~に~~も算定する~~できる~~。

（３） 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

（４） 退院時共同指導料１の「１」は、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養を担う保険医療機関との連携により、患者又はその家族等の求めに対して迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその

家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定するできる。

（５） 退院時共同指導料１を算定した場合は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料及び区分番号Ｂ００５に掲げる開放型病院共同指導料(I)は別に算定できない。ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合にあっては、この限りでない。

（６） 当該患者が入院している保険医療機関と当該患者を紹介した保険医療機関とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。

（７） 退院時共同指導料は、退院後に在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

（８） 退院時共同指導料１の「注２」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、１人の患者に対して入院中１回を限度として１に限り算定するできる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中１２回を限度として１に限り算定するできる。

（９） 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師又は医師保険医若しくは当該歯科医師又は医師保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して行った場合に算定する。

（10） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師保険医、看護師若しくは准看護師、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員のいずれかのうち３者以上と共同して行った場合に算定する。

（11） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する指導と同一日に行う「注２」に規定する指導に係る費用は、「注３」に規定する加算に含まれ別に算定できない。

（12） 退院時共同指導料２を算定している保険医療機関は、区分番号Ａ２２７に掲げる退院調整加算を算定する場合、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項を当該患者及び家族に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと共有すること。

Ｂ０１７　肺血栓塞栓症予防管理料

（１） 肺血栓塞栓症予防管理料とは、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的とし、必要な医学管理を行った場合を評価するものをいうである。

（２） 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回を限度として１に限

~~り~~算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定し~~できるものであり~~、薬剤のみで予防管理を行った場合~~に~~は算定できない。また、医科点数表の第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の場合~~において~~も、それぞれの入院において入院中１回を限度として算定する~~できるものであること~~。

（３） 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数使用される場合~~であっても~~も、当該費用は所定点数に含まれる。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用してはならない~~ものとすること~~。

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

Ｂ０１８　医療機器安全管理料

（１） 医療機器安全管理料とは、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものをいい~~であり~~、当該保険医療機関において、患者に対して照射計画に基づく放射線治療が行われた場合は、一連の照射につき当該照射の初日に１回を限度として~~に限り~~算定する。

（２） 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

（３） 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関~~において~~は、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等を~~が~~適切に行う~~おれていること~~。

第２部　在宅医療

Ｃ０００　歯科訪問診療料

（１）　歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できないものではならない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定するできる。なお、歯科訪問診療料の算定を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」（平成16年日本歯科医学会）を参考とし、次の区分により算定すること。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人のみ	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき	20分以上	歯科訪問診療１	歯科訪問診療２	歯科訪問診療３
診療に要した時間	20分未満	歯科訪問診療３	歯科訪問診療３	

（２）　保険医療機関が、当該保険医療機関と別添１の第１章第２部通則７（３）に規定する特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合においては、歯科訪問診療料は算定できない。

（３）　歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を受け取りに保険医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。

（４）　「注１」から及び「注３２」までに規定する「在宅等」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。

（５）　「歯科訪問診療２」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師保険医が同一日に９人以下の訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者１人につき20分以上になる場合に算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいいうが、具体的には、例えば次以下のような患者のことをいう。

イ　老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

ロ　介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定

地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

（６）　保険医療機関の歯科医師~~保険医~~が、同一建物に居住する通院困難な患者１人のみに対し歯科訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が20分以上になる場合は、「歯科訪問診療１」を算定する。

（７）「歯科訪問診療３」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に10人以上に対して訪問診療を行う場合又は診療に要した時間が当該患者１人につき20分に満たない場合に算定する。

（８~~７~~）　在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、~~訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者１人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料及び第２章特掲診療料を算定する。ただし、~~歯科訪問診療の治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合~~において~~は、（５）及び（６）の規定にかかわらず、診療した時間が20分未満であっても「１　歯科訪問診療１」又は「２　歯科訪問診療２」~~歯科訪問診療料~~を算定する~~ことができる~~。~~なお、~~この場合において、必要があって救急搬送を行った場合は、区分番号Ｃ００２に掲げる救急搬送診療料を算定しても差し支えない。

（９~~８~~）　地域医療連携体制加算とは、歯科訪問診療が必要な通院困難な患者等が安心して在宅療養等が行えるよう、複数の保険医療機関により夜間、休日及び診療を自ら行わない時間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制が整備されているとともに歯科訪問診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供及び共有すること等により、緊急時の迅速、適切な連携体制が整備されていること等を評価するものをいう~~である~~。

~~ただし、~~この場合において~~あっては~~、緊急時~~に~~は連携保険医療機関の歯科医師が対応に当たることがあり得る旨を患者等に説明するとともに、当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関に対し文書（ファクシミリを含む。）により適宜提供する~~こと~~。

なお、この連携に係る診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（10~~９~~）　地域医療連携体制加算の算定による複数の保険医療機関により休日夜間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制の確保が必要な場合とは、歯科訪問診療において処置、手術等が必要で治療期間中に病状が急変する可能性がある場合等をいい~~うものであり~~、病状が急変する可能性がなくなった場合~~において~~は、当該加算の算定を中止する~~こと~~。

（11~~10~~）　地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関~~にあっては~~、患者又はその家族等に「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年３月５日保医発第0305第３号）の様式21の３又はこれに準じた様式の文書を必ず提供する~~ものであること~~。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

（12~~11~~）　地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関~~にあっては~~、患者又はその家族等の同意を得て、歯科訪問診療料の算定対象となる療養に必要な情報を連携保険医療機関に対し

てあらかじめ文書（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の様式21の２又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付すること。また、引き続き地域医療連携体制加算の算定による緊急時等の対応が必要であり、病態の変化が生じた場合には、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、連携保険医療機関等の変更にともない患者に対し再度の情報提供を行った場合の費用は、第１回目の費用に含まれ別に算定できない。

(13～12) 当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関の歯科医師が緊急に診療又は歯科訪問診療等を行った場合には、歯科初診料、歯科再診料、歯科訪問診療料等は診療又は歯科訪問診療等を行った歯科医師の属する保険医療機関が算定する。

この場合、当該患者の病状急変等に対応して、診療又は歯科訪問診療等を行ったこと及びその際の診療内容等を、地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は治療の要点を当該患者の診療録に記載すること。

(14～13) 地域医療連携体制加算を算定する場合は、休日、夜間等における緊急時に対応し得るよう、できる限り患家に近隣の保険医療機関を連携保険医療機関とすること。

(15～14) 地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関においては、主治医から提供された患者の療養に必要な情報が記載された文書を緊急時に十分に活用できる状態で保管し、自ら当該患者を診療し診療録を作成した場合には、当該文書を診療録に添付すること。

(16～15) 地域医療連携体制加算は、１人の患者につき同一の初診で１回を限度として１に限り算定するできる。

(17～16) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に在宅等へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、歯科訪問診療として取り扱うことは認められず、歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料は算定できない。

(18～17) 歯科訪問診療料を算定する行う場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。

(19～18) 「注５～４」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準じる状態をいう。脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日においては、患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ　重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

(20～19) 「注５～４」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法

などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

(21~~20~~)　「注６~~５~~」に規定する加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事しているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。

(22~~21~~)　歯科訪問診療料を算定した場合において、それぞれの患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、「注４~~３~~」の加算を算定する。

(23~~22~~)　「注１」から~~、~~「注４~~２~~」まで~~及び「注３」~~に規定する診療時間~~には~~は、診療前の準備、診療後の片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合~~において~~は、その患家滞在の時間~~について~~は~~、~~診療時間に算入しない。

(24~~23~~)　歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載する~~こと~~。ただし、ロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載することも~~の~~とするが、変更が生じた場合は、その都度記載する~~こと~~。また、ハに関しては、患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合~~について~~は、急変時~~後~~の対応の要点を~~も~~記載する~~こと~~。

イ　実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ロ　訪問先名（記載例：自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑）

ハ　歯科訪問診療の際の患者の状態等（急変した際~~後~~の対応の要点を含む。）

(25~~24~~)　疾病等のため通院による歯科治療が困難な場合以外の歯科訪問診療の必要性を認めない患者~~について~~は、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定できない~~もない~~。

(26~~25~~)　「注４~~３~~」の加算は、患者それぞれについて算定し~~するものであり~~、複数の患者に対し訪問して歯科診療を行った場合の診療時間の~~を~~合算~~すること~~はできない。

(27~~26~~)　「注６~~５~~」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前８時から午後１時までの間とする。

(28~~27~~)　加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療をしなければならないと判断した場合をいい、手術後の急変等が予想される場合をいう~~ものである~~。

(29~~28~~)　夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後６時から翌日の午前６時まで、又は午後７時から翌日の午前７時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱い~~について~~は、午後10時から午前６時までとする。

(30~~29~~)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える歯科訪問診療~~について~~は、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合において、~~の~~歯科訪問診療料の算定~~について~~は、16キロメートル以内の場合と同様に取り扱う。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える歯科訪問診療をした場合の歯科訪問診療は保険診療としては算定できない~~が認められない~~ことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する

場合をいう。

(31~~30~~)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する歯科医師~~保険医~~に対して主治医が歯科訪問診療による対診を求めることができるのは、患家付近に他の歯科医師~~保険医~~がいない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のある場合に限り認められる~~ものである~~。

(32~~31~~)　「注９~~８~~」に規定する交通費は実費とする。

(33~~32~~)　その他、歯科訪問診療料の取扱い~~については~~は、平成６年厚生省告示第235号による改正前の往診料に関する既往の通知が引き続き有効であるが、この場合において、当該通知中「往診」とあるのは「歯科訪問診療」と読み替えてこれを適用する。

(34~~33~~)　「注10~~９~~」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算とは、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものをいい~~である~~、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問時~~においては~~、本区分の「イ　同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問時~~においては~~、本区分の「ロ　同一建物居住者の場合~~（同一日に５人以下）」又は「ハ　同一建物居住者の場合（同一日に６人以上）~~」により算定する。~~また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに当該歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~

(35~~34~~)　「注10~~９~~」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。~~なお、~~この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載する~~こと~~。

(36~~35~~)　「注11~~10~~」に規定する歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師と当該診療所に属する歯科衛生士が同行し、当該歯科医師の行う歯科訪問診療中は、歯科訪問診療の補助が適切に行える体制の上で、実際に当該歯科衛生士が歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時~~においては~~、本区分の「イ　同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時~~においては~~、本区分の「ロ　同一建物居住者の場合」により算定する~~こと~~。なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載する~~こと~~。

(37)　「注12」に規定する在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者（（５）のイ（集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条に該当する住宅に限る。）に入居若しくは入所している患者又はロのサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。）に対して歯科訪問診療１を算定した場合に所定点数に加算する。

(38)　「２　歯科訪問診療２」又は「３　歯科訪問診療３」を算定した場合であって、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「２　歯科訪問診療２」又は「３　歯科訪問診療３」を複数回

算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(39~~36~~)　歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療を行っている保険医療機関である旨を院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努める~~こと~~。

Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料

（１）　訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日~~又は歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った日~~から起算して１月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。

（２）　訪問歯科衛生指導料の「１　複雑なもの」とは、１人の患者に対して歯科衛生士等が１対１で20分以上実施するものをいう。

（３）　訪問歯科衛生指導料の「２　簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって次のものをいう。

イ　１回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、１回の指導時間は40分を超えるもの

ロ　１人の患者に対して１対１であって20分に満たないもの

（４）　訪問歯科衛生指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいい~~うものであり~~、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。

（５）　訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実地指導を行った歯科衛生士等の氏名が記載された~~が署名した~~文書を提供するとともに、その文書の写しを診療録~~業務記録簿~~に添付する~~こと~~。~~なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し報告すること。~~

（６）　訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載する~~こと~~。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載することとし~~もの~~とするが、変更が生じた場合は、その都度記載する~~こと~~。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合~~にあっては~~は、ニについて省略して差し支えない。

イ　歯科衛生士等に指示した内容

ロ　指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ハ　訪問先名（記載例：自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑）

ニ　歯科訪問診療の際の患者の状態の要点等

（７）　訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る業務に関する記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導の要点、主訴~~の改善~~、食生活の改善等に関する要点及び実地指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

（８）　訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

（９）　「注３」に規定する交通費は実費とする。

(10)　訪問歯科衛生指導料を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者及び常勤、非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生（支）局長に報告する。

Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料

（１）　歯科疾患在宅療養管理料とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援歯科診療所又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等において療養を行っている通院困難な患者の歯科疾患の継続的な管理を行うことを評価するものをいい~~であり~~、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料及びＮ００２に掲げる歯科矯正管理料は別に算定できない。

（２）　「注１」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式３」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、う蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等）、及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患在宅療養管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、管理計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合はその要点を診療録に記載する~~こと~~。また、管理計画書を提供しない場合にあっては、当該管理内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（３）　「注１」に規定する管理計画書の提供時期~~について~~は、当該管理を開始する時期、管理計画の内容に変更があったとき、一連の補綴治療が終了したとき及びその他療養上必要な時期に提供することを~~もの~~とするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りで~~は~~ない。~~ただし、~~この場合においても、前回の管理計画書の提供日から起算して３月を超える日までに１回以上提供する~~ものとする~~。なお、歯周疾患に罹患している患者に対して、初めて管理計画書を作成するに当たっては、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周疾患に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成し、２回目以降の管理計画書~~について~~は、歯周疾患の治療の進捗状況を踏まえる~~たものとすること~~。

（４）　歯科疾患在宅療養管理料を算定した月においては、患者に対しては、管理計画書を提供しない場合にあっても、少なくとも１回以上の歯科疾患の管理を行う~~こと~~。なお、当該管理を行った場合は、その要点を診療録に記載する~~こと~~。

（５）　「注２」に規定する管理計画書とは、口腔機能の状態（咀嚼機能の状態、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況、食形態、口腔ケアに対するリスク等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。なお、口腔機能管理加算の算定に当たり~~っては~~、患者又はその家族に対して、当該管理計画書を提供する場合~~にあっては~~、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は~~、~~その要点を診療録に記載する~~こと~~。

（６）　口腔機能管理加算は、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において、在宅療養支援歯

科診療所に属する歯科医師が、患者に対し歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に提供した場合に算定する。

（７）　歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号Ｂ００１３に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（「１　有床義歯の場合」に限る。）~~義歯管理料~~を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

（８）　再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

Ｃ００１－４　在宅患者歯科治療総合医療管理料

（１）　在宅患者歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科保険医療機関の当該主病の担当医から在宅で歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料に定める様式に基づいた患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な総合的医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の~~所属~~保険医療機関名等について診療録に記載する~~こと~~。

（２）　在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関~~において~~は、在宅歯科医療における全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等を~~が~~整備する~~されていること~~。

（３）　在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。

なお、当該医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する~~こと~~。

（４）　在宅患者歯科治療総合医療管理料は、同~~一暦~~月につき１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。ただし、同一の患者について、在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した月と同~~一~~月~~において~~は、区分番号Ｂ００４－６に掲げる歯科治療総合医療管理料は算定できない。

（５）　在宅患者歯科治療総合医療管理料~~に~~は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静~~の費用~~が含まれ、別に算定できない。

（６）　主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

Ｃ００２　救急搬送診療料

医科点数表の区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｃ００４　退院前在宅療養指導管理料

医科点数表の区分番号Ｃ１００に掲げる退院前在宅療養指導管理料の例により算定する。

Ｃ００５　在宅悪性腫瘍患者指導管理料、Ｃ００５－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

医科点数表の区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び医科点数表の区分

番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の例により算定する。

Ｃ００７　在宅患者連携指導料

（１）　在宅患者連携指導料とは、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものをいう~~である~~。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、医科の保険医療機関の医師~~保険医~~と~~保険医である~~歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、~~保険医である~~医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の全身の状態に関する診療情報を~~保険医である~~歯科医師に対して文書等で提供し、~~保険医である~~歯科医師が当該患者の~~に~~歯科訪問診療時~~を行った際~~に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定する~~できる~~。

（２）　在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された情報を基に、指導等を行った場合に、月１回~~に限り~~を限度として算定する。なお、当該指導等を患者の家族に対して行った場合でも算定する~~できる~~。

（３）　単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

（４）　他職種から情報提供を受けた場合は、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意する~~しなければならない~~。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合~~に~~は、速やかに他職種に情報提供するよう努める~~なければならない~~。

（５）　他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載する~~こと~~。

（６）　特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。

Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料

（１）　在宅患者緊急時等カンファレンス料とは、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組を~~に対して~~評価するものをいう~~である~~。

（２）　在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月２回を限度として~~に限り~~算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該指導を行った場合で~~あって~~も算定する~~できる~~が、当該カンファレンスを行った日以降速やかに指導を行う~~ものであること~~。

（３）　在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行

った日に算定することとし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料は併せて算定できない。

また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合~~に~~は、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行う~~こと~~。なお、当該指導とは、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する訪問診療とは異なる~~ものであ~~~~る~~が、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同~~一~~日に行う場合~~に~~は、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を併せて算定することは可能である~~こと~~。

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

（５） 在宅での療養を行っている患者の診療を担う歯科医師~~保険医~~は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載する~~こと~~。

（６） 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

第３部　検　査

通則

１　検査に用いた薬剤料は別に算定するできるが、投薬及び注射の手技料は別に算定できない。

２　検査料の項に掲げられていない検査のうち、スタディモデル及び簡単な検査の検査料は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表の区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

３　各区分における検査の実施に当たっては、その検査結果を診療録へ記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付すること。

４　第３部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例により算定する。

５　咀嚼機能検査については算定できない。

第１節　検査料

Ｄ０００　電気的根管長測定検査

電気的根管長測定検査とは、電気的抵抗を応用して根管長を測定するものをいいであり、１歯につき１回に限り を限度として所定点数を算定する。ただし、２以上の根管を有する歯にあっては、２根管目以上については１根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

Ｄ００１　細菌簡易培養検査

細菌簡易培養検査は、感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に、１歯１回につき算定する。なお、微生物学的検査判断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ００２　歯周病検査

（１）　歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、１口腔単位で実施するものである。また、２回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施するものである。歯周病検査の実施については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。

（２）　歯周基本検査及び歯周精密検査の費用は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯（歯内療法、根面被覆処置を行って積極的に保存した残根を除く。）は歯数に数えない。

（３）　歯周基本検査は、１点以上の歯周ポケット測定及び歯の動揺度検査を行った場合に算定する。

（４）　歯周精密検査は、４点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

（５）　混合歯列期歯周病検査は、混合歯列期の患者に対して、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態及び歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血の有無又は１点以

上の歯周ポケット測定のうちいずれか１つ以上の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療は、区分番号Ｉ０１１の１に掲げるスケーリングにより算定する。また、混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯牙年齢等により当該検査以外の歯周病検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行い、その算定に当たっては、本区分の規定による。

Ｄ００２－５　歯周病部分的再評価検査

（１）　歯周病部分的再評価検査（以下「部分的再評価」という。）とは、区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態の評価を目的として実施する検査であり、４点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無並びに必要に応じて歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

（２）　部分的再評価は、手術後~~に~~１回を限度として~~に限り~~算定する。

（３）　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療の算定期間中は算定できない。

（４）　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査と同日に行う部分的再評価は、歯周病検査に含まれ別に算定できない。

Ｄ００３－２　口腔内写真検査

（１）　「口腔内写真検査（１枚につき）」は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影~~については~~は、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）の「口腔内カラー写真」を参考とする~~こと~~。

~~（２）　口腔内カラー写真には、患者の氏名及び撮影した年月日を明記する。~~

（２~~３~~）　フィルム代等~~の費用~~は所定点数に含まれ別に算定できない。

（３~~４~~）　撮影した口腔内カラー写真を~~、~~診療録に添付する~~こと~~。

Ｄ００４　平行測定（１装置につき）

平行測定検査は、ブリッジの支台歯形成に当たり、実施した場合にそれぞれ１装置について１回~~に限り~~を限度として、次の区分に従い所定点数を算定する。

（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合

平行測定器を用いて支台歯間の平行関係の測定を行った場合~~に~~は、「１　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」の所定点数により算定する。

（２）　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合

支台歯間の平行関係につき、模型を製作しサベイヤー等で測定した場合~~に~~は、「２　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」の所定点数により算定する。なお、模型製作に要する費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

製作した模型~~については~~は、欠損補綴が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して３年を保存期間とする。ただし、製作した模型をサベイヤー等での測定結果、患者の氏名及び製作年月日が判別できる状態で写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合~~にあっては~~は、算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して３月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ００９　顎運動関連検査

（１）　顎運動関連検査とは、顎運動に関する一連の検査を評価したものをいい~~であり~~、下顎

運動路描記法（ＭＭＧ）、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法及びチェックバイト検査をいい、検査の種類及び回数にかかわらず、欠損補綴物１装置につき１回のみの算定とする。ただし、検査の種類・方法にかかわらず、１回の算定とすべき一連の顎運動関連検査の結果と同一の検査結果を活用して、複数の欠損補綴物を製作した場合~~にあっても~~も、１回の算定とする~~なる~~。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施する~~こと~~。

（２）　顎運動関連検査とは、当該検査を実施することにより支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上のブリッジ、多数歯欠損に対する有床義歯の適切な製作が可能となる場合又は少数歯欠損において顎運動に係る検査を実施することにより適切な欠損補綴が可能となる場合に行うものをいう~~である~~。

（３）　下顎運動路描記法とは、歯の欠損を有する患者に対して、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動路測定器を用いて、有床義歯製作時の下顎位を決定するために行うものをいう~~である~~。

（４）　ゴシックアーチ描記法とは、上顎に対する下顎の位置が不明確な患者に対して、咬合採得時の水平的顎位を決めるためにゴシックアーチトレーサーを用いて、口外法又は口内法で描記するものをいう~~である~~。

（５）　パントグラフ描記法とは、全調節性咬合器を使用する場合に下顎の前方運動と側方運動を水平面と矢状面において、それぞれ連続的な運動路として描記するものをいう~~である~~。

（６）　チェックバイト検査とは、下顎の偏心運動時の歯による下顎の誘導状態が不明確な患者に対して、顔弓（フェイスボウ）を使用して顎関節に対する上顎の位置関係を記録し、ワックス等の記録材を用いて咬頭嵌合位又は中心位の他に前方位及び側方位での上下顎関係を採得した上で、上下顎模型を付着した半調節性咬合器を使用して顆路傾斜度を測定するものをいう~~である~~。

第４部　画像診断

通則

１　片側性の顎関節症で健側を対照として撮影する場合は、医科における耳・肘・膝等の対称器官と同様に、診断料、撮影料とも健側の撮影についても患側と同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

２　歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則２」及び「通則３」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があって埋伏歯に対し偏心投影を行った場合やう蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。

３　全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものをいい、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数により算定する。この場合において、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。なお、デジタル撮影の場合であっても全顎撮影は10回から14回行うものとし、撮影回数にかかわらず所定点数により算定するが、フィルム料は別に算定できない。

４　全顎撮影に複数日を要した場合であっても、一連の全顎撮影として３と同様の方法により算定する。

５　デジタル撮影とは、ＣＣＤセンサー、ｃＭＯＳセンサー又はイメージングプレートを用いたデジタルラジオグラフによるものをいう。

６　歯科用３次元エックス線断層撮影とは、部位限定エックス線ＣＴ診断装置又はアーム型エックス線ＣＴ診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を３次元的に確認する撮影をいう。

７　「通則４」に規定する時間外緊急院内画像診断加算

（１）　保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、歯科医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定する。

（２）　画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお、時間外等の定義については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の時間外加算等における定義と同様である。

（３）　同一患者に同日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても１回を限度として算定する。

（４）　入院中の患者に当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。

（５）　時間外緊急院内画像診断加算は他の保険医療機関で撮影されたフィルム等を診断した場合は算定できない。

（６）　緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせることができないような重篤な場合をいう。

８　「通則５」に規定する電子画像管理加算

（１）　「通則５」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した

画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等で電子媒体に保存して管理した場合には、電子画像管理加算は算定できない。

（２）　電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に２種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の所定点数のみ算定する。

（３）　電子画像管理加算は、他の保険医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定できないものとする。

９　歯科画像診断管理加算１は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合において、提供報告された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算２は、歯科用３次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託したの場合は、これらの加算は算定できない（「通則８」又は「通則９」により算定する場合は除く。）。この場合において、提供報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

10　歯科画像診断管理加算を算定した月にあっては、医科点数表の第２章第４部通則に規定する画像診断管理加算は算定できない。

11　遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び歯科画像診断管理加算１又は歯科画像診断管理加算２（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定するできる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

12　遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算１は、受信側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算２は、送信側の保険医療機関において実施される歯科用３次元エックス線断層撮影について、受診側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。なお、受診側又は送信側の保険医療機関が受診側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

13～～12～～　画像診断のために使用した造影剤は、区分番号Ｅ３０１に掲げる造影剤料により算定する。

14～～13～～　エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

第１節　診断料

Ｅ０００　写真診断

（１）　歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。

（２）　歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。

（３）　単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。

（４）　パナグラフィー、スタタスエックス２による場合は、診断料は「１のロ　その他の場合」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１のロ　その他の場合」により算定する。

（５）　単純撮影の「１のロ　その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、２枚目までは所定点数により算定し、３枚目及び４枚目は「通則２」及び「通則３」により算定する。

（６）　顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、顎関節疾患（発育異常、外傷、炎症、腫瘍、顎関節強直症、代謝異常、顎関節症）について、パノラマエックス線フィルム（オルソパントモ型フィルム）を使用して、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で分割撮影を行った場合は、分割数にかかわらず、一連につき、診断料は「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」により算定する。

（７）　顎関節の機能診断（下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較観察する方法）を目的とする一連の規格エックス線撮影の診断料は、「２のロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「２のロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により算定する。

（８）　（７）の「規格エックス線撮影」は、特殊な顎関節規格撮影装置を用いて、主として各顎位（中心咬合位、安静咬合位、開口経過中の異音発生位、開口経過中の発痛位、最大開口位、後退位等）における顎関節を撮影し、異位相における関節窩と下顎頭との対応状況の変化をトレーシングペーパー上に描記したものを座標上に重ねて、下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較し経過の観察を行うものをいう。症状の変化を描記したトレーシングペーパーは診療録に添付する。

（９）　顎関節疾患について、パノラマエックス線フィルムを使用し、パノラマ断層による分割撮影を行った場合は、顎関節を構成する骨の形態及び解剖学的な相対位置、下顎窩に対する下顎頭の位置、下顎頭の移動量等の所見を診療録に記載する。

（10）　他の保険医療機関において撮影したフィルムについての診断料は、撮影方法別及び撮影部位別に１回~~に限り~~を限度として算定する。したがって、同一方法により同一部位に対して撮影したエックス線フィルムの診断~~について~~は、撮影した枚数にかかわらず１回を限度として~~に限り~~算定する。

（11）　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の「１　単純撮影」及び「４　造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、

２枚目以降の撮影に係る写真診断~~の費用については~~は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。

(12)　歯科用３次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該画像撮影の必要性が十分認められる次~~以下~~のいずれかを３次元的に確認する場合に算定する。

イ　埋伏智歯等、下顎管との位置関係

ロ　顎関節症等、顎関節の形態

ハ　顎裂等、顎骨の欠損形態

ニ　腫瘍等、病巣の広がり

ホ　その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等を確認する特段の必要性が認められる場合

(13)　歯科用３次元エックス線断層撮影に係る診断料は、実施した撮影の回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回の撮影を実施する日に算定する。

(14)　同~~一月~~内において、入院及び外来の両方で、歯科用３次元エックス線断層撮影を実施した場合においては、入院又は外来の別にかかわらず、月１回を限度として~~に限り~~算定する。

(15)　当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合~~に~~は、初診料を算定した日に限り、歯科用３次元エックス線断層撮影に係る診断料を算定する~~できる~~。

(16)　写真診断を行った場合は、診断に係る所見を診療録に記載する~~こと~~。

(17)　その他~~について~~は、医科点数表の第２章第４部第１節に掲げるエックス線診断料の例により算定する。

第２節　撮影料

Ｅ１００　歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

（１）　第１節診断料の区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の（１）から（８）までは、本区分についても同様である~~こと~~。

（２）　歯科用３次元エックス線断層撮影は、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（３）　「注４」に規定する「３　歯科用３次元エックス線断層撮影」における「造影剤を使用した場合」とは、腔内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。

（４）　造影剤を使用しない歯科用３次元エックス線断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（５）　造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

Ｅ１０１　造影剤注入手技

造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

第３節　基本的エックス線診断料

Ｅ２００　基本的エックス線診断料

医科点数表の区分番号Ｅ００４に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

第４節　フィルム及び造影剤料

Ｅ３００　フィルム

６歳未満の乳幼児に対して撮影を行う場合は、損耗量を考慮して材料価格に1.1を乗じて算定する。

＜画像診断の端数処理方法＞

（１） 小数点以下の端数がある場合は、第１節診断料と第２節撮影料及び第４節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

（例）同一部位に対し、同時にカビネ型２枚を使用して単純撮影（アナログ撮影）を行った場合

診断料　　85点　＋　85/2点　＝　127.5点　→　128点

撮影料　　65点　＋　65/2点　＝　97.5点　→　98点

カビネ２枚分のフィルム代　42~~1~~円×2/10＝　8.4~~2~~点　→　8点

請求点数　128点　＋　98点　＋　8点　＝　234点

（２） 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影（アナログ撮影）に限り、歯科用エックス線フィルム１枚を単位として第１節診断料、第２節撮影料及び第４節フィルム料を合算し、端数処理を行う。

（例） １枚の場合

20点（診断料）＋25点（撮影料）＋（28円/10）点（フィルム料）＝47.8点→48点

（例） ５枚の場合

48点（1枚当たりの請求点数）×5枚＝240点

第５部　投　薬

医科点数表の第２章第５部に掲げる投薬（区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料を除く。）の例により算定する。

第５節　処方せん料

Ｆ４００　処方せん料

（１）　同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

万一緊急やむを得ない事態が生じこのような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

（２）　（１）にいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方せんによる投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方せんにより投薬した場合をいう。

（３）　同一患者に対し処方せんを交付した同日に抜歯直後等の必要から屯服薬を投与する場合、当該処方料は処方せん料に含まれる。

（４）　その他~~ただし~~は、医科点数表の区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料（（７~~６~~）、（８~~７~~）を除く。）の例により算定する。

（５）　「注７」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

第６部　注　射

通則

１　第１節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第２節の薬剤料のみにより~~で~~算定する。

２　第６部に掲げる注射以外の注射~~の費用については~~は、医科点数表の第２章第６部に掲げる通則の例により算定する。

第１節　注射料

医科点数表の第２章第６部第１節に掲げる注射料（医科点数表の区分番号Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、医科点数表の区分番号Ｇ００５－４に掲げるカフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、医科点数表の区分番号Ｇ００７に掲げる腱鞘内注射、医科点数表の区分番号Ｇ００８に掲げる骨髄内注射、医科点数表の区分番号Ｇ００９に掲げる脳脊髄腔注射、医科点数表の区分番号Ｇ０１１に掲げる気管内注入、医科点数表の区分番号Ｇ０１２に掲げる結膜下注射、医科点数表の区分番号Ｇ０１２－２に掲げる自家血清の眼球注射、医科点数表の区分番号Ｇ０１３に掲げる角膜内注射、医科点数表の区分番号Ｇ０１４に掲げる球後注射、医科点数表の区分番号Ｇ０１５に掲げるテノン氏嚢内注射及び医科点数表の区分番号Ｇ０１６に掲げる硝子体内注射を除く。）の例により算定する。

第７部　リハビリテーション

通則

１　第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものである が、特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。

２　各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、特に定める場合を除き、すべ全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

３　顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、１回につき医科点数表の区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の「３　運動器リハビリテーション料㈢」の所定点数により算定する。なお、診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、治療内容等を記載する。

４　開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、医科点数表の区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の「２　運動器リハビリテーション料㈡」の所定点数により１日につき１回を限度としてに限り算定する。なお、診療録に開口障害の訓練の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訓練内容、使用器具名等を記載する。また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったときについても同様の取扱いとする。

５　第７部に掲げるリハビリテーション以外のリハビリテーションの費用については、医科点数表の第２章第７部リハビリテーションに掲げる通則２及び通則３の例により算定する。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

脳血管疾患等リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定できるものとする。

Ｈ００１　摂食機能療法

（１）　摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が１回につき30分以上訓練指導を行った場合に月４回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者に限っては、１日につき算定するできる。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。

（２）　摂食機能療法の実施に当たっては、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容の要点等を記載することこと。

（３）　医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定するできる。

（４）　「注２」に掲げる経口摂取回復促進加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

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

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

（６）　その他摂食機能療法の医科と共通の項目は、医科点数表の区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法の例により算定する。

Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１

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

（２）　「１のロ　困難な場合」とは、区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料の(３)に掲げる場合をいう。

（３）　区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「１　有床義歯の場合」により算定する。

（４）　区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して１年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製を行った場合は、「１　有床義歯の場合」を算定し、区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。

（５）　有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は「１　有床義歯の場合」を算定し、有床義歯の新製後に区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定する。

（６）　有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理又は区分番号Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）は別に算定する。この場合において、区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料又は「１　有床義歯の場合」のいずれかにより算定する。

（７）　区分番号Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて「１　有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、「１　有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。

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

（９）　「２　舌接触補助床の場合」は、区分番号Ｉ０１７に掲げる床副子の「４　摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）」を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復

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

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

Ｈ００１－３　歯科口腔リハビリテーション料２

（１）　顎関節症を有する患者であって、顎関節治療用装置製作のため、区分番号Ｉ０１７に掲げる床副子の「２　困難なもの」を算定した患者に対して、療養上の指導又は訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、当該装置の調整を行う場合にあっては、区分番号Ｉ０１７－２に掲げる床副子調整により算定する。

（２）　実施内容等の要点を診療録に記載する。

Ｈ００２　障害児（者）リハビリテーション料

障害児（者）リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定する~~できるものとする~~。

Ｈ００３　がん患者リハビリテーション料

（１）　がん患者リハビリテーション料とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していいるものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において算定するものをいい~~そあり~~、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

（２）　がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、歯科医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を１単位として、１日につき６単位~~に限り~~を限度として算定する。また、専任の歯科医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、言語聴覚士が実施した場合と同様に算定する~~できる~~。

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

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

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

ハ　当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者

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

（４）　がん患者リハビリテーションを行う際~~に~~は、歯科医師及び当該歯科医師と連携する医師の定期的な診察結果に基づき、歯科医師、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同して医科点数表の区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注に規定するリハビリテーション計画を作成していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい。

（５）　がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、医科点数表の区分番号Ｈ００８に掲げる集団コミュニケーション療法料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定~~できるものと~~する。

第８部　処置

通則

１　処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

２　通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計により~~そ~~算定する。

３　処置の費用としては、第１節に規定してある所定点数によるほか、所定点数が120点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除いて処置に使用した特定薬剤の費用についても算定する。したがって、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、120点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第１節の処置料と第２節の特定薬剤料とを合算して算定する。この場合において、当該~~の~~薬剤~~については~~は別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。

４　特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は１回に使用した総量の価格であって、注射液の１筒ごと等の特定単位~~に~~はこだわらない。

５　第１節に掲げられていない処置のうちラバーダム防湿法及び簡単な処置の費用は基本診療料に含まれ算定できないが、特殊な処置の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。

６　「通則５」による６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、第１節の所定点数の100分の50を加算する。

７　「通則５」又は「通則８」による著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算とは、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の~~障害に起因した~~行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものをいい~~であり~~、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

８　６歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

９　「通則６」の入院中の患者以外に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

10　「通則６」の入院中の患者に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

11~~９~~　「通則６」の所定点数が150点とは、各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合~~に~~は、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。

12~~10~~　120点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数中に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第10部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（頤孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。

なお、麻酔の部に規定してある区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔~~については~~は、120点以上の処置又~~若しくは~~は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ別に算定できない。

13~~11~~　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施される~~ものである~~が、消炎鎮痛、有

床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（「１　乳歯」、「２　前歯」及び「３　臼歯」に限る。）、区分番号Ｊ０１３に掲げる口腔内消炎手術（「２　歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

14~~12~~　区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｉ００７に掲げる根管貼薬処置、~~及び~~区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置の一連の歯内療法において、高周波療法、イオン導入法、根管拡大、根管形成、歯肉圧排、根管充填剤（材）の除去、隔壁、歯髄結石除去、根管開拡及び特定薬剤等~~の費用~~はそれぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

第１節　処置料

第１節の処置において~~は~~、区分番号Ｉ０００に掲げるう蝕処置から区分番号Ｉ０２１に掲げる根管内異物除去の処置のために行った区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔等~~の費用については~~は、「通則７」に該当しない場合に限り、術野又は病巣単位ごとに算定する。

Ｉ０００　う蝕処置

（１）　う蝕処置~~の費用~~は、１歯１回を単位として算定し、１回の処置歯数が２歯以上にわたる場合は、所定点数を歯数倍した点数により算定する。以下「１歯１回につき」等の規定のある場合の算定は、処置を行った歯数~~等~~を乗じて算定する。

（２）　「う蝕処置」は、次の処置をいう。

イ　う蝕歯~~の歯冠部~~に行った軟化象牙質の除去又は暫間充填

ロ　歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行った暫間充填

ハ　歯髄保護処置又は歯冠修復物の脱落時の再装着等を行うにあたって軟化象牙質等の除去又は燐酸セメント若しくはカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填

（３）　う蝕処置、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯即時充填形成及び区分番号Ｍ００１－３に掲げるう蝕歯インレー修復形成等において、軟化象牙質の検査を行った場合~~の費用~~は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　う蝕処置を算定する場合~~においては~~、算定部位ごとに~~、使用した保険医療材料名及び~~処置内容等を診療録に記載する~~こと~~。

Ｉ０００－２　咬合調整

（１）　歯周炎又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行った場合は、同一初診期間中、「１　１歯以上10歯未満」又は「２　10歯以上」のうち、いずれか１回を限度として~~は限り~~算定する。

（２）　過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科の保険医療機関において製作された金属歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、同一初診期間中、「１　１歯以上10歯未満」又は「２　10歯以上」のうち、いずれか１回に限度として~~限り~~算定する。

（３）　~~咬合緊密である患者の~~義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、同一初診期間中、「１　１歯以上10歯未満」又は「２　10歯以

上」のうち、いずれか１回を限度として~~に限り~~算定する。

（４）　歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯削合を除く。）を行ったとき~~場合~~は、同一初診期間中、「１　１歯以上10歯未満」又は「２　10歯以上」のうち、いずれか１回を限度として~~に限り~~算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は、診療録に~~、~~歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載する~~こと~~。

（５）　歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療又は~~及び~~抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、区分番号Ｉ００４に掲げる歯髄切断、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術等~~の所定点数~~に含まれ別に算定できない。

Ｉ０００－３　残根削合

~~抜歯禁忌症で~~新義歯製作又は義歯修理の必要上やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯~~に~~は適切に保存処置を行い、金属歯冠修復により根面を被覆した場合~~、~~及び歯科充填用材料Ｉにより根面を被覆した場合~~に~~は、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の(12)の例により~~、~~それぞれ算定する。

Ｉ００１　歯髄保護処置

（１）　歯髄保護処置とは、歯髄温存療法、直接歯髄保護処置及び間接歯髄保護処置をいう。

（２）　う窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄保護処置を行い暫間充填を行った場合は、う蝕処置と歯髄保護処置の所定点数をそれぞれ算定する。

ただし、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯即時充填形成、区分番号Ｍ００１－３に掲げるう蝕歯インレー修復形成又は区分番号Ｉ００４に掲げる歯髄切断を行った場合は、歯髄保護処置の点数は算定できない。

（３）　同一歯に２箇所以上、例えば近心と遠心とにう窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置を行った場合~~に~~は、同日又は日を異にして行った場合であっても、１歯１回を限度として~~に限り~~所定点数を算定する。

（４）　歯髄温存療法とは、臨床的に健康な歯髄又は可逆性歯髄炎であって、感染象牙質を全て除去すれば、露髄を招き抜髄に至る可能性のある深在性のう蝕を対象とし~~するものであり~~、感染象牙質を残し、そこに水酸化カルシウム製剤などを貼付し、感染部の治癒を図~~るものであ~~り、３月以上の期間を要するものをいう~~である~~。本区分は、３月以上の期間内に２回程度の薬剤の貼付を行うことを含め、当該処置に係る一連の行為を包括的に評価し~~するものであり~~、当該処置を行った最初の日に算定する~~ものとする~~。

（５）　歯髄温存療法を行った場合は、３月以上の経過観察期間を行った後に、歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点を診療録に記載する。

（６）　直接歯髄保護処置を行った場合は、１月以上の経過観察を行った後に歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点について診療録に記載する。

Ｉ００２　知覚過敏処置

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

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

Ｉ００２－２　乳幼児う蝕薬物塗布処置

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

Ｉ００３　初期う蝕早期充填処置

（１）　初期う蝕早期充填処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期う蝕に対して行った場合に算定する。この場合において、初期う蝕に罹患している小窩裂溝に対する清掃等を行った場合~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　初期う蝕早期充填処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ　単純なもの」の場合と同様とする。

Ｉ００４　歯髄切断

（１）　生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤、歯髄保護処置~~の費用~~は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１　生活歯歯冠形成」又は「３　窩洞形成」の各号により算定する。

（３）　同一歯について、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数に当該歯髄切断~~の費用~~は含まれ別に算定できない。

（４）　歯髄切断の後に抜髄となった場合は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

Ｉ００５　抜髄

（１）　抜髄は１歯につき１回を限度として~~に限り~~算定する。なお、麻酔、薬剤~~の費用~~は所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　抜髄~~の費用~~は、抜髄を行った歯について、抜髄が完了した日において算定する。この場合において、失活抜髄の貼薬及び薬剤~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　区分番号Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置の「１　歯髄温存療法」を行った場合は、３月以上の経過観察を行う~~ものである~~が、やむを得ず経過観察中に抜髄を実施した場合は、「注１」に掲げる所定点数により算定する。

（４）　区分番号Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置の「２　直接歯髄保護処置」を行った場合は、１月以上の経過観察を行う~~ものである~~が、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注２」に掲げる所定点数により算定する。

Ｉ００６　感染根管処置

（１）　抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的とした根管拡大等は、根管数にかかわらず１歯につき１回を限度として~~に限り~~、「１　単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管拡大等に併せて行った消炎のための根管貼薬~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔があり~~、~~封鎖を行った場合は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ　単純なもの」~~の所定点数~~と保険

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

（３）　感染根管処置は１歯につき１回を限度として~~に限り~~算定する。

Ｉ００７　根管貼薬処置

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

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

Ｉ００８　根管充填

（１）　根管充填は１歯につき１回を限度として~~に限り~~算定する。

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

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

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

Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）

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

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

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

Ｉ００９　外科後処置

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

を算定する。

（２）　外科後処置とは、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があってドレーン（区分番号Ｉ００９－３に掲げる歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。）~~区分番号Ｊ０４７に掲げる腐骨除去手術の「２　顎骨に及ぶもの」、区分番号Ｊ０１０に掲げる顎堤形成術、区分番号Ｊ０４３に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号Ｊ００３に掲げる歯根嚢胞摘出手術の「２　拇指頭大のもの」、「３　鶏卵大のもの」、区分番号Ｊ０７２に掲げる下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン（区分番号Ｉ００９－３に掲げる歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。）~~を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置~~については~~は、基本診療料に含まれる。

（３）　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合の~~における~~後出血処置~~の費用~~は、創傷の大小に関係なく、６歳以上の場合は区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の「４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）」により、６歳未満の場合は区分番号Ｊ０８４－２に掲げる小児創傷処理（６歳未満）の「６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）」により、それぞれ算定する。なお、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理又は区分番号Ｊ０８４－２に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置~~の費用~~はそれぞれの所定点数に含まれる。

Ｉ００９－２　創傷処置

医科点数表の区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置の例により算定する。

Ｉ００９－３　歯科ドレーン法（ドレナージ）

（１）　蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的（能動的）な吸引を行った場合は~~に~~、１日につき~~所定点数により~~算定し、その他の場合~~については~~は、区分番号Ｉ００９に掲げる外科後処置により算定する。

（２）　ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

（３）　ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置により手術後の患者に対するものとして算定する。

Ｉ００９－４　上顎洞洗浄

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

Ｉ００９－５　口腔内分泌物吸引

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

Ｉ０１０　歯周疾患処置

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

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

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

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

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

（３）　歯周疾患処置を算定した月は、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置を別に算定できない。

Ｉ０１１　歯周基本治療

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

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

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

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

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

（６）　区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術と同時に行われた歯周基本治療~~の費用~~は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

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

Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療

（１）　歯周病安定期治療は、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に１口腔につき月１回を限度として~~に限り~~算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの

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

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

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

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

イ　歯周外科手術を実施した場合

ロ　全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ　全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ニ　侵襲性歯周炎の場合

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

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

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

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

Ｉ０１１－３　歯周基本治療処置

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

Ｉ０１４　暫間固定

（１）　暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）又は~~及び~~エナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。

（２）　「１　簡単なもの」とは、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯未満の暫間固定をいう。なお、同日又は他日にかかわらず１顎に２箇所以上行っても１回の算定とするが、当該処置を行った日から起算して６月を経過して必要があって当該処置を再度行う場合は、１顎につき１回を限度として算定する。。

（３）　「２　困難なもの」とは、歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上の暫間固定をいう。なお、歯周外科手術に伴う４歯未満の暫間固定~~の費用~~は、区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　「３　著しく困難なもの」とは、連続鉤固定法及びレジン床固定法による暫間固定のことをいう。

（５）　暫間固定に際して印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、副子と同様に算定する。

（６）　暫間固定の固定源が有床義歯である場合は、「１　簡単なもの」~~の所定点数~~及び有床義歯~~の費用~~を合算して算定する。

（７）　歯周基本治療の際に暫間固定を行い、その後に歯周病検査を実施し、その結果、歯周外科手術を行った場合に、当該手術後に暫間固定を行った場合は、固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上のものに限り「２　困難なもの」の所定点数を算定する。

（８）　外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合は、「２　困難なもの」により算定する。

（９）　区分番号Ｊ００４に掲げる歯根端切除術の（５）による場合又は区分番号Ｊ００４－２に掲げる歯の再植術を行った場合に~~そあって~~、脱臼歯を暫間固定したとき~~場合に~~は、「２　困難なもの」により算定する。

（10）　両側下顎乳中切歯のみ萌出している患者であって、外傷により１歯のみ脱臼している場合は~~そあって~~、元の位置に整復固定した場合は「２　困難なもの」により算定する。なお、双方の歯が脱臼している場合の~~に双方の歯を~~整復固定~~すること~~は、歯科医学上認められない。

（11）　区分番号Ｊ００４－３に掲げる歯の移植手術に際して暫間固定を行った場合は、１歯につき「２　困難なもの」により算定する。

（12）　暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「３　副子」を、咬合採得を行った場合は、１装置につき装置の範囲に相当する歯数が８歯以下のとき~~場合~~は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（１）　少数歯欠損」を、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上のときは区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２）　多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（３）　総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「３　副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、Ｍ００５に掲げる装着~~の費用~~及び装着材料料は別に算定できない。

Ｉ０１４－２　暫間固定装置修理

（１）　暫間固定装置修理は、レジン床固定法及びレジン連続冠固定法による暫間固定装置の修理を行った場合に算定する。

（２）　レジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、１装置につき「１　簡単なもの」により算定する。

（３）　レジン床固定法に用いた暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、１装置につき「２　困難なもの」により算定する。

Ｉ０１６　線副子

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

Ｉ０１７　床副子

（１）　「１　簡単なもの」とは、次のものをいう。

イ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ロ　出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

ハ　手術にあたり製作したサージカルガイドプレート

（２）　「２　困難なもの」とは、次のものをいう。

イ　斜面板

ロ　咬合挙上副子（顎関節症に対するスプリントを含む。）

ハ　乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース

ニ　固定用金属線による囲繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の高齢者や乳歯列を有する幼児などの顎骨骨髄炎において、腐骨摘出後欠損創に歯に結紮固定する副子の応用ができない場合に限る。）

ホ　歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のものを除く。）

ヘ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除き、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の様式~~算定~~に基づく場合に限る。）

（３）　「３　著しく困難なもの」~~又は摂食機能の改善を目的とするもの」における「著しく困難なもの」~~とは、次のものをいう。

イ　咬合床副子

ロ　歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの。）

ハ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料に係る診療情報提供に基づく場合に限る。）

（４）　「（２）のヘ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除く。）」及び「（３）のハ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式）」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定する~~できる~~。

（５）　咬合床副子、滑面板を顎間固定装置として用いた場合は、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得及び区分番号Ｍ００５に掲げる装着~~の費用~~は１顎を単位として別に算定する~~できる~~。

（６）　斜面板を製作する際の咬合採得は、斜面板の範囲に相当する歯数により区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロ　有床義歯」により算定する。

（７）　咬合挙上副子の装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は１装置１回につき区分番号Ｉ０１７－２に掲げる床副子調整の「２　咬合挙上副子の場合」により算定する。ただし、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得~~の費用~~は算定できない。

（８）　歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバトール式のもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの（２）　困難なもの」を、咬合採得を行った場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２）　多数歯欠損」を、装着を行った場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの（１）　印象採得が困難なもの」により算定する。

（９）　歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの以外のもの）を製作するにあたり、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得~~の費用~~は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの（１）　簡単なもの」により、装着を行った場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの（１）　印象採得が困難なもの」により算定する。

（10）　区分番号Ｉ０１７に掲げる床副子の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求~~について~~は、第12部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

（11）　睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の様式~~算定~~に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」を、咬合採得は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（３）　総義歯」を、装着を行った場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの（２）　印象採得が著しく困難なもの」により算定する。なお~~ただし~~、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関~~にあっては~~は、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に~~限り~~算定する~~できる~~。

　口腔内装置の装着時又は装着後１月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、１口腔につき区分番号Ｉ０１７－２に掲げる床副子調整の「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付する~~こと~~。なお、医科歯科併設の病院である保険医療機関において~~は~~算定した場合~~については~~は、院内紹介を受けた担当科名が記載された情報提供に係る文書を診療録に添付する~~こと~~。

（12）　「４~~３　著しく困難なもの又は~~摂食機能の改善を目的とするもの」~~における「摂食機能の改善を目的とするもの」~~とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「ロ　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。

（13）　舌接触補助床の製作にあたり印象採得を行った場合は~~、~~１装置につき区分番号Ｍ００

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

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

Ｉ０１７－２　床副子調整

（１）　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、~~装着後１月以内に~~咬合床~~又は補助床~~の調整（装着時又は装着後１月以内に限る。）を行った場合は、１口腔につき１回を限度として~~に限り~~「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の場合」により算定する。

（２）　咬合挙上副子を装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は１口腔１回につき「２　咬合挙上副子の場合」により算定する。なお、咬合挙上副子の調整~~の費用~~は、月１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。

（３）　「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床~~又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床~~の場合」及び「２　咬合挙上副子の場合」において調整を行った場合~~に~~は、診療録に調整部位、~~調整~~方法等を記載する~~こと~~。

Ｉ０１７－３　顎外固定

（１）　「１　簡単なもの」とは、おとがい帽を用いて顎外固定を行った場合をいう。

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

Ｉ０１８　歯周治療用装置

（１）　歯周治療用装置とは、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的とするために装着する冠形態又は床義歯形態の装置をいう。

~~（２）　「注１」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の「３　歯肉切除手術」、「４　歯肉剥離掻爬手術」又は「５　歯周組織再生誘導手術」の要否を診断するために行われる区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「２　歯周精密検査」をいう。~~

（２~~３~~）　冠形態のものを連結してブリッジタイプの装置を製作した場合は、ポンティック部分は１歯につき「１　冠形態のもの」の所定点数により算定する。

（３~~４~~）　歯周治療用装置~~の所定点数には~~、印象採得、咬合採得、装着、調整指導、修理等の基本的な技術料及び床義歯型の床材料料等の基本的な保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分、すなわち人工歯、鉤及びバー等~~の費用については~~は別途算定する~~できる~~。

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

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

Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去

（１）　歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去~~の費用~~を算定する~~できる~~歯冠修復物又は補綴物は、歯冠継続歯及び区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造、区分番号Ｍ００９に掲げる~~第12部に掲げる~~充填、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１４に掲げるジャケット冠、区分番号Ｍ０１５に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、区分番号Ｍ０１６に掲げる乳歯金属冠、区分番号Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置~~支台築造~~であり、仮封セメント、ストッピング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一歯について２個以上の歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。

（２）　ポンティック及び歯冠継続歯破損の場合において、その一部の人工歯を撤去することにより修理可能な場合又は有床義歯の鉤を除去し調整を行うことにより義歯調整の目的が達成される場合に限り、所定点数を算定する~~できる~~。

（３）　燐酸セメントの除去料は算定できない。

（４）　鉤歯の抜歯又は~~後あるいは~~鉤の破損等のため~~に~~不適合となった鉤を連結部から切断した場合~~に~~は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、~~としても~~除去料を算定する。

（５）　「２　困難なもの」の「困難なもの」とは、全部金属冠、当該歯が急性の歯髄炎又は根尖性歯周炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な金属歯冠修復物の除去をいう。

（６）　「２　困難なもの」により算定するものは、（５）の他、次のものをいう。

イ　固定用金属ピンの撤去（１本につき）

ロ　滑面板の撤去

ハ　整復装置の撤去（３分の１顎につき）

ニ　ポンティックのみの除去（切断部位１箇所につき）

ホ　歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断

ヘ　歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合

ト　スクリューポストの除去（１本につき）

（７）　「３　根管内ポストを有する鋳造体の除去」の「根管内ポストを有する鋳造体」とは、歯根の長さの３分の１以上のポストにより根管内に維持を求めるために製作された鋳造体をいう。

（８）　根管内ポストを有する鋳造体の歯冠部が破折し、ポストのみを根管内に残留する状態にある鋳造体の除去についても、本区分の所定点数により算定する。

Ｉ０２１　根管内異物除去

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

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

Ｉ０２２　有床義歯床下粘膜調整処置（１顎１回につき）

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、１顎１回につき算定する。なお、~~当該点数を算定~~有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に区分番号Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料~~もている期間においては、区分番号Ｂ０１３に掲げる義歯管理料及びＢ０１３－２に掲げる有床義歯調整管理料~~は算定できない~~もない~~。

Ｉ０２３　心身医学療法

（１）　「心身医学療法」とは、心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの診療情報提供料の様式~~算定~~に基づく歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療の依頼（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書に基づく紹介）を受けて、確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して治療計画を策定し、当該治療計画に基づき身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る自律訓練法等をいう。

（２）　心身医学療法は、当該療法に習熟した歯科医師によって確定診断が可能な医科の保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。

（３）　初診時~~に~~は診療時間が30分を超えた場合に限り算定する~~できる~~。この場合において、診療時間とは、歯科医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

（４）　心身医学療法を行った場合は、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの診療情報提供料に基づく文書（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書）を添付するとともに、治療の方法、内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録に記載する。

（５）　入院の日及び入院の期間の取扱い~~については~~は、入院基本料の取扱いの例による。

（６）　入院精神療法、通院・在宅精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者について~~は~~、心身医学療法は算定できない。

Ｉ０２４　鼻腔栄養（１日につき）

医科点数表の区分番号Ｊ１２０に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

Ｉ０２５　酸素吸入（１日につき）

医科点数表の区分番号Ｊ０２４に掲げる酸素吸入の例により算定する。

Ｉ０２６　高気圧酸素治療（１日につき）

（１）　高気圧酸素治療は、次の疾患に対して行う場合に限り、１日につき所定点数を算定する。

イ　放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍

ロ　難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

ハ　皮膚移植又は皮弁移植

ニ　口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎又は放射線壊死

（２）　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものについては、１日につき区分番号Ｉ０２５に掲げる酸素吸入により算定する。

（３）　高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考とするすべきものである。

（４）　高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（５）　高気圧酸素治療に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

Ｉ０２７　人工呼吸

（１）　高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（２）　人工呼吸と医科点数表の区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号Ｄ２２３に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号Ｄ２２５－２に掲げる非観血的連続血圧測定を同日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

（３）　人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

Ｉ０２９　周術期専門的口腔衛生処置

（１）　周術期専門的口腔衛生処置とは、「注１」に規定する入院患者に対して、周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

（２）　周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師は、周術期専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士の氏名に指示した内容を診療録に記載すること。なおまた、当該処置を行った歯科衛生士は、歯科衛生士業務に関する記録簿に当該処置内容を作成記録することを。

（３）　機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期専門的口腔衛生処置を実施した場合は、別に算定するできる。

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置

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

た、機械的歯面清掃処置を算定する日の属する月の翌月及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。~~なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載すること。~~

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

Ｉ０３１ フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

（１） 「注１」に規定するう蝕多発傾向者とは、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の(12)に掲げる判定基準を満たすものをいう。なお、同区分の(13)についても準用する。

（２） フッ化物歯面塗布処置は、次の取扱いとする。

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

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

ハ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

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

第２節 処置医療機器等加算

Ｉ０８２ 酸素加算

医科点数表の区分番号Ｊ２０１に掲げる酸素加算の例により算定する。

第３節 特定薬剤料

Ｉ１００ 特定薬剤

（１） １回の処置に特定薬剤を２種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について１点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。

（２） 特定薬剤を使用した場合であっても、１回の処置又は手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円（４点）以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。

（３） (１)及び(２)でいう１回の処置とは、処置の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を１回とする。

（４） テトラ・コーチゾン軟膏及びヂヒドリン軟膏の使用量は、テラ・コートリル軟膏の場合と同様とする。

（５） プレステロン軟膏及びテラ・コートリル軟膏を抜歯窩に使用することは、軟膏の基剤が吸収されずに異物として残り治癒機転を妨げるので、歯科医学的に妥当ではない。

（６） 薬価基準第４部歯科用薬剤、外用薬(１)に収載されている薬剤のうち、軟組織疾患に使用する薬剤を外用薬として投与することは、歯科医師が自ら貼薬しなければ薬効が期待できない場合を除き認められる。

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

第４節　特定保険薬剤料

Ｉ２００　特定保険医療材料料

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

第９部　手　術

通則

１　「通則１」、「通則２」及び「通則３」は、手術料算定の内容~~に~~は次の３通りあることを示しており、輸血料~~について~~は、~~、~~手術料の算定がなくとも単独で算定する~~できる~~。

（１）　手術料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

（２）　手術料＋輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

（３）　輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

２　手術料の所定点数とは手術料の項に掲げられた点数及び注加算の合計点数をいい、通則の加算点数は含まない。

３　通則の加算方法は手術料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計により~~で~~算定する。

４　手術当日に行われる手術（自己血輸血を除く。）に伴う処置（ギプスを除く。）、検査における診断穿刺・検体採取及び注射の手技料は、特に規定する場合を除き、術前、術後を問わず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。ここでいう「診断穿刺・検体採取」とは、医科点数表の第３部第４節に掲げる診断穿刺・検体採取料に係るものをいう~~である~~。

５　手術に当たって通常使用される保険医療材料（包帯、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏）、外皮用殺菌剤、患者の衣類~~の費用~~及び１回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤~~の費用~~は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び１回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合（特定薬剤（区分番号Ｊ３００に掲げる特定薬剤の（４）に掲げる場合は除く。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤~~の費用~~を算定する~~できる~~。

６　「通則３」は、第１節に掲げられていない特殊な手術であって、同節に掲げられている手術のうち、最も近似する手術の所定点数により算定することが妥当であるもの~~について~~は、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。なお、歯肉息肉除去手術及び簡単な手術~~の費用~~は基本診療料に含まれ算定できない。

７　「通則５」による６歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算及び「通則６」による極低出生体重児、新生児又は３歳未満の乳幼児に対する加算は、第１節の手術料の所定点数のみに対する加算である。

８　「通則５」又は「通則14」における著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算とは、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の~~障害に起因した~~行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものをいい~~である~~、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。

９　「通則５」の~~において~~加算において６歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

10　「通則５」、「通則６」及び「通則９」の適用範囲は、第１節の手術料に定める手術のみであって、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤料及び特定保険医療材料料に対しては適用されない。

11　この部における「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

12　「通則８」の加算は、ＨＩＶ－１抗体価（ウエスタンブロット法）若しくはＨＩＶ－２抗体価（ウエスタンブロット法）によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸同定検査によってＨＩＶ－１核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に１回を限度として~~に限り~~算定する。ただし、同~~一~~日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

13　「通則９」の入院中の患者以外に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

14　「通則９」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

15　「通則９」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則９」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」~~について~~は、「通則５」の加算の取扱いと同様である。

16　緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に１日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術の~~を行った~~場合~~において~~は時間外等の加算は算定できない~~認められない~~。

17　「通則９」の~~という~~「所定点数が150点」とは、各区分に規定してある所定点数が150点のものをいう~~という趣旨である~~。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合~~に~~は、個々の所定点数~~が150点に達しなくとも、それら~~の合計~~合算点数~~が150点以上のときは加算する~~が認められる~~。

18　歯科領域における緊急疾病の場合（時間外）、例えば外傷時における手術で２本以上の歯を抜歯する場合であって、全体として一体と考えられる手術を行う場合~~において~~は、個々~~それぞれ~~の抜歯の所定点数~~が150点に達しなくても、各抜歯の所定点数~~の合計~~合算点数~~が150点以上のときは、「通則９」の加算が認められる。

19　手術~~を~~開始~~した~~後、患者~~の病状~~の急変等やむを得ない事情により手術を中止~~中途で中絶~~せざるを得なかった場合~~において~~は、当該中止~~中絶~~までに施行した実態に最も近似する手術項目~~の所定点数~~により算定する。

20　「通則10」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に１回を限度として~~に限り~~算定する。ただし、同~~一~~日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

イ　感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準において、~~より~~医師による~~り~~届~~け~~出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

ロ　ＨＢｓ又はＨＢｅ抗原によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

ハ　ＨＣＶ抗体価（定性、定量）によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

ニ　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

21　「通則12」でいう「特に規定する場合」とは、各区分における手術名の末尾に両側と記入し

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

22　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施する~~されるものである~~が、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、~~当該~~患者に行った区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（「１　乳歯」、「２　前歯」及び「３　臼歯」に限る。）、区分番号Ｊ０１３に掲げる口腔内消炎手術（「２　歯肉膿瘍等」に限る。）及び~~、~~区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理は、~~については所定点数に~~所定点数の100分の50を所定点数に加算する。

23　「通則13」の神経移植術とは、区分番号Ｊ１０１に掲げる神経移植術をいう。

24　「通則13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術から区分番号Ｊ００４－３に掲げる歯の移植手術までを単独で行う場合~~については~~は、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定~~を行うものと~~する。

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

26~~5~~　同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する~~こと~~。

27~~6~~　区分番号Ｊ０８４からＪ０８７まで、Ｊ０８８、Ｊ０９８、Ｊ０９９及びＪ１００に掲げる手術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術~~の所定点数~~により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の~~当該~~手術とを同時に行った場合はこの限りで~~は~~ない。

28~~7~~　第９部に規定する以外の項目~~については~~は、医科点数表の第２章第10部に掲げる手術の例により算定する。

第１節　手術料

Ｊ０００　抜歯手術

（１）　抜歯~~の費用~~は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

（２）　歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「１　簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合~~に~~は、区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

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

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

（５）　「４　難抜歯」又は「５　埋伏歯」において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合~~における費用~~は、それぞれ~~難抜歯~~の所定点数により算定する。

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

（７） 埋伏智歯の隣接歯を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯が難抜歯であるときは当該隣接歯について、難抜歯の所定点数により算定する。

（８） 抜歯の際、局所麻酔と併せて使用した抗生物質製剤の注射~~について~~は、第６部注射~~の費用~~の算定方法により算定する。この場合において、~~の~~局所麻酔~~の費用~~は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、~~脳貧血等の~~患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。

Ｊ０００－２　歯根分割掻爬術

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

Ｊ０００－３　上顎洞陥入歯除去術

（１） 「１　抜歯窩から行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、抜歯窩より行った場合に算定する。

（２） 「２　犬歯窩開さくにより行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、犬歯窩を開さくして行った場合に算定する。

（３） 当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ００１　ヘミセクション（分割抜歯）

（１） 複根歯において必要があって保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合~~の費用~~は、所定点数により算定する。

（２） ヘミセクション（分割抜歯）と同時に歯肉を剥離して~~、~~歯槽骨整形手術等を行った場合~~の費用~~は、ヘミセクション（分割抜歯）の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ００２　抜歯窩再掻爬手術

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

Ｊ００３　歯根嚢胞摘出手術

（１） 歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは、当該歯根嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。

（２） 歯根嚢胞摘出手術と歯槽骨整形手術を同時に行った場合は、当該歯槽骨整形手術~~の費用~~は~~、~~歯根嚢胞摘出手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ００４　歯根端切除手術（１歯につき）

（１） 歯根端切除手術と同時に行った根管充填~~について~~は別に算定する~~できる~~。

（２） 歯根端切除手術を行うに際して、歯根端切除部の根管の閉鎖を行った場合~~の費用~~は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 次の手術は算定できない~~認められない~~。

イ　乳歯に対する歯根端切除手術

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

ハ　歯根端掻爬手術

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

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

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

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

Ｊ００４－２　歯の再植術

（１）　外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。

（２）　歯の再植術と併せて、同時に行った根管治療~~抜髄及び根管充填~~に係る費用は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填及び区分番号Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置~~の所定点数~~に限り別に算定する~~できる~~。

（３）　外傷による幼若永久前歯の脱臼時に歯の再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合~~には~~、歯内療法に係る費用は別に算定する~~できる~~。

（４）　診療録に手術内容の要点を記載する~~こと~~。

Ｊ００４－３　歯の移植手術

（１）　保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から~~抜歯と同時に~~抜去した埋伏歯又は智歯を~~抜歯と同時に~~移植した場合に限り算定する。

（２）　歯の移植手術と一連で行った根管治療~~抜髄及び根管充填~~に係る費用は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、Ｉ００７に掲げる根管貼薬処置、~~及び~~区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填及び区分番号Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置~~の所定点数~~に限り別に算定する~~できる~~。

（３）　診療録に手術内容の要点を記載する~~こと~~。

Ｊ００６　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

（１）　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術~~の費用~~は、１歯に相当する範囲を単位として~~所定点数による~~算定する。

（２）　感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔がある場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離により~~を行って~~実施したとき~~場合~~は、本区分~~の所定点数~~及び保険医療材料料を算定する。

Ｊ００７　顎骨切断端形成術

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

整形手術を行った場合に算定する。

Ｊ００８　歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む）

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

Ｊ００９　浮動歯肉切除術

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

Ｊ０１０　顎堤形成術

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

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

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

（４）　口腔外から骨片を採取して骨移植術を行った場合は、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数を併せて算定する。なお、骨片切採術の手技料は区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数に含まれ、骨移植に用いる骨片をその必要があって２箇所~~か所~~（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該骨の採取術に係る手技料は算定できない。

（５）　顎堤形成術~~の所定点数に~~は、手術のために使用する床の製作~~に要する費用~~を含む~~ものである~~が、義歯を製作~~作成~~して手術のために使用した場合は別に区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯~~の所定点数~~を算定する。

Ｊ０１１　上顎結節形成術

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

Ｊ０１２　おとがい神経移動術

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

Ｊ０１３　口腔内消炎手術

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

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

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

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

Ｊ０１５　口腔底腫瘍摘出術

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

Ｊ０１５－２　口腔底迷入下顎智歯除去術

（１）　〓口腔底迷入下顎智歯除去術〓は、当該保険医療機関の~~において行った~~治療に基づかない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術を行った場合に算定する。

（２）　当該保険医療機関の~~において行った~~治療に基づく場合は、Ｊ０００に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ〓別に算定できない。

Ｊ０１６　口腔底悪性腫瘍手術

（１）　口腔底悪性腫瘍手術その他の悪性腫瘍手術の加算の対象となる頚部郭清術（ネックディセクション）とは、単なる病変部のリンパ節の清掃ではなく、片側又は両側の頚部領域組織の徹底的な清掃を行う場合をいう。

（２）　他の手術に併せて行った頚部リンパ節の単なる郭清の加算は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、単独に行った場合は、医科点数表の区分番号Ｋ６２７に掲げるリンパ節群郭清術の「２　頸部（深在性）」により算定する。

Ｊ０１７　舌腫瘍摘出術

〓舌腫瘍摘出術〓とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０１９　口蓋腫瘍摘出術

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

Ｊ０２２　顎・口蓋裂形成手術

顎・口蓋裂形成手術の２次手術において、腸骨海綿骨移植を行った場合は、「３　顎裂を伴うもの」~~の所定点数~~に併せて、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）~~の所定点数~~により算定する。

Ｊ０２４－３　軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｊ０２７　頬、口唇、舌小帯形成術

（１）　頬、口唇、舌小帯形成術は、次の場合に算定する。

イ　頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合

ロ　頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合

ハ　小帯等を切除して開窓術を行った場合

ニ　ピエール・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合

（２）　（１）に掲げる手術を、２分の１顎の範囲内における複数の頬小帯に対して行った場合は、２箇所以上であっても１箇所として~~主たる手術の所定点数のみにより~~算定する。

Ｊ０３０　口唇腫瘍摘出術

〓口唇腫瘍摘出術〓とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０３３　頬腫瘍摘出術

（１）　頬腫瘍摘出術とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

（２）　下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔外より摘出を行った場合は、本区分により算定する。

Ｊ０３４　頬粘膜腫瘍摘出術

頬粘膜腫瘍摘出術とは、頬粘膜に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０３７　上顎洞口腔瘻閉鎖術

（１）　「２　困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。

（２）　上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術~~について~~は、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「２　困難なもの」の所定点数により算定する。

（３）　「３　著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の製作・移動術及び口腔粘膜移植術~~の費用~~は「３　著しく困難なもの」の所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　「３　著しく困難なもの」について植皮術を併せて行った場合は区分番号Ｊ０８９に掲げる分層植皮術、Ｊ０８９－２に掲げる全層植皮術又は区分番号Ｊ０９０に掲げる皮膚移植術（生体・培養）の所定点数を合算して算定する。

（５）　「３　著しく困難なもの」について、口腔粘膜弁及び口腔粘膜移植以外の区分番号Ｊ０９１に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術から区分番号Ｊ０９７に掲げる粘膜移植術までの手術を併せて行った場合は主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50を加算して算定する。

（６）　腫瘍摘出等により上顎洞又は鼻腔に比較的大きな穿孔を生じた場合の閉鎖術は「３　著しく困難なもの」により算定する。

（７）　埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、後日二次的に創腔の閉鎖を行った場合は、「１　簡単なもの」により算定する。

Ｊ０４１　下顎骨離断術

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

Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術

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

Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

（１）　顎骨腫瘍摘出術とは、顎骨内に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。

（２）　萌出困難な歯に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合は、「１　長径３センチメートル未満」により算定する。

Ｊ０４５　口蓋隆起形成術

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

Ｊ０４６　下顎隆起形成術

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

Ｊ０４７　腐骨除去手術

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

算定する。

Ｊ０４８　口腔外消炎手術

（１）　口腔外消炎手術における長さ（２センチメートル未満等）とは、膿瘍、蜂窩織炎等の大きさをいい、切開を加えた長さではない。

（２）　重症な顎炎等に対して複数の切開により、口腔外からの消炎手術を行った場合は、「２のイ　３分の１顎以上の範囲のもの」により算定する。

（３）　広範囲で極めて重症な顎炎等に対して、中・下頸部又は鎖骨上窩等を切開し、口腔外から消炎手術を行った場合は、「２のロ　全顎にわたるもの」により算定する。

Ｊ０５３　唾石摘出術

（１）　「１」表在性のものとは、導管開口部分付近に位置する唾石をいう。

（２）　「２」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

（３）　外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものについては、「３」腺体内に存在するものにより算定する。

（４）　所期の目的を達成するために複数回実施した場合も一連として算定する。

Ｊ０５９　耳下腺腫瘍摘出術

耳下腺腫瘍摘出術とは、耳下腺に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０６３　歯周外科手術（１歯につき）

（１）　歯周外科手術とは、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「２　歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術及び歯周組織再生誘導手術をいう。なお、歯周外科手術の実施にあたっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。

（２）　歯周外科手術と同時に行われる区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　歯周外科手術における縫合又はパックの費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

（４）　「注４」の「簡単な暫間固定」とは、固定源となる歯を歯数に含めない４歯未満の暫間固定をいう。

（５）　歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上の暫間固定の費用は、歯周外科手術とは別に区分番号Ｉ０１４に掲げる暫間固定の「２　困難なもの」の所定点数により算定する。

（６）　暫間固定に当たって印象採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「３　副子」を、咬合採得を行った場合は、１装置につき、装置の範囲に相当する歯数が８歯以下の場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（１）少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２）　多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（３）　総義歯」の所定点数を、装着を行った場合には１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「３　副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定するできる。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。

（７）　歯肉剥離掻爬手術と併せて、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を

含む。）を行った場合は、歯肉剥離掻爬手術及び区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）のそれぞれの所定点数を併せて算定する。

（８）　「５　歯周組織再生誘導手術」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「２　歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき、根分岐部病変又は垂直性骨欠損を有する歯に対して、吸収性膜又は非吸収性膜の固定を行った場合に、「イ　１次手術」の所定点数により算定する。また、「イ　１次手術」において、非吸収性膜を使用した場合であって、一定期間の経過観察後、非吸収性膜を除去した場合においては、「ロ　２次手術」の所定点数により算定する。なお、歯周組織再生材料料は、別に算定する。

（９）　「５　歯周組織再生誘導手術」を実施した場合は、エックス線撮影等により得られた術前の対象歯の根分岐部病変又は垂直性骨欠損の状態、手術部位及び手術内容の要点を診療録に記載する。

（10）　「５　歯周組織再生誘導手術」を算定した場合は、「４　歯肉剥離掻爬手術」は別に算定できない。

（11）　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数の100分の30により算定する。

（12）　「注５」に規定する加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。

Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む）

（１）　「１のイ　簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

（２）　「１のロ　困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

（３）　「２　同種骨移植」とは、同種骨移植をいい、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。

（４）　骨移植術を行った場合は、他の手術とのに骨移植術の所定点数を併せて算定するできる。なお、骨移植術の所定点数には、骨片切採術の手技料がは含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があって２箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該採取に係かかる手技料は別に算定できない。

（５）　移植術は、採取した骨片を複数箇所に移植した場合も、１回の算定とする。

（６）　「１　自家骨移植」の「ロ　困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、本区分を算定せず、区分番号Ｊ０６３－３に掲げる骨（軟骨）組織採取術を算定する。

（７）　自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「１のロ　困難なもの」により算定する。

（８）　同種骨移植を行うにあたっては、日本整形外科学会の作成した「整形外科移植に関するガイドライン」及び「冷凍ボーンバンクマニュアル」等のガイドラインを参考とし、適切に行われることが望ましい。

Ｊ０６３－３　骨（軟骨）組織採取術

区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術の「１のロ　困難なもの」の実施にあたり、骨片採取のみに終わり骨移植に至らなかった場合に限り算定する。

Ｊ０６４　歯肉歯槽粘膜形成手術

（１）　歯肉歯槽粘膜形成手術~~と~~は、歯周疾患の治療において、必要があって各号に掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「１　歯肉弁根尖側移動術」から「３　歯肉弁側方移動術」までは１歯単位により~~も~~算定し、「４　遊離歯肉移植術」及び「５　口腔前庭拡張術」は手術単位により~~も~~算定する~~ものとする~~。

（２）　「１　歯肉弁根尖側移動術」~~と~~は、付着歯肉の幅が狭く付着歯肉の幅の増加を目的として行った~~い~~場合~~、~~又は歯周病で深いポケットが~~存在し、~~歯肉歯槽粘膜境を超えて存在しその~~いるような場合に付着歯肉の幅の増加及び~~歯周ポケットの除去を目的として行った場合に算定する。

（３）　「２　歯肉弁歯冠側移動術」~~と~~は、歯冠側へ歯肉弁を移動させ露出した歯根面の被覆を目的として行った場合に限り算定する。

（４）　「３　歯肉弁側方移動術」~~と~~は、歯肉退縮によって歯根面の露出している孤立した少数歯の露出部位に隣接歯の辺縁歯肉から側方に歯肉弁を移動させ露出した歯根面を修復することを目的として行った場合に算定する。

（５）　「４　遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものをいい~~であり~~、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に~~転位歯等を抜去した際、隣在歯の歯根面が露出し、知覚過敏等の障害のおそれがあるときに~~手術を行った場合に算定する。~~ただし、粘膜面への移植は容易であるが、セメント質が露出している歯根面に対しその移植は困難である。~~

（６）　「５　口腔前庭拡張術」~~と~~は、次により口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。

イ　頬唇側の口腔前庭が浅いために~~、~~十分なプラークコントロールが行えない場合

ロ　~~又は~~歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合~~において口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。~~

（７）　「５　口腔前庭拡張術」と同時に行った小帯（頬、口唇、舌小帯等）の切離移動又は形成~~の費用~~は、口腔前庭拡張術~~の所定点数~~に含まれ別に算定できない。

（８）　実施にあたっては、診療録に手術部位~~、症状~~及び手術内容の要点を記載する~~こと~~。

Ｊ０６６　歯槽骨骨折観血的整復術

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

Ｊ０６９　上顎骨形成術

（１）　「単純な場合」とは、上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症、過蓋咬合症等に対し、Le Fort Ⅰ型切離又は上顎骨部分切離により移動を図る場合をいう。

（２）　「複雑な場合及び２次的再建の場合」とは、同様の症例に対し、Le Fort Ⅱ型又はLe Fort Ⅲ型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次的骨性再建を行う場合をいう。

Ｊ０７０　頬骨骨折観血的整復術

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

Ｊ０７１　下顎骨折非観血的整復術

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

Ｊ０７２－２　下顎関節突起骨折観血的手術

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

Ｊ０７３　口腔内軟組織異物（人工物）除去術

（１）「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る費用は、「１　簡単なもの」~~の所定点数~~により算定する。

（２）「困難なもの」とは、除去に当たって組織の剥離を必要とするものをいう。

（３）「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。

（４）口腔内軟組織異物（人工物）除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を１回を限度として~~に限り~~算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。

（５）「１　簡単なもの」、「２　困難なもの」及び「３　著しく困難なもの」のうち、２以上を同時に行った場合は、主たる手術~~の所定点数~~のみにより算定する。

（６）口腔組織にささっている魚骨を除去した場合~~の費用~~は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

Ｊ０７４　顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術

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

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

Ｊ０７５　下顎骨形成術

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

Ｊ０７５－２　下顎骨延長術

医科点数表の区分番号Ｋ４４４－２に掲げる下顎骨延長術の例により算定する。

Ｊ０７６　顔面多発骨折観血的手術

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

Ｊ０７７　顎関節脱臼非観血的整復術

顎関節脱臼非観血的整復術は、片側につき~~、所定点数を~~算定する。

Ｊ０８０　顎関節授動術

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

~~なお、~~この場合において、関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号Ｇ０

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

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

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

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

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

Ｊ０８１　顎関節円板整位術

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

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

Ｊ０８２　歯科インプラント摘出術

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

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

Ｊ０８３　顎骨インプラント摘出術

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

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

Ｊ０８４　創傷処理

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

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

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

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

算定する~~できる~~。

（５）　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置~~の費用~~は「４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）」により算定する。

（６）　口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）~~の費用については~~は、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）

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

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

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

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

（５）　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置~~の費用~~は、「６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）」により算定する。

（６）　口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）~~の費用については~~は、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

Ｊ０８５　デブリードマン

（１）　区分番号Ｊ０８９に掲げる全層、分層植皮術から区分番号Ｊ０９７に掲げる粘膜移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

（２）　汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。

Ｊ０８９　分層植皮術及びＪ０８９－２　全層植皮術

デルマトームを使用した場合~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０９０　皮膚移植術（生体・培養）、Ｊ０９０－２　皮膚移植術（死体）

医科点数表の区分番号Ｋ０１４に掲げる皮膚移植術（生体・培養）及び医科点数表の区分番号Ｋ０１４－２に掲げる皮膚移植術（死体）の例により算定する。

Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うにあたり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号Ｋ９３６－３に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９６　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

区分番号Ｊ０９６に掲げる自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うにあたり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号Ｋ９３６－３に掲

げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９９－２　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号Ｋ６１１に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１００－２　中心静脈注射~~栄養~~用植込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈注射~~栄養~~用植込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１０２　交感神経節切除術

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

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

Ｊ１０４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

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

Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術

医科点数表の区分番号Ｋ００７に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の例により算定する。

Ｊ１０５　瘢痕拘縮形成手術

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

Ｊ１０６　気管切開術

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

（２）　気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭ではないものに限る。）は、区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置の「１　100平方センチメートル未満」により算定する。

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

Ｊ１０７　気管切開孔閉鎖術

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

Ｊ１０８　顔面神経麻痺形成手術

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

Ｊ１０９　広範囲顎骨支持型装置埋入手術

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

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

（２）　「１　１回法によるもの」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを軟組織（口腔粘膜）上に露出させることまでを１回で行う手術をいう。

（３）　「２　２回法によるもの」の「イ　１次手術」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結せずに軟組織（口腔粘膜）を一次閉鎖する手術で、２回に分けて行われる手術の１回目に行われる手術をいう。

（４）　「２　２回法によるもの」の「ロ　２次手術」とは、埋入したインプラント体周囲の骨組織の治癒を一定期間待った後、アバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除を行う手術で、２回に分けて行われる手術の２回目に行われる手術をいう。

（５）　当該手術は、次~~以下~~のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する~~できる~~。

イ　腫瘍、顎骨骨髄炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例（歯周疾患及び加齢による骨吸収は除く。）又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲について~~は~~、上顎にあっては、連続した３分の１顎程度以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した３分の１顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ　医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した３分の１顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。

（６）　当該手術の保険医療材料料は別に算定する。

（７）　当該手術を実施した場合は、診療録に症状、手術部位、手術内容及び埋入した材料等を記載する~~こと~~。また、ロに関しては主治の医師からの文書を添付する~~こと~~。

Ｊ１１０　広範囲顎骨支持型装置掻爬術

広範囲顎骨支持型装置掻爬術とは、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者であって、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいい、同一初診期間中１回を限度として算定する。

第２節　輸血料

Ｊ２００　輸血

医科点数表の区分番号Ｋ９２０に掲げる輸血の例により算定する。

Ｊ２００－２　輸血管理料

医科点数表の区分番号Ｋ９２０－２に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第３節　手術医療機器等加算

Ｊ２００－５　画像等手術支援加算

（１）　画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定し~~するものであり~~、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。

（２）　ナビゲーションによるもの~~支援~~とは，手術前又は手術中に得た画像を３次元に構築し、手術の~~＝~~過程において、３次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理することで手術を補助する目的で用いることをいう。

（３）　実物大臓器立体モデルによる支援とは、手術前又は手術中に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

第４節　薬剤料

Ｊ２０１　薬剤

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

（１）　口腔領域の悪性腫瘍手術及びこれらに準ずる手術

（２）　顎骨及び顎関節の形成術

（３）　腐骨除去手術で広範囲のもの

（４）　口腔領域の複雑骨折に対する観血的整復手術及びこれらに準ずるような開放性外傷に対する手術

第５節　特定薬剤料

Ｊ３００　特定薬剤

（１）　１回の手術に特定薬剤を２種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について１点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。

（２）　特定薬剤を使用した場合であっても、１回の手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。

（３）　（１）でいう１回の手術とは、手術の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を１回とする。

（４）　特定薬剤における生理食塩水及びアクリノールは、当該手術を行うに当たり入院を必要とする手術を行った際に、当該手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合に限り、当該手術の所定点数の他、その費用を算定する。

（５）　その他~~について~~は、区分番号Ｉ１００に掲げる特定薬剤の（４）から（８）の例により算定する。

（６）　智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤（パック）は、ドライソケットの場合を除き算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合は、特定薬剤として算定する。

第６節　特定保険医療材料料

Ｊ４００　特定保険医療材料

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

第10部　麻　酔

通則

1　「通則２」、「通則３」及び「通則４」の規定は、第１節の所定点数（ただし、酸素及び窒素を使用した場合の加算を除く。）のみに適用され、第２節薬剤料~~に対しては~~は適用されない。

2　「通則２」における著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定し~~うるものであり~~、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

3　「通則２」における加算において６歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

4　「通則４」における加算は、時間外加算等の適用される処置及び手術に伴って行われた麻酔に対して、第９部手術の時間外加算等と同様の取扱いにより~~を~~算定する~~されるもの~~で、当該処置及び手術の所定点数が150点に満たない場合の加算は算定できない~~認められない~~。

5　「通則４」における時間外加算等の取扱いは、初診料における場合と同様とする~~である~~。

6　麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算を~~が~~算定する~~できる~~緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定する~~できる~~。

7　その他の麻酔法の選択について、従前から具体的な規定のないものは~~については~~、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を選択する~~選ぶべきものである~~。

8　第10部に規定する麻酔料以外の麻酔料の算定は医科点数表の例により算定する。

第１節　麻酔料

Ｋ０００１　浸潤麻酔

（１）　第９部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成~~の所定点数に~~は、浸潤麻酔~~の費用~~が含まれ別に算定できない。

（２）　う蝕症又は象牙質知覚過敏症等の歯に対する所定点数が120点未満の処置に浸潤麻酔を行った場合~~の費用~~は、術野又は病巣を単位として~~所定点数により~~算定する。

Ｋ００２　吸入鎮静法

（１）　吸入鎮静法は、亜酸化窒素等を用いてゲーデルの分類の麻酔深度の第１期において歯科手術等を行う場合に算定する。

（２）　吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用~~の算定については~~は、別に定める「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）に基づき算定する。

（３）　酸素又は窒素の価格は、区分番号Ｉ０２５に掲げる酸素吸入及び医科点数表の区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注３の例により算定する。

Ｋ００３　静脈内鎮静法

（１）　静脈内鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象として、薬剤を静脈内投与することにより鎮静状態を得る方法であり、歯科手術等を行う場合に算定する。

（２）　静脈内鎮静法を実施するに当たっては、「歯科診療における静脈内鎮静法ガイドライン」（平成21年9月日本歯科医学会）を参考と~~に~~し、術前、術中及び術後の管理を十分

に行い、当該管理記録を診療録に添付する~~こと~~。

（３） 静脈内鎮静法を算定した場合は、区分番号Ｋ０００２に掲げる吸入鎮静法~~に係る費用~~は別に算定できない。

（４） 静脈内鎮静法において用いた薬剤に係る費用~~について~~は、別に~~途~~算定する~~できる~~。

（５） 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、緊急時に適切な対応ができるよう、あらかじめ医科の保険医療機関と連携する~~もっていること~~。

第２節　薬剤料

Ｋ１００　薬剤

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

第11部　放射線治療

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

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

1　歯冠修復及び欠損補綴~~の費用~~は、第１節中の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる~~ものとする~~。」等と規定されているものを除き、第１節の各区分の所定点数に第３節の特定保険医療材料料を合算して算定する。

2　歯冠修復及び欠損補綴を行った場合~~の費用~~の算定は、一連の歯冠修復及び欠損補綴の所定点数を併せて算定する~~できる~~。

3　印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着~~について~~は、それぞれの診療行為を行った際に算定する。

4　歯冠修復の当日に行うう蝕処置~~の費用について~~は、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。

5　有床義歯、ブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）等において人工歯を使用した場合の当該人工歯~~の費用~~は、人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は１組として、片側の場合は２分の１組として、それぞれ人工歯材料料として算定する。

6　「通則３」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴について~~そもそも~~、この部に規定している歯冠修復及び欠損補綴のうち、最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の所定点数による~~り~~算定~~すること~~が妥当であるもの~~について~~は、その都度当局に内議の上、~~それらの~~所定点数の~~を~~準用を可能とする旨を~~することができる趣旨の~~規定している~~である~~。

7　「通則４」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、第１節の所定点数の100分の50を加算する。

8　「通則４」又は「通則７」の著しく歯科診療が困難な者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の~~障害に起因した~~行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を~~行うことを~~目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定する。~~ものであり~~この場合において、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

9　６歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合（100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。

10　歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、暫間被覆冠（区分番号Ｍ００３－２に掲げるテンポラリークラウン及び区分番号Ｍ００４に掲げるリテーナーを除く。）、特定薬剤等~~の費用~~は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

11　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施する~~されるものである~~が、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、歯科訪問診療において通院困難な療養中の~~当該~~患者に行った区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（「１　乳歯」、「２　前歯」及び「３　臼歯」に限る。）、区分番号Ｊ０１３に掲げる口腔内消炎手術（「２　歯肉膿瘍等」に限る。）及び区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理は、~~について所定点数に~~所定点数の100分の50を所定点数に加算する。

12　「通則８~~ヲ~~」でいう検査とは、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定から区分番号Ｄ００９に掲げる顎運動関連検査までをいう。

13　区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料（補綴物維持管理料）の「注

１」に係る地方厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行い装着した場合~~については~~は、当該歯冠補綴物及びブリッジに係る補綴関連検査、歯冠修復及び欠損補綴に係る一連の費用の所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。また、当該歯冠補綴物等の製作に先立ち~~区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填~~区分番号Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置を行った場合~~であっても~~も、~~区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填の「注１」の加圧根管充填~~当該処置~~に係る加算の費用~~は算定できない。

14　保険給付外診療で製作された歯冠修復物及び欠損補綴物であって、後日、脱落した際の再装着~~の費用~~及び破損した場合の修理~~の費用~~は、保険給付の再装着、修理と同一の場合であっても保険給付の対象とはならない~~には認められない~~。なお、他院で製作された歯冠修復物及びブリッジであって、装着後、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注２」に規定する期間に相当する期間を経過したもの~~については~~はこの限りではない。

15　有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合~~に~~は、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、製作された区分番号Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、区分番号Ｍ０２１に掲げる線鉤、区分番号Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、区分番号Ｍ０２２に掲げるフック、スパー及び区分番号Ｍ０２３に掲げるバーにあっては、各区分の所定点数並びに特定保険医療材料である人工歯を~~の費用の~~請求~~を行うことができるものと~~する。また、区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適、区分番号Ｍ００５に掲げる装着~~の費用~~は算定できない。なお、請求に当たっては、試適の予定日から起算して１月以上経過した上で行う~~ものとする~~。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。

16　患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であって、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造、区分番号Ｍ００９に掲げる充填（間接法によりＣＲインレーを製作した場合に限る。）、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１４に掲げるジャケット冠、区分番号Ｍ０１５に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、区分番号Ｍ０１６に掲げる乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置、区分番号Ｍ０１７に掲げるポンティック、区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯、区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、区分番号Ｍ０２１に掲げる線鉤、区分番号Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、区分番号Ｍ０２２に掲げるフック、スパー又は区分番号Ｍ０２３に掲げるバーの~~支台築造物、金属歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、バー、フック及びスパーを含む。）~~の製作がすでに行われているにもかかわらず装着~~が~~できない場合は、診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、~~区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１４に掲げるジャケット冠、区分番号Ｍ０１５に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号Ｍ０１７に掲げるポンティック、区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯、区分番号Ｍ０１９に掲げ~~

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

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

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

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

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

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

歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合

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

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

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

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

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ０００　補綴時診断料

（１）　補綴時診断料は、患者の当該初診における受診期間を通じ、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して治療等に関する説明を行った場合において１回を限度として~~に限り~~算定する。

（２）　新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に追加する場合は、有床義歯を新製する場合と同様に補綴時診断料を算定する。ただし、同一初診期間中で補綴時診断料を算定している場合であって、新たに欠損が生じた場合の補綴時診断に係る費用は、すでに算定を行った補綴時診断料に含まれ別に算定できない。

（３）　補綴時診断料の算定に当たっては、製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載する~~こと~~。

（４）　補綴時診断料を算定した場合~~に~~は、補綴物の診断設計に基づき、患者に装着する予定の補綴物について、義歯、ブリッジ等の概要図、写真等を用いて患者に効果的に情報提供を行う~~こと~~。

（５）　補綴時診断料の~~を~~算定~~した~~後、再度、補綴時診断料を算定すべき診断が必要となり診断を行った場合~~にあっては~~は、新たに製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載する~~こと~~。なお、当該補綴時診断料~~診断の費用~~は第１回目の補綴時診断料~~診断の費用~~に含まれ別に算定できない。

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料

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

て」の様式81を用いること。

（２）　「注１」の「歯冠補綴物」とは、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復（「１　インレー」を除く。）、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１４に掲げるジャケット冠、区分番号Ｍ０１５に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

（３）　「注１」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名、開設者名、装着日、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位等を記載明記したものをいう。なお、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に限り算定するできる。ただし、同日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、患者に対して提供して差し支えない。またなお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

（４）　「注２」の「補綴関連検査」とは、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定及び区分番号Ｄ００９に掲げる顎運動関連検査に定める各検査をいう。

（５）　クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して充填を行った場合の一連の費用は、当該維持管理料に含まれ別に算定できない。

（６）　クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが離脱した場合の再装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、再度の装着に使用した装着材料料については別に算定するできる。

（７）　「注１」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して１年を経過した日以降２年を経過するした日までの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該ブリッジの支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合には、予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製については区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムに準じて算定するして差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載明記すること。

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

Ｍ０００－３　広範囲顎骨支持型補綴診断料

（１）　広範囲顎骨支持型補綴当該診断料は、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行う前に、患者に対して説明を行った場合に、手術前に１回を限度としてに限り算定する。

（２）　当該診断料の算定に当たっては、欠損部の状態、当該補綴に係る補綴物の設計及び材料等を診療録に記載すること。

Ｍ００１　歯冠形成

（１）　歯冠形成は、同一歯について、１回~~に限り~~を限度として歯冠形成が完了した日において算定する。なお、簡単な支台築造~~の費用~~、歯冠形成に付随して行われる麻酔等~~の費用~~は所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　歯冠形成完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔~~の費用~~は別に算定する~~できる~~。

（３）　「１　生活歯歯冠形成」~~の所定点数に~~は歯冠形成に付随して行われる処置等の一連の費用は含まれるが、歯冠修復物の除去~~を行った場合の除去の費用~~は別に算定する~~できる~~。

（４）　「１のイ　金属冠」及び「２のイ　金属冠」の金属冠とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の４分の３冠及び臼歯の５分の４冠をいう。

（５）　「金属冠」とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠等、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、４面又は５面の金属歯冠修復のすべて~~の場合~~が該当するものではない。

（６）　「１のロ　非金属~~ジャケット~~冠」及び「２のロ　非金属~~ジャケット~~冠」の非金属~~ジャケット~~冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠をいう。

（７）　「注１」に規定する接着ブリッジとは、いわゆる従来型ブリッジと同様に支台装置、ポンティック、連結部より構成されるが、支台歯のうち少なくとも１歯（以下「接着ブリッジ支台歯」という。）の切削をエナメル質にとどめ、咬合力に対する抵抗形態、脱離力に対する維持形態を付与し、接着性レジンを用いて支台歯に支台装置を装着するものをいう。

（８）　接着ブリッジ支台歯に対する冠（以下「接着冠」という。）に係る歯冠形成は、「１のイ　金属冠」に準じて算定するとともに「注１」に規定する加算を算定する。

（９）　メタルコアで支台築造を行ったレジン前装金属冠、全部金属冠及び非金属冠~~ジャケット冠~~に係る失活歯歯冠形成に限り~~所定点数に~~「注４~~３~~」又は「注５~~４~~」の加算を所定点数に加算する。

（10）　「３　窩洞形成」~~の窩洞形成~~は１歯単位に算定する。また~~したがって~~、同一歯に２箇所以上の窩洞~~の~~形成を行った場合も、窩洞~~の~~数にかかわらず~~所定点数を~~１回を限度として~~のみ~~算定する。

（11）　「注７~~５~~」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」~~ものとして保険適用となっているレーザー~~による照射をいう。

（12）　「注７~~５~~」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯の充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい~~そあり~~、エアータービン等切削器具を用いた場合は~~、~~算定できない~~しない~~。

（13）　「３のイ　単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞をいう。

（14）　「３のロ　複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞をいう。

(15)　燐酸セメント又はカルボキシレートセメント等のセメントにより充填を行うための窩洞形成は、「３のイ　単純なもの」により算定する。

(16)　可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置~~について~~は、「３のロ　複雑なもの」により算定する。

(17)　歯冠修復物の脱落時において、軟化象牙質を除去して再形成を行った場合の軟化象牙質の除去~~の費用~~は、区分番号Ｉ０００に掲げるう蝕処置により算定する。

Ｍ００１－２　う蝕歯即時充填形成

（１）　う蝕歯即時充填形成は、う蝕歯に対して１日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合に限り算定し、次回来院の際、充填を行う場合は算定できない~~該当しない~~。

（２）　２次う蝕のため充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯即時充填形成により算定する。この場合において、~~の~~充填物の除去~~の費用~~は算定できない。

（３）　当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は別に算定できない。

（４）　「注１」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」~~ものとして保険適用となっているレーザー~~による照射をいう。

（５）　「注１」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯のう蝕歯即時充填形成のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい~~ではなく~~、エアータービン等切削器具を用いた場合は~~、~~算定できない~~ものとする~~。

Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成

（１）　う蝕歯インレー修復形成は、う蝕歯に対して１日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し、印象採得及び咬合採得までを行った場合に算定する。

（２）　２次う蝕のため充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯インレー修復形成により算定する。この場合において、~~の~~充填物の除去~~の費用~~は算定できない。

（３）　当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は算定できない。

Ｍ００２　支台築造

（１）　「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯に対して根管等により築造物を維持し、填塞又は被覆して支台歯形態に修復することをいう。

（２）　「メタルコア」とは、鋳造物により築造するものをいう。

（３）　「その他」とは、複合レジン（築造用）及びスクリューポスト（支台築造用）~~及び複合レジン（築造用）~~等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含ま~~れ~~ない。ただし、根管治療を実施した歯の歯冠部の近遠心及び唇頬舌側歯質のうち３面以上が残存しており、複合レジン（築造用）のみで築造できる場合は、スクリューポスト（支台築造用）等を使用しなくても算定できる。

（４）　乳歯について~~は~~、全部金属冠の歯冠形成、乳歯金属冠の歯冠形成及び窩洞形成における支台築造~~の費用~~は算定できない。

（５）　メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、装着~~の費用~~として区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定する~~できる~~。

（６）　歯冠修復~~を行う~~に当たり、メタルコア、~~と~~全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日の~~１日で~~患者への~~に~~装着~~すること~~は、歯科医学的に適切であると認められる場合を除き~~に限り認められ~~、常態として~~行うことは~~認められない。~~なお、~~この場合において、~~する~~印象採得~~に係る費用~~は、~~全部金属冠等により算定~~するものと~~し、支台築造印象~~に係る費用~~は算定できない。

Ｍ００２－２　支台築造印象

（１）　「支台築造印象」とは、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造の「１のイ　大臼歯」又は「１のロ　小臼歯及び前歯」の製作に当たって行う印象採得をいう。

（２）　支台築造印象料は、~~それぞれの~~製作物ごとに算定する。

Ｍ００３　印象採得

（１）　印象採得料は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物及び義歯修理に当たって~~それぞれの~~製作物ごとに算定する。

（２）　ブリッジの印象採得料の算定の時期は、間接法の場合は最初に~~の~~印象採得を行った~~の~~日とし、直接法の場合は支台装置を試適して印象採得を行った日とする。

（３）　印象採得~~の費用~~は、原則として歯冠修復及び欠損補綴の製作に当たって印象採得又はろう型採得を行った際に製作物単位に算定する。~~ただし、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあっては、支台装置ごとに「１のイ　単純印象」を、又は１装置ごとに「２のイの（１）　簡単なもの」を算定する。~~

（４）　その他の印象採得は、次により算定する。

イ　「１のロ　連合印象」~~に該当するもの~~は、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、硬質レジンジャケット冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する~~である~~。

~~ロ　「その他のブリッジ」の印象採得について、一部の支台装置が金属歯冠修復又はレジン前装金属冠である場合にその支台歯につき連合印象を行った場合は「１のロ　連合印象」の所定点数を算定する。~~

ロ~~ハ~~　「２のイの（１）　簡単なもの」~~に該当するもの~~は、１歯から~~まり~~８歯欠損までの欠損補綴（~~ワンピースキャスト~~ブリッジを除く。）、~~及び~~有床義歯修理等が該当する~~である~~。

ハ~~ニ~~　９歯以上の欠損補綴又は~~及び~~ケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合若しくは~~又は~~分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は、「２のイの（２）　困難なもの」により算定する。

ニ~~ホ~~　欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合~~、~~又は有床義歯床裏装の印象採得料は「２のロ　連合印象」により算定する。

ホ~~ヘ~~　「２のハ　特殊印象」とは、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて~~ろう義歯により~~咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニック又はマイオモニターによる印象も本区分により~~で~~算定する。

