

# 平成22年度診療報酬改定関係資料 ( 医科・調剤 )

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

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

# 目 次

## 第1部 平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について . . . .

## 第2部 中央社会保険医療協議会答申（平成22年2月12日）

### 診療報酬の算定方法

医科診療報酬点数表 . . . . .

調剤報酬点数表 . . . . .

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 . . . . .

## 第3部 関係省令・告示（案）

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 . . . . .

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 . . . . .

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準） . . . . .

基本診療料の施設基準等 . . . . .

特掲診療料の施設基準等 . . . . .

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等 . . . . .

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等 . . . . .

複数手術に係る費用の特例 . . . . .

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法 . . . . .

# 第1部

## 平成22年度診療報酬改定における 主要改定項目について

平成 22 年度診療報酬改定における  
主要改定項目について（案）



# 【目次】

## **重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

### **重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について**

救急入院医療の充実に係る評価.....	1
地域の連携による救急患者の受入の評価.....	4

### **重点課題1-2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について**

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価.....	6
新生児集中治療・救急医療の評価.....	8
小児急性期救急医療の評価.....	11

### **重点課題1-3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について**

NICU入院患者等の後方病床の充実.....	13
急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	17

### **重点課題1-4 手術の適正評価について**

手術料の適正な評価について.....	20
--------------------	----

## **重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）**

### **重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について**

一般病棟入院基本料等の評価について.....	23
医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	26

### **重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について**

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価.....	29
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価.....	31

### **重点課題2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について**

地域における医療機関の連携に対する評価.....	33
地域医療を支える有床診療所の評価.....	36

### **重点課題2-4 医療・介護関係職種の連携に対する評価について**

在宅復帰後を見越した地域連携の評価.....	38
------------------------	----

## I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

### I-1 がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院の評価	40
がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実	41
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実	42
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	44

### I-2 認知症医療の推進について

認知症医療の推進について	48
--------------	----

### I-3 感染症対策の推進について

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	50
------------------------	----

### I-4 肝炎対策の推進について

肝炎治療の推進について	53
-------------	----

### I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

精神科急性期入院医療に係る評価	55
精神科慢性期入院医療に係る評価	59
精神科専門的入院医療に係る評価	61
地域における精神医療の評価	63

### I-6 歯科医療の充実について

障害者歯科医療の充実	66
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	70
患者の視点に立った歯科医療	74
生活の質に配慮した歯科医療の充実	79
歯科固有の技術の評価の見直し	84
エックス線撮影料の評価体系の見直し	95
新規医療技術の保険導入（歯科）	97

### I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

手術以外の医療技術の適正な評価について	98
---------------------	----

### I-8 イノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等	103
-----------------------	-----

## II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を

### 実現する視点

<b>II-1 医療の透明化に対する評価について</b>	
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し	108
<b>II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価について</b>	
再診料及び外来管理加算について	112
地域医療貢献に対する評価	115
患者の視点に立った歯科医療	116
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について	117
<b>II-3 医療安全対策の推進について</b>	
医療安全対策の推進について	120
<b>II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について</b>	
人工腎臓等の適正な評価について	123
在宅における専門医療の評価	125
<b>II-5 疾病の重症化予防について</b>	
患者の状態に応じた訪問看護の充実	127
疾病の重症化予防に対する適正な評価について	128
障害者歯科医療の充実	129

**III 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

<b>III-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について</b>	
質が高く効率的な急性期入院医療の推進について	130
急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価	135
検体検査評価の充実について	136
安全な麻酔管理体制の評価	137
医療療養病棟の評価に係る見直し	138
<b>III-2 回復期リハビリテーション等の推進について</b>	
疾患別リハビリテーションの充実について	140
回復期等における充実したリハビリテーションの評価	144
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価	148
<b>III-3 在宅医療の推進について</b>	
在宅医療を提供する医療機関の充実	150
訪問診療の評価の充実	152

在宅における専門医療の評価.....	154
<b>Ⅲ－４ 訪問看護の推進について</b>	
患者のニーズに応じた訪問看護の推進.....	155
乳幼児等への訪問看護の推進について.....	157
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し.....	158
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	160
<b>Ⅲ－５ 在宅歯科医療の推進について</b>	
在宅歯科医療の推進.....	163
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化.....	169
<b>Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について</b>	
入院時の総合的な評価に基づく介護との連携.....	170
<b>Ⅲ－７ 調剤報酬について</b>	
調剤料の見直し.....	172
ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実.....	174
調剤基本料の特例の見直し.....	175
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し.....	176

#### **Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

<b>Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進について</b>	
後発医薬品の使用促進について.....	178
<b>Ⅳ－２ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について</b>	
検体検査実施料の適正化について.....	185
<b>Ⅳ－３ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について</b>	
エックス線撮影料：アナログ撮影及びデジタル撮影の新設.....	186
コンピューター断層撮影診断料の見直し.....	188
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し.....	190
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化.....	192

#### **Ⅴ 後期高齢者医療の診療報酬について**

後期高齢者医療の診療報酬について.....	194
-----------------------	-----

## 救急入院医療の充実に係る評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

### 第 1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この 10 年間で約 1.5 倍の年間約 500 万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救命救急入院料】 (1日につき)	【救命救急入院料】 (1日につき)
充実度評価 A の加算 500点	充実度評価 A の加算 1,000点 ②
	充実度評価 B の加算 500点 ③

#### 2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

現 行	改定案
<b>【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】</b> (1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	<b>【特定集中治療室管理料】</b> (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定  <b>【救命救急入院料】</b> (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

現 行	改定案
<b>【ハイケアユニット入院医療管理料】</b> (1日につき) 3,700点 [施設基準] ①救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 17日以内	<b>【ハイケアユニット入院医療管理料】</b> (1日につき) <u>4,500点</u> ㊦ [施設基準] ①診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関  ②平均在院日数 <u>19日以内</u>

### 3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】</b> (1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	<b>【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】</b> (1日につき) 1 救急医療管理加算 <u>800点</u> ㊦ 2 乳幼児救急医療管理加算 <u>200点</u> ㊦

- (2) なお、入院時医学管理加算については、平成 20 年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

② 総合入院体制加算 120 点（1日につき）

#### 4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

③ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500 点（退院時 1 回）

④ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000 点（入院初日）

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から 5 日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

## 地域の連携による救急患者の受入の評価

骨子【重点課題 1－1－(2)】

### 第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等症の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。



地域連携夜間・休日診療料 100点

[施設基準]

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師（当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの）が3名以上いること。

#### 2. 小児救急外来の評価



- (1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 350点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点 改
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 500点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点 改

- (2) 多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。



### 院内トリアージ加算 30点

#### [施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ②患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

#### [算定要件]

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

### 3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】
乳幼児加算 72点	乳幼児加算 75点 改
【再診料】【外来診療料】	【再診料】【外来診療料】
乳幼児加算 35点	乳幼児加算 38点 改

## ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題 1－2－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） 2,000 点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V 陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） <u>3,000 点</u> ②</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V 陽性</p>

- (2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

## 2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日）</p> <p style="text-align: right;">7,000点 改</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

## 新生児集中治療・救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

### 第 1 基本的な考え方

この 20 年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を 1.5 倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICU の評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

##### (1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】 (1 日につき) 8,500 点	【新生児特定集中治療室管理料 <sub>1</sub> 】 (1 日につき) 10,000 点 ②

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

## (2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



新生児特定集中治療室管理料 2 6,000 点（1日につき）

### [施設基準]

- ① 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。
- ② 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

## (3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

### ① 一時的な定員超過入院における算定

- ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

### ② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

## 2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点	【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点
	新生児加算 1,000点 ①
乳幼児加算 150点	乳幼児加算 500点 ②

## 小児急性期救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(3)】

### 第 1 基本的な考え方

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。

また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率が相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 小児入院医療管理料の再編成

- (1) 小児入院医療管理料に、常勤の小児科医の配置を9人以上とする新たな区分を新設する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】（1日につき）	【小児入院医療管理料】（1日につき）
1（常勤小児科医20人以上） 4,500点	1（常勤小児科医20人以上） 4,500点
2（常勤小児科医5人以上） 3,600点	2（常勤小児科医9人以上） 4,000点 <b>新</b>
3（常勤小児科医3人以上） 3,000点	3（常勤小児科医5人以上） 3,600点
4（常勤小児科医1人以上） 2,100点	4（常勤小児科医3人以上） 3,000点
	5（常勤小児科医1人以上） 2,100点

- (2) また、小児入院医療管理料 1 及び 2 を算定する医療機関については、手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。

なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

## (1) 小児入院医療管理料 1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

## (2) 小児入院医療管理料 2

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 常勤の小児科又は小児外科の医師が9人以上配置されていること。
- ③ 7：1以上の看護配置であること。
- ④ 平均在院日数が21日以内であること。

## 2. 小児急性期集中治療の評価

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。



救命救急入院料 小児加算 5,000 点 (入院初日 1 回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受け入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



特定集中治療室管理料 小児加算 1,500 点 (7日以内)  
1,000 点 (8日以上 14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



## N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1－3－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。

また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床等について評価の引上げを行う。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。



新生児特定集中治療室退院調整加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

#### 2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C Uからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



新生児治療回復室入院医療管理料

5,400点（1日につき）

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
(2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
(3) 常時6対1以上の看護配置であること。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

(1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

Table with 2 columns: 現行 (Current) and 改定案 (Revised Case). It details changes to the '超重症児(者)入院診療加算' (Severely ill child inpatient medical charge) for children aged 6 and over, increasing the point value from 300 to 400.

<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。</p>	<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。</p>
---	--

(2) 算定医療機関の拡大

N I C U退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定可とする。

(3) 在宅重症児の受入れの評価

在宅移行した超重症児(者)又は準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に入院早期の評価を新設する。



在宅重症児(者)受入加算 200点(5日以内、1日につき)

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児(者)・準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

(4) 超重症児(者)及び準超重症児(者)の判定基準の見直し

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症又は準超重症の状態についても見直しを行う。

#### 4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

⑨ 重症児（者）受入連携加算 1,300点（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。

## 急性期医療に対する後方病床機能の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

### 第 1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

### 第 2 具体的内容

#### 1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

##### (1) 初期加算の新設



有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）を、年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

(2) 医師配置加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p>医師配置加算 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該診療所における医師の数が、2以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p><u>医師配置加算1</u> 88点 <b>新</b></p> <p><u>医師配置加算2</u> 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師数が2以上であること。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医師配置加算1</u>： 初期加算と同様</p> <p><u>医師配置加算2</u>： 上記以外</p>

(3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算及び特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

## 2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。



### 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内、1日につき)

#### [算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

#### [施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

## 手術料の適正な評価について

骨子【重点課題 1－4】

### 第1 基本的な考え方

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医師数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

##### (1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

##### (2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差について



は外保連試案を用いて整合をとることとする。

### (3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

## 2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)
- ②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

## 3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

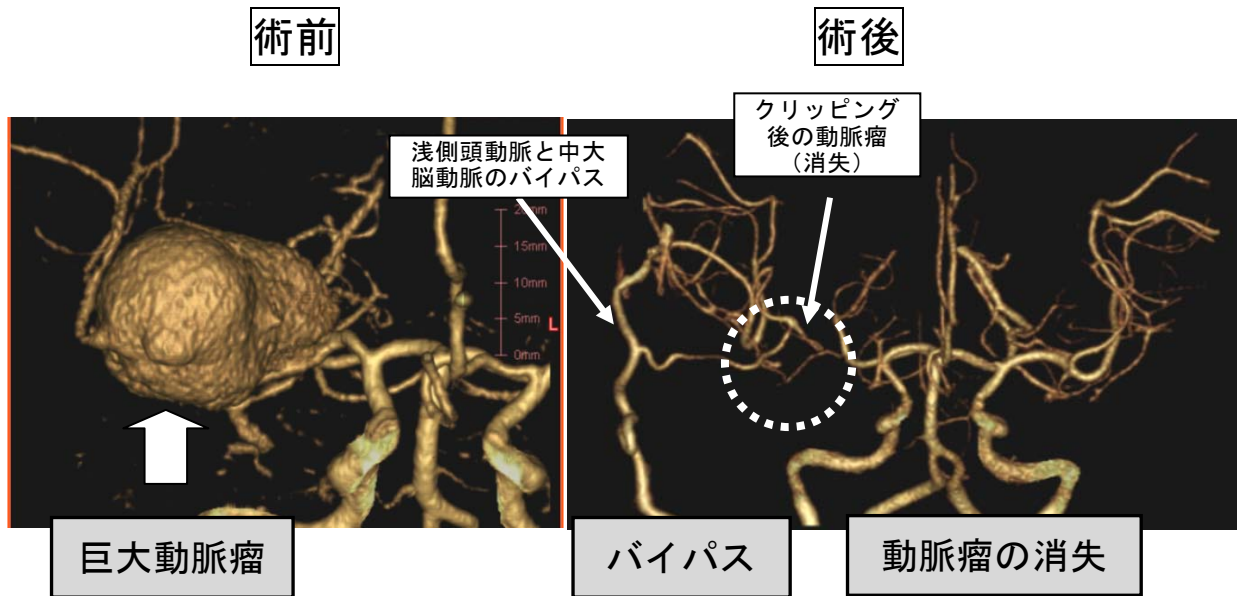
(導入された技術の例)

- ①肝門部胆管癌切除術(1 血行再建あり 2 血行再建なし)
- ②臍中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術(※資料1参照)
- ④経皮的動脈形成術
- ⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ⑦脾温存臍体尾部切除術
- ⑧経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
- ⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
- ⑩肺動脈血栓内膜摘除術(※資料2参照)
- ⑪前置胎盤帝王切開術

(資料1) バイパス術を併用した脳動脈瘤手術

通常のクリッピング術が困難な巨大・大型脳動脈瘤に対し、親血管より末梢側の血流を確保するため、予め頭蓋外から頭蓋内の血管へバイパスを行う。

左図では巨大な脳動脈瘤がみられる。右図は術後で、巨大な脳動脈流は消失しており、バイパス術が施行されている。

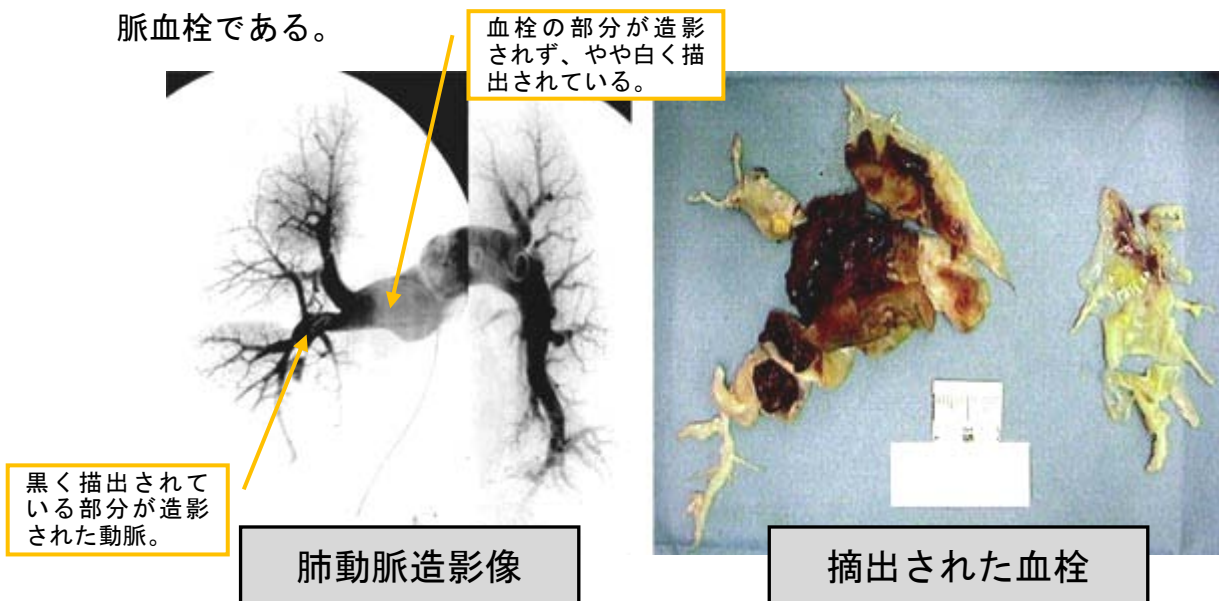


(資料2) 肺動脈血栓内膜摘除術

慢性肺血栓塞栓症は、難病に指定されている疾患であり、診断技術の向上や生活習慣の欧米化に伴い、近年増加傾向にある。本症は内科治療に抵抗性であり、根本的な治療には外科的治療が必要である。

近年、手術成績が良好となっており、施行される施設も増加しつつある。

写真左は中枢型症例の肺動脈造影像、右は手術によって摘出された陳旧化した肺動脈血栓である。



## 一般病棟入院基本料等の評価について

骨子【重点課題2-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算を引き上げる。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 450点 ㊦

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合は、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

㊦ 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,244点※

㊦ 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 1,040点※

㊦ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,158点※

㊦ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 954点※

㊦ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 992点※

※該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟が、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数 72 時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3 か月を限度として算定できることとする。ただし、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定後、1 年以内において再度算定することはできない。
- ③ 7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定期間中、看護職員の採用活動の状況等について毎月地方厚生局長等に報告すること。

3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準 7 対 1 入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化する。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料                      954 点</p>	<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料                      <u>934 点</u> ②</p>

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（<u>高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）</u>）である患者であって、当該</p>	<p>【特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>

病棟に 90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））	
--	--

## 医療関係職種の役割分担と連携の評価

骨子【重点課題2-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	急性期看護補助体制加算1（50対1）	120点
2	急性期看護補助体制加算2（75対1）	80点

[算定要件]

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- (1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。  
※ ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。
- (2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。
- (3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

## 2. 多職種からなるチームによる取組の評価

- (1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。



### 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回程度）
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること 等

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。



呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士



## 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題 2－2－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

### 第 2 具体的な内容

1. 実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（要件を加える項目）

- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料 1 及び 2
- 救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。

- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

## 病院勤務医の事務作業を補助する

### 職員の配置に対する評価

骨子【重点課題2-2-(2)】

#### 第1 基本的な考え方

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げと要件の緩和を行う。

#### 第2 具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 25対1 補助体制加算 355点</p> <p>2 50対1 補助体制加算 185点</p> <p>3 75対1 補助体制加算 130点</p> <p>4 100対1 補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1 補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療セ</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 <u>15対1 補助体制加算</u> 810点 <b>新</b></p> <p>2 <u>20対1 補助体制加算</u> 610点 <b>新</b></p> <p>3 25対1 補助体制加算 490点 <b>改</b></p> <p>4 50対1 補助体制加算 255点 <b>改</b></p> <p>5 75対1 補助体制加算 180点 <b>改</b></p> <p>6 100対1 補助体制加算 138点 <b>改</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 <u>15対1、20対1 補助体制加算の施設基準</u> 第三次救急医療機関、小児救急医療</p>

<p>ンター</p> <p>2 50対1、75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院</p>	<p>拠点病院、総合周産期母子医療センター、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</u></p> <p>2 <u>25対1</u>、50対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u></p> <p>3 <u>75対1</u>、100対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは<u>年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</u></p>
---	--

## 地域における医療機関の連携に対する評価

骨子【重点課題2－3－(1)】

### 第1 基本的な考え方

地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【慢性期病棟等退院調整加算】 ②
	1 慢性期病棟等退院調整加算 1
	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
	ロ 退院加算(退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 140点 ③
	(2) 障害者施設等入院基本料等の算定 患者が退院した場合 340点 ③
	2 慢性期病棟等退院調整加算 2
1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
2 退院加算(退院時1回)	ロ 退院加算(退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料等の算定 患者が退院した場合 100点	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 100点

<p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>(2) 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する<u>専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。</u></p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
---	--

## 2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



急性期病棟等退院調整加算1	140点（退院時1回）
急性期病棟等退院調整加算2	100点（退院時1回）

### [対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（いずれも特定入院基本料を除く。）を算定している患者。

### [算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算 2 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

## 地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題 2－3－(2)】

### 第 1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～ 14 日	660 点
		15～ 30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～ 4 人)	7 日以内	640 点
		8～ 14 日	480 点
		15～ 30 日	320 点
		31 日以上	280 点

改 定 案	有床診療所入院基本料 <u>1</u> (看護職員 <u>7 人以上</u> )	<u>14 日以内</u>	<u>760 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>590 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>500 点</u>
	有床診療所入院基本料 <u>2</u> (看護職員 <u>4～ 6 人</u> )	<u>14 日以内</u>	<u>680 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>510 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>460 点</u>
	有床診療所入院基本料 <u>3</u> (看護職員 <u>1～ 3 人</u> )	<u>14 日以内</u>	<u>500 点</u>
		<u>15～ 30 日</u>	<u>370 点</u>
		<u>31 日以上</u>	<u>340 点</u>





## 2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

### (1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (1) を参照のこと。

### (2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (2) を参照のこと。

### (3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (3) を参照のこと。

## 在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題 2－4】

### 第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時 1 回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料<sup>1</sup>】 (退院時 1 回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 100点 <b>新</b></p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医</p>

	<p>療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。</p> <p><b>【地域連携診療計画退院時指導料 2】</b>  (退院後初回月に 1 回) <u>300 点</u> <b>新</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	---

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

**新** 介護支援連携指導料 300 点 (入院中 2 回)

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

## がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">500点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 看護師、薬剤師等の医療関係職種が参 加していることが望ましい。</u></p>

## がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

骨子【I-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組を評価する。

### 第2 具体的な内容

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

#### ① がん治療連携計画策定料（計画策定病院） 750点（退院時）

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

#### ① がん治療連携指導料（連携医療機関） 300点（情報提供時）

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

## がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けの際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行		改定案	
イ	外来化学療法加算 1	500 点	イ 外来化学療法加算 1 <u>550点</u> 改
	15 歳未満の患者	700 点	15歳未満の患者 <u>750点</u> 改
ロ	外来化学療法加算 2	390 点	ロ 外来化学療法加算 2 <u>420点</u> 改
	15 歳未満の患者	700 点	15歳未満の患者 700点

## (2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算 1 又は 2 の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

## 2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  2,500点 ㊦

## 3. がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

### ㊦ がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

## 緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

骨子【I-1-(3)】

### 第1 基本的な考え方

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

現 行	改定案
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100 点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p><u>ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>



## 2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">400 点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">改</span></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u></p> <p>(2) <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ア <u>がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

### 3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。



#### がん患者リハビリテーション料 200点（1単位につき）

##### [算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

##### [対象患者]

- (1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
- (2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

- (7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
- (8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100 m<sup>2</sup>以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

## 認知症医療の推進について

骨子【I-2-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。

これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への対応などが重要であることから、これらへの手厚い対応が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

現 行		改 定 案	
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,330点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,450点 ㊦
ロ	91日以上期間 1,180点	ロ	<u>61日以上期間</u> 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,070点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,070点
ロ	91日以上期間 1,020点	ロ	<u>61日以上期間</u> 970点 ㊦

- (2) 入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。

⑨ 認知症治療病棟退院調整加算 100点（退院時1回）

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

2. 認知症外来医療の評価

認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、評価を新設する。

⑨ 認知症専門診断管理料 500点（1人につき1回）

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

⑨ 認知症専門医療機関連携加算 50点（月1回）

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料（I）に加算する。

## 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

骨子【I-3-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合の診療報酬について、配慮を行う。
2. 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧室管理環境整備に対する評価を行う。
3. 結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等についても出来高での算定を可能とする。

2. 陰圧室管理の評価

現 行	改定案
【二類感染症患者療養環境特別加算】	【二類感染症患者療養環境特別加算】
1 個室加算 300点	1 個室加算 300点
	2 陰圧室加算 200点 <b>新</b>
[算定対象]	[算定対象]
二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、	二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、

結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、 <u>鳥インフルエンザ（H5N1）</u> の患者又は <u>新型インフルエンザ等感染症の患者</u> であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者
---	---

### 3. 結核病棟について

#### (1) 結核病棟における平均在院日数要件の見直し

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<b>【結核病棟入院基本料】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 25日以内	<b>【結核病棟入院基本料】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦
10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 25日以内	10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦
<b>【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき）</b>	<b>【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき）</b>
7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 28日以内	7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦
10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 28日以内	10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦
13対1入院基本料 949点 平均在院日数 36日以内	13対1入院基本料 949点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦

## (2) 小規模な結核病棟の取扱について

患者数の減少等を踏まえ、小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、平均在院日数の計算を病床種別ごとに行うこととする。

現 行	改定案
<p>＜入院料等の施設基準等＞（通知） ・・・（略）・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）</p>	<p>＜入院料等の施設基準等＞（通知） ・・・（略）・・・一般病棟（<u>一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟</u>）と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）・・・</p>



## 肝炎治療の推進について

骨子【I-4】

### 第1 基本的な考え方

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、副作用に対する不安や多忙であることを理由にインターフェロン治療を断念する患者が見られている。

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定する。



肝炎インターフェロン治療計画料 700点（1人につき1回）

#### [算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

## 2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。



肝炎インターフェロン治療連携加算 50点（月1回まで）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況について計画策定医療機関に対する情報提供を行った場合に算定する。

## 精神科急性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(1)】

### 第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

[施設基準]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③平均在院日数が80日以内であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえて平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[施設基準]

- ①平均在院日数が 40 日以内 であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が 5 割以上 であること。

(3) 精神病棟入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

現 行			改 定 案		
【精神病棟入院基本料加算】			【精神病棟入院基本料加算】		
14日以内		459点	14日以内		<u>465点</u> 改
15日以上	30日以内	242点	15日以上	30日以内	<u>250点</u> 改
31日以上	90日以内	125点	31日以上	90日以内	125点
91日以上	180日以内	20点	91日以上	180日以内	<u>10点</u> 改
181日以上	1年以内	5点	181日以上	1年以内	<u>3点</u> 改

(4) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても、同様に見直す。

## 2. 精神科急性期の特定入院料の引上げ

(1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

現 行			改 定 案		
【精神科救急入院料】（1日につき）			【精神科救急入院料】（1日につき）		
1	精神科救急入院料 1		1	精神科救急入院料 1	
	30日以内	3,431点		30日以内	<u>3,451点</u> 改
	31日以上	3,031点		31日以上	3,031点
2	精神科救急入院料 2		2	精神科救急入院料 2	
	30日以内	3,231点		30日以内	<u>3,251点</u> 改
	31日以上	2,831点		31日以上	2,831点

<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内            3,431点 31日以上            3,031点	<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内 <u>3,451点</u> ㊦ 31日以上            3,031点
--	--

(2) 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改 定 案
<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内            1,900点 31日以上            1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内            1,800点 31日以上            1,500点 [算定要件等] <u>当該病院の全病床数の7割以上</u> <u>又は200床以上が精神病床である</u> <u>若しくは特定機能病院である。</u>	<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 <u>1,920点</u> ㊦ 31日以上            1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 <u>1,820点</u> ㊦ 31日以上            1,500点 [算定要件等] (削除)

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様、入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

### 3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合  300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合  200点</p>	<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき) <u>350点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]  精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）又は特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>

## 精神科慢性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(2)】

### 第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 10点 ㊦

#### 2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき)</p> <p><u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨</p> <p><u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 非定型抗精神病薬加算 1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること</p> <p>(2) 非定型抗精神病薬加算 2 1以外の場合</p>

### 3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき) 1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 (1日につき) 1,050点 ㊦</p> <p><u>重症者加算</u> (1日につき) 40点 ⑨</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のG A Fスコアが 40以下であること。</p>



## 精神科専門的入院医療に係る評価

骨子【I-5-(3)】

### 第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童・思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【児童・思春期精神入院医療管理加算】</b> (1日につき) 650点	<b>【児童・思春期精神入院医療管理加算】</b> (1日につき) 800点 ②

#### 2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。

① 強度行動障害入院医療管理加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児（者）の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

### 3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



#### 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

### 4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。



#### 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

## 地域における精神医療の評価

骨子【I-5-(4)】

### 第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

また、精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点 改</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点 改</p>

- (2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法 420点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が30分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行に対して評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの <u>590点</u> (改)</p> <p>2 大規模なもの <u>700点</u> (改)</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に50点を加算する。</u> (新)</p>

<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 540点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p>
---	---

## 障害者歯科医療の充実

骨子【I-6-(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕（むし歯）や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態により短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることを踏まえ、重症化予防のためのよりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科治療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関等が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科治療が困難な患者を受け入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における障害者歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

現 行	改定案
【歯科衛生実地指導料】  80点	【歯科衛生実地指導料】 1 歯科衛生実地指導料 1 80点 2 歯科衛生実地指導料 2 100点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span>

注1 齲蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

注1 歯科衛生実地指導料1は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

なお、歯科衛生実地指導料1を算定した月は、歯科衛生実地指導料2は算定できない。

注2 歯科衛生実地指導料2は、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月2回の実地指導の合計が15分以上となる場合のいずれかであって、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

## 2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

障害者歯科医療連携加算 100点（初診時1回）

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定した患者であって、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、外来による初診を行った場合に算定する。

### [施設基準]

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関又は基本診療料の障害者加算を算定する外来患者が月平均20人以上の歯科診療所である保険医療機関であること。
- (2) 自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素吸入（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む）を整備していること。
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

## 3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。



現 行	改定案
<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p>	<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p> <p><u>注 保険医療機関が基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</u> <span style="float: right;">⑨</span></p>

## 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【I-6-(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 地域における在宅及び障害者歯科医療を後方支援する病院歯科の機能をより適切に評価する観点から、在宅及び障害者歯科医療を実施している歯科診療所からの求めに応じて当該医療を行っている患者を受け入れた場合の歯科の外来及び入院医療の評価を行う。
2. 病院歯科においては、入院医療を受ける患者の割合は約1.5%とわずかであり、患者の多くは外来診療を受けている。歯科診療所と比べるとより専門性の高い歯科医療が提供されている場合があるが、歯科診療所と共通した歯科医療が提供されることが多く、こうした診療状況等から、歯科診療所及び病院歯科の基本診療料については、歯科診療報酬上、同様の評価を行っている。ただし、地域歯科診療を支援する機能を有する病院歯科については、一定の施設基準を設定した上で、その病院歯科の機能に着目した評価を行っている。こうした地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能については、在宅及び障害者歯科医療においても強化を図る必要があり、係る観点から、病院歯科機能の評価のあり方の見直しや、歯科診療所における歯科治療が困難な在宅療養患者や障害者を受け入れている場合の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療

及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上</p>	<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上 ハ <u>別の保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者及び歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて受け入れ、歯科医療を担当する病院である保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均5人以上</u> ニ <u>歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、基本診療料に</u></p>

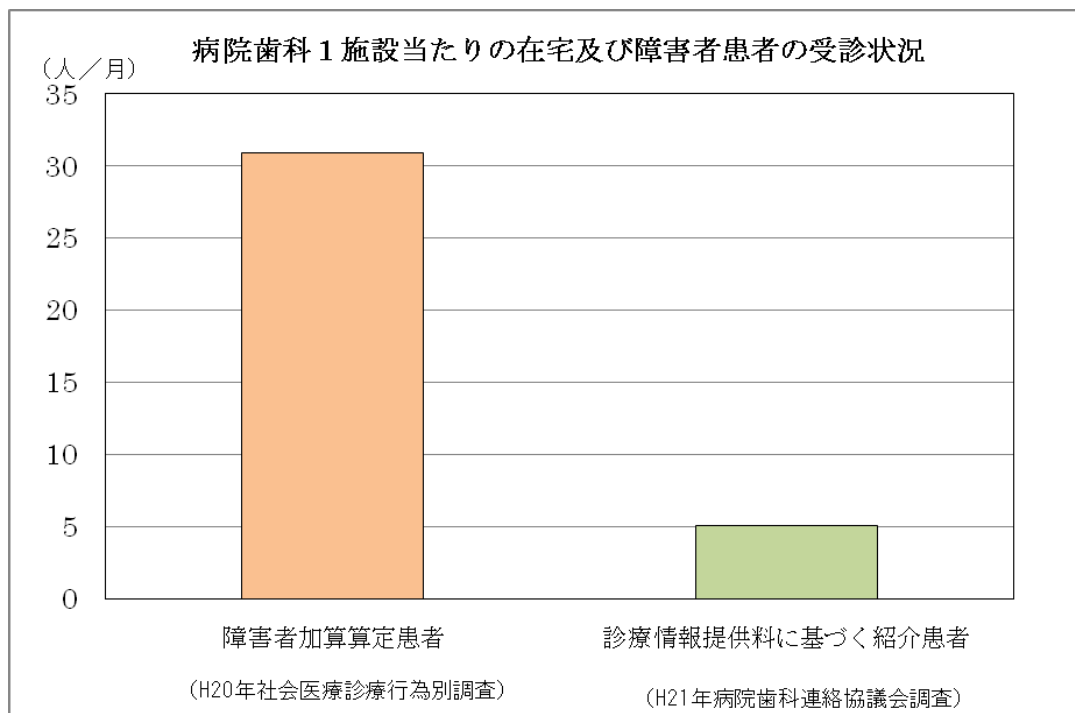
<p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点</p>	<p>係る障害者加算を算定している月平均患者数が 30 人以上</p> <p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69 点 ㊦</p>
--	--

(参考 1) 歯科診療における入院料等の実施件数

	歯科診療全体	歯科診療所	病院歯科
総件数	12,599,491 件	12,058,101 件	541,390 件
入院料等件数割合	0.07 %	0.0%	1.5 %

(平成 20 年度社会医療診療行為別調査(6 月審査分))

(参考 2)



## 2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

現 行	改定案
<p><b>【地域歯科診療支援病院入院加算】</b>            (入院初日に限り) 300点            [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料を算定した患者であって、歯科疾患管理料又は後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p><b>【地域歯科診療支援病院入院加算】</b>            (入院初日に限り) 300点            [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で<u>歯科訪問診療料を算定した患者又は基本診療料に係る障害者加算を算定した患者</u>であって、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

## 患者の視点に立った歯科医療

骨子【I-6-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科疾患や義歯（入れ歯）の管理に係る情報提供については、既存の補綴時診断料や補綴物維持管理料との関係や診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容等を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直す。
2. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の見直しを行うとともに、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目を算定項目として明示する等の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

現 行	改定案									
<p>【歯科疾患管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">130点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">110点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予</p>	1	1回目	130点	2	2回目以降	110点	<p>【歯科疾患管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">110点 ㊦</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、<u>歯科疾患と全身の健康との関係</u>、歯や口の病気と関連のある患者の</p>			110点 ㊦
1	1回目	130点								
2	2回目以降	110点								
		110点 ㊦								

<p>定等について、継続的な口腔管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) 初診日から起算して 1 月以内</p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p>	<p><u>生活習慣と改善目標及び治療予定(継続管理計画書においては、歯や口の中の状態の改善状況も含む)等について、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</u></p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) <u>初診日の属する月から起算して 2 月以内の期間において、最初に管理計画書を提供した月</u></p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p> <p>[その他] <u>歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の内容等について、院内掲示により患者への情報提供に努めること</u></p>
---	--

## 2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着日から1月以内に2回まで) 100 点</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に2回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日から起算して1月から3月までの間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月か</p>	<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着月1回に限る) 150 点 ㊦</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に1回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、新たに製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して4月以上1年以内の期間において、咬合機能の回復を図る</p>



<p>ら起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。</p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">300点</p>	<p><u>ために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に月1回に限り算定する。</u></p> <p>【有床義歯調整管理料】</p> <p style="text-align: right;">30点 新</p> <p><u>義歯管理料を算定した患者について、有床義歯の調整を行った場合に、1口腔につき月2回を限度として算定する。ただし、義歯管理料を算定した日における有床義歯の調整に係る費用は、算定できない。</u></p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">240点 改</p>
---	---

### 3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現 行	改定案
補綴物維持管理料	<u>クラウン・ブリッジ維持管理料</u> 改
歯髄覆罩	<u>歯髄保護処置</u> 改
非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC)	<u>歯髄温存療法</u> 改
床裏装	<u>有床義歯内面適合法</u> 改
楔状欠損 (WSD)	<u>歯質くさび状欠損</u> 改

#### 4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

現 行	改定案
歯周疾患を原因としない歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変の搔爬 <small>そうは</small> [準用項目] 【抜歯手術】（1歯につき） 3 臼歯 260点	<b>【歯根分割搔爬術】（1歯につき）</b> 260点
上顎洞へ陥入した歯の除去 1 抜歯窩より除去する場合 [準用項目] 【抜歯手術】（1歯につき） 4 難抜歯 470点 2 犬歯窩を開さくして除去する場合 [準用項目] 【上顎洞開窓術】 2,000点	<b>【上顎洞陥入歯除去術】</b> 1 抜歯窩より行う場合 470点 2 犬歯窩開さくによる場合 2,000点
口腔底に迷入した下顎智歯の摘出 [準用項目] 【口腔底腫瘍摘出術】 5,230点	<b>【口腔底迷入下顎智歯除去術】</b> 5,230点

## 生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【I-6-(3)】

### 第1 基本的な考え方

1. 義歯の修理については、当日内に義歯の修理が可能な場合であっても、歯科医師が行う修理に要する時間は、少数歯欠損の場合は21分、多数歯欠損の場合は25分となっている（参考1）。歯科医療機関に配置されている歯科技工士と連携することにより、歯科医師自ら義歯修理を行った場合に要する時間を同一患者の他の処置等や他の患者の診療に充てることが可能となる。

また、当日内に修理ができない場合においては、当日内の義歯修理が困難な理由の約13%が「歯科医療機関内の歯科技工体制が十分でないこと」となっており、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用することにより、義歯修理に要する日数を短縮することが可能となる。

そこで、食生活の質にも配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士を活用することにより、効率的な歯科医療の提供や患者の咀嚼機能等の短期間での回復を図る等、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。

2. 小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼<sup>そしゃく</sup>障害を伴う先天性無歯症<sup>むししょう</sup>等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていないが、他の先天性疾患の場合であっても、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があることから、小児義歯の適応を見直す。
3. 脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対し、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等といった機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質の維持・改善を図るための歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善についての評価を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1. 歯科技工加算の新設

生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科医療機関の取組を評価するため、有床義歯修理に係る加算を新設する。



#### 歯科技工加算（1装置につき） 20点

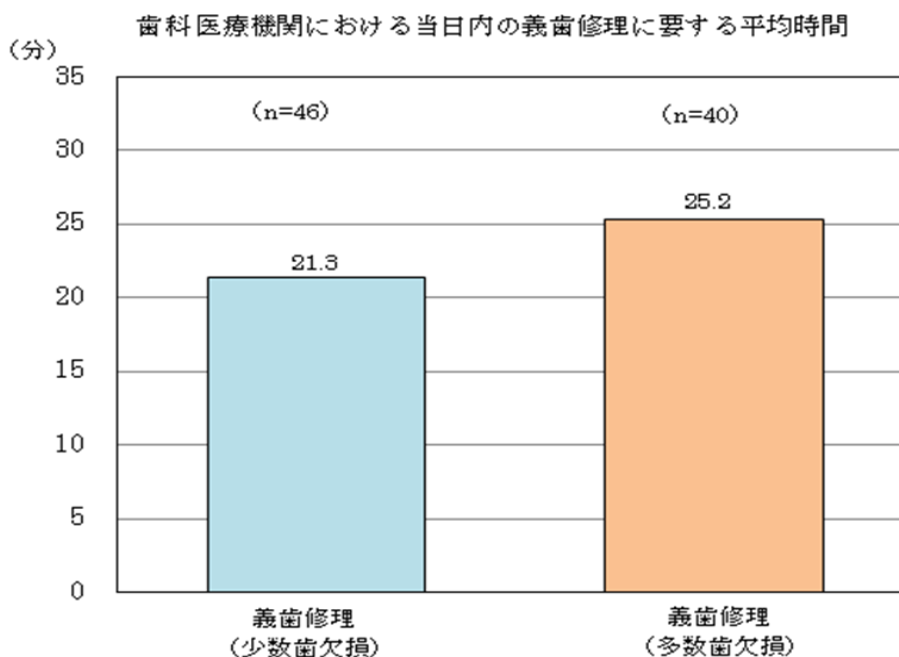
##### [算定要件]

- (1) 患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合に限り所定点数に加算する。
- (2) 破損した有床義歯を預かった日を診療録に記載することとする。
- (3) 有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した指示書を作成し、診療録に添付すること。

##### [施設基準]

- (1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (2) 常勤の歯科技工士を配置していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

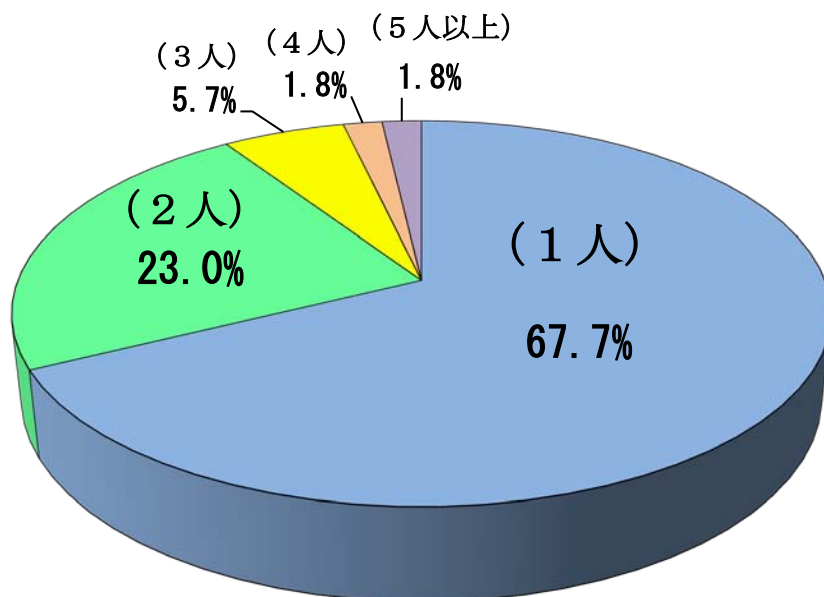
#### (参考1)



(日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」結果を基に作成)

## (参考2) 歯科技工士配置医療機関における常勤歯科医師数別割合

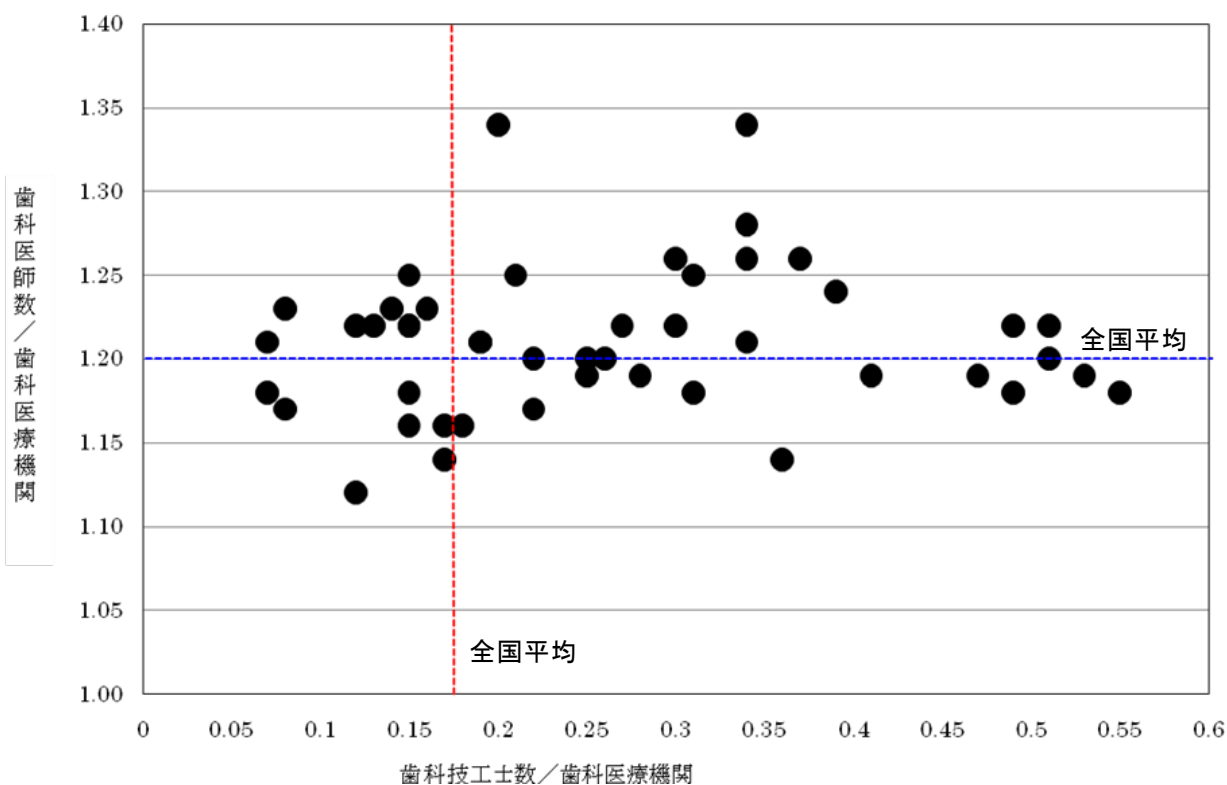
歯科技工士を配置している歯科医療機関の常勤歯科医師数別の割合をみると、常勤歯科医師数1人が約68%、2人が23%となっており、歯科技工士を配置している歯科医療機関の約9割は、比較的人員規模の小さな歯科医療機関となっている。



(平成20年医療施設調査)

## (参考3)

1 歯科診療所当たり常勤歯科医師数及び歯科技工士数



## 2. 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

現 行	改定案
<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児</p>	<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、<u>先天性好中球機能不全症又はその他の先天性疾患により、後継永久歯が無い場合、若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合</u></p>

## 3. 床（義歯）型口腔内補助装置に係る技術料の新設

脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて咀嚼機能等の改善を図ることを目的として、口腔内の形態や空隙を考慮して製作された床（義歯）型の口腔内装置を装着した場合の評価を新設するとともに、床副子調整の対象とする。

現 行	改定案
<p><b>【床副子】</b></p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p><b>【床副子調整】（1 口腔につき）</b></p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>	<p><b>【床副子】</b></p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p><b><u>ニ 摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u></b></p> <p><b>【床副子調整】（1 口腔につき）</b></p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床若しくは<u>摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u>の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床又は当該装置の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>

## 歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行う。
2. 有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく観点からも、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価の見直しを行う。
3. 診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一部の歯科医療技術について、その特性に応じた評価を行うとともに、重要度や普及・定着状況を踏まえつつ、評価のあり方について見直しを行う。
4. 歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は5歳未満となっており、こうした差異が分かりにくいとの指摘があることから、より分かりやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. う蝕、歯周疾患等に係る歯科医療技術の評価の見直し

う蝕や歯周疾患、歯の欠損等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等も参考としつつ、評価の見直しを行う。

##### (1) 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

一部の歯周外科手術の評価の引き上げを行うとともに、混合歯列期の歯周組織検査及び歯周基本治療後の処置の評価を新設する。ま



た、歯周基本治療について、同時に3分の1顎を超えて行った場合の加算の評価を引き下げる一方、同一部位に対する2回目以降の評価を引き上げる等の見直しを行う。

現 行	改定案
<p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 630点</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p><b>【歯周組織検査】</b></p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p><b>【歯周基本治療】</b></p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） 42点</p>	<p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 <u>730点</u> ㊦</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p><b>【歯周組織検査】</b></p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>3 <u>混合歯列期歯周組織検査</u></p> <p style="text-align: right;"><u>40点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。</u></p> <p><b>【歯周基本治療】</b></p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） <u>38点</u> ㊦</p>

<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は、注加算を含む。) の 100 分の 30 に相当する点数により算定する。</p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき)</p> <p>1 歯周病安定期治療開始日から起算して 1 年以内に行った場合</p> <p style="text-align: right;">150 点</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は注加算を含む。) の <u>100 分の 50</u> に相当する点数により算定する。 (改)</p> <p>【歯周基本治療処置】</p> <p style="text-align: right;"><u>10 点</u> (新)</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、歯周疾患処置を算定した月には算定できない。また、薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき)</p> <p style="text-align: right;"><u>300 点</u> (改)</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								

2 歯周病安定期治療開始日から 起算して1年を超え2年以内に行 った場合	125 点
3 歯周病安定期治療開始日から 起算して2年を超3年以内に行っ た場合	100 点

(2) う蝕等に係る技術の評価の引上げ

現 行	改定案
【齶蝕処置】 16 点	【う蝕処置】 18 点 ②
【齶蝕歯無痛的窩洞 <sup>かどう</sup> 形成加算】 20 点	【う蝕歯無痛的窩洞 <sup>かどう</sup> 形成加算】 40 点 ②
【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）	【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）
1 単根管 14 点	1 単根管 20 点 ②
2 2 根管 22 点	2 2 根管 22 点
3 3 根管以上 28 点	3 3 根管以上 30 点 ②
【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点	【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点
注 前歯部において、歯冠形成のう ち、前装鑄造冠又はジャケット 冠に係る費用を算定した歯に ついて、1 回に限り算定する。	注 前歯部において、歯冠形成のうち、 前装鑄造冠又はジャケット冠に係る 費用を算定した歯若しくは前装鑄造 冠又はジャケット冠の歯冠形成を行 うことを予定している歯について、 前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠 形成を算定した日から当該補綴物を 装着するまでの期間において、1 歯 1 回に限り算定する。

- (3) 口腔内消炎手術（智歯周囲炎の歯肉弁切除等）の評価を引き下げる一方、手術後の専門的口腔衛生処置の評価の新設及び歯科局所麻酔の評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 140 点</p>	<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 120 点 ②</p> <p>【術後専門的口腔衛生処置】 (1 口腔につき) 80 点 ③</p> <p><u>次に掲げる手術を行った入院患者に対し、当該患者が入院する病院である保険医療機関に属する歯科衛生士が術後感染症及び術後肺炎等の発現等のおそれがある場合であって、専門的口腔清掃を行った場合に、手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。</u></p> <p>[対象となる手術]</p> <p>J016 口腔底悪性腫瘍手術 J018 舌悪性腫瘍手術 J031 口唇悪性腫瘍手術 J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍手術 J035 頬粘膜悪性腫瘍手術 J036 術後性上顎嚢胞摘出手術 J038 上顎骨切除術 J039 上顎骨悪性腫瘍手術 J040 下顎骨部分切除術 J041 下顎骨離断術 J042 下顎骨悪性腫瘍手術 J043 顎骨腫瘍摘出術 J068 上顎骨折観血的手術</p>

	J069 上顎骨形成術 J070 頬骨骨折観血的整復術 J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術 J072 下顎骨折観血的手術 J075 下顎骨形成術 J076 顔面多発骨折観血的手術 J087 上顎洞根本手術
【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 38 点	【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの）】 <u>42 点</u> 改
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23 点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 <u>30 点</u> 改

(4) 有床義歯（入れ歯）等に係る評価の見直し

有床義歯及び関連技術の評価を引き上げる一方、熱可塑性樹脂有床義歯の評価の引下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

現 行	改定案
【有床義歯】	【有床義歯】
1 局部義歯（1床につき）	1 局部義歯（1床につき）
イ 1 歯から 4 歯まで 540 点	イ 1 歯から 4 歯まで <u>550 点</u> 改
ロ 5 歯から 8 歯まで 665 点	ロ 5 歯から 8 歯まで <u>676 点</u> 改
ハ 9 歯から 11 歯まで 890 点	ハ 9 歯から 11 歯まで <u>900 点</u> 改
ニ 12 歯から 14 歯まで 1,300 点	ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,310 点</u> 改
2 総義歯（1顎につき） 2,050 点	2 総義歯（1顎につき） <u>2,060 点</u> 改

<p><b>【印象採得】</b></p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 143 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 265 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 100 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 200 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</b></p> <p>1 印象採得が簡単なもの 1,000 点</p> <p>2 印象採得が困難なもの 1,500 点</p> <p>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで 705 点</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで 925 点</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで 1,185 点</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで 1,815 点</p>	<p><b>【印象採得】</b></p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>220 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>150 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</b></p> <p><u>1</u> 印象採得が困難なもの <u>1,500 点</u> 改</p> <p><u>2</u> 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで <u>670 点</u> 改</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで <u>900 点</u> 改</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで <u>1,120 点</u> 改</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,750 点</u> 改</p>
---	--

2 総義歯（1顎につき） 2,850点	2 総義歯（1顎につき） 2,780点 改
------------------------	--------------------------

(5) その他の技術の評価の見直し

有床義歯関連装置の評価の引上げを行う一方、歯科矯正治療に係る咬合採得、床装置及び保定装置の一部の評価の引下げを行う。

現 行	改定案
【鑄造バー】 420点	【鑄造バー】 <u>430点</u> 改
【バー 保持装置 加算】 50点	【バー 保持装置 加算】 <u>60点</u> 改
【フック, スパー】 85点	【フック, スパー】 <u>96点</u> 改
【咬合採得】（1装置につき）	【咬合採得】（1装置につき）
1 簡単なもの 100点	1 簡単なもの <u>70点</u> 改
2 困難なもの 200点	2 困難なもの <u>140点</u> 改
3 構成咬合 400点	3 構成咬合 400点
【床装置】	【床装置】
1 簡単なもの 1,500点	1 簡単なもの 1,500点
2 複雑なもの 2,500点	2 複雑なもの <u>2,000点</u> 改
【保定装置】	【保定装置】
1 プレートタイプリテーナー 1,500点	1 プレートタイプリテーナー 1,500点
2 メタルリテーナー 6,800点	2 メタルリテーナー <u>6,000点</u> 改

2. 歯科診療報酬体系の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

(1) スタディモデルは、患者の歯や歯周組織の状態及び咬み合わせの状態等を模型にして立体的に把握する比較的簡単な検査である。この検査は、治療を開始する時や治療方針の変更があった時などに行われ、

う蝕、歯周疾患及び歯の欠損等様々な歯科疾患の状態や治療方針等に関する患者の理解の促進にも資するものである。こうした特性に着目し、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、基本診療料に包括して評価する。

(2) また、歯科疾患管理料については、継続的な管理が必要な様々な歯科疾患を一口腔単位で管理するものであるが、特に1回目の歯科疾患管理料については、全身疾患の有無の確認や歯科疾患と関連性のある生活習慣の有無の確認、服薬状況の確認及びこれらに伴う口腔内症状の有無の確認等基本的な医療行為から、具体的な治療方針の決定及び患者への情報提供にいたるまで、幅広い行為を評価の対象としている。

(3) そこで、こうした技術の特性に応じた評価を行うとともに、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、スタディモデルや、歯科疾患管理料のうち基本的な医療行為を基本診療料に包括して評価する。

【 現 行 】		【 改 定 案 】	
歯科初診料	182 点	歯科初診料	<u>218 点</u>
歯科再診料	40 点	歯科再診料	<u>42 点</u>

### 3. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬における特掲診療料に係る乳幼児加算の対象（現行5歳未満）を基本診療料に係る乳幼児加算と同様に6歳未満とする。

【 現 行 】	【 改 定 案 】
<b>【基本診療料の乳幼児加算】</b> (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満	<b>【基本診療料の乳幼児加算】</b> (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満
<b>【特掲診療料の乳幼児加算】</b> (所定点数の100分の50加算) 対象年齢：5歳未満	<b>【特掲診療料の乳幼児加算】</b> (所定点数の100分の50加算) 対象年齢： <u>6歳未満</u>



## 歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価している。
2. 歯科矯正は、積極的な治療を行う時期であっても、1月に1回程度の通院により計画的に行われることが一般的であることから、こうした実態を踏まえ、歯科矯正診断料の施設基準の見直しを行う。
3. 唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、その適応症の拡大を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科矯正診断料の施設基準の見直し

歯科矯正診断料の施設基準について、歯科矯正の実態に即したものとなるよう見直しを行う。

現 行	改定案
<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 障害者自立支援法に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る）であること</li> <li>2 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</li> <li>3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること</li> </ol>	<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</u></li> <li><u>2 当該療養の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務</u></li> </ol>

	<p style="text-align: center;"><u>していること</u></p> <p style="text-align: center;">3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務し</u></p> <p style="text-align: center;"><u>ていること</u></p>
--	---

## 2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改定案
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li> <li>・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li> <li>・以下の疾患に起因する咬合異常            ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂</li> </ul>	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li> <li>・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li> <li>・以下の疾患に起因する咬合異常            ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロー顔一指症候群、<u>メービウス症候群、カブキ症候群、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群、ウィリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群</u></li> </ul>

## エックス線撮影料の評価体系の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

歯科診療における画像診断領域のデジタル化を推進する観点から、歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえつつ、デジタルエックス線撮影料の評価体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえ、デジタル映像化処理加算を廃止した上で、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別した評価を行う。

現 行	改定案
	(アナログ撮影)
1 単純撮影	1 単純撮影
イ 歯科エックス線撮影	イ 歯科エックス線撮影
(1) 全顎撮影の場合 250点	(1) 全顎撮影の場合 250点
(2) 全顎撮影以外の場合 25点	(2) 全顎撮影以外の場合 25点
(1枚につき)	(1枚につき)
ロ その他の場合 65点	ロ その他の場合 65点
2 特殊撮影	2 特殊撮影
イ 歯科パノラマ断層撮影 180点	イ 歯科パノラマ断層撮影 180点
ロ 歯科パノラマ断層撮影以外	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合
の場合(一連につき) 264点	(一連につき) 264点
3 造影剤使用撮影 148点	3 造影剤使用撮影 148点