ヘ~~ト~~　ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「２のロ　連合印象」又は「２のハ　特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。

（５） ~~ワンピースキャスト~~ブリッジの印象採得~~の費用~~は、１装置における支台歯とポンティックの数の合計により算定する。

（６） ブリッジ１装置の製作に当たり、~~ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、~~やむを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「２のニ ~~ワンピースキャスト~~ブリッジ」により算定する。

（７） 欠損補綴に係る連合印象及び特殊印象~~について~~は、顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

Ｍ００３－２ テンポラリークラウン

テンポラリークラウンの修理又は除去~~に係る費用~~は、別に算定できない。

Ｍ００４ リテイナー

（１） リテイナーとは、ブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、ブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。

（２） リテイナー~~の費用~~は、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテイナーを製作した場合に、当該歯の歯冠形成を算定した日からブリッジを装着するまでの期間において、１装置につき１回を限度として~~に限り~~算定する。なお、分割して製作した場合にあっても、ブリッジ１装置につき~~所定点数~~１回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等~~の費用~~は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） リテイナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４） リテイナーの装着に用いた仮着セメント料~~について~~は、歯冠形成を算定後リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限~~り算定が認められ~~る。また、必要があってブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

Ｍ００５ 装着

（１） ~~装着~~少数歯欠損及び多数歯欠損は次に~~よる~~~~より算定する~~。

イ 「２のロの（１） 少数歯欠損」及び「２のハの（１） 少数歯欠損」とは~~に該当するものは~~、１歯から~~まで~~８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ロ 「２のロの（２） 多数歯欠損」及び「２のハの（２） 多数歯欠損」とは~~に該当するものは~~、９歯から~~まで~~14歯欠損までの欠損補綴をいう。

~~ハ 「２のロの（３） 総義歯」及び「２のハの（３） 総義歯」に該当するものは、総義歯をいう。~~

（２） 有床義歯修理を行った場合の装着~~の費用~~は、「２のハ 有床義歯修理」の各区分により算定する。

（３） 装着~~の費用~~は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する~~した際に~~製作物ごとに算定する。

ただし、ブリッジにあっては、装着に係る保険医療材料料についてのみ支台装置ごとに算定する~~ができる~~。

（４） 歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等~~の費用~~は、装着の所定点数に含まれ別に

算定できない。

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

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

Ｍ００５－２　仮着

（１） 仮着は、~~ワンピースキャスト~~ブリッジ１装置につき、装着前に１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。なお、仮着物の除去~~の費用~~は、算定できない。

（２） ~~同一の患者について、~~仮着を算定した~~同一~~日~~において~~は、区分番号Ｍ００５に掲げる装着は算定できない。

Ｍ００６　咬合採得

（１） 歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得~~について~~は、製作物ごとに算定する。

イ　「１　歯冠修復」~~に該当するもの~~とは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復をいう。

~~ロ　「２のイの(２)　その他のブリッジ」に該当するものは、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジ~~

ロ~~ハ~~　「２のロの(１)　少数歯欠損」~~に該当するもの~~とは、１歯から~~より~~８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ハ~~ニ~~　「２のロの(２)　多数歯欠損」~~に該当するもの~~とは、９歯から~~より~~14歯欠損までの欠損補綴をいう。

~~ホ　「２のロの(３)　総義歯」に該当するものは、総義歯~~

（２） 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の~~における~~咬合採得~~について~~は、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「１　印象採得が困難なもの」を算定する場合は本区分の「２のロの(２)　多数歯欠損」の所定点数を、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「２　印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「２のロの(３)　総義歯」の所定点数をそれぞれ~~咬合採得として~~算定する。また、副子の~~における~~咬合採得~~について~~は、当該副子の範囲に相当する歯数により、本区分の「２のロ　有床義歯」により算定する。

（３） 欠損補綴に係る咬合採得~~について~~は、２回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず１回を限度として~~所定点数により~~算定する。

Ｍ００７　仮床試適

（１） 仮床試適~~の費用~~は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。

（２） 少数歯欠損及び多数歯欠損~~仮床試適~~は次による~~り算定する~~。

イ　「１　少数歯欠損」~~に該当するもの~~とは、１歯から~~より~~８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ロ　「２　多数歯欠損」~~に該当するもの~~とは、９歯から~~より~~14歯欠損までの欠損補綴をいう。

~~ハ　「３　総義歯」に該当するものは、総義歯~~

（３） 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の~~における~~仮床試適~~について~~は、区分番号

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

Ｍ００８　~~ワンピースキャスト~~ブリッジの試適

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

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

＜歯冠修復＞

Ｍ００９　充填

（１）　「イ　単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に対して行う充填をいう。

（２）　「ロ　複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に対して行う充填をいう。

（３）　充填~~の費用~~は窩洞数にかかわらず１歯単位により~~そ~~算定する。このため~~もたがって~~、「イ　単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合~~であって~~も、「イ　単純なもの」の所定点数により算定する。

（４）　充填~~の費用~~は窩洞形態に応じ算定する~~ものである~~が、同一歯に「イ　単純なもの」及び「ロ　複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「ロ　複雑なもの」の所定点数のみを算定する。

（５）　前歯部切端又は切端隅角のみのものは、「イ　単純なもの」により~~として~~算定する。

（６）　３面以上にわたる窩洞に硅酸セメント、硅燐酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンを行った場合は、「イ　単純なもの」により~~として~~算定する。

（７）　前歯部５級窩洞、臼歯部歯質くさび状欠損又は歯の根面部のう蝕等に対する充填は、いずれも「イ　単純なもの」により算定する。

（８）　充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯即時充填形成の場合を除き、１歯につき区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」又は「３のロ　複雑なもの」~~の所定点数~~を算定する。

（９）　充填に使用した保険医療材料料は窩洞を単位として算定するが、同一歯面に複数の窩洞が存在する場合~~については~~は１窩洞として取り扱う。

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

イ　単純なもの

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

ロ　複雑なもの

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

を合算した点数を算定する。

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

イ　単純なもの

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

ロ　複雑なもの

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

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

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

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

Ｍ０１０　金属歯冠修復

(１)　「１のイ　単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に行うインレーをいう。

(２)　「１のロ　複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に行うインレーをいう。

(３)　全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠とは、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、４面又は５面の金属歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。なお、全部金属冠とは、全部鋳造方式で製作されたものをいう。

(４)　接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部~~について~~は「２　４分の３冠」に準じて算定し、臼歯部~~について~~は「３　５分の４冠」に準じて算定する。

(５)　５分の４冠としての金属歯冠修復は小臼歯への適用を原則とするが、ブリッジの製作に当たり、必要があって生活歯である大臼歯を支台として使用する場合~~について~~はこの限りでない。

(６)　乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する金属歯冠修復~~について~~は、交換期を考慮して金属歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行う~~こと~~。

(７)　可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置~~について~~は、１装置につき「１のロ　複雑なもの」に準じて算定する。

(８)　金属歯冠修復の金属部分が欠損~~部~~した場合は、~~を~~金属歯冠修復による~~もの~~修復~~すること~~は~~、全部金属冠の場合を除き~~認められない。ただし、全部金属冠による金属歯冠修復

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

（９） 智歯に対し必要がある場合には、金属歯冠修復を行って差し支えない。

(10) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を掻爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ金属冠を製作し連結して装着する場合には、歯内療法については当該歯を単位として算定し、歯冠修復については製作物ごとに算定する。

なお、歯冠修復における保険医療材料料については、それぞれ小臼歯の材料料として算定する。

(11) コンビネーション・インレーを製作した場合は、それぞれの所定点数により算定する。

(12) 区分番号Ｉ０００－３に掲げる残根削合により算定する場合において、歯内療法により根の保存可能なものに適切な保存処置の上、金属歯冠修復で根面を被覆した場合には、歯冠形成については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を、金属歯冠修復については本区分の「１のイ　単純なもの」及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。また、歯科充填用材料Ｉにより根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ 単純なもの」の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。

(13) 抜歯禁忌症以外であっても、必要があって根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に義歯の装着を行うことは認められる。

Ｍ０１１　レジン前装金属冠

（１） レジン前装金属冠とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯に限り認められる。

（２） レジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティックの前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を、充填は区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１のイ　単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料を算定しているレジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティックの前装部分に行った修理の費用は、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。

（３） レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注１」の加算点数を、失活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注３」及び「注４」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造の「１　メタルコア」又は「２　その他」及び保険医療材料料を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１の

ロ　連合印象」を算定する。

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

Ｍ０１４　ジャケット冠

（１）　ジャケット冠はレジンジャケット冠のことをいう。

（２）　乳歯に対するジャケット冠についても所定点数を算定する。

（３）　ジャケット冠を装着するに当たっては、次により算定する。

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

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

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

（４）　歯科射出成形樹脂（歯冠用）を用いて~~、~~単層成形を行った場合は、ジャケット冠により算定する。

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

（６）　複合レジン冠を失活歯に行った場合は所定点数を算定する。なお、歯冠形成~~の費用~~は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　非金属~~ジャケット~~冠」により算定する。

Ｍ０１５　硬質レジンジャケット冠

（１）　硬質レジンジャケット冠を装着する場合は、次により算定する。

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

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

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

（２）　応分の咬合圧に耐えうる場合等に限り、小臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合~~に~~は所定点数により算定する。

（３）　歯冠用強化ポリサルホン樹脂を用いて~~、~~歯科射出成形樹脂（歯冠用）とともに二層成

形を行った場合は、硬質レジンジャケット冠により算定する。

Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠

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

（２）　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合は、次により算定する。

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

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

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

（３）　特定保険医療材料料は別に算定する。

Ｍ０１６　乳歯金属冠

（１）　乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。

（２）　乳歯金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

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

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

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

Ｍ０１６－２　小児保隙装置

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

（２）　小児保隙装置を装着するに当たっては、次により算定する。

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

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

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

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

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

＜欠損補綴＞

Ｍ０１７　ポンティック

（１）　臼歯部の~~における~~ポンティックにレジン歯の~~を~~使用~~すること~~は認められないが、咬合面を金属で製作し、~~、~~他の部分にレジン前装を施した場合は認められる~~に所定点数を算定する~~。

（２）　延長ブリッジの場合の７番ポンティックの保険医療材料料は小臼歯（鋳造ポンティックの保険医療材料料の小臼歯）に該当する保険医療材料料を算定する。

（３）　レジン前装金属ポンティックとは、鋳造方式により製作されたポンティックの唇面を硬質レジンにより前装したものをいう。

（４）　レジン前装金属ポンティックは、前歯の支台歯をレジン前装金属冠又は４分の３冠により製作されたブリッジの前歯のものに限り認められる。ただし、３番、４番の２歯欠損~~については~~は、小臼歯のレジン前装金属ポンティックを~~は~~算定できる。

（５）　可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置を使用した場合は、区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の「１のロ　複雑なもの」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」を算定する。

（６）　ブリッジの製作に当たり、支台歯の植立方向によりポンティックを分割して製作することは~~、~~認められない。

（７）　ブリッジ~~については~~は、次の適用による。

イ　ブリッジの給付について

（イ）　ブリッジは歯の欠損状況から「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に示す方法で支台歯数等を定め製作する。

（ロ）　連続欠損の場合は~~、~~２歯までとする。ただし、中側切歯~~については~~は連続４歯欠損まで認められる。

（ハ）　延長ブリッジは原則として認められないが、~~。ただし、~~第二大臼歯欠損~~の場合~~であって~~は、~~咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し~~、~~半歯程度のポンティックを行う場合はこの限りでない~~に限り認められる~~。

（ニ）　隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合~~にあっては~~は、側切歯及び小臼歯１歯のみ認められる。

（ホ）　第三大臼歯をブリッジの支台歯とする場合は、歯冠、歯根の大きさや形態、傾斜、転位等を総合的に勘案した上で行う~~こと~~。

（ヘ）　接着ブリッジは、１歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。

（ト）　残根上のブリッジは認められない。

ロ　ブリッジ設計の考え方

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

（８）　分割抜歯後のブリッジの製作

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

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

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

ロ　分割抜歯を行った場合の指数は、次のとおりとする。

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

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

例①（第１大臼歯の遠心根を抜歯した場合）

指数	２	４	６
歯種	６	６	７
	○	●	○
Ｒ	２		６
Ｆ		４	

ｒ＝８－４＝４
Ｆ＝４
４／３＝１．３・・・
６の残した根も７のＲもＦの１／３を超えるので、この場合条件を満たしている。

例②（第１大臼歯の遠心根と第２大臼歯を抜歯した場合）

指数	２	４	６	４	→	指数	４	２	４	６	４
歯種	６	６	７	８		歯種	５	６	６	７	８
	○	●	●	○			○	○	●	●	○
Ｒ	２			４		Ｒ	４	２			４
Ｆ		４	６			Ｆ			４	６	

ｒ＝６－10＜０で不可、５番も支台歯とする必要がある。

５番を支台歯として追加することで、
ｒ＝10－10＝０で可、５と６の残した根の和も８のＲもＦの１／３を超えるのでこの場合条件を満たしている。

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

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

（９）　ブリッジを装着するに当たり、ワンピースキャスト法により印象採得を行った場合は、

１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの(１)　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は区分「２のニの(２)　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、~~それ以外の方法により支台装置の印象採得を行った場合は１歯につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」又は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のロ　連合印象」を、ポンティックの印象採得を行った場合は１装置につき同区分「２のイの(１)　簡単なもの」を、~~咬合採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のイの(１)~~の(一)~~　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のイの(２~~１~~)~~の(二)~~　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着~~については~~は１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着~~については~~は１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイ　ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。

(10)　必要があって根を分離切断した下顎大臼歯を支台歯として使う場合の指数は「６」として大臼歯１歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて指数を減ずることを考慮すべきである。

(11)　インレーを支台装置とするブリッジ~~については~~は、窩洞形成を行った場合~~の費用~~は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」により算定する。なお、インレーを支台装置とするブリッジ~~については~~は~~、~~区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の対象としないことから、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料は~~の~~算定~~は~~できない。

(12)　「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）の判定条件におけるブリッジの１側の支台歯のＲの総計が、隣接するポンティックのＦ及びＦ・Ｓの総計の３分の１以上であるという判定条件ｂは延長ブリッジ~~については~~は適用しない旨のただし書は、延長したポンティックについては片側に支台歯が存在しないのでそのポンティックのバランスは考慮しないとの意である。したがって、

２①	１２③	の場合	２

部は判定条件ｂにかかわっていないので、

基本となるブリッジ	①	１２③

において条件ｂを判定することになる。

この場合は判定条件ｂを満たしていないので、

２①	１２③

もブリッジの設計としては不適である。

(13)　「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）によると延長ブリッジの支台歯は２歯以上となっているが、これは回転力を軽減させるためであるから、支台歯が２歯以上であって条件が整っていれば、必ずしも支台歯は連続している必要はない。

(14)　可動性ブリッジ又はインレーを支台とするブリッジの指数は、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に示した当該支台歯の歯種による指数を用いる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

　また、同様の理由で第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は３歯であるが、間隙のほうが１歯分程度小さく２歯分となる場合~~については~~は、保険適用の可否~~有無~~を確認することになるので、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその判断を求める~~ものとする~~。また、添付模型の製作~~の費用~~は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製~~については~~は、区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムにより算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載~~明記~~する~~こと~~。

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

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

ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

Ｍ０１８　有床義歯

（１）　有床義歯~~について~~は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて~~所定点数を~~算定する。

（２）　欠損補綴に当たっての歯数の数え方~~について~~は、欠損歯数によるものではなく、人工歯の数による。欠損歯が４歯であっても、人工歯の排列上５歯となる場合~~に~~は、その歯数は５歯とする。

（３）　局部義歯のうち12歯から14歯~~について~~は、あくまで残存歯があり、局部義歯として補綴を行った場合に限り算定する。なお、１床14歯の局部義歯の場合もあり得る。

（４）　上顎左側第二大臼歯から上顎右側第二大臼歯が欠損している（欠損歯数14歯）症例において、歯冠の一部が露出した状態の埋伏智歯が残存している場合又は当然抜歯すべき症例のうち何らかの理由で抜歯不可能な場合は、智歯と無関係に総義歯同様の義歯を製作したときは、総義歯として算定する。

（５）　抜歯後１月を経過していなくても歯科医学的にみて適当であると認められる場合に限り、義歯の製作~~の費用~~は所定点数により算定する。

（６）　~~抜歯禁忌症以外の場合で、~~根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に必要があって義歯の装着を行うことは認められる。~~残根歯に対して歯内療法及び根面被覆処置が完了したものについて、必要があって義歯を製作した場合には、その費用は算定できる。~~ただし、高齢者で根管が閉鎖して歯内療法が困難な場合等、やむを得ず残根歯に対して、歯内療法及び根面被覆処置が完了出来なかった場合に義歯を製作した場合は、その理由を診療録に記載する。

（７）　残根上の義歯をやむを得ず製作するに際し、残根歯の歯内療法後に行う根面被覆処置として、複合レジンを使用することは差し支えない。この場合において、歯冠形成~~について~~は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」、充填~~について~~は区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ　単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。

（８）　~~骨植堅固で保存可能な~~残根歯を利用したアタッチメントを使用した有床~~総~~義歯~~について~~は算定できない。

（９）　前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の隙により補綴することは歯科医学的に適切でない。

(10)　小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷により歯が喪失した場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外~~に~~は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの~~に~~限りでない~~、有床義歯により算定する~~。この場合において~~なお~~、小児義歯~~に係る費用~~を算定する場合は、診療録に義歯の装着年月日、装着部位

及び小児義歯が必要となった疾患名を記載する~~こと~~。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外に~~は~~咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合~~において~~は、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の判断を求める~~ものとする~~。なお、模型の製作~~の費用~~は、~~、~~基本診療料に含まれ、~~算~~定できないが、エックス線フィルム又はその複製~~について~~は、区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムにより算定する~~もの差し支えない~~。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載~~明記~~する~~こと~~。

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

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理により算定する。

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

Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯

~~(1)　熱可塑性樹脂有床義歯とは、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルホン樹脂、義歯床用強化ポリカーボネート樹脂又はアクリリック樹脂により製作された有床義歯であって、臨床上使用できる強度を有しているものをいう。~~

~~(2)~~　熱可塑性樹脂有床義歯~~について~~は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。

Ｍ０２０　鋳造鉤

（１）　14カラット金合金による鉤は２歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する~~できる~~。

（２）　保険医療材料料~~について~~は、別に定める鋳造鉤の使用材料料により算定する。

（３）　ローチのバークラスプ及び鋳造によるバックアクション鉤は二腕鉤として算定し、２歯以上にわたるバークラスプは、双子鉤として算定する。

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

Ｍ０２１　線鉤

バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「１　双子鉤」により算定する。

Ｍ０２３　バー

（１）　保持装置とは、孤立した中間欠損部分を補綴するため、局部義歯の鋳造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。

（２）　鋳造バー、屈曲バーに保持装置を装着した場合は、その使用個数に応じて算定する。

（３）　緩圧式バーは「１　鋳造バー」又は「２　屈曲バー」により算定し、ケネディバーは「１　鋳造バー」により算定する。

（４）　バー義歯が破損し、バーの取替えが必要な症例に限り新たなバーに要する費用は算定

する~~できる~~。

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

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

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

Ｍ０２５　口蓋補綴、顎補綴

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

イ　硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

ロ　軟口蓋部の欠損が認められる場合

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴

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

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

（２）　「１　ブリッジ形態のもの」は、広範囲顎骨支持型補綴の補綴物の~~顎骨の欠損~~範囲に応じて算定する。

（３）　当該補綴物がブリッジ形態及び床義歯形態の両方の形態を持ち合わせた補綴物である場合は、主たる形態のものに応じて「１　ブリッジ形態のもの」又は「２　床義歯形態のもの」により算定する。

（４）　広範囲顎骨支持型装置埋入手術後、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為~~について~~は、当該技術料に含まれ、別に算定できない。

（５）　広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日においては、患者に対して、当該補綴物の装着日、主治の歯科医師の氏名、保険医療機関名及び療養上必要な事項等を記載した文書を提供すること。

（６）　区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴は、別に算定できない。

＜その他の技術＞

（ろう着）

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

Ｍ０２６　補綴隙

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

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

＜修理＞

Ｍ０２９　有床義歯修理

（１）　有床義歯の修理~~の費用~~は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合において、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤~~の費用について~~は、鉤の所定点数により算定する。

（２）　有床義歯修理の場合において、例えば陶歯の破折脱落のため陶歯を新たに使用した場合、又は１歯を抜歯し、旧義歯床を延長して新たに１歯分の補綴をした場合~~の費用~~は、有床義歯修理と人工歯料の所定点数を合算して算定する。

（３）　破損した有床義歯を修理した後、新たに有床義歯を製作した場合~~の費用~~は、それぞれ所定点数により算定する。

（４）　鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。

（５）　有床義歯修理算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載する。

（６~~５~~）　「注３」に規定する加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、破損した有床義歯に係る診療を行い、修理のために患者から当該有床義歯を預かった場合であって、当該患者の求めに応じて、当該有床義歯を預かった日（以下「預かり日」という。）から起算して２日以内において、当該保険医療機関内に配置されている歯科技工士を活用して修理（新たに生じた欠

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

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

（１）　有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）は、アクリリック樹脂又は熱可塑性樹脂で製作された義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行った場合に当該義歯の人工歯数に応じ所定点数を算定する。

（２）　義歯が不適合で有床義歯を新たに製作することを前提に行った床裏装は、有床義歯修理の所定点数により算定する。

（３）　義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の点数をそれぞれ算定する。ただし、同日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯内面適合法床裏装の所定点数に含まれる。

（４）　床裏装に際しての印象採得料は、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により算定する。

（５）　口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「２　総義歯」により算定する。

（６）　有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

~~Ｍ０３２　ブリッジ修理~~

~~（１）　修理に際して同時に抜髄又は根管充填等の処置を行った場合は、それらの処置の費用はそれぞれの所定点数により算定する。~~

~~（２）　歯科医学的に適切なブリッジの修理については、当該ブリッジが別に定める材料価格基準に収載されている代用合金材料で製作されている場合は、本区分の所定点数に当該ブリッジのポンティックと支台歯の数の合計数を乗じて得た点数により算定する。~~

~~（３）　ブリッジの修理に際し印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの（１）　簡単なもの」により算定する。~~

~~（４）　ブリッジの修理に際し装着を行った場合は、支台装置１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」により、ブリッジ１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイ　ブリッジ」の各区分の所定点数により算定する。ただし、口腔内においてポンティック部分を修理した場合の装着料の算定は認められない。~~

~~（５）　平成４年３月までに保険給付をされていたブリッジで同月までに装着されたものが、破損した場合の修理（保険給付の修理と同一の場合）あるいは脱落した際の再装着の費用は所定点数により算定する。~~

Ｍ０３４　歯冠継続歯修理

（１）　前歯部のポンティックの修理は、本区分により算定する。

（２）　咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部ブリッジのポンティックにおいてレジン裏装が脱落し、これを即時重合レジンで修理した場合は本区分により算定する。

（３）　レジンジャケット冠の一部破損に対して、口腔内において即時硬化レジンで修理した場合は、本区分により算定する。

Ｍ０４１　広範囲顎骨支持型補綴物修理

（１）　当該補綴物の修理~~については~~は、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に月１回を限度として~~に限り~~算定する~~できる~~。

（２）　広範囲顎骨支持型補綴物修理の算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載すること。なお、別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する~~こと~~。

第13部　歯科矯正

通則

1　歯科矯正は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。

2　歯科矯正~~の費用~~は、第１節の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる~~ものとする~~。」等と規定されている場合を除き、第１節の各区分の所定点数に第２節の特定保険医療材料料を合算して算定する。

3　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。

4　印象採得、咬合採得及び装着~~について~~は、それぞれの診療行為を行った日に算定する。

5　第13部に掲げられていない特殊な歯科矯正~~について~~は、その都度当局に内議し、最も近似する歯科矯正として準用が通知された算定方法により算定する。

6　歯科矯正においては、患者が任意に診療を中止し、１月を経過した後、再び同一症状又は同一病名で当該保険医療機関に受診した場合は、初診料は算定できない。

7　別に厚生労働大臣が定める疾患とは、次のものをいう。

（１）　唇顎口蓋裂
（２）　ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）
（３）　鎖骨・頭蓋骨異形成
（４）　クルーゾン症候群
（５）　トリチャーコリンズ症候群
（６）　ピエールロバン症候群
（７）　ダウン症候群
（８）　ラッセルシルバー症候群
（９）　ターナー症候群
（10）　ベックウィズ・ヴィードマン症候群
（11）　尖頭合指症
（12）　ロンベルグ症候群
（13）　先天性ミオパチー
（14）　顔面半側肥大症
（15）　エリス・ヴァン・クレベルド症候群
（16）　軟骨形成不全症
（17）　外胚葉異形成症
（18）　神経線維腫症
（19）　基底細胞母斑症候群

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

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

第１節　歯科矯正料

Ｎ０００　歯科矯正診断料

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

（２）　歯科矯正診断料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる

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

（３）　別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者であって、顎切除等の手術を必要とするものに係る歯科矯正診断料~~については~~は、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師~~保険医~~の氏名を治療計画書に記載する。

（４）　「注１」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。

イ　全身性疾患の診断名、症状及び所見

ロ　口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等

ハ　歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等

ニ　保険医療機関名、担当歯科医師又は担当医師~~保険医~~の氏名等

（５）　患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

（６）　歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する~~こと~~。

（７）　歯科矯正診断料を算定した後、「注２」に掲げる歯科矯正診断料を算定した日から起算して６月以内の場合並びに区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合~~に~~は、歯科矯正診断料は、算定できない。

（８）　歯科矯正診断料の算定に係る歯列矯正は、歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び別に厚生労働大臣が定める疾患に係る育成医療及び更生医療等当該疾患に係る手術等を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師との十分な連携を図り行う~~こと~~。

（９）　６歯以上の非症候性部分性無歯症は、欠損している歯数に第三大臼歯は含めない。なお、当該疾患に伴う咬合異常の治療を開始する場合は、診療録に欠損している部位を記載する。

Ｎ００１　顎口腔機能診断料

（１）　顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関に限り算定する。

（２）　顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする顎変形症の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患に起因して顎変形症を発症している場合は除く。）の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等について、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真及び予測模型等による評価又は分析を行い、これらの結果と既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号Ｎ００４に掲げる模型調製~~の費用~~は別に算定する~~できる~~。

（３）　「注１」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。

イ　全身性疾患の診断名、症状及び所見

ロ　口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等

ハ　歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等

ニ　歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等

ホ　顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師~~保険医~~の氏名

ヘ　歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当歯科医師~~保険医~~の氏名等

（４）　患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

（５）　顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する~~こと~~。

（６）　顎口腔機能診断料を算定した後、「注２」に掲げる顎口腔機能診断料を算定した日から起算して６月以内の場合並びに区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合~~に~~は、顎口腔機能診断料は算定できない。

（７）　顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関で実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行い、これら一連の治療に関する記録は、当該療養を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管する~~こと~~。

Ｎ００２　歯科矯正管理料

（１）　「注１」に規定する「計画的な歯科矯正管理」とは、歯と顎の変化及び移動の把握並びにそれに基づく治療計画の点検及び修正をいう。

また、「注１」に規定する「経過模型による歯の移動等の管理」とは、経過模型を製作し、過去に製作した経過模型と対比し、歯の移動等を把握することをいう。

（２）　「注１」に規定する「療養上必要な指導」とは、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の「注１」に規定する治療計画書に基づいた矯正装置の取扱い、口腔衛生、栄養、日常生活その他療養上必要な指導等をいう。

なお、療養上必要な指導を行った場合~~に~~は、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。

（３）　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」若しくは区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の「注１」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合~~に~~は、歯科矯正管理料は算定できない。

（４）　「注１」の「文書」とは、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況（治療計画の策定及び変更年月日を含む。）、保険医療機関名、当該管理を行った主治の歯科医師の氏名、顎切除、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合におい

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

（５） 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

（６） 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した文書の要点を記載する~~こと~~。

（７） 再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科矯正管理料は算定できない。

（８） 歯科矯正管理を行った場合の説明等に使用した経過模型、口腔内写真、顔面写真等~~の費用~~は、歯科矯正管理料に含まれ別に算定できない。

（９） 保定における保定装置の調整~~の費用~~は、歯科矯正管理料に含まれる。

Ｎ００３　歯科矯正セファログラム

（１） 歯科矯正セファログラムとは、焦点と被写体の中心及びフィルム面が常に一定の距離を保持し、かつ、エックス線の主線が両耳桿の延長線に対して、０度、90度又は45度に保てる規格の機器を用いて撮影したものをいう。

なお、常に一定の距離とは、個々の患者につき、焦点と被写体の中心及びフィルム面の距離が経年的に一定であることをいう。

（２） 一連とは、側貌、前後像、斜位像等の撮影を全て含むものをいう~~である~~。

（３） 歯科矯正セファログラムに用いたフィルムに係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｎ００４　模型調製

（１） 平行模型は、咬合平面が水平になるよう製作したときに、顎態模型は、眼耳平面を基準として顎顔面頭蓋との関係を明らかにした模型を製作したときに算定する。

（２） プラスターベースは、平行模型及び顎態模型を一定の規格に維持した状態で長期にわたって保管する必要があるために用いる~~ものである~~。プラスターベースの使用に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 平行模型は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したとき、それぞれ一回を限度として~~に限り~~算定する。

（４） 予測模型とは、歯及び顎の移動後の咬合状態の予測を模型上にあらわしたものをいう~~である~~。

（５） 予測模型は、歯科矯正の治療においてダイナミックポジショナー及びスプリングリテーナーを製作した場合~~に~~はそれぞれ１回算定する。なお、歯科矯正を開始したとき又は動的処置を開始したときは、いずれかについて１回~~に限り~~を限度として算定するものとし、顎離断等の手術を開始したときも１回~~に限り~~を限度として算定する。

（６） 製作した模型~~については~~は、保定期間を含む一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して３年を保存期間とする。

Ｎ００５　動的処置

（１） 動的処置とは、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の「注１」に規定する治療計画書に基づき策定された区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「注１」又は「注３」に規定する力系に関するチャートに基づき、矯正装置に用いた主線、弾線、スクリュー等の調整並びに床の削除及び添

加により、歯及び顎の移動・拡大等を計画的に行うものをいうとする。

（２）　動的処置の費用は、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１　装置」を算定した場合においては、当該費用に含まれ別に算定できない。なお、保定装置の使用期間中においても算定できない。

（３）　同一月内における装置の装着と日を異にして行った動的処置は、同一月内の第１回目として取り扱う。

Ｎ００６　印象採得

（１）　歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバトール（ＦＫＯ）等装置ごとに算定する。

（２）　マルチブラケット装置の印象採得をステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣの各ステップにおいて行った場合は、各ステップにつき１回に限りを限度として算定する。

（３）　「２のイ　印象採得が簡単なもの」に該当するものは、先天性異常が軟組織に限局している場合をいう。

（４）　「２のロ　印象採得が困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合をいう。なお、硬組織に及ぶ場合とは、先天性異常として骨の欠損及び癒合不全、著しい顎の過成長及び劣成長を伴うものをいう。

（５）　「２のハ　印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、（４）に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合をいう。

（６）　リトラクター又はプロトラクターを製作するために顎顔面の採型を行った場合は、「２のハ　印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

（７）　双線弧線装置を使用して歯科矯正を行う場合の第１回目の装置の印象採得の費用は本区分の「１　マルチブラケット装置」を、装着の費用は区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のロ　固定式装置」及び装置の費用は区分番号Ｎ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」により算定するものとし、第２回目以降の装置の費用については区分番号Ｎ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」のみを算定する。なお、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「注１」又は「注３」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定するできる。

Ｎ００７　咬合採得

（１）　歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバトール（ＦＫＯ）等装置ごとに算定する。

（２）　マルチブラケット装置の場合は、算定できない。

（３）　「２　困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合をいう。

（４）　「３　構成咬合」とは、アクチバトール、ダイナミックポジショナーの製作のために筋の機能を賦活し、その装置が有効に働き得る咬合状態を採得するものをいう。

Ｎ００８　装着

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

バトール、リトラクター等である。

（２） 「１のロ　固定式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できないリンガルアーチ、マルチブラケット装置、ポータータイプの拡大装置等である。

（３） 装置の装着料は、マルチブラケット装置を除き第１回目の装着時にのみ算定する~~できる~~。

（４） マルチブラケット装置の装着料は、各ステップにつき１回~~に限り~~を限度として算定する。

（５） ポータータイプ又はスケレトンタイプの拡大装置に使用する帯環の装着に係る費用は、装置の装着に係る費用に含まれ別に算定できない。

（６） マルチブラケット装置の装着時の結紮に係る費用は、所定点数に含まれる。

（７） フォースシステムとは、歯及び顎の移動に関して負荷する矯正力の計画を立てることをいい、力系に関するチャートとは、フォースシステムを基にした矯正装置の選択及び設計のチャートをいう。

（８） メタルリテーナーを除いた保定装置の製作に当たって、フォースシステム~~の費用~~は算定できない。

（９） 「注１」又は「注３」の加算を算定する場合は、診療録に、口腔内の状況、力系に関するチャート、治療装置の名称及び設計等を記載する~~こと~~。

(10) 歯科矯正用アンカースクリューの装着料は、区分番号Ｎ００８－２に掲げる植立に含まれる。

Ｎ００８－２　植立

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

Ｎ００９　撤去

（１） ポータータイプの拡大装置の撤去~~の費用~~は、同装置を最終的に撤去する場合に１回~~に限り~~を限度として帯環の数に応じて算定する。

（２） ３について、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定して差し支えない。

Ｎ０１０　セパレイティング

（１） セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する２歯間の接触面を１箇所として算定する。なお、これに使用した真鍮線等の撤去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２） 叢生（クラウディング）について、本通知の第13部通則３に規定する顎変形症及び通則７に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際

に歯の隣接面の削除を行った場合は、区分番号Ｉ０００－２に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

Ｎ０１１　結紮

マルチブラケット装置において結紮を行った場合にのみ算定する。

Ｎ０１２　床装置

マルチブラケット装置以外の装置~~について~~は、次により算定する。

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

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

Ｎ０１３　リトラクター

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

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

Ｎ０１４　プロトラクター

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

Ｎ０１５　拡大装置

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

Ｎ０１６　アクチバトール（ＦＫＯ）

本区分に該当するものは、アクチバトール及びダイナミックポジショナーである。

Ｎ０１７　リンガルアーチ

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

（２）　リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合は、区分番号Ｎ０２８に掲げる床装置修理により算定する。

Ｎ０１８　マルチブラケット装置

マルチブラケット装置~~について~~は、次により算定する。

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

ロ　ステップが進んだ場合~~に~~は、前のステップに戻って算定できない。

ハ　ステップⅠとは、レベリングを行うことをいう。

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

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

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

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

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

Ｎ０１９　保定装置

（１）　保定装置とは、動的処置の終了後、移動させた歯及び顎を一定期間同位置に保持する装置をいう。

（２）　動的処置に使用した矯正装置をそのまま保定装置として使用した場合~~に~~は、保定装置~~の費用~~は算定できない。

（３）　メタルリテーナーは、前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大を行った後の保定を維持する場合であって、メタルリテーナーを使用する必要性がある場合に限って算定する。

（４）　「５　リンガルバー」に該当するものは、リンガルバー及びパラタルバーを使用する装置である。

（５）　インビジブルリテーナーは、プレートタイプリテーナーにより算定する。

Ｎ０２０　鉤

「２　複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。

Ｎ０２１　帯環

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

Ｎ０２３　フック

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

Ｎ０２４　弾線

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

Ｎ０２５　トルキングアーチ

トルキングアーチ~~については~~は、装着、結紮等~~の費用~~は別に算定できない。

Ｎ０２６　附加装置

附加装置~~に~~は、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）~~の費用~~を含む。

Ｎ０２７　矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

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

Ｎ０２８　床装置修理

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

の添加を行う場合の床の添加に要する費用は、区分番号Ｎ００５に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。

第14部　病理診断

通則

第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。

病理診断・判断料

Ｏ０００　口腔病理診断料

（１）　口腔病理診断料を算定する~~できる~~保険医療機関は、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である~~なければならない~~。

（２）　当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う歯科医師又は医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、口腔病理診断料は算定できない。

（３）　当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の保険医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合~~に~~は、月１回を限度として~~に限り所定点数を~~算定する。なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場~~合において~~は、療養の給付の対象とならない。

別紙様式１

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

［患者記入欄］　　年　　月　　日

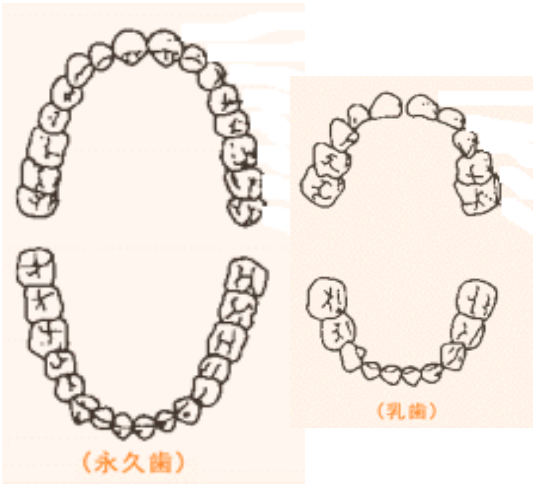
患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日　（　　歳）		

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

［保険医療機関記入欄］　　年　　月　　日

【口腔内の状況】

義歯装着　□有　□無



【歯周組織検査の概要】
・4㎜以上の歯周ポケット　□有　□無
・歯の動揺　□重度　□中等度　□軽度　□正常
・歯肉の腫れ　□有　□無
・歯の痛み　□有　□無
・その他（　　）

【画像診断結果の概要】
・歯の支持骨吸収　□高度　□中等度　□軽度　□無
・その他の特記事項（　　）

【プラーク付着状況】□多い　□やや多い　□少ない

【その他の留意点】
□咀嚼機能　□摂食・嚥下機能　□構音機能

【歯科疾患と全身の健康との関係】
（　　）

【改善目標事項】	□歯磨きの習慣　□飲料物の習慣　□間食の習慣 □歯口清掃器具の使用　□喫煙習慣　□その他（　　）
【治療の予定】	□むし歯治療　□歯周疾患治療　□被せ物　□ブリッジ　□義歯 □その他（　　）
【治療期間】	約（　　）週・月　（　　）回程度

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

別紙様式２

歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）

年　　月　　日

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日　（　　歳）		

【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください）

・痛みについて　□痛い　□時々痛い　□痛くない
・歯肉の出血について　□ある　□時々ある　□ない
・腫れについて　□ある　□時々ある　□ない
・食事について　□食べにくい　□変わらない　□食べやすくなった
・その他（　　）

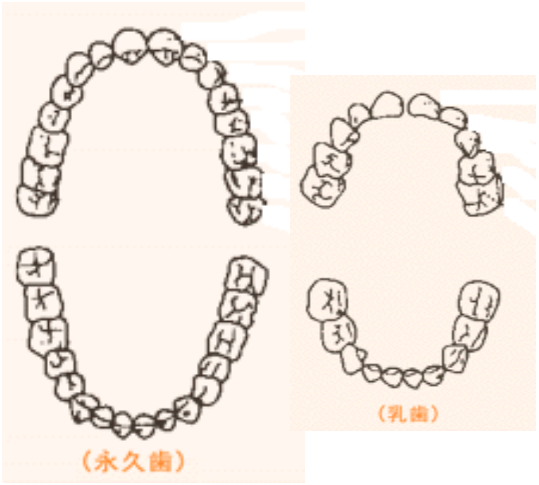
【生活習慣の状況】

・１日の歯磨きの回数　（　　）回
・歯磨きの時間　□朝食後　□昼食後　□夕食後　□就寝前
・習慣的飲料物　□炭酸飲料　□ジュース　□その他（　　）
・間食の取り方　□不規則　□規則正しい　□しない
・歯口清掃器具の使用　□なし　□歯ブラシ　□フロス　□歯間ブラシ
・その他（　　）

【備考】

【口腔内の状況】

義歯装着　□有　□無



【歯周組織検査の概要】

・4㎜ 以上の歯周ポケット　□有　□無
・歯の動揺　□重度　□中等度　□軽度　□正常
・歯肉の腫れ　□有　□無
・その他（　　）

【画像診断結果の概要】

・歯の支持骨吸収　□高度　□中等度　□軽度　□無
・その他の特記事項（　　）

【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない

【その他の留意点】

□咀嚼機能　□摂食・嚥下機能　□構音機能

【口腔内の状態の改善状況】

（　　）

【継続して行う治療内容】	□むし歯治療　□歯周疾患治療　□被せ物　□ブリッジ　□義歯 □その他（　　）
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣　□飲料物の習慣　□間食の習慣 □歯口清掃器具の使用　□喫煙習慣　□その他（　　）
【治療期間】	約（　　）週・月　（　　）回程度

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

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。

２　保険薬剤師は、投与日数が長期間にわたる処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

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

３　保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方せんに薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方せんを患者に返却すること。

４　「区分番号００」の「注３」の後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品については、「診療報酬における~~おいて~~加算等の算定対象となる後発医薬品等について」（平成~~24~~26年~~３~~○月~~５~~○日保医発~~0305~~○第~~14~~○号）を参照すること。

５　保険薬局は、薬局内の見やすい場所に調剤報酬点数表の一覧等を掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

＜調剤技術料＞

区分００　調剤基本料

（１）　調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの枚数に関係なく処方せんの受付１回につき算定する。なお、同一保険薬局において分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、２回目以降については、「注４」又は「注５」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。

（２）　同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付１回と数える。

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

（３）　２以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんを同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え２回以上とする。

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

ア　前年２月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

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

イ　前年３月１日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までの受付回数が4,000回又は2,500回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、４月１日から翌年３月31日まで適用する。

ウ　前年12月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の受付回数が12,000回又は月に2,500回を超える薬局に該当するか否かの取扱いの場合は指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の受付回数が7,500回を超えるか否かで判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は~~40~~41点を算定する。

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

ア　前年２月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

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

イ　前年３月１日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの

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

ウ　前年12月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から３か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%又は90%を超えるか否かで判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は~~40~~41点を算定する。

（６）　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。

（７）　「注４」については、長期投薬（１４日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、１処方せんの２回目以降の調剤を同一の保険薬局において２回目以降行った場合に算定する。

（８）　「注４」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。

（９）　「注５」については、後発医薬品への変更が可能な処方せんを提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において１処方せんの２回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、２回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号１０」の薬剤服用歴管理指導料を算定できる。

(10)　「注５」に係る分割調剤を行った場合は、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。また、２回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。

(11)　１処方せんについて、「注４」に係る分割調剤の２回目以降の調剤と「注５」に係る分割調剤の２回目の調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

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

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

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

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

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

(13) 妥結率の割合は、「別紙様式１」により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告する。なお、平成26年度改定後、最初の報告は平成26年10月に行い、(12) の取扱いについては、平成27年1月1日から適用する。

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

区分０１　調剤料

（１） 内服薬

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

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

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

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

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

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

①　配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

②　内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合

③　内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（２）　屯服薬

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

（３）　浸煎薬

ア　浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ　浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

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

（４）　湯薬

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

イ　湯薬の調剤料は、１調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

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

（５）　注射薬

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

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

剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンＩ$_2$製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、Ｈ$_2$遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤~~及び~~、アバタセプト製剤、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤及び注射用抗菌薬）に限る。

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

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

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

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

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

（７）　外用薬

ア　外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

イ　外用薬の調剤料は、１回の処方せん受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。

ウ　トローチについては、外用薬として算定する。

（８）　注射薬の無菌製剤処理

ア　「注２」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。

イ　注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、２以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液~~又は~~、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を１日分製剤する毎にそれぞれ~~40点又は50点~~65点、75点又は65点（６歳未満の乳幼児の場合においては、１日分製剤する毎にそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。

ウ　抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）において指定されたものをいう。

エ　無菌製剤処理加算は、~~２以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは２以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて１つの注射剤として製剤した場合においても、１日につき１回に限り、それぞれ40点若しくは50点又は50点を算定するものとする。~~同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて１つの注射剤として製剤した場合においても、１日につき１回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

オ　無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

カ　無菌調剤室の共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年８月22日薬食発0822第２号）を遵守し適正に実施すること。

（９）　麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算

ア　「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第２条第６号の規定に基づく同法別表第３に掲げる向精神薬をいう。

イ　本加算は、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに１調剤行為につき70点、それ以外のときに１調剤行為につき８点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。

ウ　使用した薬剤の成分が麻薬、覚せい剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚せい剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。

エ　重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は１調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は１調剤につき８点を算定する。

オ　本加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

(10)　調剤技術料の時間外加算等

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

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

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

エ　時間外加算

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

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

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

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

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

オ　休日加算

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

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

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

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

カ　深夜加算

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

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

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

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

(11) 調剤料の夜間・休日等加算

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

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

(12) 自家製剤加算

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

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

（イ） 錠剤を粉砕して散剤とすること。

（ロ） 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。

（ハ） 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

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

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

きる。

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

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

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

カ　自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

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

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

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

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

(13)　計量混合調剤加算

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

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

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

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

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

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

(14)　在宅患者調剤加算

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

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

＜薬学管理料＞

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

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

区分１０　薬剤服用歴管理指導料

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

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

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

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

（ロ）　用法、用量、効能、効果

（ハ）　副作用及び相互作用

（ニ）　服用及び保管取扱い上の注意事項

（ホ）　保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

（ヘ）　保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

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

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

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

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

（２）　薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第１回目の処方せん受付時から算定できる。

（３）　薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。

ア　氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録

イ　処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録

ウ　調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ　患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録

オ　患者又はその家族等からの相談事項の要点

カ　服薬状況

キ　残薬の状況の確認

ク　患者の服薬中の体調の変化

ケ　併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報

コ　合併症を含む既往歴に関する情報

サ　他科受診の有無

シ　副作用が疑われる症状の有無

ス　飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等

セ　後発医薬品の使用に関する患者の意向

ソ　手帳による情報提供の状況

タ　服薬指導の要点

チ　指導した保険薬剤師の氏名

（４）　（３）のエからセまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認~~するよう努めること。~~すること。

（５）　薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。

（６）　薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。

（７）　薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、ボイスレコーダー等への録音その他のものをいう。

（８）　効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。

（９）　情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

(10)　服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、

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

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

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

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾患に関する記録

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

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

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

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

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

(17)　（１）のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成~~24~~26年~~3~~○月~~5~~○日保医発~~0305~~○第~~14~~○号）の別紙１に掲げられたものに加え、別紙２に掲げられたものも含むものであること。

ア　該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

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

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

(19)　薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して３年間保存する。

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

(~~20~~21)　麻薬管理指導加算

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

イ　指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。

(~~21~~22)　重複投薬・相互作用防止加算

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

なお、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

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

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

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

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

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

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

(~~22~~23)　特定薬剤管理指導加算

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

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

は得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。

イ　特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル硫酸塩及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗ＨＩＶ薬をいう。

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

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

(~~23~~24)　乳幼児服薬指導加算

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

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

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

区分１３　長期投薬情報提供料

（１）　長期投薬情報提供料１

ア　長期投薬情報提供料１は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

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

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

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

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

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

（イ）　医薬品緊急安全性情報

（ロ）　医薬品・医療機器等安全性情報

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

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

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

（２）　長期投薬情報提供料２

ア　長期投薬情報提供料２は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

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

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

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

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

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

エ　長期投薬情報提供料２は、長期投薬に係る処方せんの初回受付時には算定できない。また、次回の処方せん受付日に薬剤服用歴管理指導料を算定した場合にあっては、同日に行った当該情報提供料に係る服薬状況等の確認及び必要な指導については、当該情報提供料は算定できない。ただし、同日前に行った確認及び指導については、算定できる。

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

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

区分１４の２　外来服薬支援料

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

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

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

（３） 外来服薬支援は、処方せんによらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。

（４） 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。

（５） 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

（６） 外来服薬支援料は、「区分番号１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。

区分１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（１） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況~~及び~~、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

（２） 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、「２」は、在宅での療養を行っている患者であって同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（３） 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（４） （３）にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「サポート薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととす

るが、費用については両者の合議とする。

（５） サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行ったサポート薬局名、当該訪問薬剤管理指導を行った日付及びやむを得ない事由等を記載する。また、サポート薬局が処方せんを受け付け、調剤を行ったサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等はサポート薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が処方せんを受け付けた旨を記載する。

（６） 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者

イ 介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

（７） 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

（８） 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存すること。

（９） 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。

(10) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行うこと。

(11) 薬学的管理指導計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行うこと。

(12) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当

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

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

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

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

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

ア　訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

イ　処方医から提供された情報の要点

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

エ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

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

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

(~~16~~17)　在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号１０」の薬剤服用歴管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合を除く。）、「区分番号１３」の長期投薬情報提供料、「区分番号１４の２」の外来服薬支援料又は「区分１５の５」の服薬情報等提供料は算定できない。

(~~17~~18)　麻薬管理指導加算

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（~~19~~20）　「注４」に規定する交通費は実費とする。

区分１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

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

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

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

ア　訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

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

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

エ　当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

（４）　麻薬管理指導加算

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（６）　「注４」に規定する交通費は実費とする。

区分１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料

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

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

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

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

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

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

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

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

エ　当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

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

（６） 麻薬管理指導加算

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

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

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

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

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

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

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

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

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

区分１５の４　退院時共同指導料

（１） 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２） 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

（３） 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付すること。

（４） 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

区分１５の５　服薬情報等提供料

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

（２） 服薬情報等提供料は、処方せん発行保険医療機関から次のア若しくはイに掲げる情報提供の求めがあった場合、又は保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴に基づき患者の服薬に関する次のア、イ若しくはウに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供したときに算定する。

ア　当該患者の服薬状況

イ　当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等

ウ　当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

（３） ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含むものであること。患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

（４） ウについては、処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。

（５） 患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。ただし、２以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月１回に限り算定できる。

（６） 情報提供に当たっては、別紙様式１又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。

（７） 服薬情報等提供料は、「区分番号１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

＜薬剤料＞

区分２０　使用薬剤料

（１） 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。

ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。

なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

（２） 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。

（３） 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方せんに基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

（４） 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用

しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

（５） 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

＜特定保険医療材料料＞

区分３０　特定保険医療材料

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

ア　別表２に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器

イ　在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年３月厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料~~自己連続携行式腹膜灌流以外の目的で患者が使用する腹膜透析液交換セット~~

~~ウ　在宅中心静脈栄養法以外の目的で患者が使用する在宅中心静脈栄養用輸液セット~~

~~エ　在宅成分栄養経管栄養法以外の目的で患者が使用する在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル~~

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

別表１

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

○　万年筆型注入器用注射針

~~㊀　自己連続携行式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット~~

~~㊁　在宅中心静脈栄養用輸液セット~~

~~㊂　在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル~~

~~㈠　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ~~

別表２

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

保医発0305第１号
平成26年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

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

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24~~22~~年３月５日保医発0305第２号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

第１　基本診療料の施設基準等

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

１　初・再診料の施設基準等は別添１のとおりとする。

２　入院基本料等の施設基準等は別添２のとおりとする。

３　入院基本料等加算の施設基準等は別添３のとおりとする。

4　特定入院料の施設基準等は別添４のとおりとする。

5　短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添５のとおりとする。

6　基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

7　診療等に要する書面等は別添６のとおりである。

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

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

第２　届出に関する手続き

1　基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。

2　「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添７の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を正副２通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。

3　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第１に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

4　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前４か月、回復期リハビリテーション病棟入院料１及び回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準については届出前６か月の実績を有していること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

5　基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（1）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。

（2）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。

（3）　地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示

第104号）に該当している保険医療機関である場合。

（４）　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年５月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

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

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

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

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

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

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

第３　届出受理後の措置等

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

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

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

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

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

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

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

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

（３）　１日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（４）　医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合~~７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料~~を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、１日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（５）　算定要件中の該当患者の割合については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（６）　算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で３か月間の一時的な変動。

~~（７）　亜急性期入院医療管理料の算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、３か月間（暦月）の平均実績が６割未満とならない範囲の一時的な変動。~~

２　１による変更の届出は、１のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

３　届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

４　基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

５　届出を行った保険医療機関は、毎年７月１日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。

６　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

７　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（掲示例）

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

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

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

（２）　有床診療所入院基本料１を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が７人以上勤務しています。」

第４　経過措置等

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

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

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

地域包括診療加算
一般病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算（13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）
一般病棟入院基本料の注11に掲げる療養病棟入院基本料１（７対１入院基本料又は10対１入院基本料に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
一般病棟入院基本料の注12に掲げるＡＤＬ維持向上等体制加算（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）
療養病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算（療養病棟入院基本料２に限る。）
療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料１に限る。）
結核病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算
精神病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算
精神病棟入院基本料の注７に掲げる精神保健福祉士配置加算
特定機能病院入院基本料の注９に掲げる療養病棟入院基本料１（一般病棟に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
特定機能病院入院基本料の注10に掲げるＡＤＬ維持向上等体制加算（一般病棟に限る。）
専門病院入院基本料の注８に掲げる療養病棟入院基本料１（平成26年10月１日以降に限る。）
専門病院入院基本料の注９に掲げるＡＤＬ維持向上等体制加算（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）
障害者施設等入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算

有床診療所入院基本料の注６に掲げる看護補助配置加算１又は２
有床診療所入院基本料の注10に掲げる栄養管理実施加算
有床診療所療養病床入院基本料の注10に掲げる栄養管理実施加算
総合入院体制加算１
医師事務作業補助体制加算１
急性期看護補助体制加算の注２に掲げる夜間25対１急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算（平成26年10月１日以降に限る。）
新生児特定集中治療室退院調整加算３
特定集中治療室管理料１又は２
ハイケアユニット入院医療管理料１
回復期リハビリテーション病棟入院料の注５に掲げる体制強化加算
地域包括ケア病棟入院料
地域包括ケア病棟入院料の注２（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
地域包括ケア病棟入院料の注３に掲げる看護職員配置加算
地域包括ケア病棟入院料の注４に掲げる看護補助者配置加算
精神科救急入院料の注４に掲げる院内標準診療計画加算
精神科急性期治療病棟入院料の注４に掲げる精神科急性期医師配置加算
精神科急性期治療病棟入院料の注５に掲げる院内標準診療計画加算
精神科救急・合併症入院料の注４に掲げる院内標準診療計画加算
精神療養病棟入院料の注６に掲げる精神保健福祉士配置加算
特定一般病棟入院料の注７
~~時間外対応加算１~~
~~時間外対応加算３~~
~~一般病棟入院基本料の注６に掲げる看護必要度加算１（10対１入院基本料に限る。）~~
~~一般病棟入院基本料の注６に掲げる看護必要度加算２（10対１入院基本料に限る。）~~
~~一般病棟入院基本料の注７に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対１入院基本料に限る。）~~
~~一般病棟入院基本料の注13に掲げる療養病棟入院基本料１（13対１入院基本料又は15対１入院基本料に限る。）（平成24年10月１日以降に限る。）~~
~~特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算１（一般病棟の10対１入院基本料に限る。）~~
~~特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算２（一般病棟の10対１入院基本料に限る。）~~
~~専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算１（10対１入院基本料に限る。）~~
~~専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算２（10対１入院基本料に限る。）~~
~~専門病院入院基本料の注４に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対１入院基本料に限る。）~~
~~有床診療所入院基本料の注７に掲げる看取り加算~~
~~有床診療所入院基本料の注９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料~~
~~有床診療所療養病床入院基本料の注７に掲げる看取り加算~~
~~有床診療所療養病床入院基本料の注９に掲げる有床診療所入院基本料~~

~~医師事務作業補助体制加算（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する保険医療機関に限る。）~~

~~医師事務作業補助体制加算（30対１補助体制加算）~~

~~医師事務作業補助体制加算（40対１補助体制加算）~~

~~急性期看護補助体制加算（25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上））~~

~~急性期看護補助体制加算（25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満））~~

~~急性期看護補助体制加算の注２に掲げる夜間50対１急性期看護補助体制加算~~

~~急性期看護補助体制加算の注２に掲げる夜間100対１急性期看護補助体制加算~~

~~急性期看護補助体制加算の注３に掲げる看護職員夜間配置加算~~

~~看護補助加算１（13対１入院基本料を算定する病棟に限る。）~~

~~療養病棟療養環境改善加算１~~

~~療養病棟療養環境改善加算２~~

~~診療所療養病床療養環境改善加算~~

~~無菌治療室管理加算１~~

~~無菌治療室管理加算２~~

~~緩和ケア診療加算の注２（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

~~有床診療所緩和ケア診療加算~~

~~精神科リエゾンチーム加算~~

~~栄養サポートチーム加算の注２（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

~~感染防止対策加算１~~

~~感染防止対策加算２~~

~~感染防止対策加算の注２に掲げる感染防止対策地域連携加算~~

~~患者サポート体制充実加算~~

~~精神科救急搬送患者地域連携紹介加算~~

~~精神科救急搬送患者地域連携受入加算~~

~~病棟薬剤業務実施加算~~

~~データ提出加算１~~

~~データ提出加算２~~

~~小児特定集中治療室管理料~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料１~~

~~亜急性期入院医療管理料の注２（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

~~児童・思春期精神科入院医療管理料~~

~~精神療養病棟入院料の注４に掲げる重症者加算１（平成25年３月31日以降に限る。）~~

~~精神療養病棟入院料の注５に掲げる退院調整加算~~

~~認知症治療病棟入院料注３に掲げる認知症夜間対応加算~~

~~特定一般病棟入院料１~~

~~特定一般病棟入院料２~~

~~特定一般病棟入院料の注７に掲げる加算~~

~~特定一般病棟入院料の注12に掲げる療養病棟入院基本料１~~

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

の
一般病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。７対１入院基本料に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
一般病棟入院基本料の注６に掲げる看護必要度加算１又は２（平成26年10月１日以降に限る。）
総合入院体制加算２
診療録管理体制加算
医師事務作業補助体制加算２
急性期看護補助体制加算（平成26年10月１日以降に限る。）
看護補助加算（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対１入院基本料に限る。）（平成26年10月１日以降に限る。）
褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注２（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
退院調整加算の注３（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
データ提出加算
特定集中治療室管理料３又は４
ハイケアユニット入院医療管理料２
小児特定集中治療室管理料
新生児特定集中治療室管理料１又は２
回復期リハビリテーション病棟入院料１（平成26年10月１日以降に限る。）
回復期リハビリテーション病棟入院料の注２に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算
~~入院基本料及び特定入院料（様式５）（平成24年３月31日において、褥瘡患者管理加算の届出を行っていない保険医療機関及び、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって栄養管理体制の基準を満たしているものに限る。）~~
~~入院基本料及び特定入院料（様式５の２）（平成24年３月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、栄養管理体制の経過措置に該当する保険医療機関に限る。）~~
~~一般病棟入院基本料（７対１入院基本料）~~
~~一般病棟入院基本料（７対１入院基本料（経過措置））~~
~~一般病棟入院基本料（平成24年３月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年７月１日以降、10対１入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）~~
~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料）~~
~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料（経過措置））~~
~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（平成24年３月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又は急性期看護補助体制加算の届出を行っている保険医療機関以外であって、平成24年７月１日以降、10対１入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）~~
~~専門病院入院基本料（７対１入院基本料）~~
~~専門病院入院基本料（７対１入院基本料（経過措置））~~
~~専門病院入院基本料（平成24年３月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出又~~

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

~~新生児特定集中治療室退院調整加算~~

~~後発医薬品使用体制加算１~~

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

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

~~総合周産期特定集中治療室管理料~~

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

~~亜急性期入院医療管理料~~

~~認知症治療病棟入院料注２に掲げる退院調整加算~~

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

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

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

ては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

~~3　基本診療料の施設基準等第十一の三、五、六、七の規定は、次の場合について、平成26年３月31日までの間に限り、医療区分２又は３の患者とみなす取扱いを規定したものであること。なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分２又は３の患者とみなす患者は、平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年４月１日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。~~

~~ア　平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料１又は特殊疾患療養病棟入院料２を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に平成22年３月31日までの間に転棟又は転院した場合~~

~~イ　障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年４月１日から平成22年３月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合（障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年４月１日から平成22年３月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合を含む。）~~

~~4　基本診療料の施設基準等第十一の四の規定は、平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料１又は特殊疾患療養病棟入院料２を算定する病棟に入院していた別表第十三の患者であって、当該病棟を平成18年７月１日から平成20年３月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換し、医療区分２又は３の患者とみなされていた患者のうち、次の患者について、平成20年４月１日以降も、平成26年３月31日までの間に限り、引き続き医療区分２又は３の患者とみなすことを規定したものである。~~

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

別添１

初・再診料の施設基準等

第１　夜間・早朝等加算

１　夜間・早朝等加算に関する施設基準等

（１）　１週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、１週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

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

ア　地域医療支援病院(医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院)

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

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

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

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

２　届出に関する事項

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

第２　時間外対応加算

１　通則

（１）　診療所であること。

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

２　時間外対応加算１に関する施設基準

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

することができる体制がとられていること。

3　時間外対応加算２に関する施設基準

（1）　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（2）　休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4　時間外対応加算３に関する施設基準

（1）　診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。

（2）　当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（3）　当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

（4）　複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で３つまでとすること。

5　届出に関する事項

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

第２の２　明細書発行体制等加算

1　明細書発行体制等加算に関する施設基準

（1）　診療所であること。

（2）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。

（3）　算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2　届出に関する事項

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

第２の３　地域包括診療加算

1　地域包括診療加算に関する施設基準

（1）から（7）までの基準をすべて満たしていること。

（1）　診療所であること。

（2）　当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」とい

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

（３） 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

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

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

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

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

ア 時間外対応加算１又は２の届出を行っていること。

イ 常勤の医師が３名以上配置されていること。

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

２ 届出に関する事項

地域包括診療加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●を用いること。

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

１ 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

（１） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前１か月間（暦月）の数値を用いる。

（２） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前１年間（暦年）の数値を用いる。

（３） 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前３か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。

（４） （１）の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添６の別紙１又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した６歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。

（５） 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24年３月５日保医発0305第１号）の別添１第１章第２部通則７の（３）に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。

（６） 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

２ 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添７の様式３を用いること。

届出受理後の措置については、毎年３月末日までに、前年１年間（暦年）の実績について別添７の様式３による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

第４ 歯科外来診療環境体制加算

１ 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

（１） 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 歯科衛生士が１名以上配置されていること。

（３） 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。

ア 自動体外式除細動器（ＡＥＤ）

イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

エ 血圧計

オ 救急蘇生セット~~（薬剤を含む。）~~

カ 歯科用吸引装置

（４） 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険

医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

（５） 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。

（６） 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。

（７） 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。

（８） 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

２ 届出に関する事項

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

第４の２ 歯科診療特別対応連携加算

１ 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

（１） 歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前３か月間（暦月）の数値を用いる。

（２） 当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。

ア 自動体外式除細動器（ＡＥＤ）

イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

エ 救急蘇生セット~~（薬剤を含む。）~~

（３） 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２ 届出に関する事項

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

別添２

入院基本料等の施設基準等

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

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

１　入院診療計画の基準

（１）　当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。

（２）　入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添６の別紙２又は別紙２の３を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後７日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添６の別紙２の２を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。

（３）　入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。

（４）　医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。

（５）　説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。

（６）　入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

２　院内感染防止対策の基準

（１）　当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。

（２）　当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月１回程度、定期的に開催されていること。

（３）　院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。

（４）　当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有するすべての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が

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

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

３　医療安全管理体制の基準

（１） 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。

（２） 安全管理のための指針が整備されていること。

安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

（３） 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。

院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていること。

（４） 安全管理のための委員会が開催されていること。

安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。

（５） 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。

安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年２回程度実施されることが必要である。

４　褥瘡対策の基準

（１） 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

（２） 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

（３） 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添６の別紙３を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、（２）に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添６の別紙３のように１つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっていても構わない。

（４） 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。

（５） 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

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

５　栄養管理体制の基準

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

~~有床診療所においては非常勤であっても差し支えない。~~

（２） 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

（３） 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

（４） （３）において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添６の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

（５） 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。

（６） 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。

（７） 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。

（８） 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、（１）から（７）までの体制を満たしていることが望ましい。

（９） （１）に規定する管理栄養士は、１か月以内の欠勤については、欠勤期間中も（１）に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

(10) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、（１）に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む３か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

(11) 平成24年３月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第１に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関（診療所を除く。）にあっては、平成26年６~~３~~月30~~31~~日までの間は、（１）の基準を満たしているものとする。~~その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生（支）局長に届け出ること。~~

６ 医科点数表第１章第２部通則第８号に規定する基準

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

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

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1　第１の１から４までのいずれにも該当するものであること。

2　栄養管理体制の基準

（1）　当該保険医療機関内（診療所を除く。）に、栄養管理を担当する管理栄養士が１名以上配置されていること。

（2）　管理栄養士をはじめとして、歯科医師、看護職員、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

（3）　入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

（4）　（3）において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添６の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

（5）　栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。

（6）　当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。

（7）　当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。

（8）　特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、（1）から（7）までの体制を満たしていることが望ましい。

（9）　（1）に規定する管理栄養士は、１か月以内の欠勤については、欠勤期間中も（1）に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

(10)　当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、（1）に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む３か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

~~(11)　平成24年３月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第２に規定する歯科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年３月31日までの間は、（1）の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生（支）局長に届け出ること。~~

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

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

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

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

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

２　１病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。

（１）　１病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。

（２）　(１)の病床数の標準を上回っている場合については、①２以上の病棟に分割した場合には、片方について１病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。

（３）　複数階で１病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて１病棟を構成する場合についても上記(１)及び(２)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

３　平均在院日数については次の点に留意すること。

（１）　平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。

（２）　平均在院日数については、直近３か月間の数値を用いて別添６の別紙４により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料３を算定した患者であって６日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

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

４　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（１）　入院患者の数については、次の点に留意する。

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

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

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

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

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

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

（２）　看護要員の数については、次の点に留意する。

ア　看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。

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

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

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

要員の人員とすること。

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

なお、パート勤務者の人員換算の方法は、

$$\frac{\text{パート勤務者の１か月間の実労働時間}}{\text{常勤職員の所定労働時間}}$$

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

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

キ　病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料１に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

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

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

また、小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保護に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。

ケ　１か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

（３）　夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。

ア　「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下とすること。

イ　看護要員の名簿及び勤務計画表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等以外の特別入院基本料等を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。

（イ）　看護要員は、常時２人以上であること。

（ロ）　一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を２人以上配置していること。（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を除く。）

（ハ）　療養病棟においては、看護職員１人と看護補助者１人の計２人以上の配置であっても差し支えない。

（ニ）　一般病棟、結核病棟及び精神病棟において、看護職員を２人以上配置している場合にあっては、緊急時等やむを得ないときは、看護補助者が夜勤を行うことができる。

（ホ）　(イ)から(ニ)の要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

ウ　特定入院料（小児入院医療管理料４、地域包括ケア入院医療管理料１若しくは２~~亜急性期入院医療管理料~~、特殊疾患入院医療管理料又は~~＝~~児童・思春期精神科入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る。）を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。

エ　夜勤に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の月当たり延夜勤時間数は、１か月又は４週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ　月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体）で届出前１か月又は４週間の夜勤時間帯に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近１か月又は直近４週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近３か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、~~次の~~療養病棟入院基本料１を算定する病棟の看護要員については、この限りではないこと。

~~(イ)　療養病棟入院基本料１を算定する病棟~~

~~(ロ)　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟（以下「介護保険移行準備病棟」という。）~~

カ　月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

キ　月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

ク　週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ケ　夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が過重とならないよう十分配慮すること。

コ~~ケ~~　上記(２)のアからケまで及び(３)のアからケ~~ケ~~までに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添６の別紙５の例を参考とすること。

（４）　看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア　看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ　同一の入院基本料を算定する病棟全体で１日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、１日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、１つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

ウ　特別入院基本料~~（７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を除く。）~~を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の２割を看護師とすることが望ましい。

（５）　看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア　各勤務帯のそれぞれで、１人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ　アの掲示については、第３「届出受理後の措置等」の７の掲示例によること。

（６） 看護の実施は、次の点に留意する。

ア　看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。

イ　①病状の観察、②病状の報告、③身体の清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメーキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。

なお、看護職員が行う書類や伝票の整理、書類作成における記載等の代行、受付や診療録の準備等についても「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「２　役割分担の具体例（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担　１）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容については適切に実施すること。

ウ　個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。

エ　看護に関する記録としては、看護体制の１単位ごとに別添６の別紙６に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ　当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

４の２　７対１入院基本料及び10対１入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

（１）　７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。

（２）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料~~（悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に７割以上入院させている場合を除く。）~~の７対１入院基本料~~（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）~~については、測定の結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に

占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、Ａ得点が２点以上、かつＢ得点が３点以上の患者をいう。）の割合が、１割５分以上であること。

ただし、結核病棟入院基本料~~及び専門病院入院基本料（悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に７割以上入院させている場合に限る。）~~の７対１入院基本料~~（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）~~については、従前通り１割以上であること。

（３） 第２の１にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて１看護単位としている病棟において、７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定している場合、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価は一般病棟と結核病棟とで別々に行い、それぞれの病棟において（２）の割合を満たすものとする。ただし、７対１入院基本料の結核病棟のみで一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たせない場合に限り、両病棟の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟における~~の~~一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことで差し支えないものとする。

（４） 測定にあたっては、産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。

（５） ~~平成24年３月31日において、現に10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、経過措置として、平成24年６月30日までは、（１）の測定及び評価を行っているものとみなすものであること。~~

~~なお、~~10対１入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）については、測定を行っていなくても差し支えない。

（６） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ） 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ） 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

（７） 毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間）の測定結果を別添７の様式10の３により地方厚生（支）局長に報告すること。

~~（８） 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料の経過措置については、平成24年３月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正後（平成24年度改定後）の10対１入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年３月31日までは平成24年度改定~~

~~後の７対１入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たすものとみなすものであること。（ただし、重症度・看護必要度の基準の経過措置については、専門病院入院基本料（悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に７割以上入院させている場合に限る）を除く。）~~

（８）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料及び10対１入院基本料の経過措置については、平成26年３月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の７対１入院基本料又は10対１入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年９月30日までは平成26年度改定後の７対１入院基本料又は10対１入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準、自宅等退院患者割合、平均在院日数、看護配置を満たすものとみなすものであること。

４の３　７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数について

（１）　７対１入院基本料に係る患者数

４の（１）によること。

（２）　常勤の医師の数

ア　医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ　ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ　７対１入院基本料に係る医師数の計算方法

（イ）　一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数から７対１入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病床に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（ロ）　結核病棟入院基本料の７対１入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（３）　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）のイの⑤及び六の（２）のイの⑤については以下のとおりとする。

（２）のウの（イ）による医師数が、（１）による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、３人以上。

（４）　「基本診療料の施設基準等」第五の四の（１）のイの④については以下の通りとする。

（２）のウの（ロ）による医師数が、（１）による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、３人以上。

４の４　７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本

料（一般病棟に限る。））に係る自宅等に退院するものの割合について

（１）　７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））に係る自宅等に退院するものとは次のア、イいずれにも該当しない患者をいう。

ア　他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）、回復期リハビリテーション病棟入院料及び療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る）を算定する病棟及び病室を除く）に転院した患者

イ　介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）、ユニット型介護保険施設サービス費（Ⅰ）の（ⅱ）若しくは（ⅳ）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く）に入所した患者

（２）　当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く）のうち、自宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、（１）のア及びイに該当する患者を含む）

４の５　データ提出加算の届出を行っていること。ただし、平成26年３月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成27年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

４の６~~４~~　月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を~~７対１特別入院基本料及び10対１特別入院基本料を~~算定する病棟については、次の点に留意する。

（１）　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料２、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料~~７対１入院基本料又は10対１入院基本料~~を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の１人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算~~７対１特別入院基本料又は10対１特別入院基本料（以下「７対１特別入院基本料等」という。）を最後に~~により入院基本料を最後に算定した月から起算して１年以内は、当該減算による入院基本料の~~７対１特別入院基本料等を~~算定はできないものであること。また、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の７対１特別入院基本料、10対１特別入院基本料を１年以内に算定した保険医療機関についても、最後に算定した月から起算して１年以内は、当該減算による入院基本料を算定することはできない。

（２）　本通知の第３の１の（１）に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。

（３） 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料~~７対１特別入院基本料等~~を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。なお、保険医療機関及び保険医療養担当規則第11条の２に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、当該減算による入院基本料~~７対１特別入院基本料等~~の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

４の７~~５~~　看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

（１） 10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は13対１入院基本料（一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、Ａ得点が２点以上、かつＢ得点が３点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。なお、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、測定の結果、その割合が１割５分以上の場合には看護必要度加算１を算定し、１割以上の場合は看護必要度加算２を算定するものであること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。なお、看護必要度加算の経過措置については、平成26年３月31日において、現に看護必要度加算１又は２を算定するものにあっては、平成26年９月30日までは平成26年度改定後の看護必要度加算の要件を満たすものとみなすものであること。

（２） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ） 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ） 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

（３） 毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間）の測定結果を別添７の様式10の３により地方厚生（支）局長に報告すること。

４の８　ＡＤＬ維持向上等体制加算の施設基準

７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、以下の基準を満たすこと。

（１） 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療

法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に区分番号「Ａ３０８－３」に規定する地域包括ケア入院医療管理料１又は２を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

（２）　当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が１名以上勤務していること。

ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。

イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

（３）　（２）の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、２日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

ア　リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）

イ　リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

ウ　リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）

エ　リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）

オ　高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）

カ　脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて

キ　心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて

ク　呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ケ　運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ　周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）

（４）　当該病棟の直近１年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が８割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が６割以上であること。

（５）　アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

ア　直近１年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるＡＤＬが入院時と比較して低下した患者（別紙様式●の合計得点が低下した者をいう。）の割合が３％未満であること。

なお、患者のＡＤＬは、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下「ＢＩ」という。）を用いて評価することとするが、平成27年３月31日までの間に限り、ＤＰＣにおける入院時又は退院時のＡＤＬスコアを用いた評価であっても差し支えない。

イ　当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d２以上とする。以下この項において同じ）を保有している入院患者の割合が1.5％未満であること。なお、そ

の割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

(イ)　届出時の直近月の初日（以下この項において、「調査日」という）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ)　調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

なお、届出以降、毎年７月１日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査する。

(６)　疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

(７)　(２)の要件のうちイについては、平成27年４月１日より適用する。

４の9~~6~~　障害者施設等入院基本料に係る７対１入院基本料を算定する病棟について

「基本診療料の施設基準等」第五の七の（２）のイの③については、直近１か月における当該病棟に入院する超重症児(者)及び準超重症児(者)の数の和の１日平均を、直近１か月における当該病棟に入院する患者数の１日平均で除して算出する。

４の10~~7~~　精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

（１）　７対１入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対１入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の５割以上が入院時においてＧＡＦ尺度30以下であること。

（２）　13対１入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア　当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の４割以上が、入院時においてＧＡＦ尺度30以下又は区分番号Ａ２３０－３に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ　身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

５　療養病棟入院基本料１を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添２において「医療区分３の患者」という。）及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添２において「医療区分２の患者」という。）の割合の算出方法等

~~(1)~~　医療区分３及び医療区分２の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分３の患者及び医療区分２の患者に該当する日数の和

イ　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

~~(2)　医療区分３及び医療区分２の患者の割合の算出に当たっては、次に掲げる患者を含めるものであること。~~

~~ア　平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって医療区分３の患者若しくは医療区分２、又は医療区分３の患者若しくは医療区分２の患者以外の患者（以下別添２において「医療区分１~~

~~の患者」という。）については、医療区分３の患者又は医療区分２の患者~~

~~イ　「基本診療料の施設基準等」の別表第十三に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料１を算定する療養病棟に入院している患者（療養病棟入院基本料１を算定する患者であって仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）又は平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する療養病棟に入院している患者（医療区分３の患者を除く。）（療養病棟入院基本料１を算定する患者であって仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）については、それぞれ医療区分３の患者又は医療区分２の患者~~

~~ウ　平成20年３月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分３の患者~~

~~エ　平成20年３月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料１を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分３の患者~~

~~オ　平成20年３月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）（医療区分３の患者を除く。）については、医療区分２の患者~~

~~（３）　（２）の患者には、次の患者が含まれるものであること。~~

~~ア　当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料を算定する療養病棟へ転棟した患者~~

~~イ　当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料を算定する療養病棟に入院した患者~~

６　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（２）に規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添６の別紙８の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

７　医療区分２に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分２として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

８　療養病棟入院基本料の注４に規定する褥瘡評価実施加算について

「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1日につき15点を所定点数に加算する。また、別添６の別紙８のＡＤＬ区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添６の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リス

ト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

9　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(１)のイの⑤及びロの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

10　療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について

次の施設基準をすべて満たしていること。

（１）　療養病棟入院基本料１を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　次のいずれにも適合すること。

ア　当該病棟から退院した患者（当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。以下この項において同じ）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ)　直近６月間に退院した患者（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く）のうち、在宅に退院した患者数

(ロ)　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出する）

イ　在宅に退院した患者の退院後１月以内（医療区分３の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が１月以上（退院時に医療区分３である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。

（３）　30.4を当該病棟の入院患者の平均在院日数で除して得た数が、100分の10以上であること。

~~10　介護保険移行準備病棟に係る当該病棟の入院患者に対する医療区分１の患者の割合の算出方法等~~

~~（１）　医療区分１の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。~~

~~ア　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの「基本診療料の施設基準等」の医療区分１の患者に該当する日数の和~~

~~イ　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和~~

~~（２）　介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方厚生（支）局長に~~

~~届け出る際に、当該届出以降３か月において（１）により算出する割合が６割以上となることが見込まれる場合にあっても届出を行うことができるものであること。ただし、３か月間の実績において、（１）により算出する割合が６割を下回ることとなった場合には、療養病棟入院基本料２等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。また、介護保険移行準備病棟の届出を行った病棟であっても、将来において介護保険施設への移行を行わないことが明らかになった場合には、同様に変更の届出を翌月速やかに行うこと。~~

~~（３）　介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟には、介護療養型医療施設（経過型介護療養型医療施設を含む。）の指定を受けた病床が混在できるものであること。なお、その場合には、当該病棟の病床のうち、介護保険移行準備病棟に係る病床として指定するものについては、介護保険移行準備病棟の施設基準を満たしていればよいものであること。~~

~~11　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する移行準備計画には、介護老人保健施設等への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画などについて記載すること。~~

~~12　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等には、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）及び認知症高齢者グループホーム等が含まれるものであること。~~

11~~13~~　精神病棟入院基本料の注４及び特定機能病院入院基本料の注４に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

（１）　精神病棟入院基本料の注４の施設基準等

ア　「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の（４）のイの基準を満たしていること。

イ　算定対象となる重度認知症の状態とは、「「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成５年10月26日老健第135号。別添６の別紙12及び別紙13参照）におけるランクＭに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。

（２）　特定機能病院入院基本料の注４の基準

（１）のイの基準を満たしていること。

12　精神病棟入院基本料の注７に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

（１）　当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

（３）　措置入院患者、医療観察法第34条第１項若しくは第60条第１項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第５項若しくは第62条第２項に規定する鑑定入院の決定を受けた者及び医療観察法入院の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち９割以上が入院日から起算して１年以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、退院後に、医科点

数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

13~~14~~　「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の(１)の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に７割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

（１）　悪性腫瘍に係る専門病院について

ア　200床以上の一般病床を有していること。

イ　一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に100分の６を乗じて得た数以上であること。

ウ　リニアック等の機器が設置されていること。

エ　一般病棟の入院患者の７割以上が悪性腫瘍患者であること。

オ　外来患者の３割以上が紹介患者であること。

（２）　循環器疾患に係る専門病院について

ア　特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。

イ　一般病棟の入院患者の７割以上が循環器疾患患者であること。

ウ　(１)のア、イ及びオを満たしていること。

14~~15~~　「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、７対１入院基本料の対象となる病棟は、次の(１)のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、(２)の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添７の様式19を用いること。

（１）　次のいずれかに該当する一般病棟

ア　児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２に規定する指定医療機関

（２）　次のいずれにも該当する一般病棟

ア　重度の肢体不自由児(者)（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね７割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

(イ)　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ(Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

(ロ)　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

イ　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段

に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む２以上であることとする。

第３　診療所の入院基本料等に関する施設基準

診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」及び第２の４の(１)のア及びイ、(２)のア、オ、カ、ク及びケ並びに(６)のア及びイの他、下記のとおりとする。

１　看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。

２　看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。

３　個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。

４　有床診療所入院基本料の施設基準

（１）　有床診療所入院基本料１の施設基準

ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。

イ　次の施設基準のうち、２つ以上に該当すること。

（イ）　在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

（ロ）　過去１年間の急変時の入院件数が６件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

（ハ）　注６に規定する夜間看護配置加算１又は２の届出を行っていること。

（ニ）　区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ホ）　過去１年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が１割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対１入院基本料及び15対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「Ａ２０５」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

（ヘ）　過去１年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が２件以上であること。

（ト）　過去１年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が30件以上であること。

（チ）　区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。

（リ）　過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リ

ハビリテーション）、介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第８条第10項に規定する短期入所療養介護若しくは同法第８条の２第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

（ヌ） 過去１年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上であること。

（ル） 過去１年間に、区分番号「Ａ２０８」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「Ａ２１２」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「Ａ２２１－２」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

（２） 有床診療所入院基本料２の施設基準

ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、４以上７未満であること。

イ （１）のイを満たしていること。

（３） 有床診療所入院基本料３の施設基準

ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、１以上４未満であること。

イ （１）のイを満たしていること。

（４） 有床診療所入院基本料４の施設基準

（１）のアを満たしていること。

（５） 有床診療所入院基本料５の施設基準

（２）のアを満たしていること。

（６） 有床診療所入院基本料６の施設基準

（３）のアを満たしていること。

５~~４~~ 有床診療所入院基本料１、２、４又は５~~２~~の届出をしている診療所にあっては、看護師を１人以上配置することが望ましいこと。

６~~５~~ 夜間（当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後６時から午前８時をいう。）における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を１人以上配置していること。

７~~６~~ 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

（１） 在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

（２） 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。

（３） 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

（４） 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

（５） 区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

（６） 注６に規定する夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

８~~７~~ 医師配置加算の施設基準

（１） 医師配置加算１については、次のいずれかに該当する診療所であること。

ア　在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

イ　全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。

ウ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

エ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

オ　区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

カ　注６に規定する夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

（２）　施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

9 ~~8~~　看護配置に係る加算の施設基準

（１）　看護配置加算１については、看護職員の数が、看護師３名を含む10名以上であること。

（２）　看護配置加算２については、看護職員の数が10名以上であること。ただし、看護配置加算１に該当する場合を除く。

（３）　夜間看護配置加算１については、夜間の看護要員の数が、看護職員１名を含む２名以上であること。なお、２名のうち１名は当直で良いが、看護職員が１名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。

（４）　夜間看護配置加算２については、夜間の看護職員の数が１名以上であること。ただし、夜間看護配置加算１に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。

（５）　看護配置加算１と看護配置加算２は併算定できないものであること。また、夜間看護配置加算１と夜間看護配置加算２も同様に併算定できないものであること。

10　看護補助配置加算の施設基準

（１）　看護補助配置加算１については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が２名以上であること。

（２）　看護補助配置加算２については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が１名であること。

（３）　看護補助配置加算１と看護補助配置加算２は併算定できないものであること。

11 ~~9~~　看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が１以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいずれかの病床で夜間の看護職員の数が１以上であること。

12　栄養管理実施加算の基準

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

13 ~~10~~　療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。

14 ~~11~~　有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分３の患者及び医療区分２の患者の割合の算出方法等

（１）　医療区分３及び医療区分２の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で

除して算出する。

ア　直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分３の患者及び医療区分２の患者に該当する日数の和

イ　直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

（２）　当該病床の入院患者のうち、医療区分３と医療区分２の患者の合計が８割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(２)のロの「４対１配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月１日に遡って受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、４対１配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。

（３）　当該病床の入院患者のうち、医療区分３と医療区分２の患者の合計が８割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、入院基本料Ｅを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月１日に遡って受理したものとして処理すること。

ア　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

イ　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

15~~12~~　「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(２)のロに規定する区分

別添２の第２の６と同様に取り扱うものであること。

16~~13~~　医療区分２に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分２として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

17~~14~~　有床診療所療養病床入院基本料の注４に規定する褥瘡評価実施加算の施設基準

別添２の第２の８と同様に取り扱うものであること。

18~~15~~　救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

19~~16~~　「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(２)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。

~~17　「基本診療料の施設基準等」の第十一の六の規定は、別添２の第２の10から12までと同様に取り扱うものであること。この場合において、「介護保険移行準備病棟」とあるのは「介護保険移行準備病床」と、「当該病棟」とあるのは「当該病床」と、「各病棟」とあるのは「各病床」と、「病棟」とあるのは「病床」と読み替えるものとする。~~

第４　削除

第５　入院基本料の届出に関する事項

１　病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５から11までを用いること。ただし、別添７の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限る。なお、別添７の様式10から様式10の３までについては、７対１入院基本料を届け出る場合に用い、別添７の様式10及び10の３については、10対１入院基本料又は看護必要度加算を届け出る場合に用い、別添７の様式10、10の３及び10の４については、一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添７の様式●の●については、ＡＤＬ維持向上等体制加算を届け出る場合に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添７の様式８を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等の届出は、別添７の様式６及び様式７を用いること。また、７対１入院基本料を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。

２　一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料~~一般病棟入院基本料の13対１入院基本料及び15対１入院基本料~~を算定する病棟のうち、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定を行う病棟については、別添の様式10の６により地方厚生（支）局長に届け出ること。

３　２の届け出を行った病棟において、出来高により算定する病室（１病棟における２室４床を限度とする。）を指定する場合は、別添の様式●の●により地方厚生（支）局長に届け出ること。

４~~３~~　診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５及び様式12から様式12の６までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添７の様式12を用いること。

５~~４~~　~~平成24年３月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない病院については、第１の５（11）及び第１の２の２（11）を適用する場合には、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として別添７の様式５の２を用いて届出を行うこと。~~

~~なお、~~第１の５(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院~~又は診療所~~については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添７の様式５の３及び様式６~~（病院の場合）又は様式５の３及び様式12（診療所の場合）~~を用いて届出を行うこと。

６~~５~~　届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。ただし、療養病棟入院基本料の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち療養病棟入院基本料１若しくは~~又は~~２を算定する病棟又は~~、~~療養病棟入院基本料の注２の規定に基づき届け出る病棟~~又は介護保険移行準備病棟~~ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が２以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。

７~~６~~　５の規定にかかわらず、別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、病棟全体で一般病棟入院基本料の７対１入院基本料及び10対１入院基本料を算定している病院を除く。）において、一般

病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

各病棟ごとに届出を行う場合は、別添７の様式９の２を用いること。

8 ~~7~~　病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料４及び地域包括ケア入院医療管理料１又は２~~亜急性期入院医療管理料~~を算定している病床を除く。）は、これらの病床以外の病棟全体（複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体）を単位として行う。

9 ~~8~~　有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病床（療養病床に係る病床を除く。）について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。

10 ~~9~~　入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行おうとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。なお、届出前１か月の実績は、例えば一般病床である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算１又は２の届出を行う場合の届出前１か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。

11 ~~10~~　平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件をすべて満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の３か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の３か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。

12 ~~11~~　新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料６~~３~~の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料６~~３~~の届出を行うことができる。ただし、この場合は、１か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

13 ~~12~~　当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届け出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届け出を行うことができる。ただし、この場合は、１か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

14 ~~13~~　第２の２の（１）の１病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。

（１）　第２の２の（２）に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。

（２）　既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第２の２の（２）の①から③に掲げたや

むを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。

15~~14~~　医療法（昭和23年法律第205号）及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）（以下「感染症法」という。）の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第１　総合入院体制加算

１　総合入院体制加算１に関する施設基準等

（１）　一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。

（２）　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料又は区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

（３）　全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年800件以上であること。また、以下のアからカをすべて満たしていること。

ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上

イ　悪性腫瘍手術　400件／年以上

ウ　腹腔鏡下手術　100件／年以上

エ　放射線治療（体外照射法）4000件／年以上

オ　化学療法　4000件／年以上

カ　分娩件数　100件／年以上

（４）　手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア　全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第２章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「Ｌ００７」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

イ　人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで

及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

ウ　悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）

エ　腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５２６」の「3」、「Ｋ５３０－２」、「Ｋ５３２－３」、「Ｋ５３４－３」、「Ｋ５３７－２」、「Ｋ６２７－２」、「Ｋ６２７－３」、「Ｋ６２７－４」、「Ｋ６３３－２」、「Ｋ６３４」、「Ｋ６３６－３」、「Ｋ６３６－４」、「Ｋ６３９－３」、「Ｋ６４２－２」「Ｋ６４２－３」、「Ｋ６４３－２」、「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ６５９－２」、「Ｋ６６０－２」、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６４」、「Ｋ６６６－２」、「Ｋ６６７－２」、「Ｋ６６７－３」、「Ｋ６７１－２」、「Ｋ６７２－２」、「Ｋ６９２－２」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ６９７－２」の「1」、「Ｋ６９７－３」の「1」のイ、「Ｋ６９７－３」の「2」のイ、「Ｋ７０２－２」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１４－２」、「Ｋ７１６－２」、「Ｋ７１８－２」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７２５－２」、「Ｋ７２９－３」、「Ｋ７３４－２」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７４２－２」、「Ｋ７５１－３」、「Ｋ７５４－２」、「Ｋ７５４－３」、「Ｋ７５５－２」、「Ｋ７５６－２」、「Ｋ７６９－２」、「Ｋ７６９－３」、「Ｋ７７０－２」、「Ｋ７７０－３」、「Ｋ７７２－２」、「Ｋ７７２－３」、「Ｋ７７３－２」、「Ｋ７７３－３」、「Ｋ７７８－２」、「Ｋ７７９－３」、「Ｋ７８５－２」、「Ｋ８０２－４」から「Ｋ８０２－６」「Ｋ８０３－２」、「Ｋ８０３－３」、「Ｋ８０４－２」、「Ｋ８０９－３」、「Ｋ８２３－４」、「Ｋ８３４－２」、「Ｋ８３６－２」、「Ｋ８４３－２」、「Ｋ８４３－３」、「Ｋ８５９－２」、「Ｋ８６３」、「Ｋ８７２－２」、「Ｋ８７６－２」、「Ｋ８７７－２」、「Ｋ８７８－２」、「Ｋ８７９－２」、「Ｋ８８６」の「2」、「Ｋ８８７」の「2」、「Ｋ８８７－２」の「2」、「Ｋ８８７－３」の「2」、「Ｋ８８７－４」、「Ｋ８８８」の「2」、「Ｋ８８８－２」の「2」、「Ｋ８９０－３」、「Ｋ９１２」の「2」、「Ｋ９１３－２」の「2」をいう。

オ　放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第２章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ　化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用及びG-ＣＳＦ製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。

キ　分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開を含む。）とする。

（５） 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第７「救命救急センター」又は第８「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

（６） 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注７」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。

（７） 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

（イ） 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（静脈採血の検査部における実施　○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）

（ロ） 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

① 医師事務作業補助者の配置

② 短時間正規雇用医師の活用

③ 地域の他の保険医療機関との連携体制

④ 交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注３の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料１では必ず本項目を計画に含むこと。）

⑤ 外来縮小の取り組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

⑥　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮　等

オ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。

（８）　地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。

（９）　画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

（10）　薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

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

ア　当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ　敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

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

エ　緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

オ　分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

（12）　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料又は区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

２~~１~~　総合入院体制加算２に関する施設基準等

（１）　総合入院体制加算１の施設基準（（１）、（４）、（５）及び（７）～（10）に限る。）を満たしていること。

~~（１）　一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。~~

（２）　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。

（３）　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア　「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第４~~５~~「第２次救急医療体制」、第７~~８~~「救命救急センター」、第８~~９~~「高度救命救急センター」又は「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日医政発0126第１号）の別添２「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ　アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

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

ア　当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。

イ　屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

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

エ　緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。

オ　分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

~~（４）　外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。~~

~~ア　病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。~~

~~イ　地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注７」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近１か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。~~

~~（５）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。~~

~~ア　当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。~~

~~イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。~~

~~ウ　特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。~~

~~エ　イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。~~

~~（イ）　当該計画には以下の項目を含むこと。~~

~~医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容~~

~~（静脈採血の検査部における実施　○年○月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）~~

~~（ロ）　当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。~~

~~①　医師事務作業補助者の配置~~

~~②　短時間正規雇用医師の活用~~

~~③　地域の他の保険医療機関との連携体制~~

~~④　交代勤務制の導入（ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注３の加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料１では必ず本項目を計画に含むこと。）~~

~~⑤　外来縮小の取り組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）~~

~~⑥　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮　等~~

~~オ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。~~

（４~~６~~）　全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（延べ患者数）が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。手術等の定義については、１の（４）と同様である。

ア　人工心肺を用いた手術　40件／年以上

イ　悪性腫瘍手術　400件／年以上

ウ　腹腔鏡下手術　100件／年以上

エ　放射線治療（体外照射法）4000件／年以上

オ　化学療法　4000件／年以上

カ　分娩件数　100件／年以上

~~（７）　地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。~~

~~（８）　画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。~~

~~（９）　薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。~~

~~（10）　当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。~~

~~なお、当該基準の適用については、平成24年７月１日からとすること。~~

~~ア　当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。~~

~~イ　屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。~~

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

~~エ　緩和ケア病棟入院料、精神科病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。~~

~~オ　分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求める~~

~~とともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。~~

（５） 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料又は区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年３月31日以前に当該加算の届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

３~~２~~ 届出に関する事項

（１） 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前３か月間の実績を有していること。

（２） 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式13及び様式13の２を用いること。また、毎年７月において、前年度における手術件数等（総合入院体制加算１を届け出る場合に限る。）及び病院勤務医の負担の軽減並びに~~及び~~処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式●及び様式13の２により届け出ること。

（３） ２~~１~~の（４~~10~~）の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２ 臨床研修病院入院診療加算

１ 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

（１） 基幹型の施設基準

ア 指導医は臨床経験を７年以上有する医師であること。

イ 研修医2.5人につき、指導医１人以上であること。

ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第３条第１号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年２回以上実施されていること。

カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

（２） 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修病院（医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第２号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の２第１項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、１の

（1）のアからウまで及びカを満たしていること。

イ　研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2　臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

（1）　単独型又は管理型の施設基準

ア　指導歯科医は歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。

イ　研修歯科医２人につき、指導歯科医１人以上であること。

ウ　当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ　加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第３条第１号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第２号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第１号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ　当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年２回以上実施されていること。

（2）　協力型の施設基準

ア　協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第３号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、２の（1）のアからウまでを満たしていること。

イ　研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3　届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算に係る届出は、別添７の様式14又は様式14の２を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第２の２　救急医療管理加算

1　救急医療管理加算に関する施設基準

（１）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）

イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

（２）　第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

（３）　夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

２　届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式14の３を用いること。

また、救急医療管理加算２を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添●の様式●により毎年７月に地方厚生（支）局長に報告すること。

第３　超急性期脳卒中加算

１　超急性期脳卒中加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。

（２）　薬剤師が常時配置されていること。

（３）　診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。

（４）　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

（５）　脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ＩＣＵやＳＣＵと兼用であっても構わないものとする。

（６）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

（７）　コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画

像撮影及び診断が常時行える体制であること。

2　届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式15を用いること。

第３の２　妊産婦緊急搬送入院加算

1　妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

（1）　産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。

（3）　妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2　届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式16を用いること。

第４　診療録管理体制加算

1　診療録管理体制加算１に関する施設基準

（1）　診療記録（過去５年間の診療録並びに過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（2）　中央病歴管理室が設置されており、~~いること。~~「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月10日政社発1010第１号）に準拠した体制であること。

（3）　診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。

（4）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（5）　年間の退院患者数2,000名ごとに１名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち１名以上が専従である~~いる~~こと。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ＩＣＤ10による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。

（6）　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ（国際疾病分類）上の規定に基づき、４桁又は５桁の細分類項目にそって疾病分類がなされていること。

（7~~6~~）　以下に掲げる項目をすべて含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに~~疾病別に~~検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日医政発第1224001号等）に基づく管理が実施されていること。

ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）

イ　入院日、退院日

ウ　担当医、担当診療科

エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名

オ　手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術

~~（７）　入院患者についてその疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。~~

（８）　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月９割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。

（９）　患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報提供に関する指針」（平成15年９月12日医政発第0912001号）~~日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」~~を参考にすること。

２　診療録管理体制加算２に関する施設基準

（１）　１の（１）～(４)及び(９)を満たしていること。

（２）　１名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

（３）　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（４）　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

（５）　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

２　届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式17を用いること。

第４の２　医師事務作業補助体制加算

１　通則

（１）　急性期医療を行う病院（特定機能病院を除く。）であること。

（２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(７~~５~~)と同様であること。

（３）　院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対１補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床に限る。ただし、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料算定病床で医師事務作業補助体制加算の届出を行う場合には、一般病床の届出病床数に当該届出を行おうとする精神病床の届出病床数を加えた合計とする。以下この項において同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は届出病床数20床ごとに１名以上、25対１補助体制加算の場合は届出病床数25床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は届出病床数30床ごとに１名以上、40対１補助体制加算の場合は届出病床数40床ごとに１名以上、50対１補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに１名以上、75対１補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに１名以上、100対１補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間

以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

（４） 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。

（５） 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから６か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、６か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。~~なお、平成20年３月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。~~研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア　医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要

イ　個人情報の保護に関する事項

ウ　当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ　診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ　電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）

（６） 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

ア　医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「２　役割分担の具体例　（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担　１）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ　診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和63年５月６日総第17号等）に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

ウ　個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成18年４月21日医政発第0421005号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

エ　電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、「医療情報システム

の安全管理に関するガイドライン」（平成19年３月30日医政発第0330033号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の（１）から（４）の基準を満たしていること。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

（ア）　病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

（イ）　外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

（１）~~２~~　15対１及び20対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア~~（１）~~　「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月6日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日医政発0126第１号）の別添２「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

イ~~（２）~~　年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院であること。

（２）~~３~~　25対１、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア~~（１）~~　「（１）~~２~~　15対１又は20対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ~~（２）~~　「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成８年５月10日健政発第435号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日　医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

ウ~~（３）~~　年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

（３）~~４~~　50対１、75対１及び100対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア~~（１）~~　「２　15対１及び20対１補助体制加算の施設基準」又は「３　25対1、30対１及び40対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ~~（２）~~　年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

（４）~~５~~　緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住

系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成８年５月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術を必要とする状態

コ　その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準

それぞれの配置区分ごとに、２の（１）から（４）の基準を満たしていること。

４~~６~~　届出に関する事項

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式13の２、様式18及び様式18の２を用いること。また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価等するため、別添７の様式13の２により届け出ること。

第４の３　急性期看護補助体制加算

１　通則

（１）　年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日医政発第0126第１号）の別添２「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第４の２の２（４）~~５~~と同様に取り扱うものであること。

（２）　年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

（３）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定する病棟であること。

（４）　急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、Ａ得点が２点以上、かつＢ得点が３点以上の患者をいう。）の割合が~~７対１入院基本料においては１割５分以上、~~10対１入院基本料においては0.5~~１~~割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。

（５）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが

行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）　看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

（６）　急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。

ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ　医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ　看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ　日常生活にかかわる業務

オ　守秘義務、個人情報の保護

カ　看護補助業務における医療安全と感染防止　等

（７）　看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある「２．役割分担の具体例（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年３月５日保医発0305第２号）別添２入院基本料等の施設基準等第２の４（６）に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

（８）　看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。ただし、夜間急性期看護補助体制加算を算定する場合は、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

（９）　病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(５)と同様であること。

２　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）の施設基準

（１）　当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）　当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の５割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。

３　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）の施設基準

（１）　当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）　当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の５割未満が看護補助者

（みなし看護補助者を除く。）であること。

4　50対１急性期看護補助体制加算

当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

5　75対１急性期看護補助体制加算

当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

6　夜間25対１急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

7~~6~~　夜間50対１急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

8~~7~~　夜間100対１急性期看護補助体制加算

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

~~8　看護職員夜間配置加算~~

~~当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。ただし、夜間急性期看護補助体制加算及び看護職員夜間配置加算を算定する場合は、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~

9　急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算については、平成26年3月31日において、現に当該加算を算定するものにあっては、平成26年９月30日までは、平成26年度改定後の急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算の要件を満たすものとみなすものであること。

10~~9~~　届出に関する事項

急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算~~及び看護職員夜間配置加算~~に関する施設基準に係る届出は別添７の様式８、様式９、様式10、様式10の３、様式13の２、様式13の３及び様式18の３を用いること。