	<p>(デジタル撮影) <span style="float: right;">㊦</span></p> <p><u>1 単純撮影</u></p> <p><u>イ 歯科エックス線撮影</u></p> <p>(1) <u>全顎撮影の場合</u> 252 点</p> <p>(2) <u>全顎撮影以外の場合</u> 28 点</p> <p><u>(1 枚につき)</u></p> <p><u>ロ その他の場合</u> 68 点</p> <p><u>2 特殊撮影</u></p> <p><u>イ 歯科パノラマ断層撮影</u> 182 点</p> <p><u>ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場</u></p> <p><u>合 (一連につき)</u> 266 点</p> <p><u>3 造影剤使用撮影</u> 150 点</p>
<p><b>【デジタル映像化処理加算】</b></p> <p>1 歯科エックス線撮影</p> <p>(1 回につき) 5 点</p> <p>2 歯科パノラマ断層撮影 50 点</p> <p>3 その他の場合 30 点</p>	<p>(廃止)</p>

## 新規医療技術の保険導入（歯科）

骨子【I-6-(4)】

骨子【I-7-(2)】

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の新設（歯周外科手術時の明視下におけるレーザーを用いた歯石除去等に係る加算）



#### 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

[算定要件]

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行った場合に歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術の所定点数に加算する

[施設基準]

- (1) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。
- (2) 当該レーザー治療に係る専門知識及び5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

(参考) 歯周外科手術時のレーザー応用による歯石除去等

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下でレーザーを応用することにより、従来の歯周疾患治療用の手用器具を用いた機械的な歯石除去時にみられる不快症状の発現を抑制し、歯石の除去だけでなく、歯周ポケット部位の殺菌・無毒化や歯周組織細胞の活性効果等が得られる有効な治療方法。

## 手術以外の医療技術の適正な評価について

骨子【I-7-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

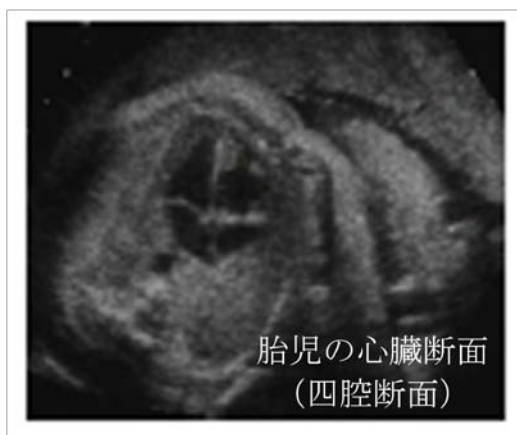
1. 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
2. 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 先進医療技術の保険導入（手術以外）  
先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。  
（導入された技術の例）
  - ①胎児心超音波検査（産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。）※資料1参照
  - ②子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断（子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。）
  - ③抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査（EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。）
2. 新規保険収載提案技術の保険導入（手術以外）  
医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。  
（導入された技術の例）※資料2～4参照
  - ①イメージガイド下放射線治療（IGRT）
  - ②特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査
  - ③医療機器決定区分C2（新機能・新技術）に係る技術（VACシステム等）

## (資料 1) 胎児心超音波検査

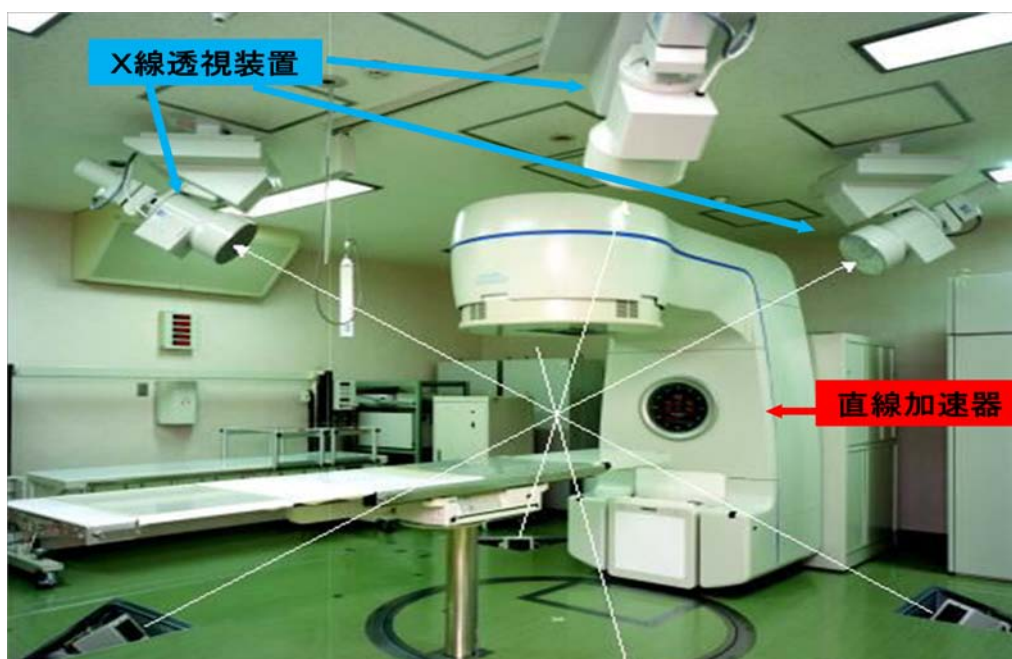
先天性心疾患は、児の生命予後に大きな影響を与え得るが、従来は出生後にしか確定診断ができなかった。これに対して本検査は、母体の腹壁に超音波プローブを密着させ、超音波を腹壁、子宮壁および羊水を通過させて、胎児の心臓を描出し、先天性心疾患を正確に診断する。具体的には、胎児心臓の断面を可能な限り明瞭に抽出した上で、従来の心超音波検査と同様にMモード、カラードップラー、パルスドップラー、連続波ドップラーなどを用いて診断を行う。この出生前の診断により、動脈管閉鎖に伴うショックの回避など適切な周産期管理を行うことができる。



## (資料2) 画像誘導放射線治療 (IGRT)

IGRT (Image Guided Radiation Therapy) は、患者が放射線照射を受ける際に、治療台上の患者位置を照合し、正確な放射線照射を可能とする技術である。

具体的には、放射線照射の直前や照射中に得られる患者の画像情報 (X線画像等) を治療計画作成時の画像情報と照合することにより、これらの位置のずれを算出し、そのずれの補正を自動的に行い、放射線照射を行う。これにより、治療対象であるがん病変に対して、従来の方法よりも正確な放射線照射が可能となるとともに、病変周囲の正常組織に対しては、放射線による損傷を軽減することが可能となるものである。



治療計画時のCT画像

実際の照射時毎のCT画像

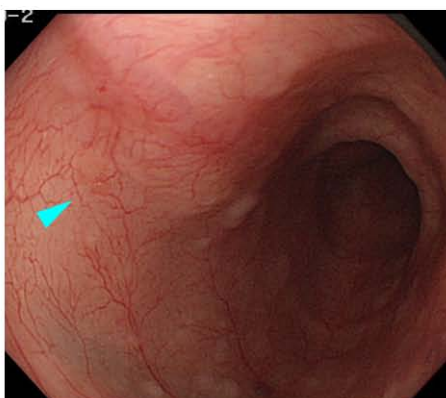




### (資料3) 特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査

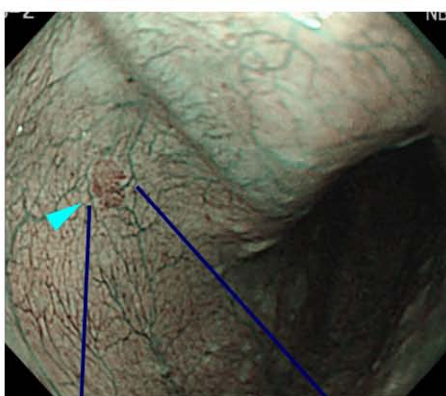
拡大内視鏡とは、通常の内視鏡（5倍程度）に比べて高倍率（100倍程度）での拡大観察が可能な内視鏡である。従来の内視鏡検査では、がん及びポリープの診断にあたり、病理組織検査を実施する必要があったが、拡大内視鏡を用いて消化管表面を拡大し、詳細にその紋様を観察及び分類すること、また、特殊光を用いて画像強調観察を併用することにより、内視鏡検査の段階でより正確な診断を行うことが可能となる。また、同検査を行うことにより、通常の内視鏡では発見できないような微小な癌を発見できるようになり、不必要な生検を行う必要がなくなるなど、病変の早期発見及び低侵襲な内視鏡治療へつなげることができる。

## 早期食道癌症例



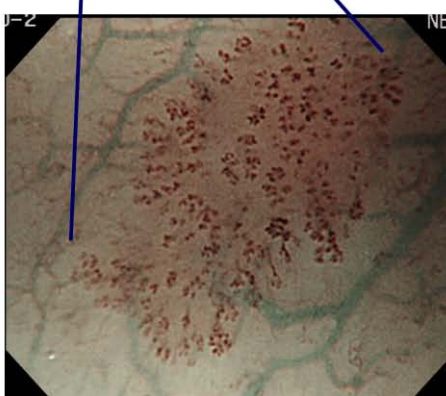
### 通常内視鏡

矢印の部位に病変が存在するが、認識困難。



### 拡大内視鏡（非拡大）

特殊光をあてることにより、矢印の部位にある病変を容易に認識できる。

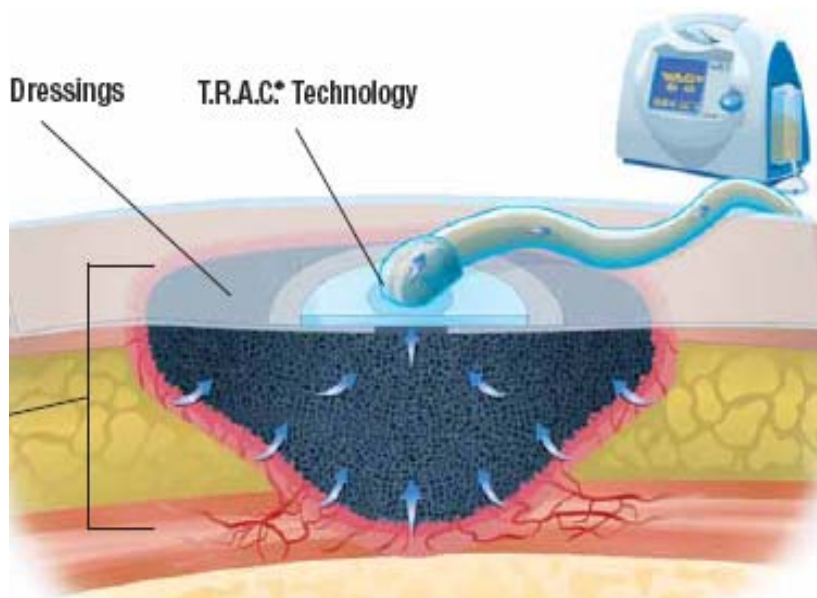


### 拡大内視鏡（約80倍拡大）

病変を拡大内視鏡で観察すると、癌に伴う異常血管を認識でき、早期食道癌と診断できる。この段階であれば、内視鏡治療が可能。

#### (資料4) 局所陰圧閉鎖処置

感染・壊死等があり容易に閉鎖しえない複雑性創傷の患者に対して、その創部にフォームを埋め込み、ドレープで密封した後に、チューブを介して陰圧維持装置と接続し、陰圧を持続的に維持する処置である。これにより、創傷治癒を促進することができる。



## 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

骨子【I-8】

### 第1 基本的な考え方

新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。またその他の医療材料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

**新** J045-2 一酸化窒素吸入療法 920点（1時間につき）

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①新生児特定集中治療室管理料（A302）
- ②総合周産期特定集中治療室管理料（A303）

#### 2. 胸郭変形矯正用材料に係る技術料の評価

現 行	改定案
K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点	K142-2 脊椎側彎症手術
	1 固定術 37,420点 改
	2 矯正術
	イ 初回挿入術 112,260点 改
	ロ 全体交換術 37,420点 改
	ハ 伸展術 20,540点 改

<p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に 17,400 点を加算する。ただし、加算点数は 69,600 点を限度とする。</p>	<p>注 1及び2の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に <u>18,710 点</u> を加算する。ただし、加算点数は <u>74,840 点</u> を限度とする。 ㊦</p>
--	---

### 3. 局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価

#### ㊦ J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

##### 1 被覆材を貼付した場合

イ 100 cm<sup>2</sup>未満 1,600 点

ロ 100 cm<sup>2</sup>以上 200 cm<sup>2</sup>未満 1,680 点

ハ 200 cm<sup>2</sup>以上 1,900 点

注 初回のみ、イにあつては 1,690 点、ロにあつては 2,650 点、ハにあつては 3,300 点を加算する。

2 その他の場合 900 点

### 4. 皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価

#### ㊦ D231-2 皮下連続式グルコース測定 700 点（一連につき）

[算定要件]

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

5. ペースメーカー、埋込型除細動器、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器に係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術又は区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>ロ イ以外の場合 320点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 460点 ⑨</p> <p>ロ イ以外の場合 320点 ⑩</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、<u>イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。</u> ⑩</p> <p>2 <u>区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術、区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術、区分番号 K599 に掲げる埋込型除細動器移埋術又は、区分番号 K599-3 に掲</u></p>

	<p><u>げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
--	---

## 6. 血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査、<u>血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定</u>を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>

## 7. 経皮的カテーテル心筋焼灼術における三次元カラーマッピングに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p>	<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p> <p>注1 <u>三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>

## 8. 埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

	D210-3	埋込型心電図検査（解析料を含む。）	90 点
新	K597-3	埋込型心電図記録計移植術	1,260 点
	K597-4	埋込型心電図記録計摘出術	840 点

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術 (K 597) 及びペースメーカー交換術 (K 597-2)
- ②両心室ペースメーカー移植術 (K 598) 及び両心室ペースメーカー交換術 (K 598-2)
- ③埋込型除細動器移植術 (K 599) 及び埋込型除細動器交換術 (K 599-2)
- ④両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術 (K 599-3) 及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術 (K 599-4)

## 9. 末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

新	G005-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術	700 点
---	--------	----------------------	-------

## 10. 胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

新	K651	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590 点
---	------	-------------------	---------

## 11. 特定薬剤治療管理料の適応拡大

血中濃度測定による治療管理を行う当該管理料について、シクロスポリンの対象疾患に難治性のアトピー性皮膚炎を追加する。

## 明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

骨子【Ⅱ－１】

### 第1 基本的な考え方

#### 1. 明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

#### 2. 電子化加算について

平成18年度改定において、医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成23年3月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

#### 3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと内科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。



## 第2 具体的な内容

### 1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について  
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとする。

その際、保険医療機関等においては、その旨を院内掲示等により明示するとともに、明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口に「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

#### 「正当な理由」の考え方

##### ① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

##### ② 費用徴収関係（実費徴収が認められる場合）

上記①のイ又はロに該当する場合

#### 「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局長等にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局長等に届け出るものとする。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額）を院内に掲示することとする。

## 2. 電子化加算の見直し

IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



### 明細書発行体制等加算 1点（再診料に加算）

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨の院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】（初診料に加算） 3点	（廃止）

### 3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成 22 年 9 月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の 2 桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は 1、歯科は 3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の 7 桁の番号）

## 再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本料的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

2. 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、別途要件を追加する。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数（52点）は据え置く。

### 第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

現 行		改定案	
【再診料】		【再診料】	
1 病院の場合	60点	69点	改
2 診療所の場合	71点		

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、引き続き、懇切丁寧な説明については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算を算定できないこととする。

具体的な通知の改定案は以下のとおり。

現 行	改定案
<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>	<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する。 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

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

## 地域医療貢献に対する評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

患者にとって、日常的な診療や健康管理等を行ってくれる診療所の存在は重要であり、特に夜間も含め、急病等の際にいつでも相談に応じてくれる診療所のニーズは高い。

健康上の不安等を気軽に相談できるだけでなく、患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する。

なお、このような患者からの休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少も考えられることから、病院勤務医負担軽減につながることも期待される。

### 第2 具体的な内容

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。



#### 地域医療貢献加算 3点

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

## 患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－２－（２）】

### 1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

「Ⅰ－６－③」の第２の１．を参照のこと。

### 2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期間等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

「Ⅰ－６－③」の第２の２．を参照のこと。

### 3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

「Ⅰ－６－③」の第２の３．を参照のこと。

### 4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

「Ⅰ－６－③」の第２の４．を参照のこと。



## 居住系施設等訪問診療料の見直し及び

### 分かりやすい点数設定について

骨子【Ⅱ－２－(3)(4)】

#### 第１ 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。

また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。

さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

#### 第２ 具体的な内容

##### 1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。

一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

なお、居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費（Ⅲ）についても同様に算定対象を見直す。

現 行	改定案
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の 場合。 830 点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>1 <u>2 以外の場合</u> 830 点 ㊦</p> <p>2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200 点 ㊦</p>

## 2. 分かりやすい点数設定について

### (1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【特定集中治療室管理料】</b></p> <p>1 7 日以内 8,760 点</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 7,330 点</p> <p><u>重症者等を概ね 9 割以上入院させる治療室の場合、所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算する。</u></p>	<p><b>【特定集中治療室管理料】</b></p> <p>1 7 日以内 <u>9,200 点</u> ㊦</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 <u>7,700 点</u> ㊦</p> <p>(削除)</p>

## (2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

## 3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

一方、離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

(1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域

(2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域

(3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島

## 医療安全対策の推進について

骨子【Ⅱ－3】

### 第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。

また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>50点</p>	<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算 1      85点 ②改</p> <p>2 医療安全対策加算 2      35点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日）</p> <p>100点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>

## 2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管

理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)



医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

### 3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	<u>100点</u> 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	<u>1,100点</u> 改

### 4. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

「Ⅱ－４－①」の第２の２.を参照のこと（後述）。

## 人工腎臓等の適正な評価について

骨子【Ⅱ－４－(1)】

### 第1 基本的な考え方

現在、人工腎臓の際の透析液等の薬剤費は、入院では出来高評価、入院外では包括評価としている。しかし、全身状態が比較的安定している患者に対して行う慢性維持透析においては、入院と外来で同等の医療が提供されていると考えられる。そこで、入院で行う慢性維持透析について評価体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 人工腎臓の評価体系について

入院で行う慢性維持透析について包括評価に変更する。なお、入院において、急性腎不全等に対して実施する人工腎臓については、引き続き出来高評価を行う。また、エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するが低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 <u>慢性維持透析の場合</u> ㊦
イ 4時間未満の場合 2,117点	イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u> ㊦
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u> ㊦
ハ 5時間以上の場合 2,397点	ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u> ㊦
2 その他の場合 1,590点	2 その他の場合 <u>1,580点</u> ㊦

## 2. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

### ⑨ 透析液水質確保加算 10点（1日につき）

[算定要件]

- ① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用していること。
- ② 専任の透析液安全管理者1名（医師又は臨床工学技士）を配置していること。
- ③ 透析機器安全管理委員会を設置していること。



## 在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅱ－４－（２）】

### 第１ 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅で実施可能な医療の分野が拡大している。在宅にあっても専門的な医療を受けることができるよう、評価を行う。

### 第２ 具体的な内容

#### １．在宅における血液透析の評価の引き上げ

##### （１）在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>（１月につき） 3,800点</p> <p>２回目以降 2,000点</p> <p>（月２回まで、初回算定から２月までの間は４回まで）</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>（１月につき） <u>8,000点</u> ㊦</p> <p>２回目以降 2,000点</p> <p>（初回算定から２月までの間、月２回まで）</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>関係学会等のマニュアルを参考に在宅血液透析を行うこと。</u></p>

【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) <u>10,000点</u> ㊦
-------------------------------	---

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、<u>J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</u></p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、<u>J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</u></p>

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要な者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅱ－４－(3)】

### 第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

### 第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。  
「Ⅲ－４－④」の第2の1. を参照のこと（後述）。
2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。  
「Ⅲ－４－④」の第2の2. を参照のこと（後述）。

※訪問看護療養費においては、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）とする。

## 疾病の重症化予防に対する適正な評価について

骨子【Ⅱ－5－(1)】

### 第1 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合の算定を可能にする。

### 第2 具体的な内容

入院中にリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 <u>当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</u></p>

## 障害者歯科医療の充実

骨子【Ⅱ－５－(2)】

### 1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の１. を参照のこと。

### 2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の２. を参照のこと。

### 3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「Ⅰ－６－①」の第２の３. を参照のこと。

## 質が高く効率的な急性期入院医療の推進について

骨子【Ⅲ－１－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
3. DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

#### 2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

##### (1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

⑨ 〔項目1〕「データ提出指数」（正確なデータ提出に係る評価）

以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上

⑨ 〔項目2〕「効率性指数」（効率化に対する評価）

⑨ 〔項目3〕「複雑性指数」（複雑性指数による評価）

⑨ 〔項目4〕「カバー率指数」（診断群分類のカバー率による評価）

⑨ 〔項目5〕「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）

以下の各項目の総ポイント数（0～7ポイント）で評価

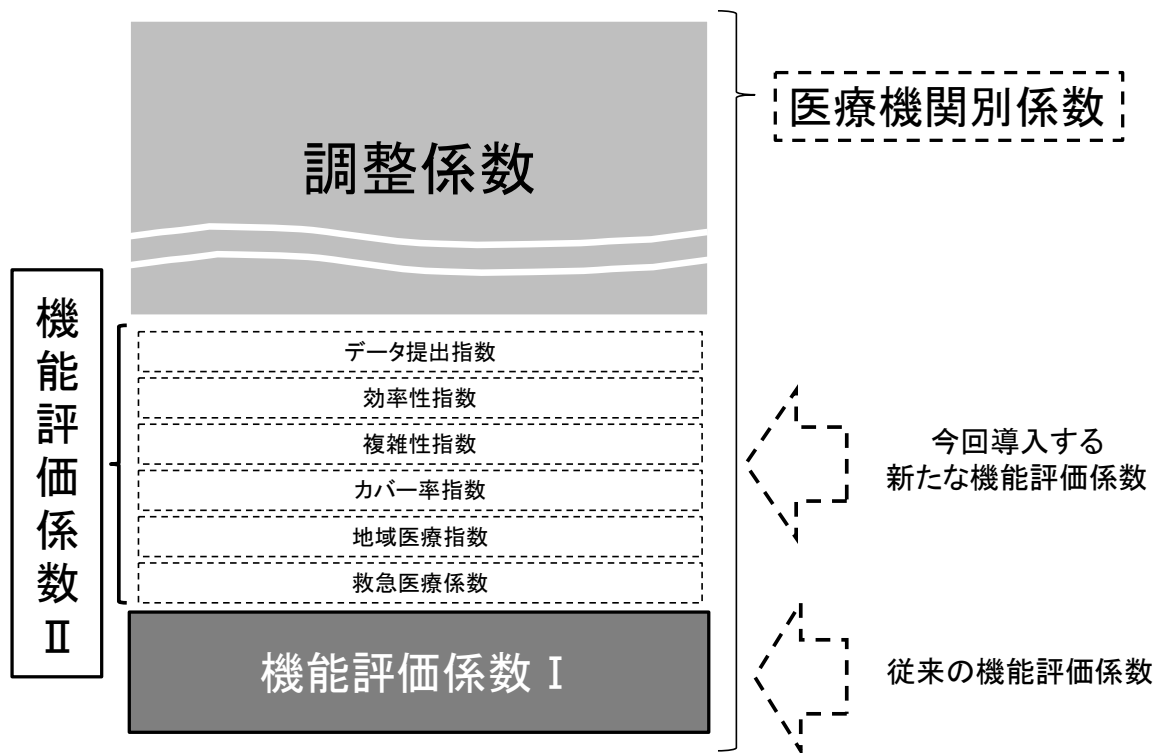
- ①脳卒中地域連携
- ②がん地域連携
- ③地域がん登録
- ④医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤DMAT（災害派遣医療チーム）指定
- ⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
- ⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

⑨ 〔項目6〕「救急医療係数」（救急医療の入院初期診療に係る評価）

(2) 設定方法

- ①調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- ②各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

# DPCにおける係数



## 3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

- ② (1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。
  - ① 高額薬剤による分岐の追加
  - ② 化学療法レジメによる分岐の追加
  - ③ 副傷病による分岐の精緻化
  - ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し
- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

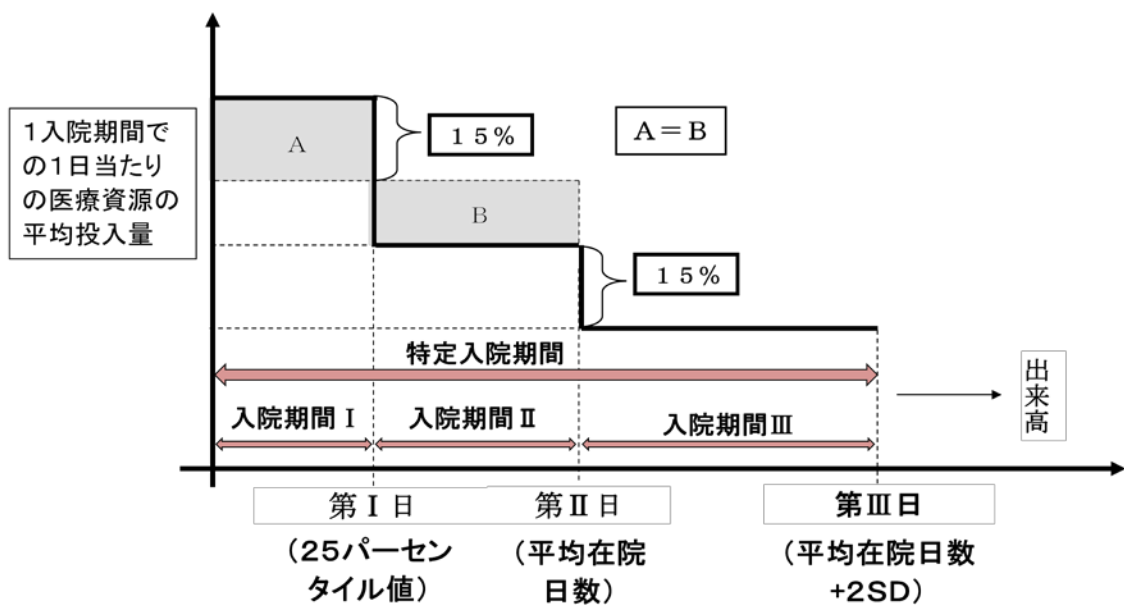


(基準)

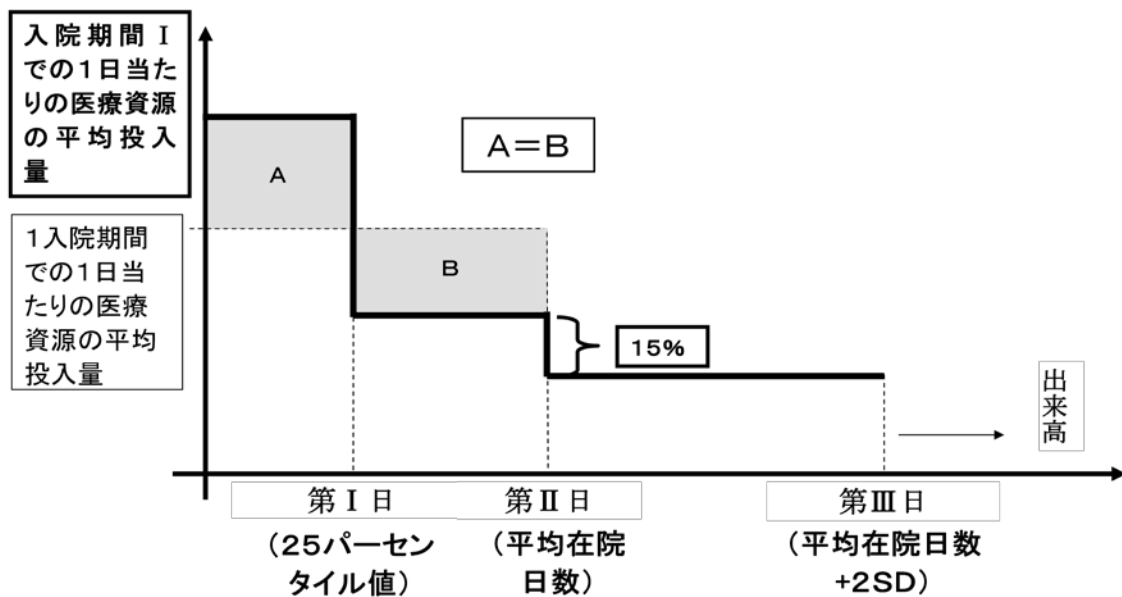
「入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1 SD から平均 + 1 SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1 SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1 SD 以下の場合 : 設定 C

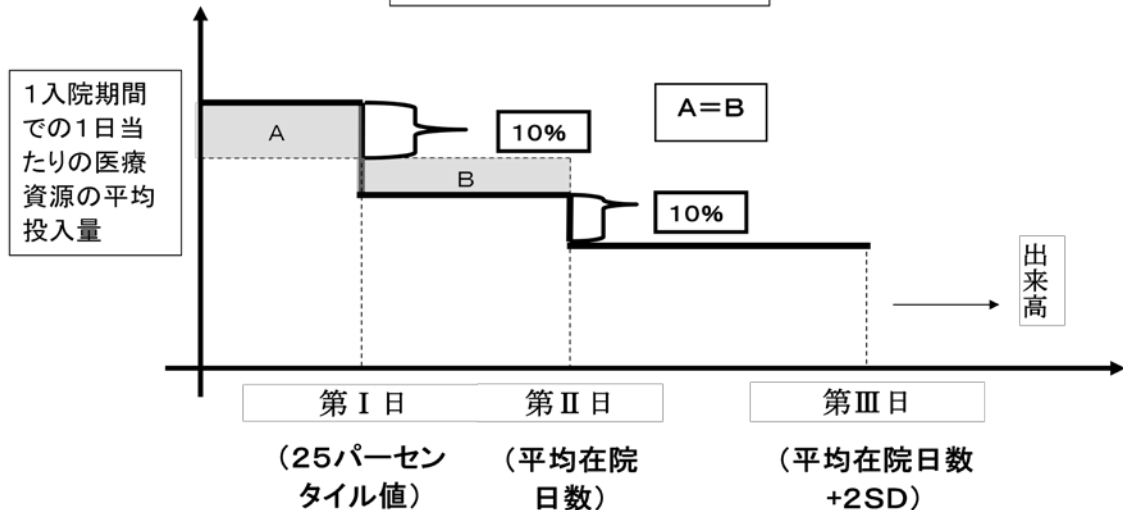
## 設定方法 A



## 設定方法 B



## 設定方法C



#### 4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

② (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

② (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

#### 5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

## 急性期の医療機関における 入院患者の看護必要度の評価

骨子【Ⅲ－１－(2)】

### 第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

### 第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

#### **新** 一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ② 当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生局長等に報告すること。

## 検体検査評価の充実について

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

#### ⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 500点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ① 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ② 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査管理加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査管理加算】 10点/件（最大5件まで） <span style="float: right;">⑩</span>

## 安全な麻酔管理体制の評価

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

### 第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



#### 麻酔管理料（Ⅱ）

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	100点（1人につき1回）
2 全身麻酔	300点（1人につき1回）

#### [算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

#### [施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

## 医療療養病棟の評価に係る見直し

骨子【Ⅲ－１－(4)】

### 第１ 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

### 第２ 具体的な内容

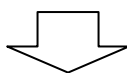
#### １. 療養病棟入院基本料の見直し

##### (1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	885点	1,320点	1,709点
ADL 区分 2	750点		
ADL 区分 1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料 1

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	<u>934点</u>	<u>1,369点</u>	<u>1,758点</u>
ADL 区分 2	<u>887点</u>	<u>1,342点</u>	<u>1,705点</u>
ADL 区分 1	<u>785点</u>	<u>1,191点</u>	<u>1,424点</u>

⑤

[施設基準]

- ①看護職員及び看護補助者が 20 対 1 配置以上であること。
- ②医療区分 2 又は 3 の患者が全体の 8 割以上であること。

(改定案) 療養病棟入院基本料 2

改

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	871点	1,306点	1,695点
A D L 区分 2	824点	1,279点	1,642点
A D L 区分 1	722点	1,128点	1,361点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

## (2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

## 2. 療養病床における後方病床機能の評価

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 2. を参照のこと。

## 3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

## 疾患別リハビリテーションの充実について

骨子【Ⅲ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なりハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1) (2)以外の場合 245点 改 (2) 廃用症候群の場合 235点 新
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1) (2)以外の場合 200点 改 (2) 廃用症候群の場合 190点 新
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 新



(2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 <u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u> 175点 <b>新</b></p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点 <b>改</b></p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p> <p>[算定要件]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 入院中の患者に対し、運動器リハビリテーションを行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p>

## 2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 45点 ㊦</p>

### 3. 維持期のリハビリテーションについて

維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

## 回復期等における充実した リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。  
また、急性期から連続したリハビリテーションが行われる場合に対して配慮する。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
  - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割</u>以上が重症の患者であること</p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

- (2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

**新** 休日リハビリテーション提供体制加算 60点（1日につき）

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

**新** リハビリテーション充実加算 40点（1日につき）

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

- (3) 発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

## 2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

なお、リハビリテーション提供体制加算を算定している患者については、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。

**新** リハビリテーション提供体制加算 50点（1日につき）

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、週平均16単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改 定 案
<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。<u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、当該病室において急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。</u></p>

## がん患者や難病患者に対する

### リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(3)】

#### 第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

##### 1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。

「Ⅰ－１－④」の第2の3. を参照のこと。

##### 2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なリハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うと



ともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】            (1日につき) 600点            注2 難病患者リハビリテーション料            を行った場合に食事を提供した時            は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】            (1日につき) <u>640点</u> 改  <u>短期集中リハビリテーション実施加算</u>            (1日につき)  <u>退院後1月以内</u> 280点 新  <u>退院後1月を超え3月以内</u>            140点 新</p>

## 在宅医療を提供する医療機関の充実

骨子【Ⅲ－3－(1)】

### 第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅医療を受けることができるよう、在宅医療を提供する医療機関の評価を拡充する。特に、在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 在宅移行早期加算の新設

入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるように、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設する。

**新** 在宅移行早期加算 100点（月1回）

[算定要件]

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

#### 2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。

### 3. 在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域の医療機関の役割を鑑み、その要件の変更を行うことにより拡充を図る。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>許可病床数が 200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</u>なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

## 訪問診療の評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(2)】

### 第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 往診料の評価の引き上げ

- (1) 症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

現 行	改定案
【往診料】 650点	【往診料】 <u>720点</u> ②

- (2) また、往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

#### 2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に10,000点を加算。</p>

### 3. 乳幼児加算の新設

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

⑨ 在宅患者訪問診療料                      乳幼児加算                      200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料      乳幼児加算                      200点

## 在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅲ－３－(3)】

### 1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

#### (1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

「Ⅱ－４－②」の第２の１. の（１）を参照のこと。

#### (2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

「Ⅱ－４－②」の第２の１. の（２）を参照のこと。

### 2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。

「Ⅱ－４－②」の第２の２. を参照のこと。

### 3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

「重点課題１－３－①」の第２の３. を参照のこと。

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進

骨子【Ⅲ－４－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、週4日以上訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費を算定可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。
2. 在宅医療における訪問看護の重要性を考慮し、訪問看護のさらなる質の向上を図るため、安全管理体制の整備を要件とし、訪問看護管理療養費を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

- ② 1. 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者であること。
- (2) 週7日の指定訪問看護が計画されていること。

- ② 2. 特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者であること。
- (2) 特別訪問看護指示期間中に週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

3. 安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>月の初日の場合           7,050 円</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>  2,900 円</p>	<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>月の初日の場合           <u>7,300 円</u> ②</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合</p> <p>  <u>2,950 円</u> ②</p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>訪問看護ステーションにおいて、以下の安全管理体制が整備されていること</p> <p>① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。</p> <p>② 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されている。</p>



## 乳幼児等への訪問看護の推進について

骨子【Ⅲ－４－(2)】

### 第1 基本的な考え方

乳幼児等への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

（訪問看護療養費）

新	乳幼児加算（3歳未満）	500円（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	500円（1日につき）

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）

新	乳幼児加算（3歳未満）	50点（1日につき）
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	50点（1日につき）

## 訪問看護におけるターミナルケアに係る

### 評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(3)】

#### 第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、保険医療機関に搬送された場合においても評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価する。

現 行	改定案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>

<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【居住系施設入居者等訪問看護・指導料 居住系施設等ターミナルケア加算】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【<u>同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算</u>】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した<u>同一建物居住者</u>に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上<u>同一建物居住者訪問看護・指導</u>を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅲ－４－(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

### 第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

現 行	改定案
<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八 在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>	<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>

<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p>	<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p> <p>六 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>[算定要件] (六について)</p> <p><u>定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</u></p>
---	--

2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員<sup>※</sup>と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。  
 (※訪問看護療養費においては看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)とする。)

(訪問看護療養費)



複数名訪問看護加算

看護師等 4,300円(週1回)

准看護師 3,800円(週1回)

(在宅患者訪問看護・指導料)

(同一建物居住者訪問看護・指導料)



複数名訪問看護加算

保健師、助産師又は看護師 430点(週1回)

准看護師 380点(週1回)

[算定要件]

- (1) 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※訪問看護療養費においては看護師等とする。

- (2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

## 在宅歯科医療の推進

骨子【Ⅲ－５】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者については、
  - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
  - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
  - (3) う蝕や歯周疾患等の歯科疾患が一般の患者に比べて重症化しやすい特性があること
 を踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科訪問診療料の評価体系の簡素化

歯科訪問診療の実態も踏まえ、より分かりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療1及び2の算定要件の見直しを行う。

現 行		改定案	
【歯科訪問診療料】（1日につき）		【歯科訪問診療料】（1日につき）	
1	歯科訪問診療1 830点	1	歯科訪問診療1 830点
2	歯科訪問診療2 380点	2	歯科訪問診療2 380点







<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <p>イ 1回目 232点</p> <p>ロ 2回目以降 90点</p> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合であって、歯科訪問診療料を算定している場合に加算する。</p>	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <p>イ 1回目 232点</p> <p>ロ 2回目以降 90点</p> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に加算する。</p>
--	---

### 3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その心身の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 (月1回) 180点 → 廃止



歯科疾患在宅療養管理料 (月1回)

在宅療養支援歯科診療所の場合 140点

(口腔機能管理加算 50点)

その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行

うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。

- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

#### 4. 在宅歯科医療におけるその他の医学管理等の評価の見直し

在宅歯科医療を充実する観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価を引き上げるとともに、全身的な基礎疾患を有する外来患者の歯科治療を行うに当たって、別の医科医療機関の当該患者の担当医からの診療情報提供に基づいて行う医療管理を評価している歯科治療総合医療管理料について、在宅歯科医療においても評価する。

現 行	改定案
<b>【訪問歯科衛生指導料】</b> 1 複雑なもの 350 点 2 簡単なもの 100 点  <b>【歯科治療総合医療管理料】</b> （月1回） 140 点	<b>【訪問歯科衛生指導料】</b> 1 複雑なもの 360 点 ㊦ 2 簡単なもの 120 点 ㊦  <b>【歯科治療総合医療管理料】</b> （月1回） 140 点

<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関における歯科診療（<u>歯科訪問診療料に係る歯科診療を含む。</u>）において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>
--	--

5. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「I-6-①」の第2の3. を参照のこと。

## 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【Ⅲ－５】

### 1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引上げを行う。

「Ⅰ－６－②」の第２の１．を参照のこと。

### 2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

「Ⅰ－６－②」の第２の２．を参照のこと。

## 入院時の総合的な評価に基づく介護との連携

骨子【Ⅲ－6】

### 第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

### 第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】                      (入院中1回) 50点                      保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 <span style="float: right;">㊦</span>                      (入院中1回) 50点                      保険医療機関が、入院中の患者（<u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る</u>）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

「重点課題2-4」の第2の2. を参照のこと。

## 調剤料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化することで、患者に分かりやすい点数体系とする。また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行 22 日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。
2. 投与日数にかかわらず 1 調剤当たりの評価とされている湯薬の調剤料について、投与日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57 日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が 15 日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31 日分以上の区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1 剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>（1）7 日目以下の部分 （1 日分につき） 5 点</p> <p>（2）8 日目以上の部分 （1 日分につき） 4 点</p>	<p>【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】 （1 剤につき）</p> <p>イ 14日分以下の場合</p> <p>（1）7 日目以下の部分（1 日分につき） 5 点</p> <p>（2）8 日目以上の部分（1 日分につき） 4 点</p>



ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点 ハ 22日分以上の場合 77点	ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 ② ハ 22日分以上 <u>30日分以下の場合</u> 81点 ② ニ <u>31日分以上の場合</u> 89点 ③
<b>【一包化薬】</b> 89点 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。	<b>【一包化加算】</b> ② <b>注</b> 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、 <u>一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算</u> イ <u>56日分以下の場合</u> 投与日数が7又はその端数を増すごとに <u>30点</u> を加算して得た点数 ロ <u>57日分以上の場合</u> 270点 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。

## 2. 湯薬の調剤料の見直し

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降 28日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29日目以降は一定の評価とする。

現 行	改定案
<b>【湯薬】</b> (1調剤につき) 190点	<b>【湯薬】</b> (1調剤につき) イ <u>7日分以下の場合</u> 190点 ② ロ <u>8日分以上 28日分以下の場合</u> (1) <u>7日目以下の部分</u> 190点 ② (2) <u>8日目以上の部分 (1日分につき)</u> 10点 ③ ハ 29日分以上の場合 400点 ③

## ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

骨子【Ⅲ－７－(3)】

### 第1 基本的な考え方

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p><u>注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> ㊦</p> <p>&lt;特に安全管理が必要な医薬品&gt; 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬</p>

## 調剤基本料の特例の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中度※70%超の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があるとの指摘を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

### 第2 具体的な内容

調剤基本料の特例について、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその適否を判断することとするとともに、評価の引上げを行う。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき24点を算定する。 ㊦</p>

注のうち、処方せんの受付回数4,000回超/月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんについては、受付回数に含めないこととする。

## 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

### 第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点 注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指</p>

<p>な指導を行うこと</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>導を行うこと</p> <p><b>【薬剤情報提供料】</b>  (処方せんの受付1回につき) 15点</p> <p>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回(処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回)に限り算定する</p>
--	--

## 後発医薬品の使用促進について

骨子【Ⅳ－１】

### 第１ 基本的な考え方

１．これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

２．一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成 22 年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成 22 年 4 月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「          \*」を付すこととする。

### 第２ 具体的な内容

１．薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案												
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">20%以上</td> <td style="text-align: center;">6点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">25%以上</td> <td style="text-align: center;">13点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">30%以上</td> <td style="text-align: center;">17点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> </table> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の<u>医薬品の調剤数量</u>（<u>調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。</u>）のうち、<u>後発医薬品*</u>の調剤数量の割合が、それぞれ、<u>上記のとおりであること。</u></p>	1	20%以上	6点	改	2	25%以上	13点	改	3	30%以上	17点	改
1	20%以上	6点	改										
2	25%以上	13点	改										
3	30%以上	17点	改										

(2) 1 回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

(3) また、平成 22 年 4 月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する予定であるが、1 月から 3 月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1 月から 3 月の 3 か月実績で要件を満たす薬局については、7 月から

9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

## 2. 薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品\* への変更調剤

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品\*の調剤を認めることとする（注1、2）。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品\*の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品\*の調剤を認めることとする（注3、4）。

(注3) 類似した別剤形の例（各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能）

（内服薬の場合）

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）



なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

### (3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

#### ① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

② 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。



## [算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。）

## [施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

## 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

（先発医薬品の品目名 [企業名]）

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

（先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン]）

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

（先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ]）

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

（先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [田辺三菱製薬]）

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

（先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬]）

（先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン]）

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

（先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬]）

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

（先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ]）

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

（先発医薬品；マルトース輸液 10%）[大塚製薬工場]

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋） [日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。

## 検体検査実施料の適正化について

骨子【IV－2】

### 第1 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所等調査による実勢価格に基づいてその見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

衛生検査所等調査より得られた検体検査実施における実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について検査実施料の適正化を実施する。

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

## エックス線撮影料：

### アナログ撮影及びデジタル撮影の新設

骨子【IV-3-(1)】

#### 第1 基本的な考え方

デジタルエックス線撮影は、患者の被曝低減が可能であることや、画質改善や計測等の画像処理ができること、大量の画像データを少ないスペースで保管できることなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有している。

平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影との区別を明確化する。

#### 第2 具体的な内容

##### 1. デジタルエックス線撮影料の新設

現 行		改定案	
E002 撮影		E002 撮影	
1 単純撮影	65 点	1 単純撮影	
		イ アナログ撮影	60 点 新
		ロ デジタル撮影	68 点 新
2 特殊撮影 (一連につき)	264 点	2 特殊撮影 (一連につき)	
		イ アナログ撮影	260 点 新
		ロ デジタル撮影	270 点 新
3 造影剤使用撮影	148 点	3 造影剤使用撮影	
		イ アナログ撮影	144 点 新
		ロ デジタル撮影	154 点 新

4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき）
	イ アナログ撮影 192点 ⑨
	ロ デジタル撮影 202点 ⑨

## 2. デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改定案
【デジタル映像化処理加算】 15点 (平成21年度末までの経過措置)	(廃止)

## 3. 電子画像管理加算の見直し

現 行	改定案
【電子画像管理加算】	【電子画像管理加算】
イ 単純撮影の場合 60点	イ 単純撮影の場合 <u>57点</u> ⑨
ロ 特殊撮影の場合 64点	ロ 特殊撮影の場合 <u>58点</u> ⑨
ハ 造影剤使用撮影の場合 72点	ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>66点</u> ⑨
ニ 乳房撮影の場合 60点	ニ 乳房撮影の場合 <u>54点</u> ⑨

## コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にある一方で、使用機器の診断性能に見合った評価がなされていないとの指摘があることを踏まえ、画像撮影の評価体系を見直す。

### 第2 具体的な内容

16列以上のマルチスライス型CTによる撮影に対する評価を新設する。また、1.5テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を引き上げる。さらに、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

現 行	改定案
E200 コンピューター断層撮影	E200 コンピューター断層撮影
1 CT撮影	1 CT撮影
イ マルチスライス型の機器による場合 850点	イ <u>16列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 900点 ⑨
ロ イ以外の場合 660点	ロ <u>2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合</u> 820点 ⑩
	ハ <u>イ、ロ以外の場合</u> 600点 ⑪
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)
1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点	1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u> ⑫
2 1以外の場合 1,080点	2 1以外の場合 <u>1,000点</u> ⑬



第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 ㊦

## 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

骨子【IV-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 大腸内視鏡手術の普及が進む中、大腸のポリープ・粘膜切除術に対する現行の評価に関しては、胃・十二指腸と比較して高点数である、難易度に応じた技術の評価となっていない等の指摘がある。  
 こうした指摘を踏まえ、腫瘍の良悪性に基づく従来の評価から、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分への見直しを行う。
2. ポリープ・粘膜切除術後の止血に対し、より高い点数設定である小腸結腸内視鏡的止血術を算定している場合があるとの指摘があることから、当該分野について適正化を行う。

### 第2 具体的な内容

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術について、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

また、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術の算定要件を明確化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点	1 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm未</u> <u>満のもの</u> 5,000点 改
2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点	2 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm以</u> <u>上のもの</u> 7,000点 改

<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>5,360 点</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 <u>ポリープが2 cm 未満のもの</u> 5,000 点 ㊦</p> <p>2 <u>ポリープが2 cm 以上のもの</u> 7,000 点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p>
---------------------------------------	--

## 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 眼科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D261	屈折検査 74点	D261	屈折検査 69点 改
D263	矯正視力検査	D263	矯正視力検査
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点		1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 69点 改
	2 1以外の場合 74点		2 1以外の場合 69点 改
D264	精密眼圧測定 85点	D264	精密眼圧測定 82点 改
D265	角膜曲率半径計測 89点	D265	角膜曲率半径計測 84点 改

#### 2. 耳鼻科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D244	自覚的聴力検査	D244	自覚的聴力検査
	1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 400点		1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 350点 改
	2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点		2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 350点 改

### 3. 内視鏡検査の適正化

現 行	改定案
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) 620 点	D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) <u>600 点</u> 改
D299 喉頭ファイバースコープ 620 点	D299 喉頭ファイバースコープ <u>600 点</u> 改

### 4. 皮膚科処置の適正化

現 行	改定案
J055 いぼ焼灼法	J055 いぼ焼灼法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改
J056 いぼ冷凍凝固法	J056 いぼ冷凍凝固法
1 3 箇所以下 220 点	1 3 箇所以下 <u>210 点</u> 改
2 4 箇所以上 270 点	2 4 箇所以上 <u>260 点</u> 改

## 後期高齢者医療の診療報酬について

骨子【V】

### 第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 対象者を全年齢に拡大する項目

##### (1) 医科診療報酬における項目

##### ①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

##### ②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記

載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 後期高齢者手帳記載加算 5点</p> <p>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 手帳記載加算 3点 ㊦</p> <p>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

### ③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</p> <p>100点</p> <p>注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】</p> <p>90点 ㊦</p> <p>注 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳</p>

<p>の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p><b>【薬剤管理指導料】</b></p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、<u>退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に</u>、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>(廃止)</p>
--	---

#### ④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者処置】</b></p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p><b>【長期療養患者褥瘡等処置】</b></p> <p>(1日につき) <u>24点</u> ㊦</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>



<p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 ㊦</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>
--	--

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ－5」の第2の3. を参照のこと。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に

合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ－７－④」を参照のこと。

## 2. 特に議論のあった項目

### (1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
【後期高齢者診療料】 (1月につき) 600点	(廃止)
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】 (入院初日) 500点	(廃止)
【後期高齢者外来継続指導料】 (退院後最初の診療日) 200点	(廃止)

### (2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料(医科)】	

(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料(調剤)】		
(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援加算】		
(1回限り)	200点	(廃止)

### 3. 例外的な見直しを行う項目

#### (1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

#### (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

#### (3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

#### (4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を 65 歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題 2－3－①」の第 2 の 2. を参照のこと。

## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成22年2月12日)

# 診療報酬の算定方法

## 1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 初・再診料</p> <p>第1節 初診料</p> <p>A000 初診料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。</p>	<p>注3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>(削除)</p>

第2節 再診料

A001 再診料

【項目の見直し】

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

60点  
71点

→ 69点

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注2 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注3又は注4に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

A 0 0 2 外来診療料

【注の見直し】

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005(9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定、14骨髓像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

ニ~ツ (略)

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ・ロ (略)

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005(9のうちヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)、12デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)、14骨髓像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)を除く。)に掲げるもの

ニ~ツ (略)

【注の見直し】

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に35点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に38点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。



項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 2 部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 1 節 入院基本料</p> <p>A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>4 15対 1 入院基本料 954点</p> <p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7 対 1 特別入院基本料及び10対 1 特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>934点</p> <p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外</p>

の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。

の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、575点を算定できる。ただし、注1に規定する

別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ている病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。  
 イ 14日以内の期間 428点  
 （特別入院基本料については、300点）

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。  
 イ 14日以内の期間 450点  
 （特別入院基本料等については、300点）

【注の追加】

（追加）

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特

定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

【注の見直し】

注5 注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

注6 注5に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ 入院時医学管理加算

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ 総合入院体制加算

ロ～リ (略)

ヌ～ル (略)

ヲ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ワ 新生児入院医療管理加算

カ 看護配置加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～ト (略)

ノ・オ (略)

ク～フ (略)

コ 退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ロ～リ (略)

ヌ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

ル～ヲ (略)

ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

カ 看護配置加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ～ト (略)

ノ 強度行動障害入院医療管理加算

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ク 摂食障害入院医療管理加算

ヤ・マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

フ～ア (略)

サ 慢性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。)

キ 急性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除

A 1 0 1 療養病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- テ 後期高齢者総合評価加算
- ア 後期高齢者退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

- ク。）
- コ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算
- シ 総合評価加算
- エ 呼吸ケアチーム加算
- ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| 1 | 入院基本料A<br>（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,695点） | 1,709点 |
| 2 | 入院基本料B<br>（生活療養を受ける場合にあっては、1,306点）  | 1,320点 |
| 3 | 入院基本料C<br>（生活療養を受ける場合にあっては、   | 1,198点 |

- |   |   |        |
|---|---|--------|
| 1 | 療養病棟入院基本料1  |        |
| イ | 入院基本料A<br>（健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,744点） | 1,758点 |
| ロ | 入院基本料B<br>（生活療養を受ける場合にあっては、1,691点）  | 1,705点 |
| ハ | 入院基本料C<br>（生活療養を受ける場合にあっては、   | 1,424点 |

	1,184点)	
4	入院基本料D	885点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 871点)	
5	入院基本料E	750点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 736点)	

	1,410点)	
二	入院基本料D	1,369点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,355点)	
ホ	入院基本料E	1,342点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,328点)	
へ	入院基本料F	1,191点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,177点)	
ト	入院基本料G	934点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 920点)	
チ	入院基本料H	887点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 873点)	
リ	入院基本料I	785点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 771点)	
2	療養病棟入院基本料2	
イ	入院基本料A	1,695点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,681点)	
ロ	入院基本料B	1,642点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,628点)	
ハ	入院基本料C	1,361点
	(生活療養を受ける場合にあっては、 1,347点)	
ニ	入院基本料D	1,306点

【注の見直し】

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該患者の疾患、状態、A

	（生活療養を受ける場合にあつては、 1,292点）
ホ 入院基本料E	1,279点
	（生活療養を受ける場合にあつては、 1,265点）
ヘ 入院基本料F	1,128点
	（生活療養を受ける場合にあつては、 1,114点）
ト 入院基本料G	871点
	（生活療養を受ける場合にあつては、 857点）
チ 入院基本料H	824点
	（生活療養を受ける場合にあつては、 810点）
リ 入院基本料I	722点
	（生活療養を受ける場合にあつては、 708点）

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当



DL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院基本料Iを算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（以下この表において「介護老人保健施設」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲

	<p>げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ワ（略）</p> <p>カ 退院調整加算</p> <p>コ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ワ（略）</p> <p>カ 慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【注の追加】</p> <p>A102 結核病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者については、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p> <p>注1 病院（特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）を除く。）の結核病棟（同法第7条第2項第3号に規定する結核病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同</p>

じ。)であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、準7対1入院基本料として、1,387点(別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,417点)を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、550点を算定できる。

じ。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1本文に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって

【注の見直し】

注3 注1及び注2の規定にかかわらず、13対1入院基本料を届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,158点又は954点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注3 注1及び注2の規定にかかわらず、7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、特別入院基本料を算定する。

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～チ（略）  
リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。）  
又～ナ（略）

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～チ（略）  
リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算  
  
又～ナ（略）

A 1 0 3 精神病棟入院基本料（1日につき）

【項目の追加】

2	15対1入院基本料	800点
3	18対1入院基本料	712点
4	20対1入院基本料	658点

【注の見直し】

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。

- ラ 退院調整加算
- ム 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- ウ 後期高齢者総合評価加算

- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム 総合評価加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算

2	13対1入院基本料	920点
3	15対1入院基本料	800点
4	18対1入院基本料	712点
5	20対1入院基本料	658点

注2 注1に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、550点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみならず、なくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	14日以内の期間	459点
	(特別入院基本料については、300点)	
ロ	15日以上30日以内の期間	242点
	(特別入院基本料については、155点)	
ハ	31日以上90日以内の期間	125点
	(特別入院基本料については、100点)	
ニ	91日以上180日以内の期間	20点
	(特別入院基本料については、15点)	
ホ	181日以上1年以内の期間	5点

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ~リ (略)

又 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル~ナ (略)

ラ 精神科身体合併症管理加算

く。)について、適合しなくなった直近3月に限り、10対1特別入院基本料として、992点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	14日以内の期間	465点
	(特別入院基本料等については、300点)	
ロ	15日以上30日以内の期間	250点
	(特別入院基本料等については、155点)	
ハ	31日以上90日以内の期間	125点
	(特別入院基本料等については、100点)	
ニ	91日以上180日以内の期間	10点
ホ	181日以上1年以内の期間	3点

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ~リ (略)

又 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ル~ナ (略)

ラ 精神科身体合併症管理加算(18対1入院

	<p>ム (略)</p> <p>ウ~ク (略)</p>		<p>基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。)</p> <p>ム (略)</p> <p>ウ 強度行動障害入院医療管理加算</p> <p>ヰ 重度アルコール依存症入院医療管理加算</p> <p>ノ 摂食障害入院医療管理加算</p> <p>オ~ケ (略)</p> <p>フ 後発医薬品使用体制加算</p>
A 1 0 4 特定機能病院入院基本料 (1日につき)			
【項目の追加】	<p>3 精神病棟の場合</p> <p>ハ 15対1入院基本料</p> <p>839点</p>	→	<p>3 精神病棟の場合</p> <p>ハ 13対1入院基本料 920点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 839点</p>
【注の追加】	<p>(追加)</p>	→	<p>注2 注1の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号A 1 0 2に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p>	→	<p>注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p>

	<p>八 精神病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 499点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 242点</p> <p>(3) 31日以上90日以内の期間 125点</p> <p>(4) 91日以上180日以内の期間 40点</p> <p>(5) 181日以上1年以内の期間 20点</p>		<p>八 精神病棟の場合</p> <p>(1) 14日以内の期間 505点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 250点</p> <p>(3) 31日以上90日以内の期間 125点</p> <p>(4) 91日以上180日以内の期間 30点</p> <p>(5) 181日以上1年以内の期間 15点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注6 当該病棟（一般病棟に限る。）に入院している特定患者については、注1及び注3の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ヘ （略）</p>	<p>→</p>	<p>注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ヘ （略）</p> <p>ト 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）</p>