また、毎年７月において、前年度における病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２及び様式13の３を届け出ること。

第４の４　看護職員夜間配置加算

1　看護職員夜間配置加算の施設基準

（１）　年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日医政発第0126第１号）の別添２「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第４の２の５と同様に取り扱うものであること。

（２）　年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

（３） 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定する病棟であること。

（４） 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。ただし、同一種別の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

（５） 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(５)と同様であること。

（６） 看護職員夜間配置加算については、平成26年3月31日において、現に当該加算を算定するものにあっては、平成26年９月30日までは、平成26年度改定後の看護職員夜間配置加算の要件を満たすものとみなすものであること。

２ 届出に関する事項

看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式８、様式９，様式10の３、様式13の２、様式13の３及び様式18の３を用いること。

また、毎年７月において、前年度における病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２及び様式13の３を届け出ること。

第４の４ 乳幼児加算・幼児加算

１ 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２ 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第５ 特殊疾患入院施設管理加算

１ 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

（１） 病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。

（２） 当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近１か月間の入院患者数の概ね７割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。

（３） 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。

ア 意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（４） 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ

橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

2　届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

第６　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

1　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

2　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

（１）　超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が６月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が１月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が６月以上継続する場合とする。

（２）　準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。

（３）　「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添６の別紙14を参照のこと。

3　届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第７　看護補助加算

1　看護補助加算に関する施設基準

（１）　看護補助加算１を算定する一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対１入院基本料の病棟においては、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、Ａ得点が２点以上、かつＢ得点が３点以上の患者をいう。）の割合が0.5~~1~~割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。なお、看護補助加算１（13対１入院基本料を算定する病棟に限る。）の経過措置については、平成26年3月31日において、現に看護補助加算１を算定するものにあっては、平成26年９月30日まで、平成26年度改定後の看護補助加算の要件を

満たすものとみなすものであること。

（２）（１）の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）　看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

（３）　看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

（４）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(７)と同様であること。

２　届出に関する事項

看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９及び様式13の３を用いるが、13対１入院基本料を算定する病棟において看護補助加算１を届け出る場合さらに別添７の様式10、様式10の３も用いること。

また、毎年７月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の３を届け出ること。

第８　地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の３第１項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙１のとおりであること。

第９　療養環境加算

１　療養環境加算に関する施設基準

（１）　病棟を単位とすること。

（２）　病室に係る病床の面積が、内法による測定で、１病床当たり８平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に１病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。

（３）　要件となる１病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。

（４）　病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。

（５）　特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床もしくは病室については、本加算の対象から除外すること。

（６）　当該病院の医師並びに看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

（７）（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10　重症者等療養環境特別加算

１　重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

（１）　病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。

（２）　当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。

ア　個室又は２人部屋である。

イ　重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。（心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合、又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）

ウ　酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。

エ　特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。

（３）　当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前１月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の概ね７％以内とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、一般病棟における平均入院患者数の10％を超えないこと。

２　届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式23及び様式23の２を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10の２　小児療養環境特別加算

１　小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11　療養病棟療養環境加算

１　療養病棟療養環境加算に関する施設基準

（１）　療養病棟療養環境加算１に関する施設基準

ア　当該療養病棟に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

イ　当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ　当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

エ　当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。

オ　療養病棟に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

カ　療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

キ　当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

ク　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

（２）　療養病棟療養環境加算２に関する施設基準

（１）のアからキまでを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　療養病棟療養環境加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式24及び様式24の２を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２）　平成26~~24~~年度改定後の規定については、平成27~~24~~年４~~10~~月１日から適用すること。また、平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第11の２　療養病棟療養環境改善加算

１　療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

（１）　療養病棟療養環境改善加算１に関する施設基準

ア　当該療養病棟に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

イ　当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ　当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うに

つき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。

エ　療養病棟に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

オ　療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

カ　当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

キ　当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築または全面的な改築を行うまでの間とする。

（２）　療養病棟療養環境改善加算２に関する施設基準

ア　（１）のエからカまでを満たしていること。

イ　当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.0平方メートル以上であること。

ウ　当該病院に機能訓練室を有していること。

エ　当該加算の対象病棟については、平成24年３月31日において、現に療養病棟療養環境加算４に係る届出を行っている病棟のみとする。

オ　当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

（３）　平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式24及び様式24の２を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添７の様式24の３に準じて策定し、届け出るとともに、毎年７月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12　診療所療養病床療養環境加算

１　診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

（１）　診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。

（２）　当該療養病床に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

（３）　当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。

（４）　当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

（５）　当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療

養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

（６） 療養病床に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

（７） 当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに定める食堂と兼用であっても差し支えない。

（８） 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

２ 届出に関する事項

（１） 診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図（当該加算を算定する病床の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２） 平成26~~24~~年度改定後の規定については、平成27~~24~~年４~~10~~月１日から適用すること。また、平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第12の２ 診療所療養病床療養環境改善加算

１ 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

（１） 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。

（２） 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.0平方メートル以上であること。

（３） 当該診療所に機能訓練室を有していること。

（４） 当該加算を算定できる病床については、平成24年３月31日時点で診療所療養病床療養環境加算２を算定している病床のみとする。

（５） 当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築または全面的な改築を行うまでの間とする。

（６） 平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２ 届出に関する事項

診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図（当該加算を算定する病床の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添７の様式25の２に準じて策定し、届け出るとともに、毎年７月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12の３ 無菌治療室管理加算

１ 無菌治療室管理加算に関する施設基準

（１） 無菌治療室管理加算１に関する施設基準

ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。

イ 滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ 個室であること。

エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス６以上であること。

オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（２） 無菌治療室管理加算２に関する施設基準

ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。

イ （１）のア及びイを満たしていること。

~~（３） 平成24年３月31日において、現に無菌治療室管理加算を算定することができる無菌治療室であって、平成24年４月１日以降に無菌治療室管理加算２の届出を行っている無菌治療室については、平成25年３月31日までの間、無菌治療室管理加算１の施設基準を満たしているものとする。~~

２ 届出に関する事項

（１） 無菌治療室管理加算１及び無菌治療室管理加算２の施設基準に係る届出は、別添７の様式26の２を用いること。

（２） 当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該届出に係る自家発電装置がわかるもの）を添付すること。

（３） 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要がわかるもの）を添付すること。

第13 重症皮膚潰瘍管理加算

１ 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

（１） 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。

（２） その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

２ 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式26を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第14 緩和ケア診療加算

１ 緩和ケア診療加算に関する施設基準

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

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師
ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師
エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師

なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、緩和ケア診療加算の注２に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される~~専任の~~緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。~~が設置されていること。~~

ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師
イ　精神症状の緩和を担当する~~常勤~~医師
ウ　緩和ケアの経験を有する~~常勤~~看護師
エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師

（２）　緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）

（３）　（１）のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。

（４）　（１）のイに掲げる医師は、３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。

（５）　（１）のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

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

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法
（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
（チ）　コンサルテーション方法
（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

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

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

（９）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(10)　当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(11)　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(12)　がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成26~~20~~年１~~３~~月１日健発0110第７~~0301001~~号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。

また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価（緩和ケア機能）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

ア　緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化
イ　緩和ケアに必要な体制の確立
ウ　緩和ケア病棟の機能の発揮
エ　緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み
オ　緩和ケア病棟におけるケアのプロセス
カ　緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能

２　届出に関する事項

（１）　緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式27を用いること。

（２）　１の（１）のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。

（３）　１の（１）のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

第14の２　有床診療所緩和ケア診療加算

１　有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。

（２）　（１）に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であること。

（３）　（１）に掲げる看護師は、３年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する者であること。

（４）　（１）に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

（医師の研修）

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針~~（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）~~に準拠した緩和ケア研修会

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

（看護師の研修）

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（２日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ハ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（５）　当該診療所における夜間の看護職員の数が１以上であること。

（６）　院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

２　届出に関する事項

（１）　有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式27の２を用いること。

（２）　１の（１）に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

（３）　１の（１）に掲げる医師及び看護師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

第15　精神科応急入院施設管理加算

１　精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

（１）　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第１項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）１名以上及び看護師、その他の者３名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の４第１項及び同法第34条第１項から第３項までの規定により移送される

患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。

（２） 当該病院の病床について、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む２以上であることができる。 また、看護職員の数が最小必要数の８割以上であり、かつ、看護職員の２割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（３） 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に１床以上確保していること。

（４） 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

２　届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第33条の４第１項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第16　精神病棟入院時医学管理加算

１　精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

（１） 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

（２） 精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知にのっとって実施されたい。

２　届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式29を用いること。

第16の２　精神科地域移行実施加算

１　精神科地域移行実施加算の施設基準

（１） 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとすること。

（２） 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（15対１入院基本料、18対１入院基本料及び20対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（15対１精神病棟入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

（３） 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。

（４） 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該精神

保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「Ａ３１２」に掲げる精神療養病棟入院料の「注５」に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。

（５） 当該保険医療機関における入院期間が５年を超えるの入院患者数のうち、退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）の数が１年間で５％以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。

（６） 退院に係る実績は、１月から12月までの１年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、１月から12月までの１年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の４月１日から翌々年の３月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア １月１日において入院期間が５年以上である患者のうち、１月から12月までの間に退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）数

イ １月１日において入院期間が５年以上である患者数

（７） （６）にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って１年間における退院に係る実績が５％以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、（６）によるものであること。

（８） 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。

（９） （６）のアの期間内に入院期間が５年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

２ 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式30を用いること。

第16の３ 精神科身体合併症管理加算

１ 精神科身体合併症管理加算の施設基準

（１） 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が１名以上配置されていること。

（２） 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している

病棟であること。

（３） 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

２　届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式31を用いること。

第17　精神科リエゾンチーム加算

１　精神科リエゾンチーム加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下の３名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が設置されていること。

ア　５年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。）

イ　精神科等の経験を５年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師

ウ　精神科病院又は一般病院での精神医療に３年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤臨床心理技術者のうち、いずれか１人。

（２）（１）のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（６月以上かつ600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。

イ　精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものである。

（イ） 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

（ロ） 精神症状の病因・病態、治療

（ハ） 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

（ニ） 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

（ホ） 患者・家族の支援、関係調整

（ヘ） ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）

（ト） ストレスマネジメント

（チ） コンサルテーション方法

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

（３） 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週１回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。

（４） 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。

（５） 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制につ

いては、第１の１の(５)と同様であること。

（６） 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。

２　届出に関する事項

（１） 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32を用いること。

（２） 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

第17の２　強度行動障害入院医療管理加算

１　強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

（１） 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の４に規定する重症心身障害児施設又は同法第７条第６項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

（２） 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

２　強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添６の別紙14の２を参照のこと。

３　届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の２を用いること。

第17の３　重度アルコール依存症入院医療管理加算

１　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

（１） 精神科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が２名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア　医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

(イ) アルコール精神医学

(ロ) アルコールの公衆衛生学

(ハ) アルコール依存症と家族

(ニ) 再飲酒防止プログラム

(ホ) アルコール関連問題の予防

(ヘ) アルコール内科学及び生化学

(ト) 病棟実習

イ　看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

（イ）　アルコール依存症の概念と治療

（ロ）　アルコール依存症者の心理

（ハ）　アルコール依存症の看護・事例検討

（ニ）　アルコール依存症と家族

（ホ）　アルコールの内科学

（ヘ）　病棟実習

ウ　精神保健福祉士・臨床心理技術者等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・臨床心理技術者等の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

（イ）　アルコール依存症の概念と治療

（ロ）　アルコール依存症のインテーク面接

（ハ）　アルコール依存症と家族

（ニ）　アルコールの内科学

（ホ）　アルコール依存症のケースワーク・事例検討

（ヘ）　病棟実習

（４）　必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

２　届出に関する事項

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の３を用いること。

第17の４　摂食障害入院医療管理加算の施設基準

１　摂食障害入院医療管理加算の施設基準

（１）　摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること

（２）　摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び臨床心理技術者がそれぞれ１名以上当該保険医療機関に配置されていること。

（３）　精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

２　届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32の４を用いること。

第18　がん診療連携拠点病院加算

１　がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

（１）　「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成26~~20~~年１~~３~~月10~~１~~日健発0110第７~~030100１~~号~~厚生労働省健康局長通知~~）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

（２） 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２ 届出に関する事項

（１） がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式33を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２） １の（２）の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19 栄養サポートチーム加算

１ 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか１人は専従であること。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注２に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される~~専任の~~栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。~~が設置されていること。~~

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の常勤~~看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の常勤~~薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した~~専任の~~管理栄養士

（２） （１）のアにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 栄養不良がもたらす影響

イ 栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ 栄養補給ルートの選択と栄養管理プランニング

エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

（３） （１）のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ　栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

（イ）　栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）

（ロ）　栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導

（ハ）　経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘

（ニ）　経静脈輸液適正調剤法の取得

（ホ）　経静脈栄養のプランニングとモニタリング

（ヘ）　経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導

（ト）　経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング

（チ）　簡易懸濁法の実施と有用性の理解

（リ）　栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応

（ヌ）　栄養療法に関する問題点・リスクの抽出

（ル）　栄養管理についての患者・家族への説明・指導

（ヲ）　在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

（４）　当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

（５）　算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（６）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(５)と同様であること。

２　届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式34及び様式13の２を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２により届け出ること。

第20　医療安全対策加算

１　医療安全対策加算１に関する施設基準

（１）　医療安全管理体制に関する基準

ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

（イ）　国及び医療関係団体等が主催するものであること。

（ロ）　医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は５日程度のものであること。

（ハ）　講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等に

ついて研修するものであること。

イ　医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ　医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ　医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員が配置されていること。

オ　医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ　当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

（2）　医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア　安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ　定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ　各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ　医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ　医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ　相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

（3）　医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア　各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ　医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ　医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週１回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

2　医療安全対策加算２に関する施設基準

（1）　医療安全管理体制に関する基準

ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、１の（１）のアに掲げる研修である。

イ　１の(1)のイからカの基準を満たすこと。

（2）　１の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3　届出に関する事項

医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式35を用いること。

第21　感染防止対策加算

1　感染防止対策加算１の施設基準

（1）　感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の１（１）イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

（2）（1）に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。

ウ　３年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ　３年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（3）（2）のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ　感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　感染予防・管理システム

（ロ）　医療関連感染サーベイランス

（ハ）　感染防止技術

（ニ）　職業感染管理

（ホ）　感染管理指導

（ヘ）　感染管理相談

（ト）　洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

（4）　感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

（5）（2）に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

（6）（2）に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の（5）に規定する

安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

（７）（２）に掲げるチームにより、感染防止対策加算２に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

（８）（２）に掲げるチームにより、感染防止対策加算２を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。

（９）院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗ＭＲＳＡ薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

(10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(11) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(12) 院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること~~が望ましい~~。ただし、平成26年３月31日において現に感染防止対策加算１の届出を行っている保険医療機関に限り、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

２　感染防止対策加算２の施設基準

（１）当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。

（２）感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の１の（１）イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

（３）（２）に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ　３年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ　３年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の１（１）アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（４）感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

（５）（３）に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

（６）（３）に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感

染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の（５）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

（７） （３）に掲げるチームは、少なくとも年４回程度、感染防止対策加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回程度参加し、合わせて年４回以上参加していること。

（８） 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗ＭＲＳＡ薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

（９） 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(10) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(11) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

３ 感染防止対策地域連携加算の施設基準

（１） 感染防止対策加算１に係る届出を行っていること。

（２） 他の感染防止対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添６の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

４ 届出に関する事項

（１） 感染防止対策加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式35の２を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２） 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式35の３を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第21の２ 患者サポート体制充実加算

１ 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。

（２） （１）における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時１名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。

（３） （１）における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者

の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。

（４） 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。

ア 患者支援体制確保のため、（１）における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。

イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。

ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週１回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。

エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

オ （１）における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。 また、区分番号「Ａ２３４に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。

（５） 当該保険医療機関内の見やすい場所に、（１）における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて（１）における相談窓口について説明を行っていること。

（６） 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

２ 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式36を用いること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

１ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して６か月程度の研修

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注●に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

（２） 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

（３） 別添６の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。

（４） 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。

（５） 褥瘡対策に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。

（６） 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

（７） 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

（８） 毎年７月において、褥瘡患者数等について、別添７の様式37の２により届け出ること。

２ 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

（１） 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。

（２） （１）の結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。

（３） 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。

（４） （１）から（３）の他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う保険医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

３ 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第22の２ ハイリスク妊娠管理加算

１ ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

（１） 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、１名以上配置されていること。

（３） 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。

（４） 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

（５） 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２ 届出に関する事項

（１） ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式38を用いること。

（２）　１の（５）の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いついては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第23　ハイリスク分娩管理加算

１　ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、３名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に、常勤の助産師が３名以上配置されていること。

（３）　１年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の（５）と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

（５）　公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

（６）　保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

（１）　ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式13の２及び別添７の様式38を用いること。

（２）　１の（１）及び（２）に掲げる医師及び助産師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）並びに勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

（３）　毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２により届け出ること。

（４）　１の（６）の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第24　退院調整加算

１　退院調整加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

（２）　当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が１名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。ただし、区分番号「Ａ３０９」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。

注●に規定する点数を算定する場合は、看護師又は社会福祉士について専従である必要は

ない。

（３） 有床診療所の場合は、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39を用いて提出すること。

第24の２ 新生児特定集中治療室退院調整加算

１ 新生児特定集中治療室退院調整加算１及び２の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

（２） 当該退院調整部門に退院調整及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

２ 新生児特定集中治療室退院調整加算３の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

（２） 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が１名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士又は看護師については、退院調整加算の専従の社会福祉士又は看護師を兼務することができる。

（３） 「周産期医療の確保について」（平成２２年１月２６日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター又は小児入院医療管理料１、２若しくは３を届け出ている保険医療機関であること。

（４） 当該加算を算定する患者に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を確保していること。

３ ~~２~~ 届出に関する事項

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39を用いること。

第24の３ 救急搬送患者地域連携紹介加算

１ 救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

（１） 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

（２） 区分番号Ａ２０５救急医療管理加算、区分番号Ａ３００救命救急入院料、区分番号Ａ３０１特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料又はＡ３０１－４小児特定集中治療室管理料に係

る届出を行っている保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の２を用いること。

第24の４　救急搬送患者地域連携受入加算

1　救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

2　届出に関する事項

救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の２を用いること。

第24の５　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

1　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

（1）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

（2）　区分番号Ａ３１１精神科救急入院料、区分番号Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（3）　精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届け出を行っていない保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の３を用いること。

第24の６　精神科救急搬送患者地域連携受入加算

1　精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

（1）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。

（2）　区分番号Ａ１０３精神病棟入院基本料、区分番号Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号Ａ３１２精神療養病棟入院料又は区分番号Ａ３１４認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（3）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の３を用いること。

第25　総合評価加算

1　総合評価加算に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が１名以上いること。

（2）　総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。

ア　日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するものであること。

イ　研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。

ウ　研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ　研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。

（3）　当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること。

2　届出に関する事項

総合評価加算の施設基準に係る届出に関しては別に別添７の様式40を用いること。

第26　呼吸ケアチーム加算

1　呼吸ケアチーム加算の施設基準

（1）　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師

イ　人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師

ウ　人工呼吸器等の保守点検の経験を３年以上有する専任の臨床工学技士

エ　呼吸器リハビリテーション等の経験を５年以上有する専任の理学療法士

（2）（1）のイに掲げる看護師は、５年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ　呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ）　呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

（ロ）　呼吸機能障害の病態生理及びその治療

（ハ）　呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）

（ニ）　患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

（ホ）　呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）

（ヘ）　安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）

（ト）　呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

（チ）　呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（リ）　コンサルテーション方法

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

（３）　当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

（４）　呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

（５）　病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(５)と同様であること。

（６）　呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の１人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

（７）　保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

（１）　呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式40の２及び様式13の２を用いること。

また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２を届け出ること。

（２）　１の(７)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の２　後発医薬品使用体制加算

１　後発医薬品使用体制加算の施設基準

（１）　病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては30％以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては20％以上30％未満であること。なお、採用品目数とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目数をいう。

なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における~~おいて~~加算等の算定対象となる後発医薬品等」について」（平成~~24~~26年~~3~~●月~~5~~●日保医発~~0305~~●第~~14~~●号）を参照すること。

（３）　入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（４）　ＤＰＣ対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

２　届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式40の３を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第26の３　病棟薬剤業務実施加算

１　病棟薬剤業務実施加算の施設基準

（１）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

（２）　病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び１病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添２の第２の１及び２によるものであること。

なお、病棟には手術室及び治療室は含まれないものであるが、手術室及び治療室においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。また、特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

（３）　当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近１か月の実施時間が合算して１週間につき20時間相当に満たない病棟（区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があってはならないこと。

（４）　病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報提供管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

（５）　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が１人以上配置されていること。

（６）　医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア　当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）

イ　当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（薬事法第77条の４の２第２項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第77条の４の２第１項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ　公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報

（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）

（７） 医薬品安全性情報等（(６)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

（８） 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

（９） データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。

(10) 上記（６）から（９）までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

(11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第１の１の(５)と同様であること。

(12) 区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(13) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式40の４を用いること。また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２により届け出ること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添７の様式20を用いて提出すること。

（３） 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

（４） 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第26の４ データ提出加算

１ データ提出加算の施設基準

~~（１） 区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（７対１一般病棟入院基本料及び10対１一般病棟入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０５」専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）のいずれかを算定している保険医療機関であること。~~

（1~~２~~） 区分番号「Ａ２０７」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。~~なお、ＤＰＣ対象病院以外の病院にあっては、同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関でも差し支えない。~~

（2~~３~~） 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、厚生労働省が毎年実施

する「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「ＤＰＣ調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、ＤＰＣ調査事務局と常時連絡可能な担当者を２名指定すること。

（３）　ＤＰＣ調査に適切に参加し、ＤＰＣデータの作成対象病棟（第１節の入院基本料（Ａ１０８有床診療所入院基本料及びＡ１０９有床診療所療養病床入院基本料を除く）、第３節の特定入院料及び第４節の短期滞在手術基本料（Ａ４００の１短期滞在等手術基本料１を除く）に係る病棟）に入院するすべての患者について、ＤＰＣ調査に準拠したＤＰＣフォーマットデータ（以下「ＤＰＣデータ」という。）を提出すること。

（４）　「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年２回以上当該委員会を開催すること。

~~「適切な~~コーディング~~に関する~~委員会~~」~~とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等が~~適切な~~コーディング~~に関する~~委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会を~~適切な~~コーディング~~に関する~~委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年２回以上、委員会を開催しなければならない。

２　データ提出に関する事項

（１）　~~診療報酬改定後に当該改定に対応した~~ＤＰＣ~~フォーマット~~データの提出を~~行う~~を希望する保険医療機関（平成26年３月31日時点でＤＰＣ病院及びＤＰＣ準備病院である病院を除く）は、平成26年８月20日、11月20日、平成27年２月20日、５月20日、８月20日又は11月20日に別添７の様式40の５を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。（平成27年８月20日後の届出は別途、厚生労働省保険局医療課より通知する。）~~時期は同年の７月以降とする（具体的なデータの提出手順及び期限等については調査実施説明資料を参照すること。）。ただし、平成24年度改定後における外来診療データの提出については同年10月以降とするため留意すること。~~

（２）　（１）の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分のデータ（例として平成26年７月に届出を行った場合、平成26年９月・10月の２月となる。（以下「試行データ」という。））を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、ＤＰＣ調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期日及び方法に従って厚生労働省に提出すること。　~~新たにデータ提出を開始する場合は（新たに外来データの提出を開始する場合も含む。）、当該病院がデータ作成を開始する月の前月の20日までに別添７の様式40の５を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。ただし、１の（２）で区分番号「Ａ２０７」診療録管理体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関については、当該病院がデータ作成を開始する月~~

~~の２月前の20日までに所定の書式に加え、別添７の様式40の６を添付して提出すること。この場合、提出した内容について厚生労働省保険局医療課より疑義照会を行う場合があり、迅速に対応すること（同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している保険医療機関である旨の説明が十分なされない場合、データの提出を認めない場合があること。）。~~

（３） ~~新たにデータ提出を始める場合は、厚生労働省保険局医療課長に対して（２）の届出が行われた後に厚生労働省保険局医療課が別途指定する期日に、少なくとも連続する２か月分のデータ（以下「試行データ」という。）を調査実施説明資料に定められた方法により厚生労働省に提出すること。この場合において、事前に厚生労働省保険局医療課から提供するチェックプログラムにより、作成したデータを当該保険医療機関において精査した結果、提出妥当とされたものに限り提出を受け付けるものであること。~~

~~試行データが適切に提出された~~試行データが適切に提出されていた場合~~に~~は、~~原則として提出が行われた翌月の中旬に、「~~データ提出の実績が認められた~~病院~~」~~保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より通知（以下「データ提出通知」という。）すること。

３　届出に関する事項

（１） 新たにデータ提出加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式40の７を用いることとし、平成26年３月31日にＤＰＣ病院又はＤＰＣ準備病院である病院を除き、データ提出通知を併せて届け出ること。

（２） データ提出加算については、~~厚生労働省が実施する「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨を厚生労働省保険局医療課より通知された~~病院~~において~~、入院データを提出する場合はデータ提出加算１、入院データに加え外来データを提出する場合はデータ提出加算２~~その通知された区分~~を届け出る~~ことができる~~こと。なお、データ提出加算１の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来データを提出するものとしてデータ提出加算２の届出を行うことは可能であるが、この場合、平成24年３月31日にＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院である病院を除き、データ提出通知の写しを併せて届け出ること。また、データ提出加算２の届出を行っている保険医療機関が外来データを提出しないものとして、データ提出加算１へ届出を変更することはできない。

（３）平成26年３月31日時点で当該届出を行っている保険医療機関については、平成27年３月31日までの間、平成26年度改定前のデータ提出加算に係る対象病棟（Ａ１００一般病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ１０３精神病棟入院基本料、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（７対１一般病棟入院基本料、10対１一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。）、Ａ１０５専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、Ａ３００救命救急入院料、Ａ３０１特定集中治療室管理料、Ａ３０１－２ハイケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－３脳卒中ケアユニット入院医療管理料、Ａ３０１－４小児特定集中治療室管理料、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料、Ａ３０３総合周産期特定集中治療室管理料、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料、Ａ３０７小児入院医療管理料、Ａ３１１精神科救急入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料、Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料、Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、Ａ４００の３短期滞在手術基本料３）~~をいう。~~

のデータを提出することで当該加算が算定できること。

なお、当該保険医療機関については、１の（３）に定める対象病棟のデータを提出する旨を別添７の40の５を用いて届け出ることにより、平成27年度以降も当該届出が算定できること。

~~（３）　中央社会保険医療協議会において急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価することが求められていることから、当該加算に係る届出を行うことができる時期は、毎年９月２日以降10月１日までとする（ただし、診療報酬改定時に当該加算に係る施設基準の届出を行っていない病院であって、新たにＤＰＣ準備病院として別途厚生労働省保険局医療課長に届出を行い、当該加算の施設基準を満たす場合においては、８月２日以降に届出ることができる。）。~~

~~なお、平成23年度時点でＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院であった病院については、平成24年４月１日以降に届け出ることができる。また、平成24年度の外来データの提出に伴う届出については、平成24年10月以降に届け出ることとする。~~

（３~~４~~）　各調査年度において、累積して３回データ提出の遅滞等が認められた場合は、適切な提出が行われていないことから、同時点で当該届出を無効とする。なお、遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータが調査事務局宛てに発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。）をいう。

（４~~５~~）　データ提出を取りやめる場合、~~及び~~１の基準を満たさなくなった場合及び（３~~４~~）に~~より施設基準を満たさなくなっ~~該当した場合については、別添７の様式40の８を用い、その理由等を届出すること。なお、当該届出内容は必要に応じて中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。

（５~~６~~）　（４~~５~~）の届出を行った場合、当該届出を行った翌月の~~１~~初日から起算して１年間は、再度データ提出加算に関する施設基準に係る届出はできない。１年以上経過した後に再度データ提出を行う場合にあっては、２~~の（２）~~の手続きより開始することとする。

~~し、その際には所定の様式以外に、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。~~

第27　地域歯科診療支援病院入院加算

１　地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

（１）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア　連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ　連携する別の保険医療機関との調整担当者を１名以上配置していること。

（２）　地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

２　届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式41を用いること。

別紙１

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九－四九第２条に規定する地域

級地区分	都道府県	地　　域
１級地	東京都	特別区
２級地	茨城県	取手市
	埼玉県	和光市
	千葉県	成田市、印西市
	東京都	武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市、厚木市
	大阪府	大阪市、守口市、門真市
	兵庫県	芦屋市
３級地	茨城県	つくば市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	船橋市、浦安市、袖ヶ浦市
	東京都	八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市
	神奈川県	横浜市、川崎市、海老名市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市
	大阪府	吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市
	兵庫県	西宮市、宝塚市
	奈良県	天理市
４級地	茨城県	水戸市、土浦市、守谷市
	埼玉県	鶴ヶ島市
	千葉県	千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市
	東京都	三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
	神奈川県	藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市
	愛知県	豊明市
	三重県	鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市
	京都府	京都市
	大阪府	豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市
	兵庫県	神戸市、尼崎市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市
５級地	宮城県	仙台市
	茨城県	日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
	栃木県	宇都宮市

	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
	千葉県	茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
	神奈川県	平塚市、秦野市
	山梨県	甲府市
	静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
	愛知県	瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
	三重県	津市、四日市市
	滋賀県	守山市
	京都府	宇治市、亀岡市、京田辺市
	大阪府	河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市
	兵庫県	伊丹市、三田市
	奈良県	大和高田市、橿原市
６級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市、多賀城市
	茨城県	龍ヶ崎市、筑西市
	栃木県	鹿沼市、小山市、大田原市
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	東京都	武蔵村山市
	神奈川県	小田原市、三浦市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	福井県	福井市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市
	岐阜県	岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市
	愛知県	豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町
	三重県	桑名市、名張市、伊賀市
	滋賀県	彦根市、長浜市
	京都府	向日市、木津川市
	大阪府	柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町
	兵庫県	姫路市、明石市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市

	岡山県	岡山市
	広島県	廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
	山口県	周南市
	香川県	高松市
	福岡県	筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡粕屋町

備考　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年４月１日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則九－四九附則第２条に規定する地域

級地区分	都道府県	暫　定　指　定　地　域
４級地	神奈川県	横須賀市
	大阪府	堺市、東大阪市
５級地	神奈川県	三浦郡葉山町
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市
６級地	福岡県	北九州市
	長崎県	長崎市

備考　この表の「暫定指定地域」欄に掲げる名称は、平成20年４月１日においてそれらの名称を有する市又は町の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地　　域
４級地	茨城県	石岡市
	千葉県	習志野市
	東京都	羽村市、日の出町、檜原村、東久留米市、小金井市
	神奈川県	愛川町、座間市、綾瀬市
	大阪府	島本町、摂津市
	広島県	府中町
５級地	茨城県	那珂市、東海村、阿見町
	埼玉県	羽生市、鳩ヶ谷市、蕨市、富士見市、新座市、三芳町、狭山市
	千葉県	我孫子市、鎌ヶ谷市、八千代市、長柄町、長南町、木更津市、君津市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	伊勢原市、逗子市、清川村、寒川町、山北町
	愛知県	尾張旭市、長久手町
	滋賀県	栗東市
	京都府	南丹市、久御山町、八幡市、城陽市、宇治田原町

	大阪府	松原市、大阪狭山市、豊能町
	兵庫県	猪名川町、川西市
	奈良県	御所市
６級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町、村田町
	茨城県	稲敷市、河内町、利根町、つくばみらい市、常総市、坂東市、境町、五霞町、下妻市、八千代町、結城市、桜川市
	栃木県	日光市、さくら市、壬生町、下野市、栃木市、二宮町、野木町
	群馬県	伊勢崎市、玉村町、吉岡町、大泉町、千代田町、板倉町
	埼玉県	嵐山町、滑川町、大利根町、騎西町、菖蒲町、鷲宮町、幸手市、宮代町、白岡町、蓮田市、松伏町、吉川市、八潮市、川島町、吉見町、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町、深谷市、桶川市
	千葉県	大網白里町、山武市、富里市、印旛村、本埜村
	東京都	瑞穂町、東大和市
	神奈川県	中井町、大井町
	長野県	大町市、筑北村、上田市、長和町、下諏訪町、岡谷市
	岐阜県	坂祝町、関市、可児市、土岐市、各務原市、笠松町、羽島市、海津市
	静岡県	小山町、裾野市、島田市、長泉町、清水町、富士川町、芝川町、川根本町、藤枝市、岡部町、森町
	愛知県	扶桑町、大口町、岩倉市、北名古屋市、春日町、清須市、甚目寺町、美和町、七宝町、蟹江町、日進市、東郷町、東浦町、阿久比町、常滑市、新城市、豊川市、幸田町、高浜市
	三重県	いなべ市、東員町、朝日町、川越町、亀山市、木曽岬町
	滋賀県	米原市、多賀町
	京都府	長岡京市、井手町、精華町
	大阪府	大東市、岬町
	兵庫県	加西市、加東市、小野市、高砂市、稲美町、播磨町
	奈良県	生駒市、山添村、安堵町、川西町、河合町、上牧町、広陵町、田原本町、葛城市、明日香村、吉野町、曽爾村、平群町、三郷町、五條市
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	広島県	安芸太田町、熊野町、呉市
	福岡県	飯塚市、志摩町、篠栗町、志免町、須恵町、大野城市、那珂川町
	佐賀県	佐賀市

備考　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年４月１日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙２

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市　町　村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡（松川町、高森町、阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村）
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町

長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

別添４

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１　特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添７の様式５、様式６及び様式７を用いること。

２　特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。

第１　救命救急入院料

１　救命救急入院料１に関する施設基準

（１）　専任の医師が、午前０時より午後12時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。

（２）　重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。

（３）　重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　ペースメーカー

エ　心電計

オ　ポータブルエックス線撮影装置

カ　呼吸循環監視装置

（４）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病床を有しない病院は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。

（５）　当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとすること。

２　救命救急入院料２に関する施設基準

救命救急入院料１の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料１又は３の施設基準を満たすものであること。

３　救命救急入院料３に関する施設基準

（１）　救命救急入院料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

４　救命救急入院料４に関する施設基準

（１）　救命救急入院料２の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

５　救命救急入院料の「注３」に掲げる加算の施設基準

（１）　「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成21年３月31日医政指発第0331001号。以下、「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ａであるものであること。~~なお、当該評価の結果が出るまでの間は、「医療施設運営費等補助金、地域医療対策費等補助金及び申毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」（平成10年６月24日厚生省発健政第137号）別紙２の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ａであるものであること。~~

（２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の（５）と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

６　救命救急入院料の「注４」に掲げる加算の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｂであるものであること。

７　救命救急入院料の「注５」に掲げる加算の施設基準

「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）第８に規定する高度救命救急センターであること。

８　救命救急入院料の「注７」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

９　届出に関する事項

救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式42を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式20を用いること。

また、「注３」に掲げる加算の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添７の様式13の２を用いること。なお、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２を届け出ること。

第２　特定集中治療室管理料

１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準

（１）　専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。

（２）　専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。

（３～~~２~~）　特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり20~~15~~平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり９平方メートル以上であること。

（４～~~３~~）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　ペースメーカー

エ　心電計

オ　ポータブルエックス線撮影装置

カ　呼吸循環監視装置

（５～~~４~~）　新生児用の特定集中治療室にあっては、（３）に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア　経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

イ　酸素濃度測定装置

ウ　光線治療器

（６～~~５~~）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（７～~~６~~）　原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

（８～~~７~~）　当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとすること。

（９～~~８~~）　当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が９割以上いること。

（10～~~９~~）　「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）　看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

２　特定集中治療室管理料２（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

（１）　特定集中治療室管理料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり20~~15~~平方メートル以上であること。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準

（１）　専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。

（２）　特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり９平方メートル以上であること。

（３）　特定集中治療室管理料１の(３)から(７)及び(９)を満たすこと。

（４）　当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が８割以上いること。

４　特定集中治療室管理料４（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

（１）　特定集中治療室管理料３の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

５~~３~~　特定集中治療室管理料の「注２」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

６　３及び４に掲げる「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」の規定については、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成27年３月31日まで当該規定を満たしているものとする。

７　１から４に掲げる内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

８~~４~~　届出に関する事項

特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式42及び43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式20を用いること。

第３　ハイケアユニット入院医療管理料

１　ハイケアユニット入院医療管理料１に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時１名以上いること。

（２）　当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

（３）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

（４）　当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（５）　当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が８割以上いること。

（６）　「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）　看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

２　ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準

（１）　当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が６割以上いること。

（２）　１の(１)から(４)及び(６)の施設基準を満たしていること。

３　平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年９月30日まで、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年度改定前）の例により算定することができる。

４~~２~~　届出に関する事項

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式44を用いること。

また、当該治療室に勤務する従事者については、別添７の様式20を用いること。

第４　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

１　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する専任の医師が常時１名以上いること。

（２）　脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

（３）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

（４）　当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（５）　脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が１名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。

（６） 当該治療室の入院患者数の概ね８割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。

（７） コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

（８） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。

２ 届出に関する事項

（１） 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式45を用いること。

（２） １の(１)及び(５)に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。

（３） １の(１)、(４)及び(５)に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

第４の２ 小児特定集中治療室管理料

１ 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

（１） 小児入院医療管理料１の届出を行っている医療機関であること。

（２） 専任の~~小児科の~~医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の~~小児科の~~医師に、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。

（３） 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、８床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。

（４） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

エ 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

カ 呼吸循環監視装置

キ 体外補助循環装置

ク 急性血液浄化療法に必要な装置

（５） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（６） 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

（７） 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとすること。

~~（８） 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が９割以上いること。~~

~~（９） 「重症度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、~~

~~院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。~~

~~ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）~~

~~イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること~~

~~(イ)　看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法~~

~~(ロ)　重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法~~

（８~~10~~）　次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関で救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近１年間に20名以上であること。

イ　当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関で区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近１年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（５時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。

（９~~11~~）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の(５)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

２　１の(３)に掲げる内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

３~~２~~　届出に関する事項

（１）　小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式43、43の２及び48を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式20を用いること。

（２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添７の様式13の２を用いること。なお、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２を届け出ること。

第５　新生児特定集中治療室管理料

１　新生児特定集中治療室管理料１に関する施設基準

（１）　専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。

（２）　新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり７平方メートル以上であること。なお、内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（３） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ 新生児用呼吸循環監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ 酸素濃度測定装置

キ 光線治療器

（４） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（５） 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

（６） 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（７） 次のいずれかの基準を満たしていること。ただし、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年９月30日までは、当該基準を満たしているものとする。

ア 直近１年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が４件以上であること。

イ 直近１年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が６件以上であること。

２ 新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準

（１） 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。

（２） １の(２)から(５)の施設基準を満たしていること。

（３） 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（４） 直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。ただし、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年９月30日までは、当該基準を満たしているものとする。

３ 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は２床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

（１） 常時４対１以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること）よりも手厚い看護

配置であること。

（２）（１）の看護配置について、常時３対１以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であること）の基準を満たせなくなってから24時間以内に常時３対１以上の看護配置に戻すこと。

（３） 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

４　届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の２及び様式20を用いること。

第６　総合周産期特定集中治療室管理料

１　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

（１） 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア　「周産期医療の確保について」（平成２２年１月２６日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ　専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。

ウ　母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に３床以上設置されていること。

エ　帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師、その他の各職員が配置されていること。

オ　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。

（イ） 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

（ロ） 心電計

（ハ） 呼吸循環監視装置

（ニ） 分娩監視装置

（ホ） 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）

カ　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

キ　原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

ク　当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとすること。

ケ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の（５）と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

（２） 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア　「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日厚生労働省医政局長通知）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ　第５の１の（１）から（7 ~~6~~）までを全て満たしていること。

ウ　当該治療室に病床が６床以上設置されていること。

エ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。当該体制については、別添３の第１の１の(５)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

２　新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は２床を上限とする。）は、第５の３の規定と同様に取り扱うものであること。

３　１の(１)のウに掲げる内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の２及び様式20を用いること。

（２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添７の様式13の２を用いること。なお、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２を届け出ること。

第７　新生児治療回復室入院医療管理料

１　新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

（１）　病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。

（２）　当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師が常時１名以上配置されていること。

（３）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ　新生児用呼吸循環監視装置

ウ　新生児用人工換気装置

エ　微量輸液装置

オ　経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ　酸素濃度測定装置

キ　光線治療器

（４）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

２　届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添７の様式45の２、様式20及び様式42の２を用いること。

第８　一類感染症患者入院医療管理料

１　一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第６条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第６条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

２　届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９及び様式46を用いること。

第９　特殊疾患入院医療管理料

１　特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

（１）　当該病室の入院患者数の概ね８割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（２）　当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

（３）　当該病室に係る病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。

２　届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20及び様式47を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

第10　小児入院医療管理料

１　小児入院医療管理料に関する施設基準

（１）　小児入院医療管理料１、２、３又は４と小児入院医療管理料５の双方を算定することはできないものであること。

（２）　小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

（３）　小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料１を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。

２　小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準

（１）　一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料１、２及び３を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。

（２）　当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。

（３） 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料１、２及び３を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料４を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。

（４） 小児入院医療管理料１を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 新生児及び６歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。

イ 区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－４」に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。

ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。

（イ） 救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した15歳未満の患者数

（ロ） 当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた15歳未満の患者数

（ハ） 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数

エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の(５)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

（５） 小児入院医療管理料２を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。

イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の(５)と同様であること。

３ 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準

（１） 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が１名以上常勤していること。

（２） 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料５においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

（３） プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

４ 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式48から様式48の３までを用いること。

小児入院医療管理料１又は２の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添７の様式13の２を用いること。また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２を届け出ること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

１ 通則

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)

若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること。

（２） 回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。

（３） 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

（４） 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。

（５） 別添６の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。

（６） 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、別添６の別紙21及び別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）（以下この項目において「看護必要度評価票Ａ項目」という。）を用いて測定すること。また、当該日常生活機能評価表及び看護必要度評価票Ａ項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　日常生活機能評価を測定する場合

（イ） 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

（ロ） 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法

② 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

イ　看護必要度評価票Ａ項目を測定する場合

（イ） 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

（ロ） 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

② 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

（７） 毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添７の様式49の４により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

（８） 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数は平均２単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数

イ　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

（９） 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する

患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出すること。）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準

（１）　リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士３名以上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等１名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

（２）　当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する場合、重症の患者（別添６の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち３割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

（３）　当該病棟に入院する全ての患者の状態を別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票Ａ項目を用いて測定し、その結果、当該病棟へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が１割~~５分~~以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。ただし、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年９月30日までの間は、当該要件を満たしているものとする。

ア　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの当該基準を満たす患者数

イ　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

（４）　直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で４点以上改善していること。

（５）　当該保険医療機関において、休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険

医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

（６）　当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。

（７）　当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

（８）　（５）から（７）については、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、平成26年９月30日までの間は、当該要件を満たしているものとする。

（９~~５~~）　毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ項目の得点について、別添７の様式49の４により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

３　回復期リハビリテーション病棟入院料２及び３の施設基準

（１）　リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士２名以上及び作業療法士１名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

（２）　回復期リハビリテーション病棟入院料２を算定しようとする病棟では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。

ア　重症の患者が新規入院患者のうち２割以上であること。

イ　直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で３点以上改善していること。

４　休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

（１）　回復期リハビリテーション病棟入院料２又は３の届出を行っていること。

（２~~１~~）　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

（３~~２~~）　当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。

（４~~３~~）　当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

５　リハビリテーション充実加算の施設基準

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均６単位以上であること。計算式は第11の１の（９）に示した式を用いること。

６　体制強化加算の施設基準

（１）　回復期リハビリテーション病棟入院料１の届出を行っていること。

（２）　当該病棟に専従の常勤医師１名以上及び専従の常勤社会福祉士１名以上配置されていること。

（３）（２）に掲げる医師については、以下のいずれも満たすこと。

ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。

イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

（４）（３）のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して14時間程度のものをいう。なお、当該研修には，次の内容を含むものであること。

ア　回復期リハビリテーションの総論

イ　脳血管リハビリテーション

ウ　運動器リハビリテーション

エ　回復期リハビリテーションに必要な評価

オ　高次脳機能障害

カ　摂食嚥下、口腔ケア

キ　地域包括ケア

（５）（２）に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する３年以上の経験を有する者であること。

（６）（３）の要件のうち、イに規定するリハビリテーションに係る研修要件の適用については、平成27年４月１日からとすること。

６　届出に関する事項

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９、様式20、様式49から様式49の６までを用いること。

~~第12　亜急性期入院医療管理料~~

~~１　亜急性期入院医療管理料に関する施設基準~~

~~（１）　当該病室に係る病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。~~

~~（２）　当該病室を有する病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。~~

~~なお、注２の届出を行う場合にあっては、当該病室を有する病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の４割が看護師であること。~~

~~（３）　当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が１名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算又は区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。~~

~~（４）　診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。~~

~~（５）　当該病室における直近１か月間（当該管理料の算定開始後３月目以降は、直近３か月間）の退院患者のうち６割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいうこと。~~

~~（６）　亜急性期入院医療管理料を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の３割（ただし、一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床）以下とする。~~

~~なお、亜急性期入院医療管理料の注２の届出を行うことができる保険医療機関であって、別添２「入院基本料等の施設基準」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟ごとに、亜急性期入院医療管理料の注１の届出又は注２の届出を選択して行うことが可能であるが、届出可能な病床数は、注１の届出に係る病床と注２の届出に係る病床を合わせて当該保険医療機関の有する一般病床の数の３割（一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床）以下とする。~~

~~２　リハビリテーション提供体制加算の施設基準~~

~~注３の加算を算定する場合は、亜急性期入院医療管理料２を算定する患者に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション（以下この項において「リハビリテーション」という。）を１人１週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、１人１週間あたりの平均単位数については、以下に示す（１）を（２）で除した数に７を乗じて得た数により計算するものとする。~~

~~（１）　直近３か月間に亜急性期入院医療管理料２を算定した患者に対し提供されたリハビリテーションの総単位数~~

~~（２）　直近３か月間に亜急性期入院医療管理料２を算定した患者の延入院日数~~

~~３　届出に関する事項~~

~~亜急性期入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20、様式50から様式50の３までを用いること。~~

第12　地域包括ケア病棟入院料

１　地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準

（１）　特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。

（２）　当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病

棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。なお、注２の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であること。

（３）　当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が１名以上配置されていること。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるＡＤＬ維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士が１名以上配置されていること。

（４）　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

（５）　（３）のリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者１人あたりの実施単位数に含むものとする。

（６）　当該病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年３月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年４月１日以降も有効なものとして取扱う。

（７）　病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年１回報告を行うこと。

（８）　患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

（９）　当該入院料を算定している全ての患者の状態について、別添６の別紙21及び別添６の別紙

７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が１割以上であること。また、当該日常生活機能評価表及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票Ａ項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の１の(６)と同様である。

(10)　次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第14の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

イ　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第●に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近１年間の在宅患者の受入実績が３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算１を算定したものに限る。）であること。

ウ　医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

エ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

(11)　地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。

ア　他の保険医療機関(療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者

イ　介護老人保健施設（介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ⅱ)若しくは(ⅳ)、ユニット型介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ⅱ)若しくは(ⅳ)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者

ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟を除く。））への転棟患者

(12)　当該病棟又は病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成26年３月31日時点で７対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）の届出を行っている病棟については、平成27年３月31日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする。

ア　直近６か月間において、当該病棟又は病室から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、院内の別の入院料を算定する病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、(11)のア、イ及びウに該当する患者を含む。）

(13)　データ提出加算の届出を行っていること。なお、当該基準の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

(14)　地域包括ケア入院医療管理料１については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

２　地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準

１の施設基準のうち、（６）並びに(11)及び(12)に規定する割合を除く、すべての基準を満たしていること。なお、地域包括ケア入院医療管理料２については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。

３　地域包括ケア病棟入院料の「注３」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、１日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに１以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

４　地域包括ケア病棟入院料の「注４」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、１日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上であること。

なお、平成27年３月31日までは、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の５割未満をみなし看護補助者（みなし看護補助者を除く。）とすることができる。また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

５　届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式●を用いること。また、１の（７）のなお書きに該当する場合は、年１回、全面的な改築等の予定について別添●の様式●により地方厚生（支）局長に報告すること。また、「注３」及び「注４」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算の施設基準に係る届出は、様式13の３を用いること。

また、７対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、(11)及び(12)について実績を要しない。

なお、平成26年３月31日時点で10対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、７対１入院基本料の届出を行うことはできない。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。

（１）　療養病床により届出を行う場合

（２）　許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、地域包括ケア入院医療管理料１又は２の届出を行う場合

第13　特殊疾患病棟入院料

１　特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

（１）　特殊疾患病棟入院料１又は２の施設基準

ア　当該病棟に専任の医師が常勤していること。

イ　当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置さ

れており、そのうち１名以上は看護職員であること。

ウ　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

（２）　特殊疾患病棟入院料１の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね８割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月１日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（３）　特殊疾患病棟入院料２の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

（イ）　児童福祉法第43条の３に規定する肢体不自由児施設

（ロ）　児童福祉法第43条の４に規定する重症心身障害児施設

（ハ）　児童福祉法第７条第６項に規定する国立高度専門医療研究センター

（ニ）　児童福祉法第７条第６項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関

イ　当該病棟の入院患者数の概ね８割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクＢ以上に限る。）等の重度の障害者（ただし、(２)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者(平成20年10月１日以降に限る。)を除く。）であること。

２　届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20、様式24の２及び様式51を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。

第14　緩和ケア病棟入院料

１　緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等

（１）　主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。

（２）　夜間において、看護師が複数配置されていること。

（３）　当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。

（４）　当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに１名以上の常勤医師が配置されていること。

（５）　(４)に掲げる医師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

（６）　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、８平方メートル以上であること。

（７）　当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。

（８）　当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が５割以下であること。

（９）　入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われていること。

(10)　緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11)　がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年３月１日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。

また、がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は下記に掲げる公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価（緩和ケア機能）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

ア　緩和ケア病棟の運営方針と地域における役割を明確化

イ　緩和ケアに必要な体制の確立

ウ　緩和ケア病棟の機能の発揮

エ　緩和ケア病棟における質改善に向けた取り組み

オ　緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

カ　緩和ケアを支えるための病院の基本的な機能

２　届出に関する事項

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20及び様式52を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

第15　精神科救急入院料

１　精神科救急入院料に関する施設基準等

（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

（２）　当該病院には、精神保健指定医が５名以上常勤していること。

（３）　当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。

（４）　当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上であること。

（５） 当該各病棟に２名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。

（６） 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時２名以上配置されていること。

（７） 当該病棟の病床数は、１看護単位当たり60床以下であること。

（８） 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。

（９） 必要な検査及びＣＴ撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、ＣＴ撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。

(10) １月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数である。

(11) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下の~~ア及びイの~~いずれ~~か~~も満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

（イ） 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

（ロ） １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

ウ~~イ~~ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。

(12) 当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第42条第１項第１号又は第61条第１項第１号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）のいずれかに係るものであること。

(13) 以下の地域における１年間（当該保険医療機関が精神科救急入院料に係る届出を行う前年度１年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上、又は20~~30~~件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。なお、

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

(14) 精神科救急入院料１の施設基準

措置入院患者、医療観察法第34条第１項若しくは第60条第１項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第５項若しくは第62条第２項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法

（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は~~若しくは~~福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。~~又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。~~なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(15)　精神科救急入院料２の施設基準

措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

２　届出に関する事項

精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式54を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16　精神科急性期治療病棟入院料

１　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

（１）　同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料１を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料２を算定すべき病棟が混在することはできない。

（２）　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

ア　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

イ　当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１人以上は看護師である。

ウ　当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

エ　当該各病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤している。

オ　当該病院が精神科救急医療システムに参加していること。

カ　当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその２割以下である。

キ　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり60床以下である。

ク　当該病棟に隔離室がある。

ケ　１月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数である。

コ　措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第１

章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

２　精神科急性期治療病棟入院料の「注４」に掲げる精神科急性期医師配置加算の施設基準

（１）　当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

（２）　措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

（３）　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話再診を除く。）件数が年間20件以上、かつ、入院件数が年間８件以上であること。

２　届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式53を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16の２　精神科救急・合併症入院料

１　精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

（２）　当該保険医療機関内に、精神科医師が５名以上常勤していること。

（３）　当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

（４）　当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上であること。

（５）　当該各病棟に２名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。

（６）　当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時２人以上配置されていること。

（７）　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり60床以下であること。

（８）　当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占める。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。

ア　当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の２割以上であること。

イ　当該治療室に入院する患者は、常時８割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。

（イ）　呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）

（ロ） 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）

（ハ） 手術又は直達・介達牽引を要する骨折

（ニ） 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）

（ホ） 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）

（ヘ） 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）

（ト） 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒１期、２期、敗血症）

（チ） 急性腹症（消化管出血、イレウス等）

（リ） 悪性症候群、横紋筋融解症

（ヌ） 広範囲（半肢以上）熱傷

（ル） 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍

（ヲ） 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態

（ワ） 手術室での手術を必要とする状態

（カ） 合併症妊娠・出産

（ヨ） 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）

ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。

（イ） 救急蘇生装置

（ロ） 除細動器

（ハ） 心電計

（ニ） 呼吸循環監視装置

（９） 必要な検査及びＣＴ撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にある。

(10) １月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数である。

(11) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設~~障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）~~へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウのいずれをも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

(イ)~~ア~~ 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(ロ)~~イ~~ １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合

（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

ウ　全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。

(13)　当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。

(14)　以下の地域における１年間（当該保険医療機関が精神科救急・合併症入院料に係る届出を行う前年度１年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上、又は20~~30~~件以上の患者を当該病棟において受け入れていること

ア　当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ　１精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

２　届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式55を用いること。また、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16の３　児童・思春期精神科入院医療管理料

１　児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

（１）　精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。

（２）　当該病棟又は治療室における直近１か月間の入院患者数の概ね８割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）であること。

（３）　当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、うち１名は精神保健指定医であること。

（４）　当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ１名以上配置されていること。

（５）　病院内に学習室が設けられていること。

（６）　当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。

２　届出に関する事項

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９及び様式57を用いること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第17　精神療養病棟入院料

１　精神療養病棟入院料の施設基準等

（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の

入院患者を入院させていないこと。

（２）　当該病棟に精神科医師~~精神保健指定医~~である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。

なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。

（３）　当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週２日以内とすること。

（４）　医療法施行規則第19条第１項第１号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上である場合（平成30年３月31日までは、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに１以上である場合）は除く。）。

（5~~３~~）　当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

（6~~４~~）　当該病院には、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤していること。

（７）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年４月１日以降に当該病棟へ入院となった当該病棟の入院患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。

ア　精神保健福祉士

イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

（８）　１人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は60以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

（９）　当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

（10~~５~~）　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり60床以下であること。

（11~~６~~）　当該病棟に係る病室の病床数は、１病室につき６床以下であること。

（12~~７~~）　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で18平方メートル以上であり、病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、5.8平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。

（13~~８~~）　当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。

（14~~９~~）　当該病棟に鉄格子がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後１年間の経過措置を認める。

（15~~10~~）　当該病院に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。

（16~~11~~）　病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。

２　重症者加算１の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たすこと。~~ただし、平成25年３月31日までは以下の要件を満たしているものとみなす。~~

（１） 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

（２） 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算１において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

（３） 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)のいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

（イ） 措置入院及び緊急措置入院時の診察

（ロ） 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

（ハ） 精神医療審査会における業務

（ニ） 精神科病院への立ち入り検査での診察

（ホ） その他都道府県の依頼による公務員としての業務

３ 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいずれか１名）が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよ~~ろ~~い。

４ 精神保健福祉士配置加算の施設基準

（１） 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退

院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

（３） 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち７割以上が入院日から起算して１年以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

５~~４~~ 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20（~~精神保健指定医については指定番号を~~作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式24の２及び様式55の２を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積、並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等がわかるもの。）を添付すること。

第18 削除

第19 認知症治療病棟入院料

１ 認知症治療病棟入院料の施設基準等

（１） 医療法第70条に規定する精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。

（２） 同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院料１を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院料２を算定すべき病棟が混在することはできない。

（３） 認知症治療病棟入院料１の施設基準

ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ１人以上勤務していること。

イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。

ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。

エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する臨床心理技術者がいずれか１人以上勤務していること。

オ 当該病棟における１看護単位は、概ね40～60床を上限とすること。

カ 当該病棟の患者１人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成20年３月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

キ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。

ク 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成20年３月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての

患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

（イ） 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ） 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ） 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週５回行う。

（４） 認知症治療病棟入院料２の施設基準

ア （３）のイからエまでを満たしている。

イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ１名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が１人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週１回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が１人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ 当該病棟における１看護単位は、概ね60床を上限とする。

エ 当該病棟の患者１人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成20年３月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

オ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成20年３月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。

（イ） 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ） 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ） 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週５回行う。

（５） 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のうちいず

れか１名）が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該専従精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。

（６） 認知症夜間対応加算の施設基準

認知症治療病棟入院料１、認知症治療病棟入院料２のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が３名以上の場合に算定できる。

（７） （３）及び（４）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）及び（４）の内法の規定を満たしているものとする。

２ 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添７の様式９、様式20及び様式56を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

第20 特定一般病棟入院料

１ 特定一般病棟入院料の施設基準等

（１） 医療提供体制の確保の状況に鑑み、別紙２に定められた地域に所在する保険医療機関のうち、一般病棟が１病棟~~（一般病棟に限る。）~~で構成される病院である保険医療機関であること。

（２） 特定一般病棟入院料１の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時13対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

（３） 特定一般病棟入院料２の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時15対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

（４） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）~~亜急性期入院医療管理を行う病室~~の施設基準等

ア 注７に規定する地域包括ケア亜急性期入院医療管理を行う病室を有する病棟において、常時15対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。~~当該病室に係る病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。~~

ウ 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が１名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院してい

る患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号Ａ２３８に掲げる退院調整加算又は区分番号Ａ２３８－３に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。

エ　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

オ　エのリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。

カ　当該病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年３月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年４月１日以降も有効なものとして取扱う。

キ　病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年１回報告を行うこと。

ク　患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

ケ　当該入院料を算定している全ての患者の状態について、別添６の別紙21及び別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が１割以上であること。また、当該日常生活機能評価表及び看護必要度評価票Ａ項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の１の（６）と同様である。

コ　次のいずれかの基準を満たしていること。

①　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第14の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

②　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第●に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の受入実績が年間３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算１を算定したものに限る。）であること。

③　医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

④救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

サ　当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。

①　他の保険医療機関（療養病棟入院基本料１（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者

② 介護老人保健施設（介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ⅱ)若しくは(ⅳ)、ユニット型介護保険施設サービス費(Ⅰ)の(ⅱ)若しくは(ⅳ)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）に入所した患者

シ 当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。

① 直近６か月間において、当該病室から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

② 直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、サの①及び②に該当する患者を含む。）

ス データ提出加算の届出を行っていること。なお、当該基準の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

（５） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）の施設基準等

(４)のカ並びにコ及びサに規定する割合を除く、すべての基準を満たしていること。

~~ニ 診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。~~

~~オ 当該病室における直近１か月間（当該管理料の算定開始後３月目以降は、直近３か月間）の退院患者のうち６割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいう。~~

~~カ 亜急性期入院医療管理を行う病室として届出可能な病床数は30床以下とする。~~

~~（５） リハビリテーション提供体制加算の施設基準~~

~~注11の加算を算定する場合は、注９に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定する患者に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを１人１週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、１人１週間あたりの平均単位数については、以下に示すアをイで除した数に７を乗じて得た数により計算するものとする。~~

~~ア 直近３か月間に注９に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定した患者に対し提供された上記のリハビリテーションの総単位数~~

~~イ 直近３か月間に注９に規定する亜急性期入院医療管理に係る点数を算定した患者の延入院日数~~

２ 届出に関する事項

（１） 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９及び様式57の２を用いること。

（２） 注７又は注９に規定する地域包括ケア~~亜急性期入院医療管理~~に係る病室の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20、様式50から様式50の３までを用いること。

（３） 当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定を行う病棟については、別添７の様式57の３により地方厚生（支）局長に届け出ること。

別添５

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準

（１）　術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。

（２）　看護師が常時患者４人に１人の割合で回復室に勤務していること。

（３）　当該保険医療機関が、退院後概ね３日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。

（４）　短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。

（５）　術前に患者に十分に説明し、別添６の別紙22を参考として同意を得ること。

２　短期滞在手術等基本料２に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関が、病院にあっては７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料１の基準を満たしていること。ただし、平成22年３月31日現在において現に届出を行っている有床診療所については、（２）及び（３）の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

（２）　１の（３）及び（４）を満たしていること。

（３）　術前に患者に十分に説明し、別添６の別紙22を参考として同意を得ること。

３　届出に関する事項

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９及び様式58を用いること。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男・女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

別紙２

入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病 棟 （ 病 室 ）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 ＊	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　　（どちらかに○）
そ　の　他 ・看　護　計　画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 ＊	
総合的な機能評価 ◇	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。

注３）　＊印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注４）　◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注５）　特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

別紙２の２

入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病 棟 （ 病 室 ）	
主治医以外の担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 （ADLの評価を含む）	
治　療　計　画 （定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む）	
リハビリテーションの計　画 （目 標 を 含 む）	
栄養摂取に関する計画	（特別な栄養管理の必要性：　有　・　無　）
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 （予防対策を含む）	
そ　の　他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注）　上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

別紙２の３

入　院　診　療　計　画　書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病　棟　（　病　室　）	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間 （うち医療保護入院による入院期間）	（うち医療保護入院による入院期間：　　）
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　（どちらかに○）
そ　の　他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
退院に向けた取組	
総合的な機能評価　◇	

注１）病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注２）入院期間については、現時点で予想されるものである。

注３）◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注４）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書

氏 名　　殿　　男　女　　病 棟　　計画作成日　.　.

記入医師名

明・大・昭・平　年　月　日 生　（　歳）　記入看護師名

褥瘡の有無　1. 現在　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））　褥瘡発生日　.　.

2. 過去　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）	できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	なし	あり	
	・浮腫（局所以外の部位）	なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞

褥瘡の状態の評価（DESIGN－R）									合計点
	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	
	滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換		
	大きさ（cm^2） 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3)局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）		(9)全身的影響あり（発熱など）		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり				
	ポケット（cm^2） （ポケットの長径×長径に直行する最大径）－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上	

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫，ズレ力の排除 （体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

［記載上の注意］

1　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号）を参照のこと。

2　日常生活自立度がＪ１～Ａ２である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙４

平均在院日数の算定方法

１　入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

$$\frac{\text{①に掲げる数}}{\text{②に掲げる数}}$$

①　当該病棟における直近３か月間の在院患者延日数

②　（当該病棟における当該３か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該３か月間の新退棟患者数）／２

なお、小数点以下は切り上げる。

２　上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。

３　上記算定式において、新入棟患者数とは、当該３か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数（以下「新入院患者」という。）及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における１回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。

また、病棟種別の異なる病棟が２つ以上ある場合において、当該２以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、１回目の入棟のみを新入棟患者として数える。

当該３か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

４　上記算定式において、新退棟患者数とは、当該３か月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における１回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。

病棟種別の異なる病棟が２以上ある場合において、当該２以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、１回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

５　「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は１の①及び②から除く。

６　短期滞在手術等基本料３を算定した患者であって６日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

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

別紙５

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

１　一般病棟の場合

【　１病棟（１看護単位）入院患者数40人で一般病棟入院基本料の10対１入院基本料の届出を行う場合　】

○　１勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が12人以上であること。
○　当該届出区分において、月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が70％以上であること。
○　当該病棟が交代制の勤務形態であること。
○　夜間勤務の看護職員配置については、看護師１人を含む２人以上であること。
○　当該病棟の平均在院日数が21日以内であること。

（１）　看護職員配置の算出方法

①　各勤務帯に従事している看護職員の１人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。
（40人×１／10）×３＝当該病棟に１日当たり12人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。

②　月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が70％を満たすこと。

当該病棟の月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が12人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は8.4人以上であること。

12人×70％＝8.4人

（２）　看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

○　各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

※　夜勤専従者及び夜勤16時間以下の看護職員を除く

① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝８時まで（16時間）

② 夜勤時間と従事者数：２人以上の看護職員が配置されている。

16時～24時30分（看護師３人、計３人）
０時～８時30分（看護師２人、准看護師１人　計３人）

③ １月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23人（８人＋11人＋４人）

８人×72時間 ＝ 576時間　(a)
11人×64時間 ＝ 704時間　(b)
４人×40時間 ＝ 160時間　(c)
※　夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分）は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

④ 月延夜勤時間数：1,440時間（(a)～(c)の合計）

⑤ 月平均夜勤時間数:72時間以下である。

1,440時間　÷　23人　＝　62.6時間（小数点２位以下切り捨て）

２　療養病棟の場合

【　１病棟（１看護単位）入院患者数40人で療養病棟入院基本料２の届出を行う場合　】

○　１勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が５人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が５人以上であること。
○　当該届出区分において、月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が20%以上であること。
○　当該病棟が交代制の勤務形態であること。
○　夜間勤務の看護職員配置については、看護職員１人と看護補助者１人の計２人以上であってもよい。

（１）　看護要員配置の算出方法

①　各勤務帯に従事している看護職員の１人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。
（40人×１／25）×３＝当該病棟に１日当たり５人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。

②　月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が20%を満たすこと。
当該病棟の月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が５人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は１人以上であること。
５人×20%＝１人

③　１日に従事している看護補助者の１人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。
（40人×１／25）×３　＝５人（小数点以下切り上げ）

（２）　看護要員１人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

○　各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護要員１人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

①　当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝９時まで　（16時間）

②　夜勤時間と従事者数：２人以上の看護要員が配置されている。

17時～23時30分	（准看護師１人、看護補助者１人　計２人）
23時～９時30分	（看護師１人、看護補助者１人　計２人）
７時～12時（夜勤は７時～９時）	（准看護師１人　看護補助者１人　計２人）
17時～９時	（夜勤専従者１人、月64時間勤務）

③　１月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：18人（２人＋７人＋８人＋１人）

２人×72時間　＝　144時間　(a)
７人×68時間　＝　476時間　(b)
８人×54時間　＝　432時間　(c)
１人×28時間　＝　28時間　(d)

※　夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（23時から23時30分）は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

※　夜間専従者及び夜勤16時間以下の者を除く。

④　月延夜勤時間数：1,080時間（(a)～(d)の合計）

⑤　月平均夜勤時間数:72時間以下である。

1,080時間　÷　18人　＝　60.0時間（小数点２位以下切り捨て）

別紙６

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の１単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

１　患者の個人記録

（１）　経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

（２）　看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状態等の項目の評価に関する根拠等について、（１）、（２）またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

２　看護業務の計画に関する記録

（１）　看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

（２）　看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

別紙７

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（ 配点 ）

A　モニタリング及び処置等		０点	１点	２点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり	
2	呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）	なし	あり	
3	点滴ライン同時３本以上	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服・貼付、 ⑤ 放射線治療、⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理）	なし		あり

A得点

B　患者の状況等		０点	１点	２点
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9	起き上がり	できる	できない	
10	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
11	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
12	口腔清潔	できる	できない	
13	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

B得点

注）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Ａについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Ｂについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が２点以上、かつ患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）が３点以上。

＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟病棟入院医療管理料を算定する場合も含む）における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が１点以上。

＜回復期リハビリテーション病棟入院料１における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が１点以上。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、７対１入院基本料、10 対１入院基本料、13対１入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院医療管理料を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、７対１入院基本料、10 対1 入院基本料、13対１入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）並びに患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等及び回復期リハビリテーション料１については、評価はA 項目の評価のみとし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料１は入院時に評価を行う。

２．評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

３．評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

４．評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

５．評価対象時間

評価対象時間は、０時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の０時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、評価の対象とすること。

ただし、評価対象日の０時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

６．評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、Ｘ線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

７．評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

８．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場

合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。
　第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。
　しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。
　記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

~~1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね3年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。~~
~~2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。~~
~~3．評価の対象は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料1（評価はA項目のみに限る。）、一般病棟看護必要度評価加算又は急性期看護補助体制加算を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料、10対1入院基本料13対1入院基本料若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時、その他は毎日評価を行うこと。~~
~~4．評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で24時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。~~
~~5．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。~~
~~6．手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外での評価は含めない。~~

A　モニタリング及び処置等

1　創傷処置
項目の定義

　創傷処置は、①創傷の処置（~~・~~褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について~~の処置があり~~、看護師等が医師の介助をした場合場~~合~~、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　創傷処置のいずれも~~を~~実施しなかった~~場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
　創傷処置のいずれかを実施した~~場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

~~　ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は~~創傷処置に~~含まない。~~
~~　縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は~~含まれる~~が、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない。~~
~~　なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置~~内容は、各定義及び留意点に基づいて判断~~等について記録したもののみ評価~~すること。
~~（参考）~~

~~NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上~~
~~DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）d2以上~~

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。
縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。
ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。
また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。
ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

~~2　血圧測定~~

~~項目の定義~~

~~血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。~~
~~血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。~~
~~また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。~~

~~3　時間尿測定~~
~~項目の定義~~

~~時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去24時間で3回以上ある場合を評価する。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~「なし」~~
~~1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の場合、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。~~
~~「あり」~~
~~1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。~~

2~~4~~　呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、~~人工呼吸器管理、~~酸素吸入、~~気道内吸引、口腔内吸引、~~痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護師等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に~~を実施した場合、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。
「あり」
　呼吸ケアを~~1回以上~~実施した~~場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理~~（マスク法、経鼻法、酸素テント~~を~~実施使用）を~~している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、~~患者は「あり」とする。~~エアウェイ挿入、ネブライザー吸入~~、呼吸訓練~~は呼吸ケアには含めない~~。時間の長さや回数の条件はない~~。

3 ~~5~~　点滴ライン同時３本以上

項目の定義

点滴ライン同時３本以上は、持続的~~同時~~に~~３本以上の~~点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する~~への~~点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を３本以上同時~~持続的~~に使用した場合~~、かつその記録~~があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に３本以上の点滴を実施しなかった~~が実施されなかった場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
同時に３本以上の点滴を~~が~~実施した時間があった~~された場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。~~定義にある点滴ラインが同時に３本以上あれば「あり」とする。~~
２つのボトルを連結管で連結させて１つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは１つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で
~~ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈~~注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える
~~記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である~~。

4 ~~6~~　心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターは、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった~~していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。

「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施したしている場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合には含まない。ホルター「なし」となる。
心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価モニターの装着時間や記録がある場合に限り含めるの書式、回数は問わない。

5 7 シリンジポンプの管理使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対してへの静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかったを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対してへの静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしたを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 8 輸血や血液製剤の管理使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理実施した場合に、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤を使用状況の管理をしなかったしていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
輸血や血液製剤を使用状況の管理をした~~している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 ~~9~~ 専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、~~③、②~~麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理、~~⑤、③~~放射線治療、~~⑥~~④免疫抑制剤の使用、~~⑦~~⑤昇圧剤の使用（注射剤のみ）、~~⑧、⑥~~抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、~~⑩、⑦~~ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう~~、又はその記録がない場合を言う~~。

「あり」
専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合~~、かつその記録がある場合~~をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖~~・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍や生存を、~~細胞~~増殖に関わる分子分裂に必要な核酸や蛋白の合成~~を阻害することにより直接的に、又は免疫機構等~~を目的と~~介して間接的に阻害~~して抗悪性腫瘍~~細胞~~の注射剤~~死滅~~を使用した場合に評価する項目~~はかる薬~~である。~~作用機序や由来から、１）アルキル化薬、２）代謝拮抗薬、３）抗腫瘍性抗生物質、４）植物アルカロイド、５）ホルモン、６）その他（インターフェロン製剤含む）に分類される。~~

【留意点】

~~固形腫瘍、血液系腫瘍を含み、~~抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤~~を投与されている患者~~の種類は問わない。

注射薬~~管理を評価する。投与~~の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤~~、体腔、局所~~への使用の対象に含める。

~~投与がある。内服、外用は含まない。~~抗悪性腫瘍剤を投与した当日~~日~~のみを対象に含めるが~~評価し~~、休薬中は含めない。

ただし~~評価しない。臨床試験を含む。但し~~、これらの薬剤が~~あくまでも~~抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない~~限る~~。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。
内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。
当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。
抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③　麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬注射薬は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的~~薬剤である。「麻薬及び向精神薬取締法」により~~麻薬として~~規制されており~~、麻薬注射薬~~処方箋~~を使用した場合に評価する項目~~発行させなければならない薬剤~~である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
注射薬の~~麻薬の注射薬を使用している場合に限り評価する。~~投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない~~への投与がある。内服、外用は含まない~~。

④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付・坐剤の使用は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服・貼付・坐剤を使用した場合で、看護師等による内服・貼付・坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生

しており、看護師等による特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。
　当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認、及び内服後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。
　麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

⑤~~③~~ 放射線治療

【定義】

　放射線治療は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にＸ線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのＤＮＡ分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅根絶させることを目的とした局所療法を実施した場合に評価する項目で~~ある。外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）が~~ある。

【留意点】

　照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象~~放射線治療~~には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療に含む。
　~~外部照射の場合は照射日のみを評価する。~~管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。
　外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない~~する~~。

~~【参考】~~

~~(1) 放射線外部照射~~
~~　直線加速器装置（リニアック）からＸ線、電子線等を体表、体内の腫瘍等に向けて照射する方法。コバルト60のγ線を使う方法もある。ガンマナイフも含まれる。~~
~~(2) 密封小線源照射~~
~~　放射線同位元素を病巣部に直接刺入又は挿入して照射を行う。内部照射であるが、治療室内で終了する方法と一定期間隔離する方法がある。組織内照射法と腔内照射法がある。遠隔式後充填法（RALS）も腔内照射の一つである。~~
~~(3) 非密封小線源照射~~
~~　放射線同位元素を投与し、体内から照射する内部照射である。退出基準に達するまで、放射線治療病室での管理が必要なことがある。~~
~~(4)定位放射線照射~~
~~　高線量の放射線を多方向から標的に向かって正確に照射する。外部照射の一つである。~~

⑥~~④~~ 免疫抑制剤の管理~~使用~~

【定義】

　免疫抑制剤の使用は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、~~と~~臓器移植を実施した患者に対して~~時の~~拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護師等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である~~。主な免疫抑制薬は、(1)代謝拮抗薬、(2) カルシニューリン阻害薬、(3) 生物学的製剤、(4)副腎皮質ホルモンに分類される~~。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

~~評価する。（ただし、~~内服については、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

~~を除く）~~免疫抑制剤を投与した当日~~日~~のみを含めるが~~評価し~~、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない~~評価しない。また、外用は含まない~~。

~~【参考】~~

~~(1)代謝拮抗薬~~
~~プリン拮抗薬~~
~~アザチオプリン、ミゾリビン、ミコフェノール酸モフェチル、レフルノミド~~
~~葉酸拮抗薬~~
~~メトトレキサート~~
~~(2)カルシニューリン阻害薬~~
~~シクロスポリン、タクロリムス~~
~~(3)生物学的製剤~~
~~ムロモナブ－CD3、バシリキシマブ~~
~~(4)副腎皮質ホルモン~~
~~プレドニゾロン~~

⑦~~⑤~~ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で証圧剤を使用した場合に評価する項目である~~場合に血圧を上昇させる薬剤であり、交感神経β刺激作用による心拍出量の増大や、α刺激作用による全末梢抵抗の増加により昇圧作用を示す注射剤である。塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、エピネフリン、ノルエピネフリン、塩酸イソプロテノール~~。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。

昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中~~する。内服~~は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない~~含まない~~。

⑧~~⑥~~ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するもの~~に対して電気生理学的特性からそれぞれNa＋チャンネル抑制作用、交感神経β受容体遮断作用、K＋チャンネル抑制作用、Ca2＋拮抗作用を有する薬に分類される注射剤~~である。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り不整脈剤の使用の対象に含める。

抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中~~する。内服~~は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない~~含まない~~。

⑨　抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬（ヘパリン、ワルファリン等）、血小板凝固阻害薬（アスピリン等）、血栓溶解薬（アルテプラーゼ、アボキナーゼ〈ウロキナーゼ〉等）等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑩　~~⑦~~ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部~~で手術創~~や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、~~置いて~~滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留~~へ持続的に除去~~する場合に評価する項目である~~方法をいう。閉鎖式、開放式の違いは問わない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含ま　ない~~。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に~~　定義に基づく下記のドレーンが~~留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上~~評価する。但し、~~留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合やペンローズドレーン、フィルムドレーン等を使用し誘導する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。VAC療法（陰圧閉鎖療法）は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であれば~~、~~クランプしていても良いもの~~よい~~とする。

~~(1) 脳・脊椎：脳室、脳槽、脊椎ドレーン等~~

~~(2) 胸腔内：胸腔、心嚢、前縦隔ドレーン等~~

~~(3) 腹腔内：横隔膜下、肝下面、ウィンスロー孔、ダグラス窩、後腹膜ドレーン等~~
~~(4) 肝・胆・膵：PTCD、PTGBD、ENBD、胆管、膵管チューブ等~~
~~(5) 腎・尿管：腎盂、尿管カテーテル等~~
~~(6) 消化管：経鼻胃管、イレウス管等~~
~~(7) 創部：創部ドレーン~~

B　患者の状況等

B項目共通事項
1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
~~6．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。~~

8~~10~~　寝返り
項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

9~~11~~　起き上がり
項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

１０~~１２~~　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ60度以上を目安とする。

１１~~１３~~　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

１２~~１４~~　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
ただし~~但し~~、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

１３~~１５~~　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等

、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
　食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
　介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。
「一部介助」
　必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
　自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

　食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし~~但し~~、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
　家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
　セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１４~~１６~~　衣服の着脱

項目の定義

　衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
　介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。
　自助具等を使って行っている場合も含む。
「一部介助」
　衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
　衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さやは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

別紙８

医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票　評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

Ⅰ．算定期間に限りがある区分

(1) 【医療区分3（別表第五の二）】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。（初日を含む。） また、連続した 7 日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

(2) 【医療区分2（別表第五の三）】

2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿（＞10/HPF）であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。
リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。
尿量減少、体重減少、BUN／Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。
連続した 7 日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。 出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態（1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。 嘔吐のあった日から 3 日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態（せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。 a.注意がそらされやすい b.周囲の環境に関する認識が変化する c.支離滅裂な会話が時々ある d.落ち着きがない e.無気力 f.認知能力が1日の中で変動する 7日間を限度とし、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。 連続する7日間を限度とし、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1 日 3 回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1 日 3 回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から 3 日間まで、本項目に該当するものとする。

Ⅱ. 算定期間に限りがない区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スモン

項目の定義

スモン(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

11. 省略

12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。） 動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

13. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第2章第9部の「J045　人工呼吸」の「3　5時間を超えた場合（1日につき）」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

17. 酸素療法を実施している状態

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態 なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー症

項目の定義

筋ジストロフィー症に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

―

20. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

21. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の難病(スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))を除く。)

項目の定義

その他の難病(特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

その他の難病とは、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患以外の疾患で、「特定疾患治療研究事業実施要綱」に定める疾患を指す。また、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

－

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

－

留意点

－

26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月１回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

27, 28 省略

29. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第 2 段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

―

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。
ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)
第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

ー

33. うつ症状に対する治療を実施している状態

項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態(うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

a.否定的な言葉を言った
b.自分や他者に対する継続した怒り
c.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
d.健康上の不満を繰返した
e.たびたび不安、心配事を訴えた
f.悲しみ、苦悩、心配した表情
g.何回も泣いたり涙もろい

本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1 日 8 回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

―

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1 日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

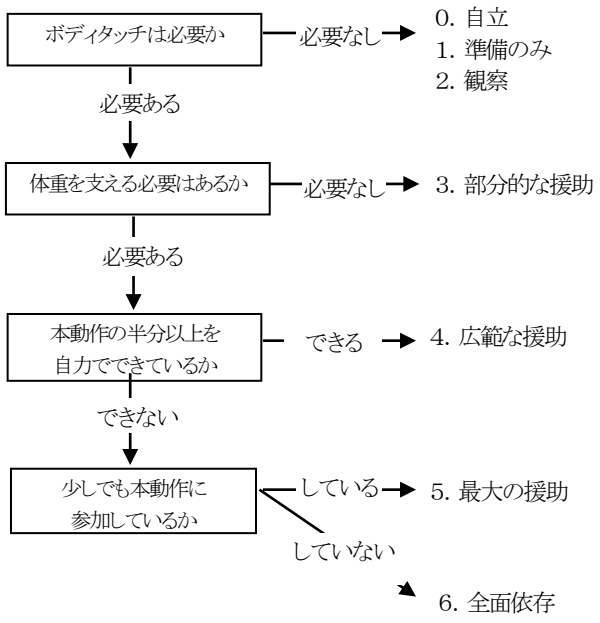
―

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a. ～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
	(合計点)	

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 :まる 3 日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



別紙１０

褥瘡　治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）　患者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿）（＿＿才）□男性　□女性
評価日（__年__月__日）　評価日の医療区分（＿＿）　評価日のＡＤＬ区分（＿＿）
記載者サイン（□医師　□看護師　□看護補助者　　サイン＿＿＿＿＿＿＿＿）

（１）褥瘡の状態（部位毎に記載）

１　部位（＿＿＿＿＿）　大きさ（＿＿＿＿＿）　数（＿＿＿）　ステージ※（＿＿＿）
２　部位（＿＿＿＿＿）　大きさ（＿＿＿＿＿）　数（＿＿＿）　ステージ※（＿＿＿）
３　部位（＿＿＿＿＿）　大きさ（＿＿＿＿＿）　数（＿＿＿）　ステージ※（＿＿＿）

（２）圧迫・ズレ力の排除（体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等）の実施
□あり（具体策：＿＿＿＿＿＿＿＿）　□なし

（３）スキンケアの実施　□あり（具体策：＿＿＿＿＿＿＿＿）　□なし

（４）栄養治療の実施　□あり（具体策：＿＿＿＿＿＿＿＿）　□なし

（５）リハビリテーションの実施　□あり（＿＿＿単位／日）　□なし

（６）次回評価予定日　（　__年　__月　__日）

＊以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

（７）褥瘡の状態の変化（当月評価日時点での比較）
□改善した　□悪化した　□どちらともいえない

（８）前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※褥瘡のステージ

第１度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）
第２度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
第３度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第４度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

尿路感染症　治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）　患者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿）（＿＿才）□男性　□女性
評価日（__年__月__日）　評価日の医療区分（＿＿）　評価日のＡＤＬ区分（＿＿）
記載者サイン（□医師　□看護師　□看護補助者　　サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（１）診断名

□急性膀胱炎
□急性腎盂腎炎
□慢性膀胱炎
□慢性腎盂腎炎
□その他　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（２）診断時の患者の排尿状況

□カテーテルあり（□膀胱留置カテーテル　□膀胱瘻又は腎瘻）
□おむつあり
□上記のいずれもなし

（３）診断時の症状（　__月　__日）

①自覚症状　　□排尿時痛　　□残尿感　　□腎部の自発痛
□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

②バイタルサイン：血圧（＿＿＿／＿＿＿）　脈拍（＿＿＿＿）
呼吸数（＿＿＿＿）　体温（＿＿＿＿）

③検査値等

ア）血液検査：（　__月　__日）：　主な所見（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
イ）尿検査：（　__月　__日）　主な所見（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
ウ）尿グラム染色：（　__月　__日）主な所見（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
エ）尿培養：（　__月　__日）
オ）起炎菌：　□大腸菌　□緑膿菌　□腸球菌　□セラチア菌
□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（４）実施した治療･ケア

①抗生剤の投与：薬剤名（　　）を（　__月　__日）から（＿＿）日間
②水分補給：　□経口　（＿＿＿ml/日）　□点滴　（＿＿＿ml/日）

身体抑制　治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）　患者氏名（＿＿＿＿＿＿＿＿）（＿＿才）□男性　□女性 評価日（__年__月__日）　評価日の医療区分（＿＿）　評価日のＡＤＬ区分（＿＿） 記載者サイン（□医師　□看護師　□看護補助者　　サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

（１） 実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- □　四肢の抑制
- □　体幹部の抑制
- □　ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- □　介護衣（つなぎ服）の着用
- □　車いすや椅子から立ち上がれないようにする
  （抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）
- □　ミトンの着用（手指の機能抑制）
- □　自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

（２）身体抑制の実施に係る３つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

①要件への該当状況　　□あり　□なし
②該当状況に関する記録　　□あり　□なし

（３）本人および家族に対する説明

①　説明の方法
- □　文書のみ
- □　口頭のみ
- □　文書と口頭の両方

②　説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- □　実施した身体抑制の行為
- □　目的　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
- □　理由　（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
- □　抑制の時間帯および時間　（時間帯：＿＿＿＿＿＿＿＿）
  （抑制時間：＿＿＿＿＿＿＿＿）
- □　実施する期間（概ね＿＿＿＿日間を予定）

別紙12

認知症である老人の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ

M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日老健第135号）　厚生省老人保健福祉局長通知

別紙13

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する １　交通機関等を利用して外出する ２　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない １　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する ２　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ １　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う ２　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する １　自力で寝返りをうつ ２　自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日　老健第102－2号）　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

別紙 14

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合※1に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで
2. 判定スコア　（スコア）

（1）レスピレーター管理※2	＝10
（2）気管内挿管，気管切開	＝ 8
（3）鼻咽頭エアウェイ	＝ 5
（4）O_2吸入又は $SpO_2$90％以下の状態が 10％以上	＝ 5
（5）1 回／時間以上の頻回の吸引	＝ 8
6 回／日以上の頻回の吸引	＝ 3
（6）ネブライザー　6 回／日以上または継続使用	＝ 3
（7）IVH	＝10
（8）経口摂取（全介助）※3	＝ 3
経管（経鼻・胃ろう含む）※3	＝ 5
（9）腸ろう・腸管栄養※3	＝ 8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	＝ 3
（10）手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上	＝ 3
（11）継続する透析（腹膜灌流を含む）	＝10
（12）定期導尿（3 回／日以上）※4	＝ 5
（13）人工肛門	＝ 5
（14）体位交換　6 回／日以上	＝ 3

〈判　定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するｶﾌﾏｼﾝ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

※3 （8）（9）は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む

別紙14の２

強度行動障害児（者）の医療度判定基準

Ⅰ　強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	１点	３点	５点
１　ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
２　ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
３　激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
４　激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
５　睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
６　食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
７　排せつに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
８　著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに上る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
９　通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10　パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさめられずつきあっていかれない状態を呈する。			困難
11　他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

Ⅱ　医療度判定スコア

１　行動障害に対する専門医療の実施の有無	
①　向精神薬等による治療	５点
②　行動療法、動作法、TEACCH などの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	５点
２　神経・精神疾患の合併状態	
①　著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	５点
②　てんかん発作が週１回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往	５点
③　自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	５点
④　その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	５点
３　身体疾患の合併状態	
①　自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内に）	３点
②　慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（６ヶ月以内に１ヶ月以上継続）	３点
③　便秘のため週２回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	３点
④　呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば）	３点
⑤　その他の身体疾患での検査・治療 （定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、６ヶ月以内にあれば）	３点
４　自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
①　行動障害のため常に１対１の対応が必要	３点
②　行動障害のため個室対応等が必要（１対１の対応でも開放処遇困難）	５点
③　行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険） ※）　いずれか一つを選択	10 点
５　患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
①　食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	３．５点
②　排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	３．５点
③　移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	３．５点
④　入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険）	３．５点
⑤　更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険） ※）　次により配点 ・常時１対１で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5 点） ・時に１対１で医療的観察が必要な場合（3 点）	３．５点

注）「強度行動障害児(者)の医療度判定基準　評価の手引き」に基づき評価を行うこと。
「Ⅰ」が１０点以上、かつ「Ⅱ」が２４点以上。

「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

Ⅰ　強度行動障害スコア

１　行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から６ヵ月以前の行動であれば該当しない。

２　定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など)。

３　頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。

４　現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。

５　評価は年１回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。

６　項目別留意点

⑴　「１　ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具(ヘッドギアなど)は着用していない状態を想定して評価する。

⑵　「４　はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。

⑶　「５　睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があって個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。

⑷　「６　食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定して評価する。

⑸　「７　排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。

⑹　「８　著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

Ⅱ　医療度判定スコア

１　患者特性に応じた個別的治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点

⑴　多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。

⑵　当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記載。

⑶　患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

２　行動障害に対する専門医療の実施有無

⑴　①の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬（mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。

⑵　②は行動療法・動作法・TEACCH などの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

３　神経・精神疾患の合併状態

⑴　③の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。

⑵　④の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は２－⑴と同様。

４　身体疾患の合併状態

⑴　①は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。

⑵　④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。

⑶　⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

５　自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

⑴　①、②、③はいずれか一つをチェックする。

⑵　②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

６　患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は５点とみなす。

別紙16

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

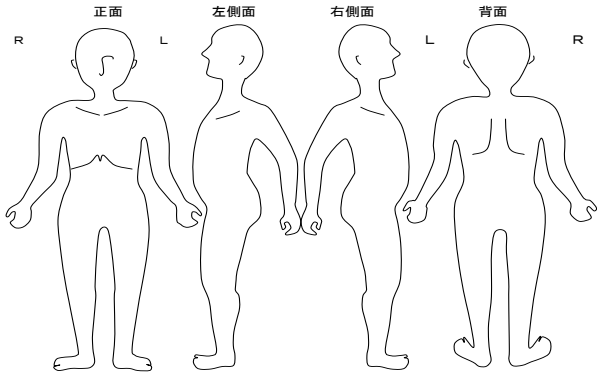
氏　　名：　　様	病棟	評価日　　年　月　日
生年月日：　　（　歳）	性 別　　男・女	評価者名
診 断 名：	褥瘡の有無（現在）　有・無	褥瘡の有無（過去）有・無

褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕

ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、６時間以上の手術（全身麻酔下、特殊体位）、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）、褥瘡の多発と再発

その他の危険因子〔該当すべてに○〕

床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）、浮腫（局所以外の部位）

褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位	リスクアセスメント結果
	重点的な褥瘡ケアの必要性 要　・　不要
	褥瘡管理者名

褥瘡予防治療計画　〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日　　年　月　日〕

褥瘡ケア結果の評価　〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日　　年　月　日〕

別紙17

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（ 配点 ）

A　モニタリング及び処置等	０点	１点
1　心電図モニターの管理	なし	あり
2　輸液ポンプの管理	なし	あり
3　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
4　シリンジポンプの管理	なし	あり
5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
6　人工呼吸器の装着	なし	あり
7　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
9　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,	なし	あり
		A得点

B　患者の状況等	０点	１点	２点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
			B得点

注）特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜重症度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が３点以上、かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が３点以上。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

２．評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね２年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

３．評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

４．評価時刻

評価時刻は 24 時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

５．評価対象時間

評価対象時間は、０時から 24 時の 24 時間である。退院日は、評価退院当日の０時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から 24 時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

６．評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、Ｘ線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

７．評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

８．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

~~1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね 3 年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。~~
~~2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。~~
~~3．評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。~~
~~4．評価は 24 時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。~~
~~5．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。~~
~~6．手術室や透析室、X 線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。~~

A　モニタリング及び処置等

1　心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターは、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった~~していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。

「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した~~している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める~~には「なし」となる~~。

~~心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。~~

2　輸液ポンプの管理~~使用~~

項目の定義

輸液ポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった~~使用していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した~~使用している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。
携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

3　動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合~~、あるいはその測定値の記録がない場合~~をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合~~、かつその測定値の記録がある場合~~をいう。

4　シリンジポンプの管理~~使用~~

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり、シリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理しなかった~~使用していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理した~~使用している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入~~のライン~~を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）

によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合~~、あるいはその測定値の記録がない場合~~をいう。

「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合~~、かつその測定値の記録がある場合~~をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める~~「あり」となる~~。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6　人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。

「あり」
人工呼吸器を使用している場合~~、かつその記録がある場合~~をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の~~が~~実施は含める。~~された場合も「あり」とする。~~

7　輸血や血液製剤の管理~~使用~~

項目の定義

輸血や血液製剤の管理~~使用~~は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の~~を~~使用状況の管理をしなかった~~していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。

「あり」
輸血や血液製剤のを使用状況の管理をしたしている場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める「あり」となる。

9　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定, ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定, ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。

５．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする

~~６．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。~~

１０　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

１１　起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

１２　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

１３　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助

が必要」となる。
　医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。
　移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

１４　口腔清潔

項目の定義

　口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
　一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
　口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
　口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
　口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

　口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
　ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

別紙18

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

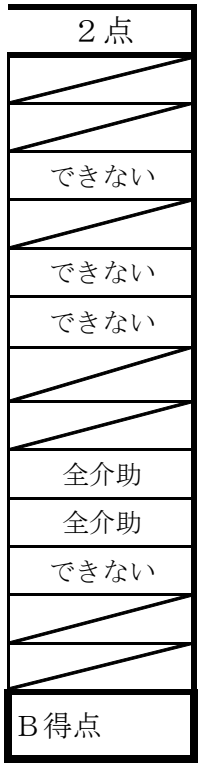
（ 配点 ）

A　モニタリング及び処置等	０点	１点
1　創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置）	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4　点滴ライン同時３本以上	なし	あり
5　心電図モニターの管理	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10　人工呼吸器の装着	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
13　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO）	なし	あり
		A得点

B　患者の状況等	０点	１点
14　床上安静の指示	なし	あり
15　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない
16　寝返り	できる	何かにつかまれば できる
17　起き上がり	できる	できない
18　座位保持	できる	支えがあれば できる
19　移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要
20　移動方法	介助を要しない 移動	介助を要する移動 （搬送を含む）
21　口腔清潔	できる	できない
22　食事摂取	介助なし	一部介助
23　衣服の着脱	介助なし	一部介助
24　他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある
25　診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ
26　危険行動	ない	ある

注）　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行
Ａについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Ｂについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜重症度・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が３点以上、かつ患者の状況等に係る得点（Ｂ
が７点以上。



行うこと。

B得点）

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

アセスメント共通事項

１．評価の対象

ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

２．評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね２年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

３．評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

４．評価時刻

評価時刻は 24 時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

５．評価対象時間

評価対象時間は、０時から 24 時の 24 時間である。退院日は、評価退院当日の０時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から 24 時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

６．評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、Ｘ線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

また、危険行動の項目については、評価対象期間内の記録が看護師等によって記載されたものであれば、当該保険医療機関以外の記録であっても評価に含むものとする。

７．評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

８．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

~~1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね3年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。~~
~~2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。~~
~~3．評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。~~
~~4．評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で24時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。~~
~~5．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。~~
~~6．手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。~~

A　モニタリング及び処置等

1　創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（~~・~~褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について~~の処置があり~~、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　創傷処置のいずれも~~を~~実施しなかった~~場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
　創傷処置のいずれかを実施した~~場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷の処置、褥瘡の処置については、各定義及び留意点に基づいて判断すること。
~~ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。~~
~~縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置は含まない。~~
~~なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。~~
~~（参考）~~
~~NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上~~
~~DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）d2以上~~

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。
縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。
ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。
また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R 分類 d2 以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。
ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2　蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　蘇生術の施行がなかった~~場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
　蘇生術の施行があった~~場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない~~「なし」となる~~。

蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、~~「A－5呼吸ケア」~~「A－1~~2~~0　人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

~~3　血圧測定~~

~~項目の定義~~

~~血圧測定は、過去 24 時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~過去 24 時間に当該治療室で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。~~
~~血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。~~
~~また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。~~

~~4　時間尿測定~~

~~項目の定義~~

~~時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去2 4時間で3回以上ある場合を評価する。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~「なし」~~
~~時間尿量測定を実施していない場合、あるいは1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の測定、又は各測定の値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。~~
~~「あり」~~
~~1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。~~

3　~~5~~　呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、~~人工呼吸器管理、~~酸素吸入、~~気道内吸引、口腔内吸引、~~痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合に~~を実施した場合、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。
「あり」
　呼吸ケアを~~1回以上~~実施した~~場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

　喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
　なお、気管切開の患者が喀痰吸引~~（マスク法、経鼻法、酸素テント~~を行って~~使用）をして~~いるだけの場合は含めない。また、~~患者は「あり」とする。~~エアウェイ挿入、ネブライザー吸入~~、呼吸訓練~~は呼吸ケアには含めない~~。時間の長さや回数の条件はない~~。

4~~6~~　点滴ライン同時３本以上

項目の定義

　点滴ライン同時３本以上は、持続的~~同時~~に~~３本以上の~~点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する~~への~~点滴、持続注入による薬液や~~、~~輸血・血液製剤の流入経路）を３本以上同時~~持続的~~に使用した時間~~場合、かつその記録~~があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　同時に３本以上の点滴を~~が~~実施しなかった~~されなかった場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
　同時に３本以上の点滴を~~が~~実施した時間があった~~された場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

　施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。~~定義にある点滴ラインが同時に３本以上あれば「あり」とする。~~
　２つのボトルを連結管で連結させて１つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは１つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴
~~　ヘパリンロックをしている~~ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管~~等~~から持続的に点滴する場合は数えるが~~、シリンジと延長チューブを用い~~、手動で~~静脈~~注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
　スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える
~~　記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である~~。

5~~7~~　心電図モニターの管理

項目の定義

　心電図モニターは、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった~~していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した~~している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合~~に~~は含まない。ホルター~~「なし」となる。~~
~~―~~心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価~~モニター~~の~~装着時間や~~記録がある場合に限り含める~~の書式、回数は問わない~~。

6~~8~~ 輸液ポンプの管理~~使用~~

項目の定義

輸液ポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった~~使用していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した~~使用している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。
携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7~~9~~ 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　動脈圧測定を実施していない場合~~、あるいはその測定値の記録がない場合~~を　いう。
「あり」
　動脈圧測定を実施している~~場合、かつその測定値の記録がある~~場合をいう。

８~~１０~~　シリンジポンプの管理~~使用~~

項目の定義

　シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった~~を使用していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした~~を使用している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、~~への~~静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入~~のライン~~を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
　携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

９~~１１~~　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

　中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合~~、かつその記録がある場合~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　中心静脈圧測定を実施していない場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。
「あり」
　中心静脈圧測定を実施している~~場合、かつその測定値の記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

　スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める~~「あり」となる~~。
　中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10　人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合~~、かつその記録があることを~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合~~、かつその記録がある場合~~をいう。

判断に際しての留意点

―人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11~~1 3~~　輸血や血液製剤の管理~~使用~~

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理~~実施~~した場合に~~、かつその記録があることを~~評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった~~を使用していない場合、あるいはその記録がない~~場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の~~を~~使用状況の管理をした~~している場合、かつその記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

12~~1 4~~　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合~~、あるいはその測定値の記録がない場合~~をい

う。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している~~場合、かつその測定値の記録がある~~場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める~~「あり」となる~~。

13~~1 5~~　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定,ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合~~、かつその記録があること~~を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合~~、あるいはその記録がない場合~~をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合~~、かつその記録がある場合~~をいう。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
~~6．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。~~

1~~6~~4　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない、あるいは指示~~の記録~~がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示があり、かつ医師の指示~~書にこの記録~~がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

1~~7~~5　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
　調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

1~~8~~6　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

１~~９~~７　起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

~~２０~~１８　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ60度以上を目安とする

。

~~２１~~１９　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

２~~２~~０　移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

2 ~~3~~ 1　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
~~但~~ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

2 ~~4~~ 2　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経

管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
　家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
　セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

2 ~~5~~ 3　衣服の着脱

項目の定義

　衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
　介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。
「一部介助」
　衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
　衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

　衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

2 ~~6~~ 4　他者への意思の伝達

項目の定義

　患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。
「できる時とできない時がある」
　患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。
「できない」
　どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

2 ~~7~~ 5　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

2 ~~8~~ 6　危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合~~、あるいはその記録がない場合~~を~~、~~いう。

「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合~~、かつその記録がある場合~~をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

別紙19

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　月　日

患者氏名		男・女	生年月日（明・大・昭・平）　年　月　日（　歳）		利き手	右・右（矯正）・左
主治医		リハ担当医		PT	OT	ST	看護	SW等
原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態 （高血圧，心疾患，糖尿病等）	廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	リハビリテーション歴
日常生活自立度：J1，J2，A1，A2，B1，B2，C1，C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，M		

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□認知症:
□知的障害:
□精神障害:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）
□不随意運動・協調運動障害:

□知覚障害（□視覚，□表在覚，□深部覚，□その他:　　）
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症）（種類:　　）
□失行・失認:
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□呼吸・循環機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□疼痛:

基本動作

立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助

活動

ADL・ASL等 ＼ 自立度	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力:「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等
屋外歩行						杖・装具:						杖・装具:
階段昇降						杖・装具:						杖・装具:
廊下歩行						杖・装具:						杖・装具:
病棟トイレへの歩行						杖・装具:						杖・装具:
病棟トイレへの車椅子駆動(昼)						装具:						装具:
車椅子・ﾍﾞｯﾄﾞ間移乗						装具:						装具:
椅子座位保持						装具:						装具:
ﾍﾞｯﾄﾞ起き上がり												
食事						用具:						用具:
排尿（昼）						便器:						便器:
排尿（夜）						便器:						便器:
整容						移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:
更衣						姿勢:						姿勢:
装具・靴の着脱						姿勢:						姿勢:
入浴						浴槽:						浴槽:
コミュニケーション												

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子（背もたれなし），□椅子（背もたれあり），□椅子（背もたれ，肘うけあり），□車椅子，□ベッド上，□ｷﾞｬｯﾁｱｯﾌﾟ

参加

職業　（□無職，□病欠中，□休職中，□発症後退職，□退職予定　　）
（職種・業種・仕事内容:　　）
経済状況（　　）

社会参加（内容・頻度等）
余暇活動（内容・頻度等）

心理

障害の受容（□ショック期　，□否認期，□怒り・恨み期，
□悲観・抑うつ期，□解決への努力期，□受容期）
機能障害改善への固執（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

依存欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）
独立欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

環境

同居家族:
親族関係:

家屋　:
家屋周囲:
交通手段:

第三者の不利

発病による家族の変化
□社会生活:
□健康上の問題の発生:
□心理的問題の発生:

別紙 20

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　　年　　月　　日

患者氏名：	男・女	生年月日(西暦)　　年　　月　　日(　　歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：
日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症である老人の日常生活自立度判定基準：　Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, M

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)		短期目標 (　　ヶ月後)	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害 (JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
基本動作	寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)： 起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 座位 (□自立 □一部介助 □全介助)： 立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)： 立位 (□自立 □一部介助 □全介助)：		
活動	**活動度** (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能	→ 5		0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100 点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期　:			
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間)			
退院後の社会参加の見込み:			説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日　老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに変えてFIMを用いてもよい。

別紙21

日常生活機能評価票

患者の状況	得　点		
	０点	１点	２点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※　得点：０～１９点
※　得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点　　点

日常生活機能評価　評価の手引き

1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね3年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。
2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3．評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4．評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
10. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

1　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
　床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。
「あり」
　床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定

める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
　調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

　関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3　寝返り

項目の定義

　寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

　「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

4　起き上がり

項目の定義

　起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
　介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

　自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても､補助具等を使って自力で起き上がることができれば｢できる」となる。

5　座位保持

項目の定義

　座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
　「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
　支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
　支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
　支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

　寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
　ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6　移乗

項目の定義

　移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『移乗』とは､「ベッドから車椅子へ」､「ベッドからストレッチャーへ」､「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

7　移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

9　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１０　衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場

合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

１１　他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。
「できる時とできない時がある」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。
「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

１２　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。
医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

１３　危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された
場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。
なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

別紙22

短期滞在手術同意書

（患者氏名）　　殿

平成　　年　　月　　日

病　　名	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）　　印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術をうけることに同意します。

（患者氏名）　　印

別紙２３

栄養管理計画書

計画作成日　　.　　.

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏 名　　殿　（男・女）　　病　棟

明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）　　担 当 医 師 名

入院日；　　担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・ｴﾈﾙｷﾞｰ　kcal　・たんぱく質　g ・水分　・ ・　・	栄養補給方法　□経口　□経腸栄養　□静脈栄養 食事内容 留意事項

栄養食事相談に関する事項		
入院時栄養食事指導の必要性	□なし□あり（内容	実施予定日：　月　日
栄養食事相談の必要性	□なし□あり（内容	実施予定日：　月　日
退院時の指導の必要性	□なし□あり（内容	実施予定日：　月　日
備考		

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項
栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日
退院時及び終了時の総合的評価

別紙24

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

評価基準	A：適切に行われている、あるいは十分である B：適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C：不適切である、あるいは行われていない X：判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)

評価実施日：　　年　　月　　日　　評価対象医療機関名：

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1．院内感染対策委員会	1）委員会が定期的に開催されている		
	2）病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3）議事録が適切である		
2．感染制御を実際に行う組織（ICT） ※医師または看護師のうち 1人は専従であること	1）専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2）感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3）感染対策に5年以上の経験を有し，感染管理に関わる適切な研修を終了した専任看護師がいる		
	4）3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる		
	5）3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1．感染対策マニュアル	1）感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2）必要に応じて改定がなされている		
2．教育	1）定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2）講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3）必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4）全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5）外部委託職員に教育を実施している（または適切に指導している）		
3．サーベイランスとインターベンション	1）部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2）サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3）サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		

	4）アウトブレイクに介入している		
	5）検査室データが疫学的に集積され，介入の目安が定められている。		
4．抗菌薬適正使用	1）抗菌薬の適正使用に関する監視･指導を行っている		
	2）抗MRSA薬の使用に関する監視･指導を行っている		
	3）抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に 行っている		
	4）抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して 使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5．コンサルテーション	1）病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2）コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に 活用されている		
	3）迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6．職業感染曝露の防止	1）職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2）HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3）結核接触者検診にQFTを活用している		
	4）麻疹，風疹，ムンプス，水痘に関する職員の抗体価を把握し，必要に 応じてワクチン接種を勧奨している		
	5）針刺し、切創事例に対する対応，報告システムが整っている		
	6）安全装置付きの機材を導入している		
7．ICTラウンド	1）定期的なICTラウンドを実施している		
	2）感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3）病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		
C．外 来		評価	コメント
1．外来患者の感染隔離	1）感染性の患者を早期に検出できる（ポスターなど）		
	2）感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3）感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2．外来診察室	1）診察室に手洗いの設備がある		

	2）各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3）各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3．外来処置室	1）鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている （廃棄容器の蓋が開いていない、など）		
	2）鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3）検査検体が適切に保管してある		
4．抗がん化学療法外来	1）薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2）咳エチケットが確実に実施されている		
	3）患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D．病 棟		評価	コメント
1．病室	1）部屋ごとに手洗い場がある		
	2）床や廊下に物品が放置されていない		
	3）必要なコホーティングが行われている		
	4）隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5）隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6）空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2．スタッフステーション	1）水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2）鋭利機材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3）鋭利機材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4）臨床検体の保存場所が整備されている		
3．処置室	1）清潔区域と不潔区域を区別している		
	2）滅菌機材が適切に保管され，使用期限のチェックが行われている		
	3）包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4）包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		

4. 薬剤の管理	1）清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2）希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3）薬品保管庫の中が整理されている		
	4）薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5）薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6）保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1. 着衣および環境	1）入室時に手指衛生を実施している		
	2）処置者は半そでの着衣である		
	3）処置者は腕時計をはずしている		
	4）ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5）手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1. 手洗い	1）職員の手指消毒が適切である		
	2）職員の手洗いの方法が適切である		
	3）手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4）手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2. 手袋	1）手袋を適切に使用している		
	2）手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防御具(PPE)	1）必要なときにすぐ使えるように個人防御具（PPE)が整っている		
	2）マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3）個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1）結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		

	2）陰圧個室が整備されている		
	3）麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4）水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5）N95マスクが常備してある		
2. 飛沫感染予防対策	1）インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2）風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3）流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4）可能ならば個室隔離としている		
	5）個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6）ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7）サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8）飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3. 接触感染予防策	1）MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2）手袋が適切に使用されている		
	3）必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4）処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5）処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6）必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7）シーツやリネン類の処理が適切である		
	＊マニュアルの評価項目：連絡体制。感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγ-グロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1）除毛は術直前に行っている		
	2）周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		

	3）必要な場合，抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4）バンコマイシンをルーチンに使用していない（または使用基準がある）		
I. 医療器材の管理		評価	コメント
1．尿道カテーテル	1）集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2）閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない		
	3）集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4）尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5）日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6）膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2．人工呼吸器	1）加湿器には滅菌水を使用している		
	2）気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は 閉鎖式である		
	3）定期的に口腔内清拭を行っている		
3．血管内留置カテーテル	1）中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2）中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション （滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布）が行われている		
	3）高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4）輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5）ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6）ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7）末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを 使用している		
J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1．医療器具	1）病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている（計画がある）		
	2）生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3）消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		

	4）乾燥が適切に行われている		
2．内視鏡	1）内視鏡洗浄・管理が中央化されている（計画がある）		
	2）専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3）用手洗浄が適切に行われている		
	4）管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5）消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6）自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7）自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8）自動洗浄・消毒機のメインテナンスの期日が記録されている		
	9）内視鏡の保管が適切である		
	10）内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1）廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2）感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3）最終保管場所が整備されている		
	4）廃棄物の処理過程が適切である		
L. 微生物検査室		評価	コメント
1．設備・機器	1）安全キャビネット（クラスⅡ以上）を備えている		
	2）安全キャビネットは定期点検（HEPAフィルターのチェック・交換等）が行われている		
	3）菌株保存庫（冷凍庫等）は、カギを掛けている		
	4）検査材料の一時保管場所が定められている		
2．検査業務	1）安全対策マニュアル等が整備されている		
	2）業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		

	3）抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
	4）遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
	5）感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
	6）廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
	7）感染防止のための手洗い対策が適正である		
	8）感染性廃棄物が適正に処理されている		
	9）関係者以外の立ち入りを制限している		

評価実施医療機関名：　　（評価責任者名：

［記載上の注意］

1）チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
2）評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。
3）評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
4）評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

別紙様式●

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーゼルインデックス（Barthel Index 機能的評価）

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
		0	全介助	
2	車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立（洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り）	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点（　／100点）				

※１　得点：０～１５点　　※２　得点が高いほど、機能的評価が高い。

別添６

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。

なお、当該別紙は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、当該別紙と同じでなくても差し支えないものであること。

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

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙9、11、15は欠番である。

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名：
電 話 番 号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、正副２通提出のこと。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
3　「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７）
第１	夜間・早朝等加算	□	□　年　月	□	様式1
２	時間外対応加算	□	□　年　月	□	様式2
２の２	明細書発行体制等加算	□	□　年　月	□	様式2の2
２の３	地域包括診療加算	□	□　年　月	□	様式●
３	地域歯科診療支援病院歯科初診料	□	□　年　月	□	様式3
４	歯科外来診療環境体制加算	□	□　年　月	□	様式4
４の２	歯科診療特別対応連携加算	□	□　年　月	□	様式4の2
５	一般病棟入院基本料	□	□　年　月	□	
５	療養病棟入院基本料	□	□　年　月	□	
５	結核病棟入院基本料	□	□　年　月	□	
５	精神病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
５	特定機能病院入院基本料	□	□　年　月	□	
５	専門病院入院基本料	□	□　年　月	□	
５	障害者施設等入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11, 19
５	有床診療所入院基本料	□	□　年　月	□	様式5, 5の2, 12～12の6
５	有床診療所療養病床入院基本料	□	□　年　月	□	
第１	総合入院体制加算	□	□　年　月	□	様式13及び13の２, 様式●
２	臨床研修病院入院診療加算	□	□　年　月	□	様式14又は14の2
２の２	救急医療管理加算	□	□　年　月	□	様式14の3, 様式●
３	超急性期脳卒中加算	□	□　年　月	□	様式15
３の２	妊産婦緊急搬送入院加算	□	□　年　月	□	様式16
４	診療録管理体制加算	□	□　年　月	□	様式17
４の２	医師事務作業補助体制加算	□	□　年　月	□	様式13の2, 18, 18の2
４の３	急性期看護補助体制加算	□	□　年　月	□	様式8, 9, 10, 13の2, 13の3, 18の3
４の４	看護職員夜間配置加算	□	□　年　月	□	様式8, 9, 10, 13の2, 13の3, 18の3
５	特殊疾患入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9, 19, 20
７	看護補助加算	□	□　年　月	□	様式9, 10, 10の3, 13の2, 13の3
９	療養環境加算	□	□　年　月	□	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	□	□　年　月	□	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算１	□	□　年　月	□	
11	療養病棟療養環境加算２	□	□　年　月	□	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算１	□	□　年　月	□	

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７）
11の2	療養病棟療養環境改善加算２	□	□　年　月	□	
12	診療所療養病床療養環境加算	□	□　年　月	□	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	□	□　年　月	□	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	□	□　年　月	□	様式26の2
13	重症皮膚潰瘍管理加算	□	□　年　月	□	様式26
14	緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式20,27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式20,27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9,20,28
16	精神病棟入院時医学管理加算	□	□　年　月	□	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	□	□　年　月	□	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	□	□　年　月	□	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	□	□　年　月	□	様式20,31の2
17の2	強度行動障害入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算	□	□　年　月	□	様式33
19	栄養サポートチーム加算	□	□　年　月	□	様式13の2,34
20	医療安全対策加算	□	□　年　月	□	様式35
21	感染防止対策加算	□	□　年　月	□	様式35の2,35の3
21の2	患者サポート充実加算	□	□　年　月	□	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	□	□　年　月	□	様式37,37の2
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	□	□　年　月	□	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	□	□　年　月	□	様式13の2,20,38
24	退院調整加算	□	□　年　月	□	様式39
24の2	新生児特定集中治療室退院調整加算	□	□　年　月	□	様式39
24の3	救急搬送患者地域連携紹介加算	□	□　年　月	□	様式39の2
24の4	救急搬送患者地域連携受入加算	□	□　年　月	□	様式39の2
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	□	□　年　月	□	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	□	□　年　月	□	様式39の3
25	総合評価加算	□	□　年　月	□	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	□	□　年　月	□	様式13の2,様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	□	□　年　月	□	様式13の2,20,40の4
26の4	データ提出加算	□	□　年　月	□	様式40の5～40の8
27	地域歯科診療支援病院入院加算	□	□　年　月	□	様式41
第１	救命救急入院料	□	□　年　月	□	様式13の2,20,42
2	特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42,43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20,44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20,45

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７）
4の2	小児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式13の2, 20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料１	□	□　年　月	□	様式20, 42の2
5	新生児特定集中治療室管理料２	□	□　年　月	□	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式8, 9. 46
9	特殊疾患入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料１	□	□　年　月	□	
10	小児入院医療管理料２	□	□　年　月	□	様式9, 13の2, 48～48の3
10	小児入院医療管理料３	□	□　年　月	□	
10	小児入院医療管理料４	□	□　年　月	□	
10	小児入院医療管理料５	□	□　年　月	□	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料１	□	□　年　月	□	様式8, 9, 20
11	回復期リハビリテーション病棟入院料２	□	□　年　月	□	49～49の6
11	回復期リハビリテーション病棟入院料３	□	□　年　月	□	
12	地域包括ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式●
13	特殊疾患病棟入院料１	□	□　年　月	□	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料２	□	□　年　月	□	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	□	□　年　月	□	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料１	□	□　年　月	□	様式9, 20, 53
16	精神科急性期治療病棟入院料２	□	□　年　月	□	
16の2	精神科救急・合併症入院料	□	□　年　月	□	様式9, 20, 53, 55
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9, 20, 24の2, 55の2
19	認知症治療病棟入院料１	□	□　年　月	□	様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料２	□	□　年　月	□	
20	特定一般病棟入院料１	□	□　年　月	□	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2
20	特定一般病棟入院料２	□	□　年　月	□	57の3
	短期滞在手術基本料１	□	□　年　月	□	様式9, 58
	短期滞在手術基本料２	□	□　年　月	□	

※様式21は欠番

様式１

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　診療時間の状況	
曜日	表示している診療時間（AM00:00～PM00:00）
日曜	
月曜	
火曜	
水曜	
木曜	
金曜	
土曜	

２　１週間の総診療時間	時間

３　救急医療の確保に関する協力	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」については、週により標榜時間が異なる場合には、４週間における１週平均時間を記載すること。

２　「３」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

様式２

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算１　・時間外対応加算２　・時間外対応加算３	
２　標榜診療科		
３　当該診療所の対応医師の氏名		
４　当該診療所の標榜診療時間		
５　あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制 ※該当するものに○（複数可）		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他（　　）
６　他の医療機関との連携 ※	連携医療機関名	
７　患者への周知方法 （電話番号、連携医療機関等）		
８　備考		

※　【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算１又は時間外対応加算２の届出をする場合

やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。

時間外対応加算３の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は３以下とする。

（注）具体的な内容については「７ 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）。

様式２の２

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　診療所である	１　はい ２　いいえ
２　レセプト電子請求を行っている	１　オンライン請求 ２　電子媒体による請求
３　明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている	１　はい ２　いいえ

※）該当するものに〇を記載すること。

様式３

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

１　常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数　年・月	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年　　月	名	名	名

２　次の（１）～（４）のうち、該当するものに記入すること。

（１）紹介率			
年・月	初診の患者の数①	文書により紹介された患者の数②	紹介率　（＝②／①×100）％
年　　月	名	名	％

（２）地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計＿＿＿＿件					
歯科点数表区分	件 数	歯科点数表区分	件 数	歯科点数表区分	件 数
Ｊ０１３の４	件	Ｊ０３９	件	Ｊ０７２	件
Ｊ０１６	件	Ｊ０４２	件	Ｊ０７２－２	件
Ｊ０１８	件	Ｊ０４３	件	Ｊ０７５	件
Ｊ０３１	件	Ｊ０６６	件	Ｊ０７６	件
Ｊ０３２	件	Ｊ０６８	件	Ｊ０８７	件
Ｊ０３５	件	Ｊ０６９	件		
Ｊ０３６	件	Ｊ０７０	件		

（３）別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数	
年　月　～　年　月	歯科診療特別対応加算＿＿＿＿名 歯科訪問診療料＿＿＿＿名
	月平均＿＿＿＿名

（４）基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
年　月　～　年　月	＿＿＿＿名　　月平均＿＿＿＿名

【記載上の注意】

１.「２の（１）」については、届出前１か月間（暦月）の数値を用いること。

２.「２の（２）」については、届出前１年間（暦年）の数値を用いること。

３.「２の（３）及び（４）」については、届出前３か月間（暦月）の数値を用いること。

様式４

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（常勤歯科医師名）

２　歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を〇で囲むこと)

氏　　名　（常勤・非常勤）	氏　　名　（常勤・非常勤）
1.　（常勤・非常勤）	3.　（常勤・非常勤）
2.　（常勤・非常勤）	4.　（常勤・非常勤）

３　当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称		装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）			
経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）			
酸素ボンベ及び酸素マスク			
血圧計			
救急蘇生キット			
歯科用吸引装置			
その他			

４　緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称:	担 当 医 名 :
所　在　地 :	連 絡 方 法 :
開 設 者 名 :	搬 送 方 法 :

５　当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:　　台
滅　菌　器(製品名等):

６　院内掲示の例を添付

様式４の２

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

１　次の（１）（２）のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

（１）地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年　月　日

（２）歯科診療所である保険医療機関

	基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
	届出前３か月間 年　月　～　年　月	＿＿＿＿名　（月平均＿＿＿＿名）

２　当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		

３　別の医科診療の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

４　緊急時の連絡・対応方法

５　緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

① 名　　称	
② 所　在　地	
③ 開設者氏名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

（注）医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

様式５

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

１　入院診療計画については、別添６の別紙２及び別紙２の２を参考として作成した例を添付すること。

２　院内感染防止対策に係る内容

①院内感染防止対策委員会の活動状況 ※院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」 ※成分ごとに記載のこと	・　室 ・　室
③感染情報レポートの作成・活用状況	
作成回数	回／週
活用状況	

３　医療安全管理体制に係る内容

①安全管理のための指針の整備状況　※安全管理のための指針等を添付すること		
指針の主な内容		
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況		
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 ※安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること		
開催回数	回／月	
委員会の構成 メンバー		
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年　回	
研修の主な内容等		

４　褥瘡対策に係る内容

（１）褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 （施設内での指導状況等） ※褥瘡に関する診療計画の実施例を添付		
（２）褥瘡対策の実施状況（届出前の１ヶ月の実績・状況）		
①　褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数		人
②　①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは既に褥瘡を有していた患者数		人
③　褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		人
~~④　褥瘡に関する診療計画を実施・評価した患者数~~		
④~~⑤~~　体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		

※別添６の別紙３を参考として作成した「褥瘡対策に関する診療計画書」の実施例を添付すること。

５　栄養管理体制に係る内容（病院に限る）

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士		
氏　名	勤　務　時　間	備　考

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合 （平成 24 年３月 31 日において、栄養管理実施加算の届出を行っておらず、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として届出を行った保険医療機関に限る。）		
非常勤の管理栄養士の有無 （どちらかに○）	有	無
常勤の栄養士の有無 （どちらかに○）	有	無

~~栄養管理を担当する常勤の管理栄養士~~		
~~氏　名~~	~~勤　務　時　間~~	~~備　考~~

~~※有床診療所等、非常勤の管理栄養士が栄養管理を担当している場合は、備考欄にその旨を記載すること。~~

様式５の３

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

１　常勤の管理栄養士 ~~（有床診療所は非常勤）~~に関する基準が満たせなくなった日

平成　　年　　月　　日

２　常勤の管理栄養士 ~~（有床診療所は非常勤）~~に関する基準が満たせなくなった理由

	(1)　離職のため
	(2)　出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3)　その他（　　）

３　非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに〇）

	有		無

４　３か月以内に常勤の管理栄養士 ~~（有床診療所は非常勤）~~が確保できる見通し（どちらかに〇）

	有		無

５　常勤の管理栄養士 ~~（有床診療所は非常勤）~~の確保が困難な理由（最も該当するもの一つに〇）

	(1)　求人を行っているが応募がないため
	(2)　人件費の確保が困難なため
	(3)　離職が多いため
	(4)　その他（　　）

［記載上の注意］

病院の場合は様式６、診療所の場合は様式 12 を添付すること。

様式５の４

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）	
①　入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）	名
②　①のうち、ｄ１以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）	名
③　②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）	名
④　②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	名
⑤　体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況	

⑥　褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
ｄ１	名	名
ｄ２	名	名
Ｄ３	名	名
Ｄ４	名	名
Ｄ５	名	名
ＤＵ	名	名

［記載上の注意］

１．①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。

２．②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患者数を記入する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数える。）。

３．③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患者数を記載する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数える。）。

４．④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。

５．⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

様式６

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。

【備考】適合する場合は、□に「レ」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書（様式５（例）を参照のこと）を添付し届出ること。

	今回の届出		区分	病棟数	病床数	入院患者数		平均在院日数
	病棟数	病床数				届出時	１日平均入院患者数	
総病床数								
一般病棟入院基本料								
療養病棟入院基本料								
結核病棟入院基本料								
精神病棟入院基本料								
特定機能病院入院基本料 一般病棟								
結核病棟								
精神病棟								
専門病院入院基本料								
障害者施設等入院基本料								
救命救急入院料								
特定集中治療室管理料								
ハイケアユニット入院医療管理料								
脳卒中ｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料								
小児特定集中治療室管理料								
新生児特定集中治療室管理料								
総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児								
総合周産期特定集中治療室管理料 新生児								
新生児治療回復室入院医療管理料								
一類感染症患者入院医療管理料								
特殊疾患入院医療管理料（再掲）								
小児入院医療管理料（４は再掲）								
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料								
~~地域包括ケア病棟~~~~亜急性期入院医療~~管理料（再掲）								
特殊疾患病棟入院料								
緩和ケア病棟入院料								
精神科救急入院料								
精神科急性期治療病棟入院料								
精神科救急・合併症入院料								
児童・思春期精神科入院医療管理料								
精神療養病棟入院料								
認知症治療病棟入院料								

特定一般病棟入院料								

※１日平均入院患者数の算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日

※平均在院日数の算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日

※療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。

※１つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

［記載上の注意］

１　今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。

２　入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	７対１，10対１，13対１，15対１，特別，~~７対１特別，10対１特別~~，月平均夜勤時間超過減算 ~~７対１（経過措置）~~
療養病棟入院基本料	１，２，~~移行，~~特別，月平均夜勤時間超過減算（１のみ）
結核病棟入院基本料	７対１，10対１，13対１，15対１，18対１，20対１，特別，~~７対１特別，10対１特別~~月平均夜勤時間超過減算
精神病棟入院基本料	10対１，13対１，15対１，18対１，20対１，特別，~~10対１特別~~月平均夜勤時間超過減算
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	７対１，10対１，~~７対１（経過措置）~~
結核病棟	７対１，10対１，13対１，15対１
精神病棟	７対１，10対１，13対１，15対１
専門病院入院基本料	７対１，10対１，13対１，~~７対１（経過措置）~~
障害者施設等入院基本料	７対１，10対１，13対１，15対１，~~特別Ｐ，~~月平均夜勤時間超過減算

~~注）療養病棟入院基本料の区分等は次のとおりであること。~~

~~・「移行」とは、「基本診療料の施設基準等」の第十一の八の介護保険移行準備病棟のことをいう。~~

３　特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	１，２，３，４
特定集中治療室管理料	１，２，３，４
ハイケアユニット入院医療管理料	１，２
新生児特定集中治療室管理料	１，２
小児入院医療管理料	１，２，３，４，５
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料	１，２，３
亜急性期入院医療管理料	１，２
特殊疾患病棟入院料	１，２
精神科救急入院料	１，２
精神科急性期治療病棟入院料	１，２
認知症治療病棟入院料	１，２
特定一般病棟入院料	１，２

４　栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること）をみたさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が１名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき 40 点減算される

対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない

~~4~~ 5　療養病棟入院基本料の「１」~~又は「移行」~~の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。

~~5~~ 6　「１日平均入院患者数」は、直近１年間の数値を用いて、別添２の第２の４に基づき算出すること。

~~6~~ 7　「平均在院日数の算定期間」は、直近３か月間の数値を用いて、別添２の第２の３に基づき算出すること。

様式７

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（勤務形態）

	区分	看護配置加算	看護補助加算	看護師		准看護師		看護補助者	
				病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任
病棟従事者総数									
一般病棟入院基本料									
療養病棟入院基本料									
結核病棟入院基本料									
精神病棟入院基本料									
特定機能病院入院基本料									
一般病棟									
結核病棟									
精神病棟									
専門病院入院基本料									
障害者施設等入院基本料									
救命救急入院料									
特定集中治療室管理料									
ハイケアユニット入院医療管理料									
脳卒中ケアユニット入院医療管理料									
小児特定集中治療室管理料									
新生児特定集中治療室管理料									
総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児									
総合周産期特定集中治療室管理料 新生児									
新生児治療回復室入院医療管理料									
一類感染症患者入院医療管理料									
特殊疾患入院医療管理料（再掲）									
小児入院医療管理料（５は再掲）									
回復期リハビリテーション病棟入院料									
地域包括ケア病棟~~亜急性期~~入院~~医療管理~~料（再掲）									
特殊疾患病棟入院料									
緩和ケア病棟入院料									
精神科救急入院料									
精神科急性期治療病棟入院料									
精神科救急・合併症入院料									
児童・思春期精神科入院医療管理料									
精神療養病棟入院料									
認知症治療病棟入院料									
特定一般病棟入院料									
外来（１日平均外来患者数　人）									

手術室　中央材料室等							
褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名						

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

区　　分	看護職員の配置	氏　　名
緩和ケア診療加算	緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師	
緩和ケア診療加算（指定地域）	緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
がん診療連携拠点病院加算	がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算	栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算１	医療安全対策に係る専従の看護師	
医療安全対策加算２	医療安全対策に係る専任の看護師	
感染防止対策加算１	感染管理に従事した経験のある専従の看護師	
	感染管理に従事した経験のある専任の看護師	
感染防止対策加算２	感染管理に従事した経験のある専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡管理者である専従看護師	
退院調整加算	退院調整に関する経験を有する専従の看護師	
	退院調整に関する経験を有する専任の看護師	
新生児特定集中治療室退院調整加算	退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師	
	退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師	
呼吸ケアチーム加算	人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師	
地域包括ケア病棟~~亜急性期~~入院~~医療管理~~料	専任の在宅復帰支援を担当する看護師	
ウイルス疾患指導料	HIV感染者の看護に従事した経験が２年以上ある専従看護師	
喘息治療管理料	専任看護師	
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の常勤看護師	
がん患者指導管理料１~~がん患者カウンセリング料~~	がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師~~がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師~~	
がん患者指導管理料２	がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師	
外来緩和ケア管理料	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験のある常勤看護師	
移植後患者指導管理料　臓器移植後	臓器移植に従事した経験のある専任の常勤看護師	
移植後患者指導管理料　造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験のある専任の常勤看護師	
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病患者の看護及び療養指導に従事した経験のある専任の看護師	
院内トリアージ実施料	救急医療に関する経験のある専任の看護師	
外来放射線照射診療料	専従看護師	
ニコチン依存症管理料	禁煙治療に係る専任看護職員	
外来化学療法加算	当該治療室専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する専従の看護師	
精神科ショート・ケア	専従看護師	

精神科デイ・ケア	専従看護師	

勤務体制						
３交代制	日勤	（　：　～　：　）	準夜勤	（　：　～　：　）	深夜勤	（　：　～　：　）
２交代制	日勤	（　：　～　：　）	夜勤	（　：　～　：　）		
その他	日勤			（　：　～　：　）		（　：　～　：　）
その他	日勤			（　：　～　：　）		（　：　～　：　）

[記載上の注意]

１　看護配置加算は有無を記入する。

２　看護補助加算は下表の例により記載すること。

看護補助加算	① 看護補助加算１，②看護補助加算２，③看護補助加算３

３　看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、看護師の欄に含めて記載すること。

４　病棟勤務欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。

５　「病棟以外との兼任」欄には、治療棟、外来等と兼任の者の数を記載すること。

６　外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記入し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記入すること。

７　当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあっては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。

様式８

看　護　要　員　の　名　簿

［病棟名等：　　］

No	職　種	氏　　名	勤　務　の　態　様	勤　務　時　間	
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		
			常　勤 ・ 非常勤 ／ 専　従 ・ 専　任		

［記載上の注意］

１　入院基本料等の届出を行う場合、届出書に添付すること。

２　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

３　職種の欄には、看護師、准看護師又は看護補助者と記入すること。

４　勤務時間については週当たりの勤務時間を記載すること。

様式９

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病床数＿＿＿＿＿＿

届出区分＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　届出時入院患者数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿人

看護配置加算の有無（該当に〇）　有　・　無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に〇）

25 対１（看護補助者５割以上）　・　25 対１（看護補助者５割未満）　・　50 対１　・　75 対１　・　無

夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に〇）　25 対１　・　50 対１　・　100 対１　・　無

看護職員夜間配置加算の有無（該当に〇）　有　・　無

看護補助加算の届出区分（該当に〇）　１　・　２　・　３　・　無

〇１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

① 月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿＿＿人
うち、月平均１日当たり夜間看護配置数＿＿＿＿＿＿人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

② 看護職員中の看護師の比率　＿＿＿＿％（月平均１日当たり配置数：看護師　　人）

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿時＿＿＿＿分　～　＿＿＿＿時＿＿＿＿分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕＿＿＿＿＿＿＿＿時間

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿＿＿人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）
うち、月平均１日当たり夜間看護補助者配置数＿＿＿＿＿＿人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数（常勤換算数）　看護師＿＿＿＿人　准看護師＿＿＿＿人　看護補助者＿＿＿＿人

勤務計画表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※5					月勤務時間数（延べ時間数）	（再掲）夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数
					（該当する一つに○）※3	夜勤従事者数※4	1日曜	2日曜	3日曜	……	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計		〔B〕※4	月延べ勤務時間数の計	〔C〕	
月延べ夜勤時間数	〔D－E〕		月延べ夜勤時間数の計	〔D〕	〔E〕
1日看護配置数※6	〔（A／届出区分の数※7）×3〕		月平均1日当たり看護配置数	〔C／（日数×8）〕	
夜間看護配置数※6※9	A／12		月平均1日当たり夜間看護配置数※8	〔D／（日数×16）〕	

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔F〕	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔G〕	〔C〕－〔1日看護配置数×8×日数〕
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔H〕	看護補助者（みなしを除く）のみの〔D〕
1日看護補助配置数※6〔I〕	〔（A／届出区分の数※7）×3〕
月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む）	〔F＋G／（日数×8）〕
月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔J〕	〔F／（日数×8）〕
夜間看護補助配置数※6	A／届出区分の数※7
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	〔H／（日数×16）〕
看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%）	〔（J／I）×100〕

〔記載上の注意〕

※1　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。

※2　短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。

※3　夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に○を記入すること。

※4　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には看護補助者の従事者数を記入する必要があるが、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。

※5　上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。

※6　小数点以下切り上げとする。

※7　届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補

助体制加算１の場合「25」、夜間急性期看護補助体制加算１の場合「50」）をいう。

※８　月平均１日当たり夜間看護配置数は参考値であり、実際には常時 12 対１を満たす必要がある。

※９　夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

〔届出上の注意〕

１　届出前１ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

２　７対１特別入院基本料及び 10 対１特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。

３　看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式９の２

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合）

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病棟数＿＿＿＿＿　**病棟名**＿＿＿＿＿＿＿＿

病床数＿＿＿＿＿＿＿＿　届出区分（当該病棟）＿＿＿＿＿＿＿＿（病棟全体の場合※）＿＿＿＿＿＿＿＿

届出時入院患者数＿＿＿＿＿＿＿＿人　※「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

看護配置加算の有無（該当に○）　有　・　無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）　１　・　２　・　３　・　４　・　無

看護補助加算の届出区分（該当に○）　１　・　２　・　３　・　無

○１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

① 月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿＿人

② 看護職員中の看護師の比率　＿＿＿＿％（月平均１日当たり配置数：看護師　　人）

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿時　　分　～　＿＿＿＿時　　分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕＿＿＿＿＿＿時間

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿＿人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

看護要員数（常勤換算数）　看護師　　人　　准看護師　　人　　看護補助者　　人

勤務計画表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※5					月勤務時間数（延べ時間数）	（再掲）夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数
					（該当する一つに○）※3	夜勤従事者数※4	１日 曜	２日 曜	３日 曜	……	日 曜		
看護師				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								
				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								
准看護師				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								
				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								
看護補助者				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								
				常勤･非常勤･兼務	有･無･夜専								

夜勤従事職員数の計		〔Ｂ〕※4	月延べ勤務時間数の計	〔Ｃ〕	
月延べ夜勤時間数	〔Ｄ－Ｅ〕		月延べ夜勤時間数の計	〔Ｄ〕	〔Ｅ〕

１日看護配置数※6	〔（A／届出区分の数※7）×３〕	月平均１日当たり看護配置数	〔C／（日数×８）〕

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔F〕	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔G〕	〔C〕－〔１日看護配置数×８×日数〕
１日看護補助配置数※6	〔（A／届出区分の数※7）×３〕
月平均１日当たり看護補助者配置数	〔F＋G／（日数×８）〕

〔記載上の注意〕

※１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

※２　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。

※３　病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に〇を記入すること。

※４　夜勤専従者は、夜専に〇、夜勤時間帯の勤務が月 16 時間以下の者は、無に〇を記入すること。

※５　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は１を記入し、病棟兼務及び非常勤職員の場合は、１か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。

※６　上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。

※７　小数点以下切り上げとする。

※８　届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度（例えば 10 対１入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算１の場合「50」）をいう。

〔届出上の注意〕

１　届出前１ヶ月の各病棟毎の勤務計画表（勤務実績）及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

２　７対１特別入院基本料及び 10 対１特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。

３　当該届出書を提出する場合、様式９（一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合）を添付すること。

様式９の３

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病床数＿＿＿＿＿＿

届出時入院患者数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿人

看護職員配置加算（50 対 1）の有無（該当に〇）　有　・　無

看護補助者配置加算（25 対 1）の届出区分（該当に〇）　有・　無

〇１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

① 月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿＿＿人

② 看護職員中の看護師の比率　＿＿＿＿＿％（月平均１日当たり配置数：看護師　　人）

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿＿時　　分　～　＿＿＿＿＿時　　分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕＿＿＿＿＿＿＿＿時間

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿＿＿人（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数)　看護師　　人　　准看護師　　人　　看護補助者　　人

勤務計画表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※5					月勤務時間数（延べ時間数）	（再掲）夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数
					（該当する一つに〇）※3	夜勤従事者数※4	1日曜	2日曜	3日曜	……	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計		〔Ｂ〕※4	月延べ勤務時間数の計	〔Ｃ〕	
月延べ夜勤時間数	〔Ｄ－Ｅ〕		月延べ夜勤時間数の計	〔Ｄ〕	〔Ｅ〕
１日看護配置数※6	〔（Ａ／届出区分の数※7）×３〕		月平均１日当たり看護配置数	〔Ｃ／（日数×８）〕	
夜間看護配置数※6※7	Ａ／１２		月平均１日当たり夜間看護配置数※7	〔Ｄ／（日数×１６）〕	

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

１日看護配置数※6 （基準値）〔Ｆ〕※8	〔（Ａ／１３）×３〕
月平均１日当たり看護配置数 （実測値）〔Ｇ〕	〔看護職員のみのＣ／（日数×８（時間））〕
月平均１日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数	｛〔看護職員のみのＣ〕－（〔Ｆ〕×日数×８（時間））｝／（日数×８（時間）

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計（実測値）〔Ｈ〕	〔看護補助者のみのＣ〕
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計（実測値）〔Ｉ〕 〔Ｉ〕のうち、看護職員配置加算を届け出る場合	〔看護職員のみのＣ〕－〔〔Ｆ〕※8×日数×８（時間）〕－〔（Ａ／５０）×３×日数×８（時間）〕
〔Ｉ〕のうち、看護職員配置加算を届け出ない場合	〔看護職員のみのＣ〕－〔〔Ｆ〕※8×日数×８（時間）〕
１日看護補助配置数※6（基準値）〔Ｊ〕	〔（Ａ／２５）×３〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む）	〔Ｈ＋Ｉ／（日数×８（時間））〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔Ｋ〕	〔Ｈ／（日数×８（時間））〕
看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%）	〔（Ｋ／Ｊ）×１００〕

〔記載上の注意〕

※１　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。

※２　短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に〇を記入すること。

※３　夜勤専従者は、夜専に〇、夜勤時間帯の勤務が月 16 時間以下の者及び月 12 時間未満の短時間正職員は、無に〇を記入すること。

※４　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は１を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、１か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。

※５　上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。

※６　小数点以下切り上げとする。

※７　月平均１日当たり夜間看護配置数、夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

※８　届出区分の数である１３対１の「１３」で計算するが、注２の届出を行う場合にあっては、１５対１の「１５」で計算すること。

〔届出上の注意〕

１　届出前１ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

様式 10

（７対１入院基本料
10対１入院基本料
看護必要度加算
一般病棟看護必要度評価加算
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算１）

の施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ数の算出期間 （１ヶ月）
			①入院患者延べ数	②　①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数	③　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （②／①）	
一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料 （がん・循環器） 又は 特定機能 病院入院 基本料		床	名	名	%	年　月
結核病棟 入院基本料		床	名	名	%	年　月

〔記載上の注意〕

１　看護補助加算１のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対１入院基本料のみである。

２　届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを〇で囲むこと。

３　入院患者延べ数とは、算出期間中に７対１入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めない。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。

４　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Ａモニタリング及び処置等に係る得点が「２点以上」、かつ、Ｂ患者の状況等に係る得点が「３点以上」である患者をいう。

５　一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。

６　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式 10 の２

７対１入院基本料における常勤の医師の員数に係る届出書添付書類

届出する入院基本料の欄にチェックし、（Ａ）～（Ｄ）に係る事項について記載すること。

欄	届出入院料	（Ａ）病棟数	（Ｂ）病床数	（Ｃ）１日平均入院患者数※１	（Ｃ）×（10/100）	（Ｄ）医師数※２
	一般病棟入院基本料 又は 専門病院入院基本料					
	結核病棟入院基本料					

※１　算出に係る期間を記入（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）
※２　（Ｄ）医師数　①　－　②

①＝当該病院における全体の常勤の医師数　＿＿＿＿名
②＝７対１入院基本料以外の病床に係る医師数　＿＿＿＿名

(1)　一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の②の計算方法
{（アーイ）／16　＋　ウ／16　＋　エ／48　＋　オ／48}
ア　一般病床（感染症病床も含む。）に入院する患者数　＿＿＿＿名
イ　７対１入院基本料を算定する病棟に入院する患者数　＿＿＿＿名
ウ　結核病床に入院する患者数　＿＿＿＿名
エ　療養病床に入院する患者数　＿＿＿＿名
オ　精神病床に入院する患者数　＿＿＿＿名

(2)　結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法
{ア／16　＋　イ／48　＋　ウ／48}
ア　一般病床（感染症病床も含む。）に入院する患者数　＿＿＿＿名
イ　療養病床に入院する患者数　＿＿＿＿名
ウ　精神病床に入院する患者数　＿＿＿＿名

様式 10 の３

（７対１入院基本料
10対１入院基本料
看護必要度加算
一般病棟看護必要度評価加算
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算１）

における患者の重症度、医療・看護必要度に係る報告書類

（いずれかを〇で囲むこと）

届出入院料	届出区分	届出病床数	入院患者の状況			入院患者延べ数の算出期間（１ヶ月）
			①入院患者延べ数	②　①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数	③　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①）	
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月
		床	名	名	%	年　月

〔記載上の注意〕

１　看護補助加算１のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対１入院基本料のみである。

２　入院患者延べ数とは、算出期間中に７対１入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めない。

３　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Ａモニタリング及び処置等に係る得点が「２点以上」、かつ、Ｂ患者の状況等に係る得点が「３点以上」である患者をいう。

４　一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。

５　一般病棟用の重症度・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること[u1]

様式 10 の４

一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

次の区分のいずれかに該当するものを○で囲むこと。
①　一般病棟入院基本料（１３対１）
②　専門病院入院基本料（１３対１）

［届出上の注意］

届出に当たっては、様式 10 を添付すること。

様式 10 の●

７対１入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る

届出書添付書類

①	直近6月間における退院患者数	名
（再掲）	（1） 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	名
	（2） 介護老人保健施設	名
	（3） うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
	（4） 他院の療養病棟	名
	（5） うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
	（6） 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	（7） 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	（8） （4）～（7）を除く病院、診療所	名
②	自宅等に退院するものの割合 （（3）＋（5）＋（6）＋（7））／① （75%以上）	%

※　算出に係る期間を記入（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

様式 10 の６

一般病棟入院基本料の「注 11」に規定する 90 日を超えて入院する患者の算定に係る届出書

１．90 日超えて入院している患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定を行う病棟の概要

届出を行う病棟	病棟名：（　　）病棟 病床数：（　　）床

２．７対１又は 10 対１入院基本料を算定する病棟において、平成 27 年９月 30 日までの間、出来高で算定する病室の概要

届出を行う病室	病棟名：（　　）病棟 病室番号１：（　　） 病床数：（　　）床 病室番号２：（　　） 病床数：（　　）床

［記載上の注意事項］

届け出る病棟が複数ある場合には、届け出る全ての病棟について記載すること。

様式 10 の7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

区分	氏名	勤務時間
①　病棟に配置されている精神保健福祉士		
②　退院支援部署に配置されている精神保健福祉士		

［記入上の注意］

１．病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。

２．②については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。

３．勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

様式 11

感染症病床を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
				届出時	1日平均入院患者数	
及び平均在院日数・病床・入院患者数		感染症病床	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		一般病棟	床	名	名	
	合計	一般病棟	合計	合計	合計	

看護師及び准看護師・看護補助者数	看護要員現員数					
	看護師		准看護師		看護補助者	
	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任	病棟勤務	病棟以外との兼任
感染症病床を有する一般病棟	名	名	名	名	名	名
一般病棟	名	名	名	名	名	名
一般病棟合計	合計 名		名		名	

＊1日平均入院患者数の算出期間　　年　月　日 ～　　年　月　日

＊平均在院日数の算出期間　　年　月　日 ～　　年　月　日

［記載上の注意］

1　一般病床とは、感染症病床を有する一般病棟における感染症病床以外の病床をいう。

2　「平均在院日数」の欄には、一般病棟（感染症病床を含む。）を包括した平均在院日数を記載すること。

3　「合計」の欄には、感染症病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。

4　感染症病床を有する一般病棟について、別添７の様式９を記載し添付すること。

様式 12

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3"></td><td>区　分</td><td>病　床　数</td><td>入　院　患　者　数
届出時</td><td>入　院　患　者　数
１日平均入院患者数</td><td>備　　考</td></tr>
<tr><td rowspan="3">入院病床患者数及び</td><td colspan="2">総　　数</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td><td rowspan="3">１日平均入院患者数算出期間
年　月　日
～
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内訳</td><td>一般病床</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td>療養病床</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="5">看護要員数</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">看護師・准看護師</td><td colspan="2">看　護　補　助　者</td><td rowspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>入院患者に対する勤務</td><td>入院患者以外との兼務</td><td>入院患者に対する勤務</td><td>入院患者以外との兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">総　　数</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内訳</td><td>一般病床</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td>療養病床</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外の勤務</td><td colspan="2">名</td><td colspan="2">名</td></tr>
<tr><td colspan="3">勤　務　形　態
（該当するものに〇印）
（時間帯を記入）</td><td colspan="5">時　間　帯　区　分
当直制　・　交代制　・　その他
（　：　～　：　）　（　：　～　：　）　（　：　～　：　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算に係る夜間の緊急体制確保の実施の有無</td><td colspan="5">（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　一般病床の区分欄には１から６のいずれかを記入する。

２　療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。

３　療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。

４　様式 12 の２を添付すること。

５　注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の３から12の●までを添付すること。

様式 12 の２

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

	職　種	氏　　名	勤　務　形　態	勤　務　時　間
一般病床				
療養病床				

［記載上の注意］

１　「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。

２　「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。

３　「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、１日当たりの平均勤務時間を記載すること。

様式 12 の３

有床診療所入院基本料１，２又は３の施設基準に係る
届出書添付書類

有床診療所入院基本料１，２又は３の施設基準に係る事項

次の該当する項目に〇をつけること（２項目以上）。

	在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。
	過去１年間の急変時の入院件数が６件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
	有床診療所入院基本料「注７」に規定する夜間看護配置加算１又は２の届出を行っていること。
	区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。
	過去１年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が１割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、７対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対１入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13 対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対１入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13 対１入院基本料及び 15 対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「Ａ２０５」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。
	過去１年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が２件以上であること。
	過去１年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。
	区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。
	過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第８条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第８条の２第 10 項に規定する介護

	予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は同法第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者であること。
	過去１年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。
	過去１年間に、区分番号「Ａ２０８」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「Ａ２１２」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「Ａ２２１－２」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

［届出上の注意］

〇を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

該当する項目が３項目以上ある場合は、そのうち２項目について〇を付せばよい。

様式 12 の４

有床診療所入院基本料の医師配置加算の
施 設 基 準 に 係 る 届 出 書 添 付 書 類

１　医師配置加算１に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

２　医師の名簿（２名以上）

No.	保険医登録番号	氏　　名	勤務の態様	週平均 勤務時間数	１日平均 勤務時間数
			常　勤 非常勤		
			常　勤 非常勤		
			常　勤 非常勤		
			常　勤 非常勤		
			常　勤 非常勤		
			常　勤 非常勤		

所定労働時間　　時間／週

［届出上の注意］

「１」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の５

有 床 診 療 所 入 院 基 本 料 の 看 護 配 置 加 算 、夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　看護配置加算

・　一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。

・　看護配置加算１を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

看護職員氏名	（再掲）看護師氏名

２　夜間看護配置加算、看取り加算

１）以下のうち、加算を算定するものを〇印で囲むこと。

（１）夜間看護配置加算１　・　夜間看護配置加算２

（２）看取り加算

２）夜間の看護職員の配置数

・　夜間の看護職員の配置数を記入すること。

・　夜間看護配置加算１を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

夜間の看護職員数	夜間の看護補助者数	（再掲）当直の看護要員数
名	名	名

［記載上の注意］

夜間看護職員が１名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。

~~２　有床診療所入院基本料１又は２の届出書の写しを添付すること。~~

３　看護補助配置加算

・　一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

看護補助者氏名	職種

［記載上の注意］

１　看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。

２　看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

例）看護配置加算算定の欄に、A、B、C の３名の氏名を記載し、看護補助配置加算算定の欄に、C の氏名を再度記載することは不可。

様式 12 の６

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援
療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に〇をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

２　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に〇をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績がある。

［届出上の注意］

１又は２において、〇を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の●

栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類
（有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のみ）

１　栄養管理を担当する常勤の管理栄養士

氏名	勤務時間	備考

２　その他（次の要件を満たす項目に〇をつけること。）

（イ）　入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

（ロ）　栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別紙●又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

（ハ）　栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に添付すること。

（ニ）　医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

（ホ）　栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

［記載上の注意］

栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

様式13

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　　届　出 ※該当するものに〇で囲むこと。	・総合入院体制加算１　　・総合入院体制加算２

２　標榜し、入院医療を提供している診療科	該当するものに〇で囲むこと。 １　内科　　２　精神科　　３　小児科　　４　外科　　５　整形外科 ６　脳神経外科　　７　産科又は産婦人科

３　精神科医師が２４時間対応できる体制 ※３および４については総合入院体制加算１の届出の場合、記入すること。	次のいずれかに〇をつけ、医師名等を記入すること。 １　当該保険医療機関の担当精神科医師名： ２　連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・　名称 ・　担当精神科医師名 ３　医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床数　　（ ４　次の届出している入院料に〇をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。 ・精神病棟入院基本料　　（　　）人 ・精神科救急入院料　　（　　）人 ・精神科急性期治療病棟入院料　　（　　）人 ・児童・思春期精神科入院医療管理料　　（　　）人

４　２４時間の救急医療体制 ※　総合入院体制加算１の届出の場合、２又は３であること。	１　第2次救急医療機関　２　救命救急センター　３　高度救命救急センター ４　総合周産期母子医療センター　５　その他

５　外来縮小体制 ※２については総合入院体制加算１の届出の場合、記入すること。	１　初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 （　有　　無　） ２　診療情報提供料等を算定する割合　（②＋③）／①×10（　　）割 ①　総退院患者数　　（　　）件 ②　診療情報提供料（Ｉ）の注「７」の加算を算定する退院患者数 （　　）件 ③　転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数　　（　　）件

６　病院勤務医の負担軽減及　び処遇に対する体制	様式13の２に記載すること。

７　全身麻酔による手術件数	件

８　地域連携室の設置	（　有　　無　）

９　２４時間の画像及び検査体制	（　有　　無　）

10　薬剤師の当直体制を 含めた24時間の調剤体制	（　有　　無　）

11　禁煙の取扱	該当するものに〇で囲むこと。 １．禁煙の取扱（屋内禁煙・敷地内禁煙） ２．屋内又は敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。 ３．分煙している病棟があれば、その入院料を〇で囲むこと。 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、　精神療養病棟入院料 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、 ４　３に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置（　　）

12　手術等の件数	ア　人工心肺を用いた手術　（　　）件 イ　悪性腫瘍手術　（　　）件 ウ　腹腔鏡手術　（　　）件 エ　放射線治療（体外照射法）（　　）件 オ　化学療法　（　　）件 カ　分娩　（　　）件

13　その他	療養病棟入院基本料の届出　（　有　無　） 地域包括ケア病棟入院料の届出　（　有　無　） （地域包括ケア入院医療管理料を含む）

〔記載上の注意〕

１　「３」については、総合入院体制加算２の届出の場合、「２」の「２　精神科」に該当しない場合に記載すること。

２　「４」の５を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

３　様式13の２を添付すること。

様式13の２

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 （新規・７月報告）

１ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
□ 総合入院体制加算	年 月 日	□ 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
□ 医師事務作業補助体制加算１（ 対１補助体制加算）	年 月 日	□ 医師事務作業補助体制加算２（ 対１補助体制加算）	年 月 日
□ ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	□ 小児特定集中治療室管理料	年 月 日
□ 急性期看護補助体制加算	年 月 日	□ 総合周産期特定集中治療室管理料	年 月 日
□ 看護職員夜間配置加算	年 月 日	□ 小児入院医療管理料１又は２（該当する方に○をつけること）	年 月 日
□ 看護補助体制加算	年 月 日	□ 移植後患者指導管理料	年 月 日
□ 精神科リエゾンチーム加算	年 月 日	□ 糖尿病透析予防指導管理料	年 月 日
□ 栄養サポートチーム加算	年 月 日	□ 院内トリアージ実施料	年 月 日
□ 呼吸ケアチーム加算	年 月 日	□ 病棟薬剤師業務実施加算	年 月 日

２ 新規届出時又は毎年４月時点の状況について記載する事項

平成＿＿年＿＿月＿＿日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

（ⅰ）必ず計画に含むもの
□ 医師・看護師等の業務分担（医師・助産師の業務分担を含む）

（ⅱ）計画に含むことが望ましいもの
□ 医師事務作業補助者の配置
□ 短時間正規雇用の医師の活用
□ 地域の他の医療機関との連携体制
□ 交代勤務制の導入（ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料１の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。）
□ 外来縮小の取組み（ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。）
ア 初診における選定療養の額 ＿＿＿＿円
イ 診療情報提供料等を算定する割合 ＿＿＿＿割
□ 予定手術の術者の当直、夜勤に対する配慮
□ その他（看護補助者の配置等）

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等
□ 勤務時間 （平均週 時間（うち、残業 時間））
□ 連続当直を行わない勤務シフト（平均月当たり当直回数 回）
□ 当直翌日の通常勤務に係る配慮（□ 当直翌日は休日としている □当直翌日の業務内容の配慮を行っている □ その他（具体的に: ））
□ 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定
□ その他

(3) 職員等に対する周知 （ 有 無 ）
具体的な周知方法（ ）

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議
ア 開催頻度 （ 回/年）
イ 参加人数 （平均 人/回） 参加職種（ ）

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 （名前: 職種: ）

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無
□ あり→（第三者評価を行った機関名: ） □ なし

〔記載上の注意〕

１　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。

２　診療情報提供料等を算定する割合とは、 ① 区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の「注７」の加算を算定する退院患者及び ② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）で除したものの割合。

３　勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。

４　前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

５　急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

様式13の3

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 （新規・7月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
□ 急性期看護補助体制加算（　　対1）	年　月　日	□ 看護補助加算（　　対1）	年　月　日
□ 夜間急性期看護補助体制加算（　　対1）	年　月　日	□ 看護職員夜間配置加算（　　対1）	年　月　日
□ 看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料）	年　月　日	□ 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料）	年　月　日

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成＿＿年＿＿月＿＿日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

（1） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
□ 看護職員と他職種との業務分担（□ 薬剤師　□ リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)
□ 臨床検査技師　□ 臨床工学技士　□ 病棟クラーク　□ その他（職種　　））
□ 看護補助者の配置
□ 短時間正規雇用の看護職員の活用
□ 多様な勤務形態の導入
□ 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
ア 院内保育所　有　無　（夜間保育の実施　有　無）
イ 妊娠中の夜勤の減免制度　有　無
子育て中の夜勤の減免制度　有　無
ウ 育児短時間勤務　有　無
エ 他部署等への配置転換　有　無
□ 夜勤負担の軽減　有　無
ア 長時間夜勤の是正　有　無　　イ シフト間隔の確保　有　無
ウ 夜勤従事者数の増員　有　無　　エ 月の夜勤回数の上限設定　有　無
□ その他

（2） 看護職員の勤務時間の把握等
□ 勤務時間 （平均週　　時間(うち、残業　　時間)）
□ 2交代の夜勤に係る配慮（□ 勤務後の暦日の休日の確保　□ 夜勤配置する看護職員の増員
□ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保　□ 16時間未満となる夜勤時間の設定
□ その他（具体的に:　　））
□ 3交代の夜勤に係る配慮（ □ 夜勤後の暦日の休日の確保　□ 残業が発生しないような業務量の調整
□ 日勤深夜、準夜日勤のシフトの回避
□ その他（具体的に:　　））

（3） 職員等に対する周知 （ 有　　無 ）
具体的な周知方法（　　）

（4） 業務分担推進のための委員会又は会議
ア 開催頻度　（　　回/年）
イ 参加人数　（平均　　人/回） 参加職種（　　）

（5） 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者（労働時間管理者）（名前:　　職種:　　）

〔記載上の注意〕
1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、□具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
2 急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。
3 勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

様式 14

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

臨床研修病院の種別 （該当するものに○）	基幹型　　・　　協力型
指 定 年 月 日 （大学病院は不要）	年　　月　　日
①　医療法に定める医師の標準数及び届出時の医師数	
②　病床数	床 （病床数を 10 で除した数＿＿＿＿＿＿＿＿）
③　年間入院患者数	人 （年間入院患者数を 100 で除した数＿＿＿＿＿＿＿＿）
④　研修医の数	１年目　　人、２年目　　人、計　　人
⑤　指導医の数 （臨床経験が７年目以上の者）	人
⑥　研修医と指導医の比率（④／⑤）	
⑦　研修管理委員会の設置の有無	
⑧　保険診療に関する講習年月日 （協力型臨床研修病院を除く。）	１回目　　年　　月　　日 ２回目　　年　　月　　日 ３回目　　年　　月　　日 ※以下、実施年月日を同様に記載

［記載上の注意］

１　届出前１年間における研修医受け入れ実績（期間、人数）が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降１年間における研修医受け入れ状況（予定期間、予定人数）が確認できる文書を添付すること。

２　基幹型臨床研修病院である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降１年間における講習予定年月を記載すること。

様式 14 の２

臨床研修病院入院診療加算（歯科診療に係るもの）の施設基準に係る届出書添付書類

臨床研修施設の種別 （該当するものに〇）	単独型臨床研修施設・管理型臨床研修施設・協力型臨床研修施設
指 定 年 月 日 （大学病院は不要）	年　　月　　日
①　医療法に定める歯科医師の標準数及び届出時の歯科医師数	
②　研修歯科医の数	計　　人
③　指導歯科医の数	人
④　研修歯科医と指導歯科医の比率（②／③）	
⑤　研修管理委員会の設置の有無	
⑥　保険診療に関する講習年月日 （協力型臨床研修施設を除く。）	１回目　　年　　月　　日 ２回目　　年　　月　　日 ３回目　　年　　月　　日 ※以下、実施年月日を同様に記載

［記載上の注意］

１　届出前１年間における研修歯科医受け入れ実績（期間、人数）が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降１年間における研修歯科医受け入れ状況（予定期間、予定人数）が確認できる文書を添付すること。

２　単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降１年間における講習予定年月を記載すること。

様式 14 の３

救急医療管理加算に係る届出書

区分
ア　地域医療支援病院
イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
エ　都道府県知事の指定する精神科救急医療機関

（届出にあたっての留意点）

１ 区分については、ア～エのいずれの区分に該当するか、○で囲うこと。

２ 届出にあたっては、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であることが確認できる資料（様式自由）を添付すること。

様式 15

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項	医　師　氏　名	脳卒中の診断及び治療の経験年数
		年
薬剤師の常時配置の有無	有　・　無	
診療放射線技師の常時配置の有無	有　・　無	
臨床検査技師の常時配置の有無	有　・　無	
脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等		
救急蘇生装置	台	
除細動器	台	
心電計	台	
呼吸循環監視装置	台	
当該医療機関に常設されているＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置、脳血管造影装置の名称・台数等		
ＣＴ撮影装置	台	
ＭＲＩ撮影装置	台	
脳血管造影装置	台	

［記載上の注意］

１　専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験が確認できる文書を添付すること。

２　日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会等の受講が確認できる文書を添付すること。

様式16

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科

２　分娩室

分娩室	有　　・　　無

※　分娩室は、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

様式 17

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　診療録管理体制加算の届出区分
（該当区分に○をつけること）

加算１　・　加算２

２　中央病歴管理室

場　所	

３　診療録管理部門の有無　（　有　・　無　）

４　診療規則管理委員会の設置

開催回数	参加メンバー
回／月	

５　診療記録の保管・管理のための規定の有無　（　有　・　無　）

６　診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制　（　有　・　無　）

以下の項目は加算１を届け出ている場合に記入すること

① 診療記録について電子的な一覧表を有している	有　・　無
② 一覧表に登録されている患者データの期間	年　月　～　年　月
③ 一覧表が作成されているソフトウェアの名称	
④ 郵便番号	有　・　無
⑤ 入退院日	有　・　無
⑥ 担当医氏名	有　・　無
⑦ 担当診療科	有　・　無
⑧ ICD（国際疾病分類）コード	有　・　無
⑨ 手術コード(医科診療報酬点数表の区分番号)	有　・　無

7　専任の診療録管理者

	専　任	専　従
常　勤	名	名
非常勤	名	名

直近１年間の退院患者数	年　月 ～　年　月 名

8　疾病統計に用いる疾病分類

ＩＣＤ（国際疾病分類）上の規定に基づく細分類項目（４桁又は５桁）	・	ＩＣＤ大分類程度

9　全患者に対する退院時要約の作成（加算１を届け出ている場合に記入すること）

対象期間	年　月
①１月間の退院患者数	名
②　①のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成され中央病歴管理室に提出された患者数	名
②　／　①　の値	

10　患者に対する診療情報の提供

［記載上の注意］

１　中央病歴管理室の配置図及び平面図を添付すること。

２　「３」で有とした場合は、当該診療録管理部門がわかる組織図を添付すること。

３　「４」は、「３」で無とした場合に記載すること。

４　診療記録の保管・管理のための規定を添付すること。

５　「７」は、診療記録管理者の氏名及び勤務形態（常勤・非常勤、専任・専従）がわかる文書を添付すること。

６　「10」は、どのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

様式 18－1

医師事務作業補助体制加算１、２の施設基準に係る届出書添付書類

１　医師事務作業補助体制加算の届出区分　（該当区分に○をつけること。）

医師事務作業補助体制加算　　１　　・　　２ 15 対 1・ 20 対 1・ 25 対 1・ 30 対 1・ 40 対 1・ 50 対 1・ 75 対 1・ 100 対 1

２　医師事務作業補助者の配置

①　保険医療機関の届出病床数（一般病床） ※一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。	床
②　保険医療機関の届出病床数（精神病床） ※精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料１、精神科救急・合併症入院料算定病床で届出を行う時には、これら入院料の届出病床数の合計を記載すること。	床
③　医師事務作業補助者の数 ※①＋②／（④で記載した値）で小数点第一位を四捨五入した数以上であること。	名
④　医師事務作業補助者の配置	:　1

３　医師事務作業補助者の病棟又は外来における勤務状況

①　延べ勤務時間数　（1週間）	時間
②　うち病棟又は外来での延べ勤務時間数　（1週間）	時間
③　②／①　（80%以上）	%

４　医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	

５　医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低６ヶ月間の研修計画を作成している	はい　・　いいえ
上記研修期間内に３２時間の研修を行う計画がある	はい　・　いいえ

6　院内規定の整備について（満たしているものに〇をつける）

	①　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
	②　院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
	③　医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。
	④　診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
	⑤　個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

⑥　院内に電子カルテシステム又はオーダリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。

電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

□　電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）
□　電子カルテシステムのみ
□　オーダリングシステムのみ

7　急性期医療に関する事項

	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院	年間　　名
	⑤災害拠点病院	
	⑥へき地医療拠点病院	
	⑦地域医療支援病院	
	⑧年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間　　名
	⑨年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間　　件
	⑩年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院	年間　　名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年　　月　　日～　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１　届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。

２　「３」については、様式 18 の２「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。

３　「５」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。

４　「６」の①については、様式 13 の２「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。

５　「６」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。

６　「６」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。

７　15 対 1 又は 20 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「７」の①～④のいずれかを満たすこと。25 対 1、30 対 1 又は 40 対 1 補助体制加算を届け出る場合には、①～⑨のいずれかを満たすこと。50 対 1、75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。

８　年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近１年間の実績を記載すること。

９　「７」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

様式 18 の２

医師事務作業補助者の名簿

氏名	勤務曜日と 勤務時間	１週間の勤務時間	うち病棟又は外来 における勤務時間
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		

	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
	月　：　木　： 火　：　金　： 水　：　土　： 　　日　：		
合計	ー		

［記載上の注意］

１．医療従事者として勤務している看護職員は医師事務作業補助者として届出することはできない。

２．病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

３．外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

様式 18 の３

急性期看護補助体制加算、~~の~~看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">区分</td><td colspan="2">急性期看護補助体制加算　，　看護職員夜間配置加算</td></tr>
<tr><td colspan="4">１　次の区分のいずれかに該当する病院　（該当する区分の全てに〇をつけること。）</td></tr>
<tr><td colspan="4">①　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院
期　　間　：　　年　月～　　年　月
緊急入院患者数：　　名
②　総合周産期母子医療センターを有する医療機関</td></tr>
<tr><td colspan="3">２　年間の救急自動車及び
救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数</td><td>人／年</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">うち入院患者数</td><td>人／年</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　急性期看護補助体制加算等の区分</td><td colspan="2">25 対１　，　50 対１　，　75 対１，
看護職員夜間配置加算</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　急性期看護における適切な看護補助の
あり方に関する院内研修の実施状況</td><td colspan="2">実　施　日：　月　日（複数日ある場合は複数日）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">研修の主な内容等
・
・
・
・
・
・</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。

２　「１」の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

３「４」の急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類を添付すること。

４　看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。

５　急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる書類を添付すること。

様式 19

（障害者施設等入院基本料
特殊疾患入院施設管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 （届け出をする項目に○をすること）			（　　）障害者施設等入院基本料 （　　）特殊疾患入院施設管理加算		
病棟の状況	病棟名				
	病床種別				
	入院基本料区分				
	病床数		床	床	床
入院患者の状況	１日平均入院患者数　①		名	名	名
	①の再掲	重度肢体不自由児等	名	名	名
		脊髄損傷等	名	名	名
		重度意識障害	名	名	名
		筋ジストロフィー	名	名	名
		神経難病	名	名	名
		小計　②	名	名	名
	割合　②／①		%	%	%

［記載上の注意］

１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

なお、有床診療所（一般病床に限る。）については、「病棟の状況」の「病床数」のみ記載すること。

２　入院患者の状況は、１日平均入院患者数は直近１年間、特殊疾患の患者数は直近１ヶ月間の実績を用いること。

３　届出に係る病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）ごとに様式９を添付すること。

４　当該届出を行う病棟の配置図及び平面図を添付すること。

様式 20

［　　］に勤務する従事者の名簿

No.	職　種	氏　　名	勤 務 の 態 様	勤務時間	備　　考
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		
			{常　勤 / 非常勤　{専　従 / 専　任		

［記載上の注意］

１　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

２　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

３　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

４　従事者が広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師である場合は、備考欄へ「熱傷」と記入すること。（救命救急入院料３、救命救急入院料４又は特定集中治療室管理料２、４に係る届出を行う場合に限る。）

５　従事者が小児科を担当する専任の医師である場合は、備考欄へ「小児科医」と記入すること。（救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行う場合に限る。）

６　従事者が、特定集中治療の経験を５年以上有する医師については、備考

欄へ「５年」と記入し、５年以上の経験が確認できる文書を添付すること。（特定集中治療室管理料１、２に係る届出を行う場合に限る。）

様式 22

療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	病　　棟　　数	病　　床　　数
届出に係る病棟	（病棟の種別：　　）病棟	床
病院の全病棟	（病棟の種別：　　）病棟	床
届出に係る病棟の概要	病室の総床面積	１床当たり病床面積
	㎡	㎡
医師の数	(1) 現員数　　名 (2) 医療法における標準の医師の数　　名	
看護師及び准看護師の数	(1) 現員数　　名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数　　名	
看護補助者の数	(1) 現員数　　名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数　　名	

[記載上の注意]

１　医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。

２　保険医療機関の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの）を添付すること。

様式 23

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	届出病床の内訳	
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個室　　床 ２人部屋　　床	
入院患者数及び重症者数	①一般病棟における１日平均入院患者数 名	（届出前１年月） 年　月 ～　年　月
	②一般病棟における１日平均重症者数 名	（直近１ヶ月間） 年　月 ～　年　月
	割　合（②／①）×100　　%	

［記載上の注意］

１　様式 23 の２を添付すること。

２　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。

様式 23 の２

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

No.	性別	年齢	主たる傷病名	入院期間	転帰	① 重症者とした直接の原因	② 重症者とした期間	③ 重症者で看護上担送扱いとした期間	療養上の必要から個室又は２人部屋に入院させた期間

期間中の入院患者の延べ数	人日	備　考 １　記載に当たっては、重症者についてのみ届出時直近１か月に限って記載すること。 ２　①の欄には、その原因が手術によるものである場合は手術名、その他の場合は、例えば呼吸不全、肝不全のように記載すること。 ３　③の欄には、重症者に該当する者の期間についてのみ記載すること。 ４　②及び③の欄の記載に当たっては、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室に入室していた期間については（　　）内に別掲し、④及び⑤の欄の記入に当たっては、その期間を除いた期間について算定すること。
④ 期間中の重症者の延べ数	人日	
⑤ 期間中の重症者で看護上担送扱いとされた患者の延べ数	人日	

様式 24

療養病棟療養環境加算・療養病棟療養環境改善加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う加算	療養病棟療養環境加算　療養病棟療養環境改善加算 （該当するものを〇で囲むこと）
医　師　の　数	(1) 現員数　＿＿＿＿＿＿＿＿名 (2) 医療法における標準の医師の数　＿＿＿＿＿＿＿＿名
看護師及び准看護師の数	(1) 現員数　＿＿＿＿＿＿＿＿名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数　＿＿＿＿＿＿＿＿名
看護補助者の数	(1) 現員数　＿＿＿＿＿＿＿＿名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数　＿＿＿＿＿＿＿＿名

[記載上の注意]

1　医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。

2　届出に係る療養病棟の概要等について、様式 24 の２を添付すること。

3　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 24 の２

１　届出に係る［　　］病棟の概要（病棟ごとに記載すること。）

病　棟　名	（　　）病床数　　床
病室の状況	個　室　　室　２人室　　室　３人室　　室　４人室　　室 ５人室　　室　６人室以上　　室 （うち特別の療養環境の提供に関する病室　個　室　　室　２人室　　室 ３人室　　室　４人室　　室）
病　棟　面　積	平方メートル　（うち患者１人当たり　　平方メートル）
病室部分に係る病　棟　面　積	平方メートル　（うち患者１人当たり　　平方メートル）
廊　下　幅	片側室部分　　メートル　両側室部分　　メートル
食　堂	平方メートル
談　話　室	有　・　無　（　　と共用）
浴　室	有　・　無

２　届出に係る病棟設備の概要（精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。）

鉄格子の有無	有　・　無	改造計画 着工予定　　年　　月　完成予定　　年　　月
面　会　室	有　・　無	
公衆電話	有　・　無	

３　届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備されている器具・器械	

［記載上の注意］

１　届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。

２　面積及び廊下幅については、小数点第１位まで記入すること。

３　病室部分に係る病棟面積の患者１人当たり面積については、最小となる室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

様式 24 の３

療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画（７月報告）

療養環境の改善計画の概要（病棟ごとに記載すること。）

病　　棟　　名	（　　）病棟
増築または全面的な改築の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月
増築または全面的な改築の具体的内容	

様式 25

診療所療養病床療養環境加算・診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　従事者の概要

医　師　の　数	(1) 現員数 (2) 医療法における標準の医師の数	名 名
看護師及び准看護師の数	(1) 現員数 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数	名 名
看護補助者の数	(1) 現員数 (2) 医療法における標準の看護補助者の数	名 名

[記載上の注意]
１　医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
２　当該届出に係る病床の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

２　届出に係る病床の概要

届出を行う加算	診療所療養病床療養環境加算　　診療所療養病床療養環境改善加算 （該当するものを〇で囲むこと）
病床の状況	届出に係る病床　　床（全病床　　床） 〔特別の療養環境の提供に関する病室　個室　　室　2人室　　室　3人室　　室　4人室　　室〕
病床部分に係る病棟面積	平方メートル　（うち患者１人当たり　　平方メートル）
廊下幅	片側室部分　　メートル　両側室部分　　メートル
食堂	平方メートル
談話室	有　・　無　（　　と共用）
浴室	有　・　無

３　届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備されている器具・器械	

［記載上の注意］

１　届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。

２　面積及び廊下幅については、小数点第１位まで記入すること。

３　病床部分に係る面積の患者１人当たり面積については、最小となる病室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

様式 25 の２

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画（７月報告）

療養環境の改善計画の概要

増築または全面的な改築の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月
増築または全面的な改築の具体的内容	

様式 26

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科	
２　重症皮膚潰瘍管理を行う、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師氏名	

褥瘡対策の実施状況		
①褥瘡対策チームの設置状況等		
従事者	専任医師名	
	専任看護職員名	
活動状況（施設内での指導状況等）		
②褥瘡に関する危険因子の評価の実施状況（日常生活の自立度が低い入院患者対象）		

［記載上の注意］

１　「１」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。

２　褥瘡対策については届出前１か月の状況を記載すること。

様式 26 の２

無菌治療室管理加算の施設基準に係る届出添付書類

届　出　事　項	空調設備方式・空気清浄度等	病　床　数
無菌治療室管理加算１に係る病床		床
無菌治療室管理加算２に係る病床		床

［記載上の注意］

１　空調設備方式・空気清浄度等の異なる病床が存在する場合は、それぞれの内訳がわかるように記載すること。

２　保険医療機関の配置図及び平面図（当該届出に係る自家発電装置がわかるもの）を添付すること。

３　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所や空調設備の概要がわかるもの。）を添付すること。

様式 27

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　緩和ケアに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区　　分	氏　　名	専従・専任	研修受講
ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師			□
イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師			□
ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師			□
エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師			

□　注２に規定する点数を算定する場合

２　症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構　成　メ　ン　バ　ー（氏名・職種）
回／週	

３　患者に対する情報提供

４　外部評価について（該当するものに〇を付ける。）

ア　医療機能評価機構等が行う医療機能評価
イ　がん診療の拠点となる病院　　ウ　ア、イに準じる病院

［記載上の注意］

１　「１」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。

　また、ウは５年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

　研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。

２　「３」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

３　緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。

４　財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている又はがん診療の拠点となる病院若しくはそれらに準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。

５　「１」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。なお、「１」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。

６　注２に規定する点数は、別紙２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟 10 対１入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。

７　注２に規定する点数を算定する場合は、「１」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 27 の 2

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区　　分	氏　　名	研修受講
ア　身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師		□
イ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師		□
ウ　緩和ケアの経験を有する薬剤師		

２　症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構　成　メ　ン　バ　ー（氏名・職種）
回／週	

３　夜間の看護職員配置

夜間の看護職員数	夜間の看護補助者数	（再掲）当直の看護要員数
名	名	名

４　患者に対する情報提供

［記載上の注意］

１　「１」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。

　また、イは３年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了の有無が確認できる文書を添付すること。

　研修受講とは緩和ケアに関する研修の受講をいう。

２　「４」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

３　「１」の医師、看護師及び薬剤師の氏名及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。

様式 28

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

応急入院等に係る精神保健指定医	日勤　　名　当　直　　名　その他　　名
応急入院等に係る看護師	日勤　　名　準夜勤　　名　深夜勤　　名
応急入院等に係るその他の者	日勤　　名　当　直　　名　その他　　名
応急入院患者等のための病床	常時　　床
当該管理のために必要な設備（機器等）の一覧（製品名及び台数）	
コンピューター断層撮影装置	
脳　波　計	
酸素吸入装置	
吸　引　装　置	
血液検査のための機器・器具	
そ　の　他	

[記載上の注意]

1　精神保健福祉法第 33 条の４第１項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知の写しを添付すること。

2　当該加算を算定する病室を含む病棟について、様式９を添付すること。

3　応急入院に係る精神保健指定医、看護師及びその他の者について、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）を添付すること。

4　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）を添付すること。

様式 29

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

医　師　の　数	(1) 現員数　名 (2) 医療法における標準の医師の数　名 （算定の基礎となる１日平均入院患者数　名） （算定の基礎となる１日平均外来患者数　名）

	病　棟　数	病　床　数
届出に係る病棟	病棟	床

［記載上の注意］

１　医師の現員数は、届出時の数を記入すること。

２　医療法における標準の医師数は、医療法施行規則第 19 条第１項第一号（同号中「精神病床及び療養病床」とあるのは「療養病床」とする。）に定める医師の員数を記入すること。

（精神病床において 16 名の入院患者に対して医師１名として計算すること。）

３　平成７年９月 27 日健医発第 1321 号厚生省保健医療局長通知に定められた精神科救急医療施設であることを示す書類を添付すること。

様式 30

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
地域移行推進室に配置されている精神保健福祉士名（１名以上）	

２　実績に係る要件

①　当該病院において、１月１日において入院期間が５年以上である患者のうち、１月から 12 月までの間に退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）数	人
②　当該病院において、１月１日において入院期間が５年以上である患者数	人
①/②	%

様式 31

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関に専任の内科又は外科の医師名（１名以上）	
必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

［記載上の注意］

必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること（他の保険医療機関の場合は当該保険医療機関名も併せて記載すること。）。

様式３２

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　精神科リエゾンに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区　　分	氏　　名	常勤・非常勤	研修受講
ア　精神科の医師			
イ　精神科等の経験を有する常勤看護師			□
ウ　精神医療に経験を有するその他の者（薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者）			

２　精神症状の評価等に係るカンファレンス

開催頻度	１回当たり 平均所用時間数	構成メンバー及び 職種毎の参加人数
回／週	概ね　　分	

３　精神症状の評価等に係る回診

開催頻度	１日当たり 平均症例数	構成メンバー及び 職種毎の参加人数
回／週	概ね　　症例	

４　患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

体制

［記載上の注意］

１　「１」のアは精神科を主たる業務とした５年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは３年以精神科等精神医療に係る看護に従事した経験を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については該当する職種に○をし、３年以精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。

２　「２」及び「３」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。

３　「４」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。

４　様式 13 の 2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。

５　精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。

６　「１」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。

様式 32 の２

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する区分を〇で囲うこと。

区分
ア　児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 43 条の４に規定する重症心身障害児施設
イ　児童福祉法第７条第６項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟
ウ　児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟

様式 32 の３

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る

届出書添付書類

	氏名	研修受講
１　当該保険医療機関常勤の精神保健指定医師の氏名（２名以上）		
２　アルコール依存症に係る研修を修了した医師の氏名		
３　看護師の氏名		□
４　作業療法士の氏名		□
５　精神保健福祉士又は臨床心理技術者の氏名		□

６　必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

［記載上の注意］

１　「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。

２　「３」、「４」又は「５」のうち、いずれか１名はアルコール依存症に係る研修を修了していること。

３　「２」及び「３」、「４」又は「５」については、アルコール依存症に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 32 の４

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する臨床心理技術者名	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名	

２　実績に係る要件

当該保険医療機関における前年度の摂食障害の入院患者数	

［記載上の注意］

実績に係る要件の患者数は届出前１年間の患者数を記載すること。

様式 33

がん診療連携拠点病院加算・がん治療連携管理料の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う加算	がん診療連携拠点病院加算　がん治療連携管理料 （該当するものを〇で囲むこと）
指定年月日	年　　月　　日

［記載上の注意］

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号）に定められたがん診療連携拠点病院であることを示す書類を添付すること。

様式34

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　基本情報

入院基本料の区分	看護配置	稼働病床数
一般病棟入院基本料	□7対1入院基本料　□10対1入院基本料 □13対1入院基本料　□15対1入院基本料	床
特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）	□7対1入院基本料　□10対1入院基本料	床
専門病院入院基本料	□7対1入院基本料　□10対1入院基本料 □13対1入院基本料	床
療養病棟入院基本料	□20対1入院基本料　□25対1入院基本料	床

□　注2に規定する点数を算定する場合

2　栄養サポートチームに係る構成員

区　分	氏　名	区　分
ア　栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		専従・専任
イ　栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		専従・専任
ウ　栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		専従・専任
エ　栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		専従・専任
オ　その他の栄養サポートチーム構成員（職種及び職種毎の人数を記載）		

3　栄養管理に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり 平均所要時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね　　分	

4　栄養管理に係る回診

開催頻度	1日当たり 平均症例数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね　　症例	

5　患者に対する情報提供体制

6　保険医等からの相談に応じる体制

体制

7　他チームとの合同カンファレンスの実施状況

チーム	開催頻度	構成メンバー
褥瘡対策チーム	概ね　　回/月	
感染対策チーム	概ね　　回/月	
緩和ケアチーム	概ね　　回/月	
摂食・嚥下対策チーム	概ね　　回/月	
その他（　　）チーム	概ね　　回/月	

[記載上の注意]

1　「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。
2　3及び4については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
3　「5」「6」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
4　医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にカンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出にあたり必須ではない。
5　栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
6　第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
7　本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
8　注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能
9　注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 35

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

ア　医療安全対策加算１
イ　医療安全対策加算２

	氏　　名	勤務時間	職　　種	専従・専任
１ 医療安全管理者				

２　患者に対する情報提供	

［記載上の注意］

１　医療安全対策加算１又は医療安全対策加算２のいずれか届出を行うものを〇で囲うこと。

２　医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を終了していることが確認できる文書を添付すること。

３　医療安全管理者を２名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。

４　医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。

５　医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。

６　「２」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

様式 35 の２

感染防止対策加算〔　〕に係る届出書添付書類

１　感染防止対策チーム（□には適合する場合「Ｖ」を記入すること。）

区分	氏　　名	専従・専任	経験年数	研修
ア　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師			年	／
			年	／
イ　５年以上感染管理に従事した経験を有する看護師			年	□
			年	□

区分	氏　　名	勤務年数
ウ　3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師		年
		年
エ　３年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師		年
		年

２院内感染管理者

氏　　名	職　　種

３抗菌薬適正使用のための方策

４連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

５サーベイランス事業の参加状況

事業名：（　　）

［記載上の注意］

１　「１」のアに掲げる医師の感染症対策に係る３年以上の経験が確認できる文書、感染防止対策加算１の届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

２　感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）

３　感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに院内感染防止対策チームの業務内容が明記された文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）

４　「３」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。

５　標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。

６　「４」は、感染防止対策加算１を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算２を算定する医療機

関名を記載し、感染防止対策加算２を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算１の医療機関名を記載すること。

７　「５」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。

様式３５の３

感染防止対策地域連携加算に係る届出書添付書類

１　届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

２　届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

［記載上の注意］

１　「１」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。

２　「２」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。

３　「１」、「２」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年１回程度、実施されていればよい。ただし、実施保険医療機関の変更があった場合には改めて届出を行うこと。

様式３６

患者サポート体制充実加算に係る届出書添付書類

１　相談窓口に配置される職員（□には、適合する場合「Ｖ」を記入すること。）

氏　名	勤務時間	職種	研修	研修名
			□	
			□	
			□	
			□	
			□	
			□	
			□	

２　患者支援に係るカンファレンス

開催頻度	構成メンバー（氏名、職種）
回／週	

３　患者に対する情報提供

［記載上の注意］

１　相談窓口に配置されている職員が研修を修了している場合は、確認できる文書を添付し、「研修名」欄に修了した研修の名称を記載すること。なお、研修は必ずしも必要ではなく、修了していない場合であっても届出を行うことはできる。

２　相談窓口の設置及び組織上の位置づけが確認できる文書を添付すること。

３　患者等からの相談に対応するために整備しているマニュアルを添付すること。

４　「３」はどのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

様式 37

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　専従の褥瘡管理者

氏　　名	勤　務　時　間	所属部署・診療科等	専任

２　その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

ア　褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。

イ　褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。

ウ　褥瘡対策に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。

エ　総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。

オ　重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

［記載上の注意］

１　専従の褥瘡管理者の５年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

２　褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を２人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。

３　注２に規定する点数は、別紙２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟 10 対１入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。

４　注２に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従で　なくても差し支えない。

様式 37 の２

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

褥瘡対策の実績（報告月の前月の１ヶ月間の実績・状況）			
①　入院患者数（届出前月の１ヶ月間の入院患者数）			
②　①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数			名
③　②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数			名
褥瘡ハイリスク項目	１．ショック状態のもの		名
	２．重度の末梢循環不全のもの		名
	３．麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの		名
	４．6 時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの		名
	５．特殊体位による手術を受けたもの		名
	６．強度の下痢が続く状態であるもの		名
	７．極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）		名
	８．褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの		名
④　③の患者の褥瘡の重症度			
	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（③の患者の発見時の状況）	
d1	名	名	
d2	名	名	
D3	名	名	
D4	名	名	
D5	名	名	
DU	名	名	
⑤　本加算を算定した人数			名

［記載上の注意］

１　褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入すること。ただし、１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数えることとする。

２　①については、報告月の前月１ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。

３　②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する（１名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者１名として数える）。

４　③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人

数を記入する（１名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者１名として数える）。

　褥瘡ハイリスク項目の各項目については、１名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに１名として数えることとする（複数回答）。

５　④については、③の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の入院時の褥瘡の重症度及び院内発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

様式38

（ハイリスク妊娠管理加算／ハイリスク分娩管理加算）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科

２　年間分娩件数

年間分娩件数	件

［記載上の注意］

年間分娩件数は、前年１年間（１月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

３　専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	氏名	診療科	勤務形態
1			常勤・非常勤
2			常勤・非常勤
3			常勤・非常勤
4			常勤・非常勤
5			常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、１名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、３名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

４　常勤の助産師

	氏名
1	
2	
3	
4	
5	

５　公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、１及び３のみを記載し、5の書類を添付すること。

様式39

［退院調整加算
新生児特定集中治療室退院調整加算１及び２
新生児特定集中治療室退院調整加算３］の施設基準に係る届出書添付書

※該当する届出事項を〇で囲むこと

退院に係る調整及び支援に関する部門の設置の有無	（　有　　無　）

1. 退院調整に従事する職員

	氏　　名	専従・専任	職　　種	経験年数
退院調整に関する経験を有する者				

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

□　小児入院医療管理料（１、２又は３）
□　総合周産期母子医療センター
□　地域周産期母子医療センター

〔記入上の注意〕□

１　部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
２　退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
３　新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。
４　職種に関して確認できる文書を添付すること。
５　当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。

様式 39 の２

（救急搬送患者地域連携紹介加算
救急搬送患者地域連携受入加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　紹介元医療機関

１　紹介元医療機関について ・　保険医療機関の名称　　・　連絡先 ・　開設者名　　・　担当医師名
２　以下のうち届出を行っている項目を〇で囲むこと。 ・Ａ205　救急医療管理加算 ・Ａ300　救命救急入院料 ・Ａ301　特定集中治療室管理料 ・Ａ301－2　ハイケアユニット入院医療管理料 ・Ａ301－3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・Ａ301－4　小児特定集中治療室管理料

２　受入医療機関

１　受入医療機関について ・　保険医療機関の名称　　・　連絡先 ・　開設者名　　・　担当医師名

３　連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

［記載上の注意］

１　救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「１」及び「３」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「２」及び「３」を記載すること。

２　「３」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式39の3

（精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
精神科救急搬送患者地域連携受入加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　紹介元医療機関

1　紹介元医療機関について ・保険医療機関の名称　　・連絡先 ・開設者名　　・担当医師名
2　以下のうち届出を行っている項目を〇で囲むこと。 ・精神科救急入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料

2　受入医療機関

1　受入医療機関について ・保険医療機関の名称　　・連絡先 ・開設者名　　・担当医師名
2　以下のうち届出を行っている項目を〇で囲むこと。 ・精神病棟入院基本料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料 ・精神療養病棟入院料 ・認知症治療病棟入院料

3　連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

［記載上の注意］

1　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2　「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式40

総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

常勤医師の氏名等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	常勤医師の氏名	高齢者の診療に関する経験年数	研修受講	ワークショップ受講
1			□	□
2			□	□
3			□	□
4			□	□
5			□	□
合計人数	名			

［記載上の注意］

１　高齢者の診療に関する経験年数については、介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数を記載すること。

２　総合評価加算に係る研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。なお、届け出に当たっては、当該研修を修了していることを確認できる文書を添付すること。

様式 40 の２

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　呼吸ケアに係る専任チーム

区　　分	氏　　名	経験年数
ア　人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師		年
イ　人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師		年
ウ　人工呼吸器等の保守点検の経験を３年以上有する臨床工学技士		年
エ　呼吸器リハビリテーション等の経験を５年以上有する理学療法士		年

２　呼吸ケアチームによる活動状況　（　年　月～　年　月（　　カ月間））

①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数	人
②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数	回
③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数	人
④③の患者の１人あたり平均人工呼吸器装着日数	平均　　日／人

［記載上の注意］

１「１」のア、ウ、エはそれぞれの経験が確認できる文書を添付すること。
　また、イは５年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

２　専任チームの医師、看護師、臨床工学技士または理学療法士が複数名いる場合は、それぞれについて全て必要な文書を添付すること。

３　呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。

４「２」の①～④は実績がある場合に記載すること。

様式 40 の３

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに〇を付す）

（　）　後発医薬品使用体制加算１（30％以上）
（　）　後発医薬品使用体制加算２（20％以上30％未満）

２．後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	

３．医薬品の採用状況（平成　　年　　月　　日時点）

①　全ての医薬品の採用品目数 （ ②＋③ ）	品目
②　後発医薬品の採用品目数	品目
③　後発医薬品以外の採用品目数	品目
後発医薬品の採用割合 （ ②／① ）	%

［記載上の注意］

１　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。

２　後発医薬品の採用品目の一覧表（上表３の②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表３の③に該当する品目の一覧表）を添付すること。

　なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。

　また、上表３の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成 24 年３月５日（保医発 0305 第 14 号）を参照すること。

３　２の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格Ａ列４番の用紙１枚当たり、５０品目程度を目安に記載して添付すること。

様式４０の４

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院基本料	専任薬剤師の氏名

２　当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

３　医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

４　医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

５　迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

［記載上の注意］

１　「１」については、入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院基本料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。

２　別添７の様式20により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。

３　「２」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。

４　「３」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。

５　「４」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。

６　「５」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。

７　上記「２」から「５」に係る業務手順書を添付すること。

８　調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

様式４０の５

ＤＰＣデータ提出開始届出書

１．A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）(※1)

□　A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

□　「ＤＰＣ導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

□　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年２回以上、当該委員会を開催すること。

□　ＤＰＣデータ作成対象病棟のデータを提出する体制を整備したこと。

２．病床数(※2)

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

３．データ作成開始日(※3)

平成　　年　　月　　日

上記のとおり届出を行います。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名　　印

厚生労働省保険局医療課長　殿

事　項	担 当 者 1 (※4)	担 当 者 2 (※4)
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役　　職		
氏　　名		
電 話 番 号		
ＦＡＸ番号		
Ｅ－ｍａｉｌ		

（注意事項）

※１　施設基準を全て満たした上で届出を行う病院は、データ作成を開始する月の前月の 20 日までに地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

なお、平成 26 年３月 31 日までに当該加算の届け出を行っている病院が、ＤＰＣデータ作成対象病棟（第１節の入院基本料、第３節の特定入院料及び第４節の短期滞在手術基本料（Ａ400 短期滞在手術等基本料１を除く。））のデータを提出する場合には当該届出書を提出すること。

※２　病床数は、許可病床のうち医療法第７条第２項第５号に規定する病床数を記載すること。

※３　データ作成開始日は、データ作成開始月の初日を記載すること。

※４　担当者２名について、ＤＰＣ対象病院及びＤＰＣ準備病院は、「ＤＰＣ導入の影響調査に関する調査」に係る連絡担当者としてＤＰＣ調査事務局に登録している担当者を記載すること。

様式 40 の 6

ＤＰＣフォーマットデータ提出開始届出書（別紙）

保険医療機関名：
所 在 地 住 所：

１．Ａ207 診療録管理体制加算に関する施設基準（要件を 満たしていない項目 をチェックすること。）

□ （１） 診療記録（過去５年間の診療録並びに過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。 □ （２） 中央病歴管理室が設置されていること。 □ （３） 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。 □ （４） 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。 □ （５） １名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 □ （６） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 □ （７） 入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 □ （８） 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。 □ （９） 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。

２．上記要件を満たすための計画

Ａ207 診療録管理体制加算の届出予定日	平成　　年　　月　　日

（注意事項）
※１　計画の達成期限及びＡ207 診療録管理体制加算の届出予定日を必ず記載 すること。
※２　計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。
※３　Ａ207 診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

様式４０の７

データ提出加算に係る届出書

１．Ａ245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

□　Ａ207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

□　「ＤＰＣ導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

□　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年２回以上、当該委員会を開催すること。

２．病床数（※1）

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

３．届出を行う項目（※2）

□　データ提出加算１	□　イ（200床以上）
	□　ロ（200床未満）
□　データ提出加算２	□　イ（200床以上）
	□　ロ（200床未満）

上記のとおり届出を行います。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名　　印

（注意事項）

※１　病床数は、許可病床のうち医療法第７条第２項第５号に規定する病床数を記載すること。

※２　入院データを提出する場合はデータ提出加算１、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算２を届け出ること。

※３　厚生労働省保険局医療課より通知された区分について通知された文書（写）を本届出書に添付すること。

なお、当該加算を平成 26 年３月 31 日までに届け出ている場合は、通知された文書（写）の添付は不要であること。

様式４０の８

データ提出加算に係る辞退届

（辞退理由）

当院は、上記理由により、データ提出加算に係る届出を辞退します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名　　印

（連絡先）担当者名
所属部署
電話番号
Ｅ－mail

厚生労働省保険局医療課長　殿

（注意事項）

※　本退出届は、必要に応じて中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。
※　本届出を行った翌月の初日より１年間は、再度データ提出加算の届出はできない。
※　１年経過した後に再度データ提出を行う場合にあっては、様式 40 の 5「ＤＰＣデータ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

様式 41

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏　　名	職　種　名

２　連携保険医療機関（歯科診療所）

（１）	名　　称	
	所　在　地	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	電　話　番　号	

（２）	名　　称	
	所　在　地	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	電　話　番　号	

様式 42

［　　］の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="3">当該治療室の従事者</td><td colspan="2">専任医師</td><td colspan="2">日勤　名　当直　名　その他　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">当該病院に勤務する麻酔医</td><td colspan="2">名</td></tr>
<tr><td colspan="2">看護師</td><td colspan="2">日勤　名　準夜勤　名　その他　名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該治療室の概要</td><td>病床面積</td><td>病床数</td><td>1床当たりの床面積</td><td>1日平均取扱患者数</td></tr>
<tr><td>平方メートル</td><td>床</td><td>平方メートル</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等
（＊は当該病院内に設置されているもの）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救急蘇生装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">除細動器</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ペースメーカー</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">心電計</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ポータブルエックス線撮影装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">呼吸循環監視装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">人工呼吸装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">酸素濃度測定装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">光線療法器</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">微量輸液装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">超音波診断装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">心電図モニター装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　自家発電装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　電解質定量検査装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　血液ガス分析装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">救命救急センターに係る事項（該当するものに〇をすること。複数該当の場合はいずれにも〇をすること。）
1　高度救命救急センターである。
2　充実段階がＡである。
3　充実段階がＢである。
4　新規開設のため、充実度評価を受けていない。</td></tr>
<tr><td colspan="5">救命救急入院料３、救命救急入院料４及び特定集中治療室管理料２に係る事項（施設基準に該当する場合〇をすること。）
（　　）当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。
（再掲）広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数　　名</td></tr>
<tr><td colspan="5">小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合〇をすること。）
（　　）当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。　　（再掲）専任の小児科医師数　　名</td></tr>
<tr><td colspan="5">特定集中治療室管理料１又は２に係る事項（施設基準に該当する場合〇をすること。）
（　　）特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。　　（再掲）経験を有する医師数　　名
（　　）当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。　　専任の臨床工学技士数　　名</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

1　［　　］内には、届出事項の名称（救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１又は、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４のいずれか）を記入すること。

2　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

3　救命救急入院料２又は救命救急入院料４の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。

４　救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料１又は２の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。

なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又「小児科医」、特定集中治療室管理料１又は２の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。

５　当該届出に係る治療室又は救命救急センターの配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 42 の２

［　　］の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室の従事者	専任医師		日勤　名　当直　名　その他　名	
	当該病院に勤務する麻酔医		名	
	看護師		日勤　名　準夜勤　名　その他　名	
当該治療室の概要	病床面積	病床数	１床当たりの床面積	１日平均取扱患者数
	平方メートル	床	平方メートル	名
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
直近１年間の出生体重 1,000g 未満の新生児の新規入院患者数（注１）	名		直近１年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数（注１）	件
直近１年間の出生体重 2,500g 未満の新生児の新規入院患者数（注２）	名			

当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等
（＊は当該病院内に設置されているもの）

救急蘇生装置	
除細動器	
ペースメーカー	
心電計	
ポータブルエックス線撮影装置	
呼吸循環監視装置	
人工呼吸装置	
新生児用人工換気装置	
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置	
酸素濃度測定装置	
光線療法器	
微量輸液装置	
分娩監視装置	
超音波診断装置	
心電図モニター装置	
＊自家発電装置	
＊電解質定量検査装置	
＊血液ガス分析装置	

［記載上の注意］

１　［　　］内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。

２　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
３　総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別葉とすること。
４　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
５　当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
６　注１については、新生児特定集中治療室管理料１又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
７　注２については、新生児特定集中治療室管理料２を届け出る場合のみ記載すること。

様式 43

特定集中治療室管理料~~及び小児特定集中治療室管理料~~の施設基準に係る届出書添付書類

治　療　室　名			備　考
病　床　数		床	
入室患者の状況	①　入室患者延べ数	名	入室患者延べ数の算出期間 （１か月） 年　月
	②　①のうち重症者、医療・看護必要度等~~―――~~の延べ数	名	
	重症者、医療・看護必要度等~~の~~割合 （②／①）	%	

［記載上の注意］

１　届出に係る病棟ごとに作成すること。

２　入室患者延べ数とは、直近１か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入室患者延べ数に含めない。

３　重症者、医療・看護必要度~~等~~とは、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「３点以上」、~~又は~~かつ患者の状況等に係る得点が「３点以上」である患者をいう。

４　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式 43 の２

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="4">当該治療室の従事者</td><td>専任医師</td><td>日勤　名　当直　名　その他　名</td></tr>
<tr><td>専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師</td><td>名</td></tr>
<tr><td>当該病院に勤務する小児科医</td><td>名</td></tr>
<tr><td>看護師</td><td>日勤　名　準夜勤　名　その他　名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該治療室の概要</td><td>病床面積</td><td>病床数</td><td>１床当たりの床面積</td><td>１日平均取扱患者数</td></tr>
<tr><td>平方メートル</td><td>床</td><td>平方メートル</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等
（＊は当該病院内に設置されているもの）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救急蘇生装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">除細動器</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ペースメーカー</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">心電計</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ポータブルエックス線撮影装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">呼吸循環監視装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">対外補助循環装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">急性血液浄化療法に必要な装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊自家発電装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊電解質定量検査装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊血液ガス分析装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数</td><td colspan="3">転院時において前医において算定されていた入院料（注１）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救命救急入院料　名</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定集中治療室管理料　名</td></tr>
<tr><td colspan="3">転入時において前医において算定された診療報酬（注１）
救急搬送診療料　名
24 時間以内に人工呼吸を実施した患者　名</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

２　当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。

３　勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の２を添付すること。

３　他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。

４　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

５　当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

６　注１については、どちらかを記載すればよい。

様式 44

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

ハイケアユニット入院医療管理料	１　，　２
専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 （≦19 日であること）	日 （算出期間　年　月　日～　年　月　日）
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入院患者の状況	入室患者延べ数の算出期間（１カ月） 年　　月
入室患者延べ数①	名
①□ うち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者延べ数　② ~~の基準を満たす患者延べ数　②~~	名
重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合　②／①	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤　名 準夜勤　名 深夜勤　名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	

［記載上の注意］

１　届出に係る治療室ごとに記入すること。

２　入室患者延べ数とは、直近１か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。

３　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙 18 の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「３点以上」、~~又は~~かつ患者の状況等に係る得点が「７点以上」である患者をいう。

４　診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。

５　当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

６　重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式 45

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の医師名		
当該治療室の病床数		床
当該治療室の入院患者の状況		入室患者延べ数の算出期間 年　月　日～　年　月　日
入室患者延べ数①		名
①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数②		名
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合（②／①）		%
当該治療室の従事者	看護師	日勤　名　準夜勤　名　深夜勤　名
	理学療法士 又は 作業療法士	名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等		
救急蘇生装置		
除細動器		
心電計		
呼吸循環監視装置		
当該治療室に常設されているＣＴ、ＭＲＩ、脳血管造影装置の名称・台数等		
ＣＴ		
ＭＲＩ		
脳血管造影装置		
当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無		脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）有・無

［記載上の注意］

１　届出に係る治療室ごとに記入すること。

２　入室患者延べ数とは、直近１か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。

３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）の届出書の写しを添付すること。

４　当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式 20 を添付すること。なお、届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