ト・チ (略)

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

又 新生児入院医療管理加算(一般病棟に限る。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ~ク (略)

ヤ・マ (略)

ケ~テ (略)

ア 退院調整加算(結核病棟及び後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

チ・リ (略)

又 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ル 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ~ク (略)

ヤ 強度行動障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

マ 重度アルコール依存症入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

ケ 摂食障害入院医療管理加算(一般病棟又は精神病棟に限る。)

フ・コ (略)

エ 栄養サポートチーム加算(一般病棟に限る。)

テ~ユ (略)

メ 慢性期病棟等退院調整加算(結核病棟及び一般病棟(特定入院基本料を算定するものに限る。)に限る。)

ミ 急性期病棟等退院調整加算(一般病棟(特定入院基本料を算定するものを除く。)に限る。)

シ 新生児特定集中治療室退院調整加算(一般病棟に限る。)

エ 救急搬送患者地域連携紹介加算(一般病棟に限る。)

A 1 0 5 専門病院入院基本料（1日につき）

【注の見直し】

- サ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（精神病棟を除く。）
- キ 後期高齢者総合評価加算（精神病棟を除く。）
- ク 後期高齢者退院調整加算（一般病棟（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）に限る。）

注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

- ヒ 総合評価加算（精神病棟を除く。）

- モ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- セ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

注1 専門病院（主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の一般病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ・リ (略)

又 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

ウ～オ (略)

ク 退院調整加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

マ 後期高齢者総合評価加算

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ヰ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

ヤ～フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものに限る。)

エ 急性期病棟等退院調整加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

テ 新生児特定集中治療室退院調整加算

ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料  
( 1 日につき )

【注の追加】

( 追加 )

キ 呼吸ケアチーム加算  
ク 後発医薬品使用体制加算 ( 特定入院基本料を算定するものを除く。 )

注 3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号 A 2 3 8 - 3 に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定した者である場合には、重症児 ( 者 ) 受入連携加算として、入院初日に限り 1,300 点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注 3 当該病棟に入院している特定患者については、注 1 及び注 2 の規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 4 に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注 4 当該病棟に入院している特定患者については、注 1 及び注 2 の規定にかかわらず、区分番号 A 1 0 0 に掲げる一般病棟入院基本料の注 5 に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注 4 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

注 5 当該病棟においては、第 2 節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- イ～リ （略）
- 又 看護補助加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ル～タ （略）
- レ～ネ （略）
- ナ 退院調整加算
- ラ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

- イ～リ （略）
- 又 看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
- ル～タ （略）
- レ 強度行動障害入院医療管理加算
- ソ～ナ （略）
- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム 救急搬送患者地域連携受入加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	7日以内の期間	810点
ロ	8日以上14日以内の期間	660点
ハ	15日以上30日以内の期間	490点
ニ	31以上の期間	450点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	7日以内の期間	640点
ロ	8日以上14日以内の期間	480点
ハ	15日以上30日以内の期間	320点
ニ	31以上の期間	280点

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	14日以内の期間	760点
ロ	15日以上30日以内の期間	590点
ハ	31以上の期間	500点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	14日以内の期間	680点
ロ	15日以上30日以内の期間	510点
ハ	31以上の期間	460点
3	有床診療所入院基本料 3	
イ	14日以内の期間	500点
ロ	15日以上30日以内の期間	370点
ハ	31以上の期間	340点

【注の追加】

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 医師配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に60点を加算する。

注4 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

【注の見直し】

注4 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）につい

注5 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定し

【注の見直し】

ては、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算 1	10点
ロ	看護配置加算 2	15点
ハ	夜間看護配置加算 1	30点
ニ	夜間看護配置加算 2	50点

注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ～ヲ (略)

ワ～タ (略)

- レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- ソ 後期高齢者総合評価加算
- ツ 後期高齢者退院調整加算

ている患者に限る。)については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算 1	25点
ロ	看護配置加算 2	10点
ハ	夜間看護配置加算 1	80点
ニ	夜間看護配置加算 2	30点

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ 特殊疾患入院施設管理加算

リ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヌ～カ (略)

ヨ 無菌治療室管理加算

タ 放射線治療病室管理加算

レ 重症皮膚潰瘍管理加算

ソ～ナ (略)

ム 急性期病棟等退院調整加算

ウ 総合評価加算

ヅ 後発医薬品使用体制加算



本料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ル（略）  
ヲ 退院調整加算  
ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ル（略）  
ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算（1日につき）

【名称の見直し】

入院時医学管理加算（1日につき）

総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

【項目の見直し】

- 1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点
- 2 協力型臨床研修病院 20点

- 1 基幹型 40点
- 2 協力型 20点

【注の見直し】

注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児  
救急医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

1 救急医療管理加算	600点	→	800点
2 乳幼児救急医療管理加算	150点		200点

【注の見直し】

<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	→	<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>
---	---	---

除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

滞手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）

【点数の見直し】

5,000点 → 7,000点

【注の見直し】

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、妊娠状態の異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

【項目の追加】

1	25対1 補助体制加算	355点
2	50対1 補助体制加算	185点
3	75対1 補助体制加算	130点
4	100対1 補助体制加算	105点

1	15対1 補助体制加算	810点
2	20対1 補助体制加算	610点
3	25対1 補助体制加算	490点
4	50対1 補助体制加算	255点
5	75対1 補助体制加算	180点
6	100対1 補助体制加算	138点

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	急性期看護補助体制加算 1	120点
2	急性期看護補助体制加算 2	80点

注 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算  
( 1日につき )

【注の見直し】

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第14項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の患者及びその疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算  
( 1日につき )

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病床に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入

注 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

	<p>院診療加算は算定しない。</p>	<p>ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。</p>
<p>A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 600点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 300点</p> <p>（追加）</p>	<p>800点</p> <p>400点</p> <p>注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 1 2 - 2 新生児入院医療管理加算（1日につき）</p> <p>【削除】</p>	<p>800点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している新生児であって、新生児入院医療管理が必要な状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、新生児入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303の</p>	<p>（削除）</p>

2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日）を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【項目の見直し】

300点

- |   |       |      |
|---|-------|------|
| 1 | 個室加算  | 300点 |
| 2 | 陰圧室加算 | 200点 |

【注の見直し】

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院した場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

500点

2,500点



A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【点数の見直し】

300点 → 400点

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算（1日につき）

【点数の見直し】

5点 → 10点

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 区分番号A 3 1 1に掲げる精神科救急入院料、区分番号A 3 1 1 - 2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号A 3 1 4に掲げる認知症病棟入院料を算定している患者の場合  
300点
  - 2 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）及び区分番号A 1 0 4に掲げる特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者の場合  
200点
- 350点

A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

【新設】

【新設】

650点 → 800点

（新設）

A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算  
（1日につき） 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、所定点数に加算する。

（新設）

A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）  
1 30日以内 200点  
2 31日以上60日以内 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症

【新設】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算  
(入院初日)

【点数の見直し】

(新設)

入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算(1日につき)

1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

400点 → 500点

【新設】

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初  
日）

【項目の見直し】

（新設）

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算（週1回  
） 200点

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 2 - 3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

50点

1 医療安全対策加算 1 85点  
2 医療安全対策加算 2 35点

【注の追加】

(追加)

注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注2 組織的な感染防止対策に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算  
(1日につき)

【点数の見直し】

2,000点

3,000点

A 2 3 8 退院調整加算

【名称の見直し】

退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

【項目の見直し】

- 1 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
- 2 退院加算（退院時 1 回）
  - イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
  - ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

1 慢性期病棟等退院調整加算 1

- イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回）
    - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 140点
    - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 340点
- 2 慢性期病棟等退院調整加算 2
- イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回）
    - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
    - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

【注の見直し】

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が

、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注2 退院加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

1	急性期病棟等退院調整加算 1	140点
2	急性期病棟等退院調整加算 2	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者（介護保険法施行令（平成10年法律第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳

【新設】

(新設)

以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算(退院時1回) 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該保険医療機関に入院している患者であって区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 500点



【新設】

(新設)

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B009に掲げる診療情報提供料（ ）は、別に算定できない。

A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算  
(入院初日) 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（入院初日）

【削除】

注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号B 0 1 6に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

500点

て、入院初日に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料( )は、別に算定できない。

（削除）

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

【名称の変更】

後期高齢者総合評価加算（入院中1回）

総合評価加算（入院中1回）

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算  
(退院時1回)

【削除】

く。)又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

100点

40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

(削除)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。)又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算(週1回) 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、

【新設】

第3節 特定入院料

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

【項目の見直し】

1 3日以内の期間  
イ 救命救急入院料 1

（新設）

看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）  
30点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

9,700点

1 救命救急入院料 1  
イ 3日以内の期間

9,700点

□	救命救急入院料 2	11,200点
2	4日以上7日以内の期間	
イ	救命救急入院料 1	8,775点
□	救命救急入院料 2	10,140点
3	8日以上14日以内の期間	
イ	救命救急入院料 1	7,490点
□	救命救急入院料 2	8,890点

□	4日以上7日以内の期間	8,775点
ハ	8日以上14日以内の期間	7,490点
2	救命救急入院料 2	
イ	3日以内の期間	11,200点
□	4日以上7日以内の期間	10,140点
ハ	8日以上14日以内の期間	8,890点

3	救命救急入院料 3	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	9,700点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点
(3)	8日以上14日以内の期間	7,490点
□	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	9,700点
(2)	4日以上7日以内の期間	8,775点
(3)	8日以上60日以内の期間	7,890点
4	救命救急入院料 4	
イ	救命救急入院料	
(1)	3日以内の期間	11,200点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点
□	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	3日以内の期間	11,200点
(2)	4日以上7日以内の期間	10,140点
(3)	8日以上14日以内の期間	8,890点
(4)	15日以上60日以内の期間	7,890点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出

た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日を限度として算定する。

た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき所定点数に500点を加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に1,000点を加算する。

【注の追加】

（追加）

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に500点を加算する。

【注の見直し】

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、1日につき更に所定点数に100点を加算する。

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき所定点数に100点

【注の追加】

(追加)

を加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

【注の見直し】

注6 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算(特定機能病院の病棟を除く。)、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)

ハ～チ (略)

注8 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算(特定機能病院の病棟を除く。)、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。)

ハ～チ (略)

A301 特定集中治療室管理料(1日につき)

【項目の見直し】

- |   |              |        |
|---|--------------|--------|
| 1 | 7日以内の期間      | 8,760点 |
| 2 | 8日以上14日以内の期間 | 7,330点 |

- |     |                |        |
|-----|----------------|--------|
| 1   | 特定集中治療室管理料 1   |        |
| イ   | 7日以内の期間        | 9,200点 |
| ロ   | 8日以上14日以内の期間   | 7,700点 |
| 2   | 特定集中治療室管理料 2   |        |
| イ   | 特定集中治療室管理料     |        |
| (1) | 7日以内の期間        | 9,200点 |
| (2) | 8日以上14日以内の期間   | 7,700点 |
| ロ   | 広範囲熱傷特定集中治療管理料 |        |
| (1) | 7日以内の期間        | 9,200点 |
| (2) | 8日以上60日以内の期間   | 7,890点 |

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【注の削除】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理

（削除）



【注の追加】

が行われた場合は、所定点数に所定点数の10  
0分の5に相当する点数を加算する。

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出  
た保険医療機関において、15歳未満の重篤な  
患者に対して特定集中治療室管理が行われた  
場合には、小児加算として、当該患者の入院  
期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日  
につき所定点数に加算する。

- イ 7日以内の期間 1,500点
- ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点

【注の見直し】

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査  
、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診  
断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室  
管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診  
療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急  
搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算  
、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点  
病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対  
策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリ  
スク患者ケア加算を除く。)

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査  
、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診  
断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室  
管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診  
療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急  
搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算  
、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点  
病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対  
策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリス  
ク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退  
院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加  
算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除  
く。)

<p>A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（1日につき）</p>	<p>ハ～チ（略）</p> <p>3,700点</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～チ（略）</p>	<p>ハ～チ（略）</p> <p>4,500点</p> <p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。 イ（略） ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）</p> <p>ハ～チ（略）</p>
---	---	--

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。  
 イ (略)  
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)  
 ハ~チ (略)

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。  
 イ (略)  
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。)  
 ハ~チ (略)

A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料(1日につき)

【項目の見直し】

8,500点

- 1 新生児特定集中治療室管理料1 10,000点
- 2 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号A 2 1 2 - 2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A 3 0 3の2に掲げる新

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料及び区

	<p>生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。</p>		<p>分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）</p> <p>ハ～チ（略）</p>	<p>→</p>	<p>注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ（略）</p> <p>ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。）</p> <p>ハ～チ（略）</p>
<p>A303 総合周産期特定集中治療室管理料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>2 新生児集中治療室管理料 8,600点</p>	<p>→</p>	<p>10,000点</p>

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として算定し、2については新生児である患者に対して区分番号A212-2に掲げる新生児入院医療管理加算及び区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満又は1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日）を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては90日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては60日）を限度として、それぞれ算定する。

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。  
イ（略）  
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（チにあつては新生児集中治療室管理料に限り、トにあつては母体・胎児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。  
イ（略）  
ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、

【新設】

び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)  
八～リ (略)

(新設)

褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定  
集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者  
地域連携紹介加算を除く。)  
八～リ (略)

A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料  
(1日につき) 5,400点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号A 3 0 2に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号A 3 0 3の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日(出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあつては120日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあつては90日)を限度として算定する。

2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡

A 3 0 4 広範囲熱傷特定集中治療室  
管理料（1日につき）

【削除】

7,890点

（削除）

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて広範囲熱傷特定集中治療室管理が行われた場合に、60日を限度として算定する。

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、広範囲熱傷特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ 入院基本料

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急

患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。

）

ハ 第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ 第13部第1節の病理標本作製料

搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

ニ 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 創傷処置

ト 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)

チ 皮膚科軟膏処置

リ 留置カテーテル設置

ヌ 第13部第1節の病理標本作製料

A305 一類感染症患者入院医療管理料(1日につき)

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送



<p>A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料 ( 1日につき )</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>A 3 0 7 小児入院医療管理料 ( 1日 につき )</p>	<p>八~チ (略)</p> <p>(追加)</p> <p>注3 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び退院調整加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>患者地域連携紹介加算を除く。) 八~チ (略)</p> <p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 診療に係る費用(注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
---	---	---

【項目の追加】

2	小児入院医療管理料 2	3,600点
3	小児入院医療管理料 3	3,000点
4	小児入院医療管理料 4	2,100点

2	小児入院医療管理料 2	4,000点
3	小児入院医療管理料 3	3,600点
4	小児入院医療管理料 4	3,000点
5	小児入院医療管理料 5	2,100点

【注の見直し】

注 1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料 4 を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の15対 1 入院基本料の例により算定する。

注 1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料 5 を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の15対 1 入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第 2 節病理診断・判断料の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加

注 4 診療に係る費用（注 2 及び注 3 に規定する加算並びに当該患者に対して行った第 2 章第 5 部投薬、第 6 部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第 2 節病理診断・判断料の費用並びに第 2 節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加

【注の追加】

算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)は、小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2及び小児入院医療管理料3に含まれるものとする。

(追加)

算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算及び救急搬送患者地域連携紹介加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部

注6 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部

麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）は、小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。

A308 回復期リハビリテーション  
病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1  
1,690点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,676点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2  
1,595点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,581点)

- 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1  
1,720点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,706点)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2  
1,600点  
(生活療養を受ける場合にあつては、1,586点)

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する施設基準に適合しているものとして保険医療機関

注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関

が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、当該状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料の入院基本料Eの例により、それぞれ算定する。

【注の追加】

(追加)

が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟である場合には区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟である場合には区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の入院基本料I又は療養病棟入院基本料2の入院基本料Iの例により、それぞれ算定する。

注3 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する(注1のただし書に規定する場合を除く。)

【注の追加】

(追加)

注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき所定点数に60点を加算する(注1のただし書に規定する場合を除く。)

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

す場合は、リハビリテーション充実加算として、患者1人につき1日につき所定点数に40点を加算する（注1のただし書に規定する場合を除く。）。

注5 診療に係る費用（当該患者に対して行った第2章第7部リハビリテーションの費用、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る。）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）、区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料1並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日につき所定点数に50点を加算する。

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、

注4 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（１日につき）

【注の見直し】

A 3 1 1 精神科救急入院料（１日につき）

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

注２ 診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

注２ 診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。



【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1 イ 30日以内の期間	3,431点	→	3,451点
2 精神科救急入院料 2 イ 30日以内の期間	3,231点		3,251点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点
---	---	--

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科急性期治療病棟入院料 1 イ 30日以内の期間	1,900点	→	1,920点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間	1,800点		1,820点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 30日以内の期間 3,431点 → 3,451点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。  
イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点  
ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

A 3 1 2 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,090点 → 1,050点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定

			点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2種類以下の 場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外の場合 ) 10点
<b>【注の追加】</b>		(追加)	注 4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、1日につき40点を所定点数に加算する。
A 3 1 4 認知症病棟入院料 (1日につき)			
<b>【名称の見直し】</b>	認知症病棟入院料 (1日につき)	→	認知症治療病棟入院料 (1日につき)
<b>【項目の見直し】</b>	1 認知症病棟入院料 1 イ 90日以内の期間 1,330点 ロ 91日以上の期間 1,180点 2 認知症病棟入院料 2 イ 90日以内の期間 1,070点 ロ 91日以上の期間 1,020点	→	1 認知症治療病棟入院料 1 イ 60日以内の期間 1,450点 ロ 61日以上の期間 1,180点 2 認知症治療病棟入院料 2 イ 60日以内の期間 1,070点 ロ 61日以上の期間 970点
<b>【注の追加】</b>		(追加)	注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症病棟入院料に含まれるものとする。

支援計画を作成し、退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に所定点数に100点を加算する。

注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算、第2章第8部精神科専門療法に係る費用並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

A 3 1 6 診療所後期高齢者医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 1,080点  
（生活療養を受ける場合にあつては、1,066点）
- 2 15日以上期間 645点  
（生活療養を受ける場合にあつては、631点）

（削除）

【削除】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た入院施設を有する診療所である保険医療機関において、在宅療養計画に基づき、診療所後期高齢者医療管理を行うものとして入院させた患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合に限る。）について算定する。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、診療所後期高齢者医療管理料に含まれるものとする。

注3 診療所後期高齢者医療管理料を算定した直近の日から30日を経過しない日に再び診療所後期高齢者医療管理を行った場合にあっては、645点（生活療養を受ける場合にあっては、631点）を算定する。

#### 第4節 短期滞在手術基本料

##### A400 短期滞在手術基本料

###### 【注の見直し】

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ（略）

###### ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

###### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファター

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ（略）

###### ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

###### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ

ゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、  
- グルタミールトランスペプチダーゼ ( -  
GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、C  
a、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコー  
ス、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォ  
スファターゼ、エステル型コレステロール  
、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダー  
ゼ (LAP)、クレアチン・フォスホキ  
ナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、遊離コ  
レステロール、鉄、試験紙法・アンプル法  
・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖  
・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、  
HDL - コレステロール、LDL - コレス  
テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、  
P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グル  
タミック・オキサロアセティック・トラン  
スアミナーゼ (GOT)、グルタミック・  
ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT  
) 及びイオン化カルシウム

#### ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗スト  
レプトリジンO価 (ASO価)、抗ストレ  
プトキナーゼ価 (ASK価)、赤痢アメー  
バ抗体価、TPHA試験 (定性)、HIV  
- 1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、  
髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ  
b型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原  
、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定  
精密検査

#### ヘ 肝炎ウイルス関連検査

、コリンエステラーゼ (ChE)、  
- グ  
ルタミールトランスペプチダーゼ ( - G  
T)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール  
、カリウム、カルシウム、マグネシウム、  
膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸  
脱水素酵素 (LD)、酸ホスファターゼ、  
エステル型コレステロール、アミラーゼ、  
ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、  
クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、ア  
ルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試  
験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によ  
る血中ケトン体・糖・クロール検査、リン  
脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロー  
ル、LDL - コレステロール、前立腺酸ホ  
スファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレス  
テロール、アスパラギン酸アミノトランス  
フェラーゼ (AST)、アラニンアミノト  
ランスフェラーゼ (ALT) 及びイオン化  
カルシウム

#### ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗スト  
レプトリジンO価 (ASO価)、抗ストレ  
プトキナーゼ価 (ASK価)、TPHA試  
験 (定性)、HIV - 1抗体価、髄液又は  
尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィ  
ルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペ  
スウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及  
び淋菌抗原同定検査

#### ヘ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原及びH C V 抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白 ( C R P ) 定性及びC 反応  
性蛋白 ( C R P ) 定量

チ ~ ヌ ( 略 )

ル 麻醉管理料

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの

H B s 抗原 ( 定性、半定量 ) 及びH C V  
抗体価 ( 定性、定量 )

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白 ( C R P ) 定性及びC 反応  
性蛋白 ( C R P )

チ ~ ヌ ( 略 )

ル 麻醉管理料 ( )

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの

ヲ 麻醉管理料 ( )

区分番号 L 0 1 0 に掲げるもの



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>イ 測定方法が一般的なもの 220点</p> <p>ロ 測定方法が精密なもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>イ 測定方法が一般的なもの 220点</p> <p>ロ 測定方法が精密なもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>イ 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>イ 尿中BTAに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>イ 遠隔モニタリングによる場合 460点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては4月に1回に限り、ロにあつ</p>

【注の追加】

(追加)

ては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限り口を算定する。

注2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる埋込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペースティング機能付き埋込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

【注の見直し】

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査( )判断料、生化学的検査( )判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

注2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査( )判断料、生化学的検査( )判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ～ロ (略)

ハ 糞便検査

潜血反応検査、糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間測定、凝固時間測定

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 $\alpha$ -グルタミールトランスペプチダーゼ ( $\alpha$ -GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミン $\text{D}_3$  (1,25(OH) $_2$  $\text{D}_3$ )、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、AI、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン ( $\text{T}_3$ ) 精密測定

赤血球沈降速度、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像

ホ 出血・凝固検査

出血時間、凝固時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LD)、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、 $\alpha$ -グルタミールトランスペプチダーゼ ( $\alpha$ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・ホスホキナーゼ (CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄、マグネシウム、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール (1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミン $\text{D}_3$  (1,25(OH) $_2$  $\text{D}_3$ )、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム、フェリチン、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン ( $\text{T}_3$ )、サイロ

22 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

、サイロキシン（ $T_4$ ）精密測定、甲状腺刺激ホルモン（ $TSH$ ）精密測定、副甲状腺ホルモン（ $PTH$ ）精密測定、遊離トリヨードサイロニン（ $FT_3$ ）精密測定、 $C$ -ペプタイド（ $CPR$ ）精密測定、遊離サイロキシン（ $FT_4$ ）精密測定、カルシトニン精密測定、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（ $HANP$ ）精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ $BNP$ ）精密測定

チ 感染症免疫学的検査  
梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査（定量）

リ 肝炎ウイルス関連検査  
 $HBs$ 抗原、 $HBs$ 抗体価、 $HCV$ 抗体価

ヌ～ワ （略）

キシシン（ $T_4$ ）、甲状腺刺激ホルモン（ $TSH$ ）、副甲状腺ホルモン（ $PTH$ ）、遊離トリヨードサイロニン（ $FT_3$ ）、 $C$ -ペプタイド（ $CPR$ ）、遊離サイロキシン（ $FT_4$ ）、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（ $HANP$ ）、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ $BNP$ ）

チ 感染症免疫学的検査  
梅毒脂質抗原使用検査（定性）、梅毒脂質抗原使用検査

リ 肝炎ウイルス関連検査  
 $HBs$ 抗原、 $HBs$ 抗体価、 $HCV$ 抗体価（定性、定量）

ヌ～ワ （略）

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

23 がん患者カウンセリング料 500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B001-2 小児科外来診療料(1日につき)

【注の見直し】

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は区分番号C100からC112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。

注2 区分番号A001に掲げる再診料の注7に規定する場合又は第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合については、算定しない。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

【点数の見直し】

1	地域連携小児夜間・休日診療料1	350点	→	400点
2	地域連携小児夜間・休日診療料2	500点		550点

【注の追加】

(追加)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合には、院内トリアージ加算として、所定点数に30点を加算する。

【新設】

(新設)

B 0 0 1 - 2 - 4 地域連携夜間・休日診療料  
100点  
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

注 1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受けるものを除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合に

注 1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理

B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

【注の見直し】

については、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ（略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキ

料を算定しているときは、算定できない。

注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ～ロ（略）

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、

ナーゼ（C P K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L - コレステロール、L D L - コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P 及びH P O<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（G O T）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（G P T）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O価）、抗ストレプトキナーゼ価（A S K価）、赤痢アメーバ抗体価、T P H A 試験（定性）、H I V - 1 抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ b 型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、R S ウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原及びH C V 抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性及びC 反応性蛋白（C R P）定量

チ～ヌ（略）

クレアチン・ホスホキナーゼ（C K）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L - コレステロール、L D L - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P 及びH P O<sub>4</sub>、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（A S T）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（A L T）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O価）、抗ストレプトキナーゼ価（A S K価）、T P H A 試験（定性）、H I V - 1 抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザ b 型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、R S ウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原（定性、半定量）及びH C V 抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性及びC 反応性蛋白（C R P）定量

チ～ヌ（略）



B 0 0 1 - 5 手術後医学管理料 ( 1  
日につき )

【注の見直し】

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの(当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 尿中特殊物質定性定量検査  
蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査  
赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査  
総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素 ( B U N )、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ ( C h E )、 - グルタミールトランスペプチダーゼ ( - G T P )、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 ( L D H )、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ ( L A P )、クレアチン・フォスホキナーゼ ( C P K )、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L - コレステロール、L D L - コレス

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの(当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 尿中特殊物質定性定量検査  
尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査  
赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査  
総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素 ( B U N )、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ ( C h E )、 - グルタミールトランスペプチダーゼ ( - G T )、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 ( L D )、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ ( L A P )、クレアチン・ホスホキナーゼ ( C K )、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、H D L - コレステロー

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ (略)

ル、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ (略)

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の追加】

(追加)

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したのに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B005-1-2 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者

B 0 0 5 - 2 地域連携診療計画管理  
料

【注の見直し】

注 1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に 1 回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注 2 区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料（ ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

注 1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に 1 回に限り所定点数を算定する。

注 2 注 1 の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料（ ）の費用は、所定点数に含まれるものと

【注の追加】	(追加)	する。
【注の見直し】	注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。	注3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
B005-3 地域連携診療計画退院時指導料	地域連携診療計画退院時指導料	注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。
【名称の見直し】		地域連携診療計画退院時指導料( )
【注の追加】	(追加)	注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、患者の同意を得た上で、注1に規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護

		<p>サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合には、地域連携診療計画退院計画加算として、所定点数に100点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。</p>	<p>注5 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導</p>

料( )

300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、他の保険医療機関において区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料( )を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設)

B005-6 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージ

【新設】

(新設)

を考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

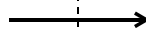
3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同

【新設】

(新設)



B 0 0 5 - 7 認知症専門診断管理料 500点

意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって入院中の患者以外のものに対して、患者又はその家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。



【新設】

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

(新設)

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料  
700点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし

(削除)

	<p>、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。</p>		
<p>B009 診療情報提供料( )</p>			
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況</p>

【注の追加】

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

【注の見直し】

B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

(追加)

注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。

【点数の見直し】	<p>1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 50点</p> <p>2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,000点</p>	→	<p>100点</p> <p>1,100点</p>
B 0 1 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料			
【名称の見直し】	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	→	退院時薬剤情報管理指導料
【点数の見直し】	100点	→	90点
【注の見直し】	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	→	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。</p>

B 0 1 5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

180点

(削除)

【削除】

注 栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

B 0 1 6 後期高齢者診療料

600点

(削除)

【削除】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする後期高齢者に対して、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、安静、運動又は日常生活に関する指導その他療養上必要な指導及び診療（以下この表において「後期高齢者診療」という。）を行った場合に、患者1人につき1月に1回に限り算定する。ただし、当該患者について区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月又は当該患者が退院した日の属する月（同一月に入院日及び退院日がある月を除く。）においては算定しない。

注2 後期高齢者診療を受けている患者に対して

行った第1部医学管理等(区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )、区分番号B010に掲げる診療情報提供料( )、区分番号B017に掲げる後期高齢者外来継続指導料及び区分番号B018に掲げる後期高齢者終末期相談支援料を除く。)、第3部検査(第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料を除く。)、第4部画像診断(第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料を除く。 )及び第9部処置(第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料を除く。 )の費用は、後期高齢者診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注3 第2部在宅医療(区分番号C000に掲げる往診料を除く。 )を算定している場合については、算定しない。

B017 後期高齢者外来継続指導料

200点

(削除)

【削除】

注 区分番号B016に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者が、他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して区分番号B016に掲げる後期高齢者診

<p>B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する。</p> <p>200点</p> <p>注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>(削除)</p>
--	---	-------------

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>第1節 在宅患者診療・指導料</p> <p>C000 往診料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>C001 在宅患者訪問診療料（1日につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>650点</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 830点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点</p> <p>注1 1については、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規</p>	<p>720点</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 830点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 200点</p> <p>注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患</p>



定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）を除く。）に対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学

者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）に、週3回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）として算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は算定しない。

【注の追加】

（追加）

注3 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

注4 在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に訪問して当該患者を看取った場合には、所定点数に10,000点を加算する。

注5 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合には、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。ただし、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が、死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

（追加）

又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）には、所定点数に10,000点を加算する。

注3 在宅医療に移行後、在宅時医学総合管理料を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

C 0 0 2 - 2 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【注の追加】

（追加）

注3 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、所定点数に100点を加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

C 0 0 4 救急搬送診療料

【注の見直し】

注2 6歳未満の乳幼児に対して当該診療を行っ

注2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料  
(1日につき)

【注の見直し】

た場合は、所定点数に150点を加算する。

注1 保険医療機関が、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。以下注5及び注6において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に

く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ所定点数に1,000点又は500点を加算する。

注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C 0 0 5 - 1 - 2において「同一建物居住者」という。）を除く。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C 0 0 5 - 1 - 2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合には、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間

掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。)を限度(1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。)とする。

に行われる場合に限る。)を限度とする。

【注の追加】

(追加)

注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 看護師等(所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者)が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点
- ロ 看護師等(所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者)が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

【注の削除】

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注8 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 在宅で死亡した患者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

【注の見直し】

注9 在宅患者訪問看護・指導に関し特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指

注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にある者)に限る。以下この注において同じ。)に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行

C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

【名称の見直し】

居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）

【注の見直し】

注1 保険医療機関が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、週3日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（保険医療機

注1 保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。以下注7及び注8において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日

導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認め、訪問看護計画によって、当該診療を行った保険医療機関の保健師、助産師若しくは看護師又は准看護師を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行う場合は、当該診療の日から起算して14日以内に行う訪問看護・指導については、当該患者について14日（同一の患者について、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を併せて算定する場合において同じ。）を限度（1月に1回、別に厚生労働大臣が定める者については、2回に限る。）とする。

（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあつては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については1月に2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。）を限度とする。

【注の追加】

（追加）

注5 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定点数に50点を加算する。

【注の追加】

（追加）

注6 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1日に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。



【注の見直し】

注5 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、居住系施設入居者等連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

- イ 看護師等（所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者）が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点
- ロ 看護師等（所定点数を算定する訪問看護・指導を行った者）が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点

注7 訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、同一建物居住者連携指導加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

【注の見直し】

注6 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険

注8 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬

薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

薬剤師又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り所定点数に200点を加算する。

【注の削除】

注7 保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、後期高齢者終末期相談支援加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に200点を加算する。

(削除)

【注の見直し】

注8 死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、居住系施設等ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。

注9 在宅で死亡した患者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。)に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、同一建物居住者ターミナルケア加算として、所定点数に2,

【注の見直し】

注9 居住系施設入居者等訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

000点を加算する。

注10 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射  
管理指導料（1週につき）

【注の見直し】

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 300点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 255点

づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師等に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

- 1 同一建物居住者以外の場合 300点
- 2 同一建物居住者の場合 255点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、週6単位（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者については、週12単位（同

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場

C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

C 0 0 9 在宅患者訪問栄養食事指導料

一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）まで算定する。

合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 530点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 450点

- 1 同一建物居住者以外の場合 530点
- 2 同一建物居住者の場合 450点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている通院が困難な患者（居住系施設入居者等を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、居住系施設入居者等である通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者（同一建物居住者に限る。）であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

【通則の見直し】

- 2 同一の患者に対して区分番号C101から区分番号C112までに掲げる在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、

- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、

【通則の追加】

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

(追加)

主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理又はC107-2に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理、C108に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。）には、紹介が行われた月に限り、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

C100 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

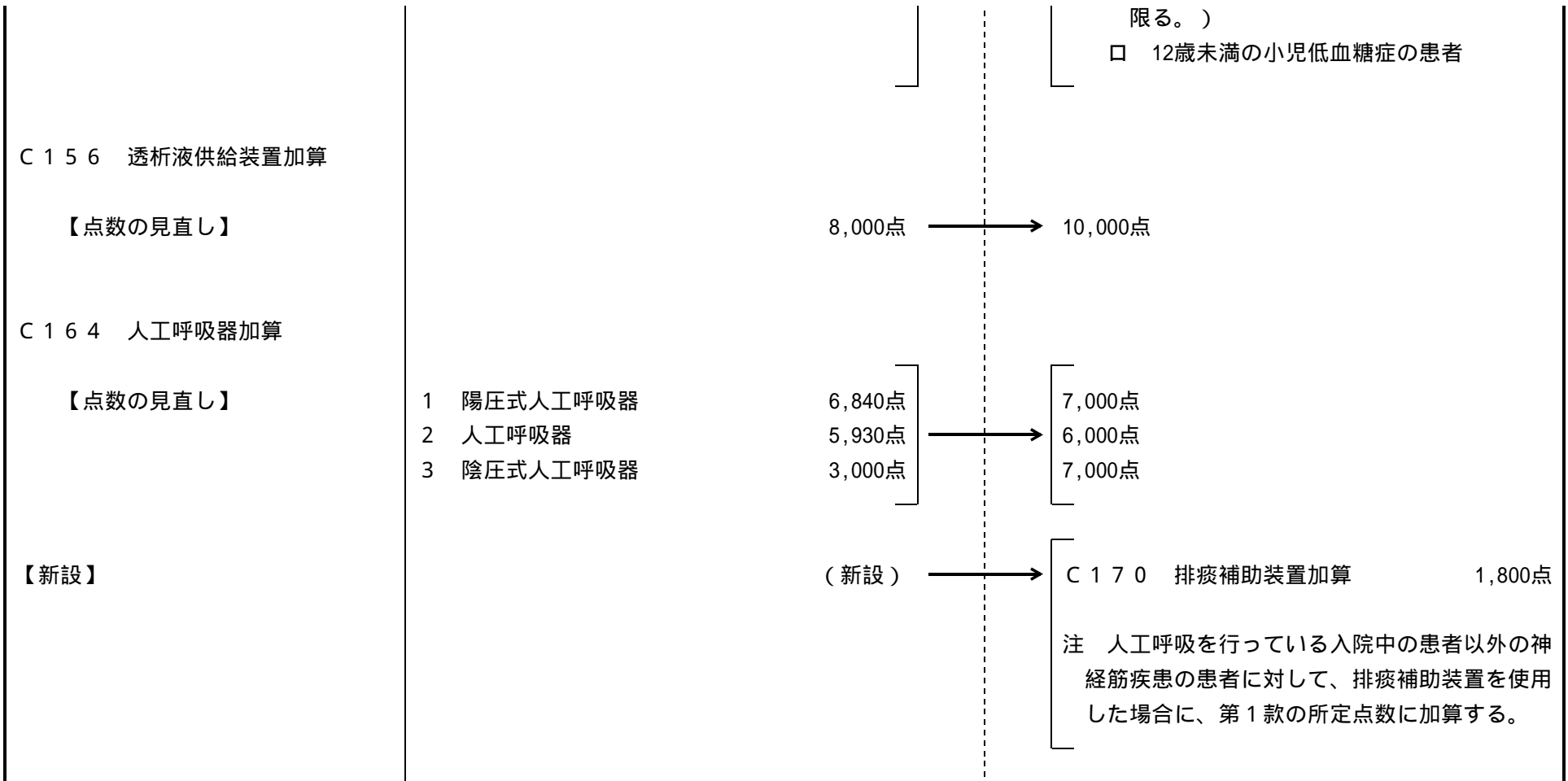
注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。

<p>【新設】</p>		(新設)	<p>C 1 0 1 - 2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点</p> <p>注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。</p>
<p>C 1 0 2 在宅自己腹膜灌流指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>		(追加)	<p>注 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓又は J 0 4 2 に規定する腹膜灌流の 1 を算定する場合は、注 1 に規定する 2 回目以降の費用は、算定しない。</p>
<p>C 1 0 2 - 2 在宅血液透析指導管理料</p> <p>【点数の見直し】</p>		3,800点	8,000点
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の 2 回目以降につき 2,000 点を月 2 回に限り算定す</p>		<p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に</p>



	<p>る。ただし、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、2,000点を月4回に限り算定する。</p>		<p>算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降につき2,000点を月2回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点</p> <p>注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。</p>
<p>第2款 在宅療養指導管理材料加算</p>			

<p>【通則の見直し】</p>	<p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款の区分番号C101からC112までに掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き月1回に限り算定する。</p>	<p>1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。</p>
<p>C150 血糖自己測定器加算</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1から3までについては、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者を除く。）又はインスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注1 1から3までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。  イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者を除く。）  ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に限る。）  ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 4から6までについては、インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている入院中の患者以外の患者（1型糖尿病の患者に限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>注2 4から6までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。  イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者に</p>



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検体検査料</p> <p>第1款 検体検査実施料</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ5点を加算する。</p>	<p>3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。</p>
<p>D006 出血・凝固検査</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から23までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>	<p>注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の14から24までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 3項目又は4項目 530点</p> <p>ロ 5項目以上 750点</p>

D 0 0 7 血液化学検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 100点
- ロ 8項目又は9項目 109点
- ハ 10項目以上 129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 95点
- ロ 8項目又は9項目 104点
- ハ 10項目以上 123点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

D 0 0 8 内分泌学的検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

D 0 0 9 腫瘍マーカー

【注の見直し】

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から14までに掲げる検査を2項目以

	<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点          ロ 3項目 290点          ハ 4項目以上 420点</p>		<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点          ロ 3項目 290点          ハ 4項目以上 420点</p>
D 0 1 4 自己抗体検査			
【注の見直し】	<p>注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>	→	<p>注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
D 0 1 7 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			
	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 32点</p>	→	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 42点          注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。</p>
D 0 1 8 細菌培養同定検査			
【注の見直し】	<p>注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。</p>	→	<p>注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。</p>
D 0 2 2 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）			
【注の新設】		(新設) →	<p>注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。</p>

D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

【項目の見直し】

6 H C V 核酸同定検査

360点

6 H C V 核酸同定検査、H P V 核酸同定検査

360点

注 H P V 核酸同定検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が A S C - U S と判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

D 0 2 5 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査（定量）、T P H A 試験（定量）、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原、H B s 抗体価、H B s 抗原精密測定、H B s 抗体価精密測定、H C V 抗体価精密測定及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）定量、血清補体価（C H<sub>50</sub>

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、T P H A 試験、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原（定性、半定量）、H B s 抗体価（半定量）、H B s 抗原、H B s 抗体価、H C V 抗体価（定性、定量）及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）、血清補体価（C H<sub>50</sub>）及

)及び免疫グロブリン  
ヨ (略)

び免疫グロブリン  
ヨ (略)

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者(検体検査管理加算( )及び検体検査管理加算( ))については入院中の患者に限る。)1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定せず、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定しない。

イ 検体検査管理加算( )	40点
ロ 検体検査管理加算( )	100点
ハ 検体検査管理加算( )	300点

注3 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者(検体検査管理加算( )、検体検査管理加算( )及び検体検査管理加算( ))については入院中の患者に限る。)1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ 検体検査管理加算( )	40点
ロ 検体検査管理加算( )	100点
ハ 検体検査管理加算( )	300点
ニ 検体検査管理加算( )	500点

D027 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関(特定機能病院に限る。)において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関(特定機能病院に限る。)において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点



第3節 生体検査料

【通則の追加】

D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定せず、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定しない。

(追加)

数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

- 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。
- イ 呼吸機能検査等判断料
  - ロ 心臓カテーテル法による諸検査
  - ハ 心電図検査の注に掲げるもの
  - ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
  - ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ
  - ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
  - ト 深部体温計による深部体温測定
  - チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
  - リ 脳波検査の注2に掲げるもの
  - ヌ 脳波検査判断料
  - ル 神経・筋検査判断料

<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠動脈造影又は心筋採取を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、1,400点又は200点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験又は冠動脈造影を行った場合は、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点又は1,400点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 同一月中に血管内超音波検査と血管内視鏡検査の両方を実施した場合は主たる検査の点数を算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注5 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。</p>
<p>D 2 1 0 ホルター型心電図検査（解析料を含む。）</p>			
<p>【注の新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p>→</p>	<p>注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>【新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p>→</p>	<p>D 2 1 0 - 3 埋込型心電図検査 90点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心  
肺機能検査、サイクルエルゴ  
メーターによる心肺機能検査

【注の追加】

(追加)

- 2 30分又はその端数を増すごとに算定する。
- 3 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、所定点数に100点を加算する。

【新設】

(新設)

D 2 1 1 - 2 喘息運動負荷試験 800点

注 喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

【注の見直し】

注1 数種目を行った場合でも同時記録を行った最高誘導数により算定する。

注1 数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。

【注の見直し】

注2 脈波図、心機図、ポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、誘導数に数えない。

注2 脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

【名称の見直し】  
【項目の追加】

3 UCG  
イ～ハ（略）

3 心臓超音波検査  
イ～ハ（略）  
ニ 胎児心エコー法 1,000点  
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【注の見直し】

注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注2 断層撮影法について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。

注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。

【注の見直し】

注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

D 2 1 7 骨塩定量検査

【項目の見直し】

1 DEXA法による腰椎撮影 360点

1 DEXA法による腰椎撮影 360点  
注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、所定点数に90点を加算する。

【注の新設】

(新設)

注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定(一連につき) 700点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

D 2 3 9 筋電図検査

【注の追加】

(追加)

注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。

D 2 8 6 肝及び腎のクリアランステスト

【注の見直し】

注1 検査に当たって尿管カテーテル法又は膀胱尿道ファイバースコープを行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法又はD 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープの所定点数を併せて算定する。

注1 検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号D 3 1 8に掲げる尿管カテーテル法、D 3 1 7に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又はD 3 1 7 - 2に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。

D 2 8 7 内分泌負荷試験

【項目の見直し】

1 下垂体前葉負荷試験  
イ 成長ホルモン（GH）（一連として月1回）  
1,200点  
ロ～ホ （略）

1 下垂体前葉負荷試験  
イ 成長ホルモン（GH）（一連として）  
1,200点  
注 患者1人につき月2回に限り算定する。  
ロ～ホ （略）

【新設】

（新設）

D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験 1,000点  
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、年2回に限り算定する。

D 3 0 6 食道ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

D 3 0 8 胃・十二指腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注4 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

D 3 1 3 大腸ファイバースコープ

【注の追加】

（追加）

注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察

D 3 1 8 尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの（膀胱尿道ファイバースコープを含む。））（両側）

【注の新設】

第 4 節 診断穿刺・検体採取料

【新設】

【新設】

を行った場合には、狭帯域光強調加算として、所定点数に200点を加算する。

（新設）

注 膀胱尿道ファイバースコープ又は膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

（新設）

D 4 0 4 - 2 骨髓生検 730点

注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。

（新設）

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検  
1 併用法 5,000点  
2 単独法 3,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

別表1

## 第3部 検査

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 検体検査料					
第1款 検体検査実施料					
(尿・糞便等検査)					
D000	尿中一般物質定性半定量検査	26	→ 26	D000	
D001	尿中特殊物質定性定量検査			D001	
D001 1	尿蛋白	7	→ 7	D001 1	(名称の変更)
D001 2	VMA定性	9	→ 9	D001 2	
D001 2	B-J蛋白定性	9	→ 9	D001 2	
D001 2	尿グルコース	9	→ 9	D001 2	(名称の変更)
D001 3	ポルフィリン定性	10	→ 10	D001 3	
D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)	10	→ 10	D001 3	(名称の変更)
D001 4	ビリルビン	12	→ 12	D001 4	(名称の変更)
D001 6	ウロビリノゲン	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	尿中ウロビリノゲン	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 6	先天性代謝異常症の尿スクリーニングテスト	16	→ 16	D001 5	
D001 6	尿浸透圧	16	→ 16	D001 5	(名称の変更)
D001 7	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト	17	→ 17	D001 6	(名称の変更)
D001 8	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	41	→ 41	D001 7	(名称の変更)
D001 9	尿中アルブミン定性	49	→ 49	D001 8	(名称の変更)
D001 10	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性	72	→ 72	D001 9	(名称の変更)
D001 10	尿中フィブリン分解産物(FDP)	72	→ 72	D001 9	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロトランスフェリン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中ウロポルフィリン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中マイクロアルブミン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 11	尿中デルタアミノレブリン酸	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D001 11	尿中ポリアミン	115	→ 115	D001 10	(名称の変更)
D001 12	尿中ミオイノシトール	120	→ 120	D001 11	(名称の変更)
D001 13	尿中コプロポルフィリン	150	→ 150	D001 12	(名称の変更)
D001 14	尿中ポルフォビリノゲン	200	→ 200	D001 13	(名称の変更)
D001 15	尿中IV型コラーゲン	210	→ 210	D001 14	(名称の変更)
D002	尿沈渣顕微鏡検査	25	→ 25	D002	
D002 注	染色標本加算	9	→ 9	D002 注	
D002-2	フローサイトメリー法による尿中有形成分測定	30	→ 30	D002-2	(名称の変更)
D003	糞便検査			D003	
D003 1	潜血反応検査	9	→ 9	D003 1	
D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリリン	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 2	糞便中ウロビリノゲン	15	→ 15	D003 2	(名称の変更)
D003 3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)	20	→ 20	D003 3	(名称の変更)
D003 4	糞便中虫体検出	23	→ 23	D003 4	(名称の変更)
D003 5	糞便中脂質	25	→ 25	D003 5	(名称の変更)
D003 6	糞便中ヘモグロビン定性	37	→ 37	D003 6	(名称の変更)
D003 7	糞便中虫卵培養検査	40	→ 40	D003 7	(名称の変更)
D003 8	糞便中ヘモグロビン	42	→ 42	D003 8	(名称の変更)
D003 9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン	60	→ 57	D003 9	(名称の変更)
D003 10	糞便中キモトリプシン	80	→ 80	D003 10	(名称の変更)
D004	穿刺液・採取液検査			D004	
D001 5	胃酸度測定	15	→ 15	D004 1	
D004 1	ヒューナー検査	20	→ 20	D004 2	
D004 2	胃液又は十二指腸液一般検査	55	→ 55	D004 3	
D004 3	髄液一般検査	65	→ 62	D004 4	
D004 4	精液一般検査	70	→ 70	D004 5	
D004 5	頸管粘液検査	75	→ 75	D004 6	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D004 6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性	100	→ 100	D004 7	(名称の変更)
- -	涙液中総IgE定性	-	→ 100	D004 7	(新設)
D004 7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	135	→ 135	D004 8	(名称の変更)
D004 8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量	170	→ 170	D004 9	(名称の変更)
D004 9	マイクロバブルテスト	200	→ 200	D004 10	
D004 10	関節液中コンドロカルシン	300	→ 300	D004 11	
D004 11	羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)	380	→ 380	D004 12	
D004 12	IgGインデックス	460	→ 460	D004 13	
D004 13	髄液オリゴクローナルバンド	560	→ 560	D004 14	(名称の変更)
D004 14	髄液MBP	620	→ 620	D004 15	
- -	悪性腫瘍組織検査			D004-2	(新設)
D004 15	悪性腫瘍遺伝子検査	2,000	→ 2,000	D004-2 1	
D004 16	抗悪性腫瘍剤感受性検査(HDRA法又はCD-DST法)	2,000	→ 2,000	D004-2 2	
<b>(血液学的検査)</b>					
D005	血液形態・機能検査			D005	
D005 1	赤血球沈降速度	9	→ 9	D005 1	(名称の変更)
D005 2	網赤血球数	12	→ 12	D005 2	
D005 3	血液浸透圧	15	→ 15	D005 3	(名称の変更)
D005 3	鼻汁喀痰中好酸球検査	15	→ 15	D005 3	
D005 4	好酸球数	17	→ 17	D005 4	
D005 5	末梢血液像	18	→ 18	D005 5	
D005 5	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	27	→ 27	D005 5	
D005 6	末梢血液一般検査	22	→ 21	D005 6	
D005 7	血中微生物検査	40	→ 40	D005 7	
D005 8	赤血球抵抗試験	45	→ 45	D005 8	
D005 9	自己溶血試験	50	→ 50	D005 9	
D005 9	血液粘稠度	50	→ 50	D005 9	(名称の変更)
D005 9	ヘモグロビンA <sub>1c</sub> (HbA <sub>1c</sub> )	50	→ 50	D005 9	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D005 10	ヘモグロビンF (HbF)	60	→ 60	D005 10	
D005 11	動的赤血球膜物性検査	130	→ 130	D005 11	
D005 12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性	240	→ 240	D005 12	(名称の変更)
D005 13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)	250	→ 250	D005 13	(名称の変更)
D005 14	骨髄像	500	→ 880	D005 14	
D005 14	注 特殊染色を併せて行った場合の加算(特殊染色ごとに)	40	→ 40	D005 14	
D005 15	モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査(一連につき)	1,000	→ 1,000	D005 15	
D006	出血・凝固検査			D006	
D006 1	出血時間	15	→ 15	D006 1	(名称の変更)
D006 1	プロトロンビン時間	15	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 2	凝固時間	18	→ 18	D006 2	(名称の変更)
D006 7	トロンボテスト	29	→ 18	D006 2	(項目の分割)
D006 3	血餅収縮能	19	→ 19	D006 3	
D006 3	毛細血管抵抗試験	19	→ 19	D006 3	
D006 4	フィブリノゲン	23	→ 23	D006 4	(名称の変更)
D006 4	クリオフィブリノゲン検査	23	→ 23	D006 4	(名称の変更)
D006 5	トロンビン時間	25	→ 25	D006 5	(名称の変更)
D006 6	蛇毒試験	28	→ 28	D006 6	
D006 6	トロンボエラストグラフ	28	→ 28	D006 6	
D006 7	ヘパリン抵抗試験	29	→ 28	D006 6	
D006 7	活性化部分トロンボプラスチン時間	29	→ 29	D006 7	(名称の変更)
D006 7	ヘパプラスチンテスト	29	→ 29	D006 7	(項目の分割)
D006 8	血小板凝集能	50	→ 50	D006 8	
D006 9	血小板粘着能	65	→ 65	D006 9	
D006 10	アンチトロンビンⅢ	70	→ 70	D006 10	
D006 11	フィブリン分解産物(FDP)	80	→ 80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	プラスミン	80	→ 80	D006 11	
D006 11	全血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)	80	→ 80	D006 11	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 11	血清全プラスミン測定法(血清SK活性化プラスミン値)	80	→ 80	D006 11	
D006 11	プラスミン活性値	80	→ 80	D006 11	(名称の変更)
D006 11	$\alpha_1$ -アンチトリプシン	80	→ 80	D006 11	
D006 12	フィブリンモノマー複合体定性	100	→ 95	D006 12	
D006 12	プラスミノゲン	100	→ 100	D006 13	(名称の変更)
D007 20	凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)	100	→ 100	D006 13	
D006 13	フィブリノゲン分解産物	120	→ 120	D006 14	(名称の変更)
D006 14	D-Dダイマー定性	140	→ 140	D006 15	
D006 14	$\alpha_2$ -マクログロブリン	140	→ 140	D006 15	
D006 14	アンチプラスミン	140	→ 140	D006 15	
D006 14	フォン・ウィルブランド因子活性	140	→ 140	D006 15	(名称の変更)
D006 15	PIVKA II	150	→ 150	D006 16	
D006 15	D-Dダイマー	150	→ 150	D006 16	(名称の変更)
D006 16	凝固因子インヒビター	160	→ 160	D006 17	
D006 16	フォン・ウィルブランド因子抗原	160	→ 160	D006 17	(名称の変更)
D006 17	プロテインS	170	→ 170	D006 18	(名称の変更)
D006 17	$\alpha_2$ -プラスミンインヒビター・プラスミン複合体	170	→ 170	D006 18	
D006 18	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )	180	→ 180	D006 19	(名称の変更)
D006 18	$\beta$ -トロンボグロブリン	180	→ 180	D006 19	(名称の変更)
D006 19	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)	200	→ 200	D006 20	(名称の変更)
D006 19	プロトロンビンフラグメントF1+2	200	→ 200	D006 20	(名称の変更)
D006 20	トロンボモジュリン	215	→ 215	D006 21	(名称の変更)
D006 21	フィブリンモノマー複合体	240	→ 240	D006 22	(名称の変更)
D006 21	凝固因子(Ⅱ,Ⅴ,Ⅶ,Ⅷ,Ⅸ,Ⅹ,Ⅺ,Ⅻ,ⅩⅢ)	240	→ 240	D006 22	
D006 22	プロテインC	260	→ 260	D006 23	
D006 22	tPA・PAI-1複合体	260	→ 260	D006 23	
D006 23	フィブリノペプチド	300	→ 300	D006 24	(名称の変更)
D006 注	包括項目:3項目又は4項目	530	→ 530	D006 注	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D006 注	包括項目:5項目以上	750	→ 750	D006 注	
D006-2	血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)	2,000	→ 2,000	D006-2	
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査	1,200	→ 1,200	D006-3	(名称の変更)
D006-4	遺伝学的検査	2,000	→ 4,000	D006-4	(名称の変更)
D006-5	染色体検査(すべての費用を含む。)	2,000	→ 2,600	D006-5	
D006-5 注	分染法加算	400	→ 400	D006-5 注	
D006-6	免疫関連遺伝子再構成	2,400	→ 2,400	D006-6	
D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査	2,000	→ 2,000	D006-7	(名称の変更)
- -	サイトケラチン(CK)19mRNA	-	→ 2,000	D006-7	(新設)
- -	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	-	→ 2,000	D006-7	(新設)
<b>(生化学的検査(I))</b>					
D007	血液化学検査			D007	
D007 1	総ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	直接ビリルビン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	総蛋白	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルブミン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿素窒素(BUN)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチニン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	尿酸	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アルカリホスファターゼ	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	コリンエステラーゼ(ChE)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GT)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	中性脂肪	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ナトリウム及びクロール	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カリウム	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	カルシウム	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	マグネシウム	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	膠質反応	11	→ 11	D007 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 1	クレアチン	11	→ 11	D007 1	
D007 1	グルコース	11	→ 11	D007 1	
D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	酸ホスファターゼ	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	エステル型コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	アミラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)	11	→ 11	D007 1	
D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)	11	→ 11	D007 1	(名称の変更)
D007 1	アルドラーゼ	11	→ 11	D007 1	
D007 1	遊離コレステロール	11	→ 11	D007 1	
D007 1	鉄	11	→ 11	D007 1	
D007 17	不飽和鉄結合能(UIBC)	80	→ 11	D007 1	
D007 18	総鉄結合能(TIBC)	85	→ 11	D007 1	
D007 1	試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査	11	→ 11	D007 1	
D007 2	リン脂質	15	→ 15	D007 2	
D007 3	遊離脂肪酸	16	→ 16	D007 3	
D007 4	HDL-コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	前立腺酸ホスファターゼ	17	→ 17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	P及びHPO <sub>4</sub>	17	→ 17	D007 4	
D007 4	総コレステロール	17	→ 17	D007 4	
D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)	17	→ 17	D007 4	(名称の変更)
D007 4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)	17	→ 17	D007 4	(名称の変更)
D007 5	LDL-コレステロール	18	→ 18	D007 5	
D007 5	蛋白分画	18	→ 18	D007 5	(名称の変更)
D007 6	銅	24	→ 23	D007 6	(名称の変更)
D007 6	リパーゼ	24	→ 24	D007 7	
D007 7	イオン化カルシウム	27	→ 26	D007 8	
D007 7	マンガン	27	→ 27	D007 9	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 8	ムコ蛋白	30	→ 29	D007 10	
D007 9	ケトン体	32	→ 31	D007 11	
D007 9	アデノシンデアミナーゼ	32	→ 32	D007 12	(名称の変更)
D007 10	グアナーゼ	35	→ 35	D007 13	(名称の変更)
D007 11	リボプロテイン	45	→ 45	D007 14	
D007 12	有機モノカルボン酸	48	→ 48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	胆汁酸	48	→ 48	D007 15	
D007 12	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	48	→ 48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	アミラーゼ・アイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 12	γ-GT・アイソザイム	48	→ 48	D007 15	(名称の変更)
D007 12	乳酸脱水素酵素・アイソザイム	48	→ 48	D007 15	
D007 12	重炭酸塩	48	→ 48	D007 15	
D007 13	AST・アイソザイム	50	→ 49	D007 16	(名称の変更)
D007 13	アンモニア	50	→ 50	D007 17	
D007 13	リボ蛋白分画(アガロース法)	50	→ 50	D007 17	(名称の変更)
D007 14	CK・アイソザイム	55	→ 55	D007 18	(名称の変更)
D007 14	グリコアルブミン	55	→ 55	D007 18	
D007 15	コレステロール分画	60	→ 57	D007 19	
D007 15	カタラーゼ	60	→ 60	D007 20	
D007 15	ケトン体分画	60	→ 60	D007 20	
D007 16	レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	70	→ 70	D007 21	
D007 17	G-6-PDH	80	→ 80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	リボ蛋白分画(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	80	→ 80	D007 22	(名称の変更)
D007 17	1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)	80	→ 80	D007 22	
D007 17	グリココール酸	80	→ 80	D007 22	
D007 19	CK-MB	90	→ 90	D007 23	(名称の変更)
D007 20	膵分泌性トリプシンインヒビター(PSTI)	100	→ 95	D007 24	
D007 20	乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型	100	→ 95	D007 24	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 20	アポリポ蛋白	100	→ 95	D007 24	
D007 20	シスチンアミノペプチダーゼ (CAP)	100	→ 100	D007 25	
D007 21	ヘパリン	110	→ 110	D007 26	
D007 22	リポ蛋白 (a)	120	→ 110	D007 26	(名称の変更)
D007 22	心筋トロポニンI	120	→ 120	D007 27	(名称の変更)
D007 22	シアル化糖鎖抗原KL-6	120	→ 120	D007 27	
D007 22	フェリチン	120	→ 120	D007 27	
D007 22	アルコール	120	→ 120	D007 27	
D007 22	ペントシジン	120	→ 120	D007 27	
D007 22	イヌリン	120	→ 120	D007 27	
D007 23	サーファクタントプロテインA (SP-A)	130	→ 130	D007 28	
D007 23	心筋トロポニンT (定性、定量)	130	→ 130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	ガラクトース	130	→ 130	D007 28	
D007 23	アルミニウム	130	→ 130	D007 28	(名称の変更)
D007 23	シスタチンC	130	→ 130	D007 28	(名称の変更)
D007 24	サーファクタントプロテインD (SP-D)	140	→ 140	D007 29	
D007 25	血液ガス分析	150	→ 150	D007 30	
D007 25	亜鉛	150	→ 150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	ミオグロビン	150	→ 150	D007 30	
D007 25	ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP)	150	→ 150	D007 30	
D007 25	P-III-P	150	→ 150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	IV型コラーゲン	150	→ 150	D007 30	(名称の変更)
D007 25	アルブミン非結合型ビリルビン	150	→ 150	D007 30	
D007 25	ピルビン酸キナーゼ (PK)	150	→ 150	D007 30	
D007 26	アンギオテンシン I 転換酵素 (ACE)	160	→ 160	D007 31	
D007 26	IV型コラーゲン・7S	160	→ 160	D007 31	(名称の変更)
D007 26	ビタミンB <sub>12</sub>	160	→ 160	D007 31	(名称の変更)
D007 27	葉酸	170	→ 170	D007 32	(名称の変更)