５　神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する専任の医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

様式 45 の２

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟名及び治療回復室（番号）			
病　　床　　数		床	床
専任の小児科の常勤医師数		名	
看護師現員数	治　療　室　勤　務	人	人
	治療室以外との兼任	人	人
	合　　計	人	人

２　新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況 届出を行っているものに〇をすること。	
	新生児特定集中治療室管理料
	総合周産期特定集中治療室管理料

［記載上の注意］

１　届出に係る病室ごとに記入すること。

２　届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の２を添付すること。

３　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 46

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

指定年月日	

［記載上の注意］

１　様式５から９を添付すること。なお、様式９に合わせ日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

２　感染症法第６条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第６条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。

３　当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 47

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の状況	病棟名及び病室名（番号）				備考
	入院基本料区分				１日平均入院患者数算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
	病床数	床	床	床	
	１日平均入院患者数 ①	名	名	名	
当該病室の入院患者の状況	１日平均入院患者数 ②	名	名	名	
	②の再掲 脊髄損傷等	名	名	名	
	②の再掲 重度意識障害	名	名	名	
	②の再掲 筋ジストロフィー	名	名	名	
	②の再掲 神経難病	名	名	名	
	②の再掲 小計 ③	名	名	名	
	特殊疾患の割合 ③／②	%	%	%	

［記載上の注意］

１　届出に係る病室ごとに記入すること。

２　１日平均入院患者数は直近１年間、脊髄損傷等の患者数は直近１月間の実績を用いること。

３　当該届出病室を含む病棟ごとに様式９を記載し添付すること。

様式 48

小児入院医療管理料〔　　〕の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科			
２　小児科の常勤医師の氏名			
氏名	勤務の形態	氏名	勤務の形態
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
３　新生児及び６歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数＿＿＿＿＿＿件			
４　年間小児緊急入院患者数＿＿＿＿＿＿例			

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の経歴（小児科担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

２　小児入院医療管理料１の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式９に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

３　小児入院医療管理料２の届出の際には 24 時間 365 日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。

４　小児入院医療管理料５の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

様式 48 の２

小児入院医療管理料４の施設基準に係る届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
				届出時	１日平均入院患者数	
病棟・病床・入院患者数及び平均在院日数	当該病棟	小児入院医療管理病室	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		小　　計	床	名	名	
	その他の病棟	一般病棟	床	名	名	
	合　計	一般病棟	合計 床	合計 名	合計 名	

＊１日平均入院患者数（直近１年間）の算出期間

年　　月　　日～　　年　　月　　日

＊ 平均在院日数（直近３月間）の算出期間

年　　月　　日～　　年　　月　　日

［記載上の注意］

１　一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。

２　「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。

３　「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。

４　当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式９を記載し添付すること。

様式 48 の３

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

区分	病　棟　名	保　育　士　名	プレイルーム面積(㎡)

［記載上の注意］

１　プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。

２　当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。

３　プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。

様式 49

回復期リハビリテーション病棟入院料〔　〕の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の構成	平均数算出期間	年　月　日～　年　月　日
	当該病棟の１日平均入院患者数　①	名
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後２か月以内（再掲）　②	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等２か月以内（再掲）　③	名
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後２か月以内（再掲）　④	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後１か月以内（再掲）　⑤	名
	股関節又は膝関節の置換術後１か月以内（再掲）　⑥	名
	②～⑥に準ずるもの（再掲）　⑦	名
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦）　⑧	名
	入院患者の比率　⑧／①	%

常勤従業者	職　種	氏　名	専従・専任
	医　師		
	理学療法士		
	作業療法士		
	言語聴覚士		
	社会福祉士等		

病棟の面積	平方メートル（１床当たり面積　平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（１床当たり面積　平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル

［記載上の注意］

１　入院患者の構成は、直近１か月の実績について記載すること。

２　病室部分の１床当たりの面積は、１床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。

３　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

４　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写しを添付すること。

５　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

６　様式５から９及び様式 20 を添付すること。

様式49の２

回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準に係る届出書添付書類

１．施設基準に係る届出書添付書類

①	直近６か月間における退院患者数	名
（再掲）	(1) 在宅	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 他の回復期リハビリテーション病棟	名
	(4) (3)を除く病院、有床診療所	名
②	在宅復帰率　　(1)／①	%
③	直近６か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合　　④／③	%
⑥	上記③のうち、入院時の看護必要度評価票Ａ項目の得点が １点以上の患者の延べ数	名
⑦	新規入院患者における看護必要度Ａ項目の得点が １点以上の患者の割合　　⑥／③	%
⑧	直近６か月間における退院患者のうち、入院時の 日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑨	上記⑧のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能 評価が、入院時に比較して４点以上改善していた患者	名
⑩	日常生活機能評価が４点以上改善した重症者の割合 ⑨／⑧	%

様式49の３

回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近６か月間における退院患者数	名
（再掲）	(1) 在宅	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 他の回復期リハビリテーション病棟	名
	(4) (3)を除く病院、有床診療所	名
②	在宅復帰率　　(1)／①	%
③	直近６か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合　　④／③	%
⑥	直近６か月間における退院患者のうち、入院時の 日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑤のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活 機能評価が、入院時に比較して３点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が３点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

［記載上の注意］

１　「①」の「(1) 在宅」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」中の区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（3）ア及びイに掲げる施設等と同様である。

２　「⑥」について、地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該病棟に転院してきた場当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価として見なす。

３　日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式49の４

回復期リハビリテーション病棟〔　〕に係る報告書

１　回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している場合

①　１年間の総退院患者数 （　年　月　日～　年　月　日）	名
②　①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数	名
③　②のうち退院時（転院時を含む。）に日常生活機能評価が４点以上改善した人数	名
④　重症患者回復率（③/②）	%
⑤　①のうち、入院時に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるＡ項目の得点が１点以上の患者の数	名
⑥　在宅復帰率	%

２　回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3を算定している場合

①　１年間の総退院患者数 （　年　月　日～　年　月　日）	名
②　①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数	名
③　②のうち退院時（転院時を含む。）に日常生活機能評価が３点以上改善した人数	名
④　重症患者回復率（③/②）	%
⑤　在宅復帰率	%

［記載上の注意］

１、２における「①」について、算定期間は前年の７月１日から当年の６月30日までとする。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、１年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

様式49の5

回復期リハビリテーション病棟入院料における
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

１．1日当たりリハビリテーション提供単位数

①	直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数		日
②	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 （ⅰ＋ⅱ＋ⅲ＋ⅳ）		単位
再掲	ⅰ	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅱ	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅲ	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅳ	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
③	１日当たりリハビリテーション提供単位数（②/①）		単位

（算出期間　：　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

２．「注３」に掲げるリハビリテーション充実加算の届出

①　届出あり　　②届出なし

［記載上の注意］

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が２単位以上であること。

様式49の6

回復期リハビリテーション病棟入院料「注２」に掲げる
休日リハビリテーション提供体制加算に係る届出書添付書類

１．当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし

２．1日当たりリハビリテーション提供単位数

			休日	休日以外
①	直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数		日	日
②	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 （ⅰ＋ⅱ＋ⅲ＋ⅳ）		単位	単位
再掲	ⅰ	心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ⅱ	脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ⅲ	運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ⅳ	呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
③	１日当たりリハビリテーション提供単位数（②/①）		単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数			日	日

（算出期間　：　　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１　当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。

２　当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

様式〇の〇

体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

区分		氏名	勤務時間	研修受講
①	医師		時間	□
②	社会福祉士		時間	

[記載上の注意]

１．①はリハビリテーション医療に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成 27 年 3 月 31 日までは研修を修了したものとみなす。

２．②は退院調整に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。

３．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式50

地域包括ケア病棟入院料１・２（どちらかに〇）の施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟〔一般 ・ 療養〕	病　棟　名		
	病床数		床
	看護職員配置加算に係る届出		□
	看護補助者配置加算に係る届出		□
	「注2」に規定する点数の届出		□
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			（専任となった年月：　年　月）
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		（いずれかに〇） 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	（専従となった年月：　年　月）
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積		㎡ （１床当たり面積　　㎡）
	③　当該病棟の入院患者延べ数 （算出期間（1か月）　年　月）		名
	④　③のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数		名
	重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （④／③）		名
	⑤　直近６月間における退院患者数 （算出期間　年　月　日～　年　月　日）		名
	内訳	(1)　在宅（自宅及び居住系介護施設等）	名
		(2)　介護老人保健施設	名
		(3)　うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
		(4)　他院の療養病棟	名
		(5)　うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
		(6)　(1)～(5)を除く病院、診療所	名
	⑥　直近６月間における転棟患者数 （算出期間　年　月　日～　年　月　日）		名
	内訳	(7)　自院の療養病棟	名
		(8)　うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
	在宅等へ退出した患者の割合 ((1)＋(3)＋(5)＋(8))／⑤＋⑥		%

医療機関の状況	□　在宅療養支援病院の届出 □　在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近１年間の受入実績が３件以上 □　都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 □　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月

〔記載上の注意〕

1　届出に係る病棟ごとに記入すること。

2　届出に係る病棟ごとに様式９の３を記載し添付すること。

3　データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。

4　当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

5　医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。

6　注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）において、届出が可能である。

7　看護職員配置加算又は看護補助者配置加算を届け出る場合は様式13の３を添付すること。

様式50

地域包括ケア病棟入院医療管理料１・２（どちらかに〇）等の施設基準に係る届出書添付書類

当該病床届出病棟 〔一般 ・ 療養〕	病　棟　名		
	病床数	当該入院医療管理 病床数及び病室番号	床 （　　号室）
		病床数（上記を含む）	床
	看護職員配置加算に係る届出		□
	看護補助者配置加算に係る届出		□
	「注2」に規定する点数の届出		□
	A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出		□
許　可　病　床　数			床
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			（専任となった年月：　年　月）
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 （A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい）		（いずれかに〇） 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	（専従となった年月：　年　月）
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		㎡ （１床当たり面積　　㎡）
	③　当該病室の入院患者延べ数 （算出期間（1か月）　　年　　月）		名
	④　③のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数		名
	重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （④／③）		名
	⑤　直近６月間における退院患者数 （算出期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）		名
	内訳	(1)　在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2)　介護老人保健施設	名
		(3)　うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
		(4)　他院の療養病棟	名
		(5)　うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
		(6)　(1)～(5)を除く病院、診療所	名
	⑥　直近６月間における転棟患者数 （算出期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）		名
	内訳	(7)　自院の療養病棟	名

	内訳		(8)　うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名
	在宅等へ退出した患者の割合 ((1)＋(3)＋(5)＋(8))/⑤＋⑥			%
医療機関の状況	□　在宅療養支援病院の届出 □　在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近１年間の受入実績が３件以上 □　都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 □　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。			
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定			着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月	

〔記載上の注意〕

1　届出に係る病棟ごとに記入すること。

2　届出に係る病棟ごとに様式９の３を記載し添付すること。

3　データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。

4　当該入院医療管理病床の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

5　医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。

6　注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）において、届出が可能である。

7　A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の□に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。

様式50の3

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

①	直近３か月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数		名
②	直近３カ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数		日
③	直近３ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数（ⅰ＋ⅱ＋ⅲ＋ⅳ＋ⅴ）		単位
再掲	ⅰ	直近３ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅱ	直近３ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅲ	直近３ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅳ	直近３ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
	ⅴ	直近３ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	単位
④	１日当たりリハビリテーション提供単位数（③/②）		単位

（算出期間　：　平成　年　月　日～平成　年　月　日）

様式 51

特殊疾患病棟入院料１及び２の施設基準に係る届出書添付書類

			病棟数	病床数	１日平均入院患者数	備　　考
病棟・病床及び入院患者数	総　病　棟		病棟	床	名	１日平均入院患者数算出期間 年　月　日 ～ 年　月　日
	内訳	一　般　病　棟	病棟	床	名	
		精　神　病　棟	病棟	床	名	
		療　養　病　棟	病棟	床	名	
		その他（　　）病棟	病棟	床	名	
	特殊疾患病棟の届出に係る病棟（再掲）		病棟	床	名	

入院患者数の構成		入　院　患　者　数
	当該届出に係る病棟①	名
	脊髄損傷等（再掲）②	名
	重度意識障害（再掲）③	名
	筋ジストロフィー（再掲）④	名
	神経難病（再掲）⑤	名
	小　計（②＋③＋④＋⑤）⑥	名
	重度肢体不自由児（者）⑦ ＊日常生活自立度のランクＢ以上	名
	入院患者の比率 （⑥／①又は③＋⑦／①）	%

［記載上の注意］

１　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年 11 月 18 日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知　老健第 102-2 号）を参照すること。

２　①には、直近１年間の当該病棟の１日平均入院患者数を、②～⑤及び⑦には、直近１月間のそれぞれの１日平均入院患者数を記載すること。

３　当該届出に係る病棟ごとに様式９及び様式 20 を記載し添付すること。

４　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

様式 52

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の状況	当該病棟の１日平均入院患者数		名	算出期間（直近１年間） 年　月　日 ～ 年　月　日	
	内訳	悪性腫瘍	名		
		後天性免疫不全症候群	名		
医師数	病院全体の医療法標準数（届出日時点）		名	従事医師数　名（届出日時点）	配置割合　％
	当該病棟勤務医師数		常勤者数　名	非常勤者数（常勤換算）　名	

常勤医師名	研修の有無
	有　・　無
	有　・　無
	有　・　無
	有　・　無
	有　・　無
	有　・　無

病室の状況			病室数	病床数①	特別の療養環境の提供に係る病室		②／①（％）
					病室数	病床数②	
	当該病棟総数		室	床	室	床	
	内訳	個室	室	床	室	床	
		２人室	室	床	室	床	
		３人室	室	床	室	床	
		４人室	室	床	室	床	
		５人室以上	室	床			

当該病棟の面積	㎡（１床当たり　㎡）
病室部分の面積	㎡（１床当たり　㎡）
家族の控え室	㎡
患者専用台所	㎡
面談室	㎡
談話室	㎡

連携体制	連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無	有　・　無
	連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無	有　・　無
	連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無	有　・　無

外部評価について（該当するものに〇を付ける。）

ア　医療機能評価機構等が行う医療機能評価
イ　がん診療の拠点となる病院　　ウ　ア、イに準じる病院

［記載上の注意］

1　悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近１か月の１日平均の実績を記載すること。

2　常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。

3　病室部分の１床当たりの面積は、１床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。

4　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。

5　財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。

6　当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。

7　緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。

8　様式５から９及び様式 20 を添付すること。

9　緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。

10　悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 53

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数　②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数　③
① 年　月	日	日
②／(②＋③)＝　（ア）		
３月前の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く）⑤		
④ 年　月	名	
上記の患者のうち、３月以内に退院し在宅へ移行※した患者数　⑥		
名		
⑤／⑥＝　（イ）		

※ 在宅へ移行とは、退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう（ただし、死亡退院および退院後に医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される入院した場合は除く。）。

［記載上の注意］

１　③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。

２　④には、①の３月前の年月を記入する。例えば①が平成 18 年７月であれば、④は平成 18 年４月となる。平成 18 年４月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち３月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。

３　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

（ア）≧ 0.4

４　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

（１）　精神科救急入院料１、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟に限る）

（イ）≧ 0.6

（２）　精神科救急入院料２、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟を除く）、精神科救急・合併症入院料

（イ）≧ 0.4

５　当該届出に係る病棟について、様式９を記載し添付すること。

６　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

様式 53 の２

精神科急性期治療病棟入院料の医師配置加算に係る届出書添付書類

精神科急性期医師配置加算を算定する病棟数	

病棟名	病床数	１日平均入院患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟名	病床数	１日平均入院患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟名	病床数	１日平均入院患者数※	医師氏名	勤務時間

※ 算出に係る期間を記入（　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１．精神科急性期医師配置加算を算定する場合、算定する病棟数を記入すること。

２．１日平均入院患者数については、算出に係る期間を※に記入すること。

３．配置される医師数は、（１日平均入院患者数÷１６）を超える人員数であること。

４．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 54

精神科救急入院料の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（5 名以上）			

必要な検査、ＣＴ撮影が必要に応じて実施できる体制	有　　無

２　実績に係る要件

①　当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口１万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数	人 又は　人 /万人
②　当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数	人
③　当該病棟の新規患者数	人

（③の再掲）	④　措置入院	人	⑤　緊急措置入院	人
	⑥　医療保護入院	人	⑦　応急入院	人
	⑧　鑑定入院	人	⑨　医療観察法入院	人

⑩　当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数	人

$\frac{④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨}{③}$	(a)　%	$\frac{④+⑤+⑦}{⑩}$	(b)　%

［記載上の注意］

１　ＣＴ撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。

２　実績に係る要件の患者数は届出前１年間の患者数を記載すること。

３　当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)≧60%　(b)≧25%又は、④＋⑤＋⑦≧20 人

４　⑨については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

様式 55

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5 名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（３名以上）			
必要な検査、ＣＴ撮影が必要に応じて実施できる体制		有　　無	

２　実績に係る要件

①　当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口１万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数				人 又は　人 /万人
②　当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数				人
③　当該病棟の新規患者数				人
（③の再掲）	④　措置入院	人	⑤　緊急措置入院	人
	⑥　医療保護入院	人	⑦　応急入院	人
	⑧　鑑定入院	人	⑨　医療観察法入院	人
⑩　当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数				人

$\frac{④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨}{③}$	(a)　　%	$\frac{④+⑤+⑦}{⑩}$	(b)　　%
⑪合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合			%

［記載上の注意］

１　ＣＴ撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。

２　実績に係る要件の患者数は届出前１年間の患者数を記載すること。

３　当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)≧60%　(b)≧25%又は、④＋⑤＋⑦≧20 人

４　⑨については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

５　⑪の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第 16 の 2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの 80%以上であることが必要である。

様式55の2

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1　重症者加算1に係る要件

（1）	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	□ 常時対応型精神科救急医療施設 □ 身体合併症対応施設 □ 地域搬送受入対応施設 □ 身体合併症後方搬送対応施設
（2）	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	□ 輪番対応型精神科救急医療施設 □ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件（≧4件）
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数	件（≧1件）
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件（≧10 件）
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。	件
（3）	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数	回（≧6回）
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回（≧1回）

2　退院調整加算に係る要件

退院調整加算の届出の有無	有　・　無

3　退院支援部署に係る構成員

区分	氏名
ア　精神保健福祉士	
イ　該当する□に「V」を記入すること。 □看護師　□作業療法士　□精神保健福祉士 □社会福祉士　□臨床心理技術者	

４　精神保健福祉士配置加算に係る要件

病棟配置の精神保健福祉士	氏名　：
退院支援部署配置の精神保健福祉士	氏名　：

５　退院支援相談員に係る要件

精神療養病棟入院料を算定する病棟数	
精神療養病棟入院料を算定する病床数	

退院支援相談員氏名	職種	経験年数

[記載上の注意]

1. 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
2. 精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

様式56

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科	

精神科医師氏名	

作業療法士氏名	

退院調整加算の届出の有無	（ 有 ・ 無 ）

退院支援部署に係る構成員

区分	氏名	
ア 精神保健福祉士		
イ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者	氏名	職種

［記載上の注意］

退院支援部署に係る構成員のイについて、備考欄に職種を記載すること。

様式 57

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟（又は治療室）名					備　考
病　　床　　数		床	床	床	１日平均入院患者数算出期間 年 月　日 ～ 年 月　日
入院患者の状況	①　１日平均入院患者数	名	名	名	
	②　①のうち当該加算の算定対象となる患者数	名	名	名	
	入院患者の比率（②／①）	%	%	%	
当該病棟（又は治療室）の従事者	小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師	名	名	名	
	うち精神保健指定医	名	名	名	
	常勤の精神保健福祉士	名	名	名	
	常勤の臨床心理技術者	名	名	名	

［記載上の注意］

１　届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。

２　当該加算を算定する病棟又は治療室ごとに様式９を添付すること。

３　当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。

４　当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。

様式５７の２

特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

届　　出	□　特定一般病棟入院料１ □　特定一般病棟入院料２
保険医療機関名	
住　　所	
病　床　数	床

［記載上の注意］

１　当該届出を行う保険医療機関は、別紙２に定められた地域に所在する保険医療機関のうち、1 病棟（一般病棟に限る。）で構成される病院であること。

２　様式５から９を添付すること。

３　亜急性期入院医療管理に係る病室の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20、様式 50 から様式 50 の３までを用いること。

４　当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定を行う病棟については、別添の様式 57 の３により地方厚生（支）局長に届け出ること。

様式57の３

特定一般病棟入院料の「注12」に規定する 90日を超えて特定一般病棟入院料を算定する病棟 に入院している患者の算定に係る届出書

90日超えて入院している患者について、療養病棟入院基本料１の例により算定を行う病棟の概要

届出を行う病棟	病棟名：（　　）病棟 病床数：（　　）床

様式 58

短期滞在手術基本料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="5">当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2">麻 酔 科 標 榜 許 可 書</td><td rowspan="2">勤務開始日</td></tr>
<tr><td>許 可 年 月 日</td><td>登　録　番　号</td></tr>
<tr><td></td><td>年　月　日</td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">自院における緊急対応</td><td>可・不可</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">（不可の場合、密接に提携している保険医療機関名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該回復室
の概要</td><td>回復室の面積</td><td>病床数</td><td>１床当たり床面積</td><td>１日平均患者数</td></tr>
<tr><td>㎡</td><td>床</td><td>㎡</td><td>名</td></tr>
<tr><td>当該回復室
の従事者</td><td colspan="2">看護師</td><td colspan="2">日勤　　名　　準夜勤　　名</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術基本料１に係る届出の場合のみ記入すること。

２　当該届出に係る回復室ごとに、病院については様式９を、診療所については看護職員の配置状況がわかる書類を添付すること。

３　入院基本料の届出書の写しを添付すること。（短期滞在手術基本料２の届出の場合に限る。）

様式●

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

□ 7対1入院基本料　（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）
□10対1入院基本料　（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料）

職種	氏名	勤務時間	研修受講
医師			□
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士			

２．入院患者の構成

算出期間（直近1年間）　（　　年　月　日～　　年　月　日）		
当該病棟の新規入院患者数	①	名
①のうち、65歳以上の患者数	②	名
①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数	③	名
②／①（8割以上）	④	%
③／①（6割以上）	⑤	%

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

３．アウトカム評価

算出期間（直近1年間）　（　　年　月　日～　　年　月　日）		
当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く）	⑥	名
⑥のうち、退院又は転棟時における ADL が入院時と比較して低下した患者数	⑦	名
⑦／⑥（3%未満）	⑧	%

調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める）	⑨	名
調査日に褥瘡（DESIGN－R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数	⑩	名
⑩／⑨（1．5%未満）	⑪	%

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

［記載上の注意］

１．入院基本料の届出書の写しを添付すること。

２．医師は当該保険医療機関に常勤配置、理学療法士等は病棟専従の常勤配置であること

３．勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４．疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。

５．入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第３条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「（１）　疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。

６．届出以降、毎年７月１日に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

７．医師はリハビリテーション医療に関する３年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成 27 年 3 月 31 日までは研修を修了したものとみなす。

様式●

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	□
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	□
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	□
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	□
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	－
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	□
	地域ケア会議に年1回以上出席	□
	居宅介護支援事業所の指定	□
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	□
	介護サービス事業所の併設	□
	介護認定審査会に参加	□
	所定の研修を受講	□
	医師が介護支援専門員の資格を有している	□
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している	□
⑦-2	■下記のいずれか一つを満たす	－
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	□
	常勤の医師が3名以上配置されていること	□
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	□

[記載上の注意]

１．研修受講した修了証の写しを添付すること。②について、平成 27 年 3 月 31 日までは適切な研修を修了したものとみなす。

２．⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。

２．⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと

３．⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと

様式●

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出を行う病棟の状況

届出を行う病棟	病棟名	（　　）病棟	病床数	床
	病棟名	（　　）病棟	病床数	床
	病棟名	（　　）病棟	病床数	床
	病棟名	（　　）病棟	病床数	床
	病棟名	（　　）病棟	病床数	床
	病棟名	（　　）病棟	病床数	床

２．退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数（当該病棟に入院した期間が1月以上の患者のうち、再入院患者、死亡退院患者を除く）	名
（再掲）	（1）在宅	名
	（2）（1）のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者	名
	（3）介護老人保健施設	名
	（4）同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟	名
	（5）他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率　（2）／①　（50%以上）	%

３．病床の利用状況

	算出期間　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）	
③	当該病棟における直近３月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病棟における当該３月間の新入棟患者数	名
⑤	当該病棟における当該３月間の新退棟患者数（死亡退院を含む）	名
⑥	平均在院日数　（④＋⑤）／②	日
⑦	３０．４／⑥　（１０%以上）	%

※病床の利用状況について、別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」１から４を参考にすること。

［記載上の注意］

療養病棟入院基本料１の届出書の写しを添付すること。

保医発0305第２号
平成26年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~76~~号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~78~~号）が公布され、平成26~~24~~年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24~~22~~年３月５日保医発0305第３号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

第１　特掲診療料の施設基準等

１　特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添１のとおりとする。

２　別添１に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

３　特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

第２　届出に関する手続き

１　特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。

２　「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添２の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を正副２通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

（１）　開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

（２）　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、~~及び~~光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影に係る施設共同利用率及び輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ　既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の

３月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ　イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

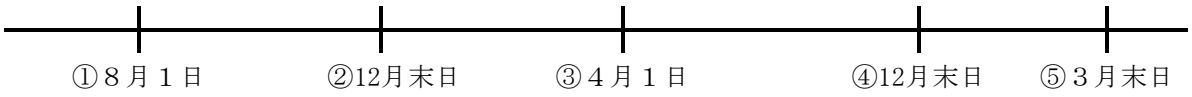
例１：８月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

- 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



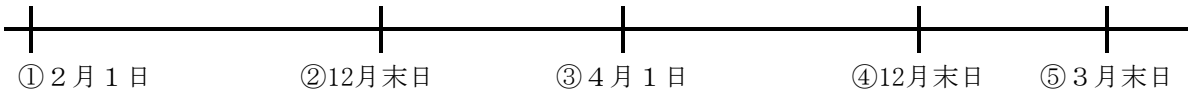
例２：２月１日から算定を開始した場合

・翌年の３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

- 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（３）　光トポグラフィー、骨移植術（軟骨移植術を含む。）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、生体部分肺移植、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経皮的大動脈弁置換術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術、経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、補助人工心臓、植込型補助人工心臓（拍動流型）、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、内視鏡手術用支援機器加算、高エネルギー放射線治療、１回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係る年間実施

件数

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

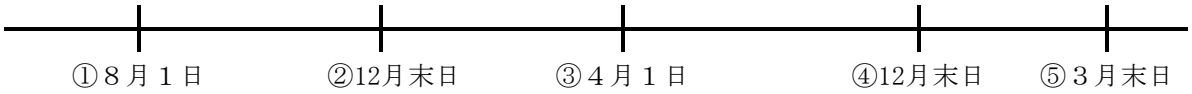
例１：８月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

- 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



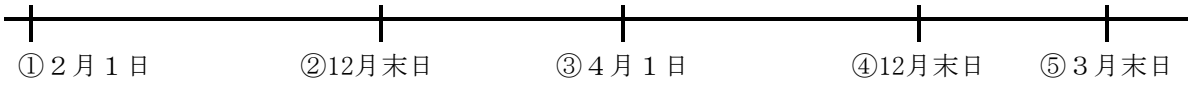
例２：２月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

- 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（４） コンタクトレンズ検査料１に係る検査割合

ア　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前６月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後６月以内に届け出る場合は、届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が１月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、１月から６月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、６月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年６月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとし、７月から12月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から９月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ　コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月１月間で33％（又は44％）を超えた場合又は30％（又は40％）以上33％（又は44％）未満の場合が暦月で３か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

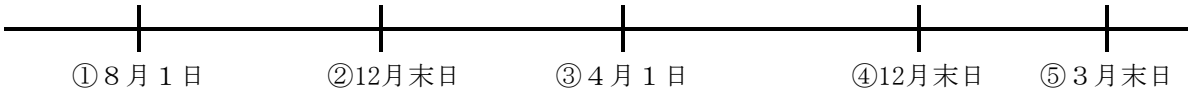
例１：８月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

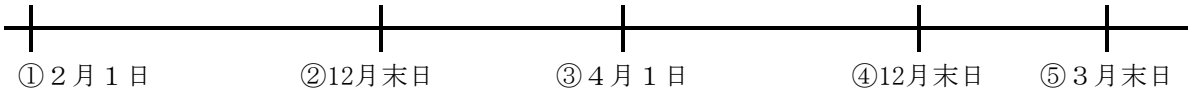
・①～②までの実績により適合性を判断

- 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合
・翌年３月末（③の前日）までは算定可
・①～②までの実績により適合性を判断
　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（５）　後発医薬品調剤体制加算の施設基準
届出前３月間の実績を有していること。

（６）　経口摂取回復促進加算に係る施設基準
ア　他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数
１月から12月までの１年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

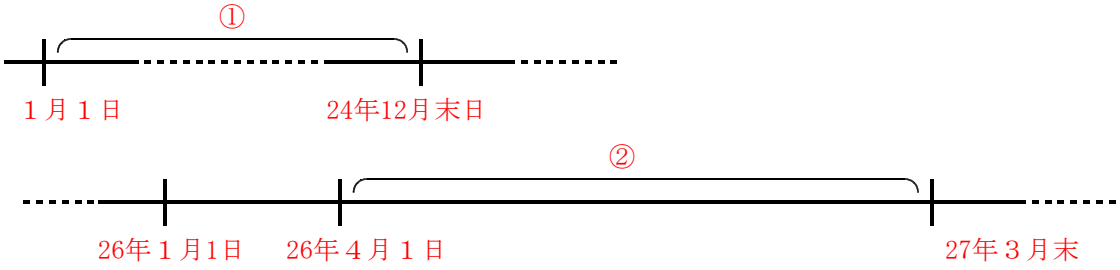
イ　経口摂取回復率
（イ）　１月から12月までの１年間に別添１の第45の２の１の（３）のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年４月１日から翌々々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。
（ロ）　新規に届出をする場合は、（イ）にかかわらず、４月から６月（直近２年以内）までの３か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため

所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

（ハ）（ロ）に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、（イ）に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の１月から12月までの１年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

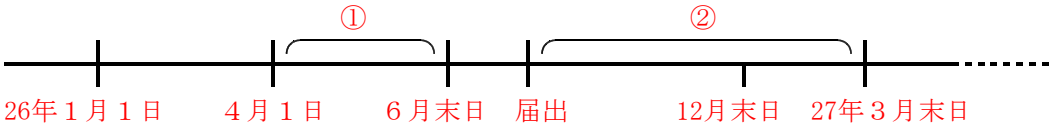
例１：イ（イ）による届出の場合

・平成24年１月１日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成26年４月１日から平成27年3月31日まで（②）算定可



例２：イ（ロ）による新規届出の場合

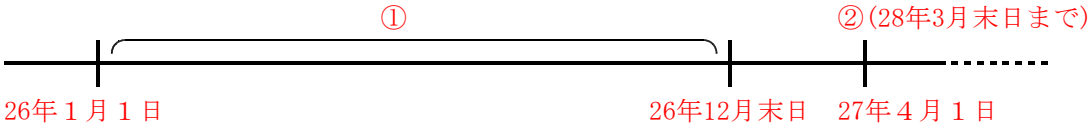
・平成26年４月１日から６月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成27年３月末日まで（②）算定可



※算定開始が27年1月以降である場合は、平成28年3月末日まで算定可

例３：イ（ハ）による届出の場合

・平成26年１月１日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成27年４月１日から平成28年３月末日まで（②）算定可



（７）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施件数

ア　緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

（イ）　１月から12月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ）　（イ）にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

（ハ）　（ロ）に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの（ハ）による届出の場合

８月１日から新規に算定を開始した場合

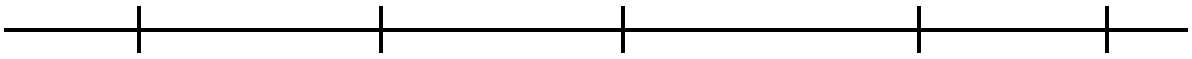
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



①８月１日　②12月末日　③４月１日　④12月末日　⑤３月末日

例２：２月１日から新規に算定を開始した場合

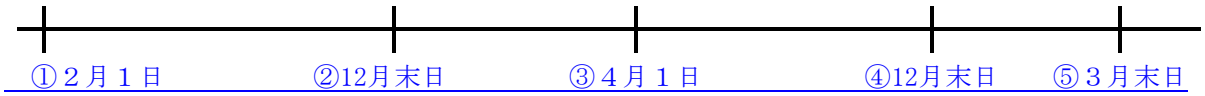
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（８）　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施件数

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１については、（７）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。

（９）　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア　胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

１月から12月までの１年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び次のイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　経口摂取回復率

経口摂取回復率については、（６）経口摂取回復促進加算に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの（イ）中「別添１の第45の２の１の（３）のア又はイ」とあるのは、「別添１の第79の３の１の（２）のウの①又は②」と読み替えるものとする。

５　特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（１）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（２）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（３）　地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。

（４）　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年５月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	（ウ指）第　　号
植込型除細動器移行加算	（植込移）第　　号
高度難聴指導管理料	（高）第　　号
喘息治療管理料	（喘管）第　　号
糖尿病合併症管理料	（糖管）第　　号
がん性疼痛緩和指導管理料	（がん疼）第　　号
がん患者~~カウンセリング~~指導管理料１	（がん~~カ~~指１）第　　号
がん患者指導管理料２	（がん指２）第　　号
がん患者指導管理料３	（がん指３）第　　号
外来緩和ケア管理料	（外緩）第　　号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	（移植管臓）第　　号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	（移植管造）第　　号
糖尿病透析予防指導管理料	（糖防管）第　　号
小児科外来診療料	（小外）第　　号
地域連携小児夜間・休日診療料１	（小夜１）第　　号
地域連携小児夜間・休日診療料２	（小夜２）第　　号
地域連携夜間・休日診療料	（夜）第　　号
院内トリアージ実施料	（トリ）第　　号
夜間休日救急搬送医学管理料	（夜救管）第　　号
外来リハビリテーション診療料	（リハ診）第　　号
外来放射線照射診療料	（放射診）第　　号
地域包括診療料	（地包診）第　　号
ニコチン依存症管理料	（ニコ）第　　号
開放型病院共同指導料	（開）第　　号
別添１の「第９」の１の(１)に規定する在宅療養支援診療所	（支援診１）第　　号
別添１の「第９」の１の(２)に規定する在宅療養支援診療所	（支援診２）第　　号
別添１の「第９」の１の(３)に規定する在宅療養支援診療所	（支援診３）第　　号
別添１の「第９」の２の(３)に規定する在宅療養実績加算	（在診実）第　　号
地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)及び(Ⅱ)	（地連携）第　　号
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	（ハイⅠ）第　　号
がん治療連携計画策定料	（がん計）第　　号
がん治療連携指導料	（がん指）第　　号
がん治療連携管理料	（がん管）第　　号
認知症専門診断管理料	（認知診）第　　号
肝炎インターフェロン治療計画料	（肝炎）第　　号
薬剤管理指導料	（薬）第　　号
医療機器安全管理料１	（機安１）第　　号
医療機器安全管理料２	（機安２）第　　号
医療機器安全管理料（歯科）	（機安歯）第　　号
歯科治療総合医療管理料	（医管）第　　号

在宅療養支援歯科診療所	（歯援診）第　　号
別添１の「第14の２」の１の(１)に規定する在宅療養支援病院	（支援病１）第　　号
別添１の「第14の２」の１の(２)に規定する在宅療養支援病院	（支援病２）第　　号
別添１の「第14の２」の１の(３)に規定する在宅療養支援病院	（支援病３）第　　号
別添１の「第14の２」の２の(２)に規定する在宅療養実績加算	（在病実）第　　号
在宅患者歯科治療総合医療管理料	（在歯管）第　　号
在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料	（在医総管）第　　号
在宅がん医療総合診療料	（在総）第　　号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料	（在看）第　　号
在宅療養後方支援病院	（在後病）第　　号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	（在訪褥）第　　号
在宅血液透析指導管理料	（在血液）第　　号
持続血糖測定器加算	（持血測）第　　号
地域医療連携体制加算	（歯地連）第　　号
造血器腫瘍遺伝子検査	（血）第　　号
在宅かかりつけ歯科診療所加算	（在か診）第　　号
ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	（ＨＰＶ）第　　号
検体検査管理加算(Ⅰ)	（検Ⅰ）第　　号
検体検査管理加算(Ⅱ)	（検Ⅱ）第　　号
検体検査管理加算(Ⅲ)	（検Ⅲ）第　　号
検体検査管理加算(Ⅳ)	（検Ⅳ）第　　号
遺伝カウンセリング加算	（遺伝カ）第　　号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	（血内）第　　号
植込型心電図検査	（植心電）第　　号
胎児心エコー法	（胎心エコ）第　　号
時間内歩行試験	（歩行）第　　号
ヘッドアップティルト試験	（ヘッド）第　　号
人工膵臓	（膵）第　　号
皮下連続式グルコース測定	（皮グル）第　　号
長期継続頭蓋内脳波検査	（長）第　　号
~~光トポグラフィー及び~~中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	（~~光トポ~~中磁誘）第　　号
光トポグラフィー	（光ト）第　　号
脳磁図	（脳磁診）第　　号
神経学的検査	（神経）第　　号
補聴器適合検査	（補聴）第　　号
ロービジョン検査判断料	（ロー検）第　　号
コンタクトレンズ検査料１	（コン１）第　　号
小児食物アレルギー負荷検査	（小検）第　　号
内服・点滴誘発試験	（誘発）第　　号
センチネルリンパ節生検（併用）	（セ併）第　　号
センチネルリンパ節生検（単独）	（セ単）第　　号

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	（Ｃ気鏡）第　　号
画像診断管理加算１	（画１）第　　号
画像診断管理加算２	（画２）第　　号
歯科画像診断管理加算１	（歯画１）第　　号
歯科画像診断管理加算２	（歯画２）第　　号
遠隔画像診断	（遠画）第　　号
ポジトロン断層撮影~~又は~~	（ポ断~~又~~）第　　号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	（ポ断コ複）第　　号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	（ポ断磁複）第　　号
乳房用ポジトロン断層撮影	（乳ポ断）第　　号
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	（Ｃ・Ｍ）第　　号
冠動脈ＣＴ撮影加算	（冠動Ｃ）第　　号
外傷全身ＣＴ加算	（外傷Ｃ）第　　号
大腸ＣＴ撮影加算	（大腸Ｃ）第　　号
心臓ＭＲＩ撮影加算	（心臓Ｍ）第　　号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	（抗悪処方）第　　号
外来化学療法加算１	（外化１）第　　号
外来化学療法加算２	（外化２）第　　号
無菌製剤処理料	（菌）第　　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	（心Ⅰ）第　　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	（心Ⅱ）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	（脳Ⅰ）第　　号
別添１の「第40」の３の注５に規定する施設基準	（脳Ⅰ介）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（脳Ⅱ）第　　号
別添１の「第40の２」の３の注５に規定する施設基準	（脳Ⅱ介）第　　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	（脳Ⅲ）第　　号
別添１の「第41」の３の注５に規定する施設基準	（脳Ⅲ介）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	（運Ⅰ）第　　号
別添１の「第42」の３の注５に規定する施設基準	（運Ⅰ介）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	（運Ⅱ）第　　号
別添１の「第42の２」の３の注５に規定する施設基準	（運Ⅱ介）第　　号
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	（運Ⅲ）第　　号
別添１の「第43」の３の注５に規定する施設基準	（運Ⅲ介）第　　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	（呼Ⅰ）第　　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	（呼Ⅱ）第　　号
難病患者リハビリテーション料	（難）第　　号
摂食機能療法	（摂食）第　　号
障害児（者）リハビリテーション料	（障）第　　号
がん患者リハビリテーション料	（がんリハ）第　　号
認知症患者リハビリテーション	（認リハ）第　　号
集団コミュニケーション療法料	（集コ）第　　号

歯科口腔リハビリテーション料２	（歯リハ２）第　　号
認知療法・認知行動療法１	（認１）第　　号
認知療法・認知行動療法２	（認２）第　　号
精神科作業療法	（精）第　　号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	（ショ大）第　　号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	（ショ小）第　　号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	（デ大）第　　号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	（デ小）第　　号
精神科ナイト・ケア	（ナ）第　　号
精神科デイ・ナイト・ケア	（デナ）第　　号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	（抗治療）第　　号
重度認知症患者デイ・ケア料	（認デ）第　　号
精神科重症患者早期集中支援管理料	（精早管）第　　号
医療保護入院等診療料	（医療保護）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の休日加算１	（医処休）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の時間外加算１	（医処外）第　　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の深夜加算１	（医処深）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の休日加算１	（歯処休）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の時間外加算１	（歯処外）第　　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６合に掲げる処置の深夜加算１	（歯処深）第　　号
エタノールの局所注入（甲状腺）	（エタ甲）第　　号
エタノールの局所注入（副甲状腺）	（エタ副甲）第　　号
透析液水質確保加算１	（透析水１）第　　号
透析液水質確保加算２	（透析水２）第　　号
磁気による膀胱等刺激法	（磁膀刺）第　　号
一酸化窒素吸入療法	（ＮＯ）第　　号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	（う蝕無痛）第　　号
ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	（歯ＣＡＤ）第　　号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第　　号
歯科技工加算	（歯技工）第　　号
悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	（黒セ）第　　号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第　　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第　　号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第　　号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第　　号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第　　号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第　　号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第　　号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第　　号

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術　（仙神植交）第　　号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））　（角膜切）第　　号
羊膜移植術　（羊膜移）第　　号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））　（緑内イ）第　　号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　（硝切）第　　号
網膜再建術　（網膜再）第　　号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術　（植補聴~~大~~）第　　号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）　（内鼻Ｖ）第　　号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　（ゲル乳再）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）　（顎移）第　　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）　（歯顎移）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算１~~及び２~~　（乳セ１）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算２　（乳セ２）第　　号
同種死体肺移植術　（肺植）第　　号
生体部分肺移植術　（生肺）第　　号
経皮的冠動脈形成術　（経冠形）第　　号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　（経特）第　　号
経皮的冠動脈ステント留置術　（経冠ス）第　　号
経皮的大動脈弁置換術　（バ人弁）第　　号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術　（脈動開）第　　号
磁気ナビゲーション加算　（磁場心）第　　号
経皮的中隔心筋焼灼術　（経中）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　（ペ）第　　号
植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術　（植心）第　　号
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術　（両ペ）第　　号
植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）　（除）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術　（両除）第　　号
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　（大）第　　号
補助人工心臓　（補心）第　　号
植込型補助人工心臓（拍動流型）　（植補心拍）第　　号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）　（植補心非）第　　号
同種心移植術　（心植）第　　号
同種心肺移植術　（心肺植）第　　号
経皮的大動脈遮断術　（大遮）第　　号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　（内下不切）第　　号

腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	（腹小骨）第　　号
腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	（腹小腹リ）第　　号
ダメージコントロール手術	（ダメ）第　　号
腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	（腹小後腹）第　　号
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	（腹胃縮）第　　号
体外衝撃波胆石破砕術	（胆）第　　号
腹腔鏡下肝切除術	（腹肝）第　　号
生体部分肝移植術	（生）第　　号
同種死体肝移植術	（肝植）第　　号
体外衝撃波膵石破砕術	（膵石破）第　　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	（腹膵切）第　　号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	（膵植）第　　号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	（早大腸）第　　号
腹腔鏡下小切開副腎摘出術	（腹小副）第　　号
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	（腎）第　　号
腹腔鏡下小切開腎部分切除術	（腹小腎部）第　　号
腹腔鏡下小切開腎摘出術	（腹小腎摘）第　　号
腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	（腹小尿悪~~腹小泌~~）第　　号
腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	（腎凝固）第　　号
同種死体腎移植術	（腎植）第　　号
生体腎移植術	（生腎）第　　号
腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	（腹小尿）第　　号
膀胱水圧拡張術	（膀胱）第　　号
腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	（腹小膀）第　　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	（腹膀）第　　号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	（腹小膀悪）第　　号
人工尿道括約筋植込・置換術	（人工尿）第　　号
焦点式高エネルギー超音波療法	（焦超）第　　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	（腹前）第　　号
腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	（腹小前）第　　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	（腹子）第　　号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	（内胎）第　　号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	（胎羊）第　　号
医科点数表第２章第10部手術の通則５及び６（歯科点数表第２章第９部の通則４を含む。）に掲げる手術	（通手）第　　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算１	（医手休）第　　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算１	（医手外）第　　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算１	（医手深）第　　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の休日加算１	（歯手休）第　　号

歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の時間外加算１	（歯手外）第　　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の深夜加算１	（歯手深）第　　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術	（胃瘻造）第　　号
輸血管理料Ⅰ	（輸血Ⅰ）第　　号
輸血管理料Ⅱ	（輸血Ⅱ）第　　号
輸血適正使用加算	（輸適）第　　号
貯血式自己血輸血管理体制加算	（貯輸）第　　号
自己生体組織接着剤作成術	（自生接）第　　号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	（造設前）第　　号
内視鏡手術用支援機器加算	（内鏡支）第　　号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（胃瘻造嚥）第　　号
歯周組織再生誘導手術	（ＧＴＲ）第　　号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	（人工歯根）第　　号
麻酔管理料（Ⅰ）	（麻管Ⅰ）第　　号
麻酔管理料（Ⅱ）	（麻管Ⅱ）第　　号
放射線治療専任加算	（放専）第　　号
外来放射線治療加算	（外放）第　　号
高エネルギー放射線治療	（高放）第　　号
１回線量増加加算	（増線）第　　号
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	（強度）第　　号
画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）	（画誘）第　　号
体外照射呼吸性移動対策加算	（体対策）第　　号
直線加速器による放射線治療	（直放）第　　号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	（定対策）第　　号
保険医療機関間の連携による病理診断	（連携診）第　　号
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	（テ組織）第　　号
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	（テ細胞）第　　号
病理診断管理加算１	（病理診１）第　　号
病理診断管理加算２	（病理診２）第　　号
口腔病理診断管理加算１	（口病診１）第　　号
口腔病理診断管理加算２	（口病診２）第　　号
クラウン・ブリッジ維持管理料	（補管）第　　号
歯科矯正診断料	（矯診）第　　号
顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	（顎診）第　　号
基準調剤加算１	（調１）第　　号
基準調剤加算２	（調２）第　　号
後発医薬品調剤体制加算１	（後発調１）第　　号
後発医薬品調剤体制加算２	（後発調２）第　　号
保険薬局の無菌製剤処理加算	（薬菌）第　　号

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

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

第３　届出受理後の措置等

１　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

２　届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

３　特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

４　届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年７月１日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。

５　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

６　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、平成26~~24~~年３月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成2624年３月31日において現に表１及び表２に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料（表２を含む。）を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成2624年４月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表１　新たに施設基準が創設されたことにより、平成2624年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

入院栄養食事指導料２
心臓ペースメーカー指導管理料の注４に掲げる植込型除細動器移行期加算
がん患者指導管理料２
がん患者指導管理料３
外来緩和ケア管理料の注４（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
糖尿病透析予防指導管理料の注４（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
在宅患者訪問褥瘡管理指導料（平成26年10月１日以降に限る。）
持続血糖測定器加算
ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
光トポグラフィー
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
乳房用ポジトロン断層撮影
摂食機能療法
認知症患者リハビリテーション
歯科口腔リハビリテーション料２
精神科重症患者早期集中支援管理料
処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１
磁気による膀胱等刺激法
ＣＡＤ／ＣＡＭ冠
脳腫瘍覚醒下マッピング加算
仙骨神経刺激装置植込術
仙骨神経刺激装置交換術
羊膜移植術
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
網膜再建術
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）
経皮的冠動脈形成術
経皮的冠動脈ステント留置術
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
体外衝撃波膵石破砕術
腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）
胎児胸腔・羊水腔シャント術
手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１
胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
貯血式自己血輸血管理体制加算
胃瘻造設時嚥下機能評価加算
１回線量増加加算
口腔病理診断管理加算
調剤基本料
~~外来緩和ケア管理料~~
~~移植後患者指導管理料~~
~~糖尿病透析予防指導管理料~~
~~院内トリアージ実施料~~
~~夜間休日救急搬送医学管理料~~
~~外来リハビリテーション診療料~~
~~外来放射線照射診療料~~
~~別添１の「第９」の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所~~
~~別添１の「第９」の１の（２）に規定する在宅療養支援診療所~~
~~がん治療連携管理料~~
~~別添１の「第14の２」の１の（１）に規定する在宅療養支援病院~~
~~別添１の「第14の２」の１の（２）に規定する在宅療養支援病院~~
~~在宅患者訪問看護・指導料~~
~~同一建物居住者訪問看護・指導料~~
~~時間内歩行試験~~
~~ヘッドアップティルト試験~~
~~ロービジョン検査判断料~~
~~ＣＴ透視下気管支鏡検査加算~~
~~歯科画像診断管理加算２~~
~~ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影（64列以上のマルチスライスＣＴ装置及び３テスラ以上のＭＲＩ装置に限る。）~~
~~大腸ＣＴ撮影加算~~
~~心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の初期加算~~

~~認知療法・認知行動療法~~

~~抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）~~

~~透析液水質確保加算２~~

~~腫瘍脊椎骨全摘術~~

~~網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）~~

~~上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）~~

~~下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）~~

~~経皮的冠動脈形成術（特殊高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）~~

~~（エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるものに限る。）~~

~~経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）~~

~~植込型補助人工心臓（非拍動流型）~~

~~腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術~~

~~早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術~~

~~腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）~~

~~腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術~~

~~人工尿道括約筋植込・置換術~~

~~内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術~~

~~輸血適正使用加算~~

~~自己生体組織接着剤作成術~~

~~人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算~~

~~内視鏡手術用支援機器加算~~

~~広範囲顎骨支持型装置埋入手術~~

~~体外照射呼吸性移動対策加算~~

~~定位放射線治療呼吸移動対策加算~~

~~保険医療機関間の連携による病理診断~~

~~病理診断管理加算１~~

~~病理診断管理加算２~~

~~在宅患者調剤加算~~

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

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

~~ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影（医療機器の保守管理計画等）~~

~~後発医薬品調剤体制加算１、２及び３~~

~~基準調剤加算~~

表３　施設基準等の名称が変更されたが、平成26~~24~~年３月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

がん患者カウンセリング料	→	がん患者指導管理料１
~~在宅療養支援診療所~~	→	~~別添１の「第９」の１の(３)に規定する在宅療養支援診療所~~
~~在宅療養支援病院~~	→	~~別添１の「第14の２」の１の(３)に規定する在宅療養支援病院~~
~~在宅末期医療総合診療料~~	→	~~在宅がん医療総合診療料~~
~~検査~~	→	~~造血器腫瘍遺伝子検査~~
~~ＨＰＶ核酸~~	→	~~ＨＰＶ核酸検出~~
~~込型心電図検査~~	→	~~植込型心電図検査~~
	→	~~脳磁図~~
~~画像診断管理加算~~	→	~~歯科画像診断管理加算１~~
~~透析液水質確保加算~~	→	~~透析液水質確保加算１~~
~~大王内耳込術~~	→	~~大王内耳植込術~~
~~経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）~~	→	~~経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるものに限る。）~~
~~埋込型心電図記録計移植術~~	→	~~植込型心電図記録計移植術~~
~~埋込型心電図記録計摘出術~~	→	~~植込型心電図記録計摘出術~~
~~込型除細動器移植術~~	→	~~植込型除細動器移植術~~
~~込型除細動器交換術~~	→	~~植込型除細動器交換術~~
~~両室ペーシング機能付き込型除細動器移植術~~	→	~~両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術~~
~~両室ペーシング機能付き込型除細動器交換術~~	→	~~両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術~~
~~込型補助人王心臓~~	→	~~植込型補助人王心臓（拍動流型）~~

別添１

特掲診療料の施設基準等

第１　ウイルス疾患指導料

１　ウイルス疾患指導料注２に規定する加算に関する施設基準

（１）　ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験を５年以上有する専任の医師が１名以上配置されていること。

（２）　ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験を２年以上有する専従の看護師が１名以上配置されていること。

（３）　ＨＩＶ感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が１名以上配置されていること。

（４）　社会福祉士又は精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（５）　プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

２　届出に関する事項

（１）　ウイルス疾患指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式１を用いること。

（２）　１の（１）及び（２）に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

（３）　１の（１）から（３）までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び１の（４）に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第１の２　悪性腫瘍特異物質治療管理料

１　悪性腫瘍特異物質治療管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成~~24~~年~~3~~月~~5~~日保医発~~0305~~第~~2~~号）別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の３　小児特定疾患カウンセリング料

１　小児特定疾患カウンセリング料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の４　小児科療養指導料

１　小児科療養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の５　外来栄養食事指導料

１　外来栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の６　入院栄養食事指導料

１　入院栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の７　集団栄養食事指導料

１　集団栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の８　心臓ペースメーカー指導管理料

１　植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（１）　区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術、区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術及び区分番号「Ｋ５９９－５」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）

（２）　区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２　届出に関する事項

植込型除細動器移行期加算の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の２を用いること。

第２　高度難聴指導管理料

１　高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の（１）又は（２）に該当する保険医療機関であること。

（１）　人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。

（２）　５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

２　届出に関する事項

（１）　高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式２を用いること。

（２）　１の（１）に該当する保険医療機関については、第61の人工内耳植込術の施設基準の届出をもって高度難聴指導管理料の施設基準の届出に代えることができる。

第３　喘息治療管理料

１　喘息治療管理料注２に規定する加算に関する施設基準

（１）　専任の看護師又は准看護師が常時１人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。

（２）　ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。

（３）　当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

（４）　保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

（１）　喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式３を用いること。

（２）　１の（１）から（３）までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

（３）　１の（４）の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第３の２　小児悪性腫瘍患者指導管理料

１　小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に

地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４　糖尿病合併症管理料

１　糖尿病合併症管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が１名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア　国及び医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ　糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ　糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ　通算して16時間以上のものであること。

（３）　保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

（１）　糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５を用いること。

（２）　１の（１）に掲げる医師及び（２）に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

（３）　１の（３）の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の２　がん性疼痛緩和指導管理料

１　がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

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

（１）　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

２　届出に関する事項

（１）　がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の２を用いること。

（２）　１に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第４の３　がん患者指導管理~~カウンセリング~~料

１　がん患者指導管理~~カウンセリング~~料１に関する施設基準

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

なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。

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

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

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

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要

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

（ハ）　がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践

（ニ）　がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ

（ト）　がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

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

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

２　がん患者指導管理料２に関する施設基準

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

（２）　（１）に掲げる医師は、１の（２）を満たすこと。

（３）　（１）に掲げる看護師は、１の（３）を満たすこと。

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

３　がん患者指導管理料３に関する施設基準

（１）　化学療法の経験を５年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ１名以上配置されていること。

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

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

4 ~~2~~　届出に関する事項

（1）　がん患者指導管理~~カウンセリング~~料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の３を用いること。

（2）　１の（2）に掲げる医師及び（3）に掲げる看護師、２の（2）に掲げる医師及び（3）に掲げる看護師、３の（2）に掲げる薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。

第４の４　外来緩和ケア管理料

１　外来緩和ケア管理料に関する施設基準

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

ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ　緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師

ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

ア　身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する医師

ウ　緩和ケアの経験を有する看護師

エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師

（2）　緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

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

（3）　（1）のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。

（4）　（1）のイに掲げる医師は、　３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。

（5）　（1）のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

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

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

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期

間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

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

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

（９）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(10)　当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(11)　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

２　届出に関する事項

（１）　外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の４を用いること。

（２）　外来緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第４の５　移植後患者指導管理料

（１）臓器移植後に関する施設基準

ア　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

（イ）　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師

①　腎臓移植領域10例以上

②　肝臓移植領域10例以上

③　①、②以外の臓器移植領域３例以上

（ロ）　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

（ハ）　免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ　アの~~ｲ(ロ)~~における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

（イ）　医療関係団体が主催するものであること。

（ロ）　移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

（ハ）　講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

ウ　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ　病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成~~24~~年~~３~~月~~５~~日保医発~~0305~~第~~２~~号）別添３の第１の１の（５）と同様であること。

（２）造血幹細胞移植後に関する施設基準

ア　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

（イ）　造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は７例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師

（ロ）　造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

（ハ）　免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ　アの~~ｲ(ロ)~~における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

（イ）　医療関係団体が主催するものであること。

（ロ）　移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

（ハ）　講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

ウ　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ　病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添３の第１の１の（５）と同様であること。

２　届出に関する事項

（１）　移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の５及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２を用いること。

（２）　毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２により届け出ること。

第４の６　糖尿病透析予防指導管理料

１　糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

ア　糖尿病指導の経験を有する専任の医師

イ　糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ　糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（２）　（１）のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（３）　（１）のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。

ア　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を２年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者

なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

①　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

②　糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

③　糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。

④　通算して10時間以上のものであること。

イ　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を５年以上有する者

（４）　（１）のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を２年以上有する者であること。

（５）　（１）のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（６）　（２）から（４）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（７）　（２）から（５）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

（８）　注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

ア　糖尿病指導の経験を有する医師（１の（２）を満たすこと。）

イ　糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師（看護師にあっては、１の（３）のアを満たすこと。保健師にあっては、１の（４）を満たすこと。）

ウ　糖尿病指導の経験を有する管理栄養士（１の（５）を満たすこと。）

（９~~８~~）　糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

（10~~９~~）　病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取

扱いについて」の別添３の第１の１の(５)と同様であること。

(10)　糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添２の様式５の７を用いて、地方厚生局（支）局長に報告していること。

２　届出に関する事項

（１）　糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の６及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２を用いること。

（２）　毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２により届け出ること。

（３）　１の(２)に掲げる医師、(３)又は(４)に掲げる看護師又は保健師及び(５)に掲げる管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。

第５　小児科外来診療料の届出に関する事項

小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式６を用いること。

第６　地域連携小児夜間・休日診療料

１　地域連携小児夜間・休日診療料１に関する施設基準

（１）　小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２）　夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ており、うち２名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

（３）　地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４）　緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

２　地域連携小児夜間・休日診療料２に関する施設基準

（１）　小児を24時間診療することができる体制を有していること。

（２）　専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ていること。

（３）　地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が６歳未満の小児を24時間診療することが周知されていること。

（４）　緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

３　届出に関する事項

（１）　地域連携小児夜間・休日診療料１及び２の施設基準~~及び院内トリアージ実施料の施設基準~~に係る届出は、別添２の様式７を用いること。

（２）　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規定等を記載すること。

（３）　２の(１)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第６の２　乳幼児育児栄養指導料

１　乳幼児育児栄養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の３　地域連携夜間・休日診療料

１　地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

（１）　救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２）　夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が２名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師ついては地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。

（３）　地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４）　緊急時に患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に入院できる体制が整備されていること。

（５）　当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。なお、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できる体制をとっていれば、当該保険医療機関と同一の敷地内にある別の保険医療機関の設備を用いても差し支えない。

２　届出に関する事項

（１）　地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の２を用いること。

（２）　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規定等を記載すること。

第６の４　院内トリアージ実施料

１　院内トリアージ実施料に関する施設基準

（１）　以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ　トリアージ分類

ウ　トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

（２）　患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

（３）　専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている

こと。

（４） 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添３の第１の１の(５)と同様であること。

２　届出に関する事項

（１） 院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の３及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２を用いること。

（２） 毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添７の様式13の２により届け出ること。

第６の５　夜間休日救急搬送医学管理料

１　夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

（１） 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）

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

ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

（２） 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

（３） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

２　届出に関する事項

夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の４を用いること。

第６の６　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料に関する施設基準

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていること。

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

２　届出に関する事項

外来リハビリテーション診療料に係る届出は、別添２の様式７の５を用いること。

第６の７　外来放射線照射診療料

１　外来放射線照射診療料に関する施設基準

（１）　放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。

（２）　専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ１名以上勤務していること。

（３）　放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上勤務していること。

（４）　合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

２　届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の６を用いること。

第６の８　地域包括診療料

１　地域包括診療料に関する施設基準

(１)から(７)までの基準をすべて満たしていること。

（１）　診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。

（２）　当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。ただし、平成27年３月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

（３）　健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

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

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

ア　当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

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

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

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

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

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

エ　担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発10

18001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年１回以上出席していること。

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

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

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

ク　担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

ケ　病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること

（７）　在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満していること。

ア　診療所の場合

（イ）　時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ロ）　常勤の医師が３名以上配置されていること。

（ハ）　在宅療養支援診療所であること。

イ　病院の場合

（イ）　医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第４に規定する病院群輪番制病院であること。

（ロ）　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。

（ハ）　在宅療養支援病院の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

地域包括診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の７を用いること。

第６の８　生活習慣病管理料

１　生活習慣病管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第７　ニコチン依存症管理料

１　ニコチン依存症管理料に関する施設基準

（１）　禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

（２） 禁煙治療の経験を有する医師が１名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。

（３） 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を１名以上配置していること。

（４） 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。

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

（６） ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち、喫煙を止めたものの割合等を、別添２の様式８の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２ 届出に関する事項

（１） ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式８を用いること。

（２） 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第８ 開放型病院共同指導料

１ 開放型病院共同指導料に関する施設基準

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

（２） 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該２次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録しているか、又は当該地域の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。

イ 当該２次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること、又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）

（３） 開放病床は概ね５床以上あること。

（４） 次の項目に関する届出前30日間の実績を有すること。

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

イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。

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

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

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

２ 届出に関する事項

（１） 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式９を用いること。

（２） 届出前30日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基

準の１の(４)のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。

（３） 開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規定等を記載すること。

（４） 登録医師又は歯科医師の名簿（登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。）を別添２の様式10を用いて提出すること。

（５） 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（開放病床が明示されていること。）を記載すること。

（６） 地域医療支援病院にあっては、上記(２)から(５)までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第９　在宅療養支援診療所

１　在宅療養支援診療所の施設基準

次の(１)から(３)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(１)又は(２)のいずれかに該当するものが、区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」特定施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

（１） 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ　別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内

容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

キ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

コ　当該診療所において、過去１年間の緊急の往診の実績を10~~5~~件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該診療所が過去６か月間に緊急の往診の実績を５件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

サ　当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４~~2~~件以上有していること。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該診療所が過去６か月間に在宅における看取りの実績を２件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

（２）　他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において、「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200未満のものに限る。）が、すべて、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第14の２の１~~（２）~~の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対し

て説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ　当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月１回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

キ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添２の様式11の４を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、１つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の緊急の往診の実績を10~~5~~件以上有~~すること~~し、かつ、当該診療所において４件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該診療所が過去６か月間に緊急の往診の実績を２件以上有し、かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を５件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

サ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４~~２~~件以上有し~~ていること~~、かつ、当該診療所において２件以上有すること。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援診療所の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該診療所が過去６か月間に在宅における看取りの実績を１件以上有し、かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を２件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

（３）　以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ウ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

オ　他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

カ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　往診料の加算等の適用

（１）　往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、１の（１）のオに規定する有床診療所、１の（２）のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している

場合をいう。

なお、１の（２）のオに規定する在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関において１つでも病床を有する保険医療機関が存在する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての保険医療機関が、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（２） 往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、１の（１）のオに規定する無床診療所、１の（２）のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合をいう。

（３） 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算の施設基準

１の（３）に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。

３ 届出に関する事項

１の（１）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式11及び様式11の３を用いること。１の（２）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式11及び様式11の４を用いること。１の（３）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式11を用いること。２の（３）の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添２の様式11、様式の11の３及び様式11の４を用いること。

第10 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）及び（Ⅱ）

１ 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に関する施設基準

（１） あらかじめ計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関と共有されていること。

（２） 計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年３回程度定期的に開催され、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

（３） 複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。

（４） 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第30条の４の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

（５） 計画管理病院における一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内であることの要件については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動である場合には、要件を満たすものであること。

２ 届出に関する事項

（１） 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は様式12の２に準じた様式を用いること。なお、届出に当たっては、計画管理病院において、地域連携診療計画退院時指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

（２） 計画管理病院及び連携する保険医療機関は、それぞれ、次に掲げる事項を毎年度地方厚生

（支）局長に報告すること。なお、報告に当たっては計画管理病院が連携する保険医療機関の分も併せて行うこと。

ア　計画管理病院

（イ）　対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数

（ロ）　対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数

（ハ）　(イ)及び(ロ)の患者に係る自院における平均在院日数

（ニ）　(イ)及び(ロ)の患者に係る地域連携診療計画に沿った平均総治療期間

（ホ）　(イ)及び(ロ)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数（連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。）及び連携する保険医療機関に転院した患者数

イ　連携する保険医療機関

（イ）　対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数

（ロ）　対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数

（ハ）　(イ)及び(ロ)の患者に係る自院における平均在院日数

（ニ）　(イ)及び(ロ)の患者のうち、退院した患者数

第11　ハイリスク妊産婦共同管理料

1　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準

（1）ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（2）　保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

2　届出に関する事項

（1）　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式13を用いること。

（2）　１の(2)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

3　都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体（各地域の産婦人科医会等）の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行っていれば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、１の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワーク名を院内に掲示すること。

4　ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

ア　治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

イ　妊娠30週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ） 前期破水を合併したもの

（ロ） 羊水過多症又は羊水過少症を合併したもの

（ハ） 経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満のもの

（ニ） 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ） 早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの

［早産指数（tocolysis index）］

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	－	－
破水	無	－	高位破水	－	低位破水
出血	無	有	－	－	－
子宮口の開大度	無	１㎝	２㎝	３㎝	４㎝以上

ウ　妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

第11の２　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

１　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

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

（２） 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１の１の(10)と同様であること。

２　がん治療連携計画策定料の施設基準

がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年３月１日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

３　届出に関する事項

（１） がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の２を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

（２） 計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添２の様式13の３を参考にすること。

（３） １の(２)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の３　がん治療連携管理料

１　がん治療連携管理料に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年３月１日健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

２　届出に関する事項

がん治療連携管理料の施設基準に係る届出は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添７の様式33を用いること。

第11の４　認知症専門診断管理料

１　認知症専門診断管理料に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成20年３月31日障発第0331009号）における認知症疾患医療センターであること。

２　届け出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の５を用いること。

第11の５　肝炎インターフェロン治療計画料

１　肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

（１）　肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

（２）　インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

（３）　肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

２　届け出に関する事項

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の６を用いること。

第12　薬剤管理指導料

１　薬剤管理指導料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。

（２）　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が１人以上配置されていること。

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

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

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

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

２　薬剤管理指導料の対象患者

（１）　薬剤管理指導料の「１」に掲げる「救命救急入院料等を算定している患者」とは、救命救

急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者をいう。

（２） 薬剤管理指導料の「２」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル及びシロスタゾール硫酸塩並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者をいう。

３　届出に関する事項

（１） 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式14を用いること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

（４） 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第12の２　医療機器安全管理料

１　医療機器安全管理料１に関する施設基準

（１） 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（２） 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

（３） 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。

（５） 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

２　医療機器安全管理料２に関する施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）並びに放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上いること。なお、当該医師については、区分番号Ｍ０００の注２に規定する放射線治療専任加算における医師との兼任は可能であるが、当該技術者については放射線治療専任加算における技術者との兼任はできないこと。

（２） 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

３　届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料２に準じて行うこと。

第13　歯科治療総合医療管理料

1　歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

（1）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア　常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。

イ　常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が１名以上配置されていること。

（2）　当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ　酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ　救急蘇生セット（薬剤を含む。）

（3）　緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2　届出に関する事項

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式17を用いること。

第14　在宅療養支援歯科診療所

1　在宅療養支援歯科診療所の施設基準

次~~以下~~の要件のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

（1）　歯科訪問診療料を算定している実績があること。

（2）　高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

（3）　歯科衛生士が配置されていること。

（4）　当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

（5）　当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。

（6）　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。

（7）　在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

（8）　年に１回、歯科訪問診療の回数等を別添２の様式18の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2　届出に関する事項

~~（1）~~　在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式18を用いること。

~~（２）　在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出を行う場合の研修に係る記載については、訪問歯科診療に係る診療実績が１年を超える保険医療機関の保険医に限り、医療関係団体等が主催した在宅歯科診療及び口腔機能の向上に係る研修を受講していることをもって足りるものとし、その旨が確認できる文書を添付すること。ただし、この場合であっても、１の(２)に規定するとおり、当該保険医は、地方自治体及び医療関係団体等が主催する高齢者の心身の特性、緊急時の対応及び高齢者の口腔機能の在り方（管理計画の立案等を含む。）を含む研修を速やかに追加して受講することとなるものであり、当該研修の受講後は、当該研修を受講したことが確認できる文書を添付して各地方厚生（支）局長に届け出ること。~~

第14の２　在宅療養支援病院

１　在宅療養支援病院の施設基準

次の(１)から(３)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、(１)又は(２)のいずれかに該当するものが、区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」特定施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

（１）　病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径４キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径４キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ　在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ　当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

エ　当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び（カ）に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

カ　当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エに規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク　訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ケ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

シ　当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を10~~5~~件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該病院が過去６か月間に緊急の往診の実績を５件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

ス　当該病院において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４~~2~~件以上有していること。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該病院が過去６か月間に在宅における看取りの実績を２件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

（２）　他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において、「在宅支援連携体制」という。）を構築している病院であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該病院を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200未満のものに限る。）が、すべて、診療所にあっては第９の１~~イ(２)~~の要件、病院にあっては以下の要件を満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているも

のである。

ア　許可病床数が200床未満の病院であること。

イ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

　なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

エ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

カ　当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

　なお、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月１回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

ケ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

　また、当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別途、別添２の様式11の４を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、１つの保険医療

機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

シ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の緊急の往診の実績を10~~5~~件以上有し、~~すること。~~かつ、当該病院において４件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該病院が過去６か月間に緊急の往診の実績を２件以上有し、かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を５件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

ス　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４~~２~~件以上有し、~~そいること。~~かつ、当該病院において２件以上有すること。

当該基準については、平成26年３月31日において現に在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関に限り、平成26年９月30日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。また、平成26年９月30日において当該病院が過去６か月間に在宅における看取りの実績を１件以上有し、かつ、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて当該実績を２件以上有している場合は、平成27年３月31日まで当該基準を満たしているものとして取り扱う。

（３）　以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径４キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径４キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ　当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ　当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「オ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

エ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

オ　当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

カ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

キ　訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ク　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ケ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

コ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　往診料の加算等の適用

（１）　１の（１）及び（２）に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（２）　往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算の施設基準については、１の（３）に規定する在宅療養支援病院であって、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していることとする。

３　届出に関する事項

１の（１）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２及び様式11の３を用いること。１の（２）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２及び様式11の４を用いること。１の（３）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２を用いること。２の（２）の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添２の様式の11の２及び様式11の４を用いること。

第14の３　在宅患者歯科治療総合医療管理料

１　在宅患者歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

（１）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア　常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。

イ　常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が１名以上配置されていること。

（２）　当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ　酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ　救急蘇生セット（薬剤を含む。）

（３） 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２ 届出に関する事項

在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

１ 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

（１） 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

（２） 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

（３） 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

２ 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式19を用いること。

第16 在宅がん医療総合診療料

１ 在宅がん医療総合診療料に関する施設基準

（１） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。

（２） 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。

（３） 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。

（４） 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

（５） 上記(３)における訪問看護及び(４)については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

２ 届出に関する事項

（１） 在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式20を用いること。

（２） 当該保険医療機関において主として在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載すること。

（３） 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。

（４） 悪性腫瘍患者の過去１か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。

ア 入院患者数（延べ患者数）

イ 外来患者数（延べ患者数）

ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）

第16の２　在宅訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

１　在宅訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア又は褥瘡ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

（１）　緩和ケアに係る専門の研修

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

（ヌ）　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（２）　褥瘡ケアに係る専門の研修

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる通算して６か月程度の研修

イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

２　届出に関する事項

在宅訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に係る届出は、別添２の様式20の３を用いること。

第16の３　在宅療養後方支援病院

１　在宅療養後方支援病院の施設基準

（１）　許可病床数が200床以上の病院であること。

（２）　在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）と連携していること。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。

（３）　連携医療機関の求めに応じて24時間入院希望患者（連携医療機関が訪問診療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添２の様式20の６又はこれ

に準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出た患者をいう。）の診療が可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っていること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい）。なお、入院希望患者が届け出た文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合については、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は１病院につき１患者を想定したものであり、１人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

（４）　当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。

（５）　連携医療機関との間で、３月に１回以上患者の診療情報の交換をしていること。なお、その際、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料は算定できない。また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、（３）の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

（６）　（５）に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

（７）　年に１回、在宅療養患者の受入状況等を別添２の様式20の５をもちいて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の４及び様式20の５を用いること。

第16の４　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

１　在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に以下の３名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。

ア　常勤の医師

イ　保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ　常勤の管理栄養士（診療所にあっては、非常勤の管理栄養士でもよい。）

ただし、ア及びウについては、常勤職員（診療所の管理栄養士を除く。）であること。また、当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を（２）に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該管理栄養士及び当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

（２）　在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか１名以上については、以

下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。ただし、イに掲げる所定の研修については、平成26年９月30日までは、当該規定を満たしているものとする。

ア　５年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について１年以上の経験を有する者

イ　在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあっては、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される他の保険医療機関等の褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

（３）（２）のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした６時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告５事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア　管理の基本

イ　褥瘡の概要

ウ　褥瘡の予防方法

エ　褥瘡の治療

オ　発生後の褥瘡ケア

カ　在宅褥瘡医療の推進

また、（２）の在宅褥瘡管理者について、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

２　届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の７を用いること。なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。また、毎年７月において、前年における実績を別添２の様式20の８により届け出ること。

なお、１の（２）の在宅褥瘡管理者については、平成26年９月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなすものであること。

第16の~~９~~５　在宅血液透析指導管理料

１　在宅血液透析指導管理料の施設基準

（１）　在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。

（２）　当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。

（３） 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

２ 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式20の２を用いること。

第16の６ 持続血糖測定器加算

１ 持続血糖測定器加算に関する施設基準

（１） 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（２） 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の５を用いること。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

１ 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

（１） 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。

ア 歯科点数表区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。

① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。

② 在宅歯科医療の調整担当者を１名以上配置していること。

③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。

（３） 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添２の様式21の２又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

（４） 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添２の様式21の２及び様式21の３又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

２ 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添２の様式21を用いること。

第17の２ 在宅かかりつけ歯科診療所加算

１ 在宅かかりつけ歯科診療所加算に関する施設基準

（１） 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が５人以上であり、そのうち８割以上が歯科訪問診療１を算定していること。

２　届出に関する事項

在宅かかりつけ歯科診療所加算に係る届出は、別添２の様式21の４を用いること。

第18　造血器腫瘍遺伝子検査

１　造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

造血器腫瘍遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式22を用いること。

第18の２　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

１　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）に関する施設基準

（１）　産婦人科の経験を５年以上有している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

２　届出に関する事項

ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準に係る届出は、別添２の様式22の２及び様式４を用いること。

第19　検体検査管理加算(Ⅰ)

１　検体検査管理加算(Ⅰ)に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(３)から(６)までのすべてを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式22を用いること。（「１　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名」を除く。）

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第19の２　検体検査管理加算(Ⅱ)

１　検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準

（１）　臨床検査を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

（２）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(３)から(６)までのすべてを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式22を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20　検体検査管理加算(Ⅲ)

１　検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準

（１） 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が４名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（２） 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(２)から(６)までのすべてを満たしていること。

２ 届出に関する事項

（１） 検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式22を用いること。

（２） 「３ 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20の２ 検体検査管理加算(Ⅳ)

１ 検体検査管理加算（Ⅳ）に関する施設基準

（１） 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（２） 院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと。

（３） 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査

イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、血液ガス分析

ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、Ｃｏｏｍｂｓ試験（直接、間接）

エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のものに限る。）

（４） 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

（５） 外部の精度管理事業に参加していること。

（６） 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式22を用いること。

（２） 「３ 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第21 遺伝カウンセリング加算

１ 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

（１）　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　遺伝カウンセリングを年間合計20例以上実施していること。

２　届出に関する事項

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添２の様式23を用いること。

第22　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

１　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

（１）　循環器科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式24を用いること。

第22の２　植込型心電図検査

１　植込型心電図検査に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（１）　区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術

（２）　区分番号「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術

（３）　区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術

（４）　区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２　届出に関する事項

植込型心電図検査の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の２を用いること。

第22の３　時間内歩行試験

１　時間内歩行試験に関する施設基準

（１）　当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を５年以上有する常勤の医師が1名以上~~勤務し~~配置されていること。

（２）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

（３）　次に掲げる緊急の検査又は画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。

ア　生化学的検査のうち、血液ガス分析

イ　画像診断のうち、単純撮影（胸部）

２　届出に関する事項

時間内歩行試験の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の６を用いること。

第22の４　胎児心エコー法

１　胎児心エコー法に関する施設基準

（１）　循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の３及び様式４を用いること。

第22の５　ヘッドアップティルト試験

１　ヘッドアップティルト試験に関する施設基準

（１）　当該検査の経験を有し、神経内科、~~又は~~循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を５年以上有する常勤の医師が勤務していること。

（２）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の７を用いること。

第23　人工膵臓

１　人工膵臓に関する施設基準

（１）　~~人工膵臓を行う専用の室を備えているとともに、~~患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を敷いていること。

（２）　担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師~~専門医~~が２名以上~~並びに少なくとも15年以上の経験を有する常勤の指導医が１名以上~~配置されていること。

（３）　人工膵臓を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

（４）　100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

（５）　入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

（６）　前記各項でいう「常時」とは、勤務様態の如何にかかわらず、午前０時より午後12時までの間のことである。

（７） 医療法第30条の３第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査~~手術~~に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 人工膵臓の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の４を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） ~~当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。~~

~~（４）~~当該地域における必要性を記載すること。（理由書）

第23の２ 皮下連続式グルコース測定

１ 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

（１） 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（２） 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の５を用いること。

第24 長期継続頭蓋内脳波検査

１ 長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

（１） 脳神経外科を標榜している病院であること。

（２） 脳神経外科の常勤医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式25を用いること。

第25 ~~光トポグラフィー及び~~中枢神経磁気刺激による誘発筋電図

１ ~~光トポグラフィー及び~~中枢神経磁気刺激による誘発筋電図に関する施設基準

施設共同利用率について別添２の様式26に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。

２ 届出に関する事項

~~光トポグラフィー及び~~中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添２の様式26を用いること。

第25の２ 光トポグラフィー

１ 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準

（１） 精神科又は心療内科及び神経内科又は脳神経外科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 当該療法に習熟した医師の指導の下に、当該療法を５例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医が２名以上勤務していること。

（３） 神経内科又は脳神経外科において、常勤の医師が配置されていること。

（４） 常勤の臨床検査技師が配置されていること。

（５） 当該療養に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（６） 精神科電気痙攣療法(マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行うものに限る。）を年間５例以上実施していること。

（７） 国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を終了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（８） 当該療法の実施状況を別添２の様式26の３により毎年地方厚生局長等に報告していること。

２ 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準

施設共同利用率について別添２の様式26の２に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。

３ 届出に関する事項

光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添２の様式26の２を用いること。

第26 脳磁図

１ 脳磁図に関する施設基準

（１） 脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

２ 届出に関する事項

脳磁図の施設基準に係る届出は、別添２の様式27を用いること。

第26の２ 神経学的検査

１ 神経学的検査に関する施設基準

（１） 神経内科、脳神経外科又は~~神経~~小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科、脳神経外科又は~~神経~~小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式28を用いること。

第27 補聴器適合検査

１ 補聴器適合検査に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。

ア 音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置（スピーカー法による聴覚検査が可能なオージオメータ等）

イ 騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置

ウ 補聴器周波数特性測定装置

２ 届出に関する事項

補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式29又はそれに準ずる様式を用いること。

第27の２ ロービジョン検査判断料

1　ロービジョン検査判断料に関する施設基準

眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式29の２に準ずる様式を用いること。

第28　コンタクトレンズ検査料

1　コンタクトレンズ検査料に関する施設基準

（1）　コンタクトレンズ検査料１又は２に関する施設基準

次の基準を満たしていること。

ア　次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、保険医療機関の外来受付（複数診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科の外来受付）及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していること。

①　初診料及び再診料（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあっては外来診療料）の点数

当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨

②　当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数

当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療経験

③　以上の項目について、患者の求めがあった場合には、説明を行う旨

イ　アについて、患者の求めがあった場合には説明を行っていること。

（2）　コンタクトレンズ検査料１に関する施設基準

次のうちいずれかの基準を満たしていること。

ア　コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用の場合を含む。以下同じ。）に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が３割未満であること。

イ　コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が４割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師（眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。）が配置されていること。

２　届出に関する事項

コンタクトレンズ検査料１の施設基準に係る届出は、別添２の様式30を用いること。

第29　小児食物アレルギー負荷検査

１　小児食物アレルギー負荷検査に関する施設基準

（１）　小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

（１）　小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式31を用いること。

（２）　小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験がわかるものを添付すること。

第29の２　内服・点滴誘発試験

１　内服・点滴誘発試験に関する施設基準

（１）　皮膚科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　薬疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

（１）　内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の２を用いること。

（２）　皮膚科を担当する医師の薬疹の診断及び治療の経験がわかるものを添付すること。

第29の３　センチネルリンパ節生検

１　センチネルリンパ節生検に関する施設基準

（１）　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「２　単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

センチネルリンパ節生検の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の３を用いること。

第29の４　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算

1　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

（1）　区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の「１」ＣＴ撮影の「イ」64~~6 4~~列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16~~1 6~~列以上64~~6 4~~列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準のいずれかを現に届け出ていること。

（2）　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

（3）　診療放射線技師が配置されていること。

2　届出に関する事項

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第30　画像診断管理加算

1　画像診断管理加算１に関する施設基準

（1）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項をすべて含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師~~、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）~~に限る。）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（3）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（4）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

2　画像診断管理加算２に関する施設基準

（1）　放射線科を標榜している病院であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項をすべて含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師~~専門医~~に限る。）が１名以上配置されていること。

（3）　当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（4）　当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（5）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（6）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

3　届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添２の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算１の施設基準の届出については、画像診断管理加算２の届出をもってこれに代えることができ

る。

第31　歯科画像診断管理加算

1　歯科画像診断管理加算１に関する施設基準

（1）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（3）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（4）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

2　歯科画像診断管理加算２に関する施設基準

（1）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（3）　当該保険医療機関において実施されるすべての歯科用３次元エックス線断層撮影について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（4）　当該保険医療機関における歯科用３次元エックス線断層撮影診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。

（5）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（6）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

3　届出に関する事項

歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添２の様式33を用いること。

第32　遠隔画像診断

1　遠隔画像診断に関する施設基準

（1）　送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有して~~いること。~~おり、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。

（2）　受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準をすべて満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。

ア　画像診断管理加算１又は画像診断管理加算２に関する施設基準を満たすこと。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

2　届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式34又は様式35を用いること。なお、届出

については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第33　ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影

1　ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

（1）　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いること。

（2）　診断撮影機器ごとに、ＰＥＴ製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いること。

2　該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準

ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添２の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること（ただし、特定機能病院、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年３月１日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第93号）第４条第１項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。）。

3　届出に関する事項

ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式36を用いること。

第34　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影

1　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に関する施設基準

（1）　64列以上、16列以上64列未満若しくは４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上若しくは1.5テスラ以上３テスラ未満のＭＲＩ装置のいずれかを有していること。

（2）　64列以上のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、画像診断管理加算２に関する施設基準の届出を行っていること。

（3）　64列以上のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、ＣＴ撮影に係る部門又はＭＲＩ撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が１名以上勤務していること。

2　届出に関する事項

（1）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式37を用いること。

（2）　当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（ＭＲＩの場合）を記載すること。

（3）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、ＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

第35　冠動脈ＣＴ撮影加算

１　冠動脈ＣＴ撮影加算に関する施設基準

（１）　64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２に関する施設基準を満たすこと。

２　届出に関する事項

冠動脈ＣＴ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第35の２　外傷全身ＣＴ加算

１　外傷全身ＣＴ加算に関する施設基準

（１）　救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。

（２）　64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。

（３）　画像診断管理加算２に関する施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

外傷全身ＣＴ加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第35の３　大腸ＣＴ撮影加算

１　大腸ＣＴ撮影加算に関する施設基準

区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の１「ＣＴ撮影」の「イ」６４列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」１６列以上６４列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を現に届け出ていること。

２　届出に関する事項

大腸ＣＴ撮影加算に係る施設基準は、別添様式２の様式38を用いること。

第36　心臓ＭＲＩ撮影加算

１　心臓ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２に関する施設基準を満たすこと。

２　届出に関する事項

心臓ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の２　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

１　抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

（１）　許可病床数が200床以上の病院であること。

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

２　届出に関する事項

（１）　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の２を用いること。

（２）　１の(２)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第37　外来化学療法加算

1　外来化学療法加算１に関する施設基準

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

（2）　化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

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

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

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

（6）　実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

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

2　外来化学療法加算２に関する施設基準

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

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

（3）　当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

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

（5）　外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算２の届出を行うことができる。

3　届出に関する事項

（1）　外来化学療法加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式39を用いること。

（2）　当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

第37の２　無菌製剤処理料

1　無菌製剤処理料に関する施設基準

（1）　２名以上の常勤の薬剤師がいること。

（２） 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で５平方メートル以上）を有していること。なお、内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。

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

２ 無菌製剤処理料の対象患者

（１） 無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

（２） 無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

３ 届出に関する事項

（１） 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式40を用いること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

（３） 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）

１ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（１） 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。

（２） 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて２名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看

護師のいずれか一方が２名以上勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、２名のうち１名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。

（３）　専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

ア　酸素供給装置

イ　除細動器

ウ　心電図モニター装置

エ　トレッドミル又はエルゴメータ

オ　血圧計

カ　救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８~~７~~）　届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を

行うことができる体制が確保されていること。

（9 ~~8~~） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

3　届出に関する事項

（1） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式41を用いること。

（2） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（3） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第39　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

1　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（1） 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が１名以上勤務していること。

（2） 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか１名以上が勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、専従者については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。

（3） 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で、30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で、20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

（４）（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~） 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

ア　酸素供給装置

イ　除細動器

ウ　心電図モニター装置

エ　トレッドミル又はエルゴメータ

オ　血圧計

カ　救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

（６~~５~~） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８~~７~~） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

（９~~８~~） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　届出に関する事項

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式41を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師及び理学療法士、作業療法士又は看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）

１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が２名以上勤務していること。ただし、そのうち１名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。

（２） 次のアからエまでをすべて満たしていること。

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

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

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。

エ　アからウまでの専従の従事者が合せて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

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

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

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

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

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

イ　専従の常勤言語聴覚士が３名以上勤務していること。

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

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

（６）　（３）及び（５）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）及び（５）の内法の規定を満たしているものとする。

（７~~６~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（８~~７~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（９~~８~~）　年に１回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添２の様式42の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　「注５」に規定する施設基準

過去１年間に介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーションを実施していること。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４）　「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第40の２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）

１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（１）当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２）　次のアからエまでをすべて満たしていること。

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

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

ション料における常勤作業療法士との兼任は可能である。

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて４名以上勤務していること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

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

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。　歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備　等

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８~~７~~）　年に１回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添２の様式42の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　「注５」に規定する施設基準

第40の３と同様であること。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） 「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

１ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（１） 専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２） 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料~~、~~における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合にあっては、集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

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

（４） （３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~） 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。

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

と。

（６ ~~５~~） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７ ~~６~~） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

~~（~~（８ ~~７~~） 年に１回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添２の様式42の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３ 「注５」に規定する施設基準

第40の３と同様であること。

４ ~~３~~ 届出に関する事項

（１） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） 「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第42 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を３年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。

（２） 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて４名以上勤務していること。なお、当該専従の従事者は、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーシ

ョン、障害児~~(~~（者）~~)~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児~~(~~（者）~~)~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４）（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　「注５」に規定する施設基準

第40の３と同様であること。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４）　「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第42の２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）

１　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を３年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。

（２）　次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リ

ハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

ア　専従の常勤理学療法士が２名以上勤務していること。

イ　専従の常勤作業療法士が２名以上勤務していること。

ウ　専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合せて２名以上勤務していること。

また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。

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

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　「注５」に規定する施設基準

第40の３と同様であること。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出

すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４）　「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第43　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

１　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２）　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　「注５」に規定する施設基準

第40の３と同様であること。

４~~３~~　届出に関する事項

（１）　運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） 「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式42の３を用いること。

第44 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）

１ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２） 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士１名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士１名については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

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

（４） （３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~） 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。

呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

（６~~５~~） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　届出に関する事項

（１）　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）

１　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２）　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

（６~~５~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７~~６~~）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。

３　届出に関する事項

（１）　呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45の２　摂食機能療法

１　経口摂取回復促進加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、摂食機能療法とその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なっている場合であっても、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることはできない。

（２）　以下のいずれかに該当する患者の数が合わせて年間２名以上であること

ア　新たに他の保険医療機関等から紹介された患者で、胃瘻を造設している患者

イ　当該保険医療機関で新たに胃瘻を造設した患者

（３）　経口摂取以外の栄養法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の３割５分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

ア　他の保険医療機関等から紹介された患者で、かつ、鼻腔栄養を実施している者又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者

イ　当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者

（４）　以下のいずれかに該当する患者は、(３)の合計数には含まないものとする。ただし、エからカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から１年を経過していない場合は、(３)の合計数に含むものとする。

ア　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

イ　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者

ウ　(３)アに該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以上が経過している患者

エ　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

オ　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

カ　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

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

（６）　（３）のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（（４）のアからキまでのいずれかに該当する患者を含む。）について、氏名、鼻腔栄養導入・胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、鼻腔栄養導入、胃瘻造設、又は他の保険医療機関から紹介された日を起算日として、少なくとも５年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

（７）　（３）のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（（４）のアからキまでのいずれかに該当する患者を除く。）について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。

（８）　（３）の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、以下の状態をいう。

ア　鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態

イ　胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態

（９）　栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、（８）の条件を満たすこと。

２　届出に関する事項

（１）　経口摂取回復促進加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の４及び43の５を用いること。

（２）　当該治療に従事する言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

第46　難病患者リハビリテーション料

１　難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。

（２）　専従する２名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が１名以上であり、かつ、看護師が１名以上）が勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。

（３）　取り扱う患者数は、従事者１人につき１日20人を限度とすること。

（４）　難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とすること。なお、専用の機能訓練室には疾

患別リハビリテーション又は障害児~~（~~（者）~~）~~リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。

（５）（４）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（４）の内法の規定を満たしているものとする。

（６~~５~~）　当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア　訓練マットとその付属品

イ　姿勢矯正用鏡

ウ　車椅子

エ　各種杖

オ　各種測定用器具（角度計、握力計等）

２　届出に関する事項

（１）　難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47　障害児（者）リハビリテーション料

１　障害児（者）リハビリテーション料に関する施設基準

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

ア　児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２に規定する指定医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね８割であることの要件については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）

（２）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（３）　ア又はイのいずれかに該当していること。

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

イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか１名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師１名以上が合わせて２名以上が勤務していること。

ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリ

テーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。

（４） 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。

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

（６）（５）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（５）の内法の規定を満たしているものとする。

（７~~６~~） 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア 訓練マットとその付属品

イ 姿勢矯正用鏡

ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

（８~~７~~） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

（９~~８~~） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の２ がん患者リハビリテーション料

１ がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことを~~言~~いう。

ア　リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。

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

（イ）「がんのリハビリテーション研修」（厚生労働省委託事業）その他関係団体が主催するものであること。

（ロ）研修期間は通算して14時間程度のものであること。

（ハ）研修内容に以下の内容を含むこと。

（ａ）がんのリハビリテーションの概要

（ｂ）周術期リハビリテーションについて

（ｃ）化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて

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

（ｅ）がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

（ｆ）進行癌患者に対するリハビリテーションについて

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

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

（２）当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が２名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、（１）のイに規定する研修を修了した者のことをいう。

（３）治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で100平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児~~（~~者~~）~~リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４）（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）当該療法を行うために必要な施設及び機械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

２　届出に関する事項

（１）がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の２を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。なお、当該従事者ががん患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の３　認知症患者リハビリテーション料

１　認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１）　認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

ア　認知症患者の診療の経験を５年以上有する者

イ　認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者

なお、適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。

（イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（６時間以上の研修期間であるもの）。

（ロ）　認知症患者のリハビリテーションについて専門的な知識・技能を有する医師の養成を目的とした研修であること。

（ハ）　講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（ａ）　認知症医療の方向性

（ｂ）　認知症のリハビリテーションの概要

（ｃ）　認知症の非薬物療法について

（ｄ）　認知症の鑑別と適する非薬物療法

（ｅ）　認知症の生活機能障害の特徴とリハビリテーション

（ｆ）　進行期認知症のリハビリテーションの考え方

（ニ）　ワークショップや，実際の認知症患者へのリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

（２）　専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。なお、当該保険医療機関において、認知症患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（４）　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

（５）　認知症疾患医療センターとは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年７

月４日老発0704第１号老健局長通知）における、基幹型センター及び地域型センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

（１）　認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の３を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。なお、当該従事者が認知症患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の~~３~~４　集団コミュニケーション療法料

１　集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

（１）　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２）　専従する常勤言語聴覚士が１名以上勤務すること。

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

ア　専用の療法室

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

イ　必要な器械・器具（主なもの）

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

（４）　（３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

２　届出に関する事項

（１）　集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の５　歯科口腔リハビリテーション料２

１　歯科口腔リハビリテーション料２に関する施設基準

（１）　歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３

年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

２　届出に関する事項

歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の４を用いること。

第48　認知療法・認知行動療法

１　認知療法・認知行動療法１に関する施設基準

（１） 精神科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が１名以上勤務していること。

２　認知療法・認知行動療法２に関する施設基準

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。

３　届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の３を用いること。

第48の２　精神科作業療法

１　精神科作業療法に関する施設基準

（１） 作業療法士は、専従者として最低１人が必要であること。

（２） 患者数は、作業療法士１人に対しては、１日50人を標準とすること。

（３） 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士１人に対して50平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（４） （３）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科作業療法の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５~~４~~） 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

（６~~５~~） 精神病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料をく。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。

２　届出に関する事項

（１）　精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式45を用いること。

（２）　当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第49　精神科ショート・ケア「大規模なもの」

１　精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア　精神科の医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、臨床心理技術者、精神保健福祉士のいずれか１人を含む。）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１回50人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１回70人を限度とすること。

（２）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（３）（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４~~３~~）　（１）で規定する従事者が共同して、別添２の様式46の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

２　届出に関する事項

（１）　精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第50　精神科ショート・ケア「小規模なもの」

１　精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科医師及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか１人）の２人で構成される場合には、患者数は、当該従事者２人に対し

ては１回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

（２）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ30平方メートル以上とし、患者１人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（３）　（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

（１）　精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第51　精神科デイ・ケア「大規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、臨床心理技術者、精神保健福祉士の１人）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１日50人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１日70人を限度とすること。

（２）　精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は内法による測定で4.0平方メートルを標準とすること。

（３）　（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４~~３~~）　（１）で規定する従事者が共同して、別添２の様式46の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

（５～~~４~~）　なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第52　精神科デイ・ケア「小規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか１人、看護師１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては１日30人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

（２）　精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とするものであること。

（３）　（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４～~~３~~）　なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第53　精神科ナイト・ケア

１　精神科ナイト・ケアに関する施設基準

（１）　精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は精

神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては、１日20人を限度とすること。

（２） 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。

（３） （２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科ナイト・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４~~３~~） なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

２ 届出に関する事項

（１） 精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54 精神科デイ・ナイト・ケア

１ 精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

（１） 精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか１人）の３人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者３人に対して１日30人を限度とすること。

イ 精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は准看護師のいずれか１人及び精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日50人を限度とすること。

ウ イに規定する４人に、イに規定する精神科医師以外の従事者２人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者６人に対して１日70人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか１人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が２人を超えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、１名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

（２） 精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精

神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

（３）（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式46を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54の２　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　副作用に対応できる体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式46の３を用いること。

第55　重度認知症患者デイ・ケア料

１　重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

（１）　重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日25人を限度とする。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に加えて、精神科医師１人及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか１人）の８人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者８人に対し１日50人を限度とする。

ウ　夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する４人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者１人を加えて、５人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者５人に対し１日25人を限度とする。

エ　夜間ケアを実施する当たっては、イに規定する８人に、イに規定する精神科医師外の専従の従事者２人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し１日50人を限度とする。

（２）　重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを基準とすること。

（３）　（２）の内法の規定の適用については、平成27年４月１日からとすること。また、平成26年３月31日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４~~３~~）　重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

２　届出に関する事項

（１）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添２の様式47を用いること。

（２）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第55の２　精神科重症患者早期集中支援管理料

１　精神科重症患者早期集中支援管理料に関する施設基準

（１）　以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア　当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ　当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、精神科重症患者早期集中支援管理料１（特別の関係にある訪問看護ステーションと連携する場合に限る。）精神科重症患者早期集中支援管理料２を算定する保険医療機関においては、必要に応じて連携する訪問看護ステーションによる精神科訪問看護を行うことができる体制を有すればよいものとする。

ウ　往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下の要件をすべて満たしていること。

ア　精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添４の第17の２の（３）のイと同様であること。

イ　都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)のいずれかについて、合計して年６回以上行っていること。

(イ)　時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む）に協力していること。

(ロ)　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診察を行うこと。）

(ハ)　所属する当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ　標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

(イ)　区分番号「Ａ００１」再診料の注９に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。

(ロ)　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

２　届出に関する事項

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式47の２を用いること。

第56　医療保護入院等診療料

１　医療保護入院等診療料に関する施設基準

（１）　常勤の精神保健指定医が１名以上配置されていること。

（２）　行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア　行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。

イ　措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ　当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施。

２　届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添２の様式48を用いること。

第56の２　医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

１　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１を算定する診療科を届け出ていること。

２　次のいずれかを満たしていること。

（１）　「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の確保について」（平成22年１月26日医政発0126第１号）の別添２「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

（２）　「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成８年５月10日健政発第435号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

（３）　年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院であること。

（４）　全身麻酔による手術の患者数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

３　緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成８年５月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

（１）　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

（２）　意識障害又は昏睡

（３）　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

（４）　急性薬物中毒

（５）　ショック

（６）　重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

（７）　広範囲熱傷

（８）　外傷、破傷風等で重篤な状態

（９）　緊急手術を必要とする状態

(10)　その他、(１)から(９)に準ずるような重篤な状態

４　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

（１）　当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

（２）　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

（３）　特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務

の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

（４）（２）に規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

（５） 当該計画には以下の項目を含むこと。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容

イ　予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮等

（６） 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。

ア　医師事務作業補助者の配置

イ　短時間正規雇用医師の活用

ウ　地域の他の保険医療機関との連携体制

エ　外来縮小の取り組み（ただし、特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）では、必ず本項目を計画に含むこと。）

５　静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、次のいずれも実施していること。

（１） 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。

ア　教育的観点から、臨床研修の責任者が必要と予め認める場合であって、臨床研修１年目の医師が実施する場合。（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）

イ　医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合。（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）

ウ　新生児に対して実施する場合。

（２） 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時１名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。

６　当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。

（１） 年間の当直表（病院全体の当直の実績が分かるもの）及び当該加算を算定している全ての診療科における予定手術に係る術者、第一助手の実績一覧及び緊急呼び出し当番表（勤務実績が分かるもの）を少なくとも５年間保管していること。ただし、平成26年３月31日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

（２） 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼び出し当番（以下、「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年１月から 12 月までのものを作成し、少なくとも５年間保管していること。ただし、平成 26 年３月 31 日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

（３） （２）の当直等を行った日が年間12日以内であること。ただし、緊急呼び出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、当該日数には数えない。

７ 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

（１） 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア 当該診療科に常勤の医師が３名以上配置されていること。

イ 夜勤時間帯において、１名以上の医師が勤務していること。

ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

エ 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者１名につき、４時間以上の休憩を確保すること。

オ 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼び出し当番を担う医師を置かなくても差し支えない。ただし、同時に２列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に２列以上の手術を行う場合、手術を行う医師（夜勤を行っている医師を除く。）は、６(２)における当直等を行っている者には数えない。

カ 交代勤務の勤務実績を少なくとも５年間保管していること。また、６(１)に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるもの）を作成し、少なくとも５年間保管していること。ただし、平成 26 年３月 31 日以前のものについては、これらを保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

キ 交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生局長等に報告していること。

（２） チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師５名毎（端数は切り上げる。）に１名の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼び出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと。（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼び出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただ

し、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

オ　６（１）に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるもの）及び緊急呼び出しを実施した実績一覧（実際に保険医療機関内で診療を行ったもの全てを含むこと。また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること）を作成し、少なくとも５年間保管していること。ただし、平成 26 年３月 31 日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

カ　緊急呼び出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生局長等に報告していること。

（３）　医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生局長等に届け出ていること。ただし、平成27年３月31日までの間は、ア又はイのいずれかを実施しており、その内容を届け出ている場合は、就業規則の写しを届け出ているかにかかわらず算定できる。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼び出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼び出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼び出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、６（２）における当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、４の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

ア　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が 1,000 点以上の処置に限る。）を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

イ　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

８　「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後 10 時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間の間において、現に勤務することを言う。

９　届出に関する事項

（１）　施設基準の届出は別添２の様式48の２、48の３、48の４及び48の５を用いること。また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添７の様式13の２により届け出ること。

（２）　静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第57　エタノールの局所注入

１　甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（１）　甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（２） カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

２　副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（１） 副甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（２） カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

３　届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添２の様式49又は様式49の２を用いること。

第57の２　透析液水質確保加算

１　透析液水質確保加算１の施設基準

（１） 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

（２） 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

２　透析液水質確保加算２の施設基準

（１） 月１回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。

（２） 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

３　届出に関する事項

透析液水質確保加算１及び２の施設基準に係る届出は別添２の様式49の３を用いること。また、透析機器安全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。

第57の３　磁気による膀胱等刺激法の施設基準

１　磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準

５年以上の泌尿器科の経験又は５年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

（１） 磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準に係る届出は別添２の様式49の４を用いること。

（２） 泌尿器科又は産婦人科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第57の４~~３~~　一酸化窒素吸入療法

１　一酸化窒素吸入療法に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出については、別添２の様式49の５~~４~~を用いること。

第57の５~~４~~　う蝕歯無痛的窩洞形成加算

１　う蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３~~５~~年以上の経験を有する歯科医師が１名以上い

ること。

（２） 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添２の様式50を用いること。

第57の６ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠

１ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠に関する施設基準

（１） 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、歯科技工士を配置していない場合は、歯科技工所との連携が図られていること。

（３） 保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

２ 届出に関する事項

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の２を用いること。

第57の７~~５~~ 歯科技工加算

１ 歯科技工加算に関する施設基準

（１） 常勤の歯科技工士を配置していること。

（２） 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。

（３） 歯科技工に必要な機器を有していること。

（４） 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

２ 届出に関する事項

歯科技工加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の３~~２~~を用いること。

第57の８~~６~~ 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

１ 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準

（１） 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の４~~３~~及び様式52を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第57の９　組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）

１　組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）に関する施設基準

（１） 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師、若しくは、その指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（２） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３） 一次再建の場合は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が配置されており、連携して手術を行うこと。

（４） 二次再建の場合は形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の５を用いること。

第57の10　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）

１　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）に関する施設基準

次のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。

（１） ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていること。

（２） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていること。

（３） 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること又は大学病院本院であること。

（４） 整形外科の経験を５年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であって、所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。なお、当該研修は次の内容を含むものであること。

ア　当該材料の適応に関する事項

イ　変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

ウ　軟骨採取法に関する事項

エ　周術期管理に関する事項

オ　合併症への対策に関する事項

カ　リハビリテーションに関する事項

キ　全例調査方法に関する事項

ク　手術方法に関する事項（当該材料に類似した人工物を用いた手技を含む。）

２　届出に関する事項

（１）　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の６及び様式52を用いること。

（２）　整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第58　腫瘍脊椎骨全摘術

１　腫瘍脊椎骨全摘術

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が２名以上配置されていること。

（３）　区分番号「Ｋ１１８」、「Ｋ１３１－２」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」及び「Ｋ１４２－２」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、当該手術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（５）　手術の際の緊急事態に対応可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　腫瘍脊椎骨全摘術に係る届出は、別添２の様式51及び様式52を用いること。

（２）　整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第58の２　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）

１　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１）　脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該療養を行うにあたり関係学会から認定された施設であること。

（３）　５年以上の脳神経外科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて５例以上実施した経験を有すること。

（４）　５年以上の麻酔科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５）　頭蓋内腫瘍摘出術を年間５例以上実施していること。

２　届出に関する事項

（１）　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式51の２及び様式52を用いること。

（２）　脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第58の３　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

１　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。

（１）　脳神経外科を標榜している病院であること。

（２）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。

（３）　脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能な体制が整っていること。

（４）　脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

（５）　当該療養に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。

（６）　悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、本レーザ装置が適切に保守管理されていること。

（７）　実際の手技に当たって、５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師であって関係学会から示されている所定の研修を修了している医師が１名以上参加すること。

２　届出に関する事項

（１）　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式51の３を用いること。

（２）　脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第59　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）

１　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に関する施設基準

（１）　形成外科及び脳神経外科を標榜している病院であること。

（２）　頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）が５例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式54を用いること。

（２）　形成外科又は脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第60　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

１　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術に関する施設基準

（１）　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術

第24の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。

（２） 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜している病院であり、当該診療科の常勤医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式25を用いること。

第60の２ 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

１ 仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術に関する施設基準

（１） 大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（２） 大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（３） 緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術に係る届出は、別添２の様式53を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第60の３~~２~~ 治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）

１ 治療的角膜切除術に関する施設基準（エキシマレーザーによるものに限る。）

（１） 眼科の経験を５年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 治療的角膜切除術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の２を用いること。

（２） 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第60の４ 羊膜移植術

１ 羊膜移植術に関する施設基準

（１） 眼科の経験を５年以上有し、かつ、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として６例以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。

（３） 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ている

こと。

2　届出に関する事項

（1）　羊膜移植術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の３を用いること。

（2）　眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第60の５　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））

1　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に関する施設基準

（1）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　当該保険医療機関において、濾過手術又は緑内障インプラント手術が合わせて50例以上実施されていること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（1）　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の４を用いること。

（2）　眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第60の6 ~~5~~　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

1　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に関する施設基準

（1）　眼科に係る診療の経験を10年以上有し、区分番号「Ｋ２７７－２」、「Ｋ２８０」の「１」、「Ｋ２８０」の「２」又は「Ｋ２８１」の手術を、１年間に、主たる術者として併せて30例以上行った常勤の医師が１名以上配置されていること。

（2）　眼科を標榜している医療機関であること。

（3）　当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、保守管理に係る計画がなされていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

2　届出に関する事項

（1）　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に係る届出は、別添２の様様式52及び様式54の5 ~~3~~を用いること。

（2）　眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（3）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第60の７　網膜再建術

1　網膜再建術に関する施設基準

（1）　眼科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　常勤の眼科の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は当該手術に習熟した医師の指導の下に３例以上実施した経験を有する医師（当該診療科について10年以上の経験を有するものに限る。）であること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。
（４） 当該保険医療機関において増殖性硝子体網膜症手術が10例以上実施されていること。
（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。
２ 届出に関する事項
（１） 網膜再建術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の６を用いること。
（２） 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術
１ 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準
（１） 耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
（２） 内耳又は中耳の手術が年間30例以上あること。
（３） 常勤の耳鼻咽喉科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の人工内耳植込術の経験を有していること。
（４） 言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていること。なお、届出を行う保険医療機関と密接な連携を有する保険医療機関で人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術を実施した患者のリハビリテーションを行う場合は、リハビリテーションを実施する施設に常勤の耳鼻咽喉科医師が１名以上及び言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていれば差し支えない。
２ 届出に関する事項
（１） 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式55を用いること。
（２） 耳鼻咽喉科の常勤の医師及び言語聴覚療法に従事する者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61の２ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）
１ 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)に関する施設基準
（１） 耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院であること。
（２） 耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は少なくとも５例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)の経験を有していること。
（３） 脳神経外科又は眼科の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。
（４） 緊急手術が可能な体制を有していること。
２ 届出に関する事項
（１） 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の７を用いること。
（２） 耳鼻咽喉科、脳神経外科又は眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専

従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61の３~~２~~　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１）　形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２）　上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式56を用いること。

（２）　形成外科又は耳鼻咽喉科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61の４~~３~~　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

１　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１）　歯科口腔外科を標榜している病院であること。

（２）　上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の３を用いること。

（２）　歯科口腔外科を担当する歯科医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61の５~~４~~　乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１及び乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）

１　乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１及び乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）

（１）　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳房悪性腫瘍手術における乳がんセンチ

ネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「注２」の乳がんセンチネルリンパ節加算２のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１及び乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の２を用いること。

（２） 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第61の６ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）

１ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に関する施設基準

（１） 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師、若しくは、その指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（２） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３） 一次一期的再建の場合は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が配置されており、連携して手術を行うこと。

（４） 一次二期的再建及び二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に係る届出は、別添２の様式50の５を用いること。

第62 同種死体肺移植術

１ 同種死体肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第62の２ 生体部分肺移植術

1　生体部分肺移植術に関する施設基準

（1）　肺切除術が年間20例以上あること。

（2）　当該手術を担当する診療科の常勤医師が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（3）　生体部分肺移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。

2　届出に関する事項

（1）　生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式58を用いること。

（2）　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第62の３　経皮的冠動脈形成術

1　経皮的冠動脈形成術に関する施設基準

当該手術について、前年（１月から12月）の以下の手術件数を院内掲示すること。

（1）　急性心筋梗塞に対するもの

（2）　不安定狭心症に対するもの

（3）　その他のもの

2　届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術に係る届出は、別添２の様式72を用いること。

第63　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

1　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）に関する施設基準

（1）　循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を年間30例以上実施しており、かつ、経皮的冠動脈形成術を年間200例以上実施していること。

（3）　５年以上の循環器科の経験を有する医師が１名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59を用いて提出すること。

第63の２　経皮的冠動脈ステント留置術

1　経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準

当該手術について、前年（１月から12月）の以下の手術件数を院内掲示すること。

（1）　急性心筋梗塞に対するもの

（2）　不安定狭心症に対するもの

（3）　その他のもの

2　届出に関する事項

経皮的冠動脈ステント留置術に係る届出は、別添２の様式72を用いること。

第63の３　経皮的大動脈弁置換術

１　経皮的大動脈弁置換術に関する施設基準

（１）　循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　次のいずれにも該当すること。

ア　緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。

イ　大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）を年間20例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間10例以上実施していること。

ウ　冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）を年間100例以上実施していること。

エ　経食道心エコー検査を年間200例以上実施していること。

（３）　５年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されており、かつ、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されていること。

（４）　５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、（３）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

（５）　関係学会より認定された施設であること。

（６）　以下のいずれも満たす手術室を有していること。

ア　設置型透視装置を備えていること。

イ　高性能フィルタを使用して空気浄化を行い、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。

ウ　必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。

エ　速やかに開胸手術に移行可能であること。

（７）　術中経食道心エコー検査、経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。

（８）　実際の手技に当たって、５年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師と５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上参加すること。

（９）　関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

２　届出に関する事項

（１）　経皮的大動脈弁置換術に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の２を用いること。

（２）　循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第63の４　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

１　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に関する施設基準

（１）　心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術を３年間に10例以上実施していること。

（５）　区分番号「Ｋ５５２」から「Ｋ６０５―４」までに掲げる手術（経皮的手術、区分番号

「Ｋ５９１」、「Ｋ５９６」から「Ｋ６０２」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）を年間50例以上（16歳未満に実施したものに限る。）実施していること。

（６） 心臓血管外科の経験を５年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が１名以上配置されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

（１） 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の３を用いること。

（２） 心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第63の５ 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）

１ 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１） 循環器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間50例以上実施していること。

（３） 循環器科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は不整脈についての専門的な研修の経験を５年以上有していること。

（４） 麻酔科の標榜医が１名以上配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２ 届出に関する事項

（１） 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の４を用いること。

（２） 循環器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第64 経皮的中隔心筋焼灼術

１ 経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

（１） 循環器科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） ５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。ただし、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（４） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（５） 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計100例以上実施していること。

２ 届出に関する事項

（１） 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前１年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添２の様式52及び様式60を用いて提出すること。

（２） 経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により１の(３)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。

なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

１ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準

循環器科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

２ 届出に関する事項

ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式24を用いること。

第65の２ 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術

１ 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

（１） 区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術

（２） 区分番号「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術

（３） 区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術

（４） 区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング~~ページング~~機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング~~ページング~~機能付き植込型除細動器交換術

２ 届出に関する事項

植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に係る届出は、別添２の様式24の２を用いること。

第66 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

１ 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術に関する施設基準

（１） 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２） 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。~~なお、このうち５例以上は心室~~

~~性頻拍性不整脈症例に対するものである。~~

（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30~~50~~例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

（４） 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。

（５） 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（６） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

２ 届出に関する事項

（１） 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式61を用いること。

（２） 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第67 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）

１ 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）に関する施設基準

（１） 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２） 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。なお、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。

（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

（４） 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（５） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

２ 届出に関する事項

（１） 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式62を用いること。

（２） 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第67の２ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動

器交換術

1　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術に関する施設基準

（1）　循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施しており、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。

（3）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

（4）　常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は所定の研修を修了していること。

（5）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

2　届出に関する事項

（1）　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式63を用いること。

（2）　循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第68　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

1　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）に関する施設基準

循環器科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）の施設基準に係る届出は、別添２の様式24を用いること。

第69　補助人工心臓

1　補助人工心臓に関する施設基準

（1）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の症例が年間50例以上あること。

（3）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（4）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

2　届出に関する事項

（1）　補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式64を用いること。

（2）　心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第70　植込型補助人工心臓（拍動流型）

1　植込型補助人工心臓（拍動流型）に関する施設基準

（1）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　開心術の症例が年間100例以上であること。

（3）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（4）　補助人工心臓の装着経験が５例以上あり、うち３例は過去３年間に経験していること。そのうち１例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。

（5）　移植関係学会合同委員会において、心臓移植手術を実施するものとして選定された施設であること。

（6）　所定の研修を修了している常勤医師が２名以上配置されていること。

（7）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

（8）　補助人工心臓装着の適応を検討する循環器科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。

（9）　体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。

2　届出に関する事項

（1）　植込型補助人工心臓（拍動流型）の施設基準に関する届出は、別添２の様式52及び様式65を用いること。

（2）　心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

（3）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第70の２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）

1　植込型補助人工心臓（非拍動流型）に関する施設基準

（1）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　開心術の症例が年間100例以上であること。

（3）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科

の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４） 補助人工心臓の装着経験が５例以上あり、うち３例は過去３年間に経験していること。そのうち１例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。

（５） 当該療養を行うにあたり関係学会から認定された施設であること。

（６） 所定の研修を修了している常勤医師が２名以上配置されていること。

（７） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

（８） 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。

（９） 体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。

２　届出に関する事項

（１） 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に関する届出は、別添２の様式52及び様式65の３を用いること。

（２） 心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

（３） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第71　同種心移植術

１　同種心移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。

２　届出に関する事項

（１） 同種心移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72　同種心肺移植術

１　同種心肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設であること。

２　届出に関する事項

（１） 同種心肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72の２　経皮的大動脈遮断術

１　経皮的大動脈遮断術に関する施設基準

区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料を届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

経皮的大動脈遮断術の施設基準に係る届出は、別添２の様式65の２を用いること。

第72の３　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

１　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に関する施設基準

（１）　外科、血管外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて５年以上有し、かつ、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術、下肢静脈瘤血管内焼灼術及び内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術を合わせて年間50例以上実施していること。

２　届出に関する事項

（１）　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の４を用いること。

（２）　血管外科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第72の４　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

１　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術に関する施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している病院であること。

（２）　以下のアからタまでの手術を術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

ア　腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術

イ　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

ウ　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

エ　腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術

オ　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術

カ　腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

キ　腹腔鏡下腎摘出術

ク　腹腔鏡下小切開腎摘出術

ケ　腹腔鏡下副腎摘出術

コ　腹腔鏡下小切開副腎摘出術

サ　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術

シ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

ス　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

セ　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術

ソ　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

タ　腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３）　当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること。

（５）　関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の５を用いること。

（２）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第72の５　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の6~~ヲ~~　ダメージコントロール手術

１　ダメージコントロール手術に関する施設基準

区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

ダメージコントロール手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式65の２を用いること。

第72の７　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の８　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

１　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に関する施設基準

（１）　外科又は消化器外科及び内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科又は糖尿病内科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　腹腔鏡を使用した胃の手術（区分番号「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６６－２」、「Ｋ６６７－２」又は「Ｋ６６７－３」）が１年間に合わせて20例以上実施されていること。

（３）　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師１名が配置されていること。

（７）　常勤の管理栄養士が配置されていること。

（８） 緊急手術体制が整備されていること。

（９） 前年度の実績等を地方厚生局長等に届け出ていること。

（10） 当該保険医療機関において当該手術を実施した患者に対するフォローアップ（年に１回、体重、生活習慣病の重症度等を把握することを言う。）を行っており、フォローアップの内容が一元的に記録されていること。術後５年目の捕捉率が７割５分以上であることが望ましい。

２ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の６を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第73 体外衝撃波胆石破砕術

１ 体外衝撃波胆石破砕術に関する施設基準

（１） 体外衝撃波胆石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、~~体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室と~~体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室~~と~~は同一のものであって差し支えない。

（２） 担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師~~専門医~~が２名以上配置されていること。

（３） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

（４） 医療法第30条の３第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 体外衝撃波胆石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式66を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

（４） 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第73の２ 腹腔鏡下肝切除術

１ 腹腔鏡下肝切除術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に10例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術

適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下肝切除術に係る届出は、別添２の様式52及び様式66の２を用いること。

（２） 消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第74 生体部分肝移植術

１ 生体部分肝移植術に関する施設基準

（１） 肝切除術が年間20例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間10例以上あること。

（２） 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（３） 生体部分肝移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守していること。

２ 届出に関する事項

（１） 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式67を用いること。

（２） 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第75 同種死体肝移植術

１ 同種死体肝移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第75の２ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）

１ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に関する施設基準

（１）　体外衝撃波膵石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（２）　担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、膵石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　生化学的検査

イ　血液学的検査

ウ　微生物学的検査

エ　画像診断

（４）　膵石に対する内視鏡的治療が可能な体制を有していること。

（５）　なお、医療法第30条の３第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２　届出に関する事項

（１）　体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に係る届出は、別添２の様式66を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第75の３~~２~~　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

１　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準

（１）　当該保険医療機関において、膵臓手術（内視鏡によるものを除く。）を１年間に５例以上実施していること。

（２）　腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３）　腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において、消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において、医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（５）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式67の２を用いること。

（２）　消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第76　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術

１　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設であること。

2　届出に関する事項

（1）　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（2）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第76の２　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

1　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準

（1）　当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（区分番号「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」及び「Ｋ７２１－４」）を年間20件以上実施していること。

（2）　消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

（3）　当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（4）　緊急手術が可能な体制を有していること。

2　届出に関する事項

（1）　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式67の３を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第76の３　腹腔鏡下小切開副腎摘出術及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

~~1　腹腔鏡下小切開副腎摘出術に関する施設基準~~

~~（1）　泌尿器科を標榜している病院であること。~~

~~（2）　腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。~~

~~（3）　当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。~~

~~（4）　当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること。~~

~~（5）　関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。~~

~~2　届出に関する事項~~

~~（1）　腹腔鏡下小切開副腎摘出術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式68を用いること。~~

~~（2）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。~~

第77　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

1　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術に関する施設基準

（1）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、~~体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室と~~体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室~~と~~は同一のものであって差し支えない。

（2）　担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師~~専門医~~が２名以上配置されていること。

（3）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　生化学的検査

イ　血液学的検査

ウ　微生物学的検査

エ　画像診断

（4）　なお、医療法第30条の３第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2　届出に関する事項

（1）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式66を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（3）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

（4）　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第77の２　腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術~~76の３腹腔鏡下小切開副腎摘出術~~の例による。

第77の３　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

1　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準

（1）　泌尿器科を標榜している病院であること

（2）　当該療養を担当する医師が常時待機（院外での対応を含む。）しており、腎腫瘍の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

（1）　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準に係る届出は別添２の様式68の２を用いること。

（2）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第77の４　同種死体腎移植術

１　同種死体腎移植術に関する施設基準

腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。

２　届出に関する事項

（１）　同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２）　（社）日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第77の５　生体腎移植術

１　生体腎移植術に関する施設基準

（１）　腎尿路系手術（区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）が年間10例以上あること。

（２）　当該手術を担当する診療科の常勤の医師が２名以上配置されており、このうち少なくとも１名は、１例以上の死体腎移植又は５例以上の生体腎移植の経験を有していること。

（３）　生体腎移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69を用いること。

（２）　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第77の６　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の７ ~~６~~　膀胱水圧拡張術

１　膀胱水圧拡張術に関する施設基準

（１）　泌尿器科の経験を５年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、５例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の２を用いること。

（２）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第77の８　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の９~~７~~　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、膀胱悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８０３」、「Ｋ８０３－２」及び「Ｋ８０３－３」）を１年間に10例以上実施していること。

（２）　腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３）　腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（４）　当該保険医療機関が泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（５）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の３を用いること。

（２）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第77の10　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第77の９腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の例による。

第77の11~~８~~　人工尿道括約筋植込・置換術

１　人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（２）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

（１）　人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式69の４を用いること。

（２）　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４により提出すること。

第77の12~~９~~　焦点式高エネルギー超音波療法

１　焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ５例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限

る。）が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式70を用いること。

（２） 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

１ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術を、１年間に合わせて10例以上実施していること。~~泌尿器科を標榜している病院であること。~~

（２） 当該保険医療機関が、泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は少なくとも10年以上の経験を有すること。~~腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。~~

（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されており、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されており~~い~~、少なくとも１名以上は手術に参加すること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。~~当該保険医療機関において腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術が10例以上実施されていること。~~

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６~~５~~） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式71を用いること。

（２） 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第78の２ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第72の４腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術~~第76の３腹腔鏡下小切開副腎摘出術~~の例による。

第78の３ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

１ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」）について20例以上実施した経験、腹腔鏡下腟式子宮全摘術について20例以上実施した経験及び当該療養について術者として５例以上実施した経験を有する常

勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　常勤の麻酔科標榜医及び病理医が配置されていること。

（５）　子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」又は「Ｋ８７９－２」）が１年間に合わせて20例以上実施されていること。

（６）　緊急手術体制が可能な体制を有していること。

（７）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体癌に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の２を用いること。

（２）　産婦人科又は婦人科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第78の４~~３~~　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

１　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。

（２）　当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（４）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

（１）　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式71の３~~２~~を用いること。

（２）　医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。

（３）　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の５　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

１　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

（２）　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

（１）　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の４を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専

任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。

第79　医科点数表第２章第10部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

１　手術を受けるすべての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。

２　患者への説明を要するすべての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われるすべての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

３　当該手術について、以下の区分ごとに前年（１月から12月）の手術件数を院内掲示すること。

（１）　区分１に分類される手術

ア　頭蓋内腫瘤摘出術等（頭蓋内腫瘤摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脊髄刺激装置植込術及び脳神経手術（開頭して行うもの）をいう。）

イ　黄斑下手術等（黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物除去術（表在性）、眼窩内異物除去術（深在性）、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。）

ウ　鼓室形成手術等（鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳的聴神経腫瘍摘出術及び経迷路的内耳道開放術をいう。）

エ　肺悪性腫瘍手術等（肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、醸膿胸膜、胸膜肥厚切除術（通常のものと胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下膿胸腔掻爬術、膿胸腔有茎筋肉弁充填術、胸郭形成手術（膿胸手術の場合）及び気管支形成手術をいう。）

オ　経皮的カテーテル心筋焼灼術

（２）　区分２に分類される手術

ア　靱帯断裂形成手術等（靱帯断裂形成手術、関節鏡下靱帯断裂形成手術、観血的関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

イ　水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント抜去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）

ウ　鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等（涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）

エ　尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及

び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術を除く。）をいう。）

オ　角膜移植術

カ　肝切除術等（肝切除術、膵体尾部腫瘍切除術、膵頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）

キ　子宮附属器悪性腫瘍手術等（子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管鏡下卵管形成術、腟壁悪性腫瘍手術、造腟術、腟閉鎖症術（拡張器利用によるものを除く。）、女子外性器悪性腫瘍手術及び子宮鏡下子宮内膜焼灼術をいう。）

（３）　区分３に分類される手術

ア　上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成手術、頬骨変形治癒骨折矯正術及び顔面多発骨折観血的手術をいう。）

イ　上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）

ウ　バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

エ　母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄付植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ　内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ　食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後２次的再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ　同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

（４）　区分４に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）、漏斗胸手術（胸腔鏡によるもの）、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）、胸腔鏡下縦隔切開術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術、胸腔鏡下肺縫縮術、胸腔鏡下食道憩室切除術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、腹腔鏡下食道アカラシア形成手術、腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）、胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術、胸腔鏡下心膜開窓術、腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下ヘルニア手術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）、腹腔鏡下試験開腹術、腹腔鏡下試験切除術、腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術、腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術、腹腔鏡下胃局所切除術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門側胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）、腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術、腹腔鏡下胃腸吻合術、腹腔鏡下幽門形成術、腹腔鏡下噴門形成術、腹腔鏡下食道噴門部縫縮術、腹腔鏡下胆管切開結石摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下肝嚢胞切開術、腹腔鏡下脾摘出術、腹腔鏡下腸管癒着剥離術、腹腔鏡下小腸切除術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下結腸切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸閉鎖症手術、腹腔鏡下腸回転異常症手術、腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下直腸脱手術、腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）、腹

腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎部分切除術、腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術、腹腔鏡下腎嚢胞切除術、腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下膀胱部分切除術、腹腔鏡下膀胱脱手術、腹腔鏡下尿膜管摘出術、腹腔鏡下膀胱内手術、腹腔鏡下尿失禁手術、腹腔鏡下内精巣静脈結紮術、腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術、腹腔鏡下造腟術、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術、腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術、腹腔鏡下子宮腟上部切断術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術、腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術、子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵巣部分切除術（腟式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腟式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるものに限る。）、卵管口切開術（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術（腹腔鏡によるもの）、性腺摘出術（腹腔鏡によるもの）

（５）　その他の区分

ア　人工関節置換術

イ　１歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）に関する施設基準

ウ　ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

エ　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

４　同種死体腎移植術等（移植用腎採取術(生体)、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

５　３の(１)区分１から(３)区分３に分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び３の(４)区分４に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。

（１）　速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。

（２）　関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３）　胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

６　届出に関する事項

（１）　施設基準の届出は別添２の様式72を用いること。

（２）　届出に用いる手術の実施件数は、当該保険医療機関で１年間に行われた手術の件数であり、院内に掲示した手術件数と同じ数字を用いること。

（３）　同種死体腎移植術等（移植用腎採取術(生体)、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運

用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第79の２　医科点数表第２章第10部手術の通則の12並びに歯科点数表第２章第９部手術の通則の９に掲げる手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準及び届出に関する事項は、第56の２処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。この場合において、同１中「処置」とあるのは、「手術」と読み替えるものとする。

第79の３　医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術

１　該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準

次のいずれかに該当すること。

（１）　胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（以下、「胃瘻造設術」という。）を実施した症例数（頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が１年間に50未満であること。

（２）　胃瘻造設術を実施した症例数（頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が１年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア　当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑤までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

①　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

②　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

③　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

④　意識障害等があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）

⑤　顔面外傷により嚥下が困難な患者

イ　経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の①又は②のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数（ウに該当する患者を除く。）の３割５分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

①　他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者

②　当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者

ウ　以下の①又は②の患者はイの合計数には含まないものとする。

①　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日からから起算して１年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

②　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１か月以内に栄養方法が経

口摂取のみである状態へ回復した患者

③　（２）イ①に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介され時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以上が経過している患者

④　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

⑤　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

⑥　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

（３）（２）イでいう「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは、以下のア又はイの状態をいう。

ア　鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

イ　胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術または胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

（４）　栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、（３）の条件を満たすこと。

２　届出に関する事項

胃瘻造設術に係る届出は別添２の様式43の４及び様式43の５を用いること。

第80　輸血管理料

１　輸血管理料Ⅰに関する施設基準

（１）　当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤（加熱人血漿たん白を含む。）の一元管理がなされていること。

（４）　次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、血液交叉試験又は間接Ｃｏｏｍｂｓ検査、不規則抗体検査

（５）　輸血療法委員会が設置され、年６回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実施に当たっての適正化の取組がなされていること。

（６）　輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。

（７）　（５）、（６）及び血液製剤の使用に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成21年２月20日付薬食発第0220002号厚生労働省医薬食品局長通知）を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

２　輸血管理料Ⅱに関する施設基準

（１）　当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。

（２）　当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。

（４）　輸血管理料Ⅰの施設基準のうち、(４)から(７)までのすべてを満たしていること。

３　輸血適正使用加算の施設基準

（１）　「１」の輸血管理料Ⅰを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が0.54未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が２未満であること。なお、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値は次により算出すること。

①　赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量

②　新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③　血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量

④　アルブミン製剤の使用量

(②－③／２）／①＝０．５４未満

④／①＝２未満

（２）　「２」の輸血管理料Ⅱを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が0.27未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が２未満であること。なお、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値は次により算出すること。

①　赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量

②　新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③　血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量

④　アルブミン製剤の使用量

(②－③／２）／①＝０．２７未満

④／①＝２未満

４　貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

（１）　関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。

（２）　関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師が１名以上配置されていること。

５~~４~~　輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料Ⅰ、Ⅱ、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式73を用いること。

第80の２　自己生体組織接着剤作成術

１　自己生体組織接着剤作成術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３） 血液製剤の使用に当たって「『輸血療法の実施に関する指針』及び『血液製剤の使用指針』の一部改正について」（平成21年２月20日付薬食発第0220002号厚生労働省医薬食品局通知）を遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式73の２を用いること。

（２） 臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

第80の３ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

１ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する施設基準

（１） 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２） ５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。なお、ここでいう急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、20時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

２ 届出に関する事項

（１） 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式73の３を用いること。

（２） 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

（３） 常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

第80の４ 内視鏡手術用支援機器加算

１ 内視鏡手術用支援機器加算に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（３） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（４） 前立腺悪性腫瘍手術に係る手術（区分番号「Ｋ８４３」（「Ｋ９３９を併せて算定する場合を含む。）、「Ｋ８４３－２」又は「Ｋ８４３－３」）を１年間に合わせて20例以上実施されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。
（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
２ 届出に関する事項
（１） 内視鏡手術用支援機器加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式73の４を用いること。
（２） 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。
（３） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第80の５ 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準及び届出に関する事項は、第79の３医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術の例による。

第80の６~~５~~ 歯周組織再生誘導手術
１ 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準
歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
２ 届出に関する事項
歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添２の様式74を用いること。

第80の７~~６~~ 手術時歯根面レーザー応用加算
１ 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準
（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３~~５~~年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。
（２） 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。
（３） 歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。
２ 届出に関する事項
手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添２の様式74の2を用いること。

第80の８~~７~~ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術
１ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準
（１） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
（２） 当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３年以上の経験を有する常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。
（３） 病院であること。
（４） 当直体制が整備されていること。
（５） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（６） 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

２ 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添２の様式74の3を用いること。

第81 麻酔管理料~~（（Ⅰ））~~

１ 麻酔管理料~~（（Ⅰ））~~の施設基準

（１） 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 常勤の麻酔に従事する医師（医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）が１名以上配置されていること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

２ 届出に関する事項

麻酔管理料~~（（Ⅰ））~~の施設基準に係る届出は、別添２の様式75を用いること。

第81の２ 麻酔管理料~~（（Ⅱ））~~

１ 麻酔管理料~~（（Ⅱ））~~の施設基準

（１） 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 常勤の麻酔科標榜医が５名以上配置されていること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

（４） 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。

（５） 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。

２ 届出に関する事項

麻酔管理料~~（（Ⅱ））~~の施設基準に係る届出は、別添２の様式75を用いて届け出ること。

第82 放射線治療専任加算

１ 放射線治療専任加算に関する施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算~~強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算~~に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

（２） 当該管理を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア 高エネルギー放射線治療装置

イ Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置

ウ 放射線治療計画システム

２ 届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式76を用いること。

第82の２　外来放射線治療加算

１　外来放射線治療加算に関する施設基準

（１）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算~~強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算~~に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

（２）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　高エネルギー放射線治療装置

イ　Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置

ウ　放射線治療計画システム

エ　患者が休憩できるベッド等

２　届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式76を用いること。

第83　高エネルギー放射線治療

１　高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計100例以上実施又は小児入院医療管理料１を届け出ていること。

２　届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式77を用いること。

第83の２　１回線量増加加算

１　１回線量増加加算に関する施設基準

（１）　照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

２　届出に関する事項

１回線量増加加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式77を用いること。

第83の３~~２~~　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）

１　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線

治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該放射線治療の経験を５年以上有する者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、~~画像誘導放射線治療加算~~に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、~~画像誘導放射線治療加算~~に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、定位放射線治療及び画像誘導放射線治療加算に係る担当者を兼任することができる。

（５） 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間１０例以上実施していること。

（６） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア 直線加速器

イ 治療計画用ＣＴ装置

ウ インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム

エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ 平面上の照射強度を変化させることができる装置

カ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

キ 二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器

（７） 当該保険医療機関において、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。

２ 届出に関する事項

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式78を用いること。

第83の４~~３~~ 画像誘導放射線治療加算

１ 画像誘導放射線治療加算に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、~~強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）~~に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当

者は、定位放射線治療及び強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係る担当者を兼任することができる。

（４）　当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア　２方向以上の透視が可能な装置

イ　画像照合可能なＣＴ装置

ウ　画像照合可能な超音波診断装置

（５）　当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の２を用いること。

第83の５~~4~~　体外照射呼吸性移動対策加算

１　体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

（１）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算~~、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）~~に係る医師を兼任することができる。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療~~、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）~~に係る診療放射線技師を兼任することができる。

（３）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、定位放射線治療、画像誘導放射線治療加算及び強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係る担当者を兼任することができる。

（４）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア　呼吸性移動が10㎜以上の腫瘍に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5㎜以下とするために必要な装置

イ　実際の照射野内に腫瘍が含まれていることを毎回の照射直前または照射中に確認・記録するために必要な装置

（５）　当該保険医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添２の様式78の３を用いること。

第84　定位放射線治療

１　定位放射線治療に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）、放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。

（３）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）及び画像誘導放射線治療加算に係る担当者を兼任することができる。

（４）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　直線加速器

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　三次元放射線治療計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

２　届出に関する事項

定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式79を用いること。

第84の２　定位放射線治療呼吸移動対策加算

１　定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

（１）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算~~、定位放射線治療~~、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療~~、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）~~に係る医師を兼任することができる。

（２）　体外照射呼吸性移動対策加算の（２）から（５）までを満たすこと。

２　定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

体外照射呼吸性移動対策加算の（１）から（５）までを満たすこと。

３　届出に関する事項

定位放射線治療呼吸移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の３を用いること。

第84の２　定位放射線治療呼吸移性動対策加算

１　定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

（１）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療~~定位放射線治療、強度変調放射~~

~~線治療（ＩＭＲＴ）~~に係る医師を兼任することができる。

（２） 体外照射呼吸性移動対策加算の（２）から（５）までを満たすこと。

２ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

体外照射呼吸性移動対策加算の（１）から（５）までを満たすこと。

３ 届出に関する事項

定位放射線治療呼吸移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の３を用いること。

第84の３ 保険医療機関間の連携による病理診断

１ 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

（１） 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２） 標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア 病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

２ 届出に関する事項

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式79の２を用いること。

第84の４ テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

１ テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

（１） 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、凍結切片を作製することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２） 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

２ 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添２の様式80を用いること。

第84の５ テレパソロジーによる術中迅速細胞診

１ テレパソロジーによる術中迅速細胞診に関する施設基準

（１） 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２） 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又

はへき地医療支援病院であること。

2　届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速細胞診の施設基準に係る届出は、別添２の様式80を用いること。

第84の６　病理診断管理加算

1　病理診断管理加算１に関する施設基準

（１）　病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２~~１~~）　~~病理部門が設置されており、~~病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を７~~10~~年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

（３~~２~~）　病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４~~３~~）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2　病理診断管理加算２に関する施設基準

（１）　病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２~~１~~）　~~病理部門が設置されており、~~病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を７~~10~~年以上有するものに限る。）が１~~２~~名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３~~２~~）　病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

（４~~３~~）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

（５~~４~~）　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）を少なくとも年２回以上行っていること。

（６~~５~~）　同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも１名以上は専ら病理診断を担当した経験を７年以上有すること。

3　届出に関する事項

病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式80の２を用いること。

第84の７　口腔病理診断管理加算

1　口腔病理診断管理加算１に関する施設基準

（１）　病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を７年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合は該当しない。

（２）　口腔病理標本作製及び口腔病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている

こと。

（３）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

２　口腔病理診断管理加算２に関する施設基準

（１）　病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験７年以上有するものに限る。）が１名以上及び口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有する者に限る。）が１名以上配置されていること。

（２）　口腔病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

（３）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

（４）　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）を少なくとも年２回以上行っていること。

（５）　同一の病理標本について、口腔病理診断を専ら担当する複数の常勤の歯科医師又は医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる歯科医師又は医師のうち１名以上は口腔病理診断を専ら担当した経験を７年以上有していること。

３　届出に関する事項

口腔病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式80の３を用いること。

第85　クラウン・ブリッジ維持管理料の届出に関する事項

１　クラウン・ブリッジ維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されていること。

２　クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出は、別添２の様式81を用いること。

第86　歯科矯正診断料

１　歯科矯正診断料に関する施設基準

（１）　当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。

ア　歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。

イ　歯科矯正治療の経験を５年以上有する専任の歯科医師が１名以上勤務していること。

（２）　常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式82を用いること。

第87　顎口腔機能診断料

１　顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

（１）　障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県

知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。

（２） 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。

ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。

イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ１名以上勤務していること。

（３） 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式83を用いること。

第88 調剤基本料の特例に関する施設基準

１ 当該保険薬局において、24時間開局をしていること。24時間開局とは、次に掲げるすべての要件を満たす保険薬局をいう。

（１） 険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。

（２） 当該保険薬局が客観的に見て24時間開局していることがわかる表示又はこれに準ずる措置を講じること。なお、防犯上の観点から必要であれば、夜間休日においては、夜間休日専用出入口又は窓口で対応することで差し支えない。

２ 調剤基本料の特例の施設基準に係る届出は、別添２の様式84を用いること。

第89~~8~~ 基準調剤加算

１ 基準調剤加算１の施設基準

（１）保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。

（２） 当該薬局を含む近隣の薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである。ただし、連携体制を構築する複数の保険薬局の数は、当該薬局を含めて10未満とする。

（３） 当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、近隣の保険薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

（４） 処方せんの受付回数が１月に4,000回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に

係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。

（５） 上記（４）に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が１月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。

（６） 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

（7 ~~2~~） 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。

（8 ~~3~~） 当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。

~~（４） 緊急時等の開局時間以外の時間における調剤に対応できる体制が整備されていること。緊急時等の調剤に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること、又は調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうものである。~~

~~（５） 当該保険薬局は、時間外、休日、夜間における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、患者又はその家族等に交付するとともに、調剤した薬剤についての問合せ等への対応ができるように、自局についても同様の事項を記載した文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）を交付すること。また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。~~

（9 ~~6~~） 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した薬剤情報提供文書を交付すること~~ている~~。

（10 ~~7~~） 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（11 ~~8~~） 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディ

ナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。

（12~~9~~） 次に掲げる情報（当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

ア 一般名

イ 剤形

ウ 規格

エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ 医薬品緊急安全性情報

カ 医薬品・医療機器等安全性情報

キ 医薬品・医療機器等の回収情報

（13） 「薬局の求められる機能とあるべき姿」の公表について（平成26年１月21日薬食総発0121第１号）の別添に掲げる機能について整備するよう努めること。特に次に掲げる機能について可能な限り整備するよう努めること。

ア 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有すること。

イ 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ウ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組みを行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

２ 基準調剤加算２の施設基準

（１） 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。

（２） 当該保険薬局のみで24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局により24時間調剤及び在宅業務が速やかに実施できる体制を整備していることをいうものである。

（３） 当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。また、自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

（４~~2~~） 処方せんの受付回数が１月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。

（５~~3~~） 上記（４~~2~~）に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が１月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるか否かの取扱いに準じて行

う。

~~（４） 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。~~

（６） 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７） 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

（８） 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近１年間の在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の実施回数（在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。）が、合算して計10回以上であること。

（９） 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

（10） 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

（11~~５~~） １の（６~~２~~）から（13~~９~~）までの基準を満たしていること。

３ 届出に関する事項

（１） 基準調剤加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式84の２を用いること。

（２） 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

~~（３） 平成24年３月31日において現に基準調剤加算に係る届出を行っている保険薬局については、同年６月30日までの間に限り、実際の開局時間にかかわらず「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっている。」ものとみなし取り扱うものとするが、同年７月１日以降はこの限りではない。~~

第90~~89~~ 後発医薬品調剤体制加算

１ 後発医薬品調剤体制加算１の施設基準

（１） 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した~~薬剤（４に掲げる医薬品を除く。）について、当該薬剤の~~使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が55~~22~~%以上であること。

なお、平成26~~4~~年１月から同年３月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単

位数量について、「診療報酬における~~いて~~加算等の算定対象となる後発医薬品等について」（平成~~24~~26年~~3~~月~~5~~日保医発~~0305~~第~~14~~号）において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。~~が、4において除外することとされたものについては除いて計算すること。~~

（２） 当該保険薬局において調剤した薬剤（３に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

（３~~２~~） 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見やすい場所に掲示していること。

２ 後発医薬品調剤体制加算２の施設基準

（１） 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、~~薬剤（4に掲げる医薬品を除く。）の~~当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が65~~30~~%以上であること。

なお、平成26~~4~~年１月から同年３月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成~~24~~年~~3~~月~~5~~日保医発~~0305~~第~~14~~号）において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算する~~が、4において除外することとされたものについては除いて計算する~~こと。

（２） １の(２)から(３)までの基準を満たすこと。

~~３ 後発医薬品調剤体制加算３の施設基準~~

~~（１） 当該保険薬局において調剤した薬剤（4に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が35%以上であること。~~

~~なお、平成24年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成24年3月5日保医発0305第14号）において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算するが、4において除外することとされたものについては除いて計算すること。~~

~~（２） 1の(２)の基準を満たすこと。~~

３~~４~~ 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

（１） 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールＰ乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・Ｈ、ツインライン配合経腸用液（経過措置品目）、~~ハーモニック－Ｍ（経過措置品目）、ハーモニック－Ｆ（経過措置品目）、~~ラコール配合経腸用液（経過措置品目）、ツインラインＮＦ配合経腸用液及びラコールＮＦ配合経腸用液

（２） 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

（３） 生薬（薬効分類番号　510）

（４） 漢方製剤（薬効分類番号　520）

（５） その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号　590）

4 ~~5~~　届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式85を用いること。

第91~~0~~　保険薬局の無菌製剤処理加算

１　保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

（１） ２名以上の保険薬剤師（常勤の保険薬剤師は１名以上）がいること。

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

ただし、薬事法施行規則（昭和36年２月１日厚生省令第１号）第15条の９第１項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

（１） 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式86を用いること。

（２） 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

（３） 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第92~~1~~　在宅患者調剤加算

１　在宅患者調剤加算に関する施設基準

（１） 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

（２） 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計10回以上であること。

（３） 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導（以下「在宅業務」という。）に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものであること。

（４） 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

（５） 当該保険薬局において、在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（６） 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関か

ら衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７） 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

２　届出に関する事項

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87を用いること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名：
電 話 番 号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

☐　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。
３　届出書は、正副２通提出のこと。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
1	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1, 4
1の8	心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器移行加算）	□	□　年　月	□	24の2
2	高度難聴指導管理料	□	□　年　月	□	2
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	5の2
4の3	~~がん患者カウンセリング料~~がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5 (基本別添7)13の2
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6 (基本別添7)13の2
5	小児科外来診療料	□	□　年　月	□	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3 (基本別添7)13の2
6の5	夜間休日救急搬送医学管理料	□	□　年　月	□	7の4
6の6	外来リハビリテーション診療料	□	□　年　月	□	7の5
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	地域包括診療料	□	□　年　月	□	7の7
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	8, 4
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の4
10	地域連携診療計画管理料	□	□　年　月	□	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	12, 12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	12, 12の2
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3	がん治療連携管理料	□	□　年　月	□	(基本別添7)33
11の4	認知症専門診断管理料	□	□　年　月	□	13の5
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	14,　4
12の２	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
12の２	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
13	歯科治療総合医療管理料	□	□　年　月	□	17
14	在宅療養支援歯科診療所	□	□　年　月	□	18
14の２	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の4
14の３	在宅患者歯科治療総合医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の２	在宅患者訪問看護・指導料	□	□　年　月	□	20の3
16の２	同一建物居住者訪問看護・指導料	□	□　年　月	□	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4，20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
~~16の5~~3	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の２
16の6	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の2	在宅かかりつけ歯科診療所加算	□	□　年　月	□	21の4
18	造血器腫瘍遺伝子検査	□	□　年　月	□	22
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2，4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の2	植込型心電図検査	□	□　年　月	□	24の2
22の3	時間内歩行試験	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓	□	□　年　月	□	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
25	~~光トポグラフィー及び~~中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2, 26の3, 4, 52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料１	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	□	□　年　月	□	31の3, 52, 4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、~~又は~~ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
34	CT撮影及びMRI撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
35の3	大腸ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の２	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40，４
38	心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41，44の2
39	心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41，44の2
40	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
40の２	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
41	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
42	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
42の2	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
43	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42，42の3，44の2
44	呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，44の2
45	呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算）	□	□　年　月	□	43の4、43の5
46	難病患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	□	□　年　月	□	43，44の2
47	障害児（者）ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	□	□　年　月	□	43，44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2，44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション	□	□　年　月	□	43の3
47の~~43~~	集団ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ療法料	□	□　年　月	□	44，44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	45，４
49	精神科ｼｮｰﾄ･ｹｱ「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
50	精神科ｼｮｰﾄ･ｹｱ「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
51	精神科ﾃﾞｲ･ｹｱ「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
52	精神科ﾃﾞｲ･ｹｱ「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
53	精神科ﾅｲﾄ･ｹｱ	□	□　年　月	□	46，４
54	精神科ﾃﾞｲ･ﾅｲﾄ･ｹｱ	□	□　年　月	□	46，４

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者ﾃﾞｲ･ｹｱ料	□	□　年　月	□	47
55の2	精神科重症患者早期集中支援管理料	□	□　年　月	□	47の2
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の3, 48の4, 48の5, 13の2, 4
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	透析液水質確保加算	□	□　年　月	□	49の3
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4, 4
57の~~43~~	一酸化窒素吸入療法	□	□　年　月	□	49の~~5~~4
57の54	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	□	□　年　月	□	50の2
57の~~75~~	歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3~~2~~
57の~~86~~	皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4~~3~~, 52, 4
57の~~97~~	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の5
57の~~108~~	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6, 52, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51，52，4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52，54，4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53, 4
60の~~32~~	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52, 54の2, 4
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52, 54の3, 4
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52, 54の4, 4
60の~~65~~	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52, 54の5~~3~~, 4
60の7	網膜再建術	□	□　年　月	□	52, 54の6, 4
61	人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52, 55，4
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）	□	□　年　月	□	52, 54の7, 4
61の~~32~~	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56, 4
61の~~43~~	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52, 56の3, 4
61の54	乳がんセンチネルリンパ節加算１、乳がんセンチネルリンパ節加算２	□	□　年　月	□	52, 56の2, 4
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□　年　月	□	50の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52，58
62の3	経皮的冠動脈形成術	□	□　年　月	□	72
63	経皮的冠動脈形成術（特殊ｶﾃｰﾃﾙによるもの）	□	□　年　月	□	52，59
63の2	経皮的冠動脈ステント留置術	□	□　年　月	□	72
63の3	経皮的大動脈弁置換術	□	□　年　月	□	52,59の2,4
63の4	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3,4
63の5	磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4,4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52，60
65	ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ移植術及びﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ交換術	□	□　年　月	□	24
65の2	植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術	□	□　年　月	□	24の2
66	両心室ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ移植術及び両心室ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ交換術	□	□　年　月	□	52，61，4
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）	□	□　年　月	□	52，62，4
67の2	両室ﾍﾟｰｼﾝｸﾞ機能付き植込型除細動器移植術及び両室ﾍﾟｰｼﾝｸﾞ機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52，63，4
68	大動脈ﾊﾞﾙｰﾝﾊﾟﾝﾋﾟﾝｸﾞ法（IABP法）	□	□　年　月	□	24
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52，64，4
70	植込型補助人工心臓（拍動流型）	□	□　年　月	□	52，65，4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52，65の3，4
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	□	□　年　月	□	65の2
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52，65の4，4
72の4	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
72の~~63~~	ダメージコントロール手術	□	□　年　月	□	65の2
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
72の~~87~~	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□　年　月	□	52，65の6，4
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66，4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の2,4
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52，67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66，4
75の~~32~~	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52，67の2，4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52，67の3，4
76の3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66，4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，65の5，4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2，4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52，69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
77の~~76~~	膀胱水圧拡張術	□	□　年　月	□	52,69の2,4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52，65の5，4
77の~~97~~	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	69の3，52，4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	69の3，52，4
77の~~118~~	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4，4
77の~~129~~	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52，70，4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，71，4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，68，4
78の3	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52，71の2，4
78の~~43~~	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	71の3~~-2~~
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52，71の4，4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	72
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2，48の3，48の4，48の5，13の2，4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4，43の5
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の２	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の３	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の４	内視鏡手術用施設機器加算	□	□　年　月	□	73の4，52，4
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4
80の~~65~~	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の~~76~~	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	74の2
80の~~87~~	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
83	高ｴﾈﾙｷﾞｰ放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	１回線量増加加算	□	□　年　月	□	77
83の~~2~~3	強度変調放射線治療（IMRT）	□	□　年　月	□	78
83の~~3~~4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の4~~5~~	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
84の2	定位放射線治療呼吸移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	ﾃﾚﾊﾟｿﾛｼﾞｰによる術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	ﾃﾚﾊﾟｿﾛｼﾞｰによる術中迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の7	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料	□	□　年　月	□	84
8989	基準調剤加算１	□	□　年　月	□	84の2，4
8989	基準調剤加算２	□	□　年　月	□	84の2，4
9089	後発医薬品調剤体制加算１	□	□　年　月	□	85
9089	後発医薬品調剤体制加算２	□	□　年　月	□	85
9089	後発医薬品調剤体制加算３	□	□　年　月	□	85
9190	保険薬局の無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	86，4
9291	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	87

※様式16,53は欠番

様式１

ウイルス疾患指導料（注２に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

１　専任の医師の氏名	ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験年数（５年以上であること。）
２　専従の看護師の氏名	ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験年数（２年以上であること。）
３　ＨＩＶ感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名	
４　社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名	
５　診察室及び相談室の概要 （必要に応じ、見取り図等を添付すること。）	

［記載上の注意］

「１」及び「２」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

様式２

高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　Ｋ３２８人工内耳埋込術の施設基準（様式52号及び様式55号）の届出年月日 平成　　年　　月　　日	
２　耳鼻咽喉科に配置されている常勤医師	
常勤医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

［記載上の注意］

「２」の医師は、５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有し、耳鼻咽喉科に配置されている常勤の医師であること。

様式３

喘息治療管理料（注２に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

１　専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名
２　必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制 ⑴ 患者に提供する計測器等 ⑵ 具備する器械・器具（〇で囲む。） ア　酸素吸入設備　　オ　動脈血ガス分析装置 イ　気管内挿管又は気管切開の器具　　カ　スパイロメトリー用装置 ウ　レスピレーター　　キ　胸部エックス線撮影装置 エ　気道内分泌物吸引装置 ⑶ 緊急時の入院体制 ア　自院　　イ　連携
３　連携保険医療機関の体制 ⑴ 名称等 ア　連携保険医療機関の名称 イ　開設者名 ウ　所在地 ⑵ 具備する器械・器具（〇で囲む。） ア　酸素吸入設備　　オ　動脈血ガス分析装置 イ　気管内挿管又は気管切開の器具　　カ　スパイロメトリー用装置 ウ　レスピレーター　　キ　胸部エックス線撮影装置 エ　気道内分泌物吸引装置 ⑶ 緊急時の入院体制

［記載上の注意］

１　「１」の専任の看護師又は准看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　「３」の⑵については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「２」の⑵は少なくともカ及びキに〇がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。

３　「３」の⑶については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。

４　喘息治療管理を 24 時間実施できる体制の概要を添付すること。

様式４

[　　]に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		
			{常勤 非常勤} {専従 非専従} {専任 非専任}		

[記載上の注意]

１　[　　]には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

２　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

３　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

４　勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式５

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

区　分	氏　名	経験年数
１　糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師		
２　糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の常勤看護師		

［記載上の注意］

１　「１」及び「２」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

２　「２」の常勤看護師について、糖尿病足病変の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式５の２

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

	氏　　名	研修の有無
緩和ケアの経験を有する医師の氏名等		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無
		有　・　無

［記載上の注意］

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式５の３

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　がん患者指導管理料１

区　分	氏　名	経験年数
１　緩和ケアの研修を修了した医師		
２　がん患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の看護師		

［記載上の注意］

１　「１」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

２　「２」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

３　「１」及び「２」に記載した者は、がん患者指導管理料２に記載した者と重複して差し支えない。

２　がん患者指導管理料２

区　分	氏　名	経験年数
１　緩和ケアの研修を修了した医師		
２　がん患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の看護師		

［記載上の注意］

１　「１」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

２　「２」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

３　「１」及び「２」に記載した者は、がん患者指導管理料１に記載した者と重複して差し支えない。

３　がん患者指導管理料３

区　分	氏　名	経験年数
１　がん化学療法の経験を５年以上有する医師		
２　抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験のある専任の薬剤師		

［記載上の注意］

１　「２」については、５年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び３年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40 時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を 50 症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

様式５の４

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区　　分	氏　　名	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア　身体症状の緩和を担当する医師		□常勤 □非常勤	□専従 □専任	□
イ　精神症状の緩和を担当する医師		□常勤 □非常勤	□専従 □専任	□
ウ　緩和ケアの経験を有する看護師		□常勤 □非常勤	□専従 □専任	□
エ　緩和ケアの経験を有する薬剤師		□常勤 □非常勤	□専従 □専任	

２　症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構　成　メ　ン　バ　ー（氏名・職種）
回／週	

３　患者に対する情報提供

［記載上の注意］

１　「１」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。

　また、ウは５年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

　研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。

２　「３」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

３　緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。

４　「１」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。なお、「１」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、A226-2 緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。

５　注４に規定する点数を算定する場合は、「１」のアからエについて「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式５の５

移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料

臓器移植後患者指導管理料・造血幹細胞移植後患者指導管理料

区　分	氏　名	経験年数
１専任の常勤医師		
２専任の常勤看護師		
３常勤薬剤師		

［記載上の注意］

１　「届出を行う指導管理料」については、届出を行う管理料について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。

２　「１」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。

３　「２」については、移植医療に係る経験及び移植医療に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

４　移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。

様式５の６

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区　分	氏　名	経験年数	専任	常勤	研修受講
１ 糖尿病指導の経験を有する医師			□専任	□	
			□専任	□	
			□専任	□	
２ 糖尿病指導の経験を有する看護師（又は保健師）			□専任	□	□
			□専任	□	□
			□専任	□	□
３ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士			□専任	□	
			□専任	□	
			□専任	□	

.

［記載上の注意］

１ 「１」～「３」については、医師、看護師（又は保健師）、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。

２ 「２」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

３ 「２」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。

４ 注4に規定する点数を算定する場合は、「１」～「３」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

様式５の７

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日：　　年７月　　日

本指導管理料を算定した患者数 （期間：　　年　月～　　年　月）	①　　名

①のうち、当該期間後の６月末日までに HbA1ｃが改善又は維持された者	②　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに血圧が改善又は維持された者	④　　名

HbA1ｃが改善又は維持が認められた者の割合

＝　②／①　⑤　　％

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

＝　③／①　⑥　　％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

＝　④／①　⑦　　％

［記載上の注意点］

１　「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。

２　「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

３　「①」における期間は、前年の４月１日から当年の３月 31 日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、１年に満たない場合は、その届出日以降から当年の３月 31 日までの期間の結果について記入すること。

様式６

小児科外来診療料の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

様式７

〔地域連携小児夜間・休日診療料１ / 地域連携小児夜間・休日診療料２〕の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を〇で囲むこと

１　近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

２　当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

（氏名を記入）

３　緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア　自医療機関　　イ　連携医療機関　　（いずれかに〇をつけること。）

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに〇をした場合に限る。）

［備考］

１　地域連携小児夜間・休日診療料２の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。

２　届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料２」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が６歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

様式７の２

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

１　近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

２　当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

（氏名を記入）

３　緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア　自医療機関　　イ　連携医療機関　　（いずれかに○をつけること。）

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに○をした場合に限る。）

［備考］

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。

様式７の３

院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出書添付書類

院内トリアージの体制

区　分	氏　名	職種
院内トリアージを行う 専任の医師又は専任の看護師		

［備考］

１　「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に３年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。

２　トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。

様式７の４

夜間休日救急搬送医学管理料に係る届出書

区分
ア　地域医療支援病院
イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または　共同利用型病院
エ　都道府県知事の指定する精神科救急医療機関

（届出にあたっての留意点）

１ 区分については、ア～エのいずれの区分に該当するか、○で囲うこと。

２ 届出にあたっては､都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であることが確認できる資料（様式自由）を添付すること。

様式７の５

外来リハビリテーション診療料の施設基準に係る届出添付書類

医師が緊急時に対応できる連絡体制の有無	有　・　無

※　該当する方に〇をつけること

［記載上の注意］

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の届出書の写しを添付すること。

様式７の６

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">１　放射線治療を担当する医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>医師の氏名</td><td>放射線治療の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　放射線治療を担当する専従の看護師の氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　放射線治療を担当する専従の診療放射線技師の氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する技術者の氏名等</td></tr>
<tr><td>技術者の氏名</td><td>放射線治療の経験年数</td></tr>
<tr><td></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2">５　緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制
（　　有　　・　　無　　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」の医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　「２」の専従の看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

３　「３」の専従の診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式７の７

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名（診療所又は 200 床未満の病院）	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	□
④	院外処方を行う場合の連携薬局名（診療所の場合）	
⑤	敷地内が禁煙であること	□
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	□
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	□
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	－
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	□
	地域ケア会議に年1回以上出席	□
	居宅介護支援事業所の指定	□
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	□
	介護サービス事業所の併設	□
	介護認定審査会に参加	□
	所定の研修を受講	□
	医師が介護支援専門員の資格を有している	□
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること（病院の場合）	□
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している	□
⑦-2	診療所の場合　■以下の全てを満たす	－
	時間外対応加算1の届出を行っていること	□
	常勤の医師が3名以上配置されていること	□
	在宅療養支援診療所であること	□

⑦-3	病院の場合　　■下記の全てを満たす	－
	2次救急指定病院又は救急告示病院等であること	
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

[記載上の注意]

1．研修受講した修了証の写しを添付すること。②について、平成 27 年 3 月 31 日までは適切な研修を修了したものとみなす。

2．⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。

2．⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

3．⑦-2、⑦-3 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

様式８

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が１名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有　・　無
	有　・　無

２　専任の看護師又は准看護師（１名以上いること。）

氏名

３　当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

４　その他（次の事項を満たしている場合に〇をつけること。）

ア　禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

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

様式９

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う理由
（開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。）

２　次のうち、該当するものに〇をつけ、(2)である場合には、３以降も記入すること。

(1) 地域医療支援病院　　(2) 地域医療支援病院以外の病院

３　開放病床利用率（届出前 30 日間）

（　　%）　＝　（　　名）　÷〔（　　床）　×　30 日間　〕

開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

４　病院の概要
(1) 標榜診療科名（複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。）

(2) 次のア～エのうち、該当するものに〇をつけること。

ア　当該２次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）20 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ　当該２次医療圏の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。

ウ　当該２次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）10 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ　当該２次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医　師　　名（うち常勤　　名）

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

［記載上の注意］
様式 10 を併せて添付すること。

様式 10

登録医師・歯科医師の名簿

氏　名	主たる診療科	所属医療機関			届出前の利用
		医療機関名	開設者氏名	住　所	

［記載上の注意］

１　名簿は、４の(3)の区分に係る当該医療機関と同一２次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。

２　「届出前の利用」欄については、届出前 30 日間に当該開放病床を利用したものには「〇」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

様式 11

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

１　在宅療養支援診療所の区分（次のいずれかに〇をつけること。）

（1）「第9」の1の（1）に規定する在宅療養支援診療所
（2）「第9」の1の（2）に規定する在宅療養支援診療所
（3）「第9」の1の（3）に規定する在宅療養支援診療所

２　当該診療所の在宅医療を担当する医師

常勤の医師名	①
	②
	③

３　当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関

名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		（　　）床	
②		（　　）床	
③		（　　）床	
④		（　　）床	
⑤		（　　）床	
⑥		（　　）床	
⑦		（　　）床	
⑧		（　　）床	

４　当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制
（次のいずれかに〇をつけ、医師名等を記入すること。）

⑴ 担当者が固定している場合
⑵ 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。）
・担当医師名：
・看護職員名：
・連絡先：

５　24 時間往診が可能な体制
（次のいずれかに〇をつけ、医師名等を記入すること。）

⑴ 当該診療所の担当医師名：
⑵ 連携保険医療機関の名称及び担当医師名
・名称：
・担当医師名：

６　24 時間訪問看護が可能な体制
（⑵、⑶がある場合には名称等を記入すること。）

(1) 当該診療所の担当看護職員名: (2) 連携保険医療機関の名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: (3) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先:
7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに〇をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)
(1) 当該診療所のみで確保 (2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保 ・名称: ・開設者: (3) 連携保険医療機関のみで確保 ・名称: ・開設者:
8 次の項目に対応可能である場合に〇をつけること。
(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。 (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
9 在宅療養実績加算に係る届出
(有 ・ 無)

[記載上の注意]

1 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。

2 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。

3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。

4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。

5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の4)を添付すること。

様式 11 の2

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

１　届け出る在宅療養支援病院の区分（次のいずれかに〇をつけること。）

（1）「第 14 の2」の1の（1）に規定する在宅療養支援病院
（2）「第 14 の2」の1の（2）に規定する在宅療養支援病院
（3）「第 14 の2」の1の（3）に規定する在宅療養支援病院

２　当該病院の在宅医療を担当する医師

常勤の医師名	①
	②
	③

３　当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関

名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		（　　）床	
②		（　　）床	
③		（　　）床	
④		（　　）床	
⑤		（　　）床	
⑥		（　　）床	
⑦		（　　）床	
⑧		（　　）床	

４　当該病院の許可病床数 ＿＿＿＿床

５　当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制

(1) 担当部門の連絡先：
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。）
・担当医師名：
・看護職員名：
・連絡先：

６　24 時間往診が可能な体制

当該病院の担当医師名：

７　24 時間訪問看護が可能な体制
（(2)がある場合には名称等を記入すること。）

(1) 当該病院の担当看護職員名
(2) 連携訪問看護ステーションの名称等
・名称：
・開設者：
・担当看護職員名：
・連絡先：

8　次の項目に対応可能である場合に〇をつけること。 (1)「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。 (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
9　在宅療養実績加算に係る届出
(　　有　　・　　無　　)

[記載上の注意]

1 「3」は、「第 14 の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。

2 「第 14 の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。

3 24 時間の直接連絡を受ける体制、24 時間往診が可能な体制及び 24 時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。

4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式 19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式 20)」の届出が行われているかについて留意すること。

5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書(様式 11 の4)」を添付すること。

様式11の3

（在宅療養支援診療所／在宅療養支援病院）に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

Ⅰ．直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	（　　）ヶ月

2. 合計診療患者数	（　　）名
【再掲】死亡患者数	①＋②＋③＋④ （　　）名
（1）うち医療機関以外での死亡者数	①＋② （　　）名
ア. うち自宅での死亡者数	① （　　）名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② （　　）名
（2）うち医療機関での死亡者数	③＋④ （　　）名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ （　　）名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ （　　）名

Ⅱ．直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	（1）往診	【再掲】うち緊急の往診	（2）訪問診療	（3）訪問看護（緊急を含む）
①＋②＋③ （　　）回	① （　　）回	（　　）回	② （　　）回	③ （　　）回

Ⅲ．在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	（　　）名
2. 連携する保険医療機関数	（　　）医療機関

［記入上の注意］

1　Ⅰの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。

2　Ⅰの2（1）の「うち医療機関以外のでの死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

3　Ⅰの2（2）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。

4　Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

5　Ⅲの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1（2）に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1（2）に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

様式11の３

在宅療養実績加算に係る報告書（新規・７月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

Ⅰ．直近１年間に在宅療養を担当した患者について

１．平均診療期間	（　　）ヶ月

２．合計診療患者数	（　　）名
【再掲】死亡患者数	①＋②＋③＋④ （　　）名
（１）うち医療機関以外での死亡者数	①＋② （　　）名
ア．うち自宅での死亡者数	① （　　）名
イ．うち自宅以外での死亡者数	② （　　）名
（２）うち医療機関での死亡者数	③＋④ （　　）名
ア．うち連携医療機関での死亡者数	③ （　　）名
イ．うち連携医療機関以外での死亡者数	④ （　　）名

Ⅱ．直近１年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	（１）往診	【再掲】うち緊急の往診	（２）訪問診療	（３）訪問看護（緊急を含む）
①＋②＋③ （　　）回	① （　　）回	（　　）回	② （　　）回	③ （　　）回

［記入上の注意］

1　Ⅰの１の「平均診療期間」は、患者１人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。

2　Ⅰの２（１）の「うち医療機関以外のでの死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ．うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

3　Ⅰの２（２）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。

4　Ⅱの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

様式 12

地域連携診療計画管理料・地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１．計画管理病院に係る事項

（１）地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

（２）一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料の区分		（※１７日以内であること。） （算出期間：　年　月　日～　年　月　日）	

２．連携保険医療機関に係る事項

（１）計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

大腿骨頸部骨折 連携先　（　　）件			脳卒中 連携先　（　　）件		
連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

（２）（１）の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先　（　　）件		脳卒中 連携先　（　　）件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

３．地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

大腿骨頸部骨折			脳卒中		
会合の名称	出先医療機関	開催頻度	会合の名称	出先医療機関	開催頻度

［記載上の注意］

１　計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。

２　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１２の４を参考にすること。

３　脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

様式 12 の２

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
患者氏名　　殿
病名（検査・手術名）:

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過（日又は週・月単位）	１日目	２日目	３日目	４日目		○日目	１日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						（転院基準）				（退院基準）
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置										
検査										
安静度・リハビリ（ＯＴ・ＰＴの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医						【退院時患者状態】　病院名 平成　年　月　日　主治医			

退院時の日常生活機能評価
合計点　　点

※１　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
※２　入院期間については現時点で予想されるものである。
※３　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
※４　「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。
※５　当該様式については、年に１回、毎年７月１日時点のものについて届け出ること。

様式 13

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2　ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	

［記載上の注意］

「２」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１．計画策定病院に係る事項

（１）指定等について（いずれかに〇をつける）

①がん診療連携拠点病院　・　②がん診療連携拠点病院に準じる病院

（２）がん診療の状況について

年間入院患者数	名	（内）がんによる入院患者数	日
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	（算出期間：　年　月　日～　年　月　日）	

２．連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数（病院）	連絡先

［記載上の注意］

１　２の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。

２　計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。

３　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１３の３を参考にすること。

様式13の３

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

○○○治療に関する連携計画書

様

計画策定病院（A）：　　担当医師：　　連絡先：

連携医療機関（B）：　　担当医師：　　連絡先：

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月	・・・		術後1年	・・・		術後3年	・・・			
受診予定日（又は月）		△月△日	○月○日	・・・		×月×日	・・・						
医療機関		A	B	B	B	A	B	・・・					
達成目標													
患者自覚症状	具体的な項目												
	・・・												
診察	具体的な項目												
	・・・												
検査	血液検査												
	（腫瘍マーカー等）												
	・・・												
	画像診断項目												
	・・・												
説明・指導	説明項目												
連携	診療情報の提供												

［記載上の注意］

1　示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
2　各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
3　各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
4　届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
5　当該様式については、年に１回、毎年７月１日時点のものについて届け出ること。

別紙13の5

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

認知症疾患医療センターについて(いずれかに〇をつける)

① 基幹型　・　② 地域型　・　③ その他(　　)

[記載上の注意]

認知症疾患医療センターであることを示す書類を添付すること。

様式 13 の６

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

［記載上の注意］
当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

様式 14

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　医薬品情報管理室等

場　　所		面　　積
		平方メートル
業務内容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有　・　無

２　薬学的管理指導記録

作　成　時　期	保　管　場　所

３　投薬・注射の管理状況

４　服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有　・　無

［記載上の注意］

１　「３」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。

２　別添２の様式４により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。

３　調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

様式 15

（医療機器安全管理料１
医療機器安全管理料２
医療機器安全管理料（歯科））の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

※　該当する番号を〇で囲むこと。

１　常勤の臨床工学技士の氏名	
２　医療安全管理部門の有無	有　・　無
３　医療機器安全管理責任者の氏名	
４　医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有　・　無
５　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
６　放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

［記載上の注意］

１　医療機器安全管理料１の施設基準に係る届出に当たっては、「１」、「２」、「３」、「４」を記載すること。

２　医療機器安全管理料２の施設基準に係る届出に当たっては、「５」、「６」を記載すること。

３　「１」の常勤の臨床工学技士の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

４　「５」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

５　「６」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書

１　該当するものに〇をつけること

□ 歯科治療総合医療管理料　　□ 在宅患者歯科治療総合医療管理料

２　常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

３　歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を〇で囲むこと）

職種等	氏　　名
常勤・非常勤　／　歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤　／　歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤　／　歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤　／　歯科衛生士・看護師	

４　別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との連絡調整を担当する者

氏　　名	職　種　等

５　緊急時の連絡・対応方法

６　緊急時の連携保険医療機関

① 名　　称	
② 所　在　地	
③ 開設者氏名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

（注）医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

７　当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称		装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）			
酸素			
救急蘇生キット			
その他			

様式 18

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の 1 年間の実績）

歯科訪問診療料を算定した人数　　人

歯科訪問診療料を算定した回数　　回

2. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員)	
研　修　名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

3. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を〇で囲むこと)

氏　名	常勤／非常勤
1)	常勤／非常勤
2)	常勤／非常勤
3)	常勤／非常勤

4. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制　　名で担当、交代制(有 ・ 無)

・ 担当者の氏名及び職種　・ 連絡方法・連絡先

(2)歯科訪問診療体制:対応体制　　名で担当、交代制(有 ・ 無)

・ 担当医の氏名

5. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称　(3) 担当医の氏名

(2) 開設者名　(4) 連絡先

6. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

・ 氏名、連絡先

・ 資格、主な業務内容

7. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 開設者名　(4) 担当医の氏名

(3) 所在地　(5) 連絡先

様式 18 の2

在宅療養支援歯科診療所に係る報告書

直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

1. 歯科訪問診療料

歯科訪問診療1	人	回
歯科訪問診療2	人	回
歯科訪問診療3	人	回

2. 歯科疾患在宅療養管理料

歯科疾患在宅療養管理料	人	回
口腔機能管理加算	人	回

［記載上の注意］

歯科訪問診療料及び歯科疾患在宅療養管理料の算定回数等を記載すること。

様式 19

（在宅時医学総合管理料
特定施設入居時等医学総合管理料）の施設基準に係る届出書添付書類

1　次のいずれかに〇をつけること。 (1) 診療所（在宅療養支援診療所） (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所） (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院 (4) 在宅療養支援病院
2　「１」の(1)に〇をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式１１の１）の届出状況を記載 (1) 今回届出 (2) 既届出（届出年月）：　　年　　月
3　在宅医療を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

１　「２」の(1)に〇をつけた場合には、併せて様式 11 の１の提出が必要であること。

２　緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

様式 20

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況 (1) 今回届出 (2) 既届出：平成　　年　　月　　日
2　担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者） (1) 医　師 (2) 看護師
3　当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去１か月間） □　入院患者数（延べ患者数）　　名 □　外来患者数（延べ患者数）　　名 □　往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）　　名

［記載上の注意］

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

様式 20 の２

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　緊急時に入院できる体制（次のいずれかに〇をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）
(1) 当該医療機関のみで確保
(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保
・名称：
・開設者：
(3) 連携保険医療機関のみで確保
・名称：
・開設者：

２　当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに〇をつけ、医師名等を記入すること。）
(1) 担当者が固定している場合
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）
・担当医師名：
・看護職員名：
・臨床工学技士名：
・連絡先：

[記載上の注意]
緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。

様式２０の３

在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２の施設基準に係る届出書添付書類

（１緩和ケア及び２褥瘡ケアの届出を行うものに〇をつけること。）

１　緩和ケアに係る専門研修

氏　　名	他の専従要件	所属部署・診療科等

２　褥瘡ケアに係る専門研修

氏　　名	他の専従要件	所属部署・診療科等

［記載上の注意］

１　１及び２の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

様式20の4

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該病院の許可病床数 ＿＿＿＿床
2　当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制
(1) 担当者が固定している場合: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。） ・担当者名: ・連絡先:
3　次の項目に対応可能である場合に〇をつけること。 (1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が 24 時間可能な体制を確保している。 (2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。 (3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。

［記載上の注意］

1　24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。

2　様式●の2を添付して届出を行うこと。

様式20の5

在宅療養後方支援病院に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

Ⅰ．全般

1．許可病床数	（　　）床
2．計算期間	年　月 ～　年　月

Ⅱ．直近1年間の入院希望患者の推移について

1．新規入院希望患者数	（　　）名
2．入院希望を取り下げた患者数（死亡を含む）	（　　）名
3．現在の入院希望患者数	（　　）名

Ⅱ．直近1年間の受入状況について

①（＝②＋③＋④） 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 （連携医療機関）	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、他医療機関へ紹介した回数
（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回
（　　）名	（　　）名	（　　）名	（　　）名	（　　）名

Ⅲ．直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	②（＝③＋④＋⑤＋⑥） 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 （同一建物居住者以外）	⑤ 訪問診療 （同一建物居住者・特定施設）	⑥ 訪問診療 （同一建物居住者・特定施設以外）
（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回	（　　）回
（　　）名	（　　）名	（　　）名	（　　）名	（　　）名	（　　）名

Ⅳ．連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	（　　）医療機関

［記入上の注意］

1　Ⅱの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206　在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。

2　Ⅲの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

様式20の6

入院希望の届出に関する様式の例

説明日＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者＿＿＿＿＿＿＿＿

【緊急時の受入を希望する医療機関名】は、【患者氏名】さんが在宅療養中に緊急対応が必要になった場合に、【在宅医療を担当している医療機関名】からの連絡に基づき、24 時間いつでも診療を行います。また、その際に入院が必要となった場合は、原則として当院で入院治療を行います。万一、当院で入院治療が行えない場合は、当院が適切な医療機関へ紹介します。

なお、緊急時の対応をスムーズに行うことを目的として、【在宅医療を担当している医療機関名】と【患者氏名】さんの診療情報等について情報交換を行います。

在宅医療を担当している医療機関の情報

名称＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿（担当医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿）

緊急時の受入を希望する医療機関の情報

名称＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

上記医療機関で対応ができなかった場合に搬送の可能性がある医療機関

1.＿＿＿＿＿＿＿＿2.＿＿＿＿＿＿＿＿

患者に関する情報

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

病状等＿＿＿＿＿＿＿＿

※1　本様式は、一例であるため同様の内容が含まれていればよく、医療機関の実情等に応じて適宜変更可能なものであること。ただし、その場合であっても以下の内容を含むものであること。

①当該医療機関が在宅医療を担当している医療機関からの求めに基づき、24 時間いつでも診療を行うこと

②入院が必要となった場合は、当該医療機関が入院治療を行うこと

③当該医療機関で入院治療が行えない場合は、当該医療機関が適切な医療機関へ紹介すること

④患者の診療情報について情報交換を行うこと

⑤関係医療機関や患者の情報等

※2　当該医療機関で入院治療が行えない場合に搬送の可能性がある医療機関については、患者の希望を踏まえて必要に応じて記載すること。

※3　当該医療機関は本様式の写しを保管し、在宅医療を提供する医療機関に対しても写しを交付すること。

※4　本内容に変更の必要が生じた場合は速やかに新たな様式を作成し、交付すること。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						□
						□
						□

２　在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				□
				□
				□

［記載上の注意］

１　「１」の在宅褥瘡管理者については、５年以上の医療従事の経験、及び、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

　また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。

２　「２」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

様式●の●

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

１　在宅褥瘡対策の実施状況

①　訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）	
②　①のうち、d1 以上の褥瘡を保有している患者数（褥瘡保有者数）	
③　②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数（訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）	
④　②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数	

⑤　褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の患者の訪問診療開始時の状況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

２　在宅褥瘡対策の実績

①　本管理指導料を算定した患者数と期間 （期間：　　年４月～　　年３月） （期間：　　年　月～　　年　月）※届出の変更があった場合		名
②　①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	１．ショック状態のもの	名
	２．重度の末梢循環不全のもの	名
	３．麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	４．強度の下痢が続く状態であるもの	名
	５．極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	６．褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの	名

③　②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

［記載上の注意］

１．１の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。

（１）　①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。

（２）　②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患

者数を記入する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数える。）。

（３）　③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類ｄ１以上を有する患者数を記入する（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数える。）。

（４）　④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。

（５）　⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

２．２の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

（１）　①については、１年間の算定患者数を記入すること。ただし、１名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者１名として数えることとする。

（２）　②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（１名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者１名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、１名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに１名として数えることとする（複数回答）。

（３）　③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

２．別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

３．緊急時の連絡･対応方法

４．緊急時の連携保険医療機関

(1)地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている連携保険医療機関

(1)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	調整担当者名	
	連絡方法	

(2)連携保険医療機関

(2)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	調整担当者名	
	連絡方法	

(3)連携保険医療機関

(3)	名称	
	所在地	
	電話番号	
	開設者氏名	
	歯科医師名	
	調整担当者名	
	連絡方法	

５．連携保険医療機関への診療情報の周知方法

６．緊急時の搬送体制

様式 21 の２

（主治の歯科医師→連携保険医療機関）

連携保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者氏名		性別　男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考　１．地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行なうこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行なうこと。

２．連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

様式 21 の３

（主治の歯科医師→患者）

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関
名　称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
歯科医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である（主治の歯科医師名）は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1)連携保険医療機関（地域歯科診療支援病院）

(1)	名　称	
	所　在　地	
	担当歯科医氏名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(2)連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名　称	
	所　在　地	
	担　当　医　氏　名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

(3)連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名　称	
	所　在　地	
	担　当　医　氏　名	
	調整担当者氏名	
	緊急連絡先電話番号	

様式21の4

在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類

直近３ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

１．歯科訪問診療料の算定実績

歯科訪問診療1	①	人	回
歯科訪問診療2	②	人	回
歯科訪問診療3	③	人	回

２．月平均患者数：（①＋②＋③）／３

＿＿＿＿＿＿ 人

３．歯科訪問診療１算定割合：①／（①＋②＋③）×100%

＿＿＿＿＿＿ %

［記載上の注意］

① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 22

（造血器腫瘍遺伝子検査
検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ））の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名	
2　常勤の臨床検査技師の人数　　名	
3　当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4　臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している　・　実施していない	
5　参加している外部の精度管理事業の名称	
6　臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有　・　無	

[記載上の注意]

1　「1」の常勤医師の経歴（臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。

2　「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料（従事者の勤務状況など具体的にわかるもの）を添付すること。

3　「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。

4　「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料（実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの）を添付すること。

5　「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

様式 22 の２

（ＨＰＶ核酸検出
ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定））

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　産婦人科の経験を５年以上有した常勤の医師の氏名等	医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
		年
		年

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

様式 23

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を３年以上有する常勤医師に係る事項	
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数
	年
2　当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上） 件	

［記載上の注意］

１　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

２　「２」については、１月から 12 月までの件数（新規届出の場合は届出前３か月間の件数（５例以上）） を記入すること。

様式 24

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

２　担当医師の状況

(1)　５年以上の循環器科の経験を有する医師

（医師名）　（当該診療科の経験年数）

（常　勤）　年

年

（非常勤）　年

年

(2)　５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師

（常　勤）　年

年

（非常勤）　年

年

(3)　５年以上の麻酔科の経験を有する医師

（常　勤）　年

年

（非常勤）　年

年

３　連携保険医療機関

(1)　近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名

(2)　５年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名

（医師名）　（当該診療科の経験年数）

（常　勤）　年

年

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

２　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「３」を記載すること。

様式24の２

［・心臓ペースメーカー指導管理料（植込型移行期加算）
・植込型心電図検査
・植込型心電図記録計移植術
・植込型心電図記録計摘出術］の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に〇をつけること。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関 （該当する区分の全てに〇をつけること。）
【心臓ペースメーカー指導管理料（植込型移行期加算）に関する事項】 １　植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの） ２　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 【植込型心電図検査、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する事項】 １　ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 ２　両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術 ３　植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術 ４　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

様式 24 の３

心臓超音波検査胎児心エコー法の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科</td></tr>
<tr><td colspan="4">２　産婦人科、循環器内科又は小児科の経験を５年以上有するとともに当該検査を 20 例以上の経験を有する医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>医師の氏名</td><td>経験年数</td><td>経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="6">３　産婦人科、循環器内科又は小児科の常勤医師の氏名等（産婦人科の場合は、２名以上）</td><td>診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">４　倫理委員会の設置状況</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

２　「２」については、医師が経験した当該検査の症例数がわかる書類を添付すること。

３　「３」については、産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

様式 24 の４

人工膵臓の施設基準に係る届出書添付書類

当該検査用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室	平方ﾒｰﾄﾙ
緊急検査が可能な検査体制	有・無

担当医師の状況	
常時(午前０時より午後12時までの間)待機医師	日勤　　名　当直　　名 その他（　　）　　名
５年以上の経験を有する医師	常勤　　名　非常勤　　名

当該医療機関内で常時(午前０時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等	
生化学的検査	
血液学的検査	
微生物学的検査	
画像診断	
病理学的検査	

臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制		
	人数	勤務形態
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
糖尿病管理患者数	実患者数	算定期間
	名	年　月　日　～　年　月　日

［記載上の注意］

１　「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

２　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式 24 の５

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　常勤医師の氏名及び経験年数	
常勤医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
３　持続皮下インスリン注入療法に係る実績	
新規導入患者数（過去一年間）	名
通院患者数	名

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも５年以上の経験を有すること。また、その経験年数及び実績のわかるものを添付すること。

２　「３」の新規導入患者数は当該保険医療機関における１年間の実績を記入すること。

３　「３」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。

様式 24 の６

時間内歩行試験の施設基準に係る届出書添付書類

１　当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等

医師の氏名及び所属部署	経験年数等

２　当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	（一般的名称）	（承認番号）
・ 生化学的検査（血液ガス分析）		
・ 画像診断（単純撮影（胸部））		

３　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

［記載上の注意］

「１」の医師の経歴（当該検査の経験及び循環器内科又は呼吸器内科の経験の状況がわかるもの）を添付すること。

様式 24 の 7

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を５年以上有する常勤の医師の氏名等		
診療科	医師の氏名	経験年数
		年

2　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要
（　　有　　・　　無　　） （概要）

［記載上の注意］

「１」の医師の経歴（当該検査の経験及び神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験の状況がわかるもの）を添付すること。

様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
２　常勤医師の氏名

[記載上の注意]

１　「１」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。

２　「２」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 26

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の
施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別　・新　規　届　出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再　度　の　届　出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・機器増設による届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） 2　届出年月日　　平成　　年　　月　　日
3　施設共同利用率の算定 ①　当該検査機器を使用した全患者数　　名 ②　当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数　　名 ③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　　名 ④　施設共同利用率 ＝ （②－③）／（①－③）×１００％ ＝　　％

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定めるところによるものであること。

２　「３」の④による施設利用率が２０％以上であること。

なお、２０％未満である場合には、それぞれの所定点数の８０／１００に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

様式 26 の２

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

１　光トポグラフィーを算定するための届出等

（１）届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

①　第 25 の２の１に規定するもの（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合）

②　第 25 の２の２に規定するもの（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合）

③　第 25 の２の３に規定するもの（適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなるもの）

（２）　届出種別

・新　規　届　出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再　度　の　届　出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・機器増設による届出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

（３）　届出年月日　　平成　　年　　月　　日

（４）　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

（５）　当該療法を５例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（２名以上）

診療科名	氏　名	当該療法の経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療センターが実施している研修の　修了の有無（１名以上）
		例		有　・　無
		例		有　・　無
		例		有　・　無

（６）　神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏　　名

（７）常勤の臨床検査技師の氏名	
（８）　保守管理の計画	有　・　無

（９）　当該保険医療機関における精神科電気痙攣療法の実施症例数（５例以上）	例

（１０）　施設共同利用率の算定

①　当該検査機器を使用した全患者数　＿＿＿＿名

②　当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数　＿＿＿＿名

③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　＿＿＿＿名

④　施設共同利用率　＝　（②－③）／（①－③）×１００％

＝　　％

２　「イ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

<table>
<tr><td>（1）</td><td colspan="2">精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択</td><td>□ 常時対応型精神科救急医療施設
□ 身体合併症対応施設
□ 地域搬送受入対応施設
□ 身体合併症後方搬送対応施設</td></tr>
<tr><td rowspan="5">（2）</td><td colspan="2">精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択</td><td>□ 輪番対応型精神科救急医療施設
□ 協力施設</td></tr>
<tr><td colspan="2">① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数</td><td>件（≧4件）</td></tr>
<tr><td>①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数</td><td>件（≧1件）</td></tr>
<tr><td colspan="2">② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数</td><td>件（≧10 件）</td></tr>
<tr><td>②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。</td><td>件</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（3）</td><td colspan="2">③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数</td><td>回（≧6回）</td></tr>
<tr><td colspan="2">④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数</td><td>回（≧1回）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］
１　「１」の（２）及び（10）は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定める共同利用率に係るものであること。
２　「Ｄ２３６－２」の「１」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する保険医療機関は、「１」の（１）、（２）、（３）及び（10）のみを記載すること。
３　「１」の（５）、（６）及び（７）の職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。
４　「１」の（５）及び（９）については当該症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
５　「１」の（５）の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
６　「１」の（８）について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
７　「１」の（10）について
（１）　④による施設利用率が２０％以上であること。
（２）　２０％未満である場合には、それぞれの所定点数の８０／１００に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
（３）　「Ｄ２３６－２」の「１」脳外科手術の術前検査に使用するものと「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。

７　「イ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の（1）、（2）又は（3）のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、（2）の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、（3）の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式 26 の３

光トポグラフィーに係る報告書

１　概要（当該検査を実施した者全員について、合計したものを記載すること）

（１）　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するために実施した光トポグラフィーの年間実施件数	件
（２） ①（１）のうち、当該検査後にうつ病と診断した者の数	例
（２） ②（１）のうち、当該検査後に双極性障害と診断した者の数	例
（２） ③（１）のうち、当該検査後に統合失調症と診断した者の数	例
（２） ④（１）のうち、当該検査後に、（２）①から③までに該当しなかった者の数	例

２　詳細　（当該検査を実施した者全員について記載すること）

実施年月日	検査前診断名	患者性別	患者年齢	検査後診断名

［記載上の注意］

「Ｄ２３６－２」の「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者についてのみ記載すること。

様式 27

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

３年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	脳磁図の経験年数
	年

［記載上の注意］

３年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

様式 28

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2　神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科	当該診療科の経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年

［記載上の注意］

1　「２」の常勤医師の経歴（研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

2　当該検査を施行する医師全て（常勤非常勤に係わらず）について提出すること。

様式 29

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。	
２　補聴器適合検査に関する所定の研修を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤医師の氏名	
当該検査を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置	
騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置	
補聴器周波数特性測定装置	

［記載上の注意］

「２」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 29 の２

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
２　当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名

［記載上の注意］

「２」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 30

コンタクトレンズ検査料１の施設基準に係る届出添付書

<table>
<tr><td>１　外来患者の数</td><td>①</td></tr>
<tr><td>２　コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数</td><td>②</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合
②／①　×１００％　＝　　％</td></tr>
<tr><td colspan="2">４　眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等
<table><tr><td>氏　名</td><td>経験年数</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="2">５　その他（次の事項のうち該当するものに〇をつけること）</td></tr>
<tr><td colspan="2">ア　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が３０％未満</td></tr>
<tr><td colspan="2">イ　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が４０％未満、かつ眼科診療を専ら担当する常勤医師が勤務している</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「１」は、届出前１年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均 500 件を超える場合は、届出前６月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。

２　「２」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。

３　外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。

４　「４」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。

様式 31

小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　１０年以上の小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を有する小児科の常勤医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数

３　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

［記載上の注意］

「２」の常勤医師の経歴（小児食物アレルギーの診断及び治療経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の 2

内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2　薬疹の診断及び治療の経験を 10 年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師の氏名等
（１名以上）

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

3　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

［記載上の注意］
「２」の常勤医師の経歴（薬疹の診断及び治療の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の３

センチネルリンパ節生検の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）</td><td colspan="2">１　併用法　　２　単独法</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有するとともに乳がんセンチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有する医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>氏　　名</td><td>経験年数</td><td>経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td rowspan="6">４　乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（２名以上）</td><td colspan="2">診療科名</td><td>常勤医師の氏名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">５　放射線科の常勤医師の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">６　麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>７　病理部門の病理医氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の「２単独法」のうち色素のみによるものを届出る場合、「５」の記載は不要であること。

２　「３」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

３　「３」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

５　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 32

画像診断管理加算１
画像診断管理加算２ の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科 （施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	

２　画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	経験年数

３　核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る事項

	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	①　件	件
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	②　件	件

４　核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項

	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
核医学診断	③　件
コンピューター断層診断	④　件

読影結果が翌診療日までに読影されている率　＝　（③＋④）／（①＋②）×100%

＝　　%

５　当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

２　「２」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。

３　「３」及び「４」については、届出前３か月間の件数を記入すること。

４　画像診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」及び「４」は記載する必要はないこと。

様式 33

（歯科画像診断管理加算１
歯科画像診断管理加算２）の施設基準届出書添付書類

１　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等
２　画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（１名以上）
３　地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日 平成　　年　　月　　日
４　歯科用３次元エックス線断層撮影に係る事項

当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
①　　件	②　　件	③　　件

読影結果が翌診療日までに読影されている率　＝　＿＿＿＿＿％
（③／①×100％）

５　当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無

［記載上の注意］

１　「２」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

２　「４」については、届出前３か月間の件数を記入すること。

３　歯科画像診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「４」は記載する必要はないこと。

様式 34

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3　受信側の保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称
2　画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（　1　2　）の届出年月日（　　年　　月　　日）
3　病院の種類（該当するものに○をつけること。） ・特定機能病院　　承認年月日　　年　　月　　日 ・臨床研修指定病院　　指定年月日　　年　　月　　日 ・へき地医療拠点病院　　指定年月日　　年　　月　　日 ・へき地中核病院　　指定年月日　　年　　月　　日 ・へき地医療支援病院　　指定年月日　　年　　月　　日
4　画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

［記載上の注意］

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式 35

遠隔画像診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3　受診側の保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称	
2　画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出年月日　（　　年　　月　　日）	
3　地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日	平成　　年　　月　　日
4　画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

［記載上の注意］

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式 36

（ポジトロン断層撮影
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
乳房用ポジトロン断層撮影）

の施設基準に係る
届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　届出種別　・新　規　届　出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再　度　の　届　出（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・機器増設による届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
2　当該画像診断の従事者に係る事項		
３年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数
		年
ＰＥＴ製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	診断撮影機器
3　施設共同利用率に係る事項 ①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数　　名 ②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数　　名 ③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数　　名 ④　施設共同利用率 ＝ （②－③）／（①－③）×１００％　＝　　％		
4　施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関　（該当するものを〇で囲むこと。） 1　特定機能病院 2　がん診療連携拠点病院 3　国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関		

［記載上の注意］

1　「１」は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定めるところによるものであること。

2　「１」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること

3　「３」については、施設共同利用率が２０％以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「４」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

様式 37

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出書添付書類

１　撮影に使用する機器について （使用する機器に〇印をつける） ・64列以上のマルチスライスＣＴ ・16列以上64列未満のマルチスライスＣＴ ・４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ ・ＭＲＩ（３テスラ以上） ・ＭＲＩ（１．５テスラ以上３テスラ未満）
２　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 （ＭＲＩの場合はテスラ数も記載すること。） （機種名） （型　番） （メーカー名） （テスラ数等）

３　保守管理計画の有無	有　・　無
４　安全管理責任者の氏名	
５　画像診断管理加算２の届出の有無	有　・　無
６　専従の診療放射線技師の氏名	

［記載上の注意］

１　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。

２　「１」及び「２」については、機器ごとに記載すること。

３　使用するＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

４　64 列以上のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）を届出する場合は、「５」及び「６」についても必ず記載すること。

様式 38

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算
冠動脈ＣＴ撮影加算
外傷全身ＣＴ加算
心臓ＭＲＩ撮影加算
大腸ＣＴ撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　撮影に使用する機器について
（使用する機器に〇印をつける）

・マルチスライスＣＴ
（　６４列以上　　１６列以上６４列未満　）
・ＭＲＩ
（　３テスラ以上　　１．５テスラ以上３テスラ未満　　）

２　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
（ＣＴの場合は列数、ＭＲＩの場合はテスラ数を記載すること。）

（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（列数又はテスラ数）

４　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年

５　画像診断管理加算２の施設基準への該当性の有無	有　・　無
６　救命救急入院料の届出の有無	有　・　無

［記載上の注意］
１　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
２　「２」については、機器ごとに記載すること。
３　「４」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
４　「５」については、冠動脈ＣＴ撮影加算又は心臓ＭＲＩ加算を届け出る場合に記載すること。
５　「６」については、外傷全身ＣＴ加算を届け出る場合に記載すること。

様式 38

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算
冠動脈ＣＴ撮影加算
外傷全身ＣＴ加算
心臓ＭＲＩ撮影加算
大腸ＣＴ撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　撮影に使用する機器について
（使用する機器に〇印をつける）

・マルチスライスＣＴ
（　６４列以上　　１６列以上６４列未満　）
・ＭＲＩ
（　３テスラ以上　　１．５テスラ以上３テスラ未満　　）

２　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
（ＣＴの場合は列数、ＭＲＩの場合はテスラ数を記載すること。）

（機種名）

（型　番）

（メーカー名）

（列数又はテスラ数）

４　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年

５　画像診断管理加算２の施設基準への該当性の有無

有　・　無

６　救命救急入院料の届出の有無

有　・　無

［記載上の注意］

１　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
２　「２」については、機器ごとに記載すること。
３　「４」については、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
４　「５」については、冠動脈ＣＴ撮影加算又は心臓ＭＲＩ加算を届け出る場合に記載すること。
５　「６」については外傷全身ＣＴ加算を届け出る場合に記載すること。

様式 38 の２

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		

［記載上の注意］

１　届出に当たっては、医師は、５年以上の化学療法の経験を有する者であること。

２　常勤医師の経歴、勤務状況を添付すること。

様式 39

外来化学療法加算１
外来化学療法加算２ の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

<table>
<tr><td rowspan="2">１　専用の治療室</td><td colspan="2">専用の治療室の面積　　平方メートル</td></tr>
<tr><td colspan="2">専用の病床数　　床</td></tr>
<tr><td rowspan="2">２　当該化学療法の専任の常勤医師の氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">３　当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">４　当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>５　急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制</td><td>自院における体制
可　・　不可</td><td>（不可の場合、連携保険医療機関名）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

２　外来化学療法加算１の施設基準に係る届出に当たっては、「２」の医師、「３」の看護師及び「４」の薬剤師は、５年以上の化学療法の経験を有する者であること。

３　「２」については、外来化学療法加算１に係る届出の場合のみ記入すること。

４　外来化学療法加算１の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

様式 40

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">薬剤師</td><td>常　勤（２名以上）　　名</td><td>非常勤　　名</td></tr>
<tr><td colspan="3">無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積
（５平方メートル以上）</td><td>平方ﾒｰﾄﾙ</td></tr>
<tr><td rowspan="4">無菌処理施設</td><td colspan="3">１　無菌室
２　クリーンベンチ
３　安全キャビネット　　（番号に〇をつけること。）</td></tr>
<tr><td>形　式　・　規　格</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>空気清浄度、集塵効率等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>台　数　等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>無菌製剤処理用器具・備品等の一覧</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

２　調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

様式 41

心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）
心大血管疾患リハビリテーション（Ⅱ）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

標榜診療科		循環器科　・　心臓血管外科				
緊急時に備える体制		１．救命救急入院料の届出が受理されている。 ２．特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 ３．緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名				
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名
		非専任	名		非専任	名
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
専用の機能訓練室の面積		平方メートル				

専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）	
酸素供給装置	
除細動器	
心電図モニター装置	
トレッドミル	
エルゴメーター	
血圧計	
救急カート	
運動負荷試験装置	
その他	

初期加算届出の有無 （該当するものに〇）	有　・　無
リハビリテーション科の医師の氏名	

［記載上の注意］

１　運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。

２　「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。

３　「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

４　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

５　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

６　その他、当該届出を行うに当たっては、次の用件を満たす必要があること。

・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

７「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

様式 42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 （該当するものに○）	（　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ） （　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅱ） （　）脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅲ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅰ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅱ） （　）運動器リハビリテーション（Ⅲ） （　）呼吸器リハビリテーション（Ⅰ） （　）呼吸器リハビリテーション（Ⅱ）

従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名

治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積	平方ﾒｰﾄﾙ

当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧

初期加算届出の有無 （該当するものに○）	有　・　無
リハビリテーション科の医師の氏名	

［記載上の注意］

１　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

２　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

３　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。

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

・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

４　「初期加算届出の有無」欄について、有に〇をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

（別紙様式４２－２）

廃用症候群に係る実績報告書

都道府県名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①　１年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数		名
②　うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数		名
③　廃用症候群リハビリテーションの割合（②/①）		%
④　廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数		単位
⑤　廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数		単位
⑥　廃用をもたらすに至った要因（疾病コード）	1	
	2	
	3	

［記載上の注意］

1「①」の期間については、平成25年７月１日から平成26年６月30日までとする。

2　廃用症候群に係る実績等を算出する際には、月ごとの評価に用いている「別紙様式22　廃用症候群に係る評価表」を参考にすること。

3「⑥」の廃用をもたらすに至った要因は、新規算定患者についての「別紙様式22　廃用症候群に係る評価表」の項目2に記載された要因のうち、最も多い疾病コードの順から記載すること。

様式４２の３

脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る届出添付書類

１．次の区分のうち、指定を受けている介護保険サービスに○をつけ、指定年月日、指定番号を記入のこと。

介護保険サービス名		指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成　　年　　月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成　　年　　月	

２．過去１年間の提供実績

（算出期間：平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

介護保険サービス名		提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
合計		人

[記載上の注意]

１．指定については、介護保険法第７１条に定める指定居宅サービス事業者の特例（みなし指定）による指定も含む。

２．通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定もしくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

様式 43

（難病患者リハビリテーション
障害児（者）リハビリテーション）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

従事者	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル					

当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧

訓練マットとその付属品　　姿勢矯正用鏡　　車椅子　　各種杖
各種測定用器具（角度計、 握力計）　その他（　　）

障害児(者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧

- 児童福祉法第４３条の３に規定する肢体不自由児施設
- 児童福祉法第４３条の４に規定する重度心身障害児施設
- 児童福祉法第７条第６項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
- リハビリテーションを実施している患者のうち、概ね８割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関

［記載上の注意］

１　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

２　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

３　「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（　）に記入すること。

４　「障害児(者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。

５　その他、障害児(者）リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。

・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね８割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）　Ａ	名	
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数Ｂ	名	患者数
（再掲）		算出期間
脳性麻痺	名	年
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害	名	月　日
顎・口蓋の先天異常	名	～
先天性の体幹四肢の奇形又は変形	名	年
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症	名	月　日
先天性又は進行性の神経筋疾患	名	
神経障害による麻痺及び後遺症	名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害	名	
当該施設における障害児（者）患者の割合　Ｂ／Ａ	%	

①　Ａは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を１単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
②　Ｂは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
③　平均患者数算出期間は届出の直近１か月とする。

様式43の３

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
運動器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
呼吸器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
障害児（者）リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料
精神科作業療法
精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア
精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア</td></tr>
<tr><td rowspan="4">経験を有する職員</td><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従事者数</td><td rowspan="2">医師</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専任</td><td>名</td><td>非専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="8">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

２　経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

３　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。

４　当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式43の２

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3">当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
運動器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
呼吸器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
障害児（者）リハビリテーション料</td></tr>
<tr><td rowspan="10">経験を有する職員</td><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">リハビリテーションに係る経験</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">リハビリテーションに係る経験</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">経験を有する常勤専従職員氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">職種</td><td colspan="2">理学療法士
作業療法士
言語聴覚士</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん患者リハビリテーションの研修</td><td colspan="2">あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従事者数</td><td rowspan="2">医師</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専任</td><td>名</td><td>非専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">専用施設の面積</td><td>専用施設面積</td><td colspan="5">平方メートル</td></tr>
<tr><td>言語聴覚療法専用施設の面積</td><td colspan="5">平方メートル</td></tr>
<tr><td colspan="8">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

２　経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

３　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

様式 43 の３

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3">当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
運動器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
呼吸器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
障害児（者）リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料
精神科作業療法
精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア
精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア</td></tr>
<tr><td rowspan="4">経験を有する職員</td><td colspan="2" rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="10">従事者数</td><td rowspan="2">医師</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専任</td><td>名</td><td>非専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="9">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="9"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

1　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。

2　経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

3　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。

4　当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式43の３

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">心大血管疾患リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
運動器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
呼吸器リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ
障害児（者）リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料
精神科作業療法
精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア
精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア</td></tr>
<tr><td rowspan="4">経験を有する職員</td><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専任の常勤医師の氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>リハビリテーションに係る経験</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td>がん患者リハビリテーションの研修</td><td>あり・なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従事者数</td><td rowspan="2">医師</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専任</td><td>名</td><td>非専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">理学療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">作業療法士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="8">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

２　経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

３　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。

４　当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式 43 の４

（経口摂取回復促進加算
胃瘻造設術
胃瘻造設時嚥下機能評価加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
２　常勤の言語聴覚士の人数　　専従　　名　　非専従　　名		
３　胃瘻造設術の年間症例数		例
４　経口摂取回復率		
①	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
	Ａ＝①＋②	人
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日からから起算して１年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	①に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行だった患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要だった患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要だった患者	人
	Ｂ＝③＋④＋⑤＋⑥＋⑦＋⑧	人
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
（⑨－　Ｂ）／（Ａ－Ｂ）＝　　割　　分		
５　自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている （　該当する　・　該当しない　） ※　３の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者及び顔面外傷により嚥下が困難な患者を除く。		

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（９）に定めるところによるものであること。

２　経口摂取回復促進加算に係る届出を行う場合は、「２」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を添付すること。また、「２」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載す

る必要はないこと。

３　「４」及び「５」は「３」の年間症例数が 50 例以上の場合に記載すること。

４　「４」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。

ア　鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

イ　胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術または胃瘻閉鎖術を実施した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

５　「４」の①及び②に該当する患者の一覧を様式 43 の５により提出すること。

６　「５」は、経口摂取回復促進加算の届出の際は記載する必要はないこと。

様式 43 の５

経口摂取回復率の算出に係る症例一覧

鼻腔栄養又は胃瘻造設の実施年月日	自院実施患者紹介患者の別（〇をつける）	患者性別	患者年齢	様式71の３③～⑧のいずれに該当するか※１	自院における摂食機能療法の有無	経口摂取回復の有無（有の場合は年月日も記載※２）	鼻腔栄養又は胃瘻造設が必要となる理由（病名）
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						
	自院・紹介						

［記載上の注意］

※１　③～⑧に該当する場合のみ該当する番号を記載する。さらに、③の場合は、死亡した年月日を記載する。⑤の場合は、紹介された年月日を記載する。

※２　経鼻経管を抜去した年月日又は胃瘻を抜去若しくは閉鎖した年月日を記載する。（抜去又は閉鎖した日から少なくとも１ヶ月は栄養方法が経口摂取のみであることを確認すること。）

様式44

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3">当該施設にて算定している
リハビリテーション料
（該当するものに〇）</td><td colspan="6">脳血管疾患等リハビリテーション料　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ
障害児（者）リハビリテーション料</td></tr>
<tr><td rowspan="4">従事者数</td><td rowspan="2">医師</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専任</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専任</td><td>名</td><td>非専任</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">言語聴覚士</td><td rowspan="2">常勤</td><td>専従</td><td>名</td><td rowspan="2">非常勤</td><td>専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td>非専従</td><td>名</td><td>非専従</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">専用施設の面積</td><td>集団療法室</td><td colspan="5">平方メートル</td></tr>
<tr><td>個別療法室との兼用状況
（該当するものに〇）</td><td colspan="5">共通　・　独立　・　個別療法室なし</td></tr>
<tr><td colspan="8">当該療法を行うための器械・器具の一覧</td></tr>
<tr><td colspan="8"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。

２　個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が１室でもある場合については「共通」を選択すること。

様式44の２

リハビリテーション従事者の名簿

No	氏名	職種	常勤 非常勤	専従・専任												経験
				ADL維持向上等体制加算	回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟	心大血管	脳血管疾患、運動器又は障害児（者）	呼吸器	摂食機能	難病患者	集団ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	がん患者	認知症患者	ADL維持向上等体制加算	
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													
		医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他	常勤 非常勤													

[記載上の注意]

1　当該医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある者は介護保険のリハビリテーションの従事者であっても記載すること。

2　職種の欄におけるその他とは、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)に規定される適切な研修を修了した準看護師等のことをいう。

3　専従者、専任者については、当該従事者が担当するリハビリテーション区分の全てについて、専従であれば◎、専任であれば●を記載すること。

4　各リハビリテーションに規定される、経験を有する者については、「経験」欄に経験を有する又は研修を修了したリハビリテーション名を記載すること。

5 地域包括ケア病棟には地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を含む病棟が含まれる

様式44の3

（認知療法・認知行動療法1 / 認知療法・認知行動療法2）の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
指定番号	
研修受講の有無	有　・　無
研修の名称	ア　認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ　その他（名称　　）

2　認知療法・認知行動療法1の実績に係る要件

（1）	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回（≧1回）
（2）	①＋②＋③	回（≧6回）
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール等）に協力した回数	回
	②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数	回
	③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
（3）	④所属する保険医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有　・　無
	⑤所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有　・　無

［記載上の注意］

1　医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。

2　研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。

3　認知療法・認知行動療法1を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の（1）、（2）又は（3）のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、（3）の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式〇〇

歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準届出書添付書類

１　当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

２　当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

［記載上の注意］

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）装置を設置していない医療機関にあっては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

様式 45

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専　従	名	非常勤	専　従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方ﾒｰﾄﾙ				

当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧	
手工芸	
木　工	
印　刷	
日常生活動作	
農耕又は園芸	

病院の種別（該当する方に〇をつけること。）

・精神科病院

・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院

［記載上の注意］

１　当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。

２　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

様式 46

精神科［　　］ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	精神保健福祉士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨床心理技術者等	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄養士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護補助者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方ﾒｰﾄﾙ 患者１人当たり　平方ﾒｰﾄﾙ					

〔記載上の注意〕

１　［　］内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。

２　当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・精神科医師
・作業療法士
・看護師
・臨床心理技術者
・精神保健福祉士
・栄養士
・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師

３　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1　統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	
2　統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3　副作用発現時に対応するための体制の概要	

様式 47

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従事者数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 （職名：　　） （職名：　　）	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積　　平方メートル （患者１人当たり　　平方メートル）
専用の器械・器具

［記載上の注意］

１　重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

２　届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。

３　届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

様式 47 の2

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出書添付書類

１　連携する訪問看護ステーションについて
（次のいずれかの□にＶをつけたうえで記入すること。）

□　連携する訪問看護ステーションなし
□　連携する訪問看護ステーションあり（　特別の関係である　・　特別の関係でない　）
・名称　：
・開設者　：
※24 時間対応体制加算の届出をおこなっている訪問看護ステーションであること

２　チーム構成員
（同じ職種が複数名いる場合においては、全ての構成員を記載すること。また、当該チームに専従の者については専従欄に〇を記入すること。）

職種	氏名	所属施設名	専従
精神保健指定医			
保健師又は看護師			
作業療法士			
精神保健福祉士			
その他			

３　当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制

・担当者名　：

４　24 時間往診が可能な体制

・当該保険医医療機関の担当医師名　：

５　24 時間精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導が可能な体制
（次のいずれかの□にＶをつけたうえでを記入すること。）

□　連携する訪問看護ステーションなし
・当該保険医療機関の担当者名　：
□　連携する訪問看護ステーションあり

6　都道府県等に協力し診察業務等行った回数	回（≧1回）
7　①＋②＋③	回（≧6回）
①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール等）に協力した回数	回
②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数	回
③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
8 ④ 時間外対応加算1の届出の有無	有　・　無
⑤ 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有　・　無

［記載上の注意］

1. 「1」について、連携する訪問看護ステーションがある場合には、「連携する訪問看護ステーションあり」をチェックしたうえで、特別の関係についていずれかを丸で囲み、名称及び開設者を記入すること。また、当該連携する訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。
2. 「2」について、チーム構成員のいずれか1名以上は、届出を行う保険医療機関において専従であること。また、連携する訪問看護ステーションがある場合には、チーム構成員に連携する訪問看護ステーションの保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を1名以上含むこと。
3. 「3」から「5」については、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、主な担当者を記載することで差し支えない。
4. 「6」および「7」については、当該保険医療機関の直近1年間の実績を記載し、全てを満たすこと。「8」については、④又は⑤の要件を満たすこと。なお、実績等については、紹介に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式 48

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の精神保健指定医の氏名 （ 指 定 番 号 ）	（ ）
行動制限最小化に係る委員会	開催回数 （ ）回／月 参加メンバー （職種） ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る基本指針の作成日時	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 （ ）回／年

備考　行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。

様式 48 の２

（処置／手術）の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　算定診療科（算定を行う全ての診療科名を記載し、（１）～（３）のいずれの体制をとっているものであるか〇を記入すること）			
診療科名	（１）交代勤務制	（２）チーム制	（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			

２　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。（該当する・該当しない）		
３　急性期医療に関する事項　（該当する項目に〇をつけること）		
	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④災害拠点病院	
	⑤へき地医療拠点病院	
	⑥地域医療支援病院	
	⑦年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間　　名
	⑧年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間　　件
４　静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制（有　・　無　）		
５　予定手術前日において医師が当直等を実施した日数（　　日）		

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において医師が当直等を実施した日数の算出期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１　「１」について、（１）交代勤務制を実施している診療科は様式 48 の３により、（２）チーム制を実施している診療科は様式 48 の４により、（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を実施している場合は、様式 48 の５により、それぞれ詳細な実施状況を提出すること。（（３）の場合は、実施している診療科分をまとめて提出することができる。）

２　「２」については、様式 13 の２「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。

３　年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近１年間の実績を記載すること。

４　「３」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

５　「４」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添２の様式４を添付すること。

６　「５」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。（様式自由）なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。

様式 48 の３

交代勤務制の実施状況

１　実施診療科

２　当該診療科の医師の氏名等

医師の氏名	常勤・非常勤の別 （該当に〇をつける）
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤

３　交代勤務制の概要（該当するものに〇をつける）

（１）２交代制・３交代制の別

平日　　（２交代制　・　３交代制）

休日　　（２交代制　・　３交代制）

（２）夜勤者人数　　（　　名）

（３）夜勤をした場合、翌日の日勤を休日にしている　（該当する　・　該当しない）

（４）日勤から連続して夜勤を行うことがある　　（該当する　・　該当しない）

（５）（４）に該当する場合、夜勤者を２人以上とし、連続勤務者の休憩を４時間以上確保している。
（該当する　・　該当しない）

（６）夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時１列までの手術を夜勤者のみで実施している
（該当する　・　該当しない）

［記載上の注意］

１　届出前１か月の勤務計画表（勤務実績）が分かる書類及び届出前１ヶ月の当該診療科の手術の一覧（予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手（全ての医師）の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること）を添付すること。（様式自由）

２　「３」の（２）については、届出前１か月の平均を記入すること。

様式 48 の４

チーム制の実施状況

１　実施診療科	
２　当該診療科の医師の氏名等　　在籍する医師数　　名	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 （該当に〇をつける）
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤
	常勤・非常勤

３　チーム制の概要（該当するものに〇をつける）

（１）緊急呼び出し当番数

平日の夜勤時間帯　　（　　名）

休日の日中　　（　　名）

休日の夜勤時間帯　　（　　名）

（２）緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日にしている　（該当する　・　該当しない）

（３）夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている。　（該当する　・　該当しない）

４

（１）届出前１か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数（院内に呼び出した日数）＿＿＿日

（２）届出前１か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数　＿＿＿件

［記載上の注意］

１　届出前１ヶ月の緊急呼び出し当番の実績表（緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績（保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。）が分かる書類及び届出前１ヶ月の当該診療科の手術の一覧（予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手（全ての医師）の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること）を添付すること。（様式自由）

２　「３」の（１）については、届出前１か月の平均を記入すること。

様式 48 の５

医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給状況

１　実施診療科				
２　手当の内容（欄を追加することが必要な場合は、適宜追加すること）				
（１）手術	時間帯	術者	第一助手	その他の者
	時間外			
	休日			
	深夜			
（２）処置	時間帯		実施者	その他の者
	時間外			
	休日			
	深夜			

［記載上の注意］

１　就業規則に記載がある場合は、写しを添付することをもって記載にかえることができる。

２　「２」について、診療科によらず共通の場合は、「１」に実施している全ての診療科名を記載し、まとめて提出することができる。

２　「２」の（２）については、少なくとも 1,000 点以上の処置に関するものについて記載すること。

様式 49

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
（甲状腺に対するもの）

１　甲状腺の治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有する医師の氏名等（１名以上）	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
２　当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー （解像度７．５MHz以上）	

［記載上の注意］

「２」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の２

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
（副甲状腺に対するもの）

１　担当する医師に関する事項 氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 副甲状腺の治療に係る経験年数（５年以上）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年	
２　当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー （解像度７．５MHz以上）	

［記載上の注意］

「２」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の３

（透析液水質確保加算１
透析液水質確保加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
２　透析機器安全管理委員会の設置状況	有　・　無	
	職　種	氏　名
（１）　透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
（２）　透析液製造担当者の職種及び氏名		
（３）　品質管理者の職種及び氏名		
（４）　機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
３　水質検査の実施状況等		
実 施 年 月日	水質検査結果（採取部位、細菌数、エンドトキシン等）	
年　月　日		
年　月　日		

年　　月　　日	
年　　月　　日	

［記載上の注意］

１　透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。

２　品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。

３　透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

４　「３」については、届出前３ヶ月の実施状況等を記入すること。

５　透析液水質確保加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載する必要はないこと。

様式 49 の４

磁気による膀胱等刺激法の施設基準に係る届出書添付書類

	医師の氏名	診療科名	経験年数
５年以上の泌尿器科の経験又は５年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師の氏名等		科	年
		科	年
		科	年
		科	年
		科	年

［記載上の注意］

１　常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

様式49の５

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出書添付書類

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関 （該当する区分に〇をつけること。）
１　新生児特定集中治療室管理料
２　総合周産期特定集中治療室管理料

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

1　標榜診療科

2　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3　設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

様式５０の２

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の施設基準届出書添付書類

１　当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

２　当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏　　名	備　　考

３　当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概　　要	
使用する歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他（特記事項）		

［記載上の注意］

１　歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「２」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。

２　「３」の使用する歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の３

歯科技工加算の施設基準届出書添付書類

１　歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有　・　無
歯科技工に必要な機器の設置	有　・　無

２　常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

３　院内掲示の例を添付

［記載上の注意］

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図又は配置図等）を添付

様式 50 の４

皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
診療科名	氏　　名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

３　常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名
４　麻酔科標榜医の氏名		
５　病理部門の病理医氏名		

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

２　「２」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　「５」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 50 の５

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合）・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）の施設基準に係る届出書添付書類

１　　届出する区分について（該当する部分に〇印をつける）

・　組織拡張器による再建手術（一連につき）１　乳房（再建手術）の場合

（　一次再建　　二次再建　）

・　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）

（　一次一期的再建　　一次二期的再建及び二次再建　）

１　形成外科又は乳腺外科の経験を５年以上有する医師の氏名等

医師の氏名	所属する診療科名	該当する経験分野（該当部に〇印をつける）	経験年数	常勤・非常勤の区分（該当部に〇印をつける）	登録年月日
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	
	科	・形成外科 ・乳腺外科	年	・常勤 ・非常勤	

［記載上の注意］

１　「１」は、届出する区分ごとに、該当する部分全てに〇印をつけること。

２　「２」は、５年以上の形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該保険医療機関での勤務期間、形成外科又は乳腺外科の経験年数及び研修修了

登録の有無がわかるもの）を添付すること。

様式 50 の６

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数

例

３　関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	整形外科の経験年数	膝関節手術の経験症例数	関節軟骨修復術の経験症例数	所定の研修修了年月
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「２」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。また、膝関節手術又は関節軟骨修復術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「３」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・整形外科の常勤医師
・整形外科の常勤医師のうち、整形外科の経験を５年以上有している医師
・整形外科の常勤医師のうち、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例

以上術者として実施した経験を有する医師

・整形外科の常勤医師のうち、所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数、関節軟骨修復術又は膝関節手術の経験の有無及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

4　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51

腫瘍脊椎骨全摘術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2　常勤の整形外科の医師の氏名（２名以上）
常勤医師の氏名

3　脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	脊椎手術の経験症例数
	例
	例

4　当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	腫瘍脊椎骨全摘術の経験症例数
	例
	例

5　手術の際の緊急事態に対応可能な体制　　有　・　無

［記載上の注意］

１　「３」の脊椎手術とは、「Ｋ１１８」、「Ｋ１３１－２」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」及び「Ｋ１４２－２」に掲げる脊椎手術であること。

２　整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・常勤の整形外科の医師

・脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師

・当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師

３　「３」及び「４」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51 の２

頭蓋内腫瘍摘出術における脳腫瘍覚醒下マッピング加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　関係学会より認定された年月日　　平成　　年　　月　　日

４　脳神経外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	脳神経外科の経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピングの実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	

５　麻酔科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	麻酔科の経験年数	所定の研修修了年月
	年	
	年	

６　頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数　　例

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

３　「４」及び「５」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・脳神経外科の常勤医師
・脳神経外科の常勤医師のうち、脳神経外科の経験を５年以上有している医師
・脳神経外科の常勤医師のうち、５例以上の脳腫瘍覚醒下マッピングの経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、脳神経外科の経験年数及び脳腫瘍覚醒下マッピングの経験の有無がわかるもの）を添付すること。

４　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に３例以上、再度の届出の場合には実績期間内に５例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 51 の３

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　脳神経外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名等	経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
３　術中の病理検査が可能な体制	有　・　無	
４　病理部門の病理医の氏名		
５　合併症への対応の体制	有　・　無	
６　当該機器の使用管理区域	（概要）	
７　機器管理責任者の氏名等		
機器管理責任者の氏名	所定の研修修了年月日	

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

２　「２」及び「７」について、所定の研修修了証の写しを添付すること。ただし、「２」及び「７」は同一の者であってもよい。

様式 52

[　　] 検査・手術症例一覧

実施年月日	検査名・手術名	患者性別	患者年齢	主病名

様式 53

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術の施設基準に係る届出書添付書類

１　大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
２　緊急事態に対応するための体制　　有　・　無		

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師

・所定の研修を修了している大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、大腸肛門疾患の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

２　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　頭蓋骨形成手術について５例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ１名以上）

常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
			例
			例
			例

３　当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（５例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- ・常勤の形成外科の医師
- ・常勤の脳神経外科の医師
- ・当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
- ・当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
- ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を５例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師

２　「２」から「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の２

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　眼科の経験を５年以上有するとともに当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
３　眼科の常勤医師の氏名 （１名以上、「２」と重複しても可）		

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。

２　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

様式 54 の３

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（当該手術を担当する科名） 科	
２　常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
	科
	科
	科
	科
	科

３　眼科の経験を５年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として６例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の経験症例数
	年	例
	年	例

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「２」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「３」の常勤医師の経歴（眼科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

５　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。

様式 54 の４

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
２　５年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	経験年数 （うち１名は５年以上の眼科の経験を有するもの）
	年
	年
	年

３　当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の実施件数（合わせ 50 例以上） 例

［記載上の注意］

１.「２」の常勤の眼科医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・眼科の常勤医師

・５年以上の眼科の経験を有する常勤医師

２.「３」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

様式 54 の５

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること） 科

３　眼科に係る10年以上の経験を有する、定められた手術を主たる術者として１年に併せて30例以上行った常勤医師の氏名等（少なくとも１名）

医師の氏名	経験年数	定められた手術の症例数
	年	例
	年	例

４　当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧

機器名（製品名）	保守管理の計画の有無
	（有　・　無）
	（有　・　無）
	（有　・　無）

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」の定められた手術とは、「Ｋ２７７－２」、「Ｋ２８０」の「1」、「Ｋ２８０」の「2」又は「Ｋ２８１」に掲げる手術であること。

３　「３」に該当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

様式 54 の６

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　常勤の眼科の医師等の氏名（２名以上、うち１名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）		
常勤医師の氏名	経験年数 （２名以上、うち１名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
３　常勤の麻酔科標榜医の氏名（１名以上）		
常勤医師の氏名		経験年数
		年
		年
４　当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10 例以上） 例		
５　緊急手術が可能な体制	有　・　無	

［記載上の注意］

１．「２」の常勤の眼科の医師及び「３」の常勤の麻酔科標榜医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・眼科の常勤医師
・麻酔科の常勤医師
・10 年以上の眼科の経験を有する常勤医師
・当該手術に熟練した医師の指導の下に、網膜再建術を３例以上実施した経験を有する常勤の眼科（10 年以上の眼科の経験を有するものに限る。）の医師

２．「３」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

３．「４」及び「５」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４．当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の７

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（２名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）の症例数
	年	例
	年	例
	年	例
３　脳神経外科の常勤医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数	
	年	
	年	
４　眼科の常勤医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数（少なくとも１名は５年以上）	
	年	
	年	
５　緊急手術が可能な体制	有　・　無	

［記載上の注意］

１．「２」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２．「２」の耳鼻咽喉科の常勤医師、「３」の脳神経外科の常勤医師及び「４」の眼

科の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・耳鼻咽喉科の常勤医師
・脳神経外科の常勤医師
・眼科の常勤医師
・５年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
・５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤医師
・５年以上の眼科の経験を有する常勤医師
・５例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤の医師

３．当該届出は、病院である保健医療機関のみ可能であること。

様式 55

（人工内耳植込術／植込型骨導補聴器移植術／植込型骨導補聴器交換術）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　内耳又は中耳に対する手術の実施数

例

4　耳鼻咽喉科の医師の氏名等（３名以上）

常勤医師の氏名	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例

5　言語聴覚療法に専従する職員の氏名（２名以上）

6　当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合

連携医療機関の名称	
開設者名	
所在地	
耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名	

言語聴覚療法に専従する職員の氏名（２名以上）

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に１５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 30 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」及び「６」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「５」及び「６」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・耳鼻咽喉科の常勤医師
・５年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
・１例以上の人工内耳植込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
・言語聴覚療法に専従する職員
・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて５例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は 下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

３　当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて５例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・常勤の形成外科の医師
・常勤の耳鼻咽喉科の医師
・当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
・当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を５例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師

２　「２」から「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の２

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネル
リンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="5">１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）</td><td colspan="3">１　乳がんセンチネルリンパ節加算１（併用法）
２　乳がんセンチネルリンパ節加算２（単独法）</td></tr>
<tr><td colspan="5">３　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術おいて乳がんセンチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有する医師の氏名等</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td colspan="2">氏　　名</td><td>経験年数</td><td>経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td>年</td><td>例</td></tr>
<tr><td rowspan="6" colspan="2">４　乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（２名以上）</td><td>診療科名</td><td colspan="2">常勤医師の氏名</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">５　放射線科の常勤医師の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2" colspan="2">６　麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">７　病理部門の病理医氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の「２　乳がんセンチネルリンパ節加算２（単独法）」のうち色素のみによるものを届け出る場合、「５」の記載は不要であること。

２　「３」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

３　「３」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

５　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の３

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて５例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（１名以上）

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は 下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例

２　当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて５例以上）

例

［記載上の注意］

１　「１」の歯科医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・常勤歯科口腔外科の歯科医師
・当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を５例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師

２　「１」から「２」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

様式 57

（同種死体肺移植術
同種心移植術
同種心肺移植術
同種死体肝移植術
同種死体膵移植術
同種死体膵腎移植術
同種死体腎移植術）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出事項を〇で囲むこと。

施　設　種　別
・移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）
・移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）
・移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）
・移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）
・移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）
・（社）日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

1　施設種別欄において選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

2　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 58

生体部分肺移植術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（当該手術を担当する科名）

科

３　肺切除術の実施数

例

４　生体部分肺移植術を担当する診療科の医師の氏名等（５名以上）

常勤医師の氏名	診療科名	臓器移植の経験症例数

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 10 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」については、次の常勤医師について記載すること。

・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師

・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間がわかるもの）を添付すること。

４　世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）	
2　届出区分 （該当するものそれぞれに〇を付すこと）	1　高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの 2　エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの
3　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
4　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 例	
5　経皮的冠動脈形成術の実施症例数 例	

6　当該診療科の医師の氏名等

医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数
		常勤　・　非常勤	年
		常勤　・　非常勤	年
		常勤　・　非常勤	年
		常勤　・　非常勤	年

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「４」及び「５」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が 15 例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が 30 例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が 200 例以上が必要であること。また、開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「６」は、次の従事者について記載すること。

・５年以上の循環器科の経験を有する医師

・５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59 の２

経皮的大動脈弁置換術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　緊急開心・胸部大動脈手術の実施症例数　　例

４　大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む。）の実施症例数　　例
大動脈に対するステントグラフト内挿術　　例

５　冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）の実施症例数　　例

６　経食道心エコー検査の実施症例数　　例

７　当該診療科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 10 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 5 例以上、再度の届出の場合に

は実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」は、新規届出の場合には実績期間内に冠動脈に関する血管内治療が 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

６　「７」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

７　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 59 の３

腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
３　当該手術を担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
	科
	科
	科
	科
４　常勤の麻酔科標榜医の氏名	

５　当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等

常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例

６　当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数（１）３年間における直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術（10 例以上）　　例

（２）区分番号「Ｋ552」から「Ｋ605―4」までに掲げる手術（経皮的手術、区分番号「Ｋ591」、「Ｋ596」から「Ｋ602」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）　　例

７　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「５」及び「６」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４．「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

５　「５」について、当該常勤医師の経歴（心臓血管外科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

様式 59 の４

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）			
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
３　経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数　　例			
４　循環器科の常勤医師の氏名等（２名以上）	医師の氏名	経験年数	不整脈について5年以上の経験
		年	有　・　無
		年	有　・　無
５　麻酔科標榜医の氏名			
６　常勤の臨床工学技士の氏名			
７　緊急手術が可能な体制　（　有　・　無　）			
８　保守管理の計画　（　有　・　無　）			

［記載上の注意］

１　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

３　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式60

経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

１　届出種別

・新規届出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

・再度の届出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

３　当該診療科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年

４　臨床工学技士の氏名（１名以上）

５　連携医療機関

医療機関名	医療機関の住所と当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む。）

６　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数

例

様式 61

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　心臓電気生理学的検査の実施症例数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの　　例

4　開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数　　例

5　体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数

例

6　当該診療科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日

7　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認番号）

□　血液学的検査

□　生化学的検査

□　画 像 診 断

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が２５例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 25 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 50 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

５　「６」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・循環器科の常勤医師
・心臓血管外科の常勤医師
・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 62

植込型除細動器移植術　及び
植込型除細動器交換術

経静脈電極抜去術
（レーザーシースを用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　心臓電気生理学的検査の実施症例数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの　　例

4　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数　　例

5　当該診療科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日

6　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認番号）

（1）　血液学的検査

（2）　生化学的検査

（3）　画 像 診 断

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・循環器科の常勤医師
・心臓血管外科の常勤医師
・所定の研修を修了している常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 63

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　心臓電気生理学的検査数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの　　例

4　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数　　例

5　当該診療科の常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日

6　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認番号）

（1）　血液学的検査

（2）　生化学的検査

（3）　画 像 診 断

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「５」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・循環器科の常勤医師
・心臓血管外科の常勤医師
・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 64

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の実施症例数

例

4　心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例

5　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認番号）

□　血液学的検査

□　生化学的検査

□　画 像 診 断

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「２」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・心臓血管外科の常勤医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を５年以上有している医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、１例以上の補助人工心臓の経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65

植込型補助人工心臓（拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　開心術の実施症例数　　例

4　現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数　　例
　うち過去３年間の経験症例数　　例
　　うち90日以上連続した補助を行った症例数　　例

5　移植関係学会合同委員会に選定された年月日　　平成　　年　　月　　日

6　心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	

7　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器
（一般的名称）　　（承認番号）

□　血液学的検査
□　生化学的検査
□　画 像 診 断

8　補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無　（　有　・　無　）
　補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無　（　有　・　無　）

9　体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも装着可能な体制の有無　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

４　「６」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・心臓血管外科の常勤医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を５年以上有している医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、１例以上の補助人工心臓の経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式65の2

（経皮的大動脈遮断術
ダメージコントロール手術）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関 （該当する区分に〇をつけること。）
１　救命救急入院料 ２　特定集中治療室管理料

様式 65 の３

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　開心術の実施症例数　　例

4　現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数　　例
　うち過去３年間の経験症例数　　例
　　うち90日以上連続した補助を行った症例数　　例

5　関係学会より選定された年月日　　平成　　年　　月　　日

6　心臓血管外科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	

7　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器
（一般的名称）　　（承認番号）

□　血液学的検査
□　生化学的検査
□　画 像 診 断

8　補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無　（　有　・　無　）
　補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無　（　有　・　無　）

9　体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 25 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 50 例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

４　「６」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・心臓血管外科の常勤医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を５年以上有している医師

・心臓血管外科の常勤医師のうち、１例以上の補助人工心臓の経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の４

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科
３　血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて５年以上有し、当該療法を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数
	年	科	例
	年	科	例
	年	科	例

４　当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数（合計） 例 ・下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術） ・大伏在静脈抜去術 ・下肢静脈瘤血管内焼灼術 ・内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　当該常勤医師の経歴（血管外科又は心臓血管外科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

様式 65 の５

・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術
・腹腔鏡下小切開腎摘出術
・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上）

・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術
・腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
・腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
・腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
・腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下腎摘出術
・腹腔鏡下小切開腎摘出術
・腹腔鏡下副腎摘出術
・腹腔鏡下小切開副腎摘出術
・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

常勤医師の氏名	２に示す手術の経験症例数
	例
	例
	例

３　当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（１名以上）

常勤医師の氏名	当該手術の経験症例数
	例
	例

４　当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）

例

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、「２」又は「３」のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。（「２」及び「３」のいずれにも該当する場合は、その旨記載すること。）

２　「２」から「４」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の６

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	例
	科	年	例
	科	年	例

４　当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数

区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術

例

５　当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
	科
	科
	科
	科

６　高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等

常勤医師の氏名	経験年数
	年
	年

７　常勤の麻酔科標榜医の氏名	
８　常勤の管理栄養士の氏名	

９　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

10　当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後５年目の捕捉率

（　有　・　無　）　　（　　割　　分）

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「３」及び「４」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「３」及び「６」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。

５.「７」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 66

体外衝撃波胆石破砕術
体外衝撃波膵石破砕術
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出項目に〇を付けること

当該療法を行う専用室	平方ﾒｰﾄﾙ	当該療法用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室		平方ﾒｰﾄﾙ	
緊急検査が可能な検査体制		（　有　・　無　）	

当該診療科の医師の氏名等

常勤医師の氏名	胆石症に関する		膵石に関する		腎・尿管結石に関する	
	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年
	有　・　無	年	有　・　無	年	有　・　無	年

常時(午前０時より午後12時までの間)待機医師	日勤　　名　当直　　名 その他（　　）　　名

当該医療機関内で常時(午前０時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器

検　査	一般的名称	承認番号	台　数
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
内視鏡的治療が可能な体制		有　・　無	

［記載上の注意］

１　「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・体外衝撃波胆石破砕術を担当する医師
・胆石治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する専門医
・体外衝撃波・尿管結石破砕術を担当する医師
・腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する専門医
・体外衝撃波膵石破砕術を担当する医師
・膵石治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する専門医

また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。

２　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

３　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

５　「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膵石破砕術を届け出る場合に記載すること。

様式 66 の２

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　当該保険医療機関において１年間に実施した肝切除又は腹腔鏡下肝切除術症例数 例	
３　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上）	
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも１名は５年以上）
４　麻酔科標榜医の氏名	
５　病理部門の病理医氏名	
６　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（当該手術を担当する科名）

科

3　肝切除術の実施症例数（ただし、小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術の合計実施症例数）

例

4　生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（５名以上）

常勤医師の氏名	診療科名	臓器移植の経験症例数

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に 10 例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて 100 床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて５例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に 20 例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて 100 床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて 10 例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」については、次の常勤医師について記載すること。

・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師

・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。

４　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の２

腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
２　当該保険医療機関において１年間に実施した膵臓手術症例数 例		
３　消化器外科の常勤医師の氏名等（３名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも１名は５年以上）	
４　麻酔科標榜医の氏名		
５　病理部門の病理医氏名		
６　緊急手術が可能な体制	有　・　無	

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 67 の３

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　当該保険医療機関において１年間に実施した粘膜下層剥離術症例数	例
３　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等	

診療科名	氏　名	経験年数
		年
		年
		年

４　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68

〔腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術
腹腔鏡下小切開腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開腎前立腺悪性腫瘍手術〕の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2　腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について合わせて20例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
3　腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に、術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（１名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下小切開泌尿器手術の経験症例数
	例
	例
4　当該保険医療機関における腹腔鏡下小切開泌尿器手術の実施症例数（10例以上） 例	

注：　腹腔鏡下小切開泌尿器手術とは腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術・腹腔鏡下小切開腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術・腹腔鏡下小切開腎前立腺悪性腫瘍手術のことをいう。

［記載上の注意］

１　「２」及び「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・　腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術についてあわせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師

・　腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師

２　「２」から「４」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68 の２

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏　　名	経験年数 （少なくとも２人は５年以上）
	年
	年
	年
３　当該療養を担当する医師の常時待機	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

２　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　当該届出は病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（当該手術を担当する科名）

科

3　腎尿路系手術（Ｋ７５７からＫ８２３－２まで）の実施数

例

4　生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等（２名以上）

常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」は、次の常勤医師について記載すること。

・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師

・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師

・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間がわかるもの）を添付すること。

４　世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の２

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　泌尿器科の経験を５年以上有するとともに膀胱水圧拡張術を術者として５例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏　　名		経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
３　泌尿器科の常勤医師の氏名			
４　麻酔科標榜医の氏名			
５　緊急手術が可能な体制	有　・　無		

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

２　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

４　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の３

（腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

<table>
<tr><td colspan="3">１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　当該保険医療機関において１年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）</td><td>例</td></tr>
<tr><td colspan="3">３　泌尿器科の常勤医師の氏名等（２名以上）</td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤医師の氏名</td><td>経験年数
（少なくとも１名は５年以上）</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>年</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>年</td></tr>
<tr><td rowspan="3">４　麻酔科標榜医の氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>５　病理部門の病理医氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>６　緊急手術が可能な体制</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

２　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の４

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏　　名	経験年数 （少なくとも１人は５年以上）
	年
	年
	年
３　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

２　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３　当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

様式 70

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
２　焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として５例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（１名以上）		
常勤医師の氏名	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	年	例
	年	例
３　当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（５例以上） 例		

［記載上の注意］

１　「２」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。

・当該手術について５例以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師

２　「２」から「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） ・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）	
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
３　泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏名	経験年数
	年
	年
	年
４　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として２０例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（２名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
５　当該保険医療機関において１年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数（10 例以上） 例	
６　病理部門の病理医氏名	
７　緊急手術が可能な体制	有・無

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」及び「４」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。　　・　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の２

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別

・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

３　産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等

なお、経験症例数については、以下の例による。

（１）開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」）（20 例以上）

（２）腹腔鏡下腟式子宮全摘術（20 例以上）

（３）当該療養（術者として５例以上）

常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例
	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例
	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例
	科	年	（１）　例 （２）　例 （３）　例

４　当該手術を担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）

５　常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名

麻酔科標榜医の氏名	
病理医の氏名	

６　当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８７９」又は「Ｋ８７９－２」）の年間実施症例数　　例

７　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

３　「３」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

４　「３」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

様式 71 の３

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る

届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="4">１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="4">３　当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師</td></tr>
<tr><td>診療科名</td><td>医師の氏名</td><td>経験年数</td><td>経験症例数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">４　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">５　緊急帝王切開に対応できる体制及び「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出</td><td>緊急帝王切開に対応できる体制</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">６　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」については、医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。

２　「４」について、「無」の場合は「５」を記載すること。

３　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71 の４

胎児胸腔・羊水腔シャント術の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
２　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科	経験年数	胎児胸水症例の経験
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
３　総合周産期特定集治療室管理料の届出		有　・　無	
４　緊急帝王切開に対応できる体制 新生児特定集中治療室管理料の届出		有　・　無 有　・　無	

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

２　「２」の胎児胸水症例の経験は、手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

様式72

医科点数表第２章第10部手術の通則の５（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）及び６に掲げる手術の施設基準に係る届出書添付書類

１．次の事項を満たしている場合には、〇を付けること。

ア　手術（医科点数表第２章第10部手術の通則の５（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術を含む当該保険医療機関において実施する全ての手術）を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ　アにより説明した内容について、患者に文書（書式様式は任意）で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。
ウ　胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術を行う際は、速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えている。
エ　関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施している。
オ　胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されている。

２．院内掲示をする手術件数

・区分１に分類される手術

		手術の件数
ア	頭蓋内腫瘤摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

・区分２に分類される手術

		手術の件数
ア	靱帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

・区分３に分類される手術

		手術の件数
ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

・区分４に分類される手術の件数

・その他の区分に分類される手術　　手術の件数

人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及び ペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術	
急性心筋梗塞に対するもの	
不安定狭心症に対するもの	
その他のもの	
経皮的冠動脈粥腫切除術	
経皮的冠動脈ステント留置術術	
急性心筋梗塞に対するもの	
不安定狭心症に対するもの	
その他のもの	

経皮的冠動脈ステント留置術

備考　１．院内掲示する文書の写しを添付すること。

２．同種腎移植術等（移植用腎採取術（生体）及び同種腎移植術をいう。）の実施について、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

３．区分１から区分３に分類される手術であって胸腔鏡若しくは腹腔鏡を用いる手術又は区分４に分類される手術を実施しない場合にあっては、「１」の「ウ」～「オ」は記載する必要はないこと。

４．「経皮的冠動脈形成術」及び「経皮的冠動脈ステント留置術」を新規に届け出る場合は、関連学会の実施する調査に提出する手術件数に準じてそれぞれ記載すること。

様式 73

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1　届出する区分 （該当するものそれぞれに○を付すこと）	輸血管理料Ⅰ　・　輸血管理料Ⅱ　・　輸血適正使用加算 ・貯血式自己血輸血管理体制加算
2　輸血部門における（専任）常勤医師の氏名	
3　輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等	
氏　　名	
	専任　・　専従
	専任　・　専従
	専任　・　専従
4　輸血部門における臨床検査技師の勤務状況 日勤　　名、　　当直　　名	
5　輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況	
輸血用血液製剤の一元管理	実施している　・　実施していない
アルブミン製剤の一元管理	実施している　・　実施していない
6　輸血用血液検査を常時実施できる体制	あり　・なし
7　輸血療法委員会の開催状況及び取組状況	
年間開催回数	回　／　年
取組内容	
8　輸血に係る副作用監視体制	
輸血前後の感染症検査	実施している　・　実施していない
輸血前の検体の保存	保存している　・　保存していない
9　「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況 遵守している　・　遵守していない	
10　新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況	
①赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量	①　単位
②新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量	②　単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量	③　単位
④アルブミン製剤の使用量	④　単位
ＦＦＰ／ＭＡＰ比　（②－③／２）／①　＝	
アルブミン／ＭＡＰ比　④／①　＝	
11　自己血輸血に関する常勤責任医師の氏名	

［記載上の注意］

１　「４」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

２　「７」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。

３　「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量（ｇ）を３で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200 mLを赤血球濃厚液１単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120 mLを1単位相当とみなす。

４　「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること

様式 73 の２

自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

１　輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名	
２　輸血部門における専任の常勤臨床検査技師の氏名等	
氏　　名	
	専任　・　専従
	専任　・　専従
	専任　・　専従
３　「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況 遵守している　　・　　遵守していない	

［記載上の注意］
「２」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

様式 73 の３

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出（報告）書添付書類

１　人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名

２　５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等

氏　　名	急性期患者の看護に従事した年数
	年
	年
	年

［記載上の注意］

１　「１」の人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

２　「２」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 73 の４

内視鏡手術用支援機器加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 ・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月） ・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）		
２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科 科		
３　前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数　　例		
４　泌尿器科の常勤医師の氏名等（２名以上）	医師の氏名	経験年数
		年
		年
５　麻酔科標榜医の氏名		
６　常勤の臨床工学技士の氏名		
７　緊急手術が可能な体制　　（　有　・　無　）		
８　保守管理の計画　　（　有　・　無　）		

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「Ｋ８４３」（区分番号「Ｋ９３９」を併せて算定する場合を含む。）、区分番号「Ｋ８４３－２」又は区分番号「Ｋ８４３－３」を合わせて 20 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。

４　「５」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

５　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

６　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科

2　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3　手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

様式 74 の 2

手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類

１　標榜診療科

２　当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

３ 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

４　歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日（当該届出を行っている場合のみ記載）

平成　　年　　月　　日

様式 74 の 3

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

１　当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

２　病床数：＿＿＿＿＿床

３　当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概　　要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 （特記事項）	

［記載上の注意］

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。

様式 75

麻酔管理料に係る届出書添付書類

1　届出区分（該当するものにそれぞれ〇を付すこと。） （　　）　麻酔管理料（Ⅰ） （　　）　麻酔管理料（Ⅱ）
2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
3　常勤の麻酔科標榜医

氏　名	麻酔科標榜許可書		常勤となった日
	許可年月日	登録番号	
	年　月　日		年　月　日

注１　麻酔管理料（Ⅰ）及び麻酔管理料（Ⅱ）の双方を届出する場合は、届出区分にそれぞれ〇を付すこと。

注２　麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記載すること。

様式 76

（放射線治療専任加算／外来放射線治療加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※　該当する届出項目を○で囲むこと。

1　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無　　（　有　・　無　） ※　外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

［記載上の注意］

1　「１」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

2　「２」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 77

（高エネルギー放射線治療
１回線量増加加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	症例数 例
２　小児入院医療管理料１の届出の有無	有　・　無
３　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数 年
４　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数 年

［記載上の注意］

１　症例数は特掲診療料施設基準通知２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　症例数は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。

３　「３」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

４　「４」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

５　高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「１」及び「２」を、１回線量増加加算の届出を行う場合にあっては「１」から「４」までを記載すること。

様式 78

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別
・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）
科

3　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等

常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年

4　常勤診療放射線技師の氏名等

常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年

5　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等

氏　　名	職　　種

6　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の実施症例数
例

7　当該治療を行うために備えつけている機器の名称等

・直線加速器　　（名称　　）
・治療計画用ＣＴ装置　（名称　　）
・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム
（名称　　）
・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
（名称　　）
・平面上の照射強度を変化させることができる装置
（名称　　）
・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム
（名称　　）
・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器
（名称　　）

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。

３　「３」、「４」及び「５」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの）を添付すること。

４　当該医療機関における強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。

様式 78 の２

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="3">１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名</td><td>放射線治療の経験年数（５年以上）</td></tr>
<tr><td colspan="2">３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名</td><td>放射線治療の経験年数（５年以上）</td></tr>
<tr><td colspan="3">４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名</td></tr>
<tr><td colspan="3">５　当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）</td></tr>
<tr><td>２方向以上の透視が可能な装置</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>画像照合可能なＣＴ装置</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>画像照合可能な超音波診断装置</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　「３」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

３　「４」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 78 の３

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する区分 （該当するものそれぞれに〇を付すこと）	１　体外照射呼吸性移動対策加算 ２　定位放射線治療・動体追尾法 ３　定位放射線治療・その他のもの

２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名（動体追尾法にあっては２名以上）	経験年数
	年
	年

３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	経験年数
	年
	年

４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名

５　当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
照射範囲の拡大が５㎜以下とするために必要な装置	
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置	

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　「３」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

３　「４」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 79

定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
２　放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
３　放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
４　放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
５　当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用ＣＴ装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および 併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

[記載上の注意]

１　「２」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

２　「３」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

３　「４」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 79 の２

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

１　保険医療機関の所在地及び名称	
２　当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名等	
常勤検査技師の氏名	経験年数（５年以上）

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

1　保険医療機関の所在地及び名称					
2　病理診断管理加算の届出状況　（該当するものに〇をつけること。） 病理診断管理加算（　１　２　）の届出年月日（　　年　　月　　日）					
3　病院の種類（該当するものに〇をつけること。）					
・特定機能病院	承認年月日	年	月	日	
・臨床研修指定病院	指定年月日	年	月	日	
・へき地医療拠点病院	指定年月日	年	月	日	
・へき地中核病院	指定年月日	年	月	日	
・へき地医療支援病院	指定年月日	年	月	日	

［記載上の注意］

１　標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。

２　標本の送付側の届出にあっては、常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。

様式 80

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診
の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出区分（該当する届出区分に○をする）
（　　）テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製
（　　）テレパソロジーによる術中迅速細胞診

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

2　当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

3　病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名

4　病院種別（該当するものに○をする）

・特定機能病院	承認年月日	年	月	日
・臨床研修指定病院	指定年月日	年	月	日
・へき地医療拠点病院	指定年月日	年	月	日
・へき地中核病院	指定年月日	年	月	日
・へき地医療支援病院	指定年月日	年	月	日

［記載上の注意］

1　「２」の常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。

2　「３」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

3　テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製とテレパソロジーによる術中迅速細胞診の両方を届出る場合は、それぞれ別に作成すること。

様式 80 の２

（病理診断管理加算１
病理診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年
２　年間の剖検数・検体数等	
①　剖検	件
②　病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③　細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件

３　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績

①　開催年月日	年	月	日
②　開催年月日	年	月	日
③　開催年月日	年	月	日
④　開催年月日	年	月	日
⑤　開催年月日	年	月	日
⑥　開催年月日	年	月	日

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

２　「２」の剖検については届出前１年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。

３　「３」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。

４　病理診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載しなくてよいこと。

様式 80 の３

（口腔病理診断管理加算１
口腔病理診断管理加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

１　口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等	
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	経験年数
	年
	年
	年
２　年間の剖検数・検体数等	
①　剖検	件
②　病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）	件
③　細胞診（術中迅速細胞診を含む）	件

３　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）の開催実績

①　開催年月日	年	月	日
②　開催年月日	年	月	日
③　開催年月日	年	月	日
④　開催年月日	年	月	日
⑤　開催年月日	年	月	日
⑥　開催年月日	年	月	日

［記載上の注意］

１　「１」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

２　「２」の剖検については届出前１年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前１年間の算定回数を記載すること。

３　「３」については、届出前１年間の開催年月日を全て記入すること。

４　口腔病理診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」は記載しなくてよいこと。

様式 81

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

１．補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏　　名	役　　職

２．具体的な維持管理方法

３．保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

□ 昭 和
□ 平 成　　＿＿＿年　　＿＿＿月

４．保険医療機関コード

様式 82

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="2">常勤の歯科医師</td><td>氏</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>検査機器の
設置状況等</td><td colspan="2">歯科矯正セファログラム機器</td><td>機器名:</td></tr>
<tr><td rowspan="4">歯科矯正を担当する専任の歯科医師</td><td colspan="2">氏　名</td><td>経歴(経験年数を含む。)</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">顎切除等の手術を担当する施設
(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)</td><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
</table>

様式 83

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td>障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日</td><td colspan="3">□ 昭和
＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
□ 平成</td></tr>
<tr><td rowspan="3">検査機器の設置状況等</td><td>歯科矯正セファログラム機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td>下顎運動検査機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td>咀嚼筋筋電図検査機器</td><td colspan="2">機器名:</td></tr>
<tr><td rowspan="5">歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師</td><td rowspan="4">氏名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>人数</td><td colspan="2">＿＿＿＿＿＿名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士</td><td rowspan="5">氏名</td><td>歯科衛生士</td><td>看護師</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>人数</td><td colspan="2">＿＿＿＿＿＿名</td></tr>
<tr><td rowspan="4">顎離断等の手術を担当する施設
(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)</td><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険医療機関名:</td></tr>
<tr><td colspan="3">所在地:</td></tr>
</table>

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

☐　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名　　印

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。
　　３　届出書は、正副２通提出のこと。

様式８４

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 （いずれかに〇を付す）	（　）	調剤基本料（特例除外を含む。） 調剤基本料の妥結率特例
	（　）	調剤基本料の特例のイ （処方せん受付回数月４，０００回超かつ集中率７０％超） 調剤基本料の特例のロ （処方せん受付回数月２，５００回超かつ集中率９０％超であって、イに該当する場合を除く。） 調剤基本料の特例（イ又はロ）の妥結率特例

１　全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間：　　年　　月　　～　　年　　月	
全受付回数（①）	
うち、主たる医療機関に係る受付回数（②）	
集中率（②／①）（％）	
２　２４時間開局に係る体制整備状況	

（参考）妥結率 ％

［記載上の注意］

１　「届出に係る調剤基本料の区分」について、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料の注１ただし書に該当する場合は上の欄に〇を付すこと。

２　「１」については、期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の取扱いに基づき記載すること。

３　「２」については、２４時間開局における薬剤師の当直体制の概要を記載すること。

４　「（参考）」については、直近の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 26 年●月●日保医発●第●号）の別紙様式●の妥結率に係る報告書として提出した割合と同様の値を記載すること。また、提出していない場合は、記載しないこと。

様式８４の２

基準調剤加算１及び２の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る基準調剤加算の区分 （いずれかに○を付す）	（　）基準調剤加算１ （　）基準調剤加算２

１　薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
２　薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
３　地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況	
４　薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	
５　在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
６　備蓄品目数	（　　）（加算１の場合は700以上、加算２の場合は1000以上）

７　全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合

期間：　　年　　月　　～　　年　　月

受付回数（①）	
主たる医療機関の回数（②）	
集中率（②／①）（％）	

８　麻薬小売業者免許証の番号

９　当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局

名称	所在地	名称	所在地
①		⑤	
②		⑥	
③		⑦	
④		⑧	

10　当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制

（次のいずれかに○をつけ、薬剤師名等を記入すること。）

(1) 担当者が固定している場合

(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合

（主な担当者を記載することで差しつかえない。）

・担当薬剤師名：

・連絡先：

11　医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況~~（加算２の場合のみ記載）~~
12　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間：　　年　　月　　～　　年　　月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 実施回数：　　回　（実施患者数：　　） （ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 実施回数：　　回　（実施患者数：　　） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 実施回数：　　回　（実施患者数：　　） ）

［記載上の注意］

１　当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙２の様式４を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

２　「１」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。

３　「２」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、ＦＡＸ、Ｅメール等）の一覧を添付すること。

４　「３」については、自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。

５　「４」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。

６　「６」については、品目リストを別に添付すること。

７　「７」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号００に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。

８　「９」については、基準調剤加算１の場合のみ記載すること。

９　「11」については、基準調剤加算２の場合のみ記載すること。医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。

10　「12」については、基準調剤加算２の場合のみ記載すること。実施回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定したもの並びに各算定要件を満たしているが、算定はしていない場合を含む。）を合算して計 10 回以上であること。

11　当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式８５

後発医薬品調剤体制加算１及び２の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 （いずれかに〇を付す）	（　）　後発医薬品調剤体制加算１ （カットオフ値50%以上かつ新指標55%以上） （　）　後発医薬品調剤体制加算２ （カットオフ値50%以上かつ新指標65%以上）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期　　間 （届出時の直近３か月間：１か月ごと及び３か月間の合計）	年　月	年　月	年　月	年　月 ～　年　月 （直近３か月間の合計）
全医薬品の規格単位数量（①）				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②）				
後発医薬品の規格単位数量（③）				
カットオフ値の割合（②／①）（%）				
新指標の割合（③／②）（%）				

［記載上の注意］

１　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

２　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成 26 年●月●日保医発●第●号）を参照すること。

様式８６

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常　勤　　名	非常勤　　名

１　無菌処理施設・設備

１~~（　）~~無菌室
２~~（　）~~クリーンベンチ
３~~（　）~~安全キャビネット　　――――（番号に○をつけること~~いずれかに○を付す~~）

形　式　・　規　格	
空気清浄度、集塵効率等	
台　数　等	

無菌製剤処理用器具・備品等の一覧

２　無菌調剤室提供薬局の名称・所在地

［記載上の注意］

１　当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。

２　「１」については、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

３　「２」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成 24 年８月 22 日薬食発 0822 第２号）に「記」の「第２」の（１）に基づく契約書等の写しを添付すること。

様式８７

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
２　在宅業務実施体制に係る周知の状況
３　在宅業務に必要な体制の整備状況
４　医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
５　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間：　　年　　月　　～　　年　　月
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数：　　回　（実施患者数：　　） （ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数：　　回　（実施患者数：　　） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数：　　回　（実施患者数：　　） ）
６　麻薬小売業者免許証の番号

［記載上の注意］

１　「１」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。

２　「２」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。

３　「３」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。

４　「４」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。

５　「５」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。

保発０３０５第　　号
平成２６年３月５日

地方厚生（支）局長
都道府県知事　殿

厚生労働省保険局長

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

本日、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第　~~81~~号）及び「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第　~~82~~号）が公布され、平成26~~24~~年４月１日から適用されることとされたことに伴い、標記について、平成26~~24~~年４月１日から下記のとおり取り扱うこととしたので、その実施に遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。なお、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成24~~22~~年３月５日保発0305第３号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

第１　通則に関する事項

１　健康保険法（大正11年法律第70号）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」という。）に係る指定訪問看護の費用の額は、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の額に、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の額を加えた額とすること。ただし、訪問看護管理療養費の退院支援指導加算については、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合に限り、当該加算のみを算定することができること。

２　指定訪問看護の費用の額は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第４の１に規定する場合を除き、介護保険法（平成９年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定の対象としないこと。

第２　訪問看護基本療養費について

1（1） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする者（訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。（ただし、介護老人保健施設の医師については「退所時の場合」に限る。）以下同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が、当該指示書に記載された有効期間内（６か月を限度とする。以下同じ。）に行った指定訪問看護について、利用者１人につき週３日を限度として算定すること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者（特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表７に掲げる疾病等の者及び別表８各号に掲げる者をいう。以下同じ。）については、週４日以上算定でき、この場合において、週４日以降の日については、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のイの（２）又はロの（２）の所定額を算定すること。

【基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者】

○ 特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

○ 特掲診療料の施設基準等別表第８の各号に掲げる者

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者又は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（2） （1）の場合において、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費（Ⅲ）（ハに規定する専門の研修を受けた看護師の場合を除く。）及び精神科訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて、患者１人につき週３日を限度とする。

（3） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮までの~~を越える~~褥瘡の状態にある利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に１回を限度として、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。なお、当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

（4） （3）の場合の指示とは、当該利用者の主治医から、他の訪問看護ステーションの看護

師又は当該利用者の在宅医療を担う保険医療機関の看護師等に対するものであり、その指示に基づき、共同して行われるものであること。その際には、共同して指定訪問看護を行った看護師等と共に、訪問看護報告書等により当該利用者の主治医へ報告又は相談を行うこと。

2（1）　訪問看護基本療養費（Ⅱ）のイ及びロについては、指定訪問看護を受けようとする同一建物居住者に対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内に同一日に行った指定訪問看護について、以下のア又はイにより、利用者１人につき週３日を限度として算定すること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該利用者全員に対して、イの（１）の①又はロの（１）の①により算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの（２）の①又はロの（２）の①により算定

ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者については、週４日以上算定でき、この場合において、週４日以降の日については、以下のア又はイにより、訪問看護基本療養費（Ⅱ）~~のイの（２）又はロの（２）~~の所定額を算定すること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該利用者全員に対して、イの（１）の②又はロの（１）の②により算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの（２）の②又はロの（２）の②により算定

（2）　同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような利用者のことをいう。

ア　老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の６に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者

イ　介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

（3）　（１）の場合において、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハに規定する専門の研修を受けた看護師の場合を除く。）及び精神科訪問看護療養費を算定する日と合わせて、患者１人につき週３日を限度とする。

（4）　訪問看護基本療養費（Ⅱ）のハについては、第２の１の（３）及び（４）の場合と同様であること。

3（1）　訪問看護基本療養費（Ⅲ）は、入院中に退院後に指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の２に規定する者（特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者若しくは別表第８各号に掲げる者又はその他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪

問看護が必要であると認められた者をいう。）に限る。）が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った時には、入院中１回に限り算定できる。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中２回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、１泊２日以上の外泊のことをいう。

【基準告示第２の２に規定する者】

○　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者

○　特掲診療料の施設基準等別表第８各号に掲げる者

○　その他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

（２）　当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

4（１）　指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除く。）であって注６に規定する特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該特別訪問看護指示書の交付の日から起算して14日以内に行った場合は、月１回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月２回）に限り、14日を限度として所定額を算定できること。

（２）　特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあった日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定すること。また、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要な理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。特別訪問看護指示書が連続して交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。

5　注７に規定する難病等複数回訪問加算は、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を実施した場合に所定額に加算すること。

6（１）　注８に規定する特別地域訪問看護加算は、基準告示第３に規定する地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、所定額に相当する額を加算すること。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できないこと。

（２）　特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地が基準告示第３に規定する地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

7（１）　注９に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。７において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り所定額に加算すること。当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下「連絡担当者」という。）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

（２） 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

８（１） 注10に規定する長時間訪問看護加算は、基準告示第２の３に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、１人の利用者に対して週１回（15歳未満の超重症児又は準超重症児においては週３回）に限り所定額に加算すること。なお、超重症児及び準超重症児とは、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成24年３月５日保医発0305第２号）」別添６の別紙14の超重症児（者）判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

（２） 長時間訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」（平成12年厚生労働省告示第602号）第１に規定する利用料を受け取ることができること。

９ 注11に規定する乳幼児加算及び幼児加算は、３歳未満又は３歳以上６歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合に１日につき１回に限り加算すること。

10（１） 注12に規定する複数名訪問看護加算は、基準告示第２の４に規定する同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、同時に保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）と他の看護師等との同行訪問による指定訪問看護を実施した場合は１人の利用者に対して週に１回に限り、看護職員と看護補助者との同行による指定訪問看護を実施した場合は１人の利用者に対して週３回まで所定額に加算すること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等及び特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者に対する指定訪問看護に看護補助者が同行する場合は、回数の制限がないこと。

（２） （１）の場合については、利用者又はその家族等の同意を得て行うこと。

（３） 単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって複数名訪問看護加算を算定することはできないこと。

（４） 同時に複数の看護師等による指定訪問看護を行う場合は、１人以上は看護職員（保健師、助産師、看護師又は准看護師）であること。

（５） 看護師等と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。

11（１） 注13に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後６時から午後10時までをいう。以下同じ）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ）に指定訪問看護を行った場合に、深夜訪問看護加算は、深夜（午後10時から午前６時までをいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、それぞれ所定額に加算すること。

（２） （１）の場合については、患者の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。

（３） 当該加算は緊急訪問看護加算と併算定が可能であること。

12（１） 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第４の２に定める場合については、この限りでないこと。

ア 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に入院中又は入所中の場合

イ 介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ウ すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護（注２又は注４に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による指定訪問看護はその数か

ら除く。）を利用している場合（下記の（イ）から（ニ）までの場合を除く。）

（イ）　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者がすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ロ）　特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ハ）　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ニ）　注２又は注４に規定する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

（２）　（１）のウにおいて、１人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれの訪問看護ステーションで訪問看護療養費は算定できないこと。ただし、緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して指定訪問看護を行った場合には訪問看護療養費を算定できる。

（３）　（１）のウの(ロ)に該当する利用者に対して２つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、特別訪問看護指示書の指示期間中であって、週４日以上の指定訪問看護が計画されている週に限ること。ただし、特別訪問看護指示期間の開始の日の属する週及び当該指示期間の終了日の属する週においては、当該週で週４日以上の指定訪問看護が計画されていること。

（４）　（１）のウの(ハ)に該当する利用者に対して３つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、週７日の指定訪問看護が計画されている期間に限ること。

第３　精神科訪問看護基本療養費について

１　精神科訪問看護基本療養費を算定する場合には、次のいずれかに該当する精神疾患を有する者に対する看護について相当の経験を有する保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（以下「保健師等」という。）が指定訪問看護を行うこと。

（１）　精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を１年以上有する者

（２）　精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を１年以上有する者

（３）　精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を１年以上有する者

（４）　専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

２（１）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等（精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）及び（Ⅲ）を算定するものを除く。）に対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師に限る。第３において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に所定額を算定する。なお、指定訪問看護は訪問看護計画に基づき行われるため、精神科訪問看護計画についても、相当の経験を有する保健師等（准看護師除く）が作成するものである。

（２）　（１）の場合において、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び訪問看護基本療養費（１及び２のハに規定する専門の研修を受けた看護師の場合を除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度とする。

３（１）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律~~障害者自立支援法~~（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害施設」という。）に入所している複数のものに対して、それらの者の主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、精神疾患を有する者に対して、訪問看護ステーションの保健師等が当該指示書に記載された有効期間内に行った指定訪問看護について、週３日を限度として算定すること。

ここにいう「精神障害者施設」とは、精神疾患を有する者が入所する施設であって、次に掲げるものをいうものであること。

ア　グループホーム及びケアホーム（障害者自立支援法第５条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ　障害者支援施設（障害者自立支援法第５条第12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第６項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ　障害者自立支援法第５条第22項に規定する福祉ホーム

（２）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）は、（１）に規定する施設の了解を得て、当該施設に入所している精神疾患を有する複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合に算定できること。

なお、当該者の看護を担当する者に対する社会復帰指導に要する費用については、所定額に含まれること。

（３）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）については、１人の保健師、看護師又は作業療法士が１日に訪問する利用者の数は５名程度を標準とし、８名を超えることはできないこと。

４（１）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等（精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定するものを除く。）であって同一建物居住者に対して、それらのものの主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、以下のア又はイにより、所定額を算定する。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、訪問回数及び訪問時間の別に応じて、当該利用者全員に対して、イの（１）の①から④まで、又はロの（１）の①から④までにより算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、訪問日数及び訪問時間の別に応じて、当該利用者全員に対して、イの（２）の①から④まで、又はロの（２）の①から④までにより算定

（２）　（１）の場合において、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び訪問看護基本療養費（１及び２のハに規定する専門の研修を受けた看護師の場合を除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度とする。

（３）　同一建物居住者とは、第２の２の（２）に規定するものと同様であること。

５　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）については、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、30分未満の場合又は30分以上の場合の時間区分のいずれか一方を算定すること。

６（１）　精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）は、入院中に退院後の指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の２に規定する者に限る。）が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中１回に

限り算定できる。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中２回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、１泊２日以上の外泊をいう。

（２） 当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

７ 指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除く。）であって注５に規定する精神科特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該特別訪問看護指示書の交付の日から起算して14日以内に行った場合は、月１回に限り、14日を限度として所定額を算定できること。

なお、精神科特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあった日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち精神科特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定すること。また、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要な理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。頻回に特別訪問看護指示書が交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。

８ 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合であって、指定訪問看護の時間が３時間を超えた場合は、３時間を超えた時間について、５時間を限度として、１時間又はその端数を増すごとに所定点数に加算すること。

９（１） 注７に規定する特別地域訪問看護加算は、基準告示第３に規定する地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、所定額に相当する額を加算すること。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できないこと。

（２） 特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地が基準告示第３に規定する地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

10（１） 注８に規定する精神科緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。10において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの保健師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り加算すること。当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下「連絡担当者」という。）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った診療所又は在宅療養支援病院の主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

（２） 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

11（１） 注９に規定する長時間精神科訪問看護加算は、基準告示第２の３に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合、１人の利用者に対して週１回（15歳未満の超重症児、準超重症児においては週３回）に限り所定額に加算すること。なお、超重症児及び準超重症児とは、第２の８に規定するものと同様であること。

（２） 長時間精神科訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」（平成12年厚生労働省告示第602号）第１に規定する利用料を受け取ることができること。

12（１） 注10に規定する複数名精神科訪問看護加算は、同時に保健師又は看護師と保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士との同行による指定訪問看護を実施した場合（30分未満の場合を除く。）、所定額に加算する。ただし、看護補助者又は精神保健福祉士が同行する場合には、週１回に限り所定額に加算すること。

（２） 同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得ること。

（３） 単に２人の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって複数名精神科訪問看護加算を算定することはできないこと。

（４） 同時に複数の保健師等による指定訪問看護とは、１人以上は保健師又は看護師であること。

（５） 看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。

13~~12~~（１） 注11に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜に指定訪問看護を行った場合に、それぞれ所定額に加算すること。

（２） （１）の場合については、患者の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。

（３） 当該加算は緊急訪問看護加算と併算定が可能であること。

14（１） 注12に規定する精神科複数回訪問加算は、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料（以下同じ。）を算定する患者に対して、１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護基本療養費に加算する。

（２） 精神科重症患者早期集中支援管理料１を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注12」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。

（３） 精神科重症患者早期集中支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において1日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注12」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。

14~~13~~ 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第４の２に定める場合については、この限りでないこと。

（１） 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に入院中又は入所中の場合

（２） 介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

（３） すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護を利用している場合（下記のアからウまでの場合を除く。）

ア 基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者がすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

イ 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看

護が計画されているものがすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

ウ　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

第４　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

１（１）　訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費を算定できないこと。ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。

ア　当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、保険医療機関等が往診を行って往診料を算定した場合

イ　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合

ウ　利用者が保険医療機関等を退院後１月を経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合

エ　緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合

オ　特別訪問看護指示書の交付を受けた場合

カ　精神科重症者早期集中支援管理料を算定する患者（ただし、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）（作業療法士又は精神保健福祉士による場合）を算定する場合に限る。）

キ　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定に必要なカンファレンスを実施する場合であって、当該患者に対して、継続的な訪問看護を実施する必要がある場合。（ただし、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する場合に限る。）

（２）　（１）の「特別の関係」とは、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年３月５日保医発0305第１号）の別添１第１章第２部通則７の（３）に規定する関係をいうこと。

２　指定訪問看護の実施時間は、１回の訪問につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）については30分から１時間30分程度、精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）については１時間から３時間程度を標準とすること。

３　初回の訪問時においては、訪問看護記録書に、病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入すること。

４　毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

第５　訪問看護管理療養費について

１（１）　訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定すること。

なお、月の初日の訪問の場合であって、常勤看護職員の数等について「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）の第一の六（１）及び（２）に掲げる基準を満たす場合には、機能強化型訪問看護管理療養費としてイ又はロを算定し、それ以外の場合はハを算定すること。

（２）　（１）の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものであること。

ア　安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

イ　訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていること。

ウ　日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については、参考様式（褥瘡対策に関する看護計画書）を踏まえて記録すること。

（３）　訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居宅における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理（他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。）に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれること。

（４）　利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができること。

（５）　１人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。

（６）　指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所又は精神保健福祉センター（以下「市町村等」という。）において実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮すること。

（７）　衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

２（１）ア　注２のイに規定する24時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。

イ　24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

ウ　24時間対応体制加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

エ　24時間対応体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合及び緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

（2）ア　注２のロに規定する24時間連絡体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り所定額に加算すること。

イ　24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

ウ　24時間連絡体制加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

エ　24時間連絡体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

オ　24時間連絡体制加算を算定する場合については、24時間対応体制を整備するように努めること。

（3）　24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算は、１つの訪問看護ステーションにおいていずれか一方のみを算定するものであり、当該訪問看護ステーションにおける利用者によって24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を選択的に算定することができないものであること。

3（1）　注３に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り所定額に加算すること。

（2）　（1）の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第２の５に規定する状態等にある利用者であって、下記のいずれかに該当するものであること。

ア　在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある利用者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある利用者

イ　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理若しくは在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある利用者

ウ　人工肛門若しくは人工膀胱を設置している状態にある利用者

エ　真皮を越える褥瘡の状態にある者

①　NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

②　DESIGN-R~~DESIGN~~分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、アに掲げるものをいうこと。

オ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者

（３）（２）のエの「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものであること。

（４）（２）のオの「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」に対して特別管理加算を算定する場合は、当該管理指導に係る指示書による点滴注射が終了した日及びその他必要が認められる場合には、主治医への連絡を速やかに行うこと。また、訪問看護記録書に在宅患者訪問点滴注射指示書を添付の上、点滴注射の実施内容を記録すること。

（５）訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。

４（１）注４に規定する退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関又は介護老人保健施設（当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。）の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に１回に限り訪問看護管理療養費のイの所定額に加算すること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者については、複数日に指導を実施した場合に限り、２回に限り加算ができる。この場合、当該２回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できること。

（２）退院時共同指導加算を算定する利用者のうち、基準告示第２の５（特掲診療料の施設基準等別表８各号に掲げる者をいう。）に該当する利用者について、さらに特別管理指導加算を算定できる。

（３）訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。

（４）退院時共同指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーション又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等が退院時指導を行った場合には、合わせて２回まで算定できること。（５）退院

時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。

（５）退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。

（６） 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

５（１） 注７に規定する退院支援指導加算は基準告示第２の７に規定する状態等にある利用者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算すること。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定すること。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できること。

（２） 退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定すること。

（３） 退院支援指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、当該患者の入院期間の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。

（４） 退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

６（１） 注８に規定する在宅患者連携指導加算は、在宅での療養を行っている利用者の診療情報等を、当該利用者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

（２） 在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難な者について、利用者又はその家族等の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、利用者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り加算すること。

（３） 単に医療関係職種間で当該利用者に関する診療情報を交換したのみの場合は算定できない。

（４） 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに利用者又はその家族等への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該利用者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

（５） 当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護を行った場合は、所定額を算定できない。

（６） 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定額は算定しないこと。

（７） 在宅患者連携指導加算は、1人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

（８） 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日、並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を訪問看護記録書に記載すること。

７（１） 注９に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、在宅での療養を行っている利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該利用者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てる

こと及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、利用者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価を行うものである。

（２）　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定すること。なお、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者に対して、複数の訪問看護ステーションが指導を行った場合は、合わせて２回まで算定できること。（同一回のカンファレンスに複数の訪問看護ステーションが参加した場合は、１つの訪問看護ステーションのみ算定できること。）また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

（３）　カンファレンスの目的のみをもって利用者の居住する場を訪問しカンファレンスの結果を受けた指導以外特段の指導を行わなかった場合、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は併せて算定できないこと。（この場合、カンファレンスを実施した後に実施した指定訪問看護の実施時に加算すること。）

（４）　当該利用者に対する診療を担う保険医療機関の保険医と当該利用者の訪問看護ステーションの看護師等と２者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある関係者のみとカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

（５）　カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、利用者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を訪問看護記録書に記載すること。

８（１）　注10に規定する精神科重症患者早期集中支援管理連携加算は、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を週２回以上実施した場合に、月１回に限り６月を限度として加算し、１人の利用者に対し１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。なお、区分01-2及び3に規定する訪問看護の他に医療機関がＩ０１２の１及び３に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めても差し支えない。

（２）　当該加算の算定にあたっては、多職種会議を週１回以上開催し、うち、月１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

（３）　医療機関と連携して設置する多職種チームに、保健師、看護師、または作業療法士、精神保健福祉士のいずれか1名以上が参加していること。上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。緊急時に円滑な対応ができるよう、連携する医療機関との定期的な多職種会議の他、あらかじめ患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急対応に必要な診療情報について随時提供を受けていること。

（４）　多職種が参加する定期的な会議の開催にあたっては、以下の点に留意すること。

ア　多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。

イ　可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい

ウ　支援計画の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、会議の要点および参加者の職種と署名を看護記録に記載し、説明に用いた文書の写しを添付すること。

（５）　特別の関係にある医療機関と連携して行う場合は、当該加算を算定することはできない。

（６）　当該訪問看護ステーションと連携する保険医療機関が、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合、同一時間帯に行う訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は算定できない。

（７）　精神科重症者早期集中支援管理料１を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

（８）　精神科重症者早期集中支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定し、当該保険医療機関は在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定できない。

第４　訪問看護情報提供療養費について

１　訪問看護情報提供療養費は、訪問看護ステーションと市町村等の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とするものであること。

２　訪問看護情報提供療養費は、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該市町村等が利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス（入浴、洗濯等のサービスも含む。）等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定すること。

なお、指定訪問看護を行った日から２週間以内に、別紙様式１又は２の文書により、市町村等に対して情報を提供した場合に算定すること。

３　市町村等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。

４　市町村等が指定訪問看護事業者である場合には、当該市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費は算定できないものであること。

５　訪問看護情報提供療養費は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、市町村等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて市町村等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

第５　削除

第６　訪問看護ターミナルケア療養費について

１　訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。

２　訪問看護ターミナルケア療養費は、訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）について、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療

養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定すること。１つの訪問看護ステーションにおいて、死亡日及び死亡日前14日以内に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度において訪問看護ターミナルケア療養費等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。

3　訪問看護ターミナルケア療養費は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。

4　訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、死亡した場所及び死亡時刻等を訪問看護記録書に記録すること。

保医発0305第　号
平成26年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

本日、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第　~~81~~号）等が公布されたことに伴い、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第　~~82~~号）が公布され、平成26~~24~~年４月１日より適用されることとなったところであるが、当該基準に規定する届出の受理の取扱いについては、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏ないよう特段のご配慮を願いたい。

なお、従前の「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」（平成24~~14~~年３月５~~8~~日保医発0305第10~~03308009~~号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

第１　届出基準

訪問看護ステーションの基準は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）の他別添のとおりとすること。

第２　届出に関する手続き

１　訪問看護ステーションの基準に規定する精神科訪問看護基本療養費、精神科複数回訪問加算、24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算、~~又は~~訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師又は機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出は、当該訪問看護ステーション単位で行うものであること。

したがって、指定訪問看護を行う訪問看護ステーションについて、健康保険法（大正11年法律第70号）に基づく指定訪問看護又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に

基づく指定訪問看護の一方についてのみの届出は認められないこと。

2　当該届出を行う指定訪問看護事業者は、当該訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生（支）局長に対し、別紙様式１から●~~8~~による届出書の正副２通を提出すること。なお、地方厚生（支）局及び都道府県においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報の交換を行うなど、相互に協力するよう努めるものとすること。

3　地方厚生（支）局長は届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、別添「届出基準」に基づいて要件等の審査を行い、記載事項等を確認して受理又は不受理を決定すること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めること。なお、この審査に要する期間は届出を受け付けた日から２週間以内を標準とすること。

4　当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションが、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないこと。

（１）　当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行っている場合

（２）　当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前６月間において「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年５月31日保険発第105号）に規定する監査要項に基づき戒告又は注意又はその他の処分を受けたことがある場合

（３）　当該訪問看護ステーションが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成12年厚生省令第80号）第２条第１項に規定する員数を満たしていない場合

5　地方厚生（支）局長は、届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、届出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、併せて、審査支払機関に対して、受理番号を付して通知すること。

○精神科訪問看護基本療養費	（訪看10）第　　号
○24時間対応体制加算	（訪看23）第　　号
○24時間連絡体制加算	（訪看24）第　　号
○特別管理加算	（訪看25）第　　号
○訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師	（訪看26）第　　号
○精神科複数回訪問加算	（訪看●）第　　号
○精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	（訪看●）第　　号
○機能強化型訪問看護管理療養費１	（訪看●）第　　号
○機能強化型訪問看護管理療養費２	（訪看●）第　　号

6　受理番号の管理は、地方厚生（支）局長が行うものであること。

7　当該届出に係る算定に当たっては、各月の月末までに受理したものはその翌月から、月の最初の開庁日に受理した場合は、当該月の１日から当該療養費を算定すること。なお、平成26~~24~~年４月●~~16~~日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って当該療養費を算定すること。

8　不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を届出者に対し通知すること。

第３　届出受理後の措置

1　届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、指定訪問看護事業者に対し

て、遅滞なく変更の届出を行わせること。

2　届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すこと。

3　訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。

4　前記３により届出が無効となった場合は、審査支払機関に対し、速やかにその旨を通知すること。

5　前記３による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消し後６月間は受け付けないものであること。

6　届出事項については、地方厚生（支）局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供するよう努めること。

7　訪問看護ステーションにおいては、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うこと。

8　届出を行った訪問看護ステーションは、毎年７月１日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、平成26~~24~~年３月31日現在において、届出が受理されている訪問看護ステーションについては、次の取扱いとする。

平成26~~24~~年３月31日において現に表１に掲げる訪問看護療養費以外の訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションであって、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成26~~24~~年４月以降の実績により、届出を行っている訪問看護ステーションの基準の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

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

~~精神科訪問看護基本療養費（平成24年３月31日において、現に訪問看護基本療養費（Ⅱ）の届出を行っている訪問看護ステーションを除く。）~~

~~訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師~~

精神科複数回訪問加算

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算

機能強化型訪問看護管理療養費１、２

~~表２　訪問看護療養費の項目の名称が変更されたが、平成24年３月31日において現に当該費用を算定していた訪問看護ステーションであれば新たに届出は必要でないもの~~

~~重症者管理加算~~	~~⇒~~	~~特別管理加算~~
~~訪問看護基本療養費（Ⅱ）~~	~~⇒~~	~~精神科訪問看護基本療養費~~

別添　届出基準

1　精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できない。（精神科訪問看護は研修修了者若しくは経験者でなければ行えない。）~~こと。~~

届出については、別紙様式１を用いること。

なお、（４）については、平成27~~25~~年３月31日までは、研修を修了していないものであっても要件を満たすとみなすものであること。

（１）　精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を１年以上有する者

（２）　精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を１年以上有する者

（３）　精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を１年以上有する者

（４）　専門機関等が主催する精神科訪問看護~~保健~~に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修を修了している者。なお、研修は次の内容を含むものである。

~~ア~~　ア　精神疾患を有する者に関するアセスメント

イ　病状悪化の早期発見・危機介入

ウ　精神科薬物療法に関する援助

エ　医療継続の支援

オ　利用者との信頼関係構築、対人関係の援助

カ　日常生活の援助

キ　多職種との連携

2　24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式２を用いること。

（１）　24時間連絡体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。

なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。

（２）　24時間対応体制又は24時間連絡体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師、看護師とし、勤務体制等を明確にすること。

（３）　24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、利用者又はその家族等に訪問看護ステーションの所在地、電話番号及び直接連絡のとれる連絡先電話番号等を記載した文書を必ず交付すること等により、24時間対応体制加算又は24時間連絡体制の円滑な運営を図るものであること。

また、24時間対応体制加算又は24時間連絡体制の趣旨にかんがみ、直接連絡のとれる連絡先は複数とすることが望ましいこと。

３　特別管理加算~~に係る届出~~

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式２を用いること。

（１）　24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定できる体制を整備していること。

（２）　当該加算に該当する重傷者に対応できる職員体制、勤務体制が確保されていること。

（３）　特別管理加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、医療器具等の管理、病状の変化に適切に対応できるように、医療機関等との密接な連携体制が確保されていること。

４　精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者早期集中支援管理連携加算

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式４を用いること。

（１）　精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護ステーションであること。

（２）　24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護看護ステーションであること。

４　訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師

次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア又は褥瘡ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは（１）の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは（２）のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式３を用いること。

（１）　緩和ケアに係る専門の研修

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（６月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

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

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

（ヌ）　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（２）　褥瘡ケアに係る専門の研修

ア　国及び医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して６か月程度かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

５　機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式５を用いること。なお、24時間対応体制加算については、当該加算届出用紙２のコピーを添付すること。

（１）　機能強化型訪問看護管理療養費１

次のいずれにも該当するものであること。

イ　常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が７以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。

ロ　24時間対応体制加算を届け出ていること。

ハ　訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定件数が年に合計20件以上あること。

ニ　特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に10人以上いること。

ホ　指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者１割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。

ヘ　休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。また、営業日以外であっても、24時間365日訪問看護を必要とする利用者に対して、訪問看護を提供できる体制を確保し、対応すること。

ト　地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。特に、人材育成のための研修については、看護学生の在宅看護実習、病院及び地域において在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療の推進に資する研修であること。

（２）　機能強化型訪問看護管理療養費２

次のいずれにも該当するものであること。

イ　常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が５以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。

ロ　24時間対応体制加算を届け出ていること。

ハ　訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定件数が年に合計15件以上あること。

ニ　特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する利用者が月に７人以上いること。

ホ　(1) のホからトを満たすものであること。

別紙様式１

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

受理番号	（訪看10）　　号

受付年月日	平成　　年　　月　　日	決定年月日	平成　　年　　月　　日

（届出事項）　　精神科訪問看護基本療養費に係る届出

上記のとおり届け出ます。
　平成　　年　　月　　日
指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名　　印

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等

氏　　名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容

備考：職種とは保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること
　　：経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること
　　：届出書は正副２通を提出すること

別紙様式２

24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算・特別管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

受理番号	（訪看23、24、25）　　号

受付年月日	平成　　年　　月　　日	決定年月日	平成　　年　　月　　日

（届出事項）

１．24時間対応体制加算　２．24時間連絡体制加算　３．特別管理加算

上記のとおり届け出ます。

平成　　年　　月　　日

指定訪問看護事業者

の所在地及び名称

代表者の氏名　　印

地方厚生（支）局長　殿

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの

所在地及び名称

管理者の氏名

１．24時間対応体制加算　２．24時間連絡体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員（　　）人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

○連絡方法

○連絡先電話番号

1	（　　）	4	（　　）
2	（　　）	5	（　　）
3	（　　）	6	（　　）

※　24時間対応体制加算の場合、連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。

３．特別管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算を算定できる体制を整備している。
　既届出の場合：受理番号（　　）、本届出による。（有、無）
○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。（有、無）
○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。（有、無）

備考：連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること
　　：「３．特別管理加算」単独の届出は、認められないこと
　　：届出書は、正副２通を提出のこと

別紙様式３

訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書

（届出・変更・取消し）

受理番号	（訪看26）　　号

受付年月日	平成　　年　　月　　日

決定年月	平成　　年　　月　　日

（届出事項）　　１．緩和ケア　　２．褥瘡ケア

上記のとおり届け出ます。

平成　　年　　月　　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名　　印

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

管理者の氏名

１　緩和ケアに関する専門研修

氏名	氏名

２　褥瘡ケアに関する専門研修

氏名	氏名

備考：１及び２の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

：届出書は、正副２通を提出のこと

保医発０３０５第５号
平成２６年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長
（　公　印　省　略　）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（　公　印　省　略　）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成26~~24~~年厚生労働省告示第~~80~~号）が本日付けをもって公布され、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）が改正されたところであるが、材料価格の算定に当たっての留意事項については、下記のとおりとすることとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、平成26~~24~~年４月１日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成24~~22~~年３月５日保医発第0305第５号）は、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

Ⅰ　診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

１　特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

⑴　療養に要する費用の額の算定に当たって、保険診療に用いられる医療機器・材料（薬事法（昭和35年法律第145号）上の承認又は認証を得たものであって、超音波診断装置、ＣＴ、ＭＲＩ等の装置類は除く。以下「保険医療材料」という。）に係る費用を手技料及び薬剤料と別途算定する場合は、当該医療機器の費用の額は、材料価格基準別表の各項（関係通知において準用する場合を含む。）に規定されている材料価格により算定する。

⑵　特掲診療料の各部において、特定保険医療材料料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を10円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。

⑶　特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方せんにより給付することは認められない。さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。

⑷　特定保険医療材料は、薬事法上承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

２　在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

⑴　腹膜透析液交換セット

ア　交換キットは、キャップ又はクラムシェルの場合は１個を、ウエハーの場合は２枚を１キットとし、１交換当たり１キットを限度として算定する。

イ　交換キットは、自動腹膜透析装置を使用する場合は、ＡＰＤセット１個当たり４キット分を限度として算定する。

ウ　交換キットは、バッグ再利用式（排液バッグ付き腹膜透析液又は回路を使用しない方法）により腹膜透析液を交換した場合は、１交換当たり２キット分を限度として算定する。

⑵　在宅中心静脈栄養用輸液セット

夜間の中心静脈栄養等で、在宅中心静脈栄養用輸液セットを１月につき７組以上用いる場合において、７組目以降の中心静脈栄養用輸液セットについて算定する。

⑶　在宅血液透析用特定保険医療材料

在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記Ｉの３の⑿に準じる。

⑷　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

ア　携帯型ディスポーザブル注入ポンプは、疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。

イ　携帯型ディスポーザブルポンプは、１月につき６個以下の使用の場合は区分番号「Ｃ１６６」携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算を算定し、７個目以降の携帯型ディスポーザブル注入ポンプについて、本区分において算定する。

ウ　一般用について、疼痛管理においてＰＣＡ（Patient Controlled Analgesia）用装置を併用した場合の費用も当該材料価格に含まれる。

⑸　皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

ア　本材料はいずれかの在宅療養指導指導管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ分類Ｄ３、Ｄ４及びＤ５）を有する患者の

当該褥瘡に対して使用した場合、又は区分番号「Ｃ１１４」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

イ　皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　区分番号「Ｃ１１４」を算定している患者以外に対して使用する場合は、いずれも原則として３週間を限度として算定する。それ以上期間において算定が必要な場合には、摘要欄に詳細な理由を記載する。

⑹　水循環回路セット

当該材料について、前回算定日を起算日として３か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

３　在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

⑴　血管造影用シースイントロデューサーセット

ア　血管造影用シースイントロデューサーセットの材料価格には、ダイレーター、カテーテルシース及びガイドワイヤーの材料価格が含まれ別に算定できない。ただし、ダイレーターのみ使用する場合は、ダイレーターとして算定する。

イ　ペースメーカー用カテーテル電極用シースイントロデューサーセットは、血管造影用シースイントロデューサーセットの蛇行血管用として算定する。

ウ　胸水・腹水シャントバルブの静脈側カテーテル、腹腔側カテーテル及び胸腔側カテーテルを挿入するシースイントロデューサーは、血管造影用シースイントロデューサーセットの蛇行血管用として算定する。

エ　遠位端可動型は、経皮的カテーテル心筋焼灼術を実施する際に頻脈性の治療を目的として使用した場合に限り算定できる。

⑵　ダイレーター

ダイレーターは、カテーテルシース及びガイドワイヤーを用いず単独使用した場合にのみ算定できる。

⑶　体外式連続心拍出量測定用センサー

一人の患者について、体外式連続心拍出量測定用センサーとサーモダイリューション用カテーテル又は循環機能評価用動脈カテーテルを同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。

⑷　血管内超音波プローブ

ア　血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき１本のみ算定できる。

イ　血管内超音波プローブの特定(Ⅰ)又は特定(Ⅱ)は、当該手技に伴って使用された場合に算定する。

⑸　血管造影用カテーテル

心臓マルチパーパス型は、１回の造影につき１本のみ算定できる。なお、他の血管造影用カテーテルと同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。

⑹　テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット

ア　テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットは、テクネシウム^{99m}ガス吸入装置（薬事法承認番号04Ｂ輸第1045号）に使用される患者吸入セットを使用した場合に算定できる。

イ　テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットには超微粒子発生槽、呼気フィルター及び連結チューブが含まれており、別に算定できない。

⑺　３管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル

ア　３管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルは区分番号「Ｅ００３」の「６」の「イ」注腸を実施した場合に算定できる。

イ　一般的名称が「腸用滅菌済みチューブ及びカテーテル」でカテーテルを固定するバルーンが内側のみのものは、３管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテルとして算定できる。

⑻　携帯型ディスポーザブルＰＣＡ用装置及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

ア　携帯型ディスポーザブルＰＣＡ用装置及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプは、注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、ＰＣＡ（Patient Controlled Analgesia）のために組み合わせて用いた場合に算定できる。~~ただし、外来化学療法後に抗悪性腫瘍剤を持続注入することを目的とする場合に限り、一般型のうち化学療法用のみを算定することができる。~~

なお、本材料を算定する場合には、第６部注射の通則第４号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。

イ　ＰＣＡライン及び持続注入ラインで構成されている携帯型ディスポーザブル注入ポンプは、ＰＣＡラインに接続し使用している場合に算定できる。

ウ　一体型を使用した場合は、携帯型ディスポーザブルＰＣＡ用装置は別に算定できない。

⑼　プラスチックカニューレ型静脈内留置針

プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、おおむね24時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合又は６歳未満の乳幼児、ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限り算定できる。

⑽　中心静脈用カテーテル

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

⑾　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材

抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材は、マイトマイシンＣと混和して肝動脈に注入する場合に限り算定できる。ただし、使用量を決定する目的で注入する場合は、この限りではない。

⑿　涙液・涙道シリコンチューブ

ア　涙液・涙道シリコンチューブについては、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。

⒀　脳・脊髄腔用カニューレ

脳・脊髄腔用カニューレは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

⒁　套管針カテーテル

套管針カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

⑮　栄養カテーテル

栄養カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

⑯　気管内チューブ

気管内チューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。ただし、やむを得ず24時間未満で使用した場合は、１個を限度として算定できる。

⑰　胃管カテーテル

胃管カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

⑱　吸引留置カテーテル

吸引留置カテーテルは、24時間以上体内（消化管内を含む。）に留置し、ドレナージを行う場合に算定できる。

⑲　イレウス用ロングチューブ

ア　イレウス用ロングチューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　ガイドワイヤーは、別に算定できない。

⑳　腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット

ア　膀胱瘻用カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　腎瘻用カテーテルは、腎瘻術又はカテーテル交換術を行う際、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

ウ　膀胱瘻用カテーテルを交換した場合は、交換用セットは別に算定できない。

エ　ガイドワイヤーは、別に算定できない。

㉑　経鼓膜換気チューブ

経鼓膜換気チューブは、24時間以上体内留置し、滲出性中耳炎の治療を行う場合に算定できる。

㉒　経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット

ア　経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　ガイドワイヤーは、別に算定できない。

㉓　胆道ステントセット

ア　胆道ステントセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　ガイドワイヤーは、別に算定できない。

㉔　尿管ステントセット

ア　尿管ステントセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　外科的手術により尿管の再建を行う場合に算定できる。

ウ　ガイドワイヤーは、別に算定できない。

㉕　尿道ステント

ア　一時留置（交換）型尿道ステントは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　一時留置（交換）型尿道ステントを留置する際に使用するガイドワイヤーは、別に算定できない。

ウ　永久留置型尿道ステントは、１回の手術に対し１個を限度として算定する。

㉖　交換用胃瘻カテーテル

ア　交換用胃瘻カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ　バンパー型の交換用胃瘻カテーテルは、４か月に１回を限度として算定できる。

㉗　気管切開後留置用チューブ

Ｔ型カニューレは、気管切開を行った場合に算定できる。

⑵8　膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

⑵9　人工腎臓用特定保険医療材料

ア　吸着型血液浄化器（β２－ミクログロブリン除去用）は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のａからｃまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から１年を限度として算定する。

また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のｂ及びｃの要件を満たすことを確認した場合に限り、更に１年を限度として算定できる。３度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

ａ　手術又は生検により、β２－ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。

ｂ　透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放術を受けている。

ｃ　画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、本材料を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本材料の使用開始日を記載する。

イ　人工腎臓用特定保険医療材料の材料価格には、回路の材料価格が含まれ別に算定できない。

⑶0　緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル

緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは１週間に１本を限度として算定できる。

⑶1　血漿交換療法用特定保険医療材料

ア　血漿交換用血漿分離器

血漿交換用血漿分離器の材料価格には、回路の材料価格が含まれる。

イ　血漿交換用血漿成分分離器

ａ　劇症肝炎及び薬物中毒の場合にあっては、二重濾過血漿交換療法は実施されることがなく、したがって膜型血漿成分分離器は請求できない。

ｂ　回路は別に算定できない。

ウ　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ａ　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器として算定できるのは、以下の各々のものである。

①　劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合

②　難治性の家族性高コレステロール血症、巣状糸球体硬化症又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（ＬＤＬ吸着器）

③　重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症又は慢性炎症性脱髄性多発根神経炎に対して使用した場合

ｂ　回路は別に算定できない。

⑶2　吸着式血液浄化用浄化器

ア　回路は別に算定できない。

イ　吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）は２個を限度として算定する。

ウ　肝性昏睡又は薬物中毒の際に行う吸着式血液浄化法において血漿分離及び吸着式血液浄化を行う場合、吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）とセットになっている血漿分離器は血漿交換用血漿分離器として算定できる。

⑶3　白血球吸着用材料

ア　回路は別に算定できない。

イ　１日につき１個を限度として算定する。

⑶4　腹膜透析用カテーテル

ガイドワイヤー及び穿刺針は別に算定できない。

⑶4-2　腹膜透析液交換セット

腹膜透析液交換セットの取扱いは、上記Ⅰの２の⑴に準じる。

⑶5　副鼻腔炎治療用カテーテル

副鼻腔炎治療用カテーテルは３本を限度として算定する。

⑶6　副木

ア　副木は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り算定することができる。他の患者に対し何回も使用し得るもの、又は器具と認められる副木について算定することは認められない。

副木には、矯正包帯などに用いる厚紙などは含まない。

イ　クラーメル副子は副木に含まれる。

ウ　下肢のヒール付ギプス包帯を行った場合のヒールは、特定保険医療材料として算定する。

エ　クラーメル副子、指アルミ副子については、特定保険医療材料として算定し、外転シーネ、腕関節及び指能動副子については、専門技工家の組立その他複雑な製作を要すると考えられるので療養費払いとする。

オ　区分番号「Ｋ１４４」体外式脊椎固定術のベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用により消耗する程度のものに限り算定できる。

⑶7　人工股関節用材料及び人工膝関節用材料

ア　人工股関節用材料及び人工膝関節用材料に併用される部品は、特に規定する場合を除き、所定点数に含まれるものであり、別途特定保険医療材料として算定できない。

イ　臼蓋形成用カップ及びライナーが組み合わされ一体化されている製品であって、固定方法が直接固定である製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

ウ　バイポーラカップとステムヘッドが組み合わされ一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

エ　脛骨側材料及びインサートが組み合わされ一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

オ　臼蓋形成用カップ(直接固定型)~~(Ⅰ)~~・特殊型(Ⅲ)及び骨盤側材料・デュアルモビリティ用ライナー~~ライナー(Ⅶ)~~は骨盤側材料・ライナー(Ⅶ)と組み合わせて使用した場合に限り、それぞれ算定する。

⑶8　オプション部品

人工関節固定強化部品として算定できるのは、臼蓋用及び脛骨コンポーネント用のスクリューであり、固定用内副子であるスクリューを使用した場合は、固定用内副子として算定する。

⑶8-2 固定用内副子（スクリュー）

その他のスクリュー・特殊型・軟骨及び軟部組織用・スーチャーアンカー型については、１製品に複数のスーチャーアンカーを含む場合、使用したスーチャーアンカー毎に算定できる。

⑶8-3 固定用内副子（プレート）

ストレートプレート（生体用合金Ｉ・Ｓ）及びストレートプレート（生体用合金Ｉ・Ｌ）を胸骨に用いる場合は、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する項目を記載すること。

ア　高度肥満（ＢＭＩ３０以上）の患者

イ　インスリン依存型糖尿病の患者

ウ　重症ハイリスク症例と考えられる患者（高度慢性閉塞性肺疾患、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス例、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等）

⑶9 大腿骨外側固定用内副子

ア　スラストプレート人工股関節システムを使用して人工股関節置換術を行った場合は、ラグスクリュー（生体用合金Ｉ）及びつばなしプレート（生体用合金Ｉ）により算定する。

イ　スラストプレート人工股関節システムを固定するために用いるスクリューは、一般スクリューとして算定できる。

⑷0 脊椎固定用材料

ア　Ｕ字型脊椎ロッドは、脊椎ロッド２本とトランスバース固定器１本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。また、レクタングル型脊椎ロッドは、脊椎ロッド２本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

イ　脊椎ロッドと脊椎プレートの機能を併せて持つものについては、主たる機能に係るもののみを算定する。

ウ　脊椎ロッドと椎体フックが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。

エ　トランスバース固定器と椎体フックの機能を併せて持つものについては、それぞれ算定して差し支えない。

オ　Ｕ字型プレート（後頭骨を支持する機能を有するものに限る。）は、脊椎プレート（Ｓ）２枚を組み合わせたものとして算定できる。

⑷0-2 人工肩関節用材料

リバース型については、腱板機能不全を呈する症例に対して肩関節の機能を代替するために使用した場合に限り算定する。

⑷1 上肢再建用人工関節用材料、下肢再建用人工関節用材料並びにカスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨

上肢再建用人工関節用材料、下肢再建用人工関節用材料並びにカスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨については、原則として悪性腫瘍、再置換等の症例に限って使用できる。なお、当該保険医療材料を使用した場合には、その詳細な理由を

診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

(42) 固定用金属線

ア　高分子ポリエチレン製のケーブルは、脊椎の固定に使用した場合に、固定用金属線として算定する。

イ　ワイヤーについては、使用した長さにより算定する。

(43) 固定用金属ピン

骨接合用器具器械（類別許可品目）として届出されたガイドピンは算定できない。

(44) 人工骨

ア　人工骨は、それぞれ以下の場合に算定できる。

a　骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患若しくは骨腫瘍の病巣掻爬後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合、頭蓋欠損部若しくは骨窓部の充填に使用した場合又は鼓室形成術に使用した場合

b　汎用型・非吸収型・骨形成促進型については、新鮮な長管骨の骨折で骨欠損の著しい場合において、欠損部位の補填に使用した場合

c　椎弓・棘間用、椎体固定用については、原発性脊椎悪性腫瘍若しくは悪性腫瘍の脊椎転移後の際の脊椎固定又は脊椎症、椎間板ヘルニア若しくは脊椎分離・すべり症に対する脊椎固定を行う場合

d　専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうちトルコ鞍プレートについては、下垂体又は視床下部の腫瘍摘除の結果としてトルコ鞍の欠損部補填を行う場合

e　専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち眼窩底スペーサについては、眼窩床骨折整復を行う場合

f　専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち下顎骨補綴材については、下顎骨腫瘍又は下顎骨外傷の治療として欠損補填を行う場合

g　骨盤用腸骨稜用については、腸骨稜を移植骨として採取した後の欠損補填を行う場合

h　キールボンについては、骨移植に使用した場合

イ　スクリュー併用用はスクリュー１本当たり２mLを限度に算定する。

(45) 骨セメント

ア　頭蓋骨用

頭蓋骨に用いた場合に算定する。

イ　人工関節固定用

人工関節（股関節、膝関節）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。

ウ　脊椎用

a　経皮的椎体形成術に用いた場合に算定する。

b　副作用発生時に全身麻酔による手術が行える体制が整備されている施設において使用すること。

(45-2) 合成吸収性骨片接合材料

頭蓋骨閉鎖用クランプ~~は~~・一般型は、頭蓋骨の成長が見込まれる小児患者に対して使用した場合に算定できる。

(46)═脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード、植込型脳・脊髄電気刺

激装置

ア　脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード

８極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセットは、４極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセット２本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

イ　植込型脳・脊髄電気刺激装置

a　植込型脳・脊髄電気刺激装置（振戦軽減用（４極用））は、パーキンソン病又は本態性振戦に伴う振戦等、薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等の症状の軽減を目的に使用した場合に、１回の手術に対し２個を限度として算定できる。

b　植込型脳・脊髄電気刺激装置（振戦軽減用（16極以上用）充電式）は、薬物療法によって十分な治療効果の得られない以下のいずれかの症状の軽減を目的に使用した場合に、１回の手術に対し２個を限度として算定できる。

ⅰ　振戦

ⅱ　パーキンソン病に伴う運動障害

ⅲ　ジストニア

c　植込型脳・脊髄電気刺激装置の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種交換等の場合は算定できない。

ウ　ＭＲＩに対応していないリードと組み合わせて、植込型脳・脊髄電気刺激装置（疼痛除去用（16極以上用）・ＭＲＩ対応型）又は植込型脳・脊髄電気刺激装置（疼痛除去用（16極以上用）充電式・体位変換対応型・ＭＲＩ対応型）を使用する場合は、それぞれ植込型脳・脊髄電気刺激装置（疼痛除去用（16極以上用）・標準型）又は植込型脳・脊髄電気刺激装置（疼痛除去用（16極以上用）充電式・体位変換対応型・標準型）を算定する。