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D007 28	アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)	190	→ 180	D007 33	(名称の変更)
D007 28	アセトアミノフェン	190	→ 190	D007 34	(名称の変更)
D007 28	膵分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)	190	→ 190	D007 34	
D007 28	ヒアルロン酸	190	→ 190	D007 34	
D007 28	心室筋ミオシン軽鎖 I	190	→ 190	D007 34	(名称の変更)
D007 29	レムナント様リポ蛋白(RLP)コレステロール	200	→ 200	D007 35	
D007 29	トリプシン	200	→ 200	D007 35	
- -	MDA-LDL	-	→ 200	D007 35	(新設)
D007 30	赤血球コプロポルフィリン	210	→ 210	D007 36	(名称の変更)
D007 30	膵ホスホリパーゼA <sub>2</sub> (膵PLA <sub>2</sub> )	210	→ 210	D007 36	(名称の変更)
D007 31	リポ蛋白リパーゼ	230	→ 230	D007 37	(名称の変更)
D007 31	肝細胞増殖因子(HGF)	230	→ 230	D007 37	
D007 31	CKアイソフォーム	230	→ 230	D007 37	
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)	230	→ 230	D007 37	(名称の変更)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250	→ 250	D007 38	(名称の変更)
D007 32	膵分泌液中α-フェトプロテイン	250	→ 250	D007 38	
D007 34	ビタミンB <sub>1</sub>	290	→ 270	D007 39	(名称の変更)
D007 33	赤血球プロトポルフィリン	280	→ 280	D007 40	(名称の変更)
D007 33	ビタミンB <sub>2</sub>	280	→ 280	D007 40	
D007 35	プロカルシトニン(PCT)	320	→ 320	D007 41	
D007 36	ビタミンC	330	→ 330	D007 42	(名称の変更)
D007 37	1, 25ジヒドロキシビタミンD <sub>3</sub> (1, 25(OH) <sub>2</sub> D <sub>3</sub> )	400	→ 400	D007 43	
D007 注	包括項目:5項目以上7項目以下	100	→ 95	D007 注	
D007 注	包括項目:8項目又は9項目	109	→ 104	D007 注	
D007 注	包括項目:10項目以上	129	→ 123	D007 注	
<b>(生化学的検査(Ⅱ))</b>					
D008	内分泌学的検査			D008	
D008 1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定性	55	→ 55	D008 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 2	11-ヒドロキシコルチコステロイド(11-OHCS)	60	→ 60	D008 2	
D008 2	17-ヒドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)	60	→ 60	D008 2	
D008 3	17-ケトステロイド(17-KS)	70	→ 70	D008 3	(名称の変更)
D008 3	ホモバニール酸(HVA)	70	→ 70	D008 3	(名称の変更)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)	90	→ 90	D008 4	(名称の変更)
D008 5	5-ヒドロキシインドール酢酸(5-HIAA)	95	→ 95	D008 5	(名称の変更)
D008 6	プロラクチン(PRL)	100	→ 100	D008 6	
D008 7	レニン活性	115	→ 110	D008 7	(名称の変更)
D008 7	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )	115	→ 115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	甲状腺刺激ホルモン(TSH)	115	→ 115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	ガストリン	115	→ 115	D008 8	(名称の変更)
D008 7	レニン定量	115	→ 115	D008 8	(名称の変更)
D008 8	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )	120	→ 120	D008 9	(名称の変更)
D008 8	インスリン(IRI)	120	→ 120	D008 9	(名称の変更)
D008 9	成長ホルモン(GH)	125	→ 125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	卵胞刺激ホルモン(FSH)	125	→ 125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	C-ペプチド(CPR)	125	→ 125	D008 10	(名称の変更)
D008 9	黄体形成ホルモン(LH)	125	→ 125	D008 10	
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイロキシシン結合能(TBC)	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	コルチゾール	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	アルドステロン	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイロキシシン結合蛋白(TBG)	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	テストステロン	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 10	サイログロブリン	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)	140	→ 140	D008 11	(名称の変更)
D008 11	ヒト胎盤性ラクトージェン(HPL)	150	→ 150	D008 12	
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	150	→ 150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画	150	→ 150	D008 12	
D008 11	グルカゴン	150	→ 150	D008 12	(名称の変更)
D008 11	カルシトニン	150	→ 150	D008 12	(名称の変更)
D008 12	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)	160	→ 160	D008 13	(名称の変更)
- -	酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ(TRACP-5b)	-	→ 160	D008 13	(新設)
D008 13	オステオカルシン	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	尿中βクロスラプス	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	セクレチン	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	プロジェステロン	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	遊離テストステロン	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	βクロスラプス(尿を除く。)	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)	170	→ 170	D008 14	(名称の変更)
D008 14	サイクリックAMP(C-AMP)	180	→ 180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストリオール(E <sub>3</sub> )	180	→ 180	D008 15	(名称の変更)
D008 14	エストロジェン	180	→ 180	D008 15	
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)	190	→ 180	D008 15	(名称の変更)
D008 15	副甲状腺ホルモン(PTH)	190	→ 190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	カテコールアミン分画	190	→ 190	D008 16	(名称の変更)
D008 15	DHEA-S	190	→ 190	D008 16	(名称の変更)
D008 16	尿中デオキシピリジノリン	200	→ 200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)	200	→ 200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)	200	→ 200	D008 17	(名称の変更)
D008 16	エストラジオール(E <sub>2</sub> )	200	→ 200	D008 17	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D008 17	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	カテコールアミン	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	エリスロポエチン	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	17 $\alpha$ -ヒドロキシプロジェステロン	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	抗IA-2抗体	220	→ 220	D008 18	(名称の変更)
D008 17	プレグナンジオール	220	→ 220	D008 18	
D008 18	メタネフリン	240	→ 240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ソマトメジンC	240	→ 240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)	240	→ 240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	メタネフリン・ノルメタネフリン分画	240	→ 240	D008 19	(名称の変更)
D008 18	アルギニンバズプレッシン	240	→ 240	D008 19	(名称の変更)
D008 19	プレグナントリオール	250	→ 250	D008 20	(名称の変更)
D008 19	ノルメタネフリン	250	→ 250	D008 20	(名称の変更)
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)	280	→ 280	D008 21	(名称の変更)
D008 注	包括項目:3項目以上5項目以下	410	→ 410	D008 注	
D008 注	包括項目:6項目又は7項目	630	→ 630	D008 注	
D008 注	包括項目:8項目以上	900	→ 900	D008 注	
D009	腫瘍マーカー			D009	
D009 1	尿中BTA	80	→ 80	D009 1	
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)	115	→ 115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	$\alpha$ -フェトプロテイン(AFP)	115	→ 115	D009 2	
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)	115	→ 115	D009 2	(名称の変更)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)	115	→ 115	D009 2	(名称の変更)
D009 3	DUPAN-2	130	→ 130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	NCC-ST-439	130	→ 130	D009 3	(名称の変更)
D009 3	CA15-3	130	→ 130	D009 3	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 5	前立腺酸ホスファターゼ抗原	140	→ 130	D009 3	(名称の変更)
D009 4	エラスターゼ1	135	→ 135	D009 4	(名称の変更)
D009 5	PSA	140	→ 140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	CA19-9	150	→ 140	D009 5	(名称の変更)
D009 6	塩基性フェトプロテイン(BFP)	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA72-4	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	CA-50	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	SPan-1抗原	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	シアルルTn抗原	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	神経特異エノラーゼ(NSE)	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 6	PIVKA II	150	→ 150	D009 6	(名称の変更)
D009 7	尿中NMP22	160	→ 160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	シアルルLe <sup>x</sup> -i(SLX)抗原	160	→ 160	D009 7	(名称の変更)
D009 7	CA125	160	→ 160	D009 7	(名称の変更)
- -	尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量	-	→ 160	D009 7	(新設)
D009 8	シアルルLe <sup>x</sup> (CSLEX)抗原	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	フリーPSA/トータルPSA比	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	BCA225	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	I型コラーゲンCテロペプチド	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	SP1	170	→ 170	D009 8	(名称の変更)
D009 8	血清中抗p53抗体	170	→ 170	D009 8	
D009 9	サイトケラチン19フラグメント	180	→ 180	D009 9	(名称の変更)
D009 9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)	180	→ 180	D009 9	(名称の変更)
D009 10	尿中遊離型フコース	190	→ 190	D009 10	
D009 10	CA602	190	→ 190	D009 10	(名称の変更)
D009 10	AFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L <sub>3</sub> %)	190	→ 190	D009 10	
D009 10	CA54/61	190	→ 190	D009 10	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D009 10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)	190	→ 190	D009 10	(名称の変更)
D009 11	γ-セミノプロテイン	200	→ 200	D009 11	(名称の変更)
D009 11	CA130	200	→ 200	D009 11	(名称の変更)
D009 12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア(HCGβ-CF)	210	→ 200	D009 11	(名称の変更)
D009 13	膵癌胎児性抗原(POA)	220	→ 220	D009 12	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中CEA	320	→ 320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	乳頭分泌液中HER2タンパク	320	→ 320	D009 13	(名称の変更)
D009 14	血清中HER2タンパク	320	→ 320	D009 13	(名称の変更)
D009 15	インターロイキン2受容体(IL-2R)	460	→ 460	D009 14	(名称の変更)
D009 注	包括項目:2項目	230	→ 230	D009 注	
D009 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D009 注	
D009 注	包括項目:4項目以上	420	→ 420	D009 注	
D010	特殊分析			D010	
D010 1	尿中糖分析	40	→ 38	D010 1	
D010 2	結石分析	120	→ 120	D010 2	
D010 3	チロシン	200	→ 200	D010 3	
D010 4	総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比	300	→ 300	D010 4	
D010 5	アミノ酸			D010 5	(名称の変更)
D010 5	イ 1種類につき	320	→ 320	D010 5	
D010 5	ロ 5種類以上	1,300	→ 1,300	D010 5	
D010 6	アミノ酸分析(定性)	350	→ 350	D010 6	
D010 7	脂肪酸分画	450	→ 450	D010 7	
D010 8	先天性代謝異常症検査	1,200	→ 1,200	D010 8	
<b>(免疫学的検査)</b>					
D011	免疫血液学的検査			D011	
D011 1	ABO血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 1	Rh(D)血液型	21	→ 21	D011 1	
D011 2	クームス試験			D011 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D011 2	イ 直接	30	→ 30	D011 2	
D011 2	ロ 間接	34	→ 34	D011 2	
D011 3	Rh(その他の因子)血液型	160	→ 160	D011 3	
D011 4	赤血球不規則抗体検査	170	→ 170	D011 4	
D011 5	$\alpha$ -D-Nアセチルガラクトサミニルトランスフェラーゼ活性及び $\alpha$ -D-ガラクトシルトランスフェラーゼ活性	200	→ 200	D011 5	
D011 6	PAIgG(血小板関連IgG)	210	→ 210	D011 6	
D011 7	ABO血液型亜型	260	→ 260	D011 7	
D011 8	抗血小板抗体検査	270	→ 270	D011 8	
D012	感染症免疫学的検査			D012	
D012 1	梅毒脂質抗原使用検査(定性)	15	→ 15	D012 1	
D012 1	抗ストレプトリジンO価(ASO価)	15	→ 15	D012 1	
D012 2	トキソプラズマ抗体価(半定量)	27	→ 27	D012 2	(名称の変更)
D012 3	抗ストレプトキナーゼ価(ASK価)	29	→ 29	D012 3	
D012 4	TPHA試験(定性)	32	→ 32	D012 4	
D012 4	マイコプラズマ抗体価	32	→ 32	D012 4	
D012 5	抗連鎖球菌多糖体抗体(ASP)	34	→ 34	D012 5	
D012 5	梅毒脂質抗原使用検査	34	→ 34	D012 5	(名称の変更)
D012 6	TPHA試験	55	→ 53	D012 6	(名称の変更)
D012 7	アデノウイルス抗原(定性)	60	→ 60	D012 7	(名称の変更)
D012 7	迅速ウレアーゼ試験	60	→ 60	D012 7	
D012 8	ロタウイルス抗原	65	→ 65	D012 8	
D012 9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)	70	→ 70	D012 9	(名称の変更)
D012 9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価	70	→ 70	D012 9	(名称の変更)
D012 10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価	75	→ 75	D012 10	(名称の変更)
D012 11	クロストリジウム・ディフィシル抗原	80	→ 80	D012 11	
D012 11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)	80	→ 80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	ヘリコバクター・ピロリ抗体	80	→ 80	D012 11	(名称の変更)
D012 11	百日咳菌抗体価(半定量)	80	→ 80	D012 11	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 12	HTLV-I抗体価(半定量)	85	→ 85	D012 12	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマ抗体価	95	→ 95	D012 13	(名称の変更)
D012 13	トキソプラズマIgM抗体価	95	→ 95	D012 13	(名称の変更)
D012 14	赤痢アメーバ抗体価	100	→ -	- -	(削除)
D012 14	抗デオキシリボヌクレアーゼB価(ADNaseB)	100	→ 100	D012 14	
D012 14	抗溶連菌エステラーゼ抗体(ASE)	100	→ 100	D012 14	
D012 15	抗抗酸菌抗体価	120	→ 120	D012 15	(名称の変更)
D012 15	HIV-1抗体価	120	→ 120	D012 15	
D012 16	HIV-1,2抗体価	130	→ 130	D012 16	
D012 17	A群β溶連菌迅速試験	140	→ 140	D012 17	
D012 17	ノイラミニダーゼ	140	→ 140	D012 17	
D012 18	髄液又は尿中肺炎球菌抗原	150	→ 150	D012 18	
D012 18	髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原	150	→ 150	D012 18	
D012 18	インフルエンザウイルス抗原	150	→ 150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	カンジダ抗原	150	→ 150	D012 18	
D012 18	糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原	150	→ 150	D012 18	
D012 18	RSウイルス抗原	150	→ 150	D012 18	(名称の変更)
D012 18	FTA-ABS試験	150	→ 150	D012 18	
D012 19	D-アラビニトール	160	→ 160	D012 19	
D012 19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価	160	→ 160	D012 19	(名称の変更)
D012 20	大腸菌O157LPS抗原	170	→ 170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	クラミジアトラコマチス抗原	170	→ 170	D012 20	(名称の変更)
D012 20	アスペルギルス抗原	170	→ 170	D012 20	
D012 21	マイコプラズマ抗原(咽頭内)	180	→ 170	D012 20	(名称の変更)
D012 21	淋菌抗原同定検査	180	→ 180	D012 21	(名称の変更)
D012 21	大腸菌O157LPS抗体	180	→ 180	D012 21	
D012 21	単純ヘルペスウイルス特異抗原	180	→ 180	D012 21	
D012 22	大腸菌抗原同定検査	190	→ 180	D012 21	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D012 22	クリプトコックス・ネオフォルマンس抗原	190	→ 190	D012 22	
D012 22	HTLV-I抗体価	190	→ 190	D012 22	(名称の変更)
D012 23	ブルセラ凝集反応	210	→ 210	D012 23	
D012 23	アデノウイルス抗原	210	→ 210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	尿中肺炎球菌莢膜抗原	210	→ 210	D012 23	
D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価	210	→ 210	D012 23	(名称の変更)
D012 23	レプトスピラ抗体価	210	→ 210	D012 23	
D012 24	ツツガムシ抗体価	220	→ 220	D012 24	
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価	220	→ 220	D012 24	(名称の変更)
D012 24	(1→3) - $\beta$ - D - グルカン	220	→ 220	D012 24	
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価	230	→ 220	D012 24	(名称の変更)
D012 25	赤痢アメーバ抗体価	230	→ 230	D012 25	(名称の変更)
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価	230	→ 230	D012 25	(名称の変更)
D012 26	尿中レジオネラ抗原	240	→ 240	D012 26	
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原	240	→ 240	D012 26	(名称の変更)
D012 27	エンドトキシン検査	270	→ 270	D012 27	(名称の変更)
D012 27	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価	270	→ 270	D012 27	(名称の変更)
D012 28	HIV-1抗体価(ウエスタンブロット法)	280	→ 280	D012 28	(名称の変更)
D012 29	百日咳菌抗体価	300	→ 300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	結核菌群抗原	300	→ 300	D012 29	(名称の変更)
D012 29	ダニ特異IgG抗体価	300	→ 300	D012 29	
D012 29	ワイルフェリックス反応	300	→ 300	D012 29	
D012 30	HIV-2抗体価(ウエスタンブロット法)	380	→ 380	D012 30	(名称の変更)
D012 31	白血球中サイトメガロウイルスpp65抗原	410	→ 410	D012 31	
D012 32	HTLV-I抗体価(ウエスタンブロット法)	450	→ 450	D012 32	(名称の変更)
D012 33	HIV抗原	600	→ 600	D012 33	(名称の変更)
D013	肝炎ウイルス関連検査			D013	
D013 1	HBs抗原(定性、半定量)	29	→ 29	D013 1	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D013 2	HBs抗体価(半定量)	32	→ 32	D013 2	(名称の変更)
D013 3	HBs抗原	95	→ 90	D013 3	(名称の変更)
D013 3	HBs抗体価	95	→ 90	D013 3	(名称の変更)
D013 4	HBe抗原	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 4	HBe抗体価	110	→ 110	D013 4	(名称の変更)
D013 5	HCV抗体価(定性、定量)	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 5	HCVコア蛋白質	120	→ 120	D013 5	(名称の変更)
D013 6	HBc抗体価	150	→ 150	D013 6	
D013 6	IgM-HA抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HA抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	IgM-HBc抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 6	HCVコア抗体価	150	→ 150	D013 6	(名称の変更)
D013 7	HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体価	170	→ 160	D013 7	
D013 8	HCV特異抗体価測定による群別判定	240	→ 240	D013 8	
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)	290	→ 290	D013 9	(名称の変更)
D013 10	デルタ肝炎ウイルス抗体価	330	→ 330	D013 10	(名称の変更)
D013 11	HCV特異抗体価	340	→ 340	D013 11	(名称の変更)
D013 注	包括項目:3項目	290	→ 290	D013 注	
D013 注	包括項目:4項目	360	→ 360	D013 注	
D013 注	包括項目:5項目以上	520	→ 494	D013 注	
D014	自己抗体検査			D014	
D014 1	寒冷凝集反応	11	→ 11	D014 1	
D014 2	リウマトイド因子	30	→ 30	D014 2	
D014 3	サイロイドテスト	37	→ 37	D014 3	(項目の分割)
D014 3	マイクロゾームテスト	37	→ 37	D014 3	(項目の分割)
D014 4	Donath-Landsteiner試験(寒冷溶血反応)	55	→ 55	D014 4	
D014 5	LEテスト	70	→ 68	D014 5	
D014 6	抗核抗体価(蛍光抗体法を除く。)	110	→ 110	D014 6	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D014 6	インスリン抗体	110	→ 110	D014 6	(名称の変更)
D014 7	抗核抗体価(蛍光抗体法)	120	→ 115	D014 7	
D014 7	抗ガラクトース欠損IgG抗体価	120	→ 120	D014 8	
D014 7	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3(MMP-3)	120	→ 120	D014 8	(名称の変更)
D014 8	抗Jo-1抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 8	抗サイログロブリン抗体	150	→ 150	D014 9	(名称の変更)
D014 8	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 8	抗RNP抗体	150	→ 150	D014 9	
D014 9	抗Sm抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗SS-A/Ro抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗SS-B/La抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	抗Scl-70抗体	170	→ 170	D014 10	
D014 9	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体	170	→ 170	D014 10	(名称の変更)
D014 10	抗DNA抗体価	180	→ 180	D014 11	
D014 11	抗セントロメア抗体	190	→ 190	D014 12	(名称の変更)
D014 12	モノクローナルRF結合免疫複合体	200	→ 200	D014 13	(名称の変更)
D014 13	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	IgG型リウマチ因子	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 13	抗シトルリン化ペプチド抗体	210	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗ミトコンドリア抗体	230	→ 210	D014 14	(名称の変更)
D014 14	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グリコプロテインI(抗CLβ <sub>2</sub> GP I)複合体抗体	230	→ 230	D014 15	
D014 14	抗LKM-1抗体	230	→ 230	D014 15	(名称の変更)
D014 15	抗カルジオリピン抗体	250	→ 250	D014 16	(名称の変更)
D014 15	TSHレセプター抗体	250	→ 250	D014 16	(名称の変更)
D014 16	血清中抗デスモグレイン3抗体	270	→ 270	D014 17	
D014 16	血清中抗BP180NC16a抗体	270	→ 270	D014 17	
D014 17	ループスアンチコアグラント	290	→ 290	D014 18	
D014 17	細胞質性抗好中球細胞質抗体価	290	→ 290	D014 18	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
D015 12	$\beta_2$ -マイクログロブリン( $\beta_2$ -m)	115	→ 115	D015 12	(名称の変更)	
D015 12	プレアルブミン	115	→ 115	D015 12		
D015 13	レチノール結合蛋白(RBP)	140	→ 140	D015 13		
D015 14	$\alpha_1$ -マイクログロブリン	150	→ 150	D015 14		
D015 14	ハプトグロビン(型補正を含む。)	150	→ 150	D015 14		
D015 15	C <sub>3</sub> プロアクチベータ	160	→ 160	D015 15		
D015 16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)	170	→ 170	D015 16		
D015 17	ヘモペキシン	180	→ 180	D015 17		
D015 18	血中APRスコア	200	→ 200	D015 18		
D015 18	アトピー鑑別試験	200	→ 200	D015 18		
- -	ヒトTARC	-	→ 200	D015 18		(新設)
D015 19	頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン	210	→ 210	D015 19		
D015 20	尿蛋白免疫電気泳動	220	→ 220	D015 20		
D015 21	免疫電気泳動法(同一検体に対して一連につき)	240	→ 240	D015 21		
D015 22	C <sub>1</sub> インアクチベータ	290	→ 290	D015 22		
D015 23	免疫グロブリンL鎖 $\kappa$ / $\lambda$ 比	340	→ 340	D015 23		
D015 24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン $\gamma$	420	→ 600	D015 24		(名称の変更)
D016	細胞機能検査			D016		(名称の変更)
D016 1	表面免疫グロブリン(一連につき)	170	→ 170	D016 1		
D016 2	顆粒球機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	200	→ 200	D016 2		
D016 3	フローサイトメリー法によるT細胞・B細胞百分率検査	210	→ 210	D016 3		
D016 4	モノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査(一連につき)	220	→ 210	D016 3		
D016 4	顆粒球スクリーニング検査(種目数にかかわらず一連につき)	220	→ 220	D016 4		
D016 5	フローサイトメリーのTwo-color分析法による赤血球検査	290	→ 270	D016 5		
D016 5	リンパ球幼若化検査(一連につき)	290	→ 350	D016 6		
<b>(微生物学的検査)</b>						
D017	排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			D017		
D017 1	蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの	32	→ 42	D017 1		

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
- -	注 集菌塗抹法加算	-	→ 32	D017 1	(新設)
D017 2	保温装置使用アメーバ検査	45	→ 45	D017 2	
D017 3	その他のもの	25	→ 40	D017 3	
D018	細菌培養同定検査			D018	
D018 1	口腔、気道又は呼吸器からの検体	130	→ 140	D018 1	
D018 2	消化管からの検体	130	→ 140	D018 2	
D018 2	血液又は穿刺液	130	→ 150	D018 3	
D018 3	泌尿器又は生殖器からの検体	120	→ 130	D018 4	
D018 4	その他の部位からの検体	110	→ 120	D018 5	
D018 5	簡易培養検査	55	→ 60	D018 6	
D018 注	嫌気性培養加算	70	→ 80	D018 注	
D019	細菌薬剤感受性検査			D019	
D019 1	1菌種	130	→ 140	D019 1	
D019 2	2菌種	170	→ 180	D019 2	
D019 3	3菌種以上	220	→ 230	D019 3	
D019-2	酵母様真菌薬剤感受性検査	120	→ 130	D019-2	
D020	抗酸菌分離培養検査			D020	
D020 1	抗酸菌分離培養検査1	150	→ 200	D020 1	
D020 2	抗酸菌分離培養検査2	140	→ 180	D020 2	
D021	抗酸菌同定検査(種目数にかかわらず一連につき)	280	→ 290	D021	
D022	抗酸菌薬剤感受性検査(培地数に関係なく)	-	→ 300	D022	
D022 1	3薬剤以下	200	→ -	- -	(削除)
D022 2	4薬剤以上	230	→ -	- -	(削除)
D023	微生物核酸同定・定量検査			D023	
D023 1	白血球中細菌核酸同定検査(1菌種当たり)	130	→ 130	D023 1	
D023 2	淋菌核酸同定検査	210	→ 210	D023 2	
D023 2	クラミジアトラコマチス核酸同定検査	210	→ 210	D023 2	
D023 3	HBV核酸定量検査	290	→ 290	D023 3	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D023 4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査	300	→ 300	D023 4	(名称の変更)
D023 5	DNAポリメラーゼ	310	→ 310	D023 5	
D023 6	HCV核酸同定検査	360	→ 360	D023 6	
- -	HPV核酸同定検査	-	→ 360	D023 6	(新設)
D023 7	抗酸菌群核酸同定検査	410	→ 410	D023 7	(名称の変更)
D023 7	結核菌群核酸同定検査	410	→ 410	D023 7	(名称の変更)
D023 8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査	430	→ 430	D023 8	(名称の変更)
D023 9	HCV核酸定量検査	450	→ 450	D023 9	
D023 9	血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査	450	→ 450	D023 9	
D023 9	ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査	450	→ 450	D023 9	
D023 9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査	450	→ 450	D023 9	(名称の変更)
D023 10	HIV-I 核酸定量検査	520	→ 520	D023 10	
D023 10	注 濃縮前処理加算	130	→ 130	D023 10	
D023 11	結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550	→ 550	D023 11	
D023 12	HIV-ジェノタイプ薬剤耐性検査	6,000	→ 6,000	D023 12	
D023-2	その他の微生物学的検査			D023-2	
D023-2 1	黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'(PBP2')	55	→ 55	D023-2 1	
D023-2 2	尿素呼気試験	70	→ 70	D023-2 2	
D023-2 3	腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査	150	→ 150	D023-2 3	
D023-2 4	大腸菌ベロトキシン検査	200	→ 200	D023-2 4	(名称の変更)
D024	動物使用検査	170	→ 170	D024	
<b>(基本的検体検査実施料)</b>					
D025	基本的検体検査実施料(1日につき)			D025	
D025 1	基本的検体検査実施料(4週間以内)	140	→ 140	D025 1	
D025 2	基本的検体検査実施料(4週間超え)	110	→ 110	D025 2	
<b>第2款 検体検査判断料</b>					
D026	検体検査判断料			D026	
D026 1	尿・糞便等検査判断料	34	→ 34	D026 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D026 2	血液学的検査判断料	125	→ 125	D026 2	
D026 3	生化学的検査(I)判断料	144	→ 144	D026 3	
D026 4	生化学的検査(II)判断料	144	→ 144	D026 4	
D026 5	免疫学的検査判断料	144	→ 144	D026 5	
D026 6	微生物学的検査判断料	150	→ 150	D026 6	
D026 注	検体検査管理加算(I)	40	→ 40	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(II)	100	→ 100	D026 注	
D026 注	検体検査管理加算(III)	300	→ 300	D026 注	
- -	検体検査管理加算(IV)	-	→ 500	D026 注	(新設)
D027	基本的検体検査判断料	604	→ 604	D027	
<b>第3節 生体検査料</b> (呼吸循環機能検査等)					
D200	スパイログラフィー等検査			D200	
D200 1	肺気量分画測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)	80	→ 80	D200 1	
D200 2	フローボリュームカーブ(強制呼出曲線を含む。)	80	→ 80	D200 2	
D200 3	機能的残気量測定	130	→ 130	D200 3	
D200 4	呼気ガス分析	100	→ 100	D200 4	
D200 5	左右別肺機能検査	1,010	→ 1,010	D200 5	
D201	換気力学的検査			D201	
D201 1	呼吸抵抗測定	70	→ 70	D201 1	
D201 2	コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気分布検査□	135	→ 135	D201 2	
D202	肺内ガス分布			D202	
D202 1	指標ガス洗い出し検査	135	→ 135	D202 1	
D202 2	クロージングボリューム測定	135	→ 135	D202 2	
D203	肺胞機能検査			D203	
D203 1	肺拡散能力検査	135	→ 135	D203 1	
D203 2	死腔量測定、肺内シャント検査	135	→ 135	D203 2	
D204	基礎代謝測定	85	→ 85	D204	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D205	呼吸機能検査等判断料	140	→ 140	D205	
D206	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)			D206	
D206 1	右心カテーテル	3,600	→ 3,600	D206 1	
D206 2	左心カテーテル	4,000	→ 4,000	D206 2	
D207	体液量等測定			D207	
D207 1	体液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 1	細胞外液量測定	60	→ 60	D207 1	
D207 2	血流量測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	皮弁血流検査	100	→ 100	D207 2	
D207 2	循環血流量測定(色素希釈法によるもの)	100	→ 100	D207 2	
D207 2	電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定	100	→ 100	D207 2	
D207 2	血管伸展性検査	100	→ 100	D207 2	
D207 3	心拍出量測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環時間測定	150	→ 150	D207 3	
D207 3	循環血液量測定(色素希釈法以外によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 3	脳循環測定(色素希釈法によるもの)	150	→ 150	D207 3	
D207 4	脳循環測定(笑気法によるもの)	1,350	→ 1,350	D207 4	
D208	心電図検査			D208	
D208 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	130	→ 130	D208 1	
D208 2	ベクトル心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 2	体表ヒス束心電図	150	→ 150	D208 2	
D208 3	携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査	150	→ 150	D208 3	
D208 4	バリスタルジオグラフ	90	→ 90	D208 4	
D208 5	その他(6誘導以上)	90	→ 90	D208 5	
D209	負荷心電図検査			D209	
D209 1	四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導	320	→ 320	D209 1	
D209 2	その他(6誘導以上)	190	→ 190	D209 2	
D210	ホルター型心電図検査			D210	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D210 1	30分又はその端数を増すごとに	90	→ 90	D210 1	
D210 2	8時間を超えた場合	1,500	→ 1,500	D210 2	
D210-2	体表面心電図、心外膜興奮伝播図	1,500	→ 1,500	D210-2	
- -	埋込型心電図検査	-	→ 90	D210-3	(新設)
D211	トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査	800	→ 800	D211	
- -	喘息運動負荷試験	-	→ 800	D211-2	(新設)
D212	リアルタイム解析型心電図	500	→ 500	D212	
D212-2	携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査	500	→ 500	D212-2	
D213	心音図検査	150	→ 150	D213	
D214	脈波図、心機図、ポリグラフ検査			D214	
D214 1	2検査	80	→ 80	D214 1	(名称の変更)
D214 2	3又は4検査	130	→ 130	D214 2	(名称の変更)
D214 3	5又は6検査	180	→ 180	D214 3	(名称の変更)
D214 4	7検査以上	220	→ 220	D214 4	(名称の変更)
D214-2	エレクトロキモグラフ	260	→ 260	D214-2	
<b>(超音波検査等)</b>					
D215	超音波検査(記録に要する費用を含む。)			D215	
D215 1	Aモード法	150	→ 150	D215 1	
D215 2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)			D215 2	(名称の変更)
D215 2	イ 胸腹部	530	→ 530	D215 2	
D215 2	ロ その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等)	350	→ 350	D215 2	
D215 3	心臓超音波検査			D215 3	(名称の変更)
D215 3	イ 経胸壁心エコー法	880	→ 880	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ロ Mモード法	500	→ 500	D215 3	(名称の変更)
D215 3	ハ 経食道心エコー法	1,500	→ 1,500	D215 3	(名称の変更)
- -	ニ 胎児心エコー法	-	→ 1,000	D215 3	(新設)
D215 4	ドブラ法(1日につき)			D215 4	
D215 4	イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査	20	→ 20	D215 4	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D215 4	ロ 脳動脈血流速度連続測定	150	→ 150	D215 4	
D215 4	ハ 脳動脈血流速度マッピング法	400	→ 400	D215 4	
D215 5	血管内超音波法	3,600	→ 3,600	D215 5	
D215 注	造影剤使用加算	150	→ 150	D215 注	
D215 注	パルスドプラ法加算	200	→ 200	D215 注	
D216	サーモグラフィー検査(記録に要する費用を含む。)	200	→ 200	D216	
D216 注	負荷検査加算	100	→ 100	D216 注	
D216-2	残尿測定検査	50	→ -	D216-2	
- -	超音波検査によるもの	-	→ 55	D216-2 1	(新設)
- -	導尿によるもの	-	→ 45	D216-2 2	(新設)
D217	骨塩定量検査			D217	
D217 1	DEXA法による腰椎撮影	360	→ 360	D217 1	
- -	大腿骨同時撮影加算	-	→ 90	D217 注	(新設)
D217 2	MD法	140	→ 140	D217 2	
D217 2	SEXA法等	140	→ 140	D217 2	
D217 3	超音波法	80	→ 80	D217 3	
<b>(監視装置による諸検査)</b>					
D218	分娩監視装置による諸検査			D218	
D218 1	1時間以内の場合	400	→ 400	D218 1	
D218 2	1時間を超え1時間30分以内の場合	550	→ 550	D218 2	
D218 3	1時間30分を超えた場合	700	→ 700	D218 3	
D219	ノンストレステスト(一連につき)	200	→ 200	D219	
D220	呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ			D220	
D220 1	1時間以内又は1時間につき	50	→ 50	D220 1	
D220 2	3時間を超えた場合(1日につき)			D220 2	
D220 2	イ 7日以内の場合	150	→ 150	D220 2	
D220 2	ロ 7日を超え14日以内の場合	130	→ 130	D220 2	
D220 2	ハ 14日を超えた場合	50	→ 50	D220 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D221	削除			D221	
D222	経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定			D222	
D222 1	1時間以内又は1時間につき	100	→ 100	D222 1	
D222 2	5時間を超えた場合(1日につき)	600	→ 600	D222 2	
D223	経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	30	→ 30	D223	
D223-2	終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100	→ 100	D223-2	
D224	終末呼気炭酸ガス濃度測定(1日につき)	100	→ 100	D224	
D225	観血的動脈圧測定(カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。)			D225	
D225 1	1時間以内の場合	130	→ 130	D225 1	
D225 2	1時間を超えた場合(1日につき)	260	→ 260	D225 2	
D225-2	非観血的連続血圧測定(1日につき)	100	→ 100	D225-2	
D225-3	24時間自由行動下血圧測定	200	→ 200	D225-3	
D226	中心静脈圧測定(1日につき)			D226	
D226 1	4回以下の場合	100	→ 100	D226 1	
D226 2	5回以上の場合	200	→ 200	D226 2	
D227	頭蓋内圧持続測定			D227	
D227 1	1時間以内又は1時間につき	100	→ 100	D227 1	
D227 2	3時間を超えた場合(1日につき)	400	→ 400	D227 2	
D228	深部体温計による深部体温測定(1日につき)	100	→ 100	D228	
D229	前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察(1日につき)	100	→ 100	D229	
D230	観血的肺動脈圧測定			D230	
D230 1	1時間以内又は1時間につき	150	→ 150	D230 1	
D230 2	2時間を超えた場合(1日につき)	450	→ 450	D230 2	
D231	人工臓腑(一連につき)	5,000	→ 5,000	D231	
- -	皮下連続式グルコース測定(一連につき)	-	→ 700	D231-2	(新設)
D232	食道内圧測定検査	650	→ 650	D232	
D233	直腸肛門機能検査			D233	
D233 1	1項目行った場合	800	→ 800	D233 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D233 2	2項目以上行った場合	1,200	→ 1,200	D233 2	
D234	胃・食道内24時間pH測定	1,000	→ 1,000	D234	
<b>(脳波検査等)</b>					
D235	脳波検査(過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。)	500	→ 600	D235	
D235 注	睡眠賦活検査又は薬物賦活検査加算	250	→ 250	D235 注	
D235-2	長期継続頭蓋内脳波検査(1日につき)	400	→ 400	D235-2	
- -	長期脳波ビデオ同時記録検査(1日につき)	-	→ 700	D235-3	(新設)
D236	脳誘発電位検査(脳波検査を含む。)			D236	
D236 1	体性感覚誘発電位	670	→ 670	D236 1	
D236 2	視覚誘発電位	670	→ 670	D236 2	
D236 3	聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査	670	→ 670	D236 3	
- -	聴性定常反応	-	→ 800	D236 4	(新設)
D236-2	光トポグラフィー	670	→ 670	D236-2	
D236-3	神経磁気診断	5,000	→ 5,000	D236-3	
D237	終夜睡眠ポリグラフィー			D237	
D237 1	携帯用装置を使用した場合	720	→ 720	D237 1	
D237 2	1以外の場合	3,300	→ 3,300	D237 2	
D237-2	反復睡眠潜時試験(MSLT)	5,000	→ 5,000	D237-2	
D238	脳波検査判断料	140	→ 140	D238	
<b>(神経・筋検査)</b>					
D239	筋電図検査			D239	
D239 1	筋電図(1肢につき(針電極にあつては1筋につき))	200	→ 200	D239 1	
D239 2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	250	→ 150	D239 2	(名称の変更)
D239 3	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	→ 400	D239 3	
D239-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200	→ 200	D239-2	
D239-3	神経学的検査	300	→ 300	D239-3	
D240	神経・筋負荷テスト			D240	
D240 1	テンシロンテスト(ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。)	130	→ 130	D240 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D240 2	瞳孔薬物負荷テスト	130	→ 130	D240 2	
D240 3	乏血運動負荷テスト(乳酸測定等を含む。)	200	→ 200	D240 3	
D241	神経・筋検査判断料	140	→ 140	D241	
D242	尿水力学的検査			D242	
D242 1	膀胱内圧測定	260	→ 260	D242 1	
D242 2	尿道圧測定図	260	→ 260	D242 2	
D242 3	尿流測定	205	→ 205	D242 3	
D242 4	括約筋筋電図	310	→ 310	D242 4	
<b>(耳鼻咽喉科学的検査)</b>					
D243	削除			D243	
D244	自覚的聴力検査			D244	
D244 1	標準純音聴力検査	400	→ 350	D244 1	
D244 1	自記オージオメーターによる聴力検査	400	→ 350	D244 1	
D244 2	標準語音聴力検査	400	→ 350	D244 2	
D244 2	ことばのききとり検査	400	→ 350	D244 2	
D244 3	簡易聴力検査			D244 3	
D244 3	イ 気導純音聴力検査	110	→ 110	D244 3	
D244 3	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40	→ 40	D244 3	
D244 4	後迷路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 4	
D244 5	内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 5	耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400	→ 400	D244 5	
D244 6	中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150	→ 150	D244 6	
D244-2	補聴器適合検査			D244-2	
D244-2 1	1回目	1,300	→ 1,300	D244-2 1	
D244-2 2	2回目以降	700	→ 700	D244-2 2	
D245	鼻腔通気度検査	300	→ 300	D245	
D246	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100	→ 100	D246	
D247	他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査			D247	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D247 1	鼓膜音響インピーダンス検査	300	→ 300	D247 1	
D247 2	チンパノメトリー	350	→ 350	D247 2	
D247 3	耳小骨筋反射検査	450	→ 450	D247 3	
D247 4	遊戯聴力検査	450	→ 450	D247 4	
D247 5	耳音響放射(OAE)検査			D247 5	
D247 5	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100	→ 100	D247 5	
D247 5	ロ その他の場合	300	→ 300	D247 5	
D248	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	450	→ 450	D248	
D249	蝸電図	750	→ 750	D249	
D250	平衡機能検査			D250	
D250 1	標準検査(一連につき)	20	→ 20	D250 1	
D250 2	刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120	→ 120	D250 2	
D250 3	頭位及び頭位変換眼振検査	150	→ 150	D250 3	
D250 4	電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)			D250 4	
D250 4	イ 皿電極により4誘導以上の記録を行った場合	400	→ 400	D250 4	
D250 4	ロ その他の場合	260	→ 260	D250 4	
D250 5	重心動揺計	250	→ 250	D250 5	
D250 5	下肢加重検査	250	→ 250	D250 5	
D250 5	フォースプレート分析	250	→ 250	D250 5	
D250 5	動作分析検査	250	→ 250	D250 5	
D251	音声言語医学的検査			D251	
D251 1	喉頭ストロボスコーピー	450	→ 450	D251 1	
D251 2	音響分析	450	→ 450	D251 2	
D251 3	音声機能検査	450	→ 450	D251 3	
D252	扁桃マッサージ法	40	→ 40	D252	
D253	嗅覚検査			D253	
D253 1	基準嗅覚検査	450	→ 450	D253 1	
D253 2	静脈性嗅覚検査	40	→ 45	D253 2	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D254	電気味覚検査(一連につぎ)	300	→ 300	D254	
<b>(眼科学的検査)</b>					
D255	精密眼底検査(片側)	56	→ 56	D255	
D255-2	汎網膜硝子体検査(片側)	150	→ 150	D255-2	
D256	眼底カメラ撮影			D256	
D256 1	通常の方法の場合	56	→ 56	D256 1	
D256 2	蛍光眼底法の場合	400	→ 400	D256 2	
D256-2	眼底三次元画像解析	200	→ 200	D256-2	
D257	細隙燈顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)	112	→ 112	D257	
D258	網膜電位図(ERG)	230	→ 230	D258	
- -	網膜機能精密電気生理検査(多局所網膜電位図)	-	→ 500	D258-2	(新設)
D259	精密視野検査(片側)	38	→ 38	D259	
D260	量的視野検査(片側)			D260	
D260 1	動的量的視野検査	195	→ 195	D260 1	
D260 2	静的量的視野検査	300	→ 300	D260 2	
D261	屈折検査	74	→ 69	D261	
D262	調節検査	74	→ 74	D262	
D263	矯正視力検査			D263	
D263 1	眼鏡処方せんの交付を行う場合	74	→ 69	D263 1	
D263 2	1以外の場合	74	→ 69	D263 2	
D264	精密眼圧測定	85	→ 82	D264	
D264 注	水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定加算	55	→ 55	D264 注	
D265	角膜曲率半径計測	89	→ 84	D265	
D265-2	角膜形状解析検査	110	→ 110	D265-2	
D266	光覚検査	42	→ 42	D266	
D267	色覚検査			D267	
D267 1	アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合	60	→ 60	D267 1	
D267 2	1以外の場合	38	→ 38	D267 2	



旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D268	眼筋機能精密検査及び輻輳検査	38	→ 38	D268	
D269	眼球突出度測定	38	→ 38	D269	
- -	光学的眼軸長測定	-	→ 150	D269-2	(新設)
D270	削除				
D271	角膜知覚計検査	38	→ 38	D271	
D272	両眼視機能精密検査	38	→ 38	D272	
D272	立体視検査(三杆法又はステレオテスト法による)	38	→ 38	D272	
D272	網膜対応検査(残像法又はバゴリニ線條試験による)	38	→ 38	D272	
D273	細隙燈顕微鏡検査(前眼部)	48	→ 48	D273	
D274	前房隅角検査	38	→ 38	D274	
D275	圧迫隅角検査	76	→ 76	D275	
D276	網膜中心血管圧測定			D276	
D276 1	簡単なもの	42	→ 42	D276 1	
D276 2	複雑なもの	100	→ 100	D276 2	
D277	涙液分泌機能検査	38	→ 38	D277	
D277	涙管通水・通色素検査	38	→ 38	D277	
D278	眼球電位図(EOG)	260	→ 260	D278	
D279	角膜内皮細胞顕微鏡検査	160	→ 160	D279	
D280	レーザー前房蛋白細胞数検査	160	→ 160	D280	
D281	瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)	160	→ 160	D281	
D282	中心フリッカー試験	38	→ 38	D282	
D282-2	PL(Preferential Looking)法	100	→ 100	D282-2	
D282-3	コンタクトレンズ検査料			D282-3	
D282-3 1	コンタクトレンズ検査料1	200	→ 200	D282-3 1	
D282-3 2	コンタクトレンズ検査料2	56	→ 56	D282-3 2	
(皮膚科学的検査)					
D282-4	ダーモスコピー	72	→ 72	D282-4	
(臨床心理・神経心理検査)					

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D283	発達及び知能検査			D283	
D283 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D283 1	
D283 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D283 2	
D284	人格検査			D284	
D284 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D284 1	
D284 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D284 2	
D284 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D284 3	
D285	認知機能検査その他の心理検査			D285	
D285 1	操作が容易なもの	80	→ 80	D285 1	
D285 2	操作が複雑なもの	280	→ 280	D285 2	
D285 3	操作と処理が極めて複雑なもの	450	→ 450	D285 3	
<b>(負荷試験等)</b>					
D286	肝及び腎のクリアランステスト	150	→ 150	D286	
D287	内分泌負荷試験			D287	
D287 1	下垂体前葉負荷試験			D287 1	(名称の変更)
D287 1	イ 成長ホルモン(GH) (一連として)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ロ ギナドトロピン(LH及びFSH) (一連として月1回)	1,600	→ 1,600	D287 1	
D287 1	ハ 甲状腺刺激ホルモン(TSH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ニ プロラクチン(PRL) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 1	ホ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH) (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 1	
D287 2	下垂体後葉負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 2	
D287 3	甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 3	
D287 4	副甲状腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 4	
D287 5	副腎皮質負荷試験			D287 5	
D287 5	イ 鉱質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 5	ロ 糖質コルチコイド (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 5	
D287 6	性腺負荷試験 (一連として月1回)	1,200	→ 1,200	D287 6	
D288	糖負荷試験			D288	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D288 1	常用負荷試験(血糖及び尿糖検査を含む。)	200	→ 200	D288 1	
D288 2	耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験	900	→ 900	D288 2	
D289	その他の機能テスト			D289	
D289 1	膵機能テスト(PFDテスト)	100	→ 100	D289 1	
D289 2	肝機能テスト(ICG1回又は2回法、BSP2回法)	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ビリルビン負荷試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	馬尿酸合成試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	フィッシュバーグ	100	→ 100	D289 2	
D289 2	水利尿試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	アジスカウント(Addis尿沈渣定量検査)	100	→ 100	D289 2	
D289 2	モーゼンタール法	100	→ 100	D289 2	
D289 2	キシローゼ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 2	ヨードカリ試験	100	→ 100	D289 2	
D289 3	胆道機能テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 3	胃液分泌刺激テスト	700	→ 700	D289 3	
D289 4	セクレチン試験	3,000	→ 3,000	D289 4	
D290	卵管通気・通水・通色素検査	100	→ 100	D290	
D290	ルビンテスト	100	→ 100	D290	
D290-2	尿失禁定量テスト(パッドテスト)	100	→ 100	D290-2	
D291	皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定			D291	
D291 1	21箇所以内の場合(1箇所につき)	16	→ 16	D291 1	
D291 2	22箇所以上の場合(一連につき)	350	→ 350	D291 2	
D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1,000	→ 1,000	D291-2	
- -	内服・点滴誘発試験	-	→ 1,000	D291-3	(新設)
<b>(ラジオアイソトープを用いた諸検査)</b>					
D292	体外からの計測によらない諸検査			D292	
D292 1	循環血液量測定	480	→ 480	D292 1	
D292 1	血漿量測定	480	→ 480	D292 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D292 2	血球量測定	800	→ 800	D292 2	
D292 3	吸収機能検査	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 3	赤血球寿命測定	1,550	→ 1,550	D292 3	
D292 4	造血機能検査	2,600	→ 2,600	D292 4	
D292 4	血小板寿命測定	2,600	→ 2,600	D292 4	
D293	シンチグラム(画像を伴わないもの)			D293	
D293 1	甲状腺ラジオアイソトープ摂取率(一連につき)	365	→ 365	D293 1	
D293 2	レノグラム	575	→ 575	D293 2	
D293 2	肝血流量(ヘパトグラム)	575	→ 575	D293 2	
D293 3	心機能検査(心拍出量測定を含む。)	990	→ 990	D293 3	
D293 4	肺局所機能検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
D293 4	脳局所血流検査	1,820	→ 1,820	D293 4	
D294	ラジオアイソトープ検査判断料	110	→ 110	D294	
<b>(内視鏡検査)</b>					
D295	関節鏡検査(片側)	600	→ 600	D295	
D296	喉頭直達鏡検査	190	→ 190	D296	
D296-2	鼻咽腔直達鏡検査	220	→ 220	D296-2	
D297	削除			D297	
D298	嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ(部位を問わず一連につき)	620	→ 600	D298	
- -	内視鏡下嚥下機能検査	-	→ 600	D298-2	(新設)
D299	喉頭ファイバースコープ	620	→ 600	D299	
D300	中耳ファイバースコープ	240	→ 240	D300	
D300-2	顎関節鏡検査(片側)	1,000	→ 1,000	D300-2	
D301	気管支鏡検査	500	→ 500	D301	
D301	気管支カメラ	500	→ 500	D301	
D302	気管支ファイバースコープ	1,500	→ 2,500	D302	
D303	胸腔鏡検査	6,000	→ 6,000	D303	
D304	縦隔鏡検査	7,000	→ 7,000	D304	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D305	食道鏡検査	400	→ 400	D305	
D305	食道カメラ	400	→ 400	D305	
D306	食道ファイバースコープ	800	→ 800	D306	
D306 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D306 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D306 注	(新設)
D307	胃鏡検査	500	→ 500	D307	
D307	ガストロカメラ	500	→ 500	D307	
D308	胃・十二指腸ファイバースコープ	1,140	→ 1,140	D308	
D308 注	胆管・膵管造影法を行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
D308 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D308 注	
D308 注	胆管・膵管鏡を用いて行った場合の加算	600	→ 600	D308 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D308 注	(新設)
D309	胆道ファイバースコープ	1,400	→ 1,400	D309	
D310	小腸ファイバースコープ			D310	
D310 1	ダブルバルーン内視鏡によるもの	2,000	→ 3,000	D310 1	
D310 2	カプセル型内視鏡によるもの	1,700	→ 1,700	D310 2	
D310 3	その他のもの	1,700	→ 1,700	D310 3	
D310 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D310 注	
D311	直腸鏡検査	300	→ 300	D311	
D311-2	肛門鏡検査	200	→ 200	D311-2	
D312	直腸ファイバースコープ	550	→ 550	D312	
D312 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D312 注	
D313	大腸ファイバースコープ			D313	
D313 1	S状結腸	900	→ 900	D313 1	
D313 2	下行結腸及び横行結腸	1,350	→ 1,350	D313 2	
D313 3	上行結腸及び盲腸	1,550	→ 1,550	D313 3	
D313 注	粘膜点墨法を行った場合の加算	60	→ 60	D313 注	
- -	狭帯域光強調加算	-	→ 200	D313 注	(新設)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D314	腹腔鏡検査	1,800	→ 1,800	D314	
D315	腹腔ファイバースコープ	1,800	→ 1,800	D315	
D316	クルドスコープ	400	→ 400	D316	
D317	膀胱尿道ファイバースコープ	900	→ 950	D317	
- -	膀胱尿道鏡検査	-	→ 890	D317-2	(新設)
D318	尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)	1,000	→ 1,000	D318	(名称の変更)
D319	腎盂尿管ファイバースコープ(片側)	1,500	→ 1,500	D319	
D320	ヒステロスコープ	220	→ 220	D320	
D321	コルポスコープ	150	→ 150	D321	
D322	子宮ファイバースコープ	800	→ 800	D322	
D323	乳管鏡検査	800	→ 800	D323	
D324	血管内視鏡検査	1,700	→ 1,700	D324	
D325	肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法	3,600	→ 3,600	D325	
<b>第4節 診断穿刺・検体採取料</b>					
D400	血液採取(1日につき)			D400	
D400 1	静脈	11	→ 13	D400 1	
D400 2	その他	6	→ 6	D400 2	
D400 注	6歳未満の乳幼児加算	14	→ 14	D400 注	
D401	脳室穿刺	500	→ 500	D401	
D401 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D401 注	
D402	後頭下穿刺	300	→ 300	D402	
D402 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D402 注	
D403	腰椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 150	D403	
D403	胸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 150	D403	
D403	頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	150	→ 150	D403	
D403 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D403 注	
D404	骨髄穿刺			D404	
D404 1	胸骨	130	→ 260	D404 1	

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D404 2	その他	150	→ 280	D404 2	
D404 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D404 注	
- -	骨髄生検	-	→ 730	D404-2	(新設)
- -	6歳未満の乳幼児加算	-	→ 100	D404-2 注	(新設)
D405	関節穿刺(片側)	100	→ 100	D405	
D405 注	3歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D405 注	
D406	上顎洞穿刺(片側)	60	→ 60	D406	
D406-2	扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)	180	→ 180	D406-2	
D407	腎嚢胞又は水腎症穿刺	240	→ 240	D407	
D407 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D407 注	
D408	ダグラス窩穿刺	240	→ 240	D408	
D409	リンパ節等穿刺又は針生検	200	→ 200	D409	
- -	センチネルリンパ節生検			D409-2	(新設)
- -	併用法	-	→ 5,000	D409-2 1	(新設)
- -	単独法	-	→ 3,000	D409-2 2	(新設)
D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	200	→ 200	D410	
D411	甲状腺穿刺又は針生検	150	→ 150	D411	
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)	1,600	→ 1,600	D412	
D413	前立腺針生検法	1,400	→ 1,400	D413	
D414	内視鏡下生検法(1臓器につき)	310	→ 310	D414	
- -	超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)	-	→ 4,000	D414-2	(新設)
D415	経気管肺生検法	3,300	→ 4,000	D415	
D416	臓器穿刺、組織採取			D416	
D416 1	開胸によるもの	9,070	→ 9,070	D416 1	
D416 2	開腹によるもの(腎を含む。)	5,550	→ 5,550	D416 2	
D416 注	6歳未満の乳幼児加算	2,000	→ 2,000	D416 注	
D417	組織試験採取、切採法			D417	
D417 1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)	500	→ 500	D417 1	(名称の変更)

旧区分番号	新検査項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
D417 2	骨、骨盤、脊椎	2,300	→ 2,300	D417 2	
D417 3	眼			D417 3	
D417 3	イ 後眼部	650	→ 650	D417 3	
D417 3	ロ その他(前眼部を含む。)	350	→ 350	D417 3	
D417 4	耳	400	→ 400	D417 4	
D417 5	鼻、副鼻腔	400	→ 400	D417 5	
D417 6	口腔	400	→ 400	D417 6	
D417 7	咽頭、喉頭	650	→ 650	D417 7	
D417 8	甲状腺	650	→ 650	D417 8	
D417 9	乳腺	650	→ 650	D417 9	
D417 10	直腸	650	→ 650	D417 10	
D417 11	精巣(睾丸)、精巣上体(副睾丸)	400	→ 400	D417 11	
D417 12	末梢神経	620	→ 620	D417 12	
- -	心筋	-	→ 5,000	D417 13	(新設)
D417 注	6歳未満の乳幼児加算	100	→ 100	D417 注	
D418	子宮腔部等よりの検体採取			D418	
D418 1	子宮頸管粘液採取	40	→ 40	D418 1	
D418 2	子宮腔部組織採取	200	→ 200	D418 2	
D418 3	子宮内膜組織採取	370	→ 370	D418 3	
D419	その他の検体採取			D419	
D419 1	胃液・十二指腸液採取(一連につき)	180	→ 180	D419 1	
D419 2	胸水・腹水採取(簡単な液検査を含む。)	180	→ 180	D419 2	
D419 3	動脈血採取(1日につき)	50	→ 50	D419 3	
- -	前房水採取	-	→ 350	D419 4	(新設)



別表2

## 第3部 検査（名称を変更する項目）

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D001 1	蛋白定量	D001 1	尿蛋白
D001 2	糖定量	D001 2	尿グルコース
D001 3	アミラーゼ定性半定量	D001 3	アミラーゼ(定性、半定量)
D001 4	ビリルビン定量	D001 4	ビリルビン
D001 6	ウロビリニン定量	D001 5	ウロビリニン
D001 6	ウロビリノーゲン定量	D001 5	尿中ウロビリノーゲン
D001 6	浸透圧測定	D001 5	尿浸透圧
D001 7	ポルフィリン症スクリーニングテスト	D001 6	尿中ポルフィリン症スクリーニングテスト
D001 8	N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)	D001 7	尿中N-アセチルグルコサミニダーゼ(NAG)
D001 9	アルブミン定性	D001 8	尿中アルブミン定性
D001 10	黄体形成ホルモン(LH)定性	D001 9	尿中黄体形成ホルモン(LH)定性
D001 10	線維素分解産物(FDP)測定	D001 9	尿中フィブリン分解産物(FDP)
D001 11	マイクロトランスフェリン精密測定(尿中)	D001 10	尿中マイクロトランスフェリン
D001 11	ウロポルフィリン定量	D001 10	尿中ウロポルフィリン
D001 11	アルブミン定量精密測定	D001 10	尿中マイクロアルブミン
D001 11	デルタアミノレブリン酸定量	D001 10	尿中デルタアミノレブリン酸
D001 11	ポリアミン	D001 10	尿中ポリアミン
D001 12	ミオイノシトール定量	D001 11	尿中ミオイノシトール
D001 13	コプロポルフィリン定量	D001 12	尿中コプロポルフィリン
D001 14	ポルフォビリノーゲン定量	D001 13	尿中ポルフォビリノーゲン
D001 15	IV型コラーゲン定量精密測定	D001 14	尿中IV型コラーゲン
D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定	D002-2	フローサイトメトリー法による尿中有形成分測定
D003 2	虫卵検査(集卵法)	D003 2	糞便中虫卵検出(集卵法)
D003 2	ウロビリニン定量	D003 2	糞便中ウロビリニン

D003	2	ウロビリノーゲン定量	D003	2	糞便中ウロビリノーゲン
D003	3	塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪、消化状況観察を含む。)	D003	3	糞便塗抹顕微鏡検査(虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。)
D003	4	虫体検出	D003	4	糞便中虫体検出
D003	5	脂質定量	D003	5	糞便中脂質
D003	6	ヘモグロビン定性	D003	6	糞便中ヘモグロビン定性
D003	7	虫卵培養検査	D003	7	糞便中虫卵培養検査
D003	8	ヘモグロビン定量	D003	8	糞便中ヘモグロビン
D003	9	ヘモグロビン及びトランスフェリン	D003	9	糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン
D003	10	キモトリプシン	D003	10	糞便中キモトリプシン
D004	6	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ	D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性
D004	7	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定	D004	8	子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ
D004	8	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LDH)半定量	D004	9	膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD)半定量
D004	13	髄液オリゴクローナルバンド測定	D004	14	髄液オリゴクローナルバンド
D005	1	赤血球沈降速度測定	D005	1	赤血球沈降速度
D005	3	血液浸透圧測定	D005	3	血液浸透圧
D005	9	血液粘稠度測定	D005	9	血液粘稠度
D005	12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定	D005	12	デオキシチミジンキナーゼ(TK)活性
D005	13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定	D005	13	ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)
D006	1	出血時間測定	D006	1	出血時間
D006	1	プロトロンビン時間測定	D006	2	プロトロンビン時間
D006	2	凝固時間測定	D006	2	凝固時間
D006	4	フィブリノーゲン定量	D006	4	フィブリノーゲン
D006	4	クリオフィブリノーゲン検査	D006	4	クリオフィブリノーゲン検査
D006	5	トロンビン時間測定	D006	5	トロンビン時間
D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間測定	D006	7	活性化部分トロンボプラスチン時間
D006	11	線維素分解産物(FDP)測定	D006	11	フィブリン分解産物(FDP)
D006	11	プラスミン活性値測定検査	D006	11	プラスミン活性値

D006 12	プラスミノーゲン	D006 13	プラスミノゲン
D006 13	フィブリノーゲン分解産物精密測定	D006 14	フィブリノゲン分解産物
D006 14	フォン・ウィルブランド因子	D006 15	フォン・ウィルブランド因子活性
D006 15	D-Dダイマー定量	D006 16	D-Dダイマー
D006 16	第Ⅷ因子様抗原	D006 17	フォン・ウィルブランド因子抗原
D006 17	プロテインS精密測定	D006 18	プロテインS
D006 18	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )精密測定	D006 19	血小板第4因子(PF <sub>4</sub> )
D006 18	β-トロンボグロブリン精密測定	D006 19	β-トロンボグロブリン
D006 19	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定	D006 20	トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)
D006 19	プロトロンビンフラグメントF1+2精密測定	D006 20	プロトロンビンフラグメントF1+2
D006 20	トロンボモジュリン精密測定	D006 21	トロンボモジュリン
D006 21	フィブリンモノマー複合体定量	D006 22	フィブリンモノマー複合体
D006 23	フィブリノペプチド精密測定	D006 24	フィブリノペプチド
D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅精密測定	D006-3	Major bcr-abl mRNA核酸増幅検査
D006-4	遺伝病的検査	D006-4	遺伝学的検査
D006-7	WT1mRNA定量	D006-7	WT1mRNA核酸増幅検査
D007 1	アルカリフォスファターゼ	D007 1	アルカリホスファターゼ
D007 1	γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)	D007 1	γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GT)
D007 1	Na及びCl	D007 1	ナトリウム及びクロール
D007 1	K	D007 1	カリウム
D007 1	Ca	D007 1	カルシウム
D007 1	Mg	D007 1	マグネシウム
D007 1	乳酸脱水素酵素(LDH)	D007 1	乳酸脱水素酵素(LD)
D007 1	酸性フォスファターゼ	D007 1	酸ホスファターゼ
D007 1	クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)	D007 1	クレアチン・ホスホキナーゼ(CK)
D007 4	前立腺酸性フォスファターゼ	D007 4	前立腺酸ホスファターゼ
D007 4	グルタミン酸・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)	D007 4	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)

D007	4	グルタミン・ピルビク・トランスアミナーゼ(GPT)	D007	4	アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)
D007	5	蛋白分画測定	D007	5	蛋白分画
D007	6	Cu	D007	6	銅
D007	9	アデノシンデアミナーゼ(ADA)	D007	12	アデノシンデアミナーゼ
D007	10	グアナーゼ(GU)	D007	13	グアナーゼ
D007	12	有機モノカルボン酸定量	D007	15	有機モノカルボン酸
D007	12	アルカリホスファターゼ・アイソザイム	D007	15	アルカリホスファターゼ・アイソザイム
D007	12	$\gamma$ -GTP・アイソザイム	D007	15	$\gamma$ -GT・アイソザイム
D007	13	GOT・アイソザイム	D007	16	AST・アイソザイム
D007	13	リポ蛋白分画	D007	17	リポ蛋白分画(アガロース法)
D007	14	CPK・アイソザイム	D007	18	CK・アイソザイム
D007	17	G-6-PDH定量	D007	22	G-6-PDH
D007	17	リポ蛋白分画精密測定	D007	22	リポ蛋白分画(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007	19	CPK・アイソザイム精密測定	D007	23	CK-MB
D007	22	リポ蛋白(a)精密測定	D007	26	リポ蛋白(a)
D007	22	心筋トロポニンI精密測定	D007	27	心筋トロポニンI
D007	23	心筋トロポニンT	D007	28	心筋トロポニンT(定性、定量)
D007	23	Al	D007	28	アルミニウム
D007	23	シスタチンC精密測定	D007	28	シスタチンC
D007	25	Zn	D007	30	亜鉛
D007	25	P-III-P精密測定	D007	30	P-III-P
D007	25	IV型コラーゲン精密測定	D007	30	IV型コラーゲン
D007	26	IV型コラーゲン・7S精密測定	D007	31	IV型コラーゲン・7S
D007	26	ビタミンB <sub>12</sub> 定量精密測定	D007	31	ビタミンB <sub>12</sub>
D007	27	葉酸精密測定	D007	32	葉酸
D007	28	アルカリホスファターゼ・アイソザイム精密測定	D007	33	アルカリホスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)
D007	28	アセトアミノフェン精密測定	D007	34	アセトアミノフェン

D007 28	心室筋ミオシン軽鎖 I 精密測定	D007 34	心室筋ミオシン軽鎖 I
D007 30	赤血球コプロポルフィリン定量	D007 36	赤血球コプロポルフィリン
D007 30	腓ホスホリパーゼA <sub>2</sub> (腓PLA <sub>2</sub> )精密測定	D007 36	腓ホスホリパーゼA <sub>2</sub> (腓PLA <sub>2</sub> )
D007 31	リポ蛋白リパーゼ精密測定	D007 37	リポ蛋白リパーゼ
D007 31	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定	D007 37	プロリルヒドロキシラーゼ(PH)
D007 32	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定	D007 38	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性
D007 34	ビタミンB <sub>1</sub> 定量	D007 39	ビタミンB <sub>1</sub>
D007 33	赤血球プロトポルフィリン定量	D007 40	赤血球プロトポルフィリン
D007 36	ビタミンC定量精密測定	D007 42	ビタミンC
D008 3	17-ケトステロイド(17-KS)精密測定	D008 3	17-ケトステロイド(17-KS)
D008 3	ホモバニール酸(HVA)精密測定	D008 3	ホモバニール酸(HVA)
D008 4	バニールマンデル酸(VMA)精密測定	D008 4	バニールマンデル酸(VMA)
D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)精密測定	D008 5	5-ハイドロキシインドール酢酸(5-HIAA)
D008 7	レニン活性精密測定	D008 7	レニン活性
D008 7	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )精密測定	D008 8	トリヨードサイロニン(T <sub>3</sub> )
D008 7	甲状腺刺激ホルモン(TSH)精密測定	D008 8	甲状腺刺激ホルモン(TSH)
D008 7	ガストリン精密測定	D008 8	ガストリン
D008 7	レニン定量精密測定	D008 8	レニン定量
D008 8	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )精密測定	D008 9	サイロキシシン(T <sub>4</sub> )
D008 8	インスリン(IRI)精密測定	D008 9	インスリン(IRI)
D008 9	成長ホルモン(GH)精密測定	D008 10	成長ホルモン(GH)
D008 9	卵胞刺激ホルモン(FSH)精密測定	D008 10	卵胞刺激ホルモン(FSH)
D008 9	C-ペプチド(CPR)精密測定	D008 10	C-ペプチド(CPR)
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)
D008 10	サイロキシシン結合能(TBC)精密測定	D008 11	サイロキシシン結合能(TBC)
D008 10	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )精密測定	D008 11	遊離サイロキシシン(FT <sub>4</sub> )
D008 10	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定	D008 11	抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価

D008 10	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )精密測定	D008 11	遊離トリヨードサイロニン(FT <sub>3</sub> )
D008 10	コルチゾール精密測定	D008 11	コルチゾール
D008 10	アルドステロン精密測定	D008 11	アルドステロン
D008 10	サイロキシン結合蛋白(TBG)精密測定	D008 11	サイロキシン結合蛋白(TBG)
D008 10	テストステロン精密測定	D008 11	テストステロン
D008 10	サイログロブリン精密測定	D008 11	サイログロブリン
D008 10	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定	D008 11	ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)
D008 11	ヒト絨毛性ゴナドトロピン定量(HCG定量)精密測定	D008 12	ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)
D008 11	グルカゴン精密測定	D008 12	グルカゴン
D008 11	カルシトニン精密測定	D008 12	カルシトニン
D008 12	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定	D008 13	I型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)
D008 13	オステオカルシン精密測定	D008 14	オステオカルシン
D008 13	骨型アルカリフォスファターゼ(BAP)精密測定	D008 14	骨型アルカリホスファターゼ(BAP)
D008 13	尿中βクロスラプス精密測定	D008 14	尿中βクロスラプス
D008 13	セクレチン精密測定	D008 14	セクレチン
D008 13	プロジェステロン精密測定	D008 14	プロジェステロン
D008 13	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)定量	D008 14	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン(HCG)
D008 13	遊離テストステロン精密測定	D008 14	遊離テストステロン
D008 13	βクロスラプス精密測定	D008 14	βクロスラプス(尿を除く。)
D008 13	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定	D008 14	低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)
D008 14	サイクリックAMP(C-AMP)精密測定	D008 15	サイクリックAMP(C-AMP)
D008 14	エストリオール(E <sub>3</sub> )精密測定	D008 15	エストリオール(E <sub>3</sub> )
D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)精密測定	D008 15	副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)
D008 15	副甲状腺ホルモン(PTH)精密測定	D008 16	副甲状腺ホルモン(PTH)
D008 15	カテコールアミン分画精密測定	D008 16	カテコールアミン分画
D008 15	DHEA-S精密測定	D008 16	DHEA-S
D008 16	尿中デオキシピリジノリン精密測定	D008 17	尿中デオキシピリジノリン

D008 16	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定	D008 17	副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)
D008 16	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)精密測定	D008 17	17-ケトジェニックステロイド(17-KGS)
D008 16	エストラジオール(E <sub>2</sub> )精密測定	D008 17	エストラジオール(E <sub>2</sub> )
D008 17	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)精密測定	D008 18	副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)
D008 17	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)精密測定	D008 18	17-ケトジェニックステロイド分画(17-KGS分画)
D008 17	カテコールアミン精密測定	D008 18	カテコールアミン
D008 17	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)精密測定	D008 18	17-ケトステロイド分画(17-KS分画)
D008 17	エリスロポエチン精密測定	D008 18	エリスロポエチン
D008 17	17 $\alpha$ -ヒドロキシプロジェステロン精密測定	D008 18	17 $\alpha$ -ヒドロキシプロジェステロン
D008 17	抗IA-2抗体精密測定	D008 18	抗IA-2抗体
D008 18	メタネフリン精密測定	D008 19	メタネフリン
D008 18	ソマトメジンC精密測定	D008 19	ソマトメジンC
D008 18	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定	D008 19	ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)
D008 18	メタネフリン分画精密測定	D008 19	メタネフリン・ノルメタネフリン分画
D008 18	アルギニンバズプレッシン精密測定	D008 19	アルギニンバズプレッシン
D008 19	プレグナントリオール精密測定	D008 20	プレグナントリオール
D008 19	ノルメタネフリン精密測定	D008 20	ノルメタネフリン
D008 20	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定	D008 21	インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)
D009 2	癌胎児性抗原(CEA)精密測定	D009 2	癌胎児性抗原(CEA)
D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)精密測定	D009 2	組織ポリペプチド抗原(TPA)
D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)精密測定	D009 2	扁平上皮癌関連抗原(SCC抗原)
D009 3	DUPAN-2精密測定	D009 3	DUPAN-2
D009 3	NCC-ST-439精密測定	D009 3	NCC-ST-439
D009 3	CA15-3精密測定	D009 3	CA15-3
D009 5	前立腺酸性フォスファターゼ精密測定	D009 3	前立腺酸ホスファターゼ抗原
D009 4	エラスターゼ1精密測定	D009 4	エラスターゼ1
D009 5	PSA精密測定	D009 5	PSA

D009	6	CA19-9精密測定	D009	5	CA19-9
D009	6	塩基性フェトプロテイン(BFP)精密測定	D009	6	塩基性フェトプロテイン(BFP)
D009	6	CA72-4精密測定	D009	6	CA72-4
D009	6	CA-50精密測定	D009	6	CA-50
D009	6	SPan-1抗原精密測定	D009	6	SPan-1抗原
D009	6	シアルルTn抗原精密測定	D009	6	シアルルTn抗原
D009	6	神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定	D009	6	神経特異エノラーゼ(NSE)
D009	6	PIVKA II 精密測定	D009	6	PIVKA II
D009	7	尿中NMP22精密測定	D009	7	尿中NMP22
D009	7	シアルルLe <sup>X</sup> -i(SLX)抗原精密測定	D009	7	シアルルLe <sup>X</sup> -i(SLX)抗原
D009	7	CA125精密測定	D009	7	CA125
D009	8	シアルルLe <sup>X</sup> (CSLEX)抗原精密測定	D009	8	シアルルLe <sup>X</sup> (CSLEX)抗原
D009	8	フリーPSA/トータルPSA比精密測定	D009	8	フリーPSA/トータルPSA比
D009	8	BCA225精密測定	D009	8	BCA225
D009	8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定	D009	8	I型プロコラーゲン-C-プロペプチド
D009	8	I型コラーゲンCテロペプチド精密測定	D009	8	I型コラーゲンCテロペプチド
D009	8	SP1精密測定	D009	8	SP1
D009	9	サイトケラチン19フラグメント精密測定	D009	9	サイトケラチン19フラグメント
D009	9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定	D009	9	ガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)
D009	10	CA602精密測定	D009	10	CA602
D009	10	CA54/61精密測定	D009	10	CA54/61
D009	10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定	D009	10	癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)
D009	11	γ-セミノプロテイン精密測定	D009	11	γ-セミノプロテイン
D009	11	CA130精密測定	D009	11	CA130
D009	12	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量(HCGβコア定量)精密測定	D009	11	尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア(HCGβ-CF)
D009	13	膵癌胎児性抗原(POA)精密測定	D009	12	膵癌胎児性抗原(POA)
D009	14	乳頭分泌液中CEA精密測定	D009	13	乳頭分泌液中CEA



D009	14	乳頭分泌液中HER2タンパク測定	D009	13	乳頭分泌液中HER2タンパク
D009	14	血清中HER2タンパク測定	D009	13	血清中HER2タンパク
D009	15	インターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定	D009	14	インターロイキン2受容体(IL-2R)
D010	5	アミノ酸定量	D010	5	アミノ酸
D012	2	トキソプラズマ抗体価測定	D012	2	トキソプラズマ抗体価(半定量)
D012	5	梅毒脂質抗原使用検査(定量)	D012	5	梅毒脂質抗原使用検査
D012	6	TPHA試験(定量)	D012	6	TPHA試験
D012	7	アデノウイルス抗原	D012	7	アデノウイルス抗原(定性)
D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体	D012	9	ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)
D012	9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定	D012	9	クラミジア・ニューモニエIgG抗体価
D012	10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定	D012	10	クラミジア・ニューモニエIgA抗体価
D012	11	ウイルス抗体価(1項目あたり)	D012	11	ウイルス抗体価(半定量)(1項目当たり)
D012	11	百日咳菌抗体価	D012	11	百日咳菌抗体価(半定量)
D012	12	HTLV-I抗体価	D012	12	HTLV-I抗体価(半定量)
D012	13	トキソプラズマ抗体価精密測定	D012	13	トキソプラズマ抗体価
D012	13	トキソプラズマIgM抗体価精密測定	D012	13	トキソプラズマIgM抗体価
D012	15	抗抗酸菌抗体価精密測定	D012	15	抗抗酸菌抗体価
D012	18	インフルエンザウイルス抗原精密測定	D012	18	インフルエンザウイルス抗原
D012	18	RSウイルス抗原精密測定	D012	18	RSウイルス抗原
D012	19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定	D012	19	抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価
D012	11	ヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定	D012	11	ヘリコバクター・ピロリ抗体
D012	20	大腸菌O157LPS抗原精密測定	D012	21	大腸菌O157LPS抗原
D012	20	クラミジアトラコマチス抗原精密測定	D012	21	クラミジアトラコマチス抗原
D012	21	マイコプラズマ抗原精密測定(咽頭内)	D012	21	マイコプラズマ抗原(咽頭内)
D012	21	淋菌同定精密検査	D012	22	淋菌抗原同定検査
D012	22	HTLV-I抗体価精密測定	D012	23	HTLV-I抗体価
D012	23	アデノウイルス抗原精密測定	D012	24	アデノウイルス抗原

D012 23	抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定	D012 24	抗アニサキスIgG・A抗体価
D012 24	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定	D012 25	グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価
D012 25	サイトメガロウイルス抗体価精密測定	D012 25	サイトメガロウイルス抗体価
D012 25	赤痢アメーバ抗体価精密測定	D012 26	赤痢アメーバ抗体価
D012 25	グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定(1項目あたり)	D012 26	グロブリンクラス別ウイルス抗体価
D012 26	上皮細胞中水痘ウイルス抗原精密測定	D012 27	上皮細胞中水痘ウイルス抗原
D012 27	エンドトキシン定量検査	D012 28	エンドトキシン検査
D012 27	ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価精密測定	D012 28	抗ボレリア・ブルグドルフェリ抗体価
D012 28	HIV-1抗体価精密測定	D012 29	HIV-1抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 29	百日咳菌抗体価精密測定	D012 30	百日咳菌抗体価
D012 29	結核菌群抗原精密測定	D012 30	結核菌群抗原
D012 30	HIV-2抗体価精密測定	D012 31	HIV-2抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 32	HTLV-I抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)	D012 33	HTLV-I抗体価(ウエスタンブロット法)
D012 33	HIV抗原精密測定	D012 34	HIV抗原
D013 1	HBs抗原	D013 1	HBs抗原(定性、半定量)
D013 2	HBs抗体価	D013 2	HBs抗体価(半定量)
D013 3	HBs抗原精密測定	D013 3	HBs抗原
D013 3	HBs抗体価精密測定	D013 3	HBs抗体価
D013 4	HBe抗原精密測定	D013 4	HBe抗原
D013 4	HBe抗体価精密測定	D013 4	HBe抗体価
D013 5	HCV抗体価精密測定	D013 5	HCV抗体価(定性、定量)
D013 5	HCVコア蛋白質測定	D013 5	HCVコア蛋白質
D013 6	IgM-HA抗体価精密測定	D013 6	IgM-HA抗体価
D013 6	HA抗体価精密測定	D013 6	HA抗体価
D013 6	IgM-HBc抗体価精密測定	D013 6	IgM-HBc抗体価
D013 6	HCVコア抗体価精密測定	D013 6	HCVコア抗体価
D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)定量	D013 9	B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)

D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価精密測定	D013	10	デルタ肝炎ウイルス抗体価
D013	11	HCV特異抗体価精密測定	D013	11	HCV特異抗体価
D014	6	インスリン抗体精密測定	D014	6	インスリン抗体
D014	7	マトリックスメタロプロテイナーゼー3(MMP-3)精密測定	D014	8	マトリックスメタロプロテイナーゼー3(MMP-3)
D014	8	甲状腺自己抗体精密測定	D014	9	抗サイログロブリン抗体
D014	9	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体精密測定	D014	10	C <sub>1</sub> q結合免疫複合体
D014	11	抗セントロメア抗体精密測定	D014	12	抗セントロメア抗体
D014	12	モノクローナルRF結合免疫複合体精密測定	D014	13	モノクローナルRF結合免疫複合体
D014	13	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体精密測定	D014	14	C <sub>3</sub> d結合免疫複合体
D014	13	IgG型リウマチ因子精密測定	D014	14	IgG型リウマチ因子
D014	13	抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定	D014	14	抗シトルリン化ペプチド抗体
D014	14	抗ミトコンドリア抗体精密測定	D014	14	抗ミトコンドリア抗体
D014	14	抗LKM-1抗体精密測定	D014	15	抗LKM-1抗体
D014	15	抗カルジオリピン抗体精密測定	D014	16	抗カルジオリピン抗体
D014	15	TSHレセプター抗体精密測定	D014	16	TSHレセプター抗体
D014	17	抗糸球体基底膜抗体精密測定	D014	18	抗糸球体基底膜抗体
D014	19	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定	D014	20	TSH刺激性レセプター抗体(TSAb)
D015	1	C反応性蛋白(CRP)定量	D015	1	C反応性蛋白(CRP)
D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白精密測定	D015	6	血清アミロイドA(SAA)蛋白
D015	16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)測定	D015	16	アレルギー刺激性遊離ヒスタミン(HRT)
D015	24	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- $\gamma$ 測定	D015	25	結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン- $\gamma$
D016	1	表面免疫グロブリン測定検査(一連につき)	D016	1	表面免疫グロブリン(一連につき)
D023	4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査	D023	4	淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定検査
D023	7	抗酸菌群核酸同定精密検査	D023	7	抗酸菌群核酸同定検査
D023	7	結核菌群核酸増幅同定検査	D023	7	結核菌群核酸同定検査
D023	8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査	D023	8	マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定検査
D023	9	SARSコロナウイルス核酸増幅検査	D023	9	SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査

D023-2	4	大腸菌ベロトキシン検出検査	D023-2	4	大腸菌ベロトキシン検査
D210		ホルター型心電図検査(解析料を含む。)	D210		ホルター型心電図検査
D214	1	2誘導	D214	1	2検査
D214	2	3から4誘導	D214	2	3又は4検査
D214	3	5から6誘導	D214	3	5又は6検査
D214	4	7誘導以上	D214	4	7検査以上
D215	2	断層撮影法	D215	2	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)
D215	3	UCG	D215	3	心臓超音波検査
D215	3	イ 断層撮影法及びMモード法による検査	D215	3	イ 経胸壁心エコー法
D215	3	ロ Mモード法のみによる検査	D215	3	ロ Mモード法
D215	3	ハ 経食道的超音波法	D215	3	ハ 経食道心エコー法
D239	2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(一連につき)	D239	2	誘発筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)
D287	1	イ 成長ホルモン(GH)(一連として月1回)	D287	1	イ 成長ホルモン(GH)(一連として)
D318		尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの(膀胱尿道ファイバースコープを含む。))(両側)	D318		尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)
D417	1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱、腱鞘を含む。)	D417	1	皮膚、筋肉(皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含み、心筋を除く。)

別表3

## 第3部 検査 (1つの検査を2つに分ける項目)

旧区分番号	旧検査項目名	新区分番号	新検査項目名
D006 7	複合凝固因子検査	D006 2	トロンボテスト
		D006 7	ヘパプラスチンテスト
D014 3	甲状腺自己抗体検査	D014 3	サイロイドテスト
		D014 3	マイクロゾームテスト

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>第1節 エックス線診断料</p> <p>【通則の削除】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>E001 写真診断</p>	<p>4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について15点を加算する。</p> <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は算定しない。</p> <p>イ 単純撮影の場合 60点</p> <p>ロ 特殊撮影の場合 64点</p> <p>ハ 造影剤使用撮影の場合 72点</p> <p>ニ 乳房撮影の場合 60点</p>	<p>(削除)</p> <p>4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。</p> <p>イ 単純撮影の場合 57点</p> <p>ロ 特殊撮影の場合 58点</p> <p>ハ 造影剤使用撮影の場合 66点</p> <p>ニ 乳房撮影の場合 54点</p>

<p>【点数の見直し】</p>	<p>4 乳房撮影（一連につき）</p>	<p>256点</p>	<p>→ 306点</p>
<p>E 0 0 2 撮影</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単純撮影</p> <p>2 特殊撮影（一連につき）</p> <p>3 造影剤使用撮影</p> <p>4 乳房撮影（一連につき）</p>	<p>65点</p> <p>264点</p> <p>148点</p> <p>196点</p>	<p>→</p> <p>1 単純撮影</p> <p>イ アナログ撮影 60点</p> <p>ロ デジタル撮影 68点</p> <p>2 特殊撮影（一連につき）</p> <p>イ アナログ撮影 260点</p> <p>ロ デジタル撮影 270点</p> <p>3 造影剤使用撮影</p> <p>イ アナログ撮影 144点</p> <p>ロ デジタル撮影 154点</p> <p>4 乳房撮影（一連につき）</p> <p>イ アナログ撮影 192点</p> <p>ロ デジタル撮影 202点</p>
<p>E 0 0 3 造影剤注入手技</p>			
<p>【項目の追加】</p>		<p>(追加)</p>	<p>→</p> <p>7 嚥下造影 240点</p>
<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p>			
<p>【通則の見直し】</p>	<p>2 区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI</p>		<p>→</p> <p>2 区分番号E 2 0 0に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E 2 0 2に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI</p>

E 2 0 0 コンピューター断層撮影  
(CT撮影)(一連につき)

【項目の見直し】

- 1 CT撮影  
 イ マルチスライス型の機器による場合 850点  
 ロ イ以外の場合 660点

【注の見直し】

注1 CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

撮影)を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

- 1 CT撮影  
 イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点  
 ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点  
 ハ イ、ロ以外の場合 600点

注1 CT撮影のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

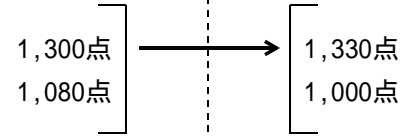
注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。



E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断  
層撮影 ( M R I 撮影 ) ( 一連  
につき )

【点数の見直し】

- 1 1.5テスラ以上の機器による場合
- 2 1以外の場合





病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002、G003、G003 3 又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤 局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入又は点滴注射について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋 肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G0 02に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪 性腫瘍剤局所持続注入、G003 3に掲げる 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、 G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる 中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテ ーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生 労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 において、入院中の患者以外の患者であって、 悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の 開始に当たり注射の必要性、危険性等について 文書により説明を行った上で化学療法を行った 場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げ る点数を、それぞれ1日につき前各号により算 定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

【新設】

700点)

(新設)

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。  
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。  
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G016 硝子体内注射 580点

第2款 無菌製剤処理料

700点)

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる  
薬剤が注射される一部の患者) 50点



1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる  
薬剤が注射される一部の患者)  
イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点  
ロ イ以外の場合 50点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 心大血管疾患リハビリテ-</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>

ション料

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から起算して30日の間に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

【項目の見直し】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 100点

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 245点
  - ロ 廃用症候群の場合 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 200点
  - ロ 廃用症候群の場合 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 100点
  - ロ 廃用症候群の場合 100点

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発



H002 運動器リハビリテーション料

【項目の見直し】

- 1 運動器リハビリテーション料( )(1単位) 170点
- 2 運動器リハビリテーション料( )(1単位) 80点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

- 1 運動器リハビリテーション料( )(1単位) 175点
- 2 運動器リハビリテーション料( )(1単位) 165点
- 3 運動器リハビリテーション料( )(1単位) 80点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(1については、病院又は有床診療所に限る。)において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から150日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

【注の追加】

(追加)

注2 運動器リハビリテーション料( )に係る届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、注1の規定にかかわらず、運動器リハビリテーション料( )を算定する。

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

H003 呼吸器リハビリテーション料

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、治療開始日から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

H003-2 リハビリテーション総

合計画評価料

【注の見直し】

注 心大血管疾患リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、運動器リハビリテーション料( )又は呼吸器リハビリテーション料( )に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

注 心大血管疾患リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、運動器リハビリテーション料( )、運動器リハビリテーション料( )、呼吸器リハビリテーション料( )又はがん患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1月に1回を限度として算定する。

H006 難病患者リハビリテーション料(1日につき)

【点数の見直し】

600点 → 640点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外

の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して行われる場合に算定する。

の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。

【注の削除】

注2 当該保険医療機関において、難病患者リハビリテーションを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。

（削除）

【注の追加】

（追加）

注2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3月以内の期間に限り、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合 280点
- ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合 140点

【新設】

（新設）

H007-2 がん患者リハビリテーション料  
(1単位) 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定め

る患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 精神科専門療法</p> <p>第1節 精神科専門療料</p> <p>I002 通院・在宅精神療法（1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 350点</p> <p>【新規】</p>	<p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 360点</p> <p>(2) 30分未満の場合 350点</p> <p>(新規)</p>	<p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点</p> <p>I003-2 認知療法・認知行動療法（1日につき） 420点</p> <p>注1 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>2 入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の</p>

I 0 0 4 心身医学療法（1回につき）

【点数の見直し】

I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア（1日につき）

【注の追加】

I 0 0 9 精神科デイ・ケア（1日につき）

1 入院中の患者

70点 → 150点

（追加） →

治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に20点を加算する。

【点数の見直し】	1 小規模なもの 2 大規模なもの	550点 660点	→	590点 700点
【注の削除】	注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	→	(削除)	
【注の追加】	(追加)	→	注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	
I 0 1 0 精神科ナイト・ケア(1日につき)				
【点数の見直し】		500点	→	540点
【注の削除】	注3 当該保険医療機関において、精神科ナイト・ケアの場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。	→	(削除)	
【注の追加】	(追加)	→	注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。	



る。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

【注の削除】

注3 当該保険医療機関において、精神科デイ・ナイト・ケアの場合に3食を提供したときは130点を、2食を提供したときは96点を加算する。

【注の追加】

（追加） → 注3 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

【注の見直し】

注6 精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はC 0 0 5 - 1 - 2に掲げる居住系施設入居者等訪問看護・指導料は算定しない。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料（1日につき）

【点数の見直し】

1,000点 → 1,040点

【注の追加】

（追加） → 注2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、所定点数に50点を加算する。

【注の削除】

注3 当該保険医療機関において、重度認知症患者デイ・ケア料を算定すべき重度認知症患者デイ・ケアを行った場合に食事を提供したときは、所定点数に48点を加算する。 → （削除）

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 処置</p> <p>第1節 処置料</p> <p>J001-5 後期高齢者処置(1日につき)</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>J001-6 後期高齢者精神病棟等処置料(1日につき)</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>後期高齢者処置(1日につき)</p> <p>12点</p> <p>注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>後期高齢者精神病棟等処置料(1日につき)</p>	<p>長期療養患者褥瘡等処置(1日につき)</p> <p>24点</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置(1日につき)</p>

【点数の見直し】

15点 → 30点

【注の見直し】

注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

【新設】

(新設)

J003 局所陰圧閉鎖処置(1日につき)  
1 被覆材を貼付した場合  
イ 100平方センチメートル未満 1,600点  
ロ 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 1,680点  
ハ 200平方センチメートル以上 1,900点  
注 初回の貼付に限り、イにあつては1,690点を、ロにあつては2,650点を、ハにあつては3,300点を、それぞれ所定点数に加算する。  
2 その他の場合 900点

J011 骨髄穿刺

【点数の見直し】

1 胸骨

130点 → 260点

	2 その他	150点	280点
J 0 3 8 人工腎臓（1日につき）			
【項目の見直し】	1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合 （別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） イ 4時間未満の場合 2,117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点 ハ 5時間以上の場合 2,397点 2 その他の場合 1,590点	→	1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合 2,075点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点 ハ 5時間以上の場合 2,370点 2 その他の場合 1,580点
【注の見直し】	注5 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。	→	注5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）を限度として算定する。
【注の追加】	（追加）	→	注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。

J 0 4 2 腹膜灌流（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期14日に限り1日につき100点を加算する。
- 2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携帯式腹膜灌流の費用は算定しない。

- 1 連続携帯式腹膜灌流 330点
- 注1 導入期の14日の間に限り、1日につき500点を加算する。
- 2 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として、算定する。

【新設】

（新設）

- J 0 4 5 - 2 一酸化窒素吸入療法 920点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 吸入時間が1時間を超えた場合は、1時間又はその端数を増すごとに、所定点数に920点を加算する。

J 0 5 5 いぼ焼灼法

【点数の見直し】

- 1 3箇所以下 220点
- 2 4箇所以上 270点

- 210点
- 260点

J 0 5 6 いぼ冷凍凝固法

<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 3箇所以下 2 4箇所以上</p>	
<p>J 0 7 0 - 2 干渉低周波による膀胱等刺激法</p>		
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>J 2 0 0 腰部固定帯加算（初回のみ）</p>		
<p>【名称の変更】</p>	<p>腰部固定帯加算（初回のみ）</p>	

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K328、K443の3、K444の4、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K678、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K131-2、K134-2、K142-3、K180の3、K181、K181-2、K190、K190-2、K254（1を算定する場合に限る。）、K328、K443の3、K444の4、K476（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K514-4、K514-6、K548、K595-2、K597からK600まで、K603、K604、K605-2、K605-4、K615-2、K636-2、K678、K695-2、K697-5、K697-7、K709-3、K709-5、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K780、K780-2、K800-3、K841-4、K843-2及びK843-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>



【通則の見直し】

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K702、K703、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803(6を除く。)、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859(1を除く。)、K889並びにK890-2に掲げる手術並びに

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K204、K229、K230、K234からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K319、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496からK498まで、K511、K514、K514-2、K518、K519、K525、K526の2及び3、K527、K529、K531、K537、K537-2、K546、K547、K549、K552、K552-2、K592-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K702、K703、K756(1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。)、K764、K765、K779、K779-3、K780、K780-2、K801、K803(6を除く。)、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859(1を除く。)、K889並びにK

体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の3

890-2に掲げる手術並びに体外循環を要する手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K132、K138、K145、K147、K149、K150、K151-2、K154からK155まで、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK282まで、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K425からK426-2まで、K511の3、K519、K528、K535、K554からK558まで、K562からK572まで、K573の2からK587まで、K589からK591まで、K601、K610の1、K616-3、K633の4、K636、K639、K644、K664、K666、K674、K684、K716の1、K726、K729、K734、K751の1及び2、K751-2、K775、K805、K812-2並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定

【通則の見直し】

00に相当する点数を加算する。

8 3歳未満の乳幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置及びK914に掲げる脳死臓器提供管理料を除く。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

【通則の見直し】

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術若しくは植皮術と他の手術とを同時に行った場合又は大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K 0 0 2 デブリードマン

【注の追加】

(追加)

注3 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。

K 0 0 7 皮膚悪性腫瘍切除術

【注の新設】

(新設)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検(悪性黒色腫に係るものに限る。)を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

K 0 1 3 分層植皮術

【注の見直し】

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部(胸部を含む。)又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

K 0 1 3 - 2 全層植皮術

【注の見直し】

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、

	<p>頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。</p>	<p>頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。</p>
<p>K 0 1 4 皮膚移植術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 1 同種皮膚移植を行った場合に算定する。</p>	<p>注 1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。</p>
<p>第 2 款 筋骨格系・四肢・体幹</p>		
<p>K 0 2 6 - 2 股関節周囲筋腱解離術 （変形性股関節症）</p> <p>【注の新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p>注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。</p>
<p>K 0 5 1 - 2 中手骨又は中足骨摘除術（2 本以上）</p> <p>【注の新設】</p>	<p>（新設）</p>	<p>注 2 本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。</p>
<p>K 1 3 2 椎弓形成手術</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎</p>	<p>注 2 椎弓以上について形成を行う場合は、1 椎</p>

K 1 3 4 椎間板摘出術

【注の新設】

弓を増すごとに所定点数に9,550点を加算する。ただし、加算点数は38,200点を限度とする。

弓を増すごとに所定点数に10,850点を加算する。ただし、加算点数は43,400点を限度とする。

(新設)

注 2 について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに所定点数に9,045点を加算する。ただし、加算点数は36,180点を限度とする。

K 1 4 2 脊椎固定術

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては17,400点、2にあつては12,550点、3にあつては17,400点、4にあつては25,000点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては69,600点、2にあつては50,200点、3にあつては69,600点、4にあつては100,000点を限度とする。

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに、1にあつては18,620点、2にあつては14,950点、3にあつては18,710点、4にあつては37,500点を加算する。ただし、加算点数は1にあつては74,480点、2にあつては59,800点、3にあつては74,840点、4にあつては150,000点を限度とする。

K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に17,400点を加算する。ただし、加算点数は69,600点を限度とする。

注 1及び2の口(胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。)について、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に18,710点を加算する。ただし、加算点数は74,840点を限度とする。

K 1 4 2 - 3 内視鏡下脊椎固定術  
(胸椎又は腰椎前方固定)

【注の見直し】

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に22,600点を加算する。ただし、加算点数は90,400点を限度とする。

注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に33,970点を加算する。ただし、加算点数は135,880点を限度とする。

第3款 神経系・頭蓋

K 1 4 5 穿頭脳室ドレナージ

【注の削除】

注 3歳以上6歳未満の幼児の場合は、60点を加算する。

(削除)

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

【注の新設】

(新設)

注1 開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。  
2 頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、バイパス術併用加算として、所定点数に8,030点を加算する。

K 1 9 0 - 5 重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填

【注の見直し】

注 3月に1回に限り算定する。

注 1月に1回に限り算定する。

第4款 眼

K 2 5 4 角膜切除術

【項目の見直し】

【注の新設】

2,650点

- 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）  
10,000点
- 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
- 2 その他のもの  
2,650点

第7款 胸部

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

【注の新設】

（新設）

- 注 1 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を併せて行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
- 2 色素のみを用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、所定点数に3,000点を加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。



K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管  
再建手術を併施するもの）

【注の見直し】

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000  
点を加算する。

注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500  
点を加算する。

第8款 心・脈管

K 5 5 0 - 2 経皮的冠動脈血栓吸引  
術

【注の新設】

（新設）

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定  
しない。

【新設】

（新設）

K 5 6 7 - 2 経皮的大動脈形成術 34,200点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算  
定しない。

【新設】

（新設）

K 5 7 0 - 3 経皮的肺動脈形成術 24,550点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算  
定しない。

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

【注の追加】

(追加)

注1 三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。

K 6 0 1 人工心肺(1日につき)

【注の見直し】

注1 初日に補助循環又は選択的冠灌流を併せて行った場合は、所定点数に4,800点を加算する(いずれか一方のみを算定する。)

注1 初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、所定点数に4,800点を加算する(主たるもののみを算定する。)

K 6 1 3 腎血管性高血圧症手(経皮的腎血管拡張術)

【注の新設】

(新設)

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

K 6 1 5 - 2 経皮的動脈遮断術 1,390点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【新設】

(新設)

K 6 1 6 - 3 経皮的胸部血管拡張術(先天性心

第9款 腹部

【新設】

第10款 尿路系・副腎

【新設】

K 8 2 1 - 3 尿道ステント前立腺部  
尿道拡張術

疾患術後に限る。) 24,550点

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術 10,800点

注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

(新設)

K 8 0 0 - 3 膀胱水圧拡張術 5,500点

注1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。

2 灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。

【注の追加】		(追加)	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
第11款 男性性器	第11款 男性性器	→	第11款 性器 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。
第12款 女性性器	第12款 女性性器	→	第12款 削除 現行の第11款「男性性器」と第12款「女性性器」を、第11款「性器」として統合。
第13款 臓器提供管理料			
K 9 2 1 移植骨髄穿刺（一連につき）			
【注の見直し】	注 骨髄提供者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定のコスト並びに骨髄提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。	→	注 1 同種移植における造血幹細胞提供者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定のコスト並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。
【注の追加】		(追加)	2 造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤のコストとして、第4節に掲げる所定点数を加算する。
K 9 2 2 骨髄移植			

【注の見直し】

注1 骨髄移植において同種移植を行った場合は、骨髄採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

注1 同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

【注の見直し】

注2 骨髄移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。

注2 造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。

【注の見直し】

注4 骨髄移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

注4 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注5 骨髄移植者に係る骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。

注5 造血幹細胞移植者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定費用は所定点数に含まれるものとする。

【注の削除】

注6 同種末梢血幹細胞移植に用いられた末梢血幹細胞に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれる。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験費用は、所定点数に含まれるものとする。

K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

【注の見直し】

注 脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位測定を行った場合に算定する。

注 脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術に当たって、脊髄誘発電位等測定を行った場合に算定する。

K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

【注の見直し】

注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術又は悪性腫瘍等に係る手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

K 9 3 2 創外固定器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 0 4 6及びK 0 5 8に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 0 4 6、K 0 5 8又はK 1 2 5に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

【注の見直し】

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4 - 2、K 5 1 7、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2 - 2まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 1 - 2、K 7 1 6、

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4 - 2、K 5 1 7、K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2 - 2まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、

K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算

【注の見直し】

K 7 1 9、K 7 1 9 - 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 5、K 7 3 5 - 3、K 7 3 9からK 7 4 0 - 2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2 - 2まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9 - 2の2、K 7 3 9からK 7 4 0 - 2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

K 7 1 1 - 2、K 7 1 6、K 7 1 9、K 7 1 9 - 2、K 7 1 9 - 3、K 7 3 2の2、K 7 3 5、K 7 3 5 - 3、K 7 3 9からK 7 4 0 - 2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 5 2 2 - 3、K 5 2 5、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2 - 2まで、K 6 5 5、K 6 5 5 - 2、K 6 5 5 - 4、K 6 5 7、K 6 5 7 - 2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9の3、K 7 1 9 - 2の2、K 7 3 9からK 7 4 0 - 2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

別表1

## 第10部 手術

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
第1節 手術料					
第1款 皮膚・皮下組織					
(皮膚、皮下組織)					
K000	創傷処理			K000	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,680	→ 1,680	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,000	→ 2,000	3	
4	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)	470	→ 470	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	850	→ 850	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,320	→ 1,320	6	
K000-2	小児創傷処理(6歳未満)			K000-2	
1	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満)	1,250	→ 1,250	1	
2	筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	1,400	→ 1,400	2	
3	筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	1,850	→ 1,850	3	
4	筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上)	2,200	→ 2,200	4	
5	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル未満)	450	→ 450	5	
6	筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)	500	→ 500	6	
7	筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)	950	→ 950	7	
8	筋肉、臓器に達しないもの(長径10センチメートル以上)	1,450	→ 1,450	8	
K001	皮膚切開術			K001	
1	長径10センチメートル未満	470	→ 470	1	
2	長径10センチメートル以上20センチメートル未満	820	→ 820	2	
3	長径20センチメートル以上	1,470	→ 1,470	3	
K002	デブリードマン			K002	
1	100平方センチメートル未満	1,020	→ 1,020	1	
2	100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,300	→ 2,300	2	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K003	3	3,000平方センチメートル以上	3,700	→ 4,810	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)			K003	
	1	長径3センチメートル未満	3,480	→ 3,480	1	
K004	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	7,060	→ 9,180	2	
	3	長径6センチメートル以上	9,450	→ 14,170	3	
		皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)			K004	
K005	1	長径3センチメートル未満	2,110	→ 2,110	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,360	→ 4,360	2	
	3	長径6センチメートル以上	5,610	→ 7,290	3	
K006		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)			K005	
	1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
K006-2	3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			K006	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
K006-3	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
	3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
		鶏眼・胼胝切除術(露出部で縫合を伴うもの)			K006-2	
K006-4	1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
	2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
	3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K006-3		鶏眼・胼胝切除術(露出部以外で縫合を伴うもの)			K006-3	
	1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
	2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
K006-4	3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
		皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)			K006-4	
	1	長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280	→ 1,280	1	
	2	長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050	→ 2,050	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K007	3	長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230	→	3,230	3	
	4	長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160	→	4,160	4	
		皮膚悪性腫瘍切除術				K007	
K008	1	広汎切除	18,000	→	21,700	1	
	2	単純切除	11,000	→	11,000	2	
		腋臭症手術				K008	
	1	皮弁法	5,730	→	5,730	1	
	2	皮膚有毛部切除術	3,000	→	3,000	2	
	3	その他のもの	1,660	→	1,660	3	
<b>(形成)</b>							
K009		皮膚剥削術				K009	
	1	25平方センチメートル未満	1,490	→	1,490	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	3,360	→	4,370	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	5,360	→	6,970	3	
	4	200平方センチメートル以上	8,070	→	10,490	4	
K010		瘢痕拘縮形成手術				K010	
	1	顔面	9,740	→	9,740	1	
	2	その他	8,060	→	8,060	2	
K011		顔面神経麻痺形成手術				K011	
	1	静的なもの	14,700	→	14,700	1	
	2	動的なもの	26,000	→	39,000	2	
K012		削除				K012	
K013		分層植皮術				K013	
	1	25平方センチメートル未満	5,000	→	3,330	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,000	→	4,590	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	9,000	→	6,660	3	
	4	200平方センチメートル以上	13,000	→	20,150	4	
K013-2		全層植皮術				K013-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K014	1	25平方センチメートル未満	10,000	→	10,000	1	【名称の見直し】 【新設】
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	12,500	→	12,500	2	
	3	100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	20,000	→	21,700	3	
	4	200平方センチメートル以上	30,000	→	31,350	4	
		皮膚移植術(生体・培養)	4,700	→	4,700	K014	
		皮膚移植術(死体)				K014-2	
		200平方センチメートル未満	-	→	5,190	1	
		200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	-	→	6,920	2	
		500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	-	→	10,380	3	
		1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	-	→	25,320	4	
		3,000平方センチメートル以上	-	→	28,930	5	
K015		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				K015	
K016	1	25平方センチメートル未満	3,760	→	3,760	1	
	2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	6,830	→	8,800	2	
	3	100平方センチメートル以上	10,400	→	15,600	3	
K017		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	21,900	→	32,850	K016	
K018		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	43,000	→	64,500	K017	
K019		削除				K018	
K020		複合組織移植術	11,700	→	11,700	K019	
K021		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	49,200	→	73,800	K020	
K021-2		粘膜移植術				K021	
K021-2	1	4平方センチメートル未満	5,010	→	5,010	1	
	2	4平方センチメートル以上	5,500	→	5,500	2	
K022	1	粘膜弁手術				K021-2	
	1	4平方センチメートル未満	6,860	→	8,920	1	
K022-2		4平方センチメートル以上	7,250	→	9,430	2	
K022		組織拡張器による再建手術(一連につき)	10,400	→	13,520	K022	
K022-2		象皮病根治手術				K022-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
1	大腿	16,200	→ 21,060	1	
2	下腿	11,300	→ 14,690	2	
<b>第2款 筋骨格系・四肢・体幹</b>					
<b>(筋膜、筋、腱、腱鞘)</b>					
K023	筋膜切離術、筋膜切開術	840	→ 840	K023	
K024	筋切離術	2,370	→ 2,370	K024	
K025	股関節内転筋切離術	3,390	→ 3,390	K025	
K026	股関節筋群解離術	9,340	→ 9,340	K026	
K026-2	股関節周囲筋腱解離術(変形性股関節症)	16,700	→ 16,700	K026-2	
K027	筋炎手術			K027	
1	腸腰筋、殿筋、大腿筋	2,060	→ 2,060	1	
2	その他の筋	1,210	→ 1,210	2	
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050	→ 2,050	K028	
K029	筋肉内異物摘出術	2,840	→ 2,840	K029	
K030	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術			K030	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	6,060	→ 6,060	1	
2	手、足	3,750	→ 3,750	2	
K031	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術			K031	
1	肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹	12,200	→ 15,860	1	
2	手、足	10,200	→ 10,200	2	
K032	削除			K032	
K033	筋膜移植術			K033	
1	指(手、足)	6,070	→ 6,070	1	
2	その他のもの	8,180	→ 8,180	2	
K034	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	3,300	→ 3,300	K034	
K035	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	6,760	→ 8,790	K035	
K035-2	腱滑膜切除術	6,760	→ 6,760	K035-2	
K036	削除			K036	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K037	腱縫合術	6,700	→ 8,710	K037	
K037-2	アキレス腱断裂手術	6,700	→ 8,710	K037-2	
K038	腱延長術	6,910	→ 8,980	K038	
K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)			K039	
	1 指(手、足)	8,050	→ 10,470	1	
	2 その他のもの	10,700	→ 13,910	2	
K040	腱移行術			K040	
	1 指(手、足)	8,050	→ 10,470	1	
	2 その他のもの	10,700	→ 13,910	2	
	指伸筋腱脱臼観血的整復術	-	→ 10,470	K040-2	【新設】
K041	削除			K041	
<b>(四肢骨)</b>					
K042	骨穿孔術	1,730	→ 1,730	K042	
K043	骨搔爬術			K043	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-2	骨関節結核瘻孔摘出術			K043-2	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)			K043-3	【名称の見直し】
	1 肩甲骨、上腕、大腿	8,580	→ 8,580	1	
	2 前腕、下腿	5,150	→ 5,150	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590	→ 3,590	3	
K044	骨折非観血的整復術			K044	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	1,600	→ 1,600	1	
	2 前腕、下腿	1,780	→ 1,780	2	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K045	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	1,440	→ 1,440	3	
		骨折経皮的鋼線刺入固定術			K045	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	4,400	→ 5,430	1	
K046	2	前腕、下腿	3,600	→ 3,600	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	1,660	→ 1,660	3	
		骨折観血的手術			K046	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	12,800	→ 14,470	1	
K047	2	前腕、下腿、手舟状骨	8,760	→ 11,390	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	5,610	→ 7,290	3	
		難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047	
K047-2		難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500	→ 12,500	K047-2	
K047-3		超音波骨折治療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K047-3	
K048		骨内異物(挿入物を含む。)除去術			K048	
K049	1	頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	4,650	→ 6,050	1	
	2	前腕、下腿	4,180	→ 4,180	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	2,900	→ 2,900	3	
K050		骨部分切除術			K049	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	4,540	→ 5,900	1	
	2	前腕、下腿	4,410	→ 4,410	2	
K051	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,280	→ 3,280	3	
		腐骨摘出術			K050	
	1	肩甲骨、上腕、大腿	8,850	→ 11,510	1	
K051	2	前腕、下腿	6,170	→ 8,020	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,420	→ 3,420	3	
		骨全摘術			K051	
K051	1	肩甲骨、上腕、大腿	16,500	→ 21,450	1	
	2	前腕、下腿	7,720	→ 10,040	2	
	3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,970	→ 5,160	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	3,970	→ 5,160	K051-2	
K052	骨腫瘍切除術			K052	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 3,340	3	
K052-2	多発性軟骨性外骨腫摘出術			K052-2	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 3,340	3	
K052-3	多発性骨腫摘出術			K052-3	
1	肩甲骨、上腕、大腿	10,300	→ 13,390	1	
2	前腕、下腿	7,210	→ 7,210	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	3,340	→ 3,340	3	
K053	骨悪性腫瘍手術			K053	
1	肩甲骨、上腕、大腿	19,200	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿	17,700	→ 20,200	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	11,600	→ 14,470	3	
K054	骨切り術			K054	
1	肩甲骨、上腕、大腿	17,800	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿	12,200	→ 15,860	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	6,100	→ 6,100	3	
K055	削除			K055	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	30,000	→ 33,900	K055-2	
K055-3	大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	25,000	→ 28,900	K055-3	
K056	偽関節手術			K056	
1	肩甲骨、上腕、大腿	16,900	→ 21,700	1	
2	前腕、下腿、手舟状骨	15,400	→ 20,020	2	
3	鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	8,580	→ 11,150	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K057	変形治癒骨折矯正手術			K057	
	1 肩甲骨、上腕、大腿	18,500	→ 24,050	1	
	2 前腕、下腿	16,300	→ 21,190	2	
	3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	9,330	→ 12,130	3	
K058	骨長調整手術			K058	
	1 骨端軟骨発育抑制術	9,670	→ 12,570	1	
	2 骨短縮術	8,850	→ 11,510	2	
	3 骨延長術(指(手、足))	12,000	→ 12,610	3	
	4 骨延長術(指(手、足)以外)	15,800	→ 20,540	4	
K059	骨移植術(軟骨移植術を含む。)			K059	
	1 自家骨移植	8,300	→ 10,790	1	
	2 同種骨移植(生体)	9,100	→ 12,870	2	
	3 同種骨移植(非生体)	9,900	→ 11,830	3	
<b>(四肢関節、靱帯)</b>					
K060	関節切開術			K060	
	1 肩、股、膝	2,770	→ 2,770	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,280	→ 1,280	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	680	→ 680	3	
K060-2	肩甲関節周囲沈着石灰摘出術	2,770	→ 2,770	K060-2	
K060-3	化膿性又は結核性関節炎搔爬術			K060-3	
	1 肩、股、膝	15,400	→ 15,400	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 10,100	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K061	関節脱臼非観血的整復術			K061	
	1 肩、股、膝	1,580	→ 1,580	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	1,000	→ 1,000	2	
	3 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	800	→ 800	3	
K062	先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)			K062	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
			改正前	改正後			
K063	1	リーメンビューゲル法	1,580	→ 2,050	1		
	2	その他	2,270	→ 2,950	2		
		関節脱臼観血的整復術			K063		
	1	肩、股、膝	18,500	→ 21,700	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	12,800	→ 14,470	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	8,920	→ 11,600	3		
K064		先天性股関節脱臼観血的整復術	12,500	→ 16,250	K064		
K065		関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065		【名称の見直し】
	1	肩、股、膝	7,350	→ 9,560	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	4,600	→ 4,600	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	2,950	→ 2,950	3		
K065-2		関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術			K065-2	【名称の見直し】	
	1	肩、股、膝	11,700	→ 11,700	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	7,900	→ 9,460	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,100	→ 6,100	3		
K066		関節滑膜切除術			K066		
	1	肩、股、膝	10,500	→ 13,650	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 9,800	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 6,500	3		
K066-2		関節鏡下関節滑膜切除術			K066-2	【名称の見直し】	
	1	肩、股、膝	13,800	→ 13,800	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→ 13,100	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	9,500	→ 12,350	3		
K066-3		滑液膜摘出術			K066-3		
	1	肩、股、膝	10,500	→ 13,650	1		
	2	胸鎖、肘、手、足	9,800	→ 9,800	2		
	3	肩鎖、指(手、足)	6,500	→ 6,500	3		
K066-4		関節鏡下滑液膜摘出術			K066-4	【名称の見直し】	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K066-5	1	肩、股、膝	13,800	→	13,800	K066-5	【名称の見直し】
	2	胸鎖、肘、手、足	13,100	→	13,100		
	3	肩鎖、指(手、足)	9,500	→	12,350		
		膝蓋骨滑液嚢切除術	9,800	→	9,800		
		関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	13,100	→	13,100		
		掌指関節滑膜切除術	6,500	→	6,500		
		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	9,500	→	12,350		
		関節鼠摘出手術					
K067	1	肩、股、膝	10,000	→	10,000	K067-2	【名称の見直し】
	2	胸鎖、肘、手、足	8,680	→	8,680		
	3	肩鎖、指(手、足)	3,970	→	3,970		
		関節鏡下関節鼠摘出手術					
		関節鏡下半月板切除術	14,100	→	14,100		
K068	2	胸鎖、肘、手、足	11,300	→	14,690	K068	【名称の見直し】
	3	肩鎖、指(手、足)	7,100	→	9,230		
		半月板切除術	8,800	→	8,800		
K068-2		関節鏡下半月板切除術	11,100	→	12,610	K068-2	【名称の見直し】
K069		半月板縫合術	9,800	→	9,800	K069	
K069-2		関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	9,000	→	11,700	K069-2	
K069-3		関節鏡下半月板縫合術	12,700	→	14,470	K069-3	【名称の見直し】
K070		ガングリオン摘出術				K070	
K071	1	手、足、指(手、足)	3,050	→	3,050	K071	
	2	その他(ヒグローム摘出術を含む。)	3,190	→	3,190		
K072		削除				K072	
K072	1	肩、股、膝	11,400	→	14,820	K072	
	2	胸鎖、肘、手、足	9,510	→	12,360		
	3	肩鎖、指(手、足)	4,360	→	4,360		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K073	関節内骨折観血的手術			K073	
1	肩、股、膝	16,800	→ 16,800	1	
2	胸鎖、肘、手、足	10,100	→ 13,130	2	
3	肩鎖、指(手、足)	6,140	→ 7,980	3	
K074	靭帯断裂縫合術			K074	
1	十字靭帯	10,100	→ 13,130	1	
2	膝側副靭帯	9,800	→ 12,740	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	6,450	→ 6,450	3	
K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術			K074-2	【名称の見直し】
1	十字靭帯	13,000	→ 16,900	1	
2	膝側副靭帯	12,700	→ 12,700	2	
3	指(手、足)その他の靭帯	9,300	→ 12,090	3	
K075	非観血的関節授動術			K075	
1	肩、股、膝	1,320	→ 1,320	1	
2	胸鎖、肘、手、足	1,260	→ 1,260	2	
3	肩鎖、指(手、足)	490	→ 490	3	
K076	観血的関節授動術			K076	
1	肩、股、膝	26,500	→ 38,890	1	
2	胸鎖、肘、手、足	16,900	→ 21,700	2	
3	肩鎖、指(手、足)	6,510	→ 8,460	3	
K077	観血的関節制動術			K077	
1	肩、股、膝	16,200	→ 21,060	1	
2	胸鎖、肘、手、足	9,210	→ 11,970	2	
3	肩鎖、指(手、足)	4,270	→ 5,550	3	
K078	観血的関節固定術			K078	
1	肩、股、膝	18,400	→ 18,400	1	
2	胸鎖、肘、手、足	11,000	→ 14,300	2	
3	肩鎖、指(手、足)	5,540	→ 5,540	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K079	靱帯断裂形成手術			K079	
	1 十字靱帯	18,700	→ 21,700	1	
	2 膝側副靱帯	11,500	→ 14,470	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	9,680	→ 12,580	3	
K079-2	関節鏡下靱帯断裂形成手術			K079-2	【名称の見直し】
	1 十字靱帯	20,800	→ 31,200	1	
	2 膝側副靱帯	13,500	→ 13,500	2	
	3 指(手、足)その他の靱帯	11,900	→ 12,610	3	
K080	関節形成手術			K080	
	1 肩、股、膝	26,500	→ 39,750	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,600	→ 21,700	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,130	→ 10,570	3	
K080-2	内反足手術	17,600	→ 25,930	K080-2	
	肩腱板断裂手術	—	→ 18,700	K080-3	【新設】
	関節鏡下肩腱板断裂手術	—	→ 27,040	K080-4	【新設】
K081	人工骨頭挿入術			K081	
	1 肩、股	15,000	→ 15,000	1	
	2 肘、手、足	11,600	→ 14,470	2	
	3 指(手、足)	5,370	→ 6,980	3	
K082	人工関節置換術			K082	
	1 肩、股、膝	22,300	→ 28,990	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	17,500	→ 21,700	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	7,880	→ 10,240	3	
K082-2	人工関節抜去術			K082-2	
	1 肩、股、膝	15,500	→ 23,250	1	
	2 胸鎖、肘、手、足	12,200	→ 15,860	2	
	3 肩鎖、指(手、足)	8,250	→ 10,730	3	
K082-3	人工関節再置換術			K082-3	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K083	1	肩、股、膝	33,900	→ 50,850	1	
	2	胸鎖、肘、手、足	26,300	→ 26,300	2	
	3	肩鎖、指(手、足)	11,800	→ 15,340	3	
	K083-2	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	2,030	→ 2,030	K083	
		内反足足板挺子固定	2,030	→ 2,030	K083-2	
<b>(四肢切断、離断、再接合)</b>						
K084		四肢切断術			K084	
	1	肩甲帯	21,600	→ 28,080	1	
	2	上腕、前腕、手、大腿、下腿、足	14,400	→ 18,710	2	
	3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K084-2		肩甲帯離断術	21,600	→ 28,080	K084-2	
K085		四肢関節離断術			K085	
	1	肩、股、膝	15,400	→ 20,020	1	
	2	肘、手、足	10,100	→ 10,100	2	
	3	指(手、足)	3,330	→ 3,330	3	
K086		断端形成術(軟部形成のみのもの)			K086	
	1	指(手、足)	2,770	→ 2,770	1	
	2	その他	3,300	→ 3,300	2	
K087		断端形成術(骨形成を要するもの)			K087	
	1	指(手、足)	6,100	→ 6,100	1	
	2	その他	8,760	→ 8,760	2	
K088		切断四肢再接合術			K088	
	1	四肢	64,400	→ 96,600	1	
	2	指(手、足)	36,400	→ 54,600	2	
<b>(手、足)</b>						
K089		爪甲除去術	640	→ 640	K089	
K090		ひょう疽手術			K090	
	1	軟部組織のもの	990	→ 990	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K090-2 K091	2 骨、関節のもの 風棘手術	1,280	→ 1,280	2 K090-2 K091	
		990	→ 990		
K092 K093	1 簡単なもの	1,400	→ 1,400	1	
	2 爪床爪母の形成を伴う複雑なもの 削除	2,490	→ 2,490	2 K092	
K093-2	手根管開放手術	4,110	→ 4,110	K093	
K094	関節鏡下手根管開放手術	7,100	→ 9,230	K093-2	
K095	足三関節固定(ランブリヌディ)手術	15,000	→ 19,500	K094	
K096	削除			K095	
K097	手掌、足底腱膜切離・切除術	2,750	→ 2,750	K096	
K098	手掌、足底異物摘出術	3,190	→ 3,190	K097	
K099	手掌屈筋腱縫合術	6,560	→ 8,530	K098	
K099-2	指癒痕拘縮手術	5,290	→ 5,290	K099	
K100	デュプイトレン拘縮手術			K099-2	
	1指	6,170	→ 8,020	1	
	2指から3指	13,300	→ 17,290	2	
K101	3 4指以上	17,600	→ 22,880	3	
	多指症手術			K100	
K101	1 軟部形成のみのもの	2,640	→ 2,640	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	7,840	→ 10,190	2	
K101-2	合指症手術			K101	
	1 軟部形成のみのもの	5,630	→ 5,630	1	
K102	2 骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	→ 10,700	2	
	指癒着症手術			K101-2	
K102	1 軟部形成のみのもの	5,630	→ 5,630	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	8,230	→ 10,700	2	
	巨指症手術			K102	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K103	1 軟部形成のみのもの	6,410	→ 6,410	1	
	2 骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 11,840	2	
K104	屈指症手術、斜指症手術			K103	
	1 軟部形成のみのもの	6,810	→ 8,850	1	
K105	2 骨関節、腱の形成を要するもの	9,110	→ 11,840	2	
	削除			K104	
K106	裂手、裂足手術	15,000	→ 19,500	K105	
K107	母指化手術	16,600	→ 24,900	K106	
K108	指移植手術	42,500	→ 63,750	K107	
K109	母指対立再建術	9,850	→ 12,810	K108	
K110	神経血管柄付植皮術(手、足)	21,100	→ 31,650	K109	
K110-2	第四足指短縮症手術	9,060	→ 9,060	K110	
K111	第一足指外反症矯正手術	9,060	→ 9,060	K110-2	
	削除			K111	
<b>(脊柱、骨盤)</b>					
K112	腸骨窩膿瘍切開術	3,590	→ 4,670	K112	
K113	腸骨窩膿瘍搔爬術	6,860	→ 8,920	K113	
K114	削除			K114	
及び K115				及び K115	
K116	脊椎、骨盤骨搔爬術	10,400	→ 13,520	K116	
K117	脊椎脱臼非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K117	
K117-2	頸椎非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K117-2	
K117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	1,980	→ 2,570	K117-3	
K118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	18,900	→ 21,700	K118	
K119	仙腸関節脱臼観血的手術	17,400	→ 18,710	K119	
K120	恥骨結合離開観血的手術	6,430	→ 6,430	K120	
K120-2	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580	→ 1,580	K120-2	
K121	骨盤骨折非観血的整復術	1,980	→ 2,570	K121	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K122 及び K123 K124	削除 腸骨翼骨折観血的手術	9,320	→ 12,120	K122 及び K123 K124	
K125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	18,800	→ 22,450	K125	
K126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)			K126	
	1 棘突起、腸骨翼	3,150	→ 3,150		1
	2 その他のもの	3,470	→ 4,510		2
K127	削除			K127	
K128	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	7,550	→ 9,820	K128	
K129 及び K130	削除			K129 及び K130	
K131	椎弓切除術	12,100	→ 12,100	K131	
K131-2	内視鏡下椎弓切除術	12,100	→ 12,100	K131-2	
K132	椎弓形成手術	19,100	→ 21,700	K132	
K133	黄色靭帯骨化症手術	17,000	→ 22,100	K133	
K134	椎間板摘出術			K134	
	1 前方摘出術	20,600	→ 26,780		1
	2 後方摘出術	17,200	→ 18,090		2
	3 側方摘出術	17,100	→ 21,700		3
	4 経皮的髓核摘出術	10,100	→ 12,930		4
K134-2	内視鏡下椎間板摘出(切除)術			K134-2	
	1 前方摘出術	33,600	→ 50,400		1
	2 後方摘出術	17,200	→ 25,800		2
K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術	19,700	→ 25,610	K135	
K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	31,100	→ 46,650	K136	
K137	骨盤切断術	32,900	→ 37,420	K137	
K138	脊椎披裂手術			K138	
	1 神経処置を伴うもの	15,800	→ 20,540		1



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	2	その他のもの	9,770	→ 12,700	2	
K139		脊椎骨切り術	26,900	→ 40,350	K139	
K140		骨盤骨切り術	19,900	→ 25,870	K140	
K141		臼蓋形成手術	16,700	→ 21,710	K141	
K141-2		寛骨臼移動術	28,000	→ 28,000	K141-2	
K142		脊椎固定術			K142	
	1	前方椎体固定	34,800	→ 37,240	1	
	2	後方又は後側方固定	25,100	→ 29,900	2	
	3	後方椎体固定	34,800	→ 37,420	3	
	4	前方後方同時固定	50,000	→ 75,000	4	
K142-2		脊椎側彎症手術	34,800	→ -	K142-2	【項目の見直し】
		固定術	-	→ 37,420	K142-2 1	
		矯正術			2	
		初回挿入	-	→ 112,260	イ	
		交換術	-	→ 37,420	ロ	
		伸展術	-	→ 20,540	ハ	
K142-3		内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	45,300	→ 67,940	K142-3	
K143		仙腸関節固定術	21,900	→ 22,450	K143	
K144		体外式脊椎固定術	22,000	→ 22,000	K144	
<b>第3款 神経系・頭蓋</b>						
本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。						
<b>(頭蓋、脳)</b>						
K145		穿頭脳室ドレナージ術	1,940	→ 1,940	K145	
K146		頭蓋開溝術	8,540	→ 11,100	K146	
K147		穿頭術(トレパナチオン)	1,840	→ 1,840	K147	
K148		試験開頭術	9,380	→ 12,190	K148	
K149		減圧開頭術			K149	
	1	キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	21,300	→ 21,700	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
	2	その他の場合	14,200	→	18,460	2	
K150		脳膿瘍排膿術	15,700	→	18,090	K150	
K151		削除				K151	
K151-2		広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	102,000	→	142,380	K151-2	
K152		耳性頭蓋内合併症手術	29,300	→	38,090	K152	
K152-2		耳科的硬脳膜外膿瘍切開術	29,300	→	38,090	K152-2	
K153		鼻性頭蓋内合併症手術	27,200	→	35,360	K153	
K154		機能的定位脳手術				K154	
	1	片側の場合	26,300	→	39,450	1	
	2	両側の場合	35,000	→	52,500	2	
K154-2		顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	58,500	→	87,750	K154-2	
K155		脳切截術(開頭して行うもの)	8,060	→	10,480	K155	
K156		延髄における脊髄視床路切截術	21,000	→	31,500	K156	
K157		三叉神経節後線維切截術	19,100	→	24,830	K157	
K158		視神経管開放術	20,800	→	27,040	K158	
K159		顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	26,000	→	39,000	K159	
K159-2		顔面神経管開放術	26,000	→	39,000	K159-2	
K160		脳神経手術(開頭して行うもの)	23,000	→	28,940	K160	
K160-2		頭蓋内微小血管減圧術	25,300	→	37,950	K160-2	
K161		頭蓋骨腫瘍摘出術	13,900	→	18,070	K161	
K162		頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	18,500	→	24,050	K162	
K163		頭蓋骨膜下血腫摘出術	8,450	→	8,450	K163	
K164		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)				K164	
	1	硬膜外のもの	24,400	→	28,440	1	
	2	硬膜下のもの	24,900	→	28,940	2	
	3	脳内のもの	33,200	→	36,170	3	
K164-2		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	10,900	→	10,900	K164-2	
K164-3		脳血管塞栓(血栓)摘出術	24,400	→	28,890	K164-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K164-4	定位的脳内血腫除去術	12,200	→ 15,860	K164-4	
K165	脳内異物摘出術	27,000	→ 35,100	K165	
K166	脳膿瘍全摘術	21,600	→ 28,080	K166	
K167	頭蓋内腫瘍摘出術	32,900	→ 49,350	K167	
K168	脳切除術	20,800	→ 27,040	K168	
K169	頭蓋内腫瘍摘出術			K169	
1	松果体部腫瘍	83,500	→ 116,670	1	
2	その他のもの	82,000	→ 92,860	2	
K170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	50,700	→ 76,050	K170	
K171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800	→ 83,700	K171	
K172	脳動静脈奇形摘出術	85,200	→ 127,800	K172	
K173	脳・脳膜脱手術	18,500	→ 24,050	K173	
K174	水頭症手術			K174	
1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	21,800	→ 32,700	1	
2	シャント手術	18,700	→ 18,700	2	
K174-2	髄液シャント抜去術	1,680	→ 1,680	K174-2	
K175	脳動脈瘤被包術			K175	
1	1箇所	42,200	→ 54,860	1	
2	2箇所以上	55,800	→ 72,340	2	
K176	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)			K176	
1	1箇所	44,400	→ 66,600	1	
2	2箇所以上	61,300	→ 91,950	2	
K177	脳動脈瘤頸部クリッピング			K177	
1	1箇所	72,000	→ 103,710	1	
2	2箇所以上	85,600	→ 128,400	2	
K178	脳血管内手術	40,900	→ -	K178	【項目の見直し】
	1箇所	-	→ 61,350	1	
	2箇所以上	-	→ 81,800	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K178-2	経皮的脳血管形成術	22,100	→ 33,150	K178-2	【名称の見直し】
K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術			K178-3	
1	頭蓋内脳血管の場合	15,500	→ 23,250	1	
2	頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	11,100	→ 14,430	2	
K179	髄液漏閉鎖術	23,300	→ 30,290	K179	
K180	頭蓋骨形成手術			K180	
1	頭蓋骨のみなもの	9,730	→ 12,650	1	
2	硬膜形成を伴うもの	14,000	→ 18,200	2	
3	骨移動を伴うもの	21,000	→ 31,500	3	
K181	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)			K181	
1	片側の場合	26,300	→ 39,450	1	
2	両側の場合	35,000	→ 52,500	2	
K181-2	脳刺激装置交換術	8,050	→ 12,070	K181-2	
K181-3	頭蓋内電極抜去術	9,380	→ 12,880	K181-3	
<b>(脊髄、末梢神経、交感神経)</b>					
K182	神経縫合術			K182	
1	指(手、足)	9,720	→ 12,640	1	
2	その他のもの	14,500	→ 18,850	2	
K182-2	神経交差縫合術			K182-2	
1	指(手、足)	20,600	→ 27,940	1	
2	その他のもの	25,400	→ 38,100	2	
K183	脊髄硬膜切開術	13,900	→ 18,070	K183	
K184	減圧脊髄切開術	14,500	→ 18,850	K184	
K185	脊髄切截術	20,800	→ 27,040	K185	
K186	脊髄硬膜内神経切断術	20,800	→ 27,040	K186	
K187	脊髄視床路切截術	21,800	→ 28,340	K187	
K188	神経剥離術	10,900	→ 10,900	K188	
K189	脊髄ドレナージ術	340	→ 340	K189	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K190	脊髄刺激装置植込術	17,900	→ 26,850	K190	
K190-2	脊髄刺激装置交換術	8,050	→ 10,470	K190-2	
K190-3	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ設置術	15,000	→ 22,500	K190-3	
K190-4	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ交換術	3,000	→ 3,900	K190-4	
K190-5	重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用埋込型ポンプ薬剤再充填	320	→ 500	K190-5	
K191	脊髄腫瘍摘出術			K191	
1	髄外のもの	36,700	→ 55,050	1	
2	髄内のもの	54,500	→ 78,820	2	
K192	脊髄血管腫摘出術	56,700	→ 78,820	K192	
K193	神経腫切除術			K193	
1	指(手、足)	5,770	→ 5,770	1	
2	その他のもの	9,020	→ 9,020	2	
K193-2	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)			K193-2	
1	長径2センチメートル未満	1,660	→ 1,660	1	
2	長径2センチメートル以上4センチメートル未満	3,670	→ 3,670	2	
3	長径4センチメートル以上	4,360	→ 4,360	3	
K193-3	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外)			K193-3	
1	長径3センチメートル未満	1,280	→ 1,280	1	
2	長径3センチメートル以上6センチメートル未満	3,230	→ 3,230	2	
3	長径6センチメートル以上	4,160	→ 4,160	3	
K194	神経捻除術			K194	
1	後頭神経	4,410	→ 4,410	1	
2	上眼窩神経	4,410	→ 4,410	2	
3	眼窩下神経	4,410	→ 4,410	3	
4	おとがい神経	4,410	→ 4,410	4	
5	下顎神経	6,170	→ 6,170	5	
K194-2	横隔神経麻痺術	4,410	→ 4,410	K194-2	
K194-3	眼窩下孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K194-4	おとがい孔部神経切断術	4,410	→ 4,410	K194-4	
K195	交感神経切除術			K195	
1	頸動脈周囲	6,500	→ 6,500	1	
2	股動脈周囲	6,170	→ 6,170	2	
K195-2	尾動脈腺摘出術	6,170	→ 6,170	K195-2	
K196	交感神経節切除術			K196	
1	頸部	14,000	→ 18,200	1	
2	胸部	14,000	→ 14,000	2	
3	腰部	9,610	→ 12,490	3	
K196-2	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	18,500	→ 18,500	K196-2	
K196-3	ストップエル手術	9,610	→ 9,610	K196-3	
K196-4	閉鎖神経切除術	9,610	→ 9,610	K196-4	
K196-5	末梢神経遮断(挫滅又は切断)術(浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。)	9,610	→ 9,610	K196-5	
K197	神経移行術	18,200	→ 18,200	K197	
K198	神経移植術	17,800	→ 18,090	K198	
<b>第4款 眼</b>					
<b>(涙道)</b>					
K199	涙点、涙小管形成術	550	→ 550	K199	
K200	涙嚢切開術	690	→ 690	K200	
K200-2	涙点プラグ挿入術	630	→ 630	K200-2	
K201	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720	→ 3,720	K201	
K202	涙管チューブ挿入術	1,810	→ 1,810	K202	
K203	涙嚢摘出術	4,590	→ 4,590	K203	
K204	涙嚢鼻腔吻合術	14,500	→ 21,750	K204	
K205	涙嚢瘻管閉鎖術	3,720	→ 3,720	K205	
K206	涙小管形成手術	8,580	→ 12,870	K206	
<b>(眼瞼)</b>					
K207	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	1,580	→ 1,580	K207	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K208	麦粒腫切開術	410	→ 410	K208	
K209	眼瞼膿瘍切開術	470	→ 470	K209	
K209-2	外眥切開術	470	→ 470	K209-2	
K210	削除			K210	
K211	睫毛電気分解術(毛根破壊)	560	→ 560	K211	
K212	兔眼矯正術	5,150	→ 5,150	K212	
K213	マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	360	→ 360	K213	
K214	霰粒腫摘出術	580	→ 580	K214	
K215	瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出)	1,580	→ 1,580	K215	
K215-2	眼瞼結膜腫瘍手術	5,140	→ 5,140	K215-2	
K216	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	9,150	→ 9,150	K216	
K217	眼瞼内反症手術	1,660	→ 1,660	K217	
K218	眼瞼外反症手術	2,820	→ 2,820	K218	
K219	眼瞼下垂症手術			K219	
	1 眼瞼挙筋前転法	7,200	→ 7,200	1	
	2 筋膜移植法	9,500	→ 14,250	2	
	3 その他のもの	6,070	→ 6,070	3	
<b>(結膜)</b>					
K220	結膜縫合術	1,260	→ 1,260	K220	
K221	結膜結石除去術			K221	
	1 少数のもの(1眼瞼ごと)	260	→ 260	1	
	2 多数のもの	390	→ 390	2	
K222	結膜下異物除去術	390	→ 390	K222	
K223	結膜嚢形成手術			K223	
	1 部分形成	2,460	→ 2,460	1	
	2 皮膚及び結膜の形成	6,980	→ 10,470	2	
	3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	8,580	→ 12,870	3	
K223-2	内眥形成術	8,580	→ 12,870	K223-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K224	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	4,130	→ 4,130	K224	
K225	結膜腫瘍冷凍凝固術	800	→ 800	K225	
K225-2	結膜腫瘍摘出術	6,890	→ 6,890	K225-2	
K225-3	結膜肉芽腫摘除術	800	→ 800	K225-3	
<b>(眼窩、涙腺)</b>					
K226	眼窩膿瘍切開術	1,390	→ 1,390	K226	
K227	眼窩骨折観血の手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	8,840	→ 11,490	K227	
K228	眼窩骨折整復術	13,600	→ 20,400	K228	
K229	眼窩内異物除去術(表在性)	5,670	→ 7,370	K229	
K230	眼窩内異物除去術(深在性)			K230	
1	視神経周囲、眼窩尖端	12,800	→ 19,200	1	
2	その他	7,880	→ 10,240	2	
K231 及び K232	削除			K231 及び K232	
K233	眼窩内容除去術	8,710	→ 13,060	K233	
K234	眼窩内腫瘍摘出術(表在性)	4,520	→ 5,880	K234	
K235	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	20,100	→ 30,150	K235	
K236	眼窩悪性腫瘍手術	24,800	→ 37,200	K236	
K237	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	11,800	→ 17,700	K237	
<b>(眼球、眼筋)</b>					
K238	削除			K238	
K239	眼球内容除去術	3,020	→ 3,930	K239	
K240	削除			K240	
K241	眼球摘出術	2,820	→ 3,670	K241	
K242	斜視手術			K242	
1	前転法	4,280	→ 4,280	1	
2	後転法	4,200	→ 4,200	2	
3	前転法及び後転法の併施	8,440	→ 8,440	3	



旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	4	斜筋手術	6,610	→ 8,590	4	
	5	直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	9,430	→ 9,460	5	
K243		義眼台包埋術	3,950	→ 5,140	K243	
K244		眼筋移動術	12,400	→ 18,600	K244	
K245		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	4,340	→ 5,640	K245	
<b>(角膜、強膜)</b>						
K246		角膜・強膜縫合術	2,980	→ 2,980	K246	
K247		削除			K247	
K248		角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	980	→ 980	K248	
K248-2		顕微鏡下角膜抜糸術	980	→ 980	K248-2	
K249		角膜潰瘍搔爬術、角膜潰瘍焼灼術	990	→ 990	K249	
K250		角膜切開術	990	→ 990	K250	
K251		削除			K251	
K252		角膜・強膜異物除去術	650	→ 650	K252	
K253		削除			K253	
K254		治療的角膜切除術	2,650	→ -	K254	【名称の見直し】
		エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	-	→ 10,000	1	【項目の見直し】
		その他のもの	-	→ 2,650	2	
K255		強角膜瘻孔閉鎖術	5,920	→ 7,700	K255	
K256		角膜潰瘍結膜被覆術	2,650	→ 2,650	K256	
K257		角膜表層除去併用結膜被覆術	4,090	→ 5,320	K257	
K258		削除			K258	
K259		角膜移植術	39,800	→ 54,800	K259	
K260		強膜移植術	12,700	→ 14,470	K260	
K261		角膜形成手術	2,350	→ 3,060	K261	
K262		削除			K262	
<b>(ぶどう膜)</b>						

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K263 及び K264 K265 K266 K267 K268	削除 虹彩腫瘍切除術 毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 削除 緑内障手術			K263 及び K264 K265 K266 K267 K268	
	1 虹彩切除術	4,740	→ 4,740	1	
	2 流出路再建術	14,200	→ 21,300	2	
	3 濾過手術	21,000	→ 25,930	3	
K269	虹彩整復・瞳孔形成術	4,700	→ 4,730	K269	
K270	虹彩光凝固術	7,710	→ 7,710	K270	
K271	毛様体光凝固術	2,760	→ 3,590	K271	
K272	毛様体冷凍凝固術	1,660	→ 2,160	K272	
K273	隅角光凝固術	8,970	→ 8,970	K273	
<b>(眼房、網膜)</b>					
K274	前房、虹彩内異物除去術	6,050	→ 7,870	K274	
K275	網膜復位術	21,400	→ 32,100	K275	
K276	網膜光凝固術			K276	
	1 通常のもの(一連につき)	11,200	→ 11,200	1	
	2 その他特殊なもの(一連につき)	18,100	→ 18,100	2	
K277	網膜冷凍凝固術	10,500	→ 15,750	K277	
K277-2	黄斑下手術	39,600	→ 39,600	K277-2	
<b>(水晶体、硝子体)</b>					
K278	硝子体注入・吸引術	1,900	→ 1,900	K278	
K279	硝子体切除術	11,000	→ 16,500	K279	
K280	硝子体茎頭微鏡下離断術			K280	
	1 網膜付着組織を含むもの	24,500	→ 36,750	1	
	2 その他のもの	20,500	→ 30,750	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K281	増殖性硝子体網膜症手術	38,600	→ 51,850	K281	
K282	水晶体再建術			K282	
1	眼内レンズを挿入する場合	12,100	→ 12,100	1	
2	眼内レンズを挿入しない場合	7,430	→ 7,430	2	
K282-2	後発白内障手術	1,520	→ 1,520	K282-2	
K283	削除			K283	
K284	硝子体置換術	4,080	→ 5,300	K284	
<b>第5款 耳鼻咽喉</b>					
<b>(外耳)</b>					
K285	耳介血腫開窓術	380	→ 380	K285	
K286	外耳道異物除去術			K286	
1	単純なもの	220	→ 220	1	
2	複雑なもの	790	→ 790	2	
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,000	→ 3,000	K287	
K288	副耳(介)切除術	2,240	→ 2,240	K288	
K289	耳茸摘出術	830	→ 830	K289	
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	5,900	→ 5,900	K290	
K290-2	外耳道骨腫切除術	5,900	→ 5,900	K290-2	
K291	耳介腫瘍摘出術	4,090	→ 5,320	K291	
K292	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	5,020	→ 5,020	K292	
K293	耳介悪性腫瘍手術	12,000	→ 12,610	K293	
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	23,400	→ 23,400	K294	
K295	耳後瘻孔閉鎖術	2,570	→ 2,570	K295	
K296	耳介形成手術			K296	
1	耳介軟骨形成を要するもの	8,620	→ 11,210	1	
2	耳介軟骨形成を要しないもの	5,270	→ 6,850	2	
K297	外耳道形成手術	9,200	→ 11,960	K297	
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	17,400	→ 22,620	K298	【名称の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K299	小耳症手術			K299	
1	軟骨移植による耳介形成手術	31,900	→ 47,850	1	
2	耳介挙上	7,270	→ 9,450	2	
<b>(中耳)</b>					
K300	鼓膜切開術	690	→ 690	K300	
K301	鼓室開放術	3,590	→ 4,670	K301	
K302	上鼓室開放術	5,100	→ 6,630	K302	
K303	上鼓室乳突洞開放術	10,600	→ 13,780	K303	
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	5,240	→ 6,810	K304	
K305	乳突削開術	10,500	→ 13,650	K305	
K306	錐体部手術	19,600	→ 25,480	K306	
K307	削除			K307	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,090	→ 1,420	K308	
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,090	→ 1,420	K308-2	
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670	→ 2,670	K309	
K310	乳突充填術	4,790	→ 4,790	K310	
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,580	→ 1,580	K311	
K312	鼓膜鼓室肉芽切除術	2,320	→ 3,020	K312	
K313	中耳、側頭骨腫瘍摘出術	20,100	→ 26,130	K313	
K314	中耳悪性腫瘍手術			K314	
1	切除	27,300	→ 27,300	1	
2	側頭骨摘出術	52,800	→ 52,800	2	
K315	鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	8,490	→ 8,490	K315	
K316	S状洞血栓(静脈炎)手術	13,300	→ 17,290	K316	
K317	中耳根本手術	18,200	→ 23,660	K317	
K318	鼓膜形成手術	17,200	→ 17,200	K318	
K319	鼓室形成手術	32,900	→ 32,900	K319	
K320	アブミ骨摘出術・可動化手術	27,000	→ 27,000	K320	【名称の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(内耳)</b>					
K321	内耳開窓術	17,800	→ 26,700	K321	
K322	経迷路的内耳道開放術	36,800	→ 55,200	K322	
K323	内リンパ嚢開放術	21,500	→ 21,700	K323	
K324	削除			K324	
K325	迷路摘出術			K325	
	1 部分摘出(膜迷路摘出術を含む。)	14,500	→ 18,850	1	
	2 全摘出	26,900	→ 38,890	2	
K326	削除			K326	
K327	内耳窓閉鎖術	17,300	→ 18,920	K327	
K328	人工内耳埋込術	30,400	→ 32,290	K328	
<b>(鼻)</b>					
K329	鼻中隔膿瘍切開術	620	→ 620	K329	
K330	鼻中隔血腫切開術	820	→ 820	K330	
K331	鼻腔粘膜焼灼術	900	→ 900	K331	
K331-2	下甲介粘膜焼灼術	900	→ 900	K331-2	
K332	削除			K332	
K333	鼻骨骨折整復固定術	1,640	→ 1,640	K333	
K333-2	鼻骨脱臼整復術	1,640	→ 1,640	K333-2	
K333-3	鼻骨骨折徒手整復術	1,640	→ 1,640	K333-3	
K334	鼻骨骨折観血の手術	5,380	→ 5,380	K334	
K334-2	鼻骨変形治癒骨折矯正術	11,300	→ 14,690	K334-2	
K335	鼻中隔骨折観血の手術	2,110	→ 2,110	K335	
K335-2	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	2,110	→ 2,110	K335-2	
K335-3	上顎洞鼻外手術	2,110	→ 2,110	K335-3	
K336	鼻内異物摘出術	690	→ 690	K336	
K337	鼻前庭嚢胞摘出術	3,190	→ 3,190	K337	
K338	鼻甲介切除術	1,520	→ -	K338	
	高周波電気凝固法によるもの	-	→ 900	1	【項目の見直し】

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
	その他のもの	—	→ 1,520	2		
K338-2	鼻甲介切除術(高周波電気凝固法によるもの)	900	→ 削除	K338-2		
K339	粘膜下下鼻甲介骨切除術	2,590	→ 2,590	K339		
K340	鼻茸摘出術	1,680	→ 1,680	K340		
K340-2	出血性鼻茸摘出術	5,280	→ 5,280	K340-2		
K341	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	3,020	→ 3,020	K341		
K342	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	8,740	→ 10,850	K342		
K343	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			K343		
	1 切除	17,000	→ 17,000	1		
	2 全摘	34,700	→ 34,700	2		
K344	経鼻腔的翼突管神経切除術	15,700	→ 20,410	K344	【名称の見直し】	
K345	萎縮性鼻炎手術(両側)	10,800	→ 14,040	K345		
K346	後鼻孔閉鎖症手術			K346		
	1 単純なもの(膜性閉鎖)	2,800	→ 2,800	1		
	2 複雑なもの(骨性閉鎖)	16,000	→ 20,800	2		
K347	鼻中隔矯正術	5,280	→ 5,280	K347		
K347-2	変形外鼻手術	10,200	→ 12,610	K347-2		
<b>(副鼻腔)</b>						
K348	削除			K348		
K349	上顎洞開窓術	2,000	→ 2,000	K349		
K350	前頭洞充填術	6,510	→ 8,460	K350		
K351	上顎洞血瘤腫手術	8,000	→ 10,400	K351		
K352	上顎洞根治手術	5,120	→ 5,120	K352		
K352-2	鼻内上顎洞根治手術	5,120	→ 5,120	K352-2		
K352-3	副鼻腔炎術後出血止血法	5,120	→ 5,120	K352-3		
K353	鼻内篩骨洞根治手術	7,230	→ 7,230	K353		
K354	篩骨洞根治手術	9,210	→ 11,970	K354		
K355	鼻内前頭洞根治手術	7,430	→ 7,430	K355		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K356	前頭洞根治手術	9,640	→ 12,530	K356	【名称の見直し】
K357	鼻内蝶形洞根治手術	4,910	→ 4,910	K357	
K358	上顎洞篩骨洞根治手術	14,500	→ 14,500	K358	
K359	前頭洞篩骨洞根治手術	13,800	→ 14,470	K359	
K360	篩骨洞蝶形洞根治手術	13,900	→ 14,470	K360	
K361	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	16,200	→ 16,200	K361	
K362	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	16,200	→ 18,090	K362	
K362-2	経上顎洞的顎動脈結紮術	15,400	→ 20,020	K362-2	
K363	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	15,900	→ 20,670	K363	
K364	汎副鼻腔根本手術	22,300	→ 22,300	K364	
K365	経上顎洞的翼突管神経切除術	17,100	→ 21,700	K365	
K366	削除			K366	
<b>(咽頭、扁桃)</b>					
K367	咽後膿瘍切開術	1,460	→ 1,900	K367	
K368	扁桃周囲膿瘍切開術	1,410	→ 1,410	K368	
K369	咽頭異物摘出術			K369	
	1 簡単なもの	420	→ 420	1	
	2 複雑なもの	2,100	→ 2,100	2	
K370	アデノイド切除術	1,600	→ 1,600	K370	
K371	上咽頭腫瘍摘出術			K371	
	1 経口腔によるもの	3,430	→ 3,430	1	
	2 経鼻腔によるもの	3,890	→ 3,890	2	
	3 経副鼻腔によるもの	6,360	→ 6,360	3	
	4 外切開によるもの	11,600	→ 11,600	4	
K371-2	上咽頭ポリープ摘出術			K371-2	
	1 経口腔によるもの	3,430	→ 3,430	1	
	2 経鼻腔によるもの	3,890	→ 3,890	2	
	3 経副鼻腔によるもの	6,360	→ 6,360	3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考			
		改正前	改正後					
K372	4	外切開によるもの	11,600	→	11,600	4	K372	
			中咽頭腫瘍摘出術					
K373	1	経口腔によるもの	2,710	→	2,710	1	K373	
	2	外切開によるもの	11,100	→	11,100			
K374		下咽頭腫瘍摘出術				1	K374	
	1	経口腔によるもの	5,610	→	5,610			
K375	2	外切開によるもの	11,400	→	11,400	2	K375	
		咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	23,800	→	23,800			
K375-2		鼻咽腔線維腫手術				1	K375-2	
	1	切除	4,750	→	6,180			
K376	2	摘出	18,600	→	24,180	2	K376	
		鼻咽腔閉鎖術	12,800	→	16,640			
K377		上咽頭悪性腫瘍手術	21,400	→	21,700	1	K377	
	1	口蓋扁桃手術						
K378	2	切除	1,430	→	1,430	2	K378	
		摘出	3,600	→	3,600			
K379		舌扁桃切除術	1,230	→	1,230	1	K379	【新設】
	1	副咽頭間隙腫瘍摘出術						
K380		経頸部によるもの	—	→	20,000	1	K380	
		経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	—	→	32,000			
K381		副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術				1	K381-2	【新設】
		経頸部によるもの	—	→	30,000			
K382		経側頭下窩によるもの(下顎離断によるものを含む。)	—	→	50,000	2	K382	
		過長茎状突起切除術	4,520	→	4,520			
K382-2		上咽頭形成手術	7,810	→	7,810	1	K382-2	
		咽頭瘻閉鎖術	7,550	→	9,820			
		咽頭皮瘻孔閉鎖術	7,550	→	9,820		K382-2	

(喉頭、気管)



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K383	喉頭切開・截開術	7,940	→ 10,320	K383	【名称の見直し】
K384	喉頭膿瘍切開術	2,140	→ 2,140	K384	
K384-2	深頸部膿瘍切開術	4,000	→ 4,000	K384-2	
K385	喉頭浮腫乱切術	2,040	→ 2,040	K385	
K386	気管切開術	2,570	→ 2,570	K386	
K387	喉頭粘膜焼灼術(直達鏡によるもの)	2,860	→ 2,860	K387	
K388	喉頭粘膜下異物挿入術	2,900	→ 3,890	K388	
K388-2	喉頭粘膜下軟骨片挿入術	11,410	→ 11,410	K388-2	
K389	喉頭・声帯ポリープ切除術			K389	
1	間接喉頭鏡によるもの	2,990	→ 2,990	1	
2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300	→ 4,300	2	
K390	喉頭異物摘出術			K390	
1	直達鏡によらないもの	2,920	→ 2,920	1	
2	直達鏡によるもの	4,040	→ 5,250	2	
K391	気管異物除去術			K391	
1	直達鏡によるもの	4,090	→ 5,320	1	
2	開胸手術によるもの	22,300	→ 28,990	2	
K392	喉頭蓋切除術	2,450	→ 2,450	K392	
K392-2	喉頭蓋嚢腫摘出術	2,450	→ 2,450	K392-2	
K393	喉頭腫瘍摘出術			K393	
1	間接喉頭鏡によるもの	3,420	→ 3,420	1	
2	直達鏡によるもの	4,310	→ 4,310	2	
K394	喉頭悪性腫瘍手術			K394	
1	切除	33,100	→ 33,100	1	
2	全摘	30,900	→ 40,170	2	
K395	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	63,300	→ 94,950	K395	
K396	気管切開孔閉鎖術	1,040	→ 1,040	K396	
K396-2	気管縫合術	1,040	→ 1,040	K396-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K397	喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。)	7,920	→ 10,300	K397	
K398	喉頭狭窄症手術			K398	
1	前方開大術	12,600	→ 16,380	1	
2	前壁形成手術	12,100	→ 15,730	2	
3	Tチューブ挿入術	6,920	→ 9,000	3	
K399	気管狭窄症手術	19,300	→ 25,090	K399	
K400	喉頭形成手術			K400	
1	人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	12,500	→ 16,250	1	
2	筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	18,300	→ 21,930	2	
K401	気管口狭窄拡大術	2,690	→ 2,690	K401	
K402	縦隔気管口形成手術	48,100	→ 58,490	K402	
K403	気管形成手術(管状気管、気管移植等)			K403	
1	頸部よりのもの	25,700	→ 33,410	1	
2	開胸又は胸骨正中切開によるもの	46,000	→ 58,490	2	
	嚥下機能手術			K403-2	【新設】
	輪状咽頭筋切断術	—	→ 14,470	1	
	喉頭挙上術	—	→ 14,130	2	
	喉頭気管分離術	—	→ 21,700	3	
	喉頭全摘術	—	→ 21,700	4	
<b>第6款 顔面・口腔・頸部</b>					
<b>(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)</b>					
K404	抜歯手術(1歯につき)			K404	
1	乳歯	130	→ 130	1	
2	前歯	150	→ 150	2	
3	臼歯	260	→ 260	3	
4	難抜歯	470	→ 470	4	
5	埋伏歯	1,050	→ 1,050	5	
K405	削除			K405	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K406	口蓋腫瘍摘出術			K406	【項目の見直し】
1	口蓋粘膜に限局するもの	400	→ 400	1	
2	口蓋骨に及ぶもの	6,720	→ 6,720	2	
K407	顎・口蓋裂形成手術			K407	
1	軟口蓋のみのもの	8,590	→ 11,170	1	
2	硬口蓋に及ぶもの	14,300	→ 18,590	2	
3	顎裂を伴うもの	14,900	→ -	3	
	片側	-	→ 19,360	イ	
	両側	-	→ 29,040	ロ	
K407-2	軟口蓋形成手術	7,800	→ 7,800	K407-2	
(口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌)					
K408	口腔底膿瘍切開術	700	→ 700	K408	
K409	口腔底腫瘍摘出術	5,230	→ 5,230	K409	
K410	口腔底悪性腫瘍手術	18,500	→ 18,500	K410	
K411	頬粘膜腫瘍摘出術	4,730	→ 4,730	K411	
K412	頬粘膜悪性腫瘍手術	17,300	→ 17,300	K412	
K413	舌腫瘍摘出術			K413	
1	粘液嚢胞摘出術	940	→ 1,220	1	
2	その他のもの	3,140	→ 3,140	2	
K414	舌根甲状腺腫摘出術	6,550	→ 6,550	K414	
K414-2	甲状舌管嚢胞摘出術	6,550	→ 6,550	K414-2	
K415	舌悪性腫瘍手術			K415	
1	切除	11,700	→ 14,470	1	
2	亜全摘	32,900	→ 49,350	2	
K416 及び K417	削除			K416 及び K417	
K418	舌形成手術(巨舌症手術)	4,490	→ 5,840	K418	
K418-2	舌繫痕性短縮矯正術	2,650	→ 2,650	K418-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K419 K420	頬、口唇、舌小帯形成手術 削除	450	→ 560	K419 K420	
<b>(顔面)</b>					
K421	口唇腫瘍摘出術			K421	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
2	その他のもの	3,370	→ 3,370	2	
K422	口唇悪性腫瘍手術	18,700	→ 21,700	K422	
K423	頬腫瘍摘出術			K423	
1	粘液嚢胞摘出術	910	→ 910	1	
2	その他のもの	3,370	→ 3,370	2	
K424	頬悪性腫瘍手術	17,900	→ 17,900	K424	
K425	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	39,600	→ 59,400	K425	
K426	口唇裂形成手術(片側)			K426	
1	口唇のみの場合	7,800	→ 10,140	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	12,200	→ 14,470	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	13,100	→ 17,030	3	
K426-2	口唇裂形成手術(両側)			K426-2	
1	口唇のみの場合	11,700	→ 14,470	1	
2	口唇裂鼻形成を伴う場合	18,300	→ 18,300	2	
3	鼻腔底形成を伴う場合	19,700	→ 25,610	3	
<b>(顔面骨、顎関節)</b>					
K427	頬骨骨折観血的整復術	8,930	→ 11,610	K427	
K427-2	頬骨変形治癒骨折矯正術	18,000	→ 27,000	K427-2	
K428	下顎骨折非観血的整復術	1,240	→ 1,240	K428	
K429	下顎骨折観血的手術			K429	
1	片側	10,000	→ 10,000	1	
2	両側	14,700	→ 19,110	2	
	下顎関節突起骨折観血的手術			K429-2	<b>【新設】</b>

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	片側	—	→ 21,700	1	
	両側	—	→ 36,170	2	
K430	顎関節脱臼非観血的整復術	410	→ 410	K430	
K431	顎関節脱臼観血的手術	14,100	→ 18,330	K431	
K432	上顎骨折非観血的整復術	1,570	→ 1,570	K432	
K433	上顎骨折観血的手術	9,010	→ 11,710	K433	
K434	顔面多発骨折観血的手術	17,700	→ 26,550	K434	
K435	術後性上顎嚢胞摘出術	5,120	→ 5,120	K435	
K436	顎骨腫瘍摘出術			K436	
	1 長径3センチメートル未満	2,820	→ 2,820	1	
	2 長径3センチメートル以上	8,210	→ 8,210	2	
K437	下顎骨部分切除術	7,660	→ 9,960	K437	
K438	下顎骨離断術	12,100	→ 15,730	K438	
K439	下顎骨悪性腫瘍手術			K439	
	1 切除	18,000	→ 21,700	1	
	2 切断	24,800	→ 28,940	2	
K440	上顎骨切除術	12,000	→ 12,000	K440	
K441	上顎骨全摘術	19,600	→ 25,480	K441	
K442	上顎骨悪性腫瘍手術			K442	
	1 搔爬	4,520	→ 5,880	1	
	2 切除	20,600	→ 21,700	2	
	3 全摘	32,400	→ 37,420	3	
K443	上顎骨形成術			K443	
	1 単純な場合	12,500	→ 16,250	1	
	2 複雑な場合及び2次の再建の場合	21,600	→ 32,400	2	
	3 骨移動を伴う場合	32,400	→ 48,600	3	
K444	下顎骨形成術			K444	
	1 おとがい形成の場合	4,990	→ 4,990	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K445	2	短縮又は伸長の場合	13,200	→	17,160	2	
	3	再建の場合	18,500	→	27,750	3	
	4	骨移動を伴う場合	27,800	→	41,700	4	
		顎関節形成術	21,600	→	32,400	K445	
K446		顎関節授動術				K446	
K447	1	徒手の授動術(パンピングを併用した場合)	990	→	990	1	
	2	顎関節鏡下授動術	4,320	→	5,620	2	
	3	開放授動術	13,500	→	17,550	3	
		顎関節円板整位術				K447	
	1	顎関節鏡下円板整位術	12,600	→	14,470	1	
	2	開放円板整位術	17,000	→	21,700	2	
<b>(唾液腺)</b>							
K448		がま腫切開術	820	→	820	K448	
K449		唾液腺膿瘍切開術	900	→	900	K449	
K450		唾石摘出術				K450	
	1	表在性のもの	640	→	640	1	
	2	深在性のもの	3,770	→	3,770	2	
	3	腺体内に存在するもの	5,540	→	5,540	3	
K451		がま腫摘出術	4,580	→	4,580	K451	
K452		舌下腺腫瘍摘出術	4,610	→	4,610	K452	
K453		顎下腺腫瘍摘出術	7,410	→	7,410	K453	
K454		顎下腺摘出術	7,440	→	7,440	K454	
K455		顎下腺悪性腫瘍手術	20,000	→	21,700	K455	
K456		削除				K456	
K457		耳下腺腫瘍摘出術				K457	
	1	耳下腺浅葉摘出術	16,100	→	20,930	1	
	2	耳下腺深葉摘出術	18,400	→	23,920	2	
K458		耳下腺悪性腫瘍手術				K458	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K459 K460	1	切除	19,000	→ 21,700	1	
	2	全摘	28,700	→ 28,940	2	
		唾液腺管形成手術	6,720	→ 8,740	K459	
		唾液腺管移動術			K460	
	1	上顎洞内へのもの	6,720	→ 8,740	1	
	2	結膜嚢内へのもの	8,320	→ 10,820	2	
<b>(甲状腺、副甲状腺(上皮小体))</b>						
K461		甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術			K461	
	1	片葉のみの場合	7,500	→ 7,500	1	
	2	両葉の場合	9,000	→ 9,000	2	
K462		バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)	16,000	→ 16,000	K462	
K463		甲状腺悪性腫瘍手術			K463	
	1	切除	18,600	→ 18,600	1	
	2	全摘及び亜全摘	23,700	→ 23,700	2	
K464		副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術			K464	
	1	副甲状腺(上皮小体)摘出術	9,280	→ 12,060	1	
	2	副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植)	20,000	→ 30,000	2	
K465		副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	20,000	→ 30,000	K465	
<b>(その他の頸部)</b>						
K466		斜角筋切断術	3,760	→ 3,760	K466	
K467		頸瘻、頸嚢摘出術	6,760	→ 8,790	K467	
K468		頸肋切除術	6,260	→ 8,140	K468	
K469		頸部郭清術			K469	
	1	片側	12,400	→ 16,120	1	
	2	両側	17,100	→ 22,230	2	
K470		頸部悪性腫瘍手術	21,200	→ 27,560	K470	
K471		筋性斜頸手術	3,720	→ 3,720	K471	
<b>第7款 胸部</b>						

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(乳腺)</b>					
K472	乳腺膿瘍切開術	820	→ 820	K472	
K473	削除			K473	
K474	乳腺腫瘍摘出術			K474	
	1 長径5センチメートル未満	2,660	→ 2,660	1	
	2 長径5センチメートル以上	5,180	→ 5,180	2	
K474-2	乳管腺葉区域切除術	9,880	→ 9,880	K474-2	
K474-3	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	3,400	→ 4,200	K474-3	
K475	乳房切除術	6,040	→ 6,040	K475	
K475-2	乳癌冷凍凝固摘出術	6,040	→ 6,040	K475-2	
K476	乳腺悪性腫瘍手術			K476	
	1 単純乳房切除術(乳腺全摘術)	11,400	→ 11,400	1	
	2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	17,000	→ 21,700	2	
	3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)	20,000	→ 20,000	3	
	4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))	27,600	→ 29,100	4	
	5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの	29,100	→ 29,100	5	
	6 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの	24,100	→ 29,100	6	
	7 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)	34,000	→ 36,170	7	
K476-2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350	→ 7,350	K476-2	
K476-3	乳房再建術(乳房切除後)			K476-3	
	1 一期的に行うもの	21,900	→ 32,850	1	
	2 二期的に行うもの	30,000	→ 45,000	2	
<b>(胸壁)</b>					
K477	胸壁膿瘍切開術	700	→ 700	K477	
K478	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術	5,740	→ 5,740	K478	
K479	削除			K479	
K480	胸壁冷膿瘍手術	6,020	→ 6,020	K480	
K480-2	流注膿瘍切開搔爬術	6,020	→ 6,020	K480-2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K481	肋骨骨折観血的手術	6,020	→ 6,020	K481	
K482	肋骨切除術			K482	
1	第1肋骨	10,000	→ 13,000	1	
2	その他の肋骨	3,310	→ 3,310	2	
K483	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	9,320	→ 9,320	K483	
K484	胸壁悪性腫瘍摘出術			K484	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600	→ 36,900	1	
2	その他のもの	19,500	→ 21,700	2	
K484-2	胸骨悪性腫瘍摘出術			K484-2	
1	胸壁形成手術を併施するもの	24,600	→ 36,900	1	
2	その他のもの	19,500	→ 21,700	2	
K485	胸壁腫瘍摘出術	10,600	→ 10,600	K485	
K486	胸壁瘻手術	14,600	→ 18,090	K486	
K487	漏斗胸手術			K487	
1	胸骨挙上法によるもの	19,500	→ 21,700	1	
2	胸骨翻転法によるもの	20,100	→ 26,130	2	
3	胸腔鏡によるもの	30,200	→ 30,200	3	
<b>(胸腔、胸膜)</b>					
K488	試験開胸術	9,070	→ 9,070	K488	
K488-2	試験的開胸開腹術	14,600	→ 14,600	K488-2	
K489から K492まで	削除			K489から K492まで	
K493	骨膜外、胸膜外充填術	14,000	→ 18,090	K493	
K494	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	14,700	→ 14,700	K494	
K495	削除			K495	
K496	醸膿胸膜、胸膜胼胝切除術			K496	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 21,700	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 25,500	2	
K496-2	胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜胼胝切除術	40,400	→ 51,850	K496-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K496-3	胸膜外肺剥皮術			K496-3	
1	1肺葉に相当する範囲以内のもの	21,700	→ 21,700	1	
2	1肺葉に相当する範囲を超えるもの	25,500	→ 25,500	2	
K496-4	胸腔鏡下膿胸腔搔爬術	23,100	→ 23,100	K496-4	
K497	膿胸腔有茎筋肉弁充填術	19,800	→ 29,700	K497	
K498	胸郭形成手術(膿胸手術の場合)			K498	
1	肋骨切除を主とするもの	23,000	→ 34,500	1	
2	胸膜胼胝切除を併施するもの	31,700	→ 47,550	2	
K499	胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。)	9,370	→ 12,180	K499	
K500	削除			K500	
K501	乳糜胸手術	9,640	→ 12,530	K501	
K501-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	9,640	→ 12,530	K501-2	
<b>(縦隔)</b>					
K502	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	18,500	→ 18,500	K502	
K502-2	縦隔切開術			K502-2	
1	頸部よりのもの、経食道によるもの	6,390	→ 6,390	1	
2	肋骨切断によるもの、旁胸骨又は旁脊柱によるもの	10,400	→ 13,520	2	
3	経胸腔によるもの、経腹によるもの	15,500	→ 15,500	3	
K503	縦隔郭清術	21,900	→ 28,470	K503	
K504	縦隔悪性腫瘍手術	35,400	→ 35,400	K504	
<b>(気管支、肺)</b>					
K505	肺結核空洞吸引術(モナルジー法)	7,180	→ 7,180	K505	
K506	肺結核空洞切開術	14,300	→ 14,300	K506	
K507	肺膿瘍切開排膿術	21,700	→ 21,700	K507	
K508	気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの)	6,010	→ 7,810	K508	
K508-2	気管・気管支ステント留置術	7,200	→ 7,200	K508-2	
K509	気管支異物除去術			K509	
1	直達鏡によるもの	5,480	→ 7,120	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K509-2	2 開胸手術によるもの	27,400	→ 41,100	2	【新設】  【項目の見直し】
	気管支肺胞洗浄術	4,800	→ 4,800	K509-2	
K510	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術	—	→ 10,000	K509-3	
	気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	6,700	→ 6,700	K510	
K510-2	光線力学療法	6,700	→ —	K510-2	
	早期肺がん(0期又は1期に限る。)に対するもの	—	→ 8,710	1	
K511	その他のもの	—	→ 8,710	2	
	肺切除術			K511	
1	楔状部分切除	18,000	→ 18,090	1	
2	区域切除(1肺葉に満たないもの)	35,900	→ 53,850	2	
3	肺葉切除	35,800	→ 53,700	3	
4	複合切除(1肺葉を超えるもの)	32,700	→ 55,050	4	
5	1側肺全摘	37,600	→ 56,400	5	
6	気管支形成を伴う肺切除	43,500	→ 65,260	6	
K512	削除			K512	
K513	胸腔鏡下肺切除術	37,500	→ 56,250	K513	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	37,500	→ 56,250	K513-2	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	37,500	→ 56,250	K513-3	
K513-4	胸腔鏡下肺縫縮術	37,500	→ 56,250	K513-4	
K514	肺悪性腫瘍手術			K514	
1	肺葉切除又はこれに満たないもの	36,900	→ 55,350	1	
2	1側肺全摘又は1肺葉を超えるもの	41,000	→ 61,500	2	
3	気管支形成を伴う肺切除	43,500	→ 65,250	3	
4	胸膜肺全摘	58,000	→ 87,000	4	
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術			K514-2	
1	リンパ節郭清を伴わないもの	41,000	→ 61,500	1	
2	リンパ節郭清を伴うもの	58,000	→ 87,000	2	
K514-3	移植用肺採取術(死体)(両側)	49,800	→ 61,700	K514-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K514-4	同種死体肺移植術	91,800	→ 116,770	K514-4	
K514-5	移植用部分肺採取術(生体)	41,000	→ 52,400	K514-5	
K514-6	生体部分肺移植術	66,700	→ 100,050	K514-6	
K515	肺剥皮術	22,800	→ 22,800	K515	
K516	気管支瘻閉鎖術	36,800	→ 55,200	K516	
K517	肺縫縮術	15,000	→ 18,090	K517	
K518	気管支形成手術			K518	
1	楔状切除術	35,700	→ 53,550	1	
2	輪状切除術	38,100	→ 57,150	2	
3	気管分岐部切除術	58,900	→ 88,350	3	
4	気管分岐部切除術(再建を伴うもの)	65,400	→ 90,790	4	
K519	先天性気管狭窄症手術	65,400	→ 98,100	K519	
<b>(食道)</b>					
K520	食道縫合術(穿孔、損傷)			K520	
1	頸部手術	10,100	→ 13,130	1	
2	開胸手術	18,800	→ 21,700	2	
3	開腹手術	10,500	→ 13,650	3	
K521	食道周囲膿瘍切開誘導術			K521	
1	開胸手術	15,400	→ 20,020	1	
2	胸骨切開によるもの	10,000	→ 13,000	2	
3	その他のもの(頸部手術を含む。)	5,080	→ 5,080	3	
K522	食道狭窄拡張術			K522	
1	内視鏡によるもの	6,200	→ 8,060	1	
2	食道ブジー法	2,520	→ 2,520	2	
	拡張用バルーンによるもの	—	→ 12,480	3	【項目の追加】
K522-2	食道ステント留置術	6,200	→ 6,300	K522-2	
	食道空置バイパス作成術	—	→ 41,550	K522-3	【新設】
K523	食道異物摘出術			K523	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K524	1 頸部手術によるもの	15,000	→ 19,500	1	
	2 開胸手術によるもの	16,700	→ 21,700	2	
	3 開腹手術によるもの	16,400	→ 21,320	3	
K525	食道憩室切除術			K524	
	1 頸部手術によるもの	13,300	→ 17,290	1	
	2 開胸によるもの	18,600	→ 24,180	2	
K525-2	食道切除再建術			K525	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	→ 75,000	1	
	2 胸部、腹部の操作によるもの	41,100	→ 61,650	2	
K526	3 腹部の操作によるもの	27,400	→ 41,100	3	
	胸壁外皮膚管形成吻合術			K525-2	
	1 頸部、胸部、腹部の操作によるもの	50,000	→ 75,000	1	
K526-2	2 胸部、腹部の操作によるもの	41,100	→ 61,650	2	
	3 腹部の操作によるもの	27,400	→ 41,100	3	
	4 バイパスのみ作成する場合	24,100	→ 36,150	4	
K526-3	食道腫瘍摘出術			K526	
	1 内視鏡によるもの	6,520	→ 6,520	1	
	2 開胸又は開腹手術によるもの	20,200	→ 26,260	2	
K526-2	3 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	27,500	→ 41,250	3	
	内視鏡的食道粘膜切除術			K526-2	
	1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,800	→ 6,800	1	
K526-3	2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	17,000	→ 17,000	2	
	内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	6,800	→ 8,840	K526-3	
	K527 食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)			K527	
K528	1 頸部食道の場合	28,700	→ 43,050	1	
	2 胸部食道の場合	34,900	→ 56,950	2	
K529	先天性食道閉鎖症根治手術	45,800	→ 64,820	K528	
	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)			K529	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K530 K530-2 K531 K532 K532-2 K533 K533-2	1	頸部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	88,200	→	113,900	1	
	2	胸部、腹部の操作によるもの	77,600	→	97,770	2	
	3	腹部の操作によるもの	61,200	→	69,840	3	
		食道アカラシア形成手術	18,700	→	28,050	K530	
		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	26,000	→	39,000	K530-2	
		食道切除後2次的再建術				K531	
	1	皮弁形成によるもの	25,300	→	37,950	1	
	2	消化管利用によるもの	27,700	→	45,700	2	
		食道・胃静脈瘤手術				K532	
	1	血行遮断術を主とするもの	22,300	→	26,340	1	
	2	食道離断術を主とするもの	24,900	→	28,940	2	
		食道静脈瘤手術(開腹)	22,300	→	26,340	K532-2	
	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8,990	→	8,990	K533		
	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990	→	8,990	K533-2		
<b>(横隔膜)</b>							
K534 K534-2 K535 K536 K537		横隔膜縫合術				K534	
	1	経胸又は経腹	16,500	→	21,450	1	
	2	経胸及び経腹	23,200	→	28,940	2	
		横隔膜レラクサチオ手術				K534-2	
	1	経胸又は経腹	16,500	→	21,450	1	
	2	経胸及び経腹	23,200	→	28,940	2	
		胸腹裂孔ヘルニア手術				K535	
	1	経胸又は経腹	15,900	→	20,670	1	
	2	経胸及び経腹	21,000	→	27,300	2	
		後胸骨ヘルニア手術	16,200	→	21,060	K536	
		食道裂孔ヘルニア手術				K537	
	1	経胸又は経腹	16,200	→	21,060	1	
2	経胸及び経腹	20,600	→	26,780	2		

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K537-2	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	25,200	→ 37,800	K537-2	
<b>第8款 心・脈管</b>					
<b>(心、心膜、肺動静脈、冠血管等)</b>					
K538	心膜縫合術	8,760	→ 8,760	K538	
K538-2	心筋縫合止血術(外傷性)	10,900	→ 10,900	K538-2	
K539	心膜切開術	9,200	→ 9,200	K539	
K539-2	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	14,500	→ 14,500	K539-2	
K540	収縮性心膜炎手術	33,300	→ 49,950	K540	
K541	試験開心術	24,700	→ 24,700	K541	
K542	心腔内異物除去術	25,200	→ 30,210	K542	
K543	心房内血栓除去術	25,200	→ 30,210	K543	
K544	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術			K544	
	1 単独のもの	40,400	→ 60,600		1
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	60,100	→ 77,770		2
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	82,000	→ 91,910		3
K545	開胸心臓マッサージ	8,950	→ 8,950	K545	
K546	経皮的冠動脈形成術	22,000	→ 22,000	K546	
K547	経皮的冠動脈粥腫切除術	22,000	→ 22,000	K547	
K548	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	23,000	→ 23,000	K548	
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	22,000	→ 22,000	K549	
K550	冠動脈内血栓溶解療法	10,300	→ 13,390	K550	
K550-2	経皮的冠動脈血栓吸引術	15,000	→ 15,110	K550-2	
K551	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)			K551	
	1 1箇所のもの	49,700	→ 74,550		1
	2 2箇所以上のも	53,900	→ 79,860		2
K552	冠動脈、大動脈バイパス移植術			K552	
	1 1吻合のもの	51,100	→ 71,570		1
	2 2吻合以上のも	78,000	→ 85,880		2

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K552-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないもの)			K552-2	
	1 1吻合のもの	58,800	→ 71,570	1	
	2 2吻合以上のもの	89,700	→ 89,700	2	
K553	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)			K553	
	1 単独のもの	39,700	→ 59,550	1	
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	58,400	→ 78,730	2	
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	81,000	→ 100,200	3	
K553-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術			K553-2	
	1 単独のもの	50,800	→ 76,200	1	
	2 冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	70,200	→ 100,200	2	
	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	87,800	→ 114,510	3	
K554	弁形成術			K554	
	1 1弁のもの	57,500	→ 79,860	1	
	2 2弁のもの	72,500	→ 93,170	2	
	3 3弁のもの	85,000	→ 106,480	3	
K555	弁置換術			K555	
	1 1弁のもの	57,000	→ 85,500	1	
	2 2弁のもの	80,500	→ 100,200	2	
	3 3弁のもの	93,500	→ 114,510	3	
K556	大動脈弁狭窄直視下切開術	42,600	→ 42,940	K556	
K556-2	経皮的動脈弁拡張術	22,800	→ 34,200	K556-2	
K557	大動脈弁上狭窄手術	49,000	→ 71,570	K557	
K557-2	大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	50,300	→ 75,450	K557-2	
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	57,500	→ 86,250	K557-3	
K557-4	ダムス・ケー・スタンセル(DKS)吻合を伴う大動脈狭窄症手術	72,800	→ 85,880	K557-4	
K558	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	103,000	→ 143,140	K558	
K559	閉鎖式僧帽弁交連切開術	22,900	→ 29,580	K559	
K559-2	経皮的僧帽弁拡張術	22,800	→ 29,640	K559-2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)			K560	【名称の変更】
1	上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	93,000	→ 114,510	1	
2	上行大動脈(その他のもの)	84,300	→ 100,200	2	
3	弓部大動脈	109,000	→ 114,510	3	
4	上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術	143,000	→ 171,760	4	
5	下行大動脈	75,300	→ 85,880	5	
6	胸腹部大動脈	111,000	→ 166,500	6	
7	腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	54,300	→ 54,300	7	
8	腹部大動脈(その他のもの)	52,000	→ 52,000	8	
K561	ステントグラフト内挿術			K561	
1	胸部大動脈	39,600	→ 56,560	1	
2	腹部大動脈	31,600	→ 47,400	2	
3	腸骨動脈	24,800	→ 37,200	3	
K562	動脈管開存症手術			K562	
1	経皮的動脈管開存閉鎖術	12,700	→ 12,700	1	
2	動脈管開存閉鎖術(直視下)	22,000	→ 22,000	2	
K563	肺動脈絞扼術	27,700	→ 39,410	K563	
K564	血管輪又は重複大動脈弓離断手術	22,600	→ 33,900	K564	
K565	巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	31,800	→ 47,700	K565	
K566	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	28,500	→ 42,750	K566	
K567	大動脈縮窄(離断)症手術			K567	
1	単独のもの	41,100	→ 57,250	1	
2	心室中隔欠損症手術を伴うもの	68,300	→ 100,200	2	
3	複雑心奇形手術を伴うもの	119,300	→ 128,820	3	
	経皮的動脈形成術	—	→ 34,200	K567-2	【新設】
K568	大動脈肺動脈中隔欠損症手術			K568	
1	単独のもの	46,000	→ 69,000	1	
2	心内奇形手術を伴うもの	59,000	→ 88,500	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K569	三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	79,000	→ 85,880	K569	【新設】
K570	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術			K570	
1	肺動脈弁切開術(単独のもの)	25,000	→ 25,000	1	
2	右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	45,700	→ 68,550	2	
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術	22,800	→ 24,550	K570-2	
	経皮的肺動脈形成術	—	→ 24,550	K570-3	
K571	肺静脈還流異常症手術			K571	
1	部分肺静脈還流異常	37,000	→ 48,110	1	
2	総肺静脈還流異常	81,000	→ 93,040	2	
K572	肺静脈形成術	34,300	→ 51,450	K572	
K573	心房中隔欠損作成術			K573	
1	経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンンド法)	6,900	→ 8,970	1	
2	心房中隔欠損作成術	25,800	→ 25,800	2	
K574	心房中隔欠損閉鎖術			K574	
1	単独のもの	30,100	→ 30,100	1	
2	肺動脈弁狭窄を合併するもの	37,500	→ 37,500	2	
K574-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	25,600	→ 25,600	K574-2	
K575	三心房心手術	39,000	→ 58,500	K575	
K576	心室中隔欠損閉鎖術			K576	
1	単独のもの	38,900	→ 50,570	1	
2	肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	49,100	→ 52,850	2	
3	大動脈弁形成を伴うもの	56,000	→ 64,410	3	
4	右室流出路形成を伴うもの	55,500	→ 71,570	4	
K577	バルサルバ洞動脈瘤手術			K577	
1	単独のもの	52,000	→ 71,570	1	
2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	59,000	→ 85,880	2	
K578	右室二腔症手術	53,000	→ 79,500	K578	
K579	不完全型房室中隔欠損症手術			K579	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K579-2	1 心房中隔欠損パッチ閉鎖術(単独のもの)	36,000	→ 54,000	1	
	2 心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	53,200	→ 64,410	2	
K580	完全型房室中隔欠損症手術			K579-2	
	1 心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	82,500	→ 107,350	1	
K581	2 ファロー四徴症手術を伴うもの	119,000	→ 143,140	2	
	1 ファロー四徴症手術			K580	
K582	2 右室流出路形成術を伴うもの	71,000	→ 71,000	1	
	2 末梢肺動脈形成術を伴うもの	80,500	→ 93,040	2	
K583	1 肺動脈閉鎖症手術			K581	
	1 単独のもの	92,000	→ 100,200	1	
K584	2 ラステリ手術を伴うもの	90,200	→ 128,820	2	
	3 巨大側副血管術を伴うもの	131,000	→ 171,760	3	
K585	1 両大血管右室起始症手術			K582	
	1 単独のもの	72,000	→ 85,880	1	
K586	2 右室流出路形成を伴うもの	101,000	→ 128,820	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの(タウシッヒ・ビンゲ奇形手術)	120,300	→ 143,140	3	
K587	1 大血管転位症手術			K583	
	1 心房内血流転換手術(マスタード・セニング手術)	82,400	→ 114,510	1	
K588	2 大血管血流転換術(ジャテーン手術)	100,900	→ 107,350	2	
	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	112,000	→ 128,820	3	
K589	4 ラステリ手術を伴うもの	90,200	→ 114,510	4	
	1 修正大血管転位症手術			K584	
K590	1 心室中隔欠損パッチ閉鎖術	52,000	→ 78,000	1	
	2 根治手術(ダブルスイッチ手術)	162,500	→ 162,500	2	
K591	総動脈幹症手術	119,800	→ 119,800	K585	
K592	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術			K586	
K593	1 両方向性グレン手術	70,000	→ 71,570	1	
	2 フォンタン手術	78,000	→ 85,880	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
	3	心室中隔造成術	146,000	→	146,000	3	
K587		左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	124,000	→	141,460	K587	
K588		冠動静脈瘻開胸的遮断術	39,000	→	53,240	K588	
K589		冠動脈起始異常症手術	66,700	→	85,880	K589	
K590		心室憩室切除術	41,000	→	61,500	K590	
K591		心臓脱手術	113,400	→	113,400	K591	
K592		肺動脈塞栓除去術	37,600	→	37,600	K592	
		肺動脈血栓内膜摘除術	—	→	100,190	K592-2	【新設】
K593		肺静脈血栓除去術	24,700	→	30,210	K593	
K594		不整脈手術				K594	
	1	副伝導路切断術	71,000	→	85,880	1	
	2	心室頻拍症手術	88,500	→	100,200	2	
	3	メイズ手術	64,300	→	93,170	3	
K595		経皮的カテーテル心筋焼灼術	20,900	→	—	K595	【項目の見直し】
		心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの	—	→	31,350	1	
		その他のもの	—	→	26,440	2	
K595-2		経皮的中隔心筋焼灼術	22,800	→	22,800	K595-2	
K596		体外ペースメーカー	3,370	→	3,370	K596	
K597		ペースメーカー移植術				K597	
	1	心筋電極の場合	13,800	→	13,800	1	
	2	経静脈電極の場合	6,830	→	7,820	2	
K597-2		ペースメーカー交換術	3,200	→	3,610	K597-2	
		埋込型心電図記録計移植術	—	→	1,260	K597-3	【新設】
		埋込型心電図記録計摘出術	—	→	840	K597-4	【新設】
K598		両心室ペースメーカー移植術	20,500	→	30,750	K598	
K598-2		両心室ペースメーカー交換術	3,200	→	3,200	K598-2	
K599		埋込型除細動器移植術	13,100	→	17,030	K599	
K599-2		埋込型除細動器交換術	2,200	→	2,860	K599-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K599-3	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術	14,000	→ 21,000	K599-3	
K599-4	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	3,200	→ 3,200	K599-4	
K600	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)			K600	
1	初日	8,780	→ 8,780	1	
2	2日目以降	3,680	→ 3,680	2	
K601	人工心肺(1日につき)			K601	
1	初日	24,500	→ 24,500	1	
2	2日目以降	3,000	→ 3,000	2	
K602	経皮的な心肺補助法(1日につき)			K602	
1	初日	11,100	→ 11,100	1	
2	2日目以降	3,120	→ 3,120	2	
K603	補助人工心臓(1日につき)			K603	
1	初日	30,000	→ 45,000	1	
2	2日目以降30日目まで	5,000	→ 5,000	2	
3	31日目以降	4,000	→ 4,000	3	
K604	埋込型補助人工心臓			K604	
1	初日(1日につき)	30,000	→ 45,000	1	
2	2日目以降30日目まで(1日につき)	5,000	→ 5,000	2	
3	31日目以降90日目まで(1日につき)	4,000	→ 4,000	3	
4	91日目以降(1月につき)	6,000	→ 6,000	4	
K605	移植用心採取術	49,300	→ 61,200	K605	
K605-2	同種心移植術	104,100	→ 143,140	K605-2	
K605-3	移植用心肺採取術	74,200	→ 92,020	K605-3	
K605-4	同種心肺移植術	150,000	→ 198,990	K605-4	
<b>(動脈)</b>					
K606	血管露出術	530	→ 530	K606	
K607	血管結紮術			K607	
1	開胸又は開腹を伴うもの	8,610	→ 8,610	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
	2 その他のもの	3,130	→ 3,130	2	
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	3,130	→ 3,130	K607-2	
K607-3	上腕動脈表在化法	5,000	→ 5,000	K607-3	
K608	動脈塞栓除去術			K608	
	1 開胸又は開腹を伴うもの	16,900	→ 21,970	1	
	2 その他のもの(観血的なもの)	9,470	→ 9,470	2	
K608-2	外シャント血栓除去術	1,680	→ 1,680	K608-2	
K608-3	内シャント血栓除去術	3,130	→ 3,130	K608-3	
K609	動脈血栓内膜摘出術			K609	
	1 大動脈に及ぶもの	21,000	→ 31,500	1	
	2 内頸動脈	19,500	→ 29,250	2	
	3 その他のもの	15,300	→ 19,890	3	
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術	22,100	→ 33,150	K609-2	
K610	動脈形成術、吻合術			K610	
	1 頭蓋内動脈	36,000	→ 52,550	1	
	2 胸腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	→ 44,400	2	
	3 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	29,600	→ 44,400	3	
	4 指(手、足)の動脈	11,800	→ 11,800	4	
	5 その他の動脈	10,700	→ 13,910	5	
K610-2	脳新生血管造成術	36,000	→ 52,550	K610-2	
K610-3	内シャント又は外シャント設置術	10,700	→ 13,910	K610-3	
K610-4	四肢の血管吻合術	10,700	→ 13,910	K610-4	
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	10,700	→ 13,910	K610-5	
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置			K611	
	1 開腹して設置した場合	13,800	→ 17,940	1	
	2 四肢に設置した場合	12,500	→ 16,250	2	
	3 頭頸部その他に設置した場合	12,800	→ 16,640	3	
K612	末梢動静脈瘻造設術	7,760	→ 7,760	K612	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	24,700	→ 29,580	K613	
K614	血管移植術、バイパス移植術			K614	
1	大動脈	52,100	→ 70,700	1	
2	胸腔内動脈	41,000	→ 61,500	2	
3	腹腔内動脈	39,500	→ 56,560	3	
4	頭、頸部動脈	36,700	→ 55,050	4	
5	その他の動脈	23,300	→ 23,300	5	
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	12,700	→ 16,510	K615	
	経皮的大動脈遮断術	—	→ 1,390	K615-2	【新設】
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	15,800	→ 15,800	K616	
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800	→ 10,800	K616-2	
	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	—	→ 24,550	K616-3	【新設】
<b>(静脈)</b>					
K617	下肢静脈瘤手術			K617	
1	抜去切除術	10,200	→ 10,200	1	
2	硬化療法(一連として)	1,720	→ 1,720	2	
3	高位結紮術	3,130	→ 3,130	3	
K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200	→ 10,200	K617-2	
K617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,680	→ 1,680	K617-3	
K618	中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置			K618	
1	開腹して設置した場合	11,800	→ —		【項目の削除】
2	四肢に設置した場合	10,500	→ 10,500	1	
3	頭頸部その他に設置した場合	10,800	→ 10,800	2	
K619	静脈血栓摘出術			K619	
1	開腹を伴うもの	19,000	→ 19,000	1	
2	その他のもの(観血的なもの)	13,100	→ 13,100	2	
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100	→ 32,100	K619-2	
K620	下大静脈フィルター留置	8,000	→ 8,000	K620	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	32,000	→ 32,000	K621	
K622	胸管内頸静脈吻合術	23,400	→ 28,940	K622	
K623	静脈形成術、吻合術			K623	
1	胸腔内静脈	24,700	→ 24,700	1	
2	腹腔内静脈	24,700	→ 24,700	2	
3	指(手、足)の静脈	10,500	→ 10,850	3	
4	その他の静脈	13,500	→ 13,500	4	
K623-2	脾腎静脈吻合術	20,800	→ 20,800	K623-2	
(リンパ管、リンパ節)					
K624	削除			K624	
K625	リンパ管腫摘出術			K625	
1	長径5センチメートル未満	6,450	→ 8,390	1	
2	長径5センチメートル以上	11,300	→ 12,610	2	
K626	リンパ節摘出術			K626	
1	長径3センチメートル未満	1,200	→ 1,200	1	
2	長径3センチメートル以上	2,880	→ 2,880	2	
K626-2	リンパ節膿瘍切開術	910	→ 910	K626-2	
K627	リンパ節群郭清術			K627	
1	顎下部又は舌下部(浅在性)	6,970	→ 6,970	1	
2	頸部(深在性)	10,800	→ 14,040	2	
3	鎖骨上窩及び下窩	7,130	→ 9,270	3	
4	腋窩	10,500	→ 13,650	4	
5	胸骨旁	10,800	→ 14,040	5	
6	鼠径部及び股部	5,670	→ 5,670	6	
7	後腹膜	24,900	→ 28,940	7	
8	骨盤	14,700	→ 18,740	8	
K628	リンパ管吻合術	20,800	→ 31,200	K628	
第9款 腹部					



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(腹壁、ヘルニア)</b>					
K629	削除			K629	
K630	腹壁膿瘍切開術	1,270	→ 1,270	K630	
K631	腹壁瘻手術			K631	
	1 腹壁に限局するもの	1,820	→ 1,820	1	
	2 腹腔に通ずるもの	6,450	→ 6,450	2	
K632	腹壁腫瘍摘出術			K632	
	1 形成手術を必要としない場合	4,310	→ 4,310	1	
	2 形成手術を必要とする場合	9,810	→ 9,810	2	
K633	ヘルニア手術			K633	
	1 腹壁癒痕ヘルニア	7,440	→ 7,440	1	
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	6,200	→ 6,200	2	
	3 臍ヘルニア	4,200	→ 4,200	3	
	4 臍帯ヘルニア	13,900	→ 14,470	4	
	5 鼠径ヘルニア	6,000	→ 6,000	5	
	6 大腿ヘルニア	8,740	→ 8,740	6	
	7 腰ヘルニア	8,240	→ 8,240	7	
	8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	12,000	→ 14,470	8	
	9 内ヘルニア	12,600	→ 14,470	9	
K634	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	20,800	→ 20,800	K634	
<b>(腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜)</b>					
K635	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	2,810	→ 2,810	K635	
K635-2	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6,730	→ 6,730	K635-2	
K635-3	連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	12,000	→ 12,000	K635-3	
K636	試験開腹術	5,550	→ 5,550	K636	
	ダメージコントロール手術	—	→ 7,210	K636-2	【新設】
K637	限局性腹腔膿瘍手術			K637	
	1 横隔膜下膿瘍	8,880	→ 8,880	1	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
	2	ダグラス窩膿瘍	5,340	→	5,340	2	
	3	虫垂周囲膿瘍	5,340	→	5,340	3	
	4	その他のもの	6,670	→	6,670	4	
K638		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	—	→	10,800	K637-2	【新設】
K639		骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	3,290	→	3,290	K638	
K639-2		急性汎発性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639	
K640		結核性腹膜炎手術	12,000	→	12,000	K639-2	
		腸間膜損傷手術				K640	
	1	縫合、修復のみのもの	8,320	→	8,320	1	
	2	腸管切除を伴うもの	18,800	→	18,800	2	
K641		大網切除術	8,490	→	8,490	K641	
K642		大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術				K642	
	1	腸切除を伴わないもの	11,100	→	11,100	1	
	2	腸切除を伴うもの	17,100	→	21,700	2	
K643		後腹膜悪性腫瘍手術	32,000	→	48,000	K643	
K644		臍腸管瘻手術				K644	
	1	腸管切除を伴わないもの	5,260	→	5,260	1	
	2	腸管切除を伴うもの	17,400	→	17,400	2	
K645		骨盤内臓全摘術	71,900	→	107,850	K645	
<b>(胃、十二指腸)</b>							
K646		胃血管結紮術(急性胃出血手術)	10,100	→	10,100	K646	
K647		胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	11,300	→	11,300	K647	
K647-2		腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	18,600	→	18,600	K647-2	
K648		胃切開術	7,670	→	7,670	K648	
K649		胃吊上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術	10,900	→	10,900	K649	
K650		削除					
K651		内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	—	→	7,590	K651	【新設】
K652		胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	10,400	→	10,400	K652	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K653	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術			K653	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	4,970	→ 4,970	1	
2	早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	11,000	→ 14,130	2	
3	早期悪性腫瘍ポリープ切除術	4,790	→ 4,790	3	
4	その他のポリープ・粘膜切除術	4,000	→ 4,000	4	
K653-2	食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーテルによるもの)	3,200	→ 3,200	K653-2	
K653-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,200	→ 3,200	K653-3	
K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法	4,970	→ 4,970	K653-4	【名称の見直し】
K654	内視鏡的消化管止血術	4,310	→ 4,600	K654	
K654-2	胃局所切除術	10,400	→ 10,400	K654-2	
K654-3	腹腔鏡下胃局所切除術	20,400	→ 20,400	K654-3	
K655	胃切除術			K655	
1	単純切除術	20,700	→ 21,700	1	
2	悪性腫瘍手術	42,600	→ 55,870	2	
K655-2	腹腔鏡下胃切除術			K655-2	
1	単純切除術	30,000	→ 30,000	1	
2	悪性腫瘍手術	51,000	→ 62,360	2	
K655-3	十二指腸窓(内方)憩室摘出術	20,700	→ 20,700	K655-3	
K655-4	噴門側胃切除術			K655-4	
1	単純切除術	30,900	→ 30,900	1	
2	悪性腫瘍切除術	55,100	→ 55,100	2	
K656	胃縮小術	18,300	→ 21,700	K656	
K657	胃全摘術			K657	
1	単純全摘術	32,800	→ 49,200	1	
2	悪性腫瘍手術	58,300	→ 69,840	2	
K657-2	腹腔鏡下胃全摘術			K657-2	
1	単純全摘術	41,900	→ 58,300	1	
2	悪性腫瘍手術	69,100	→ 74,830	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K658	削除			K658	
K659	食道下部迷走神経切除術(幹迷切)			K659	
1	単独のもの	13,600	→ 13,600	1	
2	ドレナージを併施するもの	19,000	→ 19,000	2	
3	胃切除術を併施するもの	24,900	→ 28,940	3	
K660	食道下部迷走神経選択的切除術			K660	
1	単独のもの	15,000	→ 15,000	1	
2	ドレナージを併施するもの	21,100	→ 21,700	2	
3	胃切除術を併施するもの	27,500	→ 28,940	3	
K660-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	25,500	→ 25,500	K660-2	
K661	胃冠状静脈結紮及び切除術	15,800	→ 15,800	K661	
K662	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	13,600	→ 13,600	K662	
K663	十二指腸空腸吻合術	13,400	→ 13,400	K663	
K664	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	9,460	→ 9,460	K664	
K665	胃瘻閉鎖術	9,050	→ 10,590	K665	
K666	幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。)	10,500	→ 10,500	K666	
K666-2	腹腔鏡下幽門形成術	15,300	→ 15,300	K666-2	
K667	噴門形成術	12,600	→ 12,600	K667	
K667-2	腹腔鏡下噴門形成術	25,100	→ 28,940	K667-2	
K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術	12,000	→ 12,000	K667-3	【名称の見直し】
K668	胃横断術(静脈瘤手術)	17,600	→ 21,700	K668	
<b>(胆嚢、胆道)</b>					
K669	胆管切開術	12,100	→ 12,100	K669	
K670	胆嚢切開結石摘出術	10,900	→ 10,900	K670	
K671	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)			K671	
1	胆嚢摘出を含むもの	19,600	→ 21,700	1	
2	胆嚢摘出を含まないもの	16,700	→ 18,800	2	
K671-2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術			K671-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K672	1 胆嚢摘出を含むもの	25,600	→ 25,600	1	【新設】
	2 胆嚢摘出を含まないもの	22,700	→ 22,700	2	
K672-2	胆嚢摘出術	15,200	→ 19,760	K672	
K673	腹腔鏡下胆嚢摘出術	20,300	→ 20,300	K672-2	
K674	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	27,600	→ 28,940	K673	
K675	総胆管拡張症手術	28,000	→ 28,000	K674	
K675	胆嚢悪性腫瘍手術			K675	
	1 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	28,500	→ 29,930	1	
	2 肝切除(葉以上)を伴うもの	50,500	→ 75,750	2	
	3 臍頭十二指腸切除を伴うもの	65,300	→ 97,950	3	
	4 臍頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	112,000	→ 139,680	4	
K676	削除			K676	
K677	胆管悪性腫瘍手術	47,200	→ 70,800	K677	
	肝門部胆管悪性腫瘍手術			K677-2	
	血行再建あり	—	→ 121,050	1	
	血行再建なし	—	→ 97,050	2	
K678	体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	16,300	→ 16,300	K678	
K679	胆嚢胃(腸)吻合術	10,500	→ 10,500	K679	
K680	総胆管胃(腸)吻合術	17,300	→ 21,700	K680	
K681	胆嚢外瘻造設術	9,200	→ 9,200	K681	
K682	胆管外瘻造設術			K682	
	1 開腹によるもの	12,300	→ 12,300	1	
	2 経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	
K682-2	経皮的胆管ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K682-2	
K683	削除			K683	
K684	先天性胆道閉鎖症手術	37,800	→ 56,700	K684	
K685	内視鏡的胆道碎石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	9,830	→ 9,830	K685	
K686	内視鏡的胆道拡張術	9,180	→ 11,930	K686	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K687	内視鏡的乳頭切開術			K687	
1	乳頭括約筋切開のみのもの	7,230	→ 9,400	1	
2	胆道碎石術を伴うもの	17,100	→ 21,190	2	
K688	内視鏡的胆道ステント留置術	6,830	→ 8,880	K688	
K689	経皮経肝胆管ステント挿入術	8,110	→ 9,440	K689	
<b>(肝)</b>					
K690	肝縫合術	17,400	→ 17,400	K690	
K691	肝膿瘍切開術			K691	
1	開腹によるもの	11,000	→ 11,000	1	
2	開胸によるもの	12,200	→ 12,200	2	
K691-2	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	10,800	→ 10,800	K691-2	
K692	肝嚢胞切開又は縫縮術	12,200	→ 12,200	K692	
K692-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	21,300	→ 21,700	K692-2	
K693	肝内結石摘出術(開腹)	20,100	→ 21,700	K693	
K694	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	18,800	→ 21,700	K694	
K695	肝切除術			K695	
1	部分切除	21,500	→ 27,950	1	
2	区域切除・亜区域切除	26,300	→ 39,450	2	【項目の見直し】
3	葉切除	49,000	→ 73,500	3	
4	拡大葉切除	64,700	→ 97,050	4	
5	拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	80,700	→ 97,770	5	
	腹腔鏡下肝切除術			K695-2	【新設】
	部分切除	—	→ 50,600	1	
	外側区域切除	—	→ 62,100	2	
K696	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	19,600	→ 21,700	K696	
K697	肝内胆管外瘻造設術			K697	
1	開腹によるもの	13,200	→ 14,470	1	
2	経皮経肝によるもの	10,800	→ 10,800	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K697-2	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	13,600	→ 13,600	K697-2	
K697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	15,000	→ 15,000	K697-3	
K697-4	移植用部分肝採取術(生体)	48,000	→ 72,000	K697-4	
K697-5	生体部分肝移植術	63,700	→ 95,550	K697-5	
K697-6	移植用肝採取術(死体)	56,800	→ 85,200	K697-6	
K697-7	同種死体肝移植術	108,600	→ 142,380	K697-7	
<b>(脾)</b>					
K698	急性脾炎手術	21,600	→ -	K698	【項目の見直し】
	感染性壊死部切除を伴うもの	-	→ 49,390	1	
	その他のもの	-	→ 21,700	2	
K699	脾結石手術			K699	
1	脾切開によるもの	20,200	→ 21,700	1	
2	経十二指腸乳頭によるもの	21,500	→ 21,700	2	
K700	脾中央切除術	-	→ 45,000	K700	【新設】
K701	脾破裂縫合術	19,200	→ 19,200	K701	
K702	脾体尾部腫瘍切除術			K702	
1	脾尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合	21,200	→ -	1	【項目の追加】
	脾同時切除の場合	-	→ 21,200	イ	
	脾温存の場合	-	→ 21,750	ロ	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	30,000	→ 38,890	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	35,000	→ 52,500	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	40,000	→ 55,870	4	
K703	脾頭部腫瘍切除術			K703	
1	脾頭十二指腸切除術の場合	55,200	→ 69,840	1	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	66,000	→ 83,810	2	
3	周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	72,500	→ 83,810	3	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	78,900	→ 111,740	4	
K704	脾全摘術	60,900	→ 91,350	K704	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K705	膵嚢胞胃(腸)吻合術	18,800	→ 21,700	K705	
K706	膵管空腸吻合術	28,000	→ 28,940	K706	
K707	膵嚢胞外瘻造設術			K707	
	1 内視鏡によるもの	10,900	→ 14,130	1	
	2 開腹によるもの	12,100	→ 12,100	2	
K708	膵管外瘻造設術	13,500	→ 14,470	K708	
K708-2	膵管誘導手術	13,500	→ 14,470	K708-2	
K709	膵瘻閉鎖術	21,000	→ 21,700	K709	
K709-2	移植用膵採取術(死体)	46,800	→ 48,700	K709-2	
K709-3	同種死体膵移植術	88,600	→ 112,570	K709-3	
K709-4	移植用膵腎採取術(死体)	70,000	→ 82,580	K709-4	
K709-5	同種死体膵腎移植術	108,600	→ 140,420	K709-5	
<b>(脾)</b>					
K710	脾縫合術(部分切除を含む。)	11,400	→ 24,410	K710	
K711	脾摘出術	18,500	→ 21,700	K711	
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	28,500	→ 28,500	K711-2	
<b>(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)</b>					
K712	破裂腸管縫合術	8,350	→ 8,350	K712	
K713	腸切開術	7,420	→ 7,420	K713	
K714	腸管癒着症手術	10,900	→ 10,900	K714	
K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	16,600	→ 16,600	K714-2	
K715	腸重積症整復術			K715	
	1 非観血的なもの	2,860	→ 3,450	1	
	2 観血的なもの	5,530	→ 5,530	2	
K716	小腸切除術			K716	
	1 悪性腫瘍手術以外の切除術	11,700	→ 11,700	1	
	2 悪性腫瘍手術	28,000	→ 29,930	2	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	25,600	→ 25,600	K716-2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K717	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	11,800	→ 14,470	K717	
K718	虫垂切除術			K718	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	6,210	→ 6,210	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	8,880	→ 8,880	2	
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術			K718-2	
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	8,210	→ 11,470	1	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880	→ 14,140	2	
K719	結腸切除術			K719	
	1 小範囲切除	17,900	→ 17,900	1	
	2 結腸半側切除	25,700	→ 25,700	2	
	3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	32,700	→ 32,700	3	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術			K719-2	
	1 小範囲切除、結腸半側切除	35,700	→ 35,700	1	
	2 全切除、亜全切除	41,700	→ 41,700	2	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	41,700	→ 41,700	K719-3	
K719-4	ピックレル氏手術	13,700	→ 13,700	K719-4	
K720	結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	13,000	→ 14,470	K720	
K721	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術			K721	【項目の見直し】
	1 長径2センチメートル未満	6,740	→ 5,000	1	
	2 長径2センチメートル以上	5,360	→ 7,000	2	
K721-2	内視鏡的大腸ポリープ切除術	5,360	→ -	K721-2	【項目の見直し】
	長径2センチメートル未満	-	→ 5,000	1	
	長径2センチメートル以上	-	→ 7,000	2	
K721-3	内視鏡的結腸異物摘出術	5,360	→ 5,360	K721-3	
K722	小腸結腸内視鏡的止血術	8,950	→ 8,950	K722	
K723	削除			K723	
K724	腸吻合術	9,040	→ 9,040	K724	
K725	腸瘻、虫垂瘻造設術	6,140	→ 6,140	K725	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K726	人工肛門造設術	6,590	→ 6,590	K726	
K727	腹壁外腸管前置術	7,790	→ 7,790	K727	
K728	腸狭窄部切開縫合術	9,830	→ 9,830	K728	
K729	腸閉鎖症手術			K729	
1	腸管切除を伴わないもの	11,600	→ 11,600	1	
2	腸管切除を伴うもの	21,100	→ 21,700	2	
K730	小腸瘻閉鎖術			K730	
1	腸管切除を伴わないもの	10,500	→ 10,500	1	
2	腸管切除を伴うもの	16,700	→ 16,700	2	
K731	結腸瘻閉鎖術			K731	
1	腸管切除を伴わないもの	10,800	→ 10,800	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,700	→ 21,700	2	
K732	人工肛門閉鎖術			K732	
1	腸管切除を伴わないもの	10,300	→ 10,300	1	
2	腸管切除を伴うもの	17,500	→ 21,700	2	
K733	盲腸縫縮術	4,400	→ 4,400	K733	
K734	腸回転異常症手術	12,900	→ 14,470	K734	
K735	先天性巨大結腸症手術	32,700	→ 49,050	K735	
K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	6,560	→ 8,530	K735-2	
K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	42,300	→ 63,450	K735-3	
K736	人工肛門形成術			K736	
1	開腹を伴うもの	8,400	→ 8,400	1	
2	その他のもの	3,670	→ 3,670	2	
<b>(直腸)</b>					
K737	直腸周囲膿瘍切開術	2,690	→ 2,690	K737	
K738	直腸異物除去術			K738	
1	経肛門(内視鏡によるもの)	3,960	→ 5,150	1	
2	開腹によるもの	10,400	→ 10,400	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K739	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)			K739	
1	経肛門	4,010	→ 4,010	1	
2	経括約筋	8,250	→ 8,250	2	
3	経腹及び経肛	12,000	→ 14,470	3	
	経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	—	→ 20,120	K739-2	【新設】
K740	直腸切除・切断術			K740	
1	切除術	27,000	→ 40,500	1	
2	低位前方切除術	44,200	→ 66,300	2	
3	超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	50,100	→ 69,840	3	
4	切断術	50,100	→ 75,150	4	
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術			K740-2	
1	切除術	42,100	→ 63,150	1	
2	低位前方切除術	53,400	→ 77,780	2	
3	切断術	60,000	→ 77,780	3	
K740-3	削除			K740-3	
K741	直腸狭窄形成手術	18,900	→ 21,700	K741	
K742	直腸脱手術			K742	
1	経会陰によるもの	7,370	→ 7,370	1	
2	直腸挙上固定を行うもの	9,260	→ 9,260	2	
3	骨盤底形成を行うもの	12,100	→ 14,470	3	
4	腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	23,900	→ 28,940	4	
<b>(肛門、その周辺)</b>					
K743	痔核手術(脱肛を含む。)			K743	
1	硬化療法	1,380	→ 1,380	1	
2	硬化療法(四段階注射法によるもの)	2,800	→ 4,220	2	
3	結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390	→ 1,390	3	
4	根治手術	5,360	→ 5,360	4	
5	PPH	6,390	→ 11,260	5	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K743-2	肛門括約筋切開術	1,380	→ 1,380	K743-2	
K743-3	脱肛根本手術	5,360	→ 5,360	K743-3	
K743-4	痔核手術後狭窄拡張手術	5,360	→ 5,360	K743-4	
K743-5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750	→ 3,750	K743-5	
K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750	→ 3,750	K743-6	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110	→ 3,110	K744	
K745	肛門周囲膿瘍切開術	2,050	→ 2,050	K745	
K746	痔瘻根治手術			K746	
	1 単純なもの	3,750	→ 3,750	1	
	2 複雑なもの	7,400	→ 7,400	2	
K746-2	高位直腸瘻手術	7,400	→ 7,400	K746-2	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K747	
K748	肛門悪性腫瘍手術			K748	
	1 切除	20,100	→ 21,700	1	
	2 直腸切断を伴うもの	42,300	→ 63,450	2	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	1,630	→ 1,630	K749	
K750	肛門括約筋形成手術			K750	
	1 瘻痕切除又は縫縮によるもの	3,990	→ 3,990	1	
	2 組織置換によるもの	14,000	→ 18,200	2	
K751	鎖肛手術			K751	
	1 肛門膜状閉鎖切開	2,100	→ 2,100	1	
	2 会陰式	12,800	→ 14,470	2	
	3 仙骨会陰式	21,800	→ 32,700	3	
	4 腹会陰、腹仙骨式	39,800	→ 59,700	4	
K751-2	仙尾部奇形腫手術	24,700	→ 37,050	K751-2	
K751-3	腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)	46,600	→ 69,900	K751-3	
K752	肛門形成手術			K752	
	1 肛門狭窄形成手術	5,580	→ 5,580	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
K753	2	直腸粘膜脱形成手術	6,600	→ 6,600	2	
		毛巢囊、毛巢瘻、毛巢洞手術	3,680	→ 3,680	K753	
<b>第10款 尿路系・副腎</b>						
<b>(副腎)</b>						
K754		副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	16,800	→ 21,700	K754	
K754-2		腹腔鏡下副腎摘出術	31,000	→ 31,000	K754-2	
K754-3		腹腔鏡下小切開副腎摘出術	36,000	→ 30,000	K754-3	
K755		副腎腫瘍摘出術			K755	
	1	皮質腫瘍	21,200	→ 27,560	1	
	2	髓質腫瘍(褐色細胞腫)	25,400	→ 33,020	2	
K756		副腎悪性腫瘍手術	35,800	→ 36,170	K756	
<b>(腎、腎盂)</b>						
K757		腎破裂縫合術	23,300	→ 28,940	K757	
K757-2		腎破裂手術	23,800	→ 29,440	K757-2	
K758		腎周囲膿瘍切開術	3,480	→ 3,480	K758	
K759		腎切半術	28,600	→ 28,940	K759	
K760		癒合腎離断術	27,900	→ 36,170	K760	
K761		腎被膜剥離術(除神経術を含む。)	8,820	→ 8,820	K761	
K762		腎固定術	8,260	→ 8,260	K762	
K763		腎切石術	16,300	→ 21,190	K763	
K764		経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	18,800	→ 28,200	K764	
K765		経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	19,100	→ 28,650	K765	
K766		経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	13,000	→ 13,000	K766	
K767		腎盂切石術	16,100	→ 20,930	K767	
K768		体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)	19,300	→ 19,300	K768	
K769		腎部分切除術	19,300	→ 25,090	K769	
K769-2		腹腔鏡下腎部分切除術	28,000	→ 33,790	K769-2	
K769-3		腹腔鏡下小切開腎部分切除術	33,000	→ 33,000	K769-3	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K770	腎嚢胞切除縮小術	10,500	→ 10,500	K770	
K770-2	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	18,800	→ 18,800	K770-2	
K771	経皮的腎嚢胞穿刺術	1,490	→ 1,490	K771	
K772	腎摘出術	16,300	→ 16,300	K772	
K772-2	腹腔鏡下腎摘出術	32,100	→ 41,730	K772-2	
K772-3	腹腔鏡下小切開腎摘出術	37,100	→ 37,100	K772-3	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	32,900	→ 32,900	K773	
K773-2	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	42,300	→ 63,450	K773-2	
K773-3	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	47,300	→ 47,300	K773-3	
K774	削除			K774	
K775	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	12,600	→ 12,600	K775	
K776	腎(腎盂)皮膚瘻閉鎖術	15,000	→ 19,500	K776	
K777	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術	16,900	→ 21,700	K777	
K778	腎盂形成手術	19,600	→ 25,480	K778	
K778-2	腹腔鏡下腎盂形成手術	29,500	→ 44,250	K778-2	
K779	移植用腎採取術(生体)	22,800	→ 34,200	K779	
K779-2	移植用腎採取術(死体)	30,000	→ 41,900	K779-2	
K779-3	腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)	38,600	→ 51,850	K779-3	
K780	同種死体腎移植術	74,800	→ 98,770	K780	
K780-2	生体腎移植術	40,000	→ 60,000	K780-2	
<b>(尿管)</b>					
K781	経尿道的尿路結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)	14,800	→ 14,800	K781	
K781-2	ピンハンマー式尿路結石破碎術	7,000	→ 7,000	K781-2	
K782	尿管切石術			K782	
1	上部及び中部	8,180	→ 8,180	1	
2	膀胱近接部	12,000	→ 12,000	2	
K783	経尿道的尿管狭窄拡張術	16,100	→ 16,100	K783	
K783-2	経尿道的尿管ステント留置術	2,270	→ 3,400	K783-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	1,000	→ 1,300	K783-3	
K784	残存尿管摘出術	12,400	→ 14,470	K784	
K784-2	尿管剥離術	12,400	→ 14,470	K784-2	
K785	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	18,000	→ 18,000	K785	
K786	尿管膀胱吻合術	14,900	→ 14,900	K786	
K787	尿管尿管吻合術	16,100	→ 20,930	K787	
K788	尿管腸吻合術	10,100	→ 13,130	K788	
K789	尿管腸膀胱吻合術	23,900	→ 31,070	K789	
K790	尿管皮膚瘻造設術	9,930	→ 9,930	K790	
K791	尿管皮膚瘻閉鎖術	15,300	→ 19,890	K791	
K792	尿管腸瘻閉鎖術	21,800	→ 28,340	K792	
K793	尿管腔瘻閉鎖術	16,700	→ 21,700	K793	
K794	尿管口形成手術	14,300	→ 14,300	K794	
	経尿道的尿管瘤切除術	—	→ 15,500	K794-2	【新設】
<b>(膀胱)</b>					
K795	膀胱破裂閉鎖術	9,750	→ 9,750	K795	
K796	膀胱周囲膿瘍切開術	3,300	→ 3,300	K796	
K797	膀胱内凝血除去術	2,980	→ 2,980	K797	
K798	膀胱結石、異物摘出術			K798	
1	経尿道的手術	7,990	→ 7,990	1	
2	膀胱高位切開術	3,150	→ 3,150	2	
K798-2	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	7,990	→ 7,990	K798-2	
K799	膀胱壁切除術	7,120	→ 7,120	K799	
K800	膀胱憩室切除術	9,060	→ 9,060	K800	
K800-2	経尿道的電気凝固術	9,060	→ 9,060	K800-2	
	膀胱水圧拡張術	—	→ 5,500	K800-3	【新設】
K801	膀胱単純摘除術			K801	
1	腸管利用の尿路変更を行うもの	35,800	→ 37,420	1	

旧区分番号		新手術項目名	点数		新区分番号	備考
			改正前	改正後		
	2	その他のもの	26,500	→ 34,450	2	
K802		膀胱腫瘍摘出術	9,460	→ 9,460	K802	
K802-2		膀胱脱手術	9,980	→ —	K802-2	【項目の見直し】
		メッシュを使用するもの	—	→ 24,720	1	
		その他のもの	—	→ 12,970	2	
K802-3		膀胱後腫瘍摘出術			K802-3	
	1	腸管切除を伴わないもの	11,100	→ 11,100	1	
	2	腸管切除を伴うもの	17,100	→ 21,700	2	
K803		膀胱悪性腫瘍手術			K803	
	1	切除	20,700	→ 22,450	1	
	2	全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの)	34,300	→ 51,450	2	
	3	全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの)	54,300	→ 69,840	3	
	4	全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600	→ 98,400	4	
	5	全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	69,000	→ 103,500	5	
	6	経尿道的手術	10,400	→ 10,400	6	
K804		尿膜管摘出術	9,350	→ 9,350	K804	
K805		膀胱瘻造設術	3,530	→ 3,530	K805	
K806		膀胱皮膚瘻閉鎖術	6,050	→ 6,050	K806	
K807		膀胱腔瘻閉鎖術	14,900	→ 19,370	K807	
K808		膀胱腸瘻閉鎖術	14,900	→ 19,370	K808	
K809		膀胱子宮瘻閉鎖術	20,000	→ 26,000	K809	
K809-2		膀胱尿管逆流手術	16,400	→ 18,090	K809-2	
K810		ボアリー氏手術	20,800	→ 27,040	K810	
K811		腸管利用膀胱拡大術	24,800	→ 32,240	K811	
K812		回腸(結腸)導管造設術	25,500	→ 33,150	K812	
		排泄腔外反症手術			K812-2	【新設】
		外反膀胱閉鎖術	—	→ 51,850	1	
		膀胱腸裂閉鎖術	—	→ 103,710	2	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
<b>(尿道)</b>					
K813	尿道周囲膿瘍切開術	1,160	→ 1,160	K813	
K814	外尿道口切開術	1,010	→ 1,010	K814	
K815	尿道結石、異物摘出術			K815	
	1 前部尿道	2,180	→ 2,180	1	
	2 後部尿道	5,250	→ 5,250	2	
K816	外尿道腫瘍切除術	2,180	→ 2,180	K816	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術			K817	
	1 摘出	16,300	→ 21,190	1	
	2 内視鏡による場合	11,900	→ 15,470	2	
	3 尿路変更を行う場合	45,900	→ 45,900	3	
K818	尿道形成手術			K818	
	1 前部尿道	13,100	→ 13,100	1	
	2 後部尿道	21,400	→ 32,100	2	
K819	尿道下裂形成手術	20,000	→ 30,000	K819	
K819-2	陰茎形成術	20,000	→ 30,000	K819-2	
K820	尿道上裂形成手術	20,000	→ 30,000	K820	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	13,300	→ 13,300	K821	
K821-2	尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル)	14,200	→ 14,200	K821-2	
K821-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術	12,300	→ 12,300	K821-3	
K822	女子尿道脱手術	6,370	→ 6,370	K822	
K823	尿失禁手術			K823	
	1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	21,800	→ 21,800	1	
	2 その他のもの	17,300	→ 17,300	2	
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術	13,800	→ 17,940	K823-2	
<b>第11款 性器</b>					
<b>(陰茎)</b>					
K824	陰茎尖圭コンジローム切除術	1,130	→ 1,130	K824	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K825	陰茎全摘術	9,840	→ 12,790	K825	
K826	陰茎切断術	4,500	→ 4,500	K826	
K826-2	陰茎折症手術	6,580	→ 6,580	K826-2	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	4,500	→ 4,500	K826-3	
K827	陰茎悪性腫瘍手術			K827	
	1 陰茎切除	14,300	→ 14,300	1	
	2 陰茎全摘	21,600	→ 28,080	2	
K828	包茎手術			K828	
	1 背面切開術	740	→ 740	1	
	2 環状切除術	2,040	→ 2,040	2	
K828-2	陰茎持続勃起症手術			K828-2	
	1 亀頭—陰茎海绵体瘻作成術(ウィンター法)によるもの	3,120	→ 3,120	1	
	2 その他のシャント術によるもの	10,400	→ 15,600	2	
<b>(陰囊、精巣、精巣上体、精管、精索)</b>					
K829	精管切断、切除術(両側)	2,550	→ 2,550	K829	
K830	精巣摘出術	2,770	→ 2,770	K830	
K830-2	精巣外傷手術			K830-2	
	1 陰囊内血腫除去術	3,200	→ 3,200	1	
	2 精巣白膜縫合術	3,400	→ 3,400	2	
K831	停留精巣摘出術	4,830	→ 削除	K831	
K831-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣摘出術	13,830	→ 削除	K831-2	
K832	精巣上体摘出術	4,200	→ 4,200	K832	
K833	精巣悪性腫瘍手術	9,260	→ 9,460	K833	
K834	精索静脈瘤手術	2,480	→ 2,480	K834	
K834-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術	11,000	→ 14,300	K834-2	
K835	陰囊水腫手術			K835	
	1 交通性陰囊水腫手術	3,620	→ 3,620	1	
	2 その他	2,290	→ 2,290	2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K836	停留精巣固定術	8,260	→ 8,260	K836	
K836-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	18,800	→ 24,440	K836-2	
K837	精管形成手術	6,690	→ 8,700	K837	
K838	精索捻転手術			K838	
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,650	→ 7,650	1	
2	その他のもの	6,330	→ 6,330	2	
<b>(精嚢、前立腺)</b>					
K839	前立腺膿瘍切開術	2,770	→ 2,770	K839	
K840	前立腺被膜下摘出術	13,100	→ 13,100	K840	
K841	経尿道的前立腺手術	18,500	→ 18,500	K841	
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除術	19,000	→ 19,000	K841-2	
K841-3	経尿道的前立腺高温度治療(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-3	
K841-4	焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき)	5,000	→ 5,000	K841-4	
K842	削除			K842	
K843	前立腺悪性腫瘍手術	31,600	→ 31,600	K843	
K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	45,300	→ 67,950	K843-2	
K843-3	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	50,300	→ 50,300	K843-3	
<b>(外陰、会陰)</b>					
K844	バルトリン腺膿瘍切開術	790	→ 790	K844	
K845	処女膜切開術	790	→ 790	K845	
K846	処女膜切除術	980	→ 980	K846	
K847	輪状処女膜切除術	2,230	→ 2,230	K847	
K848	バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。)	2,760	→ 2,760	K848	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	2,340	→ 2,340	K849	
K850	女子外性器悪性腫瘍手術			K850	
1	切除	18,800	→ 22,450	1	
2	皮膚移植(筋皮弁使用)を行った場合	27,700	→ 41,550	2	
K850-2	腔絨毛性腫瘍摘出術	14,100	→ 18,330	K850-2	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K851	会陰形成手術			K851	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	4,430	→ 4,430	2	
K851-2	外陰・膣血腫除去術	1,600	→ 1,600	K851-2	
K851-3	癒合陰唇形成手術			K851-3	
1	筋層に及ばないもの	2,330	→ 2,330	1	
2	筋層に及ぶもの	4,430	→ 4,430	2	
<b>(膣)</b>					
K852	膣壁裂創縫合術(分娩時を除く。)			K852	
1	前又は後壁裂創	2,760	→ 2,760	1	
2	前後壁裂創	4,160	→ 4,160	2	
3	膣円蓋に及ぶ裂創	6,370	→ 6,370	3	
4	直腸裂傷を伴うもの	18,900	→ 24,570	4	
K853	膣閉鎖術			K853	
1	中央膣閉鎖術(子宮全脱)	6,370	→ 6,370	1	
2	その他	2,580	→ 2,580	2	
K854	膣式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	2,230	→ 2,230	K854	
K854-2	後膣円蓋切開(子宮外妊娠)	2,230	→ 2,230	K854-2	
K855	膣中隔切除術			K855	
1	不全隔のもの	1,260	→ 1,260	1	
2	全中隔のもの	2,540	→ 2,540	2	
K856	膣壁腫瘍摘出術	2,540	→ 2,540	K856	
K856-2	膣壁囊腫切除術	2,540	→ 2,540	K856-2	
K856-3	膣ポリープ切除術	1,040	→ 1,040	K856-3	
K856-4	膣壁尖圭コンジローム切除術	1,040	→ 1,040	K856-4	
K857	膣壁悪性腫瘍手術	22,300	→ 22,450	K857	
K858	膣腸瘻閉鎖術	18,900	→ 24,570	K858	
K859	造膣術、膣閉鎖症術			K859	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K860	1 拡張器利用によるもの	2,130	→ 2,130	1	
	2 遊離植皮によるもの	11,300	→ 14,470	2	
	3 腔断端挙上によるもの	18,400	→ 21,700	3	
	4 腸管形成によるもの	24,200	→ 31,460	4	
	5 筋皮弁移植によるもの	31,500	→ 47,250	5	
K860-2	腔壁形成手術	5,650	→ 5,650	K860	
	腔断端挙上術(腔式、腹式)	19,500	→ 22,450	K860-2	
<b>(子宮)</b>					
K861	子宮内膜搔爬術	1,180	→ 1,180	K861	
K862	クレニッヒ手術	7,710	→ 7,710	K862	
K863	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	19,100	→ 19,100	K863	
K863-2	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	11,000	→ 14,300	K863-2	
K864	子宮位置矯正術			K864	
1	アレキサンダー手術	4,040	→ 4,040	1	
	開腹による位置矯正術	5,800	→ 5,800	2	
	癒着剥離矯正術	8,320	→ 10,820	3	
K865	子宮脱手術			K865	
1	腔壁形成手術及び子宮位置矯正術	10,000	→ 13,000	1	
	2 ハルバン・シャウタ手術	10,000	→ 13,000	2	
	3 マンチェスター手術	10,800	→ 10,850	3	
	4 腔壁形成手術及び子宮全摘術(腔式、腹式)	19,200	→ 21,700	4	
K866	子宮頸管ポリープ切除術	990	→ 990	K866	
K866-2	子宮腔部冷凍凝固術	990	→ 990	K866-2	
K867	子宮頸部(腔部)切除術	3,330	→ 3,330	K867	
K867-2	子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術	470	→ 470	K867-2	
K867-3	子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む。)	3,330	→ 3,330	K867-3	
K867-4	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	3,330	→ 3,330	K867-4	
K868から K870まで	削除			K868から ら	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K871	子宮息肉様筋腫摘出術(腔式)	3,980	→ 3,980	K871	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術			K872	
1	腹式	14,500	→ 18,850	1	
2	腔式	8,450	→ 10,990	2	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	25,300	→ 28,940	K872-2	
K872-3	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	4,730	→ 4,730	K872-3	
K872-4	痕跡副角子宮手術			K872-4	
1	腹式	14,500	→ 14,500	1	
2	腔式	8,450	→ 8,450	2	
K872-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法	8,450	→ 8,450	K872-5	
K873	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	12,500	→ 14,470	K873	
K874				K874	
及び				及び	
K875	削除			K875	
K876	子宮腔上部切断術	7,310	→ 7,310	K876	
K877	子宮全摘術	17,600	→ 21,700	K877	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	38,500	→ 38,500	K877-2	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	8,450	→ 10,990	K878	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	19,100	→ 21,640	K878-2	
K879	子宮悪性腫瘍手術	39,000	→ 58,500	K879	
K880	削除			K880	
K881	腹壁子宮瘻手術	12,500	→ 16,250	K881	
K882	重複子宮、双角子宮手術	13,600	→ 17,680	K882	
K883	子宮頸管形成手術	3,590	→ 3,590	K883	
K883-2	子宮頸管閉鎖症手術			K883-2	
1	非観血的	180	→ 180	1	
2	観血的	3,590	→ 3,590	2	
K884	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	12,500	→ 16,250	K884	

(子宮附属器)

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K885	膣式卵巣嚢腫内容排除術	1,350	→ 1,350	K885	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側)			K886	
1	開腹によるもの	8,910	→ 8,910	1	
2	腹腔鏡によるもの	17,900	→ 17,900	2	
K887	卵巣部分切除術(膣式を含む。)			K887	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-2	卵管結紮術(膣式を含む。)(両側)			K887-2	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-3	卵管口切開術			K887-3	
1	開腹によるもの	4,350	→ 4,350	1	
2	腹腔鏡によるもの	12,200	→ 14,470	2	
K887-4	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術	12,200	→ 15,860	K887-4	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)			K888	
1	開腹によるもの	9,300	→ 12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	19,600	→ 25,480	2	
K888-2	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)			K888-2	
1	開腹によるもの	9,300	→ 12,090	1	
2	腹腔鏡によるもの	18,600	→ 25,480	2	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	33,000	→ 58,500	K889	
K890	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	16,200	→ 21,060	K890	
K890-2	卵管鏡下卵管形成術	23,800	→ 35,700	K890-2	
<b>(産科手術)</b>					
K891	分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	2,440	→ 2,440	K891	
K892	骨盤位娩出術	3,800	→ 3,800	K892	
K893	吸引娩出術	2,080	→ 2,080	K893	
K894	鉗子娩出術			K894	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K895	1 低位(出口)鉗子	2,080	→ 2,080	1	【項目の追加】
	2 中位鉗子	3,660	→ 3,660	2	
K896	会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	1,530	→ 1,530	K895	
K896	会陰(膈壁)裂創縫合術(分娩時)			K896	
K897	1 筋層に及ぶもの	1,650	→ 1,650	1	
	2 肛門に及ぶもの	2,970	→ 2,970	2	
	3 膈円蓋に及ぶもの	3,320	→ 3,320	3	
	4 直腸裂創を伴うもの	6,310	→ 6,310	4	
K897	頸管裂創縫合術(分娩時)	3,770	→ 3,770	K897	
K898	帝王切開術			K898	
K899	1 緊急帝王切開	17,800	→ 19,340	1	
	2 選択帝王切開	15,000	→ 19,340	2	
K899	前置胎盤を合併する場合	—	→ 21,700	3	
K900	胎児縮小術(娩出術を含む。)	3,220	→ 3,220	K899	
K900	臍帯還納術	1,240	→ 1,240	K900	
K900-2	脱垂肢整復術	1,240	→ 1,240	K900-2	
K901	子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	1,890	→ 1,890	K901	
K902	胎盤用手剥離術	2,350	→ 2,350	K902	
K903	子宮破裂手術			K903	
K904	1 子宮全摘除を行うもの	21,300	→ 22,450	1	
	2 子宮膈上部切断を行うもの	15,800	→ 20,540	2	
	3 その他のもの	8,580	→ 11,150	3	
K904	妊娠子宮摘出術(ポロー手術)	21,300	→ 27,690	K904	
K905	子宮内反症整復手術(膈式、腹式)			K905	
K906	1 非観血的	340	→ 340	1	
	2 観血的	8,180	→ 10,630	2	
K906	子宮頸管縫縮術			K906	
K906	1 マクドナルド法	1,740	→ 1,740	1	



旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考		
		改正前	改正後				
K907	2	シロッカー法又はラッシュ法	3,090	→	3,090	2	
	3	縫縮解除術(チューブ抜去術)	1,500	→	1,500	3	
K908		胎児外回転術	670	→	670	K907	
K909		胎児内(双合)回転術	1,190	→	1,190	K908	
		流産手術				K909	
	1	妊娠11週までの場合	1,910	→	1,910	1	
	2	妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	3,710	→	4,820	2	
K909-2		子宮内容除去術(不全流産)	1,910	→	1,910	K909-2	
K910		削除				K910	
K911		胞状奇胎除去術	4,280	→	4,280	K911	
K912		子宮外妊娠手術				K912	
	1	開腹によるもの	9,420	→	10,850	1	
	2	腹腔鏡によるもの	18,600	→	18,600	2	
K913		新生児仮死蘇生術				K913	
	1	仮死第1度のもの	840	→	840	1	
	2	仮死第2度のもの	2,220	→	2,220	2	
<b>(その他)</b>							
		性腺摘出術				K913-2	<b>【新規】</b>
		開腹によるもの	—	→	4,830	1	
		腹腔鏡によるもの	—	→	14,300	2	
<b>第12款 削除</b>							
<b>第13款 臓器提供管理料</b>							
K914		脳死臓器提供管理料	14,200	→	14,200	K914	
K915		生体臓器提供管理料	5,000	→	5,000	K915	
<b>第2節 輸血料</b>							
K920		輸血				K920	
	1	自家採血輸血(200mLごとに)				1	
	イ	1回目	750	→	750	イ	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考	
		改正前	改正後			
K920-2	ロ 2 イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	2回目以降 保存血液輸血(200mLごとに)	650	→ 650	ロ 2	【項目の見直し】
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	1回目 2回目以降 自己血貯血 6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	450	→ 450	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	2回目以降 自己血貯血 6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	350	→ 350	ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	液状保存の場合 凍結保存の場合	200	→ 200	(1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	凍結保存の場合 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	400	→ 400	(2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	液状保存の場合 凍結保存の場合	200	→ 200	(1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	凍結保存の場合 自己血輸血	400	→ 400	(2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	6歳以上の患者の場合(200mLごとに)	750	→ 750	イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	液状保存の場合 凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	凍結保存の場合 6歳未満の患者の場合(体重1kgにつき4mLごとに)	750	→ 750	(2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	液状保存の場合 凍結保存の場合	1,500	→ 1,500	(1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	交換輸血(1回につき)	5,250	→ 5,250	5 ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	イ ロ 3 イ (1) (2) ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	輸血管理料			5 ロ (1) (2) 4 イ (1) (2) ロ (1) (2) 5	
	K921	1 2 造血幹細胞採取(一連につき) 骨髓採取 同種移植の場合 自家移植の場合 末梢血幹細胞採取 同種移植の場合	輸血管理料 I 輸血管理料 II	200 70	→ 200 → 70	
		同種移植の場合	—	→ 19,200	イ	
		自家移植の場合	—	→ 15,000	ロ	
		末梢血幹細胞採取			2	
		同種移植の場合	—	→ 19,200	イ	

旧区分番号	新手術項目名	点数		新区分番号	備考
		改正前	改正後		
K922	自家移植の場合 造血幹細胞移植 骨髄移植	—	→ 15,000	ロ K922 1	【項目の見直し】
	同種移植の場合 自家移植の場合	—	→ 65,600	イ ロ	
	末梢血幹細胞移植 同種移植の場合	—	→ 25,000	2 イ	
	自家移植の場合	—	→ 65,600	ロ	
	臍帯血移植	—	→ 30,000	3	
K922-2	臍帯血移植	—	→ 44,300	K922-2	
K923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)	44,300	→ 削除	K923	
		4,500	→ 4,500	K923	
<b>第3節 手術医療機器等加算</b>					
K930	脊髄誘発電位測定等加算	3,130	→ 3,130	K930	
K931	超音波凝固切開装置等加算	3,000	→ 3,000	K931	
K932	創外固定器加算	10,000	→ 10,000	K932	
K933	イオントフォーレーゼ加算	45	→ 45	K933	
K934	副鼻腔手術用内視鏡加算	1,000	→ 1,000	K934	
K935	止血用加熱凝固切開装置加算	700	→ 700	K935	
K936	自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936	
K936-2	自動吻合器加算	5,500	→ 5,500	K936-2	
K936-3	微小血管自動縫合器加算	2,500	→ 2,500	K936-3	
K937	心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算	30,000	→ 30,000	K937	
K938	体外衝撃波消耗性電極加算	3,000	→ 3,000	K938	
K939	画像等手術支援加算			K939	
	1 ナビゲーションによるもの	2,000	→ 2,000	1	
	2 実物大臓器立体モデルによるもの	2,000	→ 2,000	2	

## 別表2

## 第10部 手術（名称が変更する項目）

旧区分番号	旧手術項目名	新区分番号	新手術項目名
K014	皮膚移植術	K014	皮膚移植術(生体・培養)
K043-3	骨髄炎・骨結核手術	K043-3	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)
K065	関節内異物(挿入物)除去術	K065	関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K065-2	関節内異物(挿入物)除去術(関節鏡下)	K065-2	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術
K066-2	関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-2	関節鏡下関節滑膜切除術
K066-4	滑液膜摘出術(関節鏡下)	K066-4	関節鏡下滑液膜摘出術
K066-6	膝蓋骨滑液嚢切除(関節鏡下)	K066-6	関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術
K066-8	掌指関節滑膜切除術(関節鏡下)	K066-8	関節鏡下掌指関節滑膜切除術
K067-2	関節鼠摘出手術(関節鏡下)	K067-2	関節鏡下関節鼠摘出手術
K068-2	半月板切除術(関節鏡下)	K068-2	関節鏡下半月板切除術
K069-3	半月板縫合術(関節鏡下)	K069-3	関節鏡下半月板縫合術
K074-2	靭帯断裂縫合術(関節鏡下)	K074-2	関節鏡下靭帯断裂縫合術
K079-2	靭帯断裂形成手術(関節鏡下)	K079-2	関節鏡下靭帯断裂形成手術
K178-3	選択的脳血栓・塞栓溶解術	K178-3	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
K254	角膜切除術	K254	治療の角膜切除術
K298	外耳道造設術(外耳道閉鎖症手術)	K298	外耳道造設術・閉鎖症手術
K320	アブミ骨手術(アブミ骨摘出術又は可動化手術)	K320	アブミ骨摘出術・可動化手術
K344	翼突管神経切除術(経鼻腔)	K344	経鼻腔の翼突管神経切除術
K365	翼突管神経切除術(経上顎洞)	K365	経上顎洞の翼突管神経切除術
K383	喉頭切開術(喉頭截開術)	K383	喉頭切開術・截開術
K653-4	表在性早期胃癌光線力学療法	K653-4	内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
K667-3	内視鏡下食道噴門部縫縮術	K667-3	腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

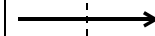
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 麻酔</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 麻酔料</p> <p>L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>【注の追加】</p> <p>L009 麻酔管理料</p>	<p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>（追加）</p>	<p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>注7 心臓手術が行われる場合又は別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、所定点数に880点を加算する。</p>

【名称の見直し】	<p>麻酔管理料</p>	<p>→ 麻酔管理料( )</p>
【注の見直し】	<p>注1 麻酔管理料を算定する旨を当該保険医療機関の所在地の地方厚生局長等に対して届け出た麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p>	<p>→ 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。</p>
【注の追加】	<p>(追加)</p>	<p>→ 注3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料( )を算定している場合は算定できない。</p>
【新設】	<p>(新設)</p>	<p>→ L010 麻酔管理料( )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 100点</li> <li>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 300点</li> </ul> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p>
第2節 神経ブロック料		
L100 神経ブロック(局所麻酔剤)		

又はボツリヌス毒素使用)

【項目の見直し】

4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療  
目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400点



4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸又は下肢  
痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合  
400点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 放射線治療</p> <p>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点</p> <p>1 甲状腺癌に対するもの 500点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 250点</p> <p>注 甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>4,000点</p> <p>1 甲状腺癌に対するもの 1,390点 2 甲状腺機能亢進症に対するもの 1,390点 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点</p> <p>注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回</p>



【注の追加】

(追加)

に限り算定する。

注2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

M001 体外照射

【点数の見直し】

2 コバルト<sup>60</sup>遠隔大量照射

イ 1回目 500点  
ロ 2回目 150点

250点  
75点

3 高エネルギー放射線治療

イ 1回目  
(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点  
(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点  
(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点

840点  
1,320点  
1,800点

ロ 2回目  
(1) 1門照射又は対向2門照射を行った場

	<p>合 310点</p> <p>(2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 410点</p> <p>(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点</p>	<p>280点</p> <p>440点</p> <p>600点</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	
<p>M002 全身照射（一連につき）</p>	<p>10,000点</p>	<p>30,000点</p>
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 骨髄移植を目的として行われるものに限る。</p>	<p>注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。</p>
<p>M004 密封小線源治療（一連につき）</p>		

【点数の見直し】

- 2 腔内照射
  - イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は  
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合  
3,000点
  - ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合  
1,000点
  - ハ その他の場合 1,500点
- 3 組織内照射
  - ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は  
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合  
7,500点
  - ハ その他の場合 6,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく）  
2,000点

【注の見直し】

注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、  
購入価格を70円で除して得た点数を加算する。

- 2 腔内照射
  - イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は  
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合  
10,000点
  - ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合  
500点
  - ハ その他の場合 5,000点
- 3 組織内照射
  - ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は  
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合  
23,000点
  - ハ その他の場合 19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく）  
8,000点

注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、  
購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案						
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>第1節 病理標本作製料</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法） 病理組織標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>4 その他（1臓器につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【新設】</p>	<p>350点</p> <p>（追加）</p> <p>（新設）</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 638 1478 774">4</td> <td data-bbox="1512 670 1971 702">EGFRタンパク</td> <td data-bbox="1993 670 2060 702">690点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 710 1478 774">5</td> <td data-bbox="1512 710 1971 742">その他（1臓器につき）</td> <td data-bbox="1993 710 2060 742">400点</td> </tr> </table> <p>注2 5について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1,600点を加算する。</p> <p>N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p>	4	EGFRタンパク	690点	5	その他（1臓器につき）	400点
4	EGFRタンパク	690点						
5	その他（1臓器につき）	400点						

N 0 0 4 細胞診（1部位につき）

【項目の見直し】

- 1 婦人科材料
- 2 その他

150点  
190点

- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点

第2節 病理診断・判断料

N 0 0 6 病理診断料

【項目の見直し】

410点

- 1 組織診断料 500点
- 2 細胞診断料 240点

【注の削除】

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、

【注の追加】

(追加)

月1回に限り算定する。

注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

N007 病理判断料

【点数の見直し】

146点

150点







### 3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1部 調剤報酬</p> <p>第1節 調剤技術料</p> <p>00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点</p>

0 1 調剤料

【項目の見直し】

- 1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））
  - イ 14日分以下の場合
    - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
    - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
  - ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点
  - ハ 22日分以上の場合 77点

- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 13点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 17点

【注の追加】

（追加）

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く（1剤につき））
  - イ 14日分以下の場合
    - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
    - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
  - ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点
  - ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点
  - ニ 31日分以上の場合 89点

- 注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
  - イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数
  - ロ 57日分以上の場合 270点

<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき） 190点</p>	<p>→</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき）  イ 7日分以下の場合 190点  ロ 8日分以上28日分以下の場合  (1) 7日目以下の部分 190点  (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点  ハ 29日分以上の場合 400点</p>
<p>【項目の削除】</p>	<p>5 一包化薬 89点  注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p>	<p>→</p>	<p>（削除）</p>
<p>第2節 薬学管理料</p>			
<p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>			
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者（後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p>	<p>→</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。  ロ 処方された薬剤について、直接患者又は</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p>	<p>(追加)</p>	<p>その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</p>
<p>1.1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>
<p>1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p>	<p>→</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p>

【注の見直し】

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。  
ロ 処方された薬剤について、直接患者又は

（削除）

その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

19 後期高齢者終末期相談支援料

200点

【削除】

注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対

（削除）

第2部 算定制限

【削除】

して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。



(削除)

## 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>1 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者が老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、同法第8条</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費（ ）を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。</p>



第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは同法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）である場合に、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、利用者1人につき週3日（同一の利用者について、イ及びハを併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

【注の追加】

（追加）

注10 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 イ及びハについては、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合

4,300円

ロ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合

3,800円

【注の見直し】

注10 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定

注12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定

施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合

施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合（二又はホに規定する利用者が指定訪問看護を受けている場合を除く。）

ニ 次に掲げる利用者が、他の2つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（ホに規定する利用者を除く。）

(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの

ホ 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

2 訪問看護管理療養費

【点数の見直し】

イ 月の初日の訪問の場合 7,050円  
ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）  
2,900円

イ 月の初日の訪問の場合 7,300円  
ロ 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）  
2,950円

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

4 後期高齢者終末期相談支援療養費

【削除】

2,000円

注 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付を受ける者をいう。）である利用者（在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものに限る。）に対して、利用者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、利用者1人につき1回に限り算定する。

（削除）

5 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を算定する。

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

通則

【通則の削除】

3 第1号の4の規定にかかわらず、後期高齢者終末期相談支援療養費は、別に厚生労働大臣が定める日より算定できるものとする。

（削除）

## 第3部

関係省令・告示(案)

【保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（案）】

新旧対照条文

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付）</p> <p>第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付すること足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>	<p>（領収証等の交付）</p> <p>第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。



<p>。 発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>ホ～へ (略)</p> <p>三了九 (略)</p>	<p>ホ～へ (略)</p> <p>三了九 (略)</p>
---	-------------------------------

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

<p>改正案</p> <p>（領収証の交付） 第四条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することとで足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p>	<p>現行</p> <p>（領収証の交付） 第四条の二（略）</p>
--	--

# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号					
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 <span style="float:right">印</span>					
		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード				
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考										
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印									
	保険医署名									

調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印				公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

新旧対照条文

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付）            第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>	<p>（領収証等の交付）            第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）

（の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホトト （略）

四八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 （略）

三 投薬

イハ （略）

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）

（の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホトト （略）

四八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 （略）

三 投薬

イハ （略）

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることに付いて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することとで足りるものとする。

3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。ただし、平成二十二年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

別表を次のように改める。

別表

診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	腹膜透析液交換セット	
	(1) 交換キット	558円
	(2) 回路	
	Yセット	867円
	A P Dセット	5,610円
	I P Dセット	1,040円
002	在宅中心静脈栄養用輸液セット	
	(1) 本体	1,930円
	(2) 付属品	
	フーバー針	400円
	輸液バッグ	400円
003	在宅寝たきり患者処置用気管内ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 一般型	
	カフ付き気管切開チューブ	
	ア カフ上部吸引機能あり	
	一重管	4,710円
	二重管	6,720円
	イ カフ上部吸引機能なし	
	一重管	4,050円
	二重管	6,810円
	カフなし気管切開チューブ	4,240円
	(2) 輪状甲状膜切開チューブ	4,800円
	(3) 保持用気管切開チューブ	6,080円
004	在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 2管一般( )	241円
	(2) 2管一般( )	672円
	(3) 2管一般( )	1,650円
	(4) 特定( )	772円
	(5) 特定( )	2,110円
005	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 経鼻用	
	一般用	175円
	乳幼児用	
	ア 一般型	90円
	イ 非D E H P型	140円
	経腸栄養用	1,650円
	特殊型	2,020円
	(2) 腸瘻用	4,350円
006	在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）	
	(1) ダイアライザー	
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（ ）	1,380円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（ ）	1,380円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（ ）	1,470円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（ ）	1,710円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡未満）（ ）	1,830円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（ ）	1,370円

	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)( )	1,320円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)( )	1,510円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)( )	1,760円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)( )	1,940円
	特定積層型	5,980円
	(2) 吸着型血液浄化器( 2 - ミクログロブリン除去用)	22,000円
007	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	4,000円
008	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり8円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	標準型	1 cm <sup>2</sup> 当たり13円
	異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり25円
009	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 広範囲熱傷用	1,060円
	(2) 平坦部位用	142円
	(3) 凹凸部位用	322円
医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格		
001	血管造影用シースイントロドューサーセット	
	(1) 一般用	3,560円
	(2) 蛇行血管用	4,730円
	(3) 選択的導入用(ガイディングカテーテルを兼ねるもの)	18,100円
	(4) 胸部大動脈用ステントグラフト用	28,800円
	(5) 遠位端可動型	140,000円
002	ダイレーター	2,950円
003	動脈圧測定用カテーテル	
	(1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル	15,200円
	(2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	2,280円
004	冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	6,110円
005	サーモダイリレーション用カテーテル	
	(1) 一般型	
	標準型	
	ア 標準型	18,700円
	イ 輸液又はペーシングリード用ルーメンあり	31,800円
	混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	53,500円
	ペーシング機能あり	49,100円
	(2) 右室駆出率測定機能あり	
	混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	41,800円
	混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	24,600円
	(3) 連続心拍出量測定機能あり	
	混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	55,900円
	混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	48,600円
	(4) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	80,900円
006	体外式連続心拍出量測定用センサー	36,400円
007	血管内超音波プローブ	
	(1) 標準( )	109,000円
	(2) 標準( )	128,000円
	(3) 特定( )	166,000円



	(4) 特定( )	175,000円
008	血管内視鏡カテーテル	160,000円
009	血管造影用カテーテル	
	(1) 一般用	3,430円
	(2) バルーン型( )	14,500円
	(3) バルーン型( )	31,500円
	(4) 心臓マルチパーパス型	6,610円
	(5) サイジング機能付加型	4,100円
010	血管造影用マイクロカテーテル	
	(1) オーバーザワイヤー 選択的アプローチ型	
	ア ブレードあり	50,300円
	イ ブレードなし	39,600円
	造影能強化型	36,000円
	デタッチャブルコイル用	63,200円
	(2) フローダイレクト	74,300円
011	心臓造影用センサー付カテーテル	112,000円
012	血管造影用ガイドワイヤー	
	(1) 一般用	3,060円
	(2) 交換用	4,630円
	(3) 微細血管用	17,600円
013	経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー	
	(1) 一般用	22,000円
	(2) 複合・高度狭窄部位用	25,100円
014	冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー	
	(1) フローセンサー型	154,000円
	(2) 圧センサー型	171,000円
	(3) コンビネーション型	266,000円
015	弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー	
	(1) ガイドワイヤー	23,900円
	(2) 僧帽弁誘導用スタイレット	23,700円
016	テクネシウム <sup>99m</sup> ガス吸入装置用患者吸入セット	5,870円
017	3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル	1,150円
018	携帯型ディスポーザブルPCA用装置	1,290円
019	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	
	(1) 一般型	3,510円
	(2) 一体型	2,650円
020	プラスチックカニューレ型静脈内留置針	
	(1) 標準型	90円
	(2) 針刺し事故防止機構付加型	108円
021	中心静脈用カテーテル	
	(1) 標準型	
	シングルルーメン	
	ア スルーザカニューラ型	1,740円
	イ セルジンガー型	1,910円
	マルチルーメン	
	ア スルーザカニューラ型	2,870円
	イ セルジンガー型	7,530円
	(2) 抗血栓性型	2,310円

	(3) 極細型	7,890円
	(4) カフ付き	21,800円
	(5) 酸素飽和度測定機能付き	36,500円
	(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き	13,800円
022	抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材	1 mL当たり1,200円
023	涙液・涙道シリコンチューブ	20,600円
024	脳・脊髄腔用カニューレ	
	(1) 排液用	
	皮下・硬膜外用	2,780円
	頭蓋内用	6,370円
	脊髄クモ膜下腔用	13,000円
	(2) 脳圧測定用	75,200円
025	套管針カテーテル	
	(1) シングルルーメン	
	標準型	2,000円
	細径穿刺針型	5,160円
	(2) ダブルルーメン	2,660円
	(3) 特殊型	49,500円
026	栄養カテーテル	
	(1) 経鼻用	
	一般用	175円
	乳幼児用	
	ア 一般型	90円
	イ 非DEHP型	140円
	経腸栄養用	1,650円
	特殊型	2,020円
	(2) 腸瘻用	4,350円
027	気管内チューブ	
	(1) カフあり	
	カフ上部吸引機能あり	2,640円
	カフ上部吸引機能なし	776円
	(2) カフなし	659円
028	胃管カテーテル	
	(1) シングルルーメン	87円
	(2) ダブルルーメン	
	標準型	495円
	特殊型	1,460円
	(3) マグネット付き	5,990円
029	吸引留置カテーテル	
	(1) 能動吸引型	
	胸腔用	
	ア 一般型	
	軟質型	1,680円
	硬質型	1,180円
	イ 抗血栓性	3,330円
	心嚢・縦隔穿刺用	16,400円
	肺全摘術後用	34,400円
	創部用	
	ア 軟質型	6,370円

	イ 硬質型	3,880円
	サンプドレーン	3,530円
(2)	受動吸引型	
	フィルム・チューブドレーン	
	ア フィルム型	263円
	イ チューブ型	923円
	胆膵用	
	ア 胆管チューブ	1,910円
	イ 胆嚢管チューブ	12,200円
	ウ 膵管チューブ	5,890円
030	イレウス用ロングチューブ	
(1)	標準型	
	経鼻挿入型	26,300円
	経肛門挿入型	44,500円
(2)	スプリント機能付加型	38,500円
031	腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット	
(1)	腎瘻用カテーテル	
	ストレート型	742円
	ピッグテイル型	6,270円
	マレコ型	7,070円
	カテーテルステント型	9,740円
	腎盂バルーン型	2,470円
(2)	膀胱瘻用カテーテル	4,080円
(3)	造設用セット	18,600円
(4)	交換用セット	9,370円
032	経鼓膜換気チューブ	
(1)	短期留置型	4,480円
(2)	長期留置型	2,420円
033	経皮的又は経内視鏡の胆管等ドレナージ用カテーテルセット	
(1)	ワンステップ法・ダイレクト法セット	13,500円
(2)	ツーステップ法・内外瘻法セット	17,000円
(3)	外筒法セット	13,500円
(4)	経鼻法セット	25,000円
(5)	追加・交換用セット	10,100円
034	胆道ステントセット	
(1)	一般型	
	永久留置型	
	ア ステント	
	ロング	99,800円
	ショート	75,400円
	イ デリバリーシステム	24,300円
	一時留置型	
	ア ステント	4,670円
	イ デリバリーシステム	15,300円
(2)	自動装着システム付	
	永久留置型	
	ア カバーあり	239,000円
	イ カバーなし	253,000円
	一時留置型	52,400円

035	尿管ステントセット	
	(1) 一般型	
	標準型	21,900円
	異物付着防止型	27,500円
	(2) 外瘻用	
	腎盂留置型	
	ア 標準型	8,770円
	イ 異物付着防止型	49,300円
	尿管留置型	2,120円
	(3) エンドパイロトミー用	31,400円
036	尿道ステント	
	(1) 永久留置型	294,000円
	(2) 一時留置(交換)型	
	長期留置型	162,000円
	短期留置型	32,100円
037	交換用胃瘻カテーテル	
	(1) 胃留置型	
	バンパー型	
	ア ガイドワイヤーあり	22,000円
	イ ガイドワイヤーなし	19,600円
	バルーン型	8,440円
	(2) 小腸留置型	16,500円
038	気管切開後留置用チューブ	
	(1) 一般型	
	カフ付き気管切開チューブ	
	ア カフ上部吸引機能あり	
	一重管	4,710円
	二重管	6,720円
	イ カフ上部吸引機能なし	
	一重管	4,050円
	二重管	6,810円
	カフなし気管切開チューブ	4,240円
	(2) 輪状甲状膜切開チューブ	4,800円
	(3) 保持用気管切開チューブ	6,080円
039	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 2管一般( )	241円
	(2) 2管一般( )	672円
	(3) 2管一般( )	1,650円
	(4) 特定( )	772円
	(5) 特定( )	2,110円
	(6) 圧迫止血	4,530円
040	人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)	
	(1) ダイアライザー	
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)( )	1,380円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)( )	1,380円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)( )	1,470円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)( )	1,710円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)( )	1,830円
	ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)( )	1,370円

	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（）	1,320円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（）	1,510円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（）	1,760円
	ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積1.5㎡以上）（）	1,940円
	特定積層型	5,980円
(2)	ヘモフィルター	4,810円
(3)	吸着型血液浄化器（ <sub>2</sub> -ミクログロブリン除去用）	22,000円
(4)	持続緩徐式血液濾過器	25,800円
(5)	ヘモダイアフィルター	2,790円
041	動静脈短絡回路	
(1)	カニューレ	24,000円
(2)	チップ	4,350円
(3)	コネクター	189円
042	緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	
(1)	シングルルーメン	
	一般型	7,620円
	交換用	2,090円
(2)	ダブルルーメン以上	
	一般型	15,400円
	削除	
	カフ型	44,600円
043	循環式人工腎臓用吸着筒	11,000円
044	血漿交換用血漿分離器	28,300円
045	血漿交換用血漿成分分離器	24,100円
046	血漿交換療法用特定保険医療材料	
(1)	血漿交換用ディスプレイ選択の血漿成分吸着器（劇症肝炎用）	70,600円
(2)	血漿交換用ディスプレイ選択の血漿成分吸着器（劇症肝炎用以外）	87,000円
047	吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）	347,000円
048	吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）	60,000円
049	白血球吸着用材料	120,000円
050	削除	
051	腹膜透析用接続チューブ	13,200円
052	腹膜透析用カテーテル	
(1)	長期留置型	
	ストレート型	64,500円
	逆U字型	107,000円
(2)	緊急留置型	957円
053	腹膜透析装置専用回路	
(1)	Yセット	867円
(2)	APDセット	5,610円
(3)	IPDセット	1,040円
054	腹水濾過器、濃縮再静注用濃縮器（回路を含む。）	62,400円
055	副鼻腔炎治療用カテーテル	3,590円
056	副木	
(1)	軟化成形使用型	
	手指・足指用	2,570円
	上肢用	1,700円
	下肢用	4,490円
	鼻骨用	985円

	(2) 形状賦形型	
	手指・足指用	132円
	上肢用	466円
	下肢用	694円
	鼻骨用	4,910円
	(3) ハローベスト(ベスト部分)	291,000円
	(4) ヒール	448円
057	人工股関節用材料	
	(1) 骨盤側材料	
	臼蓋形成用カップ( )	165,000円
	臼蓋形成用カップ( )	88,300円
	カップ・ライナー一体型( )	97,400円
	ライナー( )	62,100円
	ライナー( )	77,500円
	(2) 大腿骨側材料	
	大腿骨ステム( )	557,000円
	大腿骨ステム( )	398,000円
	大腿骨ステムヘッド	111,000円
	人工骨頭用	
	ア モノポーラカップ	100,000円
	イ バイポーラカップ	134,000円
	(3) 単純人工骨頭	100,000円
058	人工膝関節用材料	
	(1) 大腿骨側材料	
	全置換用材料( )	309,000円
	全置換用材料( )	306,000円
	全置換用材料( )	357,100円
	片側置換用材料( )	177,000円
	片側置換用材料( )	173,000円
	(2) 脛骨側材料	
	全置換用材料( )	192,000円
	全置換用材料( )	182,000円
	片側置換用材料( )	188,000円
	片側置換用材料( )	134,000円
	(3) 膝蓋骨材料	
	膝蓋骨置換用材料( )	44,700円
	削除	
	膝蓋骨置換用材料( )	56,000円
	削除	
	(4) インサート( )	67,400円
	(5) インサート( )	84,300円
059	オプション部品	
	(1) 人工股関節用部品	26,900円
	(2) 人工膝関節用部品	69,500円
	(3) 人工関節固定強化部品	15,400円
	(4) 再建用強化部品	610,000円
060	固定用内副子(スクリュー)	
	(1) 一般スクリュー(生体用合金)	6,790円
	(2) 一般スクリュー(生体用合金)	1,750円

(3)	一般スクリュー（アルミナセラミック）	23,900円
(4)	中空スクリュー（生体用合金・S）	20,000円
(5)	中空スクリュー（生体用合金・L）	31,400円
(6)	中空スクリュー（生体用合金・S）	27,200円
(7)	中空スクリュー（生体用合金・L）	26,900円
(8)	その他のスクリュー	
	標準型	
	ア 小型スクリュー（頭蓋骨・顔面・上下顎骨用）	3,940円
	特殊型	
	ア 軟骨及び軟部組織用	
	スーチャーアンカー型	34,300円
	インターフェアレンス型	46,400円
	座金型	21,800円
	イ 圧迫調整固定用・両端ねじ型	
	大腿骨頸部用	114,000円
	一般用	54,700円
	ウ 義眼等人工物固定用	22,200円
061	固定用内副子（プレート）	
(1)	ストレートプレート（生体用合金・S）	22,900円
(2)	ストレートプレート（生体用合金・L）	32,600円
(3)	ストレートプレート（生体用合金・S）	4,330円
(4)	ストレートプレート（生体用合金・L）	9,430円
(5)	有角プレート（生体用合金）	37,700円
(6)	有角プレート（生体用合金）	33,900円
(7)	骨端用プレート（生体用合金）	89,200円
(8)	骨端用プレート（生体用合金）	34,300円
(9)	その他のプレート	
	標準	
	ア 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用	
	ストレート型・異形型	15,300円
	メッシュ型	94,400円
	イ 下顎骨・骨盤再建用	73,700円
	ウ 人工顎関節用	114,000円
	エ 頭蓋骨閉鎖用	
	バーホール型	20,200円
	クランプ型	20,700円
	特殊	
	ア 骨延長用	118,000円
	イ スクリュー非使用型	177,000円
062	大腿骨外側固定用内副子	
(1)	つばなしプレート（生体用合金）	74,300円
(2)	つばなしプレート（生体用合金）	70,500円
(3)	つばつきプレート（生体用合金）	109,000円
(4)	つばつきプレート（生体用合金）	106,000円
(5)	ラグスクリュー（生体用合金）	40,100円
(6)	ラグスクリュー（生体用合金）	33,400円
(7)	スライディングラグスクリュー（生体用合金）	87,200円
(8)	圧迫固定スクリュー（生体用合金）	9,180円
(9)	圧迫固定スクリュー（生体用合金）	4,450円

063	固定用内副子用ワッシャー、ナット類	
	(1) ワッシャー( )	3,030円
	(2) ワッシャー( )	1,350円
	(3) ナット	587円
064	脊椎固定用材料	
	(1) 脊椎ロッド	49,900円
	(2) 脊椎プレート( S )	40,700円
	(3) 脊椎プレート( L )	155,000円
	(4) 椎体フック	76,000円
	(5) 脊椎スクリュー( 固定型 )	82,200円
	(6) 脊椎スクリュー( 可動型 )	112,000円
	(7) 脊椎コネクター	48,900円
	(8) トランスバース固定器	71,300円
	(9) 椎体ステーブル	44,200円
	(10) 椎体ワッシャー	13,800円
065	人工肩関節用材料	
	(1) 肩甲骨側材料	140,000円
	(2) 上腕骨側材料	624,000円
066	人工肘関節用材料	
	(1) 上腕骨側材料	340,000円
	(2) 尺骨側材料	294,000円
	(3) 橈骨側材料	214,000円
067	人工手関節・足関節用材料	
	(1) 人工手関節用材料	
	橈骨側材料	保険医療機関における購入価格による。
	中手骨側材料	上に同じ。
	一体型	上に同じ。
	(2) 人工足関節用材料	
	脛骨側材料	409,000円
	距骨側材料	327,000円
068	人工指関節用材料	
	(1) 人工手指関節用材料	
	人工手根中手関節用材料	
	ア 大菱形骨側材料	142,000円
	イ 中手骨側材料	240,000円
	その他の人工手指関節用材料	
	ア 近位側材料	114,000円
	イ 遠位側材料	97,000円
	ウ 一体型	97,400円
	エ 人工手根骨用	203,000円
	(2) 人工足指関節用材料	
	近位側材料	保険医療機関における購入価格による。
	遠位側材料	上に同じ。
	一体型	104,000円
069	上肢再建用人工関節用材料	
	(1) 再建用上腕骨近位補綴用材料	451,000円
	(2) 再建用上腕骨遠位補綴用材料	645,000円
	(3) 再建用尺骨側材料	636,000円
070	下肢再建用人工関節用材料	



	(1) 再建用白蓋形成カップ	638,000円
	(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料	955,000円
	(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料	773,000円
	(4) 再建用大腿骨表面置換用材料	642,000円
	(5) 再建用脛骨近位補綴用材料	739,000円
	(6) 再建用脛骨表面置換用材料	844,000円
071	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
	(1) カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
	(2) カスタムメイド人工骨	
	カスタムメイド人工骨（S）	850,000円
	カスタムメイド人工骨（M）	961,000円
	カスタムメイド人工骨（L）	999,000円
072	人工骨頭帽	236,000円
073	髄内釘	
	(1) 髄内釘	
	一般型	211,000円
	横止め型	191,000円
	大腿骨頸部型	187,000円
	集束型	8,190円
	可変延長型	336,000円
	(2) 横止めスクリュー	
	標準型	22,500円
	大腿骨頸部型	56,800円
	(3) ワッシャー・ナット	22,800円
074	固定釘	
	(1) 平面型	18,400円
	(2) 立体特殊型	29,800円
	(3) 高位脛骨骨切り用	97,300円
075	固定用金属線	
	(1) 金属線	
	ワイヤー	1 cm当たり20円
	ケーブル	59,800円
	バンド	1 cm当たり232円
	(2) 大転子専用締結器	135,000円
076	固定用金属ピン	
	(1) 創外固定器用	
	標準型	44,500円
	抗緊張ピン	
	ア 一般型	15,100円
	イ 特殊型	30,000円
	(2) 一般用	558円
077	人工靭帯	
	(1) 固定器具なし	124,000円
	(2) 固定器具つき	143,000円
078	人工骨	
	(1) 汎用型	
	非吸収型	
	ア 顆粒・フィラー	1 g 当たり6,480円
	イ 多孔体	1 mL 当たり16,000円

	ウ 骨形成促進型	1 mL当たり45,800円
	エ 形状賦形型	1 mL当たり19,500円
	吸収型	
	ア 顆粒・フィラー	1 g 当たり14,900円
	イ 多孔体	1 mL当たり15,700円
(2)	専用型	
	人工耳小骨	13,500円
	開頭穿孔術用	10,400円
	頭蓋骨・喉頭気管用	48,900円
	椎弓・棘間用	41,900円
	椎体固定用	
	ア 1 椎体用	190,000円
	イ その他	364,000円
	骨盤用	
	ア 腸骨稜用	75,100円
	イ その他	197,000円
	肋骨・胸骨・四肢骨用	31,100円
079	骨セメント	
	(1) 頭蓋骨用	1 g 当たり649円
	(2) 頭蓋骨用以外	1 g 当たり501円
080	合成吸収性骨片接合材料	
	(1) スクリュー	
	一般用	71,600円
	頭蓋・顎・顔面・小骨用	35,400円
	(2) 中空スクリュー	80,600円
	(3) ストレートプレート	40,200円
	(4) その他のプレート	56,100円
	(5) インターフェランススクリュー	134,000円
	(6) スーチャーアンカー	57,300円
	(7) ボタン	79,000円
	(8) ワッシャー	20,100円
	(9) ピン	
	一般用	44,700円
	胸骨・肋骨用	40,100円
	(10) シート・メッシュ型( )	74,000円
	(11) シート・メッシュ型( )	114,000円
081	脳動脈瘤手術クリップ	
	(1) 標準型	19,300円
	(2) 特殊型	19,800円
082	脳血流遮断用クリップ	8,370円
083	脳動静脈奇形手術用等クリップ	
	(1) 一般型	2,220円
	(2) バネ型	6,000円
084	人工硬膜	
	(1) 非吸収型	1 cm <sup>2</sup> 当たり893円
	(2) 吸収型	1 cm <sup>2</sup> 当たり1,240円
085	脳深部刺激装置用リードセット(4極用)	141,000円
086	脊髄刺激装置用リードセット	170,000円
087	埋込型脳・脊髄電気刺激装置	

	(1) 疼痛除去用(4極用)	1,320,000円
	(2) 疼痛除去用(8極用)	1,460,000円
	(3) 振戦軽減用(4極用)	1,490,000円
088	脳波測定用頭蓋内電極	
	(1) 硬膜下電極( )	45,100円
	(2) 硬膜下電極( )	85,800円
	(3) 深部電極	37,100円
089	涙点プラグ	4,510円
090	人工内耳用材料	
	(1) 人工内耳用インプラント(電極及び受信-刺激器)	1,580,000円
	(2) 人工内耳用音声信号処理装置	1,060,000円
	(3) 人工内耳用ヘッドセット	
	マイクロホン	38,400円
	送信コイル	10,700円
	送信ケーブル	2,680円
	マグネット	7,710円
	接続ケーブル	4,560円
091	削除	
092	鼻孔プロテーゼ	3,830円
093	人工喉頭	
	(1) 音声回復用人工補装具	10,700円
	(2) 呼吸弁	60,400円
094	気管・気管支ステント	
	(1) 一時留置型	51,400円
	(2) 永久留置型	59,000円
095	食道用ステント	130,000円
096	胃・食道静脈瘤圧迫止血用チューブ	
	(1) 食道止血用	28,900円
	(2) 胃止血用	29,500円
	(3) 胃・食道止血用	55,100円
097	食道静脈瘤硬化療法用セット	
	(1) 食道静脈瘤硬化療法用穿刺針	4,720円
	(2) 食道静脈瘤硬化療法用内視鏡固定用バルーン	7,080円
	(3) 食道静脈瘤硬化療法用止血バルーン	4,360円
	(4) 食道静脈瘤硬化療法用ガイドチューブ	32,700円
098	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット	
	(1) 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット(単発式)	19,500円
	(2) 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット(連発式)	24,900円
099	組織代用人工繊維布	
	(1) 心血管系用	
	血管用フェルト・ファブリック	1 cm <sup>2</sup> 当たり128円
	心膜シート	1 cm <sup>2</sup> 当たり453円
	心血管修復パッチ	1 cm <sup>2</sup> 当たり1,760円
	(2) ヘルニア修復・胸壁補強用	
	一般	1 cm <sup>2</sup> 当たり73円
	形状付加型	19,100円
	腹膜欠損用	1 cm <sup>2</sup> 当たり394円
	(3) 臓器欠損補強用	1 cm <sup>2</sup> 当たり168円
	(4) 自動縫合器対応用	2枚1組18,400円

	(5) プレジェット・チューブ	216円
100	合成吸収性癒着防止材	1 cm <sup>2</sup> 当たり170円
101	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり8円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	標準型	1 cm <sup>2</sup> 当たり13円
	異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり25円
102	真皮欠損用グラフト	1 cm <sup>2</sup> 当たり450円
103	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 広範囲熱傷用	1,060円
	(2) 平坦部位用	142円
	(3) 凹凸部位用	322円
104	ゼラチンスポンジ止血材	1,190円
105	デキストラノマー	1 g 当たり143円
106	微線維性コラーゲン	1 g 当たり12,700円
107	経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料	27,200円
108	頭・静脈、腹腔シャントバルブ	
	(1) 標準型	
	標準機能	
	ア 近位カテーテル	
	標準型	23,400円
	内視鏡型	41,700円
	イ リザーバー	21,600円
	ウ バルブ	
	圧固定式	49,100円
	流量調節・圧可変式	181,000円
	エ 遠位カテーテル	
	標準型	31,000円
	細径一体型	26,100円
	オ コネクタ	
	ストレート	7,900円
	スリーウェイ	13,100円
	特殊機能	67,600円
	(2) ワンピース型	59,900円
109	胸水・腹水シャントバルブ	
	(1) シャントバルブ	171,000円
	(2) 交換用部品	
	カテーテル	
	ア 腹腔・胸腔用	23,200円
	イ 静脈用	25,600円
	コネクタ	4,610円
110	埋込型輸液ポンプ	1,630,000円
111	埋込型輸液ポンプ用髄腔カテーテル	69,100円
112	ペースメーカー	
	(1) シングルチャンバ	859,000円
	(2) 削除	
	(3) デュアルチャンバ( 型・ 型)	919,000円
	(4) 削除	

	(5) デュアルチャンバ( 型)	833,000円
	(6) デュアルチャンバ( 型)	1,160,000円
	(7) トリプルチャンバ	1,540,000円
113	埋込式心臓ペースメーカー用リード	
	(1) リード	
	経静脈リード	
	ア 標準型	155,000円
	イ シングルパスVDDリード	236,000円
	心筋用リード	
	ア 単極	140,000円
	イ 双極	195,000円
	(2) アダプター	35,000円
	(3) アクセサリー	6,610円
114	体外式ペースメーカー用カテーテル電極	
	(1) 一時ペーシング型	24,500円
	(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型	
	標準型	81,900円
	冠状静脈洞型	111,000円
	房室弁輪部型	241,000円
	心房内・心室内全域型	413,000円
	アブレーション機能付き	420,000円
115	体表面ペーシング用電極	4,280円
116	体外式ペースメーカー用心臓埋込ワイヤー	
	(1) 単極	
	固定機能あり	4,450円
	固定機能なし	2,820円
	(2) 双極以上	7,580円
117	埋込型除細動器	
	(1) 埋込型除細動器( 型)	2,750,000円
	(2) 埋込型除細動器( 型)	3,100,000円
	(3) 埋込型除細動器( 型)	3,210,000円
118	埋込型除細動器用カテーテル電極	
	(1) 埋込型除細動器用カテーテル電極(シングル)	975,000円
	(2) 埋込型除細動器用カテーテル電極(マルチ(一式))	266,000円
119	機械弁	
	(1) 傾斜ディスク弁(一葉弁)	614,000円
	(2) 傾斜ディスク弁(二葉弁)	868,000円
120	生体弁	
	(1) 異種大動脈弁	820,000円
	(2) 異種心膜弁	925,000円
121	弁付きグラフト(生体弁)	1,050,000円
122	人工弁輪	281,000円
123	経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル	175,000円
124	ディスポーザブル人工肺(膜型肺)	
	(1) 体外循環型(リザーバー機能あり)	157,000円
	(2) 体外循環型(リザーバー機能なし)	138,000円
	(3) 補助循環型	164,000円
125	遠心式体外循環用血液ポンプ	
	(1) 一般型	

	抗血栓性あり	72,600円
	抗血栓性なし	58,800円
(2)	長期使用型	87,500円
126	体外循環用カニューレ	
(1)	送脱血カニューレ	
	シングル標準	4,910円
	シングル強化	7,730円
	2段標準	8,250円
	2段強化	9,100円
(2)	心筋保護用カニューレ	
	ルート	4,360円
	コロナリー	6,990円
	レトロ	21,400円
(3)	ベントカテーテル	3,740円
(4)	経皮的挿入用カニューレ	44,000円
	注 生体適合性を付加した送脱血カニューレ、心筋保護用カニューレ又はベントカテーテル にあつてはそれぞれ材料価格に1,600円を加算し、生体適合性を付加した経皮的挿入用カ ニューレにあつては材料価格に3,500円を加算する。	
127	人工心肺回路	
(1)	メイン回路	
	抗血栓性あり	157,000円
	抗血栓性なし	149,000円
(2)	補助循環回路	
	抗血栓性あり	82,400円
	抗血栓性なし	42,900円
(3)	心筋保護回路	23,600円
(4)	血液濃縮回路	33,000円
(5)	分離体外循環回路	49,200円
(6)	個別機能品	
	貯血槽	11,200円
	カーディオトミーリザーバー	34,100円
	ハードシェル静脈リザーバー	37,700円
	心筋保護用貯液槽	12,300円
	ラインフィルター	18,900円
	回路洗浄用フィルター	5,040円
	血液学的パラメーター測定用セル	18,000円
	熱交換器	18,100円
	安全弁	5,960円
128	バルーンパンピング用バルーンカテーテル	
(1)	一般用標準型	208,000円
(2)	一般用末梢循環温存型	205,000円
(3)	一般用センサー内蔵型	225,000円
(4)	小児用	216,000円
129	補助人工心臓セット	
(1)	体外型	3,130,000円
(2)	埋込型	13,900,000円
130	心臓手術用カテーテル	
(1)	経皮的冠動脈形成術用カテーテル 一般型	100,000円

	インフュージョン型	150,000円
	パーフュージョン型	153,000円
	カッピング型	151,000円
	スリッピング防止型	140,000円
(2)	冠動脈狭窄部貫通用カテーテル	51,200円
(3)	冠動脈用ステントセット	
	一般型	230,000円
	救急処置型	372,000円
	再狭窄抑制型	345,000円
(4)	高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル	234,000円
(5)	弁拡張用カテーテル	149,000円
(6)	心房中隔欠損作成術用カテーテル	
	バルーン型	30,500円
	プレート型	205,000円
131	経皮的心房中隔欠損閉鎖セット	809,000円
132	ガイディングカテーテル	
(1)	冠動脈用	22,500円
(2)	腹部四肢末梢用	25,300円
(3)	脳血管用	25,800円
133	血管内手術用カテーテル	
(1)	経皮的脳血管形成術用カテーテル	
	先端閉鎖型	167,000円
	先端開放型	185,000円
(2)	末梢血管用ステントセット	223,000円
(3)	P T Aバルーンカテーテル	
	一般型	
	ア 標準型	58,100円
	イ 特殊型	108,000円
	カッピング型	166,000円
	脳血管攣縮治療用	50,100円
	大動脈用ステントグラフト用	
	ア 血流遮断型（胸部及び腹部）	67,700円
	イ 血流非遮断型（胸部）	88,700円
	スリッピング防止型	118,000円
(4)	下大静脈留置フィルターセット	212,000円
(5)	冠動脈灌流用カテーテル	23,500円
(6)	オクリュージョンカテーテル	
	標準型	18,800円
	特殊型	131,000円
(7)	血管内血栓異物除去用留置カテーテル	
	一般型	130,000円
	頸動脈用ステント併用型	196,000円
(8)	血管内異物除去用カテーテル	
	細血管用	112,000円
	大血管用	48,700円
(9)	血栓除去用カテーテル	
	バルーン付き	
	ア 一般型	13,200円
	イ 極細型	17,400円

	ウ ダブルルーメン	21,000円
	残存血栓除去用	36,500円
	経皮的血栓除去用	57,900円
(10)	塞栓用バルーン	
	バルーン	57,700円
	バルーンデリバリー用カテーテル	68,300円
(11)	塞栓用コイル	
	コイル	
	ア 標準型	13,200円
	イ 機械式デタッチャブル型	61,300円
	ウ 電気式デタッチャブル型	133,000円
	エ 水圧式デタッチャブル型	129,000円
	オ 特殊型	141,000円
	プッシャー	18,800円
(12)	汎用型圧測定用プローブ	81,700円
(13)	連続心拍出量測定用カテーテル	40,100円
(14)	静脈弁カッター	
	切開径固定型	23,700円
	切開径変動型	49,600円
(15)	頸動脈用ステントセット	280,000円
134	人工血管	
(1)	永久留置型	
	大血管用	
	ア 分岐なし	136,000円
	イ 1分岐	265,000円
	ウ 2分岐以上	391,000円
	エ 腹大動脈分岐用	177,000円
	小血管用	
	ア 標準型	
	外部サポートあり	1 cm当たり3,150円
	外部サポートなし	1 cm当たり2,350円
	イ セルフシーリング	1 cm当たり4,290円
(2)	一時留置型	52,100円
135	尿路拡張用カテーテル	
(1)	尿管用	45,700円
(2)	腎癭用	44,700円
(3)	尿道用	39,700円
136	胆道結石除去用カテーテルセット	
(1)	経皮的バルーンカテーテル	14,700円
(2)	経内視鏡バルーンカテーテル	
	ダブルルーメン	42,800円
	トリプルルーメン	47,900円
	十二指腸乳頭拡張機能付き	91,000円
	十二指腸乳頭切開機能付き	78,100円
(3)	採石用バスケットカテーテル	39,400円
(4)	砕石用バスケットカテーテル	
	全ディスプレイザブル型	42,900円
	一部ディスプレイザブル型	16,500円
137	腎・尿管結石除去用カテーテルセット	36,200円



138	尿路結石破碎装置用ピンハンマー	21,500円
139	組織拡張器	31,200円
140	輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）	2,390円
141	輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）	2,730円
142	輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）	3,190円
143	網膜硝子体手術用材料	33,400円
144	両室ペーシング機能付き埋込型除細動器	4,190,000円
145	肝動脈塞栓材	14,800円
146	大動脈用ステントグラフト	
	(1)腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）	1,610,000円
	(2)腹部大動脈用ステントグラフト（補助部分）	286,000円
	(3)胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）	1,620,000円
	(4)胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）	286,000円
147	内視鏡用粘膜下注入材	7,700円
148	カプセル型内視鏡	77,200円
149	血管内光断層撮影用カテーテル	148,000円
150	ヒト自家移植組織	306,000円
151	デンプン由来吸収性局所止血材	1 g当たり13,400円
152	胸郭変形矯正用材料	
	(1) 肋骨間用	1,507,000円
	(2) 肋骨腰椎間用	1,472,000円
	(3) 肋骨腸骨間用	1,497,000円
	(4) 固定クリップ（伸展術時交換用）	68,300円
153	経皮的動脈管閉鎖セット	332,000円
154	脳動静脈奇形術前塞栓材	134,000円
155	埋込型心電図記録計	422,000円
156	合成吸収性硬膜補強材	62,200円
157	胃十二指腸用ステントセット	258,000円
158	皮下グルコース測定用電極	6,070円
159	局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm <sup>2</sup> 当たり25円

医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格

	規 格	1枚当たり材料価格
001	半切	137円
002	大角	114円
003	大四ツ切	84円
004	四ツ切	64円
005	六ツ切	52円
006	八ツ切	48円
007	カビネ	42円
008	30cm × 35cm	83円
009	24cm × 30cm	66円
010	18cm × 24cm	44円
011	標準型（3 cm × 4 cm）	28円
012	咬合型（5.7cm × 7.6cm、5.5cm × 7.5cm又は5.4cm × 7 cm）	38円
013	咬翼型（4.1cm × 3 cm又は2.1cm × 3.5cm）	38円
014	オルソパントモ型	
	20.3cm × 30.5cm	99円
	15cm × 30cm	115円

015	小児型		
	2.2cm × 3.5cm		30円
	2.4cm × 3 cm		23円
016	間接撮影用フィルム		
	10cm × 10cm		31円
	7 cm × 7 cm		22円
	6 cm × 6 cm		15円
017	オデルカ用フィルム		
	10cm × 10cm		32円
	7 cm × 7 cm		22円
018	マンモグラフィー用フィルム		
	24cm × 30cm		135円
	20.3cm × 25.4cm		130円
	18cm × 24cm		120円
019	画像記録用フィルム		
	(1) 半切		288円
	(2) 大角		222円
	(3) 大四ツ切		196円
	(4) B 4		160円
	(5) 四ツ切		145円
	(6) 六ツ切		133円
	(7) 24cm × 30cm		139円

歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	プラスチックカニューレ型静脈内留置針		
	(1) 標準型		90円
	(2) 針刺し事故防止機構付加型		108円
002	中心静脈用カテーテル		
	(1) 標準型		
	シングルルーメン		
	ア スルーザカニューラ型		1,740円
	イ セルジンガー型		1,910円
	マルチルーメン		
	ア スルーザカニューラ型		2,870円
	イ セルジンガー型		7,530円
	(2) 抗血栓性型		2,310円
	(3) 極細型		7,890円
	(4) カフ付き		21,800円
	(5) 酸素飽和度測定機能付き		36,500円
	(6) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き		13,800円

歯科点数表の第2章第8部及び第9部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	人工骨		
	(1) 汎用型		
	非吸収型		
	ア 顆粒・フィラー		1 g 当たり6,480円
	イ 多孔体		1 mL 当たり16,000円
	ウ 骨形成促進型		1 mL 当たり45,800円
	エ 形状賦形型		1 mL 当たり19,500円
	吸収型		
	ア 顆粒・フィラー		1 g 当たり14,900円

	イ 多孔体	1 mL当たり15,700円
002	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
	(1) カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
	(2) カスタムメイド人工骨	
	カスタムメイド人工骨 (S)	850,000円
	カスタムメイド人工骨 (M)	961,000円
	カスタムメイド人工骨 (L)	999,000円
003	合成吸収性骨片接合材料	
	(1) スクリュー	
	頭蓋・顎・顔面・小骨用	35,400円
	(2) ストレートプレート	40,200円
	(3) その他のプレート	56,100円
	(4) ワッシャー	20,100円
	(5) ピン	
	一般用	44,700円
004	固定用内副子 (スクリュー)	
	(1) その他のスクリュー	
	標準型	
	ア 小型スクリュー (頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,940円
005	固定用内副子 (プレート)	
	(1) その他のプレート	
	標準	
	ア 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用	
	ストレート型・異形型	15,300円
	メッシュ型	94,400円
	イ 下顎骨・骨盤再建用	73,700円
	ウ 人工顎関節用	114,000円
	特殊	
	ア 骨延長用	118,000円
	イ スクリュー非使用型	177,000円
006	固定釘	
	(1) 平面型	18,400円
	(2) 立体特殊型	29,800円
007	固定用金属線	
	(1) 金属線	
	ワイヤー	1 cm当たり20円
	ケーブル	59,800円
008	固定用金属ピン	
	(1) 一般用	558円
009	削除	
010	鼻孔プロテーゼ	3,830円
011	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり8円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	標準型	1 cm <sup>2</sup> 当たり13円
	異形型	1 g当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり25円
012	真皮欠損用グラフト	1 cm <sup>2</sup> 当たり450円
013	非固着性シリコンガーゼ	

	(1) 平坦部位用	142円