(47)　人工内耳用材料

ア　人工内耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は算定できない。

イ　携帯型又は耳掛け型の選択できる人工内耳用音声信号処理装置については、いずれか一方を選択し算定できる。

なお、耳掛け型を選択した場合は、人工内耳用音声信号処理装置及び人工内耳用ヘッドセットの材料価格を合算して算定する。

ウ　人工内耳用ヘッドピースは、マイクロホン、送信コイル、送信ケーブル、マグネットを合算して算定する。人工内耳用ヘッドピースケーブルは、接続ケーブルで算定する。

エ　耳掛け型のケーブル付き送信コイルは、送信コイルと送信ケーブルを合算して算定する。

(48)　気管・気管支ステント

気管・気管支ステントは、１回の手術に対し１個を限度として算定する。

(49)　食道用ステント

食道用ステントは、１回の手術に対し１個を限度として算定する。

(49-2)　食道静脈瘤硬化療法用セット

食道静脈瘤硬化療法用セットの材料価格には、オーバーチューブの費用が含まれ別

に算定できない。

⑸0　内視鏡的食道静脈瘤結紮セット

ア　実際に使用したセット数にかかわらず、１日につき１個のみ算定する。

イ　内視鏡的食道静脈瘤結紮セットの材料価格には、デバイス（ワイヤー、アダプタ及びリング）及びオーバーチューブの費用が含まれ別に算定できない。

⑸1　組織代用人工繊維布

生体由来材料は、開心根治術の場合に算定できる。

⑸2　合成吸収性癒着防止材

合成吸収性癒着防止材を、女子性器手術後の卵管及び卵管采の通過・開存性の維持以外の目的で使用した場合には、373.38㎠を限度として算定できる。

⑸3　皮膚欠損用創傷被覆材

ア　主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも２週間を標準として、特に必要と認められる場合については３週間を限度として算定できる。また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。

ａ　手術縫合創に対して使用した場合

ｂ　真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

ｃ　皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

ｄ　筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

⑸4　真皮欠損用グラフト

ア　真皮欠損用グラフトについては、１局所に２回を限度として算定する。

なお、縫縮可能な小さな創に用いた場合は算定できない。

イ　真皮欠損用グラフトについては、口蓋裂手術創の口腔粘膜欠損の修復に用いた場合又は熱傷、外傷、手術創の骨、腱、筋肉等が露出した重度の真皮・軟部組織欠損創の修復に用いた場合に算定できる。

⑸5　ゼラチンスポンジ止血材

ゼラチンスポンジ止血材については痔疾患術後における直腸肛門部の止血のために用いた場合に算定できる。

⑸6　デキストラノマー

デキストラノマーは、下腿潰瘍、第Ⅱ度熱傷、第Ⅲ度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、２週間（改善傾向が明らかな場合は、３週間）を限度として算定できる。

⑸7　微線維性コラーゲン

ア　微線維性コラーゲンは、肝、膵、脾、脳、脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、心臓切開縫合閉鎖部、心臓表面、ＡＣバイパス吻合部、胸骨断面、肺切離面、胸膜剥離面及び縦隔リンパ節郭清部、関節手術における骨切り面、子宮実質、膀胱・骨盤内腹膜・直腸剥離面、傍大動脈リンパ節郭清部、骨盤内リンパ節郭清部、骨盤底又は骨盤壁からの出血で、結紮、レーザーメス又は通常の処置

による止血が無効又は実施できない場合において、止血に使用した場合に算定する。

イ　微線維性コラーゲンは、粉末状のもの、シート状のもの又は綿状のものにかかわらず算定できる。

ウ　ゼラチン止血・接着剤は、解離性大動脈瘤の解離腔、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、ＡＣバイパス吻合部又は肺若しくは肝切離面に対し、結紮、レーザーメス又は通常の処置による止血・閉鎖が無効又は実施できない場合において、止血・閉鎖のために使用した場合に算定できる。

(58)　経皮的血管形成術用穿刺部止血材料

経皮的血管形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経皮的冠動脈ステント留置術又は末梢動脈（頸動脈、腎動脈、四肢の動脈）の経皮的血管形成術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、５Fr以上のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り１セットについてのみ算定できる。

ただし、手術後１週間以内に入院した場合は算定できない。

(59)　頭・静脈、腹腔シャントバルブ

カテーテル、バルブ、リザーバー、コネクタのいずれかが組み合わされ、一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。

(59-2)　ペースメーカー

ＭＲＩに対応していないリードと組み合わせて、シングルチャンバ・ＭＲＩ対応型、デュアルチャンバ（Ⅳ型）・ＭＲＩ対応型又はトリプルチャンバ（Ⅱ型）・ＭＲＩ対応型を使用する場合は、それぞれシングルチャンバ・標準型、デュアルチャンバ（Ⅳ型）・標準型又はトリプルチャンバ（Ⅱ型）・標準型を算定する。

(60)　植込式心臓ペースメーカー用リード、体外式ペースメーカー用カテーテル電極

ア　植込式心臓ペースメーカー用リード

植込式心臓ペースメーカー用リードを植込型除細動器に接続し使用した場合は、そのリードの機能に応じ、経静脈リードの標準型又は誤感知防止型として算定する。

イ　体外式ペースメーカー用カテーテル電極

a　心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」、「アブレーション機能付き・標準型」又は「アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き」を算定する場合は、区分番号「Ｋ５９５」経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。

b　心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」と、「アブレーション機能付き・標準型」又は「心房内・心室内全域型」と「アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き」の両方を使用した場合は、主たるもののみ算定する。

(60-2)　植込型除細動器

ＭＲＩに対応していないリードと組み合わせて、植込型除細動器（Ⅲ型）・ＭＲＩ対応型又は植込型除細動器（Ⅴ型）・ＭＲＩ対応型を使用する場合は、それぞれ植込型除細動器（Ⅲ型）・標準型又は植込型除細動器（Ⅴ型）・標準型を算定する。

(60-2-2)　植込型除細動器用カテーテル電極

アダプターは、除細動閾値が高く、除細動電極の追加が必要となった患者に対して

使用した場合に限り算定できる。

⑹ 遠心式体外循環用血液ポンプ

ア　遠心式体外循環用血液ポンプは、人工心肺回路セットに併用される場合、胸部若しくは胸腹部の大動脈瘤手術時における病変部大動脈の一時的バイパスを行う場合又は経皮的心肺補助法（ＰＣＰＳ）を行う場合に算定できる。

イ　流量測定に用いるセルは別に算定できない。

⑹ 体外循環用カニューレ

付加機能のうち加算の対象となる付加されている生体適合性とは、ヘパリンコーティング及び抗血栓性セグメント化ポリウレタンをいう。また、付加機能のうち、密封・固定、圧モニター及びベント（心筋保護カニューレにおけるもの）は加算の対象とならない。

⑹ 人工心肺回路

人工心肺と同時に行われた選択的冠灌流の際の回路については、人工心肺回路として算定できる。

⑹ 補助人工心臓セット

ア　体外型

a　当該材料の材料価格には、補助人工心臓血液ポンプ、送血用カニューレ、脱血用カニューレ、駆動用チューブ、心房カフ、スキンカフ、タイバンド及びシリコン栓の材料価格が含まれ別に算定できない。

b　左心補助、右心補助についてそれぞれ１個を限度として算定できる。

イ　植込型（拍動流型）

a　植込みから３年以内に再度植え込む必要が生じた場合の材料価格は所定の価格に含まれ別に算定できない。

b　当該材料の材料価格には、血液ポンプ、送血用人工血管、脱血用人工血管、送血用生体由来人工心臓弁、脱血用生体由来人工心臓弁、コントロールユニットの材料価格が含まれ別に算定できない。

ウ　植込型（非拍動流型）

a　当該材料の材料価格には、血液ポンプ、送血用人工血管、脱血用人工血管、コントロールユニット等の材料価格が含まれ、別に算定できない。

b　当該材料（水循環回路セットを除く。）を植え込み後に再度植え込む必要が生じた場合、及び水循環回路セットを、前回算定日を起算日として３か月以内に算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

c　当該材料は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善に使用する。

d　当該材料は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定する。

⑹ 心臓手術用カテーテル

ア　心臓手術用カテーテルに併用されるガイドワイヤー等の特定保険医療材料は別途算定できる。

イ　経皮的冠動脈形成術用カテーテル・再狭窄抑制型は、冠動脈ステント内再狭窄病

変に対して使用された場合に限り算定できる。

ウ　特定保険医療材料以外の保険医療材料であって心臓手術用カテーテルに併用されるもの（三方活栓、延長チューブ、インデフレーター等）は算定できない。

エ　冠動脈用ステントセット救急処置型は、対象血管内径2.75mmから5.0mmの冠動脈又は伏在静脈グラフトに穿孔が生じ、心嚢内への止血が困難な血液漏出がある患者に対する救命の為の緊急処置に使用された場合のみ算定できる。

オ　冠動脈用ステントセット救急処置型は、本医療材料による処置が不成功となった場合に適切な処置が行えるよう、心臓外科的処置のできる施設若しくは近隣の医療機関との連携により緊急事態に対応できる施設で使用された場合のみ算定できる。

カ　冠動脈用ステントセット救急処置型は、血管造影法、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術に熟練し、かつ、本医療材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用すること。

キ　冠動脈狭窄部貫通用カテーテルは慢性完全狭窄症例や冠動脈完全閉塞の急性心筋梗塞等ガイドワイヤー通過困難な症例において、経皮的冠動脈形成術の施行時に使用した場合に算定できる。

ク　特殊カテーテルのうち、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの材料価格には、同時に使用されるモータードライブユニット等（アドバンサー、カッターカテーテル、止血弁等）の費用が含まれ別に算定できない。

(66)　ガイディングカテーテル

ア　冠動脈用は、冠動脈形成術を施行する際に使用した場合のみ算定できる。

イ　腹部四肢末梢用は、経皮的四肢血管拡張術及び血栓除去術を行う際に使用した場合にのみ算定できる。

ウ　脳血管用は、脳血管の手術の際に使用した場合のみ算定できる。

(67)　血管内手術用カテーテル

ア　経皮的脳血管形成術用カテーテルは、頭蓋内血管の経皮的形成術に使用した場合に算定できる。

イ　下大静脈留置フィルターセット

ａ　フィルター、フィルター・デリバリー・カテーテル、ガイドワイヤー、ダイレーター、シース、ローディング・コーン及びローディング・ツールは、別に算定できない。

ｂ　留置後抜去することを前提としたテンポラリー下大静脈留置フィルターは算定できない。

ウ　血栓除去用カテーテル

ａ　脳血栓除去用は、１回の手術に対し、３本を限度として算定する。

ｂ　脳血栓除去用は、当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

ｃ　脳血栓除去用を使用するに当たっては、関係学会の定める実施基準に準じること。

エ　塞栓用コイル・コイル・特殊型については、所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定できる。

オ　下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルについては、ガイドワイヤーの通過が困難な慢性完全閉塞下肢動脈において、経皮的血管形成術を実施した場合に限り算定できる。

なお、経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び下肢動脈狭窄部貫通用カテーテルを使用する医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ　血管塞栓用プラグ

a　心臓及び頭蓋内血管を除く、動静脈奇形、瘤、動静脈瘻等の異常血管、出血性病変、肝臓腫瘍に栄養する血管のうち、直径２mm以上の血管に使用した場合に算定できる。なお、患者の血管病変部の所見（直径を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

b　プッシャーワイヤー及びローダーは別に算定できない。

キ　冠動脈カテーテル交換用カテーテルは、１回の手術に対し、１本を限度として算定する。

ク　体温調節用カテーテルは、クモ膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害に伴う発熱患者に対し、体温調節の補助として使用した場合に限り算定できる。

(67-2) 尿路拡張用カテーテル

ガイドワイヤーは別に算定できない。

(68) 胆道結石除去用カテーテルセット

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

(69) 腎・尿管結石除去用カテーテルセット

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

(69-2) 組織拡張器

~~乳房用は以下のいずれにも該当する場合に限り算定できる。~~

~~ア　乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の適要欄に記載すること。~~

~~a　一次再建の場合~~

~~術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。~~

~~b　二次再建の場合~~

~~乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例であること。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。~~

~~イ~~当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

ア ~~a~~ 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師、もしくは、その指導下で研修を行う医師であること。

イ ~~b~~ 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨~~医師が~~登録~~がな~~されていること。

~~ウ　以下に該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は本通知別添様式２により提出すること。~~

~~a　一次再建の場合~~

~~乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、かつ、形成外科の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師と連携して手術を行うこと。~~

~~b　二次再建の場合~~

~~形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配~~

~~置されていること。~~

~~エ　関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。~~

~~オ　乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術目、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。~~

(70)　輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）

輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）は、１日当たり、1,000mL以上の輸血を行う場合（体重40kg以下の患者については、体重１kg当たり25mL以上の輸血を行う場合）に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。

(71)　輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）

輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）は、白血病、再生不良性貧血、慢性腎不全等同一の疾患に対して10回以上の反復輸血が行われる場合（行われることが予想される場合を含む。）に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。

(72)　スピードギプス包帯は特定保険医療材料として認められない。

(73)　両室ペーシング機能付き植込型除細動器

ア　両室ペーシング機能付き植込型除細動器は、施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関において、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。

a　次のいずれにも該当すること。

①　ＮＹＨＡクラスⅢ又はⅣ

②　左室駆出率35％以下

③　ＱＲＳ幅120~~130~~ms以上

b　次のいずれかに該当すること。

①　致死性不整脈による心停止に伴う意識消失の既往を有する患者

②　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の既往を有する患者

③　非持続性心室頻拍が確認され、かつ電気生理学的検査により心室頻拍又は心室細動が誘発される患者

イ　両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

ウ　ＭＲＩに対応していないリードと組み合わせて、単極又は双極用・ＭＲＩ対応型を使用する場合は、単極又は双極用・標準型を算定する。

(74)　肝動脈塞栓材

肝動脈塞栓材は、肝細胞癌患者に対する肝動脈塞栓療法において使用した場合に限り算定できる。

(75)　大動脈用ステントグラフト

ア　腹部大動脈用ステントグラフトは腹部大動脈瘤に対して外科手術による治療が第一選択とならない患者で、かつ、当該材料の解剖学的適応を満たす患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合にのみ算定できる。

なお、腹部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。また、腹部大動脈瘤の治療を目的とした外科手術を比較的安全に行うことが可能な患者に対しては、外科手術を第一選択として治療方法を選択すること。算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に外科手術が第一選択とならない旨、及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

イ　胸部大動脈用ステントグラフトは、１回の手術に対し１個を限度として算定できる。なお、以下の場合には１回の手術に対して２個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要」欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。また、胸部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。

ａ　１個のステントグラフトで治療が可能な長さを超えるため、複数個の使用が必要な場合

ｂ　中枢側及び末梢側の固定部位の血管径が異なり、１個のステントグラフトで許容できる範囲を超えるため、複数個の組み合わせによる使用が必要な場合

ウ　胸部大動脈用ステントグラフトの血管分岐部対応型は、腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等の主要血管分岐部を含む部位に使用した場合に算定できる。その際、診療報酬明細書の摘要欄に該当する主要分岐血管名を記載すること。

(76)　削除~~カプセル型内視鏡~~

~~ア　大腸用は以下のいずれかに該当する場合に限り算定できる。~~

~~ａ　大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に用いた場合~~

~~ｂ　大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合等、器質的異常により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者に用いた場合~~

~~イ　大腸用を用いて大腸内視鏡検査を行った場合は、区分番号「Ｄ３１３」大腸ファイバースコピー「３」上行結腸及び盲腸の点数に準じて算定する。~~

~~ウ　同一の患者につき、本品を用いる検査と大腸ファイバースコピーを併せて２回以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、アのａに掲げる患者に対して行った場合は、併せて２回を限度として算定できる。~~

~~エ　カプセル型内視鏡にまるものは、消化器系の内科又は外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。~~

~~オ　カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付し、アのａに掲げる患者に対して用いた場合は、大腸ファイバースコピーを実施した日付を明記すること。また、アのｂに掲げる患者に対して用いた場合は、大腸ファイバースコピーが施行困難である理由を明記すること。~~

(77)　血管内光断層撮影用カテーテル

ア　血管内超音波(IVUS)で観察が困難であるが、血管内腔及び血管壁表層の観察が必要な場合にのみ算定できる。

イ　血管内光断層撮影用カテーテルは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。

⑺８　ヒト自家移植組織

ア　自家培養表皮

a　自家植皮のための恵皮面積が確保できない重篤な広範囲熱傷で、かつ、受傷面積として深達性Ⅱ度熱傷創及びⅢ度熱傷創の合計面積が体表面積の30％以上の熱傷の場合であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、一連につき40枚を限度として算定する。

b　深達性Ⅱ度熱傷創への使用は、Ⅲ度熱傷と深達性Ⅱ度熱傷が混在し、分けて治療することが困難な場合に限る。

c　凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料３、救命救急入院料４又は特定集中治療室管理料２の施設基準の届け出を行っている保険医療機関において実施すること。

d　ヒト自家移植組織（自家培養表皮）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

イ　自家培養軟骨

a　膝関節における外傷性軟骨欠損症又は離断性骨軟骨炎（変形性膝関節症を除く。）で、他に治療法がなく、かつ、軟骨欠損面積が４cm^2以上の軟骨欠損部位に使用する場合にのみ算定できる。

b　使用した個数、大きさに係わらず、所定の価格を算定する。

c　当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

ⅰ　整形外科の経験を５年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であること。

ⅱ　所定の研修を修了していること。なお、当該研修は、次の内容を含むものであること。

①　当該材料の適応に関する事項

②　変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

③　軟骨採取法に関する事項

④　周術期管理に関する事項

⑤　合併症への対策に関する事項

⑥　リハビリテーションに関する事項

⑦　全例調査方法に関する事項

⑧　手術方法に関する事項（当該材料に類似した人工物を用いた手技を含む。）

~~d　以下のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年３月５日保医発0305第３号）別添２の様式52及び本通知別添様式１により提出すること。~~

~~ⅰ　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていること。~~

~~ⅱ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は運動器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出ていること。~~

~~ⅲ　関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること若しくは大学~~

~~病院本院であること。~~

d ~~c~~　ヒト自家移植組織（自家培養軟骨）を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳記を添付すること。

(79)　胸郭変形矯正用材料

ア　セットを使用する場合は、脊椎固定用材料に属する特定保険医療材料及び固定クリップ（伸展術時交換用）の費用は所定点数に含まれ、別途算定できない。

イ　セットは１回の手術につき２セットを限度として算定できる。なお、医学的根拠に基づき３セット以上を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的根拠を詳細に記載すること。

ウ　固定クリップ（伸展術時交換用）は１セット当たり２個を上限として算定できる。

エ　固定クリップ（伸展術時交換用）は伸展術時のみ算定できる。

(80)　経皮的動脈管閉鎖セット

経皮的動脈管閉鎖セットを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。

(81)　削除

(82)　植込型心電図記録計

短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

(83)　合成吸収性硬膜補強材

本材料は５mLを１単位とする。

(83-2)　削除

(84)　局所陰圧閉鎖処置用材料

ア　局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

a　外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）

b　外科手術後離開創・開放創

c　四肢切断端開放創

d　デブリードマン後皮膚欠損創

イ　主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ　局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より３週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については４週間を限度として算定できる。３週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

エ　局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(85)　植込型迷走神経電気刺激装置及び迷走神経刺激装置用リードセット

当該装置は、薬剤抵抗性の難治性てんかん発作を有するてんかん患者（開頭手術が奏功する症例の者を除く。）について、てんかん発作の頻度を軽減する目的として使

用した場合で、所定の研修を修了した医師が使用した場合に算定できる。

(86) 経皮的心腔内リード除去用レーザーシースセット

当該材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用した場合に限り算定できる。

(87) 膀胱尿管逆流症治療用注入材

１回の手術に対し、一側につき３本を限度として算定する。

(88) 椎体形成用材料セット

ア　当該材料を用いた手技に関する所定の研修を終了した医師が使用した場合に限り算定できる。

イ　椎体形成用材料セットは、原発性骨粗鬆症による場合は１回の手術に対し１セットを、多発性骨髄腫又は転移性骨腫瘍による場合は３セットを限度として算定する。

(89) 脊椎棘間留置材料

ア　当該材料を用いた手技に関する所定の研修を終了した医師が使用した場合に限り算定できる。

イ　脊椎棘間留置材料は、１回の手術に対し２個を限度として算定する。

(90) 外科用接着用材料

当該材料は、１回の手術につき32.4gを限度として算定する。

(91) 削除

(92) 心腔内超音波プローブ

磁気センサー付きを算定する場合は、区分番号「Ｋ５９５」経皮的カテーテル心筋焼灼術の「注１」三次元カラーマッピング加算は算定できない。

(93) 削除

(94) 植込型骨導補聴器

ア　接合子付骨導端子又は骨導端子及び接合子はいずれか一方のみ算定する。

イ　植込型骨導補聴器は、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。

a　両側外耳道閉鎖症、両側耳硬化症、両側真珠腫又は両側耳小骨奇形で、既存の手術による治療及び既存の骨導補聴器を使用しても改善がみられない患者。

b　一側の平均骨導聴力レベルが45dB以内の患者。

c　18歳以上の患者。ただし、両側外耳道閉鎖症の患者については、保護者の同意が得られた場合、15歳以上でも対象となる。

~~ウ　植込型骨導補聴器を植え込んだ場合の手技料は、区分番号「Ｋ３０４」乳突洞開放術（アントロトミー）の点数に準じて算定する。~~

~~エ　接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を行った場合は、区分番号「Ｋ１４７」穿頭術（トレパナチオン）の点数に準じて算定するが、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。~~

ウ~~オ~~　植込型骨導補聴器を使用する際には、診療報酬明細書の摘要欄に患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等を詳細に記載すること。

エ~~カ~~　植込型骨導補聴器の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は算定できない。

~~キ　植込型骨導補聴器の植込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した場合の~~

~~施設基準は、区分番号「K３２８」人工内耳植込術の施設基準に準じて、改めて届け出ること。~~

~~タ　植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した後、補聴器適合検査を実施した場合は、区分番号「D２４４－２」補聴器適合検査「２」２回目以降により算定する。~~

(95)　子宮用止血バルーンカテーテル

ア　分娩又は帝王切開術後の子宮からの弛緩出血に対し、子宮収縮剤の投与及び子宮双手圧迫術~~法~~を試みても止血できない患者に対して使用した場合にのみ算定できる。

イ　子宮用止血バルーンカテーテルを用いる際は、区分番号「Ｊ０７７」子宮出血止血法の「１」分娩時のもの、「Ｋ８９８」帝王切開術又は「Ｋ９０１」子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）と併せて算定する。

(96)　削除~~神経再生誘導材~~

~~神経再生誘導材を用いて神経再建術を行った場合は、区分番号「K１８２」神経縫合術の「１」の点数に準じて算定する。~~

(97)　削除~~気管支用充填材~~

~~気管支用充填材を用いて瘻孔閉鎖を行った場合の手技料は、区分番号「D３０２」気管支ファイバースコピーの点数に含まれ、別に算定できない。~~

(97-2)　陰圧創傷治療用カートリッジは、入院中の患者以外の患者に対して使用した場合に限り算定する。

(98)　人工乳房

~~ア　乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、以下のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の適要欄に記載すること。~~

~~a　一次一期的再建の場合~~

~~術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めない症例で、かつ、大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。~~

~~b　一次二期的再建の場合~~

~~乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。~~

~~c　二次再建の場合~~

~~乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。~~

~~イ~~　当該材料は、以下のいずれにも該当する医師が使用した場合に限り算定する。

ア~~a~~　形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師、もしくは、その指導下で研修を行う医師であること。

イ~~b~~　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、医師登録がなされていること。

イ~~ウ　以下に該当する保険医療機関において実施すること。なお、届出は本通知別添様式２により提出すること。~~

~~a　一次一期的再建の場合~~

乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、かつ、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師と連携して手術を行うこと。

b　二次三期的再建及び三次再建の場合

形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

エ　関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

オ　乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術目、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

カ　大王乳房を用いて乳房再建術を行った場合は、区分番号「Ｋ４７６－３」乳房再建術（乳房切除後）の点数に準じて算定する。

(99)　バルーン拡張型人工生体弁セット

ア　バルーン拡張型大王生体弁セットは以下のいずれにも該当する場合に限り算定できる。なお、届出は本通知別添様式３により提出すること。

a　循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

b　以下のいずれにも該当すること。

i　緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。

ii　大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）を年間20例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間10例以上実施していること。

iii　冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）を年間100例以上実施していること。

iv　経食道心エコー検査を年間200例以上実施していること。

c　５年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されており、かつ、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されていること。

d　５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、ｃに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

e　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

イ　以下のいずれも満たす手術室を有していること。

a　設置型透視装置を備えていること。

b　高性能フィルタを使用して空気浄化を行い、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。

c　必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。

d　速やかに開胸手術に移行可能であること。

ウ　術中経食道心エコー検査、経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。

エ　実際の手技に当たって、５年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師と５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上参加すること。

オ　関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

~~カ　バルーン拡張型人工生体弁セットを用いて経皮的大動脈弁置換術を行った場合は、区分番号「Ｋ５５６－２」経皮的大動脈弁拡張術の点数に準じて算定する。~~

~~キ~~　自己大動脈弁弁尖の硬化変性に起因する症候性の重度大動脈弁狭窄を有し、かつ、外科的手術を施行することができず、本品による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に使用する場合に限り算定できる。

⑽　血管内塞栓材

ア　止血用は、外傷等により、頭部、胸腔、腹腔、骨盤内又は大腿、上腕動脈等の四肢中枢側の動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。

イ　動脈化学塞栓療法用は、薬剤を含浸して使用した場合に限り算定できる。

4　フィルムに係る取扱いについて

⑴　１枚のフィルムを半分ずつ使用して２回撮影した場合のフィルム料は、当該フィルムの材料価格によって算定する。即ち実際に使用したフィルムの価格による。

⑵　６歳未満の乳幼児の胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合には、損耗量が多いことを考慮して材料価格に1.1を乗じて算定するものである。

⑶　マンモグラフィー用フィルム以外の軟部組織撮影用フィルムについては、一般の直接撮影用フィルムとして算定する。

⑷　マンモグラフィー用フィルムの撮影対象部位は乳房のみである。

⑸　画像記録用フィルムとは、コンピューター断層撮影、コンピューテッド・ラジオグラフィー法撮影、シンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影又はデジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法に用いるフィルムをいう。

⑹　コンピューター断層撮影又はコンピューテッド・ラジオグラフィー用の乾式イメージャーを用いる非銀塩感熱記録式フィルム、非銀塩高安定ラミネート方式フィルムは、画像記録用フィルムとして算定して差し支えない。

⑺　ロールフィルムのうち、フィルムの幅が告示に定められている規格と同様であるか又は類似している場合（35.6センチメートル、30.5センチメートル及び10.5センチメートル等）にあっては、告示に定められている規格の枚数に換算し、算出した額を限度とする。

⑻　心臓又は血管の動態を把握するために使用したロールフィルム（シネフィルム）については、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑼　画像診断に係る手技料を別に算定できない検査、処置、手術を行った場合においても、使用したフィルムに要する費用については、区分番号「Ｅ４００」に掲げるフィルム料を算定できる。また、特定保険医療材料及び造影剤を使用した場合は、各部に掲げる特定保険医療材料料及び薬剤料を算定できる。

⑽　フィルムの規格が定められていないフィルムにあっては、定められている規格のうちで最も近似するフィルムの規格の材料価格により算定する。

5　臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

⑴　臨床試用特定保険医療材料に係る保険請求上の取扱い

臨床試用特定保険医療材料は、算定方法告示に規定され、医療保険上の給付対象となる「特定保険医療材料」には該当しないものであり、したがって、臨床試用特定保

険医療材料に係る特定保険医療材料料については、保険請求は認められない。

⑵　臨床試用特定保険医療材料を使用した場合の手技料等の取扱い

臨床試用特定保険医療材料が材料価格基準に収載されている特定保険医療材料である限り、当該臨床試用特定保険医療材料に係る手技料については、保険請求が認められる。

6　経過措置について

⑴　「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（平成26~~24~~年２月12~~10~~日保発0212~~0210~~第11、12~~6~~号）第４章２の規定に基づき、再算定が行われた吸引留置カテーテル、胆道ステントセット、交換用胃瘻カテーテル、人工股関節用材料、大腿骨外側固定用内副子、脊椎固定用材料、人工肩関節用材料、下肢再建用人工関節用材料、髄内釘、固定用金属線、固定用金属ピン、人工靱帯、骨セメント、合成吸収性骨片接合材料、植込型脳・脊髄電気刺激装置、人工内耳用材料、組織代用人工繊維布、皮膚欠損用創傷被覆材、植込型輸液ポンプ、体外式ペースメーカー用カテーテル電極、植込型除細動器用カテーテル電極、生体弁、人工心肺回路、心臓手術用カテーテル、血管内手術用カテーテル、胆道結石除去用カテーテルセット及び大動脈用ステントグラフト~~ダイレーター、胆道ステントセット、固定用内副子（スクリュー）、大腿骨外側固定用内副子、脊椎固定用材料、下肢再建用人工関節用材料、髄内釘、固定用金属線、人工靱帯、内視鏡的食道静脈瘤結紮セット、組織代用人工繊維布、体外式ペースメーカー用カテーテル電極、弁付きグラフト（生体弁）、人工心肺回路、心臓手術用カテーテル、血管内手術用カテーテル及び人工血管~~について、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

⑵　「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第３章第４節及び第４章３の規定に基づき、ペースメーカー、体外式ペースメーカー用カテーテル電極、植込型除細動器、心臓手術用カテーテル、両室ペーシング機能付き植込型除細動器、大動脈用ステントグラフト、カプセル型内視鏡及びバルーン拡張型人工生体弁セットの機能区分における迅速な保険導入に係る評価を受けた医療機器について、当該医療機器が新規収載された日から２年間に限り、当該医療機器の属する機能区分の基準材料価格に当該評価を加算した額を保険償還価格とするよう経過措置を設けたところである。

Ⅱ　算定方法告示別表第二歯科診療報酬点数表に関する事項

1　特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

Ⅰの１と同様であること。

2　特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

⑴　中心静脈用カテーテル

Ⅰの３の⑽と同様であること。

⑵　プラスチックカニューレ型静脈内留置針

Ⅰの３の⑼と同様であること。

⑶　栄養カテーテル

Ⅰの３の⑮と同様であること。

⑷　気管内チューブ

Ⅰの３の⑯と同様であること。

⑸　胃管カテーテル

Ⅰの３の⑰と同様であること。

⑹　吸引留置カテーテル

Ⅰの３の⑱と同様であること。

⑺　膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル

Ⅰの３の㉘と同様であること。

⑻　固定用金属ピン

Ⅰの３の㊸と同様であること。

⑼　人工骨

汎用型・非吸収型のうち、顆粒・フィラー、多孔体、形状賦形型及び吸収型については、骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患、骨腫瘍の病巣掻爬後の補填、歯肉剥離掻爬手術若しくは歯周組織再生誘導手術中の補填又は顎変形症の顎離脱後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合に算定する。

⑽　皮膚欠損用創傷被覆材

Ⅰの３の㊸と同様であること。

⑾　真皮欠損用グラフト

Ⅰの３の㊹と同様であること。

⑿　輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）

Ⅰの３の㊿と同様であること。

⒀　輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）

Ⅰの３の(71)と同様であること。

⒁　スピードギプス包帯

Ⅰの３の(72)と同様であること。

3　フィルムに係る取扱いについて

Ⅰの４と同様であること。ただし、⑵の「胸部単純撮影又は腹部単純撮影」は「単純撮影」と読み替えるものであること。

4　臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

Ⅰの５と同様であること。

5　経過措置について

「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」~~（平成24年２月10日保発0210第６号）~~第４章２の規定に基づき、再算定が行われた固定用金属線、皮膚欠損用創傷被覆材及び吸引留置カテーテルについて、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

Ⅲ　算定方法告示別表第三調剤報酬点数表に関する事項

１　特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

Ｉの１と同様であること。

２　特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

⑴　腹膜透析液交換セット

Ｉの２の⑴と同様であること。

⑵　在宅中心静脈栄養用輸液セット

Ｉの２の⑵と同様であること。

⑶　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。疼痛管理においてＰＣＡ（Patient Controlled Analgesia）用装置を併用（一体型製品を含む。）した場合の費用も当該材料価格に含まれる。携帯型ディスポーザブル注入ポンプは、頻回の疼痛管理等で１月につき７個以上用いる場合において、７個目以降の携帯型ディスポーザブル注入ポンプについて算定する

⑷　皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

Ｉの２の⑸と同様であること。

⑸　水循環回路セット

Ｉの２の⑹と同様であること。

３　臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

Ｉの５と同様であること。

４　経過措置について

「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」第４章２の規定に基づき、再算定が行われた皮膚欠損用創傷被覆材について、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

Ⅳ　診療報酬明細書における略称の使用に関する事項

別紙に掲げる特定保険医療材料については、診療報酬明細書に記載する場合に、同表に定める略称を使用して差し支えない。

（別紙）

告示名	略称
003 動脈圧測定用カテーテル	
(1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル	動脈圧モニターカテ肺動脈用
(2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	動脈圧モニターカテ末梢動脈用
004 冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	ＣＳ採血カテ
005 サーモダイリューション用カテーテル	
(1) 一般型・（標準型・標準型）	サーモ標準
(2) 一般型・（標準型・輸液又はペーシングリード用ルーメンあり）	サーモ（標準・ルーメン）
(3) 一般型・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	サーモ（標準・オキシ）
(4) 一般型・ペーシング機能あり	サーモ（標準・ペーシング）
(5) 右室駆出率測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	サーモ（ＲＥＦ・オキシ）
(6) 右室駆出率測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	サーモＲＥＦ
(7) 連続心拍出量測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	サーモ（ＣＣＯ・オキシ）
(8) 連続心拍出量測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	サーモＣＣＯ
(9) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	サーモＵＰＡＯ
010 血管造影用マイクロカテーテル	
(1) オーバーザワイヤー・選択的アプローチ型・ブレードあり	マイクロカテ・ＯＳＢ
(2) オーバーザワイヤー・選択的アプローチ型・ブレードなし	マイクロカテ・ＯＳ
(3) オーバーザワイヤー・造影能強化型	マイクロカテ・ＯＺ
(4) オーバーザワイヤー・デタッチャブルコイル用	マイクロカテ・Ｏコイル
(5) フローダイレクト	マイクロカテ・フローダイレクト
021 中心静脈用カテーテル	
(1) 標準型・シングルルーメン・スルーザカニューラ型	中心静脈カテ・標準・Ⅰ
(2) 標準型・シングルルーメン・セルジンガー型	中心静脈カテ・標準・Ⅱ
(3) 標準型・マルチルーメン・スルーザカニューラ型	中心静脈カテ・標準・Ⅲ
(4) 標準型・マルチルーメン・セルジンガー型	中心静脈カテ・標準・Ⅳ
(5) 抗血栓性型	中心静脈カテ・抗血栓
(6) 極細型	中心静脈カテ・極細
(7) カフ付き	中心静脈カテ・カフ
(8) 酸素飽和度測定機能付き	中心静脈カテ・オキシ
(9) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き・シングルルーメン	中心静脈カテ・末梢留置・Ⅰ
(10) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き・マルチルーメン	中心静脈カテ・末梢留置・Ⅱ
023 涙液・涙道シリコンチューブ	涙道チューブ
024 脳・脊髄腔用カニューレ	
(1) 排液用・皮下・硬膜外用	脳・脊髄カニューレ・Ⅰ
(2) 排液用・頭蓋内用	脳・脊髄カニューレ・Ⅱ
(3) 排液用・脊髄クモ膜下腔用	脳・脊髄カニューレ・Ⅲ
(4) 脳圧測定用	脳・脊髄カニューレ・Ⅳ
026 栄養カテーテル	
(1) 経鼻用・一般用	栄養カテ・経鼻・一般型
(2) 経鼻用・乳幼児用・一般型	栄養カテ・経鼻・乳児１
(3) 経鼻用・乳幼児用・非DEHP型	栄養カテ・経鼻・乳児２
(4) 経鼻用・経腸栄養用	栄養カテ・経鼻・経腸型
(5) 経鼻用・特殊型	栄養カテ・経鼻・特殊型

告示名	略称
(6) 腸瘻用	栄養カテ・腸瘻型
027 気管内チューブ	
(1) カフあり・カフ上部吸引機能あり	気管内・吸引あり
(2) カフあり・カフ上部吸引機能なし・標準型	気管内・吸引なし・標準型
(2-2) カフあり・カフ上部吸引機能なし・特殊処理型	気管内・吸引なし・特殊処理型
(3) カフなし	気管内・カフなし
028 胃管カテーテル	
(1) シングルルーメン	胃管カテ・シングル型
(2) ダブルルーメン・標準型	胃管カテ・ダブル・標準型
(3) ダブルルーメン・特殊型	胃管カテ・ダブル・特殊型
(4) マグネット付き	胃管カテ・特殊型
029 吸引留置カテーテル	
(1) 能動吸引型・胸腔用・一般型・軟質型	吸引留置カテ・胸腔用 Ⅰ
(2) 能動吸引型・胸腔用・一般型・硬質型	吸引留置カテ・胸腔用 Ⅱ
(3) 能動吸引型・胸腔用・抗血栓性	吸引留置カテ・胸腔用抗血栓
(4) 能動吸引型・心嚢・縦隔穿刺用	吸引留置カテ・穿刺型
(5) 能動吸引型・肺全摘術後用	吸引留置カテ・肺全摘用
(6) 能動吸引型・創部用・軟質型	吸引留置カテ・創部用 Ⅰ
(7) 能動吸引型・創部用・硬質型	吸引留置カテ・創部用 Ⅱ
(8) 能動吸引型・サンプドレーン	吸引留置カテ・サンプ
(9) 受動吸引型・フィルム・チューブドレーン・フィルム型	吸引留置カテ・フィルム・チューブⅠ
(10) 受動吸引型・フィルム・チューブドレーン・チューブ型	吸引留置カテ・フィルム・チューブⅡ
(11) 受動吸引型・胆膵用・胆管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 Ⅰ
(12) 受動吸引型・胆膵用・胆嚢管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 Ⅱ
(13) 受動吸引型・胆膵用・膵管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 Ⅲ
030 イレウス用ロングチューブ	
(1) 標準型・経鼻挿入型	イレウス経鼻
(2) 標準型・経肛門挿入型	イレウス経肛門
(3) スプリント機能付加型	イレウススプリント
031 腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット	
(1) 腎瘻用カテーテル・ストレート型	腎瘻・膀胱瘻カテストレート
(2) 腎瘻用カテーテル・ピッグテイル型	腎瘻・膀胱瘻カテピッグテイル
(3) 腎瘻用カテーテル・マレコ型	腎瘻・膀胱瘻カテマレコ
(4) 腎瘻用カテーテル・カテーテルステント型	腎瘻・膀胱瘻カテカテーテルステント
(5) 腎瘻用カテーテル・腎盂バルーン型	腎瘻・膀胱瘻カテ腎盂バルーン
(6) 膀胱瘻用カテーテル	腎瘻・膀胱瘻カテ膀胱瘻用
(7) 造設用セット	腎瘻・膀胱瘻造設用
(8) 交換用セット	腎瘻・膀胱瘻交換用
033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット	
(1) ワンステップ法・ダイレクト法セット	ＰＴＣＤカテ１
(2) ツーステップ法・内外瘻法セット	ＰＴＣＤカテ２
(3) 外筒法セット	ＰＴＣＤカテ外筒法
(4) 経鼻法セット	ＰＴＣＤカテＥＮＢＤ
(5) 追加・交換用セット	ＰＴＣＤカテ追加交換

告示名	略称
034 胆道ステントセット	
(1) 一般型・永久留置型・ステント・ロング	胆道ステント・一般・永久・ステント長
(2) 一般型・永久留置型・ステント・ショート	胆道ステント・一般・永久・ステント短
(3) 一般型・永久留置型・デリバリーシステム	胆道ステント・一般・永久・デリバリー
(4) 一般型・一時留置型・ステント	胆道ステント・一般・一時・ステント
(5) 一般型・一時留置型・デリバリーシステム	胆道ステント・一般・一時・デリバリー
(6) 自動装着システム付・永久留置型・カバーあり	胆道ステント・自動・永久・カバー有
(7) 自動装着システム付・永久留置型・カバーなし	胆道ステント・自動・永久・カバー無
(8) 自動装着システム付・一時留置型	胆道ステント・自動・一時
035 尿管ステントセット	
(1) 一般型・標準型	尿管ステント一般Ⅰ
(2) 一般型・異物付着防止型	尿管ステント一般Ⅱ
(3) 外瘻用・腎盂留置型・標準型	尿管ステント外瘻Ⅰ
(4) 外瘻用・腎盂留置型・異物付着防止型	尿管ステント外瘻Ⅱ
(5) 外瘻用・尿管留置型	尿管ステント外瘻Ⅲ
(6) エンドパイロトミー用	尿管ステントエンドパイロトミー
036 尿道ステント	
(1) 永久留置型	尿道ステントⅠ
(2) 一時留置（交換）型・長期留置型	尿道ステントⅡ
(3) 一時留置（交換）型・短期留置型	尿道ステントⅢ
037 交換用胃瘻カテーテル	
(1) 胃留置型・バンパー型・ガイドワイヤーあり	胃瘻カテⅠ－１
(2) 胃留置型・バンパー型・ガイドワイヤーなし	胃瘻カテⅠ－２
(3) 胃留置型・バルーン型	胃瘻カテⅡ
(4) 小腸留置型	胃瘻カテⅢ
038 気管切開後留置用チューブ	
(1) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能あり・一重管	気管切開・吸引あり・一重管
(2) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能あり・二重管	気管切開・吸引あり・二重管
(3) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能なし・一重管	気管切開・吸引なし・一重管
(4) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能なし・二重管	気管切開・吸引なし・二重管
(5) 一般型・カフなし気管切開チューブ	気管切開・カフなし
(6) 輪状甲状膜切開チューブ	気管切開・輪状甲状膜用
(7) 保持用気管切開チューブ	気管切開・保持用
039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
(1) ２管一般（Ⅰ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅰ）
(2) ２管一般（Ⅱ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅱ）
(3) ２管一般（Ⅲ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅲ）
(4) 特定（Ⅰ）	膀胱留置カテ特定（Ⅰ）
(5) 特定（Ⅱ）	膀胱留置カテ特定（Ⅱ）
(6) 圧迫止血	膀胱留置カテ圧迫止血
042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	
(1) シングルルーメン・一般型	ブラッドアクセスカテＳ一般
(2) シングルルーメン・交換用	ブラッドアクセスカテＳ交換
(3) ダブルルーメン以上・一般型	ブラッドアクセスカテＤ一般

告示名	略称
(4) ダブルルーメン以上・カフ型	ブラッドアクセスカテDカフ
044 血漿交換用血漿分離器	血漿分離器
045 血漿交換用血漿成分分離器	血漿成分分離器
047 吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）	吸着式血液浄化（エンドトキシン）
048 吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）	吸着式血液浄化（肝性昏睡・薬物）
056 副木	
(1) 軟化成形使用型・手指・足指用	副木・Ｆ１０－ａ－１
(2) 軟化成形使用型・上肢用	副木・Ｆ１０－ａ－２
(3) 軟化成形使用型・下肢用	副木・Ｆ１０－ａ－３
(4) 軟化成形使用型・鼻骨用	副木・Ｆ１０－ａ－４
(5) 形状賦形型・手指・足指用	副木・Ｆ１０－ｂ－１
(6) 形状賦形型・上肢用	副木・Ｆ１０－ｂ－２
(7) 形状賦形型・下肢用	副木・Ｆ１０－ｂ－３
(8) 形状賦形型・鼻骨用	副木・Ｆ１０－ｂ－４
(9) ハローベスト（ベスト部分）	副木・Ｆ１０－ｃ
(10) ヒール	副木・Ｆ１０－ｄ
057 人工股関節用材料	
(1) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（直接固定型）・標準型	人工股関節ＨＡ－１
(1-2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（直接固定型）・特殊型（Ⅰ）	人工股関節ＨＡ－１－２
(1-3) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（直接固定型）・特殊型（Ⅱ）	人工股関節ＨＡ－１－３
(1-4) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（直接固定型）・特殊型（Ⅲ）	人工股関節ＨＡ－１－４
(2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（間接固定型）	人工股関節ＨＡ－２
(2-2) 骨盤側材料・カップ・ライナー一体型（間接固定型）（Ⅱ）	人工股関節ＨＡ－２－２
(2-3) 骨盤側材料・カップ・ライナー一体型（間接固定型）（Ⅲ）	人工股関節ＨＡ－２－３
(3) 骨盤側材料・ライナー（Ⅰ）	人工股関節ＨＡ－３
(3-2) 骨盤側材料・ライナー（Ⅲ）	人工股関節ＨＡ－３－２
(3-3) 骨盤側材料・ライナー（Ⅳ）	人工股関節ＨＡ－３－３
(3-4) 骨盤側材料・ライナー（Ⅴ）	人工股関節ＨＡ－３－４
(3-5) 骨盤側材料・ライナー（Ⅶ）	人工股関節ＨＡ－３－６
(3-6) 骨盤側材料・デュアルモビリティ用ライナー	人工股関節ＨＡ－３－５
(4) 大腿骨側材料・大腿骨ステム（直接固定型）・標準型	人工股関節ＨＦ－４
(4-2) 大腿骨側材料・大腿骨ステム（直接固定型）・特殊型	人工股関節ＨＦ－４－２
(5) 大腿骨側材料・大腿骨ステム（間接固定型）	人工股関節ＨＦ－５
(6) 大腿骨側材料・大腿骨ステムヘッド・大腿骨ステムヘッド（Ⅰ）	人工股関節ＨＦ－６
(6-2) 大腿骨側材料・大腿骨ステムヘッド・大腿骨ステムヘッド（Ⅱ）	人工股関節ＨＦ－６－２
(7) 大腿骨側材料・人工骨頭用・モノポーラカップ	人工股関節ＨＭ－７
(8) 大腿骨側材料・人工骨頭用・バイポーラカップ（Ⅰ）	人工股関節ＨＢ－８
(8-2) 大腿骨側材料・人工骨頭用・バイポーラカップ（Ⅱ）	人工股関節ＨＢ－８－２
(9) 単純人工骨頭	人工股関節ＨＥ－９
058 人工膝関節用材料	
(1) 大腿骨側材料・全置換用材料（直接固定型）	人工膝関節ＫＦ－１
(2) 大腿骨側材料・全置換用材料（間接固定型）・標準型	人工膝関節ＫＦ－２
(2-2) 大腿骨側材料・全置換用材料（間接固定型）・特殊型	人工膝関節ＫＦ－２－２
(3) 大腿骨側材料・片側置換用材料（直接固定型）	人工膝関節ＫＨ－３

告示名	略称
(4) 大腿骨側材料・片側置換用材料（間接固定型）・標準型	人工膝関節ＫＨ－４
(4-2) 大腿骨側材料・片側置換用材料（間接固定型）・特殊型	人工膝関節ＫＨ－４－２
(5) 脛骨側材料・全置換用材料（直接固定型）・標準型	人工膝関節ＫＴ－５
(5-2) 脛骨側材料・全置換用材料（直接固定型）・特殊型	人工膝関節ＫＴ－５－２
(6) 脛骨側材料・全置換用材料（間接固定型）	人工膝関節ＫＴ－６
(7) 脛骨側材料・片側置換用材料（直接固定型）	人工膝関節ＫＨ－７
(8) 脛骨側材料・片側置換用材料（間接固定型）	人工膝関節ＫＨ－８
(9) 膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節ＫＰ－９
(10) 削除	
(10-2) 膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅲ）	人工膝関節ＫＰ－１０－２
(10-3) 削除	
(11) インサート（Ⅰ）	人工膝関節ＫＩ－１１
(12) インサート（Ⅱ）	人工膝関節ＫＩ－１２
059 オプション部品	
(1) 人工股関節用部品・一般オプション部品	オプション部品・ＯＨ－１
(1-2) 人工股関節用部品・カップサポート	オプション部品・ＯＨ－１－２
(2) 人工膝関節用部品	オプション部品・ＯＫ－２
(3) 人工関節固定強化部品・人工関節固定強化部品（Ⅰ）	オプション部品・ＯＦ－３
(3-2) 人工関節固定強化部品・人工関節固定強化部品（Ⅱ）	オプション部品・ＯＦ－３－２
(4) 再建用強化部品	オプション部品・ＯＲ－４
(5) 人工肩関節再置換用ステムヘッド	オプション部品・ＯＲ－５
060 固定用内副子（スクリュー）	
(1) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・標準型	固定用内副子・ＦＡ－１
(1-2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）・特殊型	固定用内副子・ＦＡ－１－２
(2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＡ－２
(3) 一般スクリュー（アルミナセラミック）	固定用内副子・ＦＡ－３
(4) 中空スクリュー（生体用合金Ⅰ・Ｓ）	固定用内副子・ＦＢ－１－Ｓ
(5) 中空スクリュー（生体用合金Ⅰ・Ｌ）	固定用内副子・ＦＢ－１－Ｌ
(6) 中空スクリュー（生体用合金Ⅱ・Ｓ）	固定用内副子・ＦＢ－２－Ｓ
(7) 中空スクリュー（生体用合金Ⅱ・Ｌ）	固定用内副子・ＦＢ－２－Ｌ
(8) その他のスクリュー	
① 標準型・小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	固定用内副子・Ｆ１－ａ
② 特殊型・軟骨及び軟部組織用・スーチャーアンカー型（スクリュー型）	固定用内副子・Ｆ１－ｂ－１
②-2 特殊型・軟骨及び軟部組織用・スーチャーアンカー型（その他）	固定用内副子・Ｆ１－ｂ－１－１
③ 特殊型・軟骨及び軟部組織用・インターフェアレンス型	固定用内副子・Ｆ１－ｂ－２
④ 特殊型・軟骨及び軟部組織用・座金型	固定用内副子・Ｆ１－ｂ－３
⑤ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・大腿骨頸部用	固定用内副子・Ｆ１－ｃ－１
⑥ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・一般用	固定用内副子・Ｆ１－ｃ－２
⑦ 特殊型・義眼等人工物固定用	固定用内副子・Ｆ１－ｄ
061 固定用内副子（プレート）	
(1) ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・Ｓ）	固定用内副子・ＦＣ－１－Ｓ
(2) ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・Ｌ）	固定用内副子・ＦＣ－１－Ｌ
(3) ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・Ｓ）	固定用内副子・ＦＣ－２－Ｓ
(4) ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・Ｌ）	固定用内副子・ＦＣ－２－Ｌ

告示名	略称
(5) 有角プレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＤ－１
(6) 有角プレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＤ－２
(7) 骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）・標準型	固定用内副子・ＦＥ－１
(7-2) 骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）・内外反変形矯正用（小児）	固定用内副子・ＦＥ－１－２
(8) 骨端用プレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＥ－２
(9) その他のプレート	
① 標準・指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用・ストレート型・異形型	固定用内副子・Ｆ２－ａ－１
② 標準・指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用・メッシュ型	固定用内副子・Ｆ２－ａ－２
③ 標準・下顎骨・骨盤再建用・標準型	固定用内副子・Ｆ２－ｂ
③-2 標準・下顎骨・骨盤再建用・三次元型	固定用内副子・Ｆ２－ｂ－２
④ 標準・人工顎関節用	固定用内副子・Ｆ２－ｃ
⑤ 標準・頭蓋骨閉鎖用・バーホール型	固定用内副子・Ｆ２－ｄ－１
⑥ 標準・頭蓋骨閉鎖用・クランプ型	固定用内副子・Ｆ２－ｄ－２
⑦ 特殊・骨延長用	固定用内副子・Ｆ２－ｅ
⑧ 特殊・スクリュー非使用型	固定用内副子・Ｆ２－ｆ
062 大腿骨外側固定用内副子	
(1) つばなしプレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＦ－１
(2) つばなしプレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＦ－２
(3) つばつきプレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＧ－１
(4) つばつきプレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＧ－２
(5) ラグスクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＨ－１
(6) ラグスクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＨ－２
(7) スライディングラグスクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＩ－１
(8) 圧迫固定スクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・ＦＪ－１
(9) 圧迫固定スクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・ＦＪ－２
063 固定用内副子用ワッシャー、ナット類	
(1) ワッシャー（Ⅰ）	固定用内副子・ＦＫ－１
(2) ワッシャー（Ⅱ）	固定用内副子・ＦＫ－４
(3) ナット	固定用内副子・ＦＬ
064 脊椎固定用材料	
(1) 脊椎ロッド	固定用内副子・ＦＭ
(2) 脊椎プレート（Ｓ）	固定用内副子・ＦＯ－Ｓ
(3) 脊椎プレート（Ｌ）	固定用内副子・ＦＯ－Ｌ
(4) 椎体フック	固定用内副子・ＦＰ
(5) 脊椎スクリュー（固定型）	固定用内副子・ＦＱ－Ｆ
(6) 脊椎スクリュー（可動型）	固定用内副子・ＦＱ－Ｖ
(7) 脊椎コネクター	固定用内副子・ＦＳ
(8)トランスバース固定器	固定用内副子・ＦＴ
(9) 椎体ステープル	固定用内副子・ＦＵ
(10) 椎体ワッシャー	固定用内副子・Ｆ３－ａ
065 人工肩関節用材料	
(1) 肩甲骨側材料・標準型	人工肩関節・ＳＧ－１
(1-2) 肩甲骨側材料・特殊型	人工肩関節・ＳＧ－１－２
(2) 上腕骨側材料・標準型	人工肩関節・ＳＨ－２

告示名	略称
(2-2) 上腕骨側材料・特殊型	人工肩関節・ＳＨ－２－２
(3) リバース型・上腕骨ステム	人工肩関節・ＳＲ－１
(4) リバース型・スペーサー	人工肩関節・ＳＲ－２
(5) リバース型・インサート	人工肩関節・ＳＲ－３
(6) リバース型・関節窩ヘッド	人工肩関節・ＳＲ－４
(7) リバース型・ベースプレート	人工肩関節・ＳＲ－５
066 人工肘関節用材料	
(1) 上腕骨側材料	人工肘関節・ＥＨ－１
(2) 尺骨側材料	人工肘関節・ＥＵ－２
(3) 橈骨側材料	人工肘関節・ＥＲ－３
067 人工手関節・足関節用材料	
(1) 人工手関節用材料・橈骨側材料	人工手関節・ＷＲ－１
(2) 人工手関節用材料・中手骨側材料	人工手関節・ＷＭ－２
(3) 人工手関節用材料・一体型	人工手関節・ＷＯ－３
(4) 人工足関節用材料・脛骨側材料	人工足関節・ＡＴ－１
(5) 人工足関節用材料・距骨側材料	人工足関節・ＡＴ－２
068 人工指関節用材料	
(1) 人工手指関節用材料・人工手根中手関節用材料・大菱形骨側材料	人工手指関節・ＰＦ－１
(2) 人工手指関節用材料・人工手根中手関節用材料・中手骨側材料	人工手指関節・ＰＭ－２
(3) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・近位側材料	人工手指関節・ＰＰ－３
(4) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・遠位側材料	人工手指関節・ＰＤ－４
(5) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・一体型	人工手指関節・ＰＯ－５
(6) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・人工手根骨用	人工手指関節・ＰＣ－６
(7) 人工足指関節用材料・近位側材料	人工足指関節・ＴＰ－７
(8) 人工足指関節用材料・遠位側材料	人工足指関節・ＴＤ－８
(9) 人工足指関節用材料・一体型	人工足指関節・ＴＯ－９
069 上肢再建用人工関節用材料	
(1) 再建用上腕骨近位補綴用材料	上肢再建関節・ＵＬ－１
(2) 再建用上腕骨遠位補綴用材料	上肢再建関節・ＵＬ－２
(3) 再建用尺骨側材料	上肢再建関節・ＵＬ－３
070 下肢再建用人工関節用材料	
(1) 再建用臼蓋形成カップ	下肢再建関節・ＬＬ－１
(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料	下肢再建関節・ＬＬ－２
(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料	下肢再建関節・ＬＬ－３
(4) 再建用大腿骨表面置換用材料	下肢再建関節・ＬＬ－４
(5) 再建用脛骨近位補綴用材料	下肢再建関節・ＬＬ－５
(6) 再建用脛骨表面置換用材料	下肢再建関節・ＬＬ－６
071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
(1) カスタムメイド人工関節	カスタムメイド人工関節・ＣＰ－１
(2) カスタムメイド人工骨	
① カスタムメイド人工骨（Ｓ）	カスタム人工骨・ＣＰ－２Ｓ
② カスタムメイド人工骨（Ｍ）	カスタム人工骨・ＣＰ－２Ｍ
③ カスタムメイド人工骨（Ｌ）	カスタム人工骨・ＣＰ－２Ｌ
072 人工骨頭帽	骨頭帽・ＲＳ－１

告示名	略称
073 髄内釘	
(1) 髄内釘・一般型	髄内釘・Ｆ４－ａ
(2) 髄内釘・横止め型	髄内釘・Ｆ４－ｂ
(3) 髄内釘・大腿骨頸部型	髄内釘・Ｆ４－ｃ
(4) 髄内釘・集束型	髄内釘・Ｆ４－ｄ
(5) 髄内釘・可変延長型	髄内釘・Ｆ４－ｅ
(6) 横止めスクリュー・標準型	髄内釘・Ｆ４－ｆ－１
(7) 横止めスクリュー・大腿骨頸部型	髄内釘・Ｆ４－ｆ－２
(7-2) 横止めスクリュー・特殊型	髄内釘・Ｆ４－ｆ－３
(8) ワッシャー・ナット	髄内釘・Ｆ４－ｊ
(9) 位置情報表示装置（プローブ・ドリル）	髄内釘・Ｆ４－k
074 固定釘	
(1) 平面型	固定釘・Ｆ５－ａ
(2) 立体特殊型	固定釘・Ｆ５－ｂ
(3) 高位脛骨骨切り用	固定釘・Ｆ５－ｃ
075 固定用金属線	
(1) 金属線・ワイヤー	金属線・Ｆ６－ａ－１
(2) 金属線・ケーブル	金属線・Ｆ６－ａ－２
(3) 金属線・バンド	金属線・Ｆ６－ａ－３
(4) 大転子専用締結器	金属線・Ｆ６－ｂ
076 固定用金属ピン	
(1) 創外固定器用・標準型	金属ピン・Ｆ７－ａ
(2) 創外固定器用・抗緊張ピン・一般型	金属ピン・Ｆ７－ｂ－１
(3) 創外固定器用・抗緊張ピン・特殊型	金属ピン・Ｆ７－ｂ－２
(4) 一般用・標準型	金属ピン・Ｆ７－ｃ－１
(5) 一般用・リング型	金属ピン・Ｆ７－ｃ－２
077 人工靱帯	
(1) 固定器具なし	靱帯・Ｆ８－ａ
(2) 固定器具つき	靱帯・Ｆ８－ｂ
078 人工骨	
(1) 汎用型・非吸収型・顆粒・フィラー	人工骨・ＡＢ－０１
(2) 汎用型・非吸収型・多孔体	人工骨・ＡＢ－０２
(3) 汎用型・非吸収型・骨形成促進型	人工骨・ＡＢ－０３
(4) 汎用型・非吸収型・形状賦形型	人工骨・ＡＢ－０４
(5) 汎用型・吸収型・顆粒・フィラー	人工骨・ＡＢ－０５
(6) 汎用型・吸収型・多孔体・一般型	人工骨・ＡＢ－０６
(6-2) 汎用型・吸収型・多孔体・蛋白質配合型	人工骨・ＡＢ－０６－２
(7) 専用型・人工耳小骨	人工骨・ＡＢ－０７
(8) 専用型・開頭穿孔術用	人工骨・ＡＢ－１０
(9) 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用	人工骨・ＡＢ－１１
(10) 専用型・椎弓・棘間用	人工骨・ＡＢ－１３
(11) 専用型・椎体固定用・１椎体用	人工骨・ＡＢ－１４
(12) 専用型・椎体固定用・その他	人工骨・ＡＢ－１５
(13) 専用型・骨盤用・腸骨稜用	人工骨・ＡＢ－１６

告示名	略称
(14) 専用型・骨盤用・その他	人工骨・ＡＢ－１７
(15) 専用型・肋骨・胸骨・四肢骨用	人工骨・ＡＢ－１９
(15-2) 専用型・椎体骨創部閉鎖用	人工骨・ＡＢ－１９－２
(15-3) 専用型・スクリュー併用用	人工骨・ＡＢ－１９－３
(16) 特殊型	人工骨・ＡＢ－２０
079 骨セメント	
(1) 頭蓋骨用	セメント・Ｆ１１－a
(2) 人工関節固定用	セメント・Ｆ１１－b
(3) 脊椎用	セメント・Ｆ１１－c
(4) 削除	
080 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー・一般用	吸収性接合材・Ｆ９－a－１
(2) スクリュー・頭蓋・顎・顔面・小骨用	吸収性接合材・Ｆ９－a－２
(3) 中空スクリュー	吸収性接合材・Ｆ９－a－３
(4) ストレートプレート	吸収性接合材・Ｆ９－b
(5) その他のプレート	吸収性接合材・Ｆ９－c
(6) インターフェランススクリュー	吸収性接合材・Ｆ９－d
(7) スーチャーアンカー	吸収性接合材・Ｆ９－e
(8) ボタン	吸収性接合材・Ｆ９－f
(9) ワッシャー	吸収性接合材・Ｆ９－g
(10) ピン・一般用	吸収性接合材・Ｆ９－h－１
(11) ピン・胸骨・肋骨用	吸収性接合材・Ｆ９－h－２
(12) シート・メッシュ型（Ⅰ）	吸収性接合材・Ｆ９－i
(13) シート・メッシュ型（Ⅱ）	吸収性接合材・Ｆ９－j
(14) 頭蓋骨閉鎖用クランプ・一般型	吸収性接合材・Ｆ９－k
(15) 頭蓋骨閉鎖用クランプ・簡易型	吸収性接合材・Ｆ９－k－２
093 人工喉頭	
(1) 音声回復用人工補装具・一般型	音声補装具・一般
(1-2) 音声回復用人工補装具・長期留置型	音声補装具・長期
(2) 呼気弁	呼気弁
099 組織代用人工繊維布	
(1) 心血管系用・血管用フェルト・ファブリック	繊維布・心血管・フェルト
(2) 心血管系用・心膜シート	繊維布・心血管・心膜
(3) 心血管系用・心血管修復パッチ	繊維布・心血管・パッチ
(4) ヘルニア修復・胸壁補強用・一般	繊維布・ヘルニア・一般
(5) ヘルニア修復・胸壁補強用・形状付加型	繊維布・ヘルニア・形状付加
(6) ヘルニア修復・胸壁補強用・腹膜欠損用	繊維布・ヘルニア・腹膜欠損
(7) 臓器欠損補強用	繊維布・臓器欠損
(8) 自動縫合器対応用	繊維布・自動縫合器
(9) プレジェット・チューブ	繊維布・プレジェット
101 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	被覆材・真皮用
(2) 皮下組織に至る創傷用・標準型	被覆材・皮下組織用（標準）
(3) 皮下組織に至る創傷用・異形型	被覆材・皮下組織用（異形）

告示名	略称
(4) 筋・骨に至る創傷用	被覆材・筋骨用
103 非固着性シリコンガーゼ	
(1) 広範囲熱傷用	シリコンガーゼ（広範囲）
(2) 平坦部位用	シリコンガーゼ（平坦）
(3) 凹凸部位用	シリコンガーゼ（凹凸）
108 頭・静脈、腹腔シャントバルブ	
(1) 標準型・標準機能・近位カテーテル・標準型	脳シャント・近位カテⅠ
(2) 標準型・標準機能・近位カテーテル・内視鏡型	脳シャント・近位カテⅡ
(3) 標準型・標準機能・リザーバー	脳シャント・リザーバー
(4) 標準型・標準機能・バルブ・圧固定式	脳シャント・バルブⅠ
(5) 標準型・標準機能・バルブ・流量調節・圧可変式	脳シャント・バルブⅡ
(6) 標準型・標準機能・遠位カテーテル・標準型	脳シャント・遠位カテⅠ
(7) 標準型・標準機能・遠位カテーテル・細径一体型	脳シャント・遠位カテⅡ
(8) 標準型・標準機能・コネクタ・ストレート	脳シャント・コネクタⅠ
(9) 標準型・標準機能・コネクタ・スリーウェイ	脳シャント・コネクタⅡ
(10) 標準型・特殊機能	脳シャント・特殊機能
(11) ワンピース型	脳シャント・ワンピース
114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極	
(1) 一時ペーシング型	カテ電極・一時ペーシング型
(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・標準型	カテ電極・機能付加型・Ⅰ
(3) 心臓電気生理学的検査機能付加型・冠状静脈洞型	カテ電極・機能付加型・Ⅱ
(4) 心臓電気生理学的検査機能付加型・房室弁輪部型	カテ電極・機能付加型・Ⅲ
(5) 心臓電気生理学的検査機能付加型・心房内・心室内全域型	カテ電極・機能付加型・Ⅳ
(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・標準型	カテ電極・機能付加型・Ⅴ
(6-2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き・接触情報感知機能付き	カテ電極・機能付加型・Ⅴ－２
(7) 心臓電気生理学的検査機能付加型・温度センサー付き	カテ電極・機能付加型・Ⅵ
(8) 除細動機能付き	カテ電極・機能付加型・Ⅶ
116 体外式ペースメーカー用心臓植込ワイヤー	
(1) 単極・固定機能あり	心臓植込ワイヤー・単極・固定機能あり
(2) 単極・固定機能なし	心臓植込ワイヤー・単極・固定機能なし
(3) 双極以上	心臓植込ワイヤー・双極以上
124 ディスポーザブル人工肺	
(1) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能あり）・一般用	人工肺・体外・Ｒあり・一般用
(1-2) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能あり）・低体重者・小児用	人工肺・体外・Ｒあり・低体重者・小児用
(2) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能なし）・一般用	人工肺・体外・Ｒなし・一般用
(2-2) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能なし）・低体重者・小児用	人工肺・体外・Ｒなし・低体重者・小児用
(3) 膜型肺・補助循環・補助呼吸型・一般用	人工肺・補助・一般用
(3-2) 膜型肺・補助循環・補助呼吸型・低体重者・小児用	人工肺・補助・低体重者・小児用
125 遠心式体外循環用血液ポンプ	
(1) 一般型・抗血栓性あり	遠心ポンプ　a
(2) 一般型・抗血栓性なし	遠心ポンプ　b
(3) 長期使用型	遠心ポンプ　c
127 人工心肺回路	

告示名	略称
(1) メイン回路・抗血栓性あり	心肺回路・メインａ
(2) メイン回路・抗血栓性なし	心肺回路・メインｂ
(3) 補助循環回路・抗血栓性あり	心肺回路・補助ｃ
(4) 補助循環回路・抗血栓性なし	心肺回路・補助ｄ
(5) 心筋保護回路	心肺回路・保護ｅ
(6) 血液濃縮回路	心肺回路・濃縮ｆ
(7) 分離体外循環回路	心肺回路・分離ｇ
(8) 個別機能品・貯血槽	心肺回路・個別ｈ
(9) 個別機能品・カーディオトミーリザーバー	心肺回路・個別ｉ
(10) 個別機能品・ハードシェル静脈リザーバー	心肺回路・個別ｊ
(11) 個別機能品・心筋保護用貯液槽	心肺回路・個別ｋ
(12) 個別機能品・ラインフィルター	心肺回路・個別ｌ
(13) 個別機能品・回路洗浄用フィルター	心肺回路・個別ｍ
(14) 個別機能品・血液学的パラメーター測定用セル・標準型	心肺回路・個別ｎ－１
(14-2) 個別機能品・血液学的パラメーター測定用セル・ガス分圧センサー付き	心肺回路・個別ｎ－２
(15) 個別機能品・熱交換器	心肺回路・個別ｏ
(16) 個別機能品・安全弁	心肺回路・個別ｐ
128 バルーンパンピング用バルーンカテーテル	
(1) 一般用標準型	ＩＡＢＰカテ標準型
(2) 一般用末梢循環温存型	ＩＡＢＰカテ末梢循環温存型
(3) 一般用センサー内蔵型	ＩＡＢＰカテセンサー内蔵型
(4) 小児用	ＩＡＢＰカテ小児型
132 ガイディングカテーテル	
(1) 冠動脈用	ガイディングカテ・冠動脈
(2) 腹部四肢末梢用	ガイディングカテ・腹部四肢
(3) 脳血管用	ガイディングカテ・脳血管
133-(3) ＰＴＡバルーンカテーテル	
(1) 一般型・標準型	ＰＴＡカテ・一般・標準
(2) 一般型・特殊型	ＰＴＡカテ・一般・特殊
(3) カッティング型	ＰＴＡカテ・カッティング
(4) 脳血管攣縮治療用	ＰＴＡカテ・スパズム治療
(5) 大動脈用ステントグラフト用・血流遮断型	ＰＴＡカテ・血流遮断型
(6) 大動脈用ステントグラフト用・血流非遮断型	ＰＴＡカテ・血流非遮断型
(7) スリッピング防止型	ＰＴＡカテ・スリッピング防止
133-(9) 血栓除去用カテーテル	
(1) バルーン付き・一般型	血栓除去カテ・バルーン一般
(2) バルーン付き・極細型	血栓除去カテ・バルーン極細
(3) バルーン付き・ダブルルーメン	血栓除去カテ・バルーンDL
(4) 残存血栓除去用	血栓除去カテ・残存
(5) 経皮的血栓除去用	血栓除去カテ・経皮
(6) 脳血栓除去用・ワイヤー型	血栓除去カテ・脳ワイヤー
(7) 脳血栓除去用・破砕吸引型	血栓除去カテ・脳破砕吸引
134 人工血管	
(1) 永久留置型・大血管用・分岐なし・標準型	人工血管・ストレート・Ｉ

告示名	略称
(1-2) 永久留置型・大血管用・分岐なし・特殊型	人工血管・ストレート・Ⅱ
(2) 永久留置型・大血管用・１分岐・標準型	人工血管・１分岐・Ⅰ
(2-2) 永久留置型・大血管用・１分岐・特殊型	人工血管・１分岐・Ⅱ
(3) 永久留置型・大血管用・２分岐以上・標準型	人工血管・２分岐以上・Ⅰ
(3-2) 永久留置型・大血管用・２分岐以上・特殊型	人工血管・２分岐以上・Ⅱ
(4) 永久留置型・大血管用・腹大動脈分岐用・標準型	人工血管・Ｙ字・Ⅰ
(4-2) 永久留置型・大血管用・腹大動脈分岐用・特殊型	人工血管・Ｙ字・Ⅱ
(5) 永久留置型・小血管用・標準型・外部サポートあり	人工血管・サポートあり
(6) 永久留置型・小血管用・標準型・外部サポートなし	人工血管・サポートなし
(7) 永久留置型・小血管用・セルフシーリング	人工血管・セルフシーリング
(7-2) 永久留置型・小血管用・ヘパリン使用型・外部サポートあり	人工血管・ヘパリン使用型・サポートあり
(7-3) 永久留置型・小血管用・ヘパリン使用型・外部サポートなし	人工血管・ヘパリン使用型・サポートなし
(7-4) 永久留置型・小血管用・特殊型・外部サポートあり	人工血管・特殊型・サポートあり
(7-5) 永久留置型・小血管用・特殊型・外部サポートなし	人工血管・特殊型・サポートなし
(8) 一時留置型	人工血管・バイパスチューブ
135 尿路拡張用カテーテル	
(1) 尿管用	尿路拡張カテ・尿管
(2) 腎瘻用	尿路拡張カテ・腎瘻
(3) 尿道用	尿路拡張カテ・尿道
136 胆道結石除去用カテーテルセット	
(1) 経皮的バルーンカテーテル	胆道結石カテ・経皮バルーン
(2) 経内視鏡バルーンカテーテル・ダブルルーメン	胆道結石カテ・ダブルバルーン
(3) 経内視鏡バルーンカテーテル・トリプルルーメン	胆道結石カテ・トリプルバルーン
(4) 経内視鏡バルーンカテーテル・十二指腸乳頭拡張機能付き	胆道結石カテ・ＥＰＢＤバルーン
(5) 経内視鏡バルーンカテーテル・十二指腸乳頭切開機能付き	胆道結石カテ・ＥＳＴバルーン
(6) 採石用バスケットカテーテル	胆道結石カテ・採石バスケット
(7) 砕石用バスケットカテーテル・全ディスポーザブル型	胆道結石カテ・砕石バスケ・全ディスポ
(8) 砕石用バスケットカテーテル・一部ディスポーザブル型	胆道結石カテ・砕石バスケ・一部ディスポ

保医発０３０５第６号
平成２６年３月５日

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

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（　公　印　省　略　）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について

「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第　号）が本日付けをもって公布され、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）が改正されたところであるが、別表Ⅵ及びⅦに規定する特定保険医療材料料の算定については、下記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう配慮されたい。

なお、本通知は、平成26年４月１日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成24年３月５日保医発第0305第６号）は、平成26年３月31日限り廃止する。

記

１　特定保険医療材料料について

特定保険医療材料料については、「特定保険医療材料の定義について」（平成26年３月５日保医発0305第８号。以下「定義通知」という。）の各号に規定する定義のいずれかに該当する医療機器のうち、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成26年２月12日医政発0212第15号、16号、保発0212第13号、14号）に規定する手続を経たものを使用した場合に限り算定できるものであり、その取扱いについては、以下によるものであること。

２　材料価格基準Ⅴに規定する特定保険医療材料について

⑴　歯周組織再生材料とは、定義通知別表Ⅳに規定するものであり、歯周組織の再生を図る目的で、被覆、塗布又は充填等によって口腔内の患部に適用される材料であって、歯周組織再生誘導手術が可能なものであること。

⑵　インプラント体、暫間装着体、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシリンダー

とは、定義通知別表Ⅳに規定するものであり、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して適用される材料であって、広範囲顎骨支持型装置埋入手術が可能なものであること。

3　材料価格基準の別表のⅥに規定する特定保険医療材料について

⑴　歯冠修復及び欠損補綴に係る材料料点数は、別紙１に示すものを標準として算定する取扱いであること。

⑵　歯科用コバルトクロム合金線（バー用）及び歯科用ステンレス鋼線（バー用）とは、定義通知別表Ｖ022及びＶ024に規定するものであり、屈曲バー用をいうものであること。

⑶　スルフォン樹脂レジン歯とは、定義通知別表Ｖ033及びＶ034に規定するものであり、ポリサルフォン樹脂レジン歯及びレイニング人工歯をいうものであること。

⑷　硬質レジン歯とは、定義通知別表Ｖ035及びＶ036に規定するものであり、一般的名称が「硬質レジン歯」であり、かつ、2層又は3層構造を有し、エナメル質部の硬さが21ＨＶ0.2以上のレジン歯をいうものであること。

⑸　義歯床用熱可塑性樹脂とは、定義通知別表Ｖ045に規定するものであり、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルフォン樹脂、義歯床用ポリカーボネート樹脂及びアクリリック樹脂であって、当該材料により作製された有床義歯が臨床上使用できる強度を有しているものであること。

⑹　歯科用合着・接着材料Ⅰとは、定義通知別表Ｖ046に規定するものであり、接着性レジンセメント及びグラスアイオノマー系レジンセメントをいうものであること。

⑺　歯科用合着・接着材料Ⅱとは、定義通知別表Ｖ047に規定するものであり、グラスアイオノマーセメント及びシアノアクリレート系セメントをいうものであること。

⑻　歯科用合着・接着材料Ⅲとは、定義通知別表Ｖ048に規定するものであり、歯科用燐酸亜鉛セメント、ハイボンド燐酸亜鉛セメント、カルボキシレートセメント、水硬性セメント及び仮着用セメントをいうものであること。

⑼　歯科充填用材料Ⅰとは、定義通知別表Ｖ049に規定するものであり、光重合型複合レジン（充填用・硬化後フィラー60％以上）及び光重合型充填用レジン強化グラスアイオノマー並びに初期う蝕小窩裂溝填塞材で、粉末と液及びペーストをいうものであること。

⑽　歯科充填用材料Ⅰの特定保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の特定保険医療材料を算定するものは、クリアフィルＣＲインレー、パルフィーク　インレー、クルツァーインレーＣＳセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルＣＲインレーをいうものであること。

⑾　歯科充填用材料Ⅰ・複合レジン系の特定保険医療材料には、フィラーの含有量によらず、高分子系の初期う蝕小窩裂溝填塞材が含まれること。

⑿　歯科充填用材料Ⅱとは、定義通知別表Ｖ050に規定するものであり、複合レジン（充填用・硬化後フィラー60％以上）及びグラスアイオノマーセメント（充填用）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。

⒀　歯科充填材料Ⅱの特定保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の特定保険医療材料を算定するものは、ＳＲ－イソシットインレーをいうものであること。

⒁　歯科充填用材料Ⅲとは、定義通知別表Ｖ051に規定するものであり、歯科用硅酸セメント、硅燐酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンをいうものであること。

⒂　複合レジン築造用とは、定義通知別表Ｖ052に規定するものであり、歯科充填用コンポジットレジン（支台築造用・硬化後フィラー60％以上）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。

⒃　スクリューポストとは、定義通知別表Ｖ057に規定するものであり、支台築造用に用いるスクリュー型の合釘をいうものであること。

⒄　その他の金属とは、銀合金及びニッケルクロム合金をいうものであること。

⒅　ガリウムアロイＧＦ及びガリウムアロイＧＦⅡについては、銀錫アマルガムと同様の取扱いとすること。

⒆　その他の特定保険医療材料料の算定については、昭和43年６月26日保険発第30号の２の通知によること。

４　材料価格基準の別表のⅦに規定する特定保険医療材料について

⑴　歯科矯正に係る材料料点数は、別紙２に示すものを標準として算定する取扱いであること。

⑵　その他の１と共通の項目については１と同様であること。

（別紙１）

材料料

M002　支台築造（１歯につき）

１　メタルコア

⑴　大臼歯　７５点

⑵　小臼歯・前歯　４７点

２　その他

⑴　大臼歯　３３点

⑵　小臼歯・前歯　２１点

M005　装着

１　歯冠修復物（１個につき）

⑴　歯科用合着・接着材料Ⅰ

イ　レジン系　１７点

ロ　グラスアイオノマー系　１４点

⑵　歯科用合着・接着材料Ⅱ　１２点

⑶　歯科用合着・接着材料Ⅲ　４点

２　仮着（１歯につき）　４点

３　副子の装着の場合（１歯につき）

⑴　歯科用合着・接着材料Ⅰ

イ　レジン系　１７点

ロ　グラスアイオノマー系　１４点

⑵　歯科用合着・接着材料Ⅱ　１２点

⑶　歯科用合着・接着材料Ⅲ又は歯科充填用即時硬化レジン　４点

M009　充填（１窩洞につき）

〔金属小釘を使用した場合は次の材料料と金属小釘料との合計により算定する。〕

１　銀錫アマルガム

⑴　単純なもの　１３点

⑵　複雑なもの　２９点

２　歯科充填用材料　Ⅰ

⑴　複合レジン系

イ　単純なもの　１１点

ロ　複雑なもの　２９点

注　クリアフィルＣＲインレー、パルフィークインレー、クルツァーインレーＣＳセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルＣＲインレーを用いて、インレー修復の単純なものを行った場合の特定保険医療材料はロにより、インレー修復の複雑なものを行った場合の特定保険医療材料はイ及びロを合算し算定する。

⑵　グラスアイオノマー系

イ　単純なもの　１０点

ロ　複雑なもの　２６点

３　歯科充填用材料　Ⅱ

⑴　複合レジン系

イ　単純なもの　4点

ロ　複雑なもの　11点

注　ＳＲ－イソシットインレーを用いてインレー修復の単純なものを行った場合の特定保険医

療材料はロにより、インレー修復の複雑なものを行った場合の特定保険医療材料はイ及びロを合算し算定する。

⑵　グラスアイオノマー系

イ　単純なもの　4点

ロ　複雑なもの　11点

4　歯科充填用材料　Ⅲ　2点

M010　金属歯冠修復（1個につき）

1　14カラット金合金

⑴　インレー

複雑なもの　599点

⑵　4分の3冠　748点

2　金銀パラジウム合金（金12%以上）

⑴　大臼歯

イ　インレー

a　単純なもの　130点

b　複雑なもの　240点

ロ　5分の4冠　302点

ハ　全部金属冠　379点

⑵　小臼歯・前歯

イ　インレー

a　単純なもの　88点

b　複雑なもの　175点

ロ　4分の3冠　217点

ハ　5分の4冠　217点

ニ　全部金属冠　272点

3　鋳造用ニッケルクロム合金

⑴　大臼歯

イ　インレー

a　単純なもの　4点

b　複雑なもの　4点

ロ　5分の4冠　8点

ハ　全部金属冠　10点

⑵　小臼歯・前歯

イ　インレー

a　単純なもの　4点

b　複雑なもの　4点

ロ　4分の3冠　6点

ハ　5分の4冠　6点

ニ　全部金属冠　8点

4　銀合金

⑴　大臼歯

イ　インレー

a　単純なもの　19点

b　複雑なもの　33点

ロ　5分の4冠　42点

ハ　全部金属冠　52点

⑵　小臼歯・前歯・乳歯

イ　インレー

a　単純なもの　12点

b　複雑なもの　24点

ロ　４分の３冠（乳歯を除く。）　30点

ハ　５分の４冠（乳歯を除く。）　30点

ニ　全部金属冠　38点

M011　レジン前装金属冠（１歯につき）

１　金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合　338点

２　鋳造用ニッケルクロム合金を用いた場合　17点

３　銀合金を用いた場合　84点

M014　ジャケット冠（１歯につき）

〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕

１歯につき　2点

M015　硬質レジンジャケット冠（１歯につき）

１　歯冠用加熱重合硬質レジン　8点

２　歯冠用光重合硬質レジン　219点

M015-2　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料　484点

M016　乳歯金属冠（１歯につき）　30点

M017　ポンティック（１歯につき）

１　鋳造ポンティック

⑴　金銀パラジウム合金（金12%以上）

イ　大臼歯　437点

ロ　小臼歯　329点

⑵　銀合金又はニッケルクロム合金

大臼歯・小臼歯　42点

２　金属裏装ポンティック

〔次の材料料（金属材料料とレジン材料料を含む。）により算定する。〕

⑴　14カラット金合金　562点

⑵　金銀パラジウム合金（金12%以上）

イ　前歯　178点

ロ　小臼歯　224点

⑶　銀合金又はニッケルクロム合金

前歯・小臼歯　28点

３　レジン前装金属ポンティック

⑴　金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合　262点

⑵　銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合　54点

M018　有床義歯

〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕

１　局部義歯（１床につき）

⑴　１歯から４歯まで　2点

⑵　５歯から８歯まで　3点

⑶　９歯から11歯まで　5点

⑷　12歯から14歯まで　7点
2　総義歯（１顎につき）　10点
M019　熱可塑性樹脂有床義歯（１床につき）
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕
熱可塑性樹脂有床義歯（１床につき）　46点
M020　鋳造鉤（１個につき）
1　14カラット金合金
⑴　双子鉤
イ　大・小臼歯　708点
ロ　犬歯・小臼歯　576点
⑵　二腕鉤（レストつき）
イ　大臼歯　576点
ロ　犬歯・小臼歯　442点
ハ　前歯（切歯）　340点
2　金銀パラジウム合金（金12%以上）
⑴　双子鉤
イ　大・小臼歯　349点
ロ　犬歯・小臼歯　273点
⑵　二腕鉤（レストつき）
イ　大臼歯　240点
ロ　犬歯・小臼歯　208点
ハ　前歯（切歯）　193点
3　鋳造用ニッケルクロム合金、鋳造用コバルトクロム合金　5点
M021　線鉤（１個につき）
1　不銹鋼及び特殊鋼　9点
2　14カラット金合金
⑴　双子鉤　390点
⑵　二腕鉤（レストつき）　301点
M021-1　コンビネーション鉤（１個につき）
1　鋳造鉤に金銀パラジウム合金（金12%以上）、線鉤に不銹鉤及び特殊鋼を用いた場合
⑴　前歯　140点
⑵　犬歯・小臼歯　148点
⑶　大臼歯　164点
2　鋳造鉤に鋳造用ニッケルクロム合金又は鋳造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鉤及び特殊鋼を用いた場合
⑴　前歯　46点
⑵　犬歯・小臼歯　46点
⑶　大臼歯　46点
M023　バー（１個につき）
1　鋳造バー
⑴　金銀パラジウム合金（金12%以上）　560点
⑵　鋳造用ニッケルクロム合金、鋳造用コバルトクロム合金　18点
2　屈曲バー
⑴　不銹鋼及び特殊鋼　39点
⑵　金銀パラジウム合金（金12%以上）

イ　パラタルバー	709点
ロ　リンガルバー	734点

（別紙２）

材料料

Ｎ008　装着	
１　帯環（１個につき）	
⑴　歯科用合着・接着材料Ⅰ	
イ　レジン系	１７点
ロ　グラスアイオノマー系	１４点
⑵　歯科用合着・接着材料Ⅱ	１２点
⑶　歯科用合着・接着材料Ⅲ	４点
２　ダイレクトボンドブラケット（１個につき）	
ダイレクトボンド用ボンディング材料	７点
Ｎ008-2　植立（１本につき）	
歯科矯正用アンカースクリュー	371点
Ｎ012　床装置（１装置につき）	１５点
Ｎ013　リトラクター（１装置につき）	1,144点
Ｎ014　プロトラクター（１装置につき）	1,200点
Ｎ015　拡大装置（１装置につき）	
１　床拡大装置	１２８点
２　ポータータイプ（装着材料料との合計により算定する。）	１４点
３　スケレトンタイプ（装着材料料との合計により算定する。）	２３３点
Ｎ016　アクチバトール（ＦＫＯ）（１装置につき）	
１　アクチバトール	１９点
２　ダイナミックポジショナー	４０点
Ｎ017　リンガルアーチ（１装置につき）	２２８点
Ｎ018　マルチブラケット（１装置につき）	
１　矯正用線（丸型）	１８点
２　矯正用線（角型）	１３点
３　矯正用線（特殊丸型）	１９点
４　矯正用線（特殊角型）	２２点
５　超弾性矯正用線（丸型及び角型）	２７点
Ｎ019　保定装置（１装置につき）	
１　プレートタイプリテーナー	１５点
２　メタルリテーナー	１１０点
３　スプリングリテーナー	１４点
４　リンガルアーチ	２２８点
５　リンガルバー	
不銹鋼及び特殊鋼	４７点
６　ツースポジショナー	４０点
Ｎ020　鉤（１個につき）	
１　簡単なもの	
不銹鋼及び特殊鋼	８点
２　困難なもの	
不銹鋼及び特殊鋼	１５点
Ｎ021　帯環（１個につき）	

1　帯環のみ	
⑴　前歯	18点
⑵　犬歯・臼歯	19点
2　ブラケット付帯	
⑴　前歯	36点
⑵　犬歯・臼歯	37点
3　チューブ付帯環	
臼歯	62点
N022　ダイレクトボンド用ブラケット（1個につき）	29点
N024　弾線（1本につき）	6点
N025　トルキングアーチ（1本につき）	25点

保発０３０５第２号
平成26年３月５日

地方厚生（支）局長
都道府県知事
殿

厚生労働省保険局長

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

標記については、~~保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第25号）並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第68号）により、平成22年４月１日より、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされたところである。~~

~~また、~~保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成26~~24~~年厚生労働省令第●~~26~~号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成26~~24~~年厚生労働省告示第●~~74~~号）により、四百床以下~~以上~~の病院については、平成28~~26~~年４月１日以降、~~上記の~~明細書の無償交付に係る義務について、正当な理由による例外措置の対象としないこととしたところである。

これに併せ、医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付については下記のとおり取り扱うこととするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成24~~22~~年３月５日保発0305第第２号）については、平成26~~24~~年３月31日限り廃止する。

記

１　保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあっては点数表の各部単位で、調剤報酬にあっては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式１を、歯科診療報酬については別紙様式２を、調剤報酬については別紙様式３を標準とすること。

２　指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第９項及び健康

保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあっても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式４を標準とするものであること。

３　電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する400床以下の病院及び診療所を除く。なお、400床以下の病院にあっては、平成27年度末までに限る。）及び保険薬局については、~~明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、~~領収証を交付するに当たっては、~~正当な理由がない限り、~~明細書を無償で交付しなければならない~~旨義務付けることとしたものであること~~。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口に「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式７を参考とすること。

４　３の「正当な理由」に該当する400床以下の病院及び診療所~~保険医療機関及び保険薬局~~については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式８を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する400床以下の病院及び診療所~~保険医療機関及び保険薬局~~とは、以下に該当する場合~~保険医療機関又は保険薬局~~であること（400床以下~~以上~~の病院にあっては、平成27~~5~~年度末までに限る。）。

（１）　明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合~~保険医療機関又は保険薬局であること。~~

（２）　自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合~~保険医療機関又は保険薬局であること。~~

５　明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式５を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとすること。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

6　レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関~~及び保険薬局~~については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関~~及び保険薬局~~の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式９を参考とすること。

7　患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式６を参考とするものであること。

8　指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

9　明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額の料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。

10　公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者についても、患者に対する情報提供等の観点から、可能な限り明細書を発行するよう努めること。

11　明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。

12　「正当な理由」に該当する保険医療機関~~及び保険薬局~~において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該保険医療機関~~及び保険薬局~~は、４の届出の記載事項について、毎年７月１日現在の状況の報告を行うこと。

（別紙様式７）

院内掲示例

平成〇年〇月
▲　▲　病　院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成〇年〇月〇日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

（別紙様式８）

院内掲示例（正当な理由に該当する場合）

平成〇年〇月

▲　▲　病　院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は〇番窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚〇円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

（別紙様式９－１）

院内掲示例（電子請求を行っていないが明細書を発行している場合）

平成〇年〇月

▲　▲　病　院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は〇番窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚〇円になります。

（別紙様式９－２）

院内掲示例（明細書を発行していない場合）

平成〇年〇月

▲　▲　病　院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしておりません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認下さい。

（別紙様式１）　　（医科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請 求 期 間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ.	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

保　険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	精神科専門療法	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類（ＤＰＣ）	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外負　担	評価療養・選定療養	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険 （食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合　計			円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○　○　　○　○

領収印

（別紙様式２）　　（歯科診療報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

請 求 期 間　（入院の場合）
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ.	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家	区　分
			平成　年　月　日				

	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検　　査	画像診断	投　　薬
保　険	点	点	点	点	点	点	点
	注　　射	リハビリテーション	処　　置	手　　術	麻　　酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴
	点	点	点	点	点	点	点
	歯科矯正	病理診断	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

	評価療養・選定療養	その他
保険外負　担		
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保　険 （食事・生活）	保険外負担
合　計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合　計			円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○　○　　○　○

領収印

（別紙様式３）　　（調剤報酬の例）

領　　収　　証

患者番号	氏　　名
	様

領収証Ｎｏ.	発　行　日	費　用　区　分	負担割合	本・家
	平成　年　月　日			

保　険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料
	点	点	点	点

保険外負担	評価療養・選定療養	その他
	（内訳）	（内訳）

	保　険	保険外負担
合　計	円	円
負担額	円	円
領収額 合　計	円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○薬局　　○　○　　○　○

領収印

（別紙様式４）

（訪問看護療養費の例）

領　収　証

領収書Ｎｏ．	患者番号	氏　　名
		様

請　求　期　間
平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日

発　行　日	負担割合	本・家	区　分
平成　年　月　日			

提　供　日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

備　考

	保険負担分項目	単価	数量	金額
保険適用負　担	（内訳）			

	保険外負担分項目	単価	数量	金額	税	消費税等
保険外負　担	（内訳）					

	保　険	保険外負担
明細合計額	円	円
課税対象額		円
領収額合　計		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○　訪問看護ステーション

領収印

（別紙様式５）

診療明細書

入院／入院外　　保険

患者番号		氏名		受診日	
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書（記載例）

入院　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
医学管理	＊薬剤管理指導料（救命救急入院料等算定患者）	430	1
注射	＊点滴注射 ニトロール注100mg　0．1%100mL 1瓶 生理食塩液500mL　1瓶	426	1
	＊点滴注射料	95	1
	＊無菌製剤処理料２	40	1
処置	＊救命のための気管内挿管	500	1
	＊カウンターショック（その他）	3500	1
	＊人工呼吸（5時間超）　360分	819	1
	＊非開胸的心マッサージ　60分	290	1
検査	＊微生物学的検査判断料	150	1
	＊検体検査管理加算（２）	100	1
	＊HCV核酸定量	450	1
リハビリ	＊心大血管疾患リハビリテーション料（１） 早期リハビリテーション加算	245	12
入院料	＊一般病棟入院10対１入院基本料 一般病棟入院期間加算（１４日以内）	1750	7
	＊50対１補助体制加算	255	1
	＊救命救急入院料１（３日以内）	9700	3
	＊救命救急入院料１（４日以上７日以内）	8775	2

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書（記載例）

入院外　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
基本料	＊外来診療料	70	1
在宅	＊在宅自己注射指導管理料	820	1
	＊血糖自己測定器加算（月100回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	1320	1
処方	＊処方せん料（その他）	68	1
検査	＊生化学的検査（1）判断料	144	1
	＊血液学的検査判断料	125	1
	＊B－V	13	1
	＊検体検査管理加算（1）	40	1
	＊血中微生物	40	1
	＊生化学的検査（1）（10項目以上）	123	1
	ALP		
	LAP		
	γ－GTP		
	CPK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
	Alb		
	BIL／総		
	BIL／直		
画像診断	＊胸部 単純撮影（デジタル撮影）	182	1
	画像記録用フィルム（半切）　1枚		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

診療明細書（記載例）

歯科　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD

部	項　目　名	点　数	回　数
基本料	歯科初診料	218	1
医学管理	歯科疾患管理料	110	1
	機械的歯面清掃加算	60	1
	薬剤情報提供料	10	1
検査	歯周基本検査20歯～	200	1
画像診断	歯科パノラマ断層撮影（デジタル）	307	1
	電子画像管理加算	50	1
投薬	処方料	42	1
	調剤料（内）	9	1
	○○錠　××mg　1日3回分×3日分	55	1
手術	抜歯（臼歯）	260	1
歯冠修復	充形	120	1
・欠損補綴	充填（単）	100	1
	充填用材料Ⅰ（単）	11	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

調剤明細書（記載例）

調剤　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	調剤日	YYYY/MM/DD

区分	項　目　名	点　数	備考
調剤技術料	調剤基本料	40	
	基準調剤加算１	10	
	後発医薬品調剤体制加算１	6	
	調剤料		
	内服薬（２８日分）	81	
	内服薬（１４日分）	63	
	屯服薬	21	
	後発医薬品調剤加算	2	
薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	30	
	特定薬剤管理指導加算	4	
	薬剤情報提供料	15	
薬剤料	A錠　１日２錠×２８日分	60	後発医薬品
	B錠　１日１錠×１４日分	60	
	C錠　１回１錠×５回分	35	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

（別紙様式６）

診療明細書

入院　　保険

患者番号		氏名		受診日	
受診科					

区分	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

（別紙様式６）

診療明細書(記載例)

入院　　保険

患者番号		氏名	○○　○○ 様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科					

区分	項目名	点数	回数
診断群分類（DPC）	＊DPC ５日間包括算定	13844	1
医薬品	＊フロモックス錠100mg ビフィダー ＊点滴注射 ラクテックG注500mL ブスコパン注射液 フルマリン静注用1g 生食100mL ＊点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL		
検査	＊末梢血液一般検査 ＊CRP定量 ＊血液採取（静脈） ＊血液学的検査判断料 ＊免疫学的検査判断料		

使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

（別紙届出様式）

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告)

平成　　年　　月　　日

保険医療機関~~又は保険薬局~~の所在地及び名称

殿　　開　設　者　名　　印

1. 以下の「正当な理由」に該当（いずれかの番号に〇）

1	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している。
2	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要

2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について

改修予定年月を（1）に記載し、（　）内のいずれかに〇を記載すること。未定の場合は（2）に記載する

（1） 平成　　年　　月 （レセプトコンピュータ・自動入金機）

（2） 平成　　年第　　四半期目途

~~3~~2. 明細書発行についての状況

1	希望する患者への明細書発行の手続き （〇を記載）	
	（1） 発行場所	① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他（　　）
	（2） 発行のタイミング	① 即時発行 ②その他（　　）
2	費用徴収の有無	有 ・ 無
3	費用徴収を行っている場合その金額	円
4	当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠	（※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。）

~~4~~3. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1） 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に

該当するため、明細書を全患者に無料で発行していない保険医療機関（400床以下の病院及び診療所に限る。以下同じ。）~~及び保険薬局~~が提出するものであること。（ただし、400床以下の病院にあっては、平成27年度末までに限る。）

注2） 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関~~又は保険薬局~~であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3） 本届出書を提出した後、領収証の交付に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関~~又は保険薬局~~は、取り下げの届出を行うこと。

保医発 0305 第　号
平成 26 年３月５日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成 26 年厚生労働省令第　号。以下「一部改正省令」という。）並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成 26 年厚生労働省告示第　号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成 26 年厚生労働省告示第　号。以下「一部改正告示」という。）が公布され、平成 26 年４月１日（一部については平成 28 年４月１日）から適用されることとされたところであるが、その実施に伴う留意事項は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第１　経済上の利益の提供による誘引の禁止に関する事項（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号。以下「療担規則」という。）第２条の４の２、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号。以下「薬担規則」という。）第２条の３の２及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号。以下「療担基準」という。）第２条の４の２並びに第 25 条の３の２）

保険医療機関及び保険薬局が、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療又は調剤を受けるように誘引することを禁止する。

今般の改正は、金品の提供が伴った患者の紹介により、過剰な診療が惹起されることを防ぎ、また、患者による保険医療機関の自由な選択を確保することを趣旨とするものである。従って、当該規定に基づく指導等を実施する場合は、金品を提供した事実とともに、その事実により患者の誘引につながるおそれがあるか否かについて留意する必要がある。具体的には、以下の①から④を参考にされたい。

① 金品を提供し、患者の誘引を行っている場合とは、具体的に以下のような事例である。

（例）事業者に対して診療報酬の額に応じた所定の金額を支払うこと等により、特定の同一建物居住者（建築基準法第２条第１項に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいう。）の紹介を独占的に受けて、それらの者に対して、一律に訪問診療を行っている場合

なお、患者の紹介は、同一建物居住者以外の患者（自宅の患者）に関して行われる場合もあること。

② 患者の誘引が行われているか否かについては、保険医療機関が有する診療録に添付された訪問診療の同意書、同一建物居住者の場合は診療時間（開始時刻及び終了時刻）、診療場所又は診療人数等を参考とすること。

③ 金品の提供を受ける事業者には、患者の紹介を行う株式会社等の第三者だけでなく、①の同一建物を自ら運営する事業者やその従業員も含まれること。

④ 金品の提供は、保険医療機関と事業者の間で契約書に基づき明示的に行われる場合のほか、医療機関の土地貸借料に金額が上乗せされて提供される場合等、様々な方法により行われる場合があること。

第２　明細書の交付に関する事項（療担規則第２条、薬担規則第２条並びに療担基準関係）

療養の給付等に係る一部負担金等の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の交付については、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成 26 年３月５日保発 0305 第２号）による。（平成 28 年４月１日施行）

第３　特定の保険薬局への誘導の禁止に関する事項（療担規則第２条の５第１項及び療担基準第２条の５第１項関係）

保険医療機関が患者を特定の保険薬局へ誘導することについては、療担規則第２

条の５第１項及び療担基準第２条の５第１項において禁止されているところである。また、「保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成６年３月 16 日保険発 26 号及び平成８年３月８日保険発 22 号）において、保険医療機関内に掲示した特定の保険薬局への案内図や、保険医療機関の受付において配布した特定の保険薬局への地図等を用いることにより、患者を特定の保険薬局へ誘導すること等が禁止されているところであるが、以下の場合には、これに該当しない。

１．地域包括診療加算に係る院外処方を行う場合

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 26 年３月５日保医発 0305 第３号）（以下「留意事項通知）という。）第１章第１部第２節の再診料の（10）のエの（ハ）に基づき、患者に対して、連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること、又は、時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること。

２．地域包括診療料に係る院外処方を行う場合

留意事項通知の第２章第１部の地域包括診療料の（４）のエ（ハ）又はオに基づき、患者に対して、連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること、又は、時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること。

３．在宅での療養を行っている患者に院外処方を行う場合

当該患者に対して、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること。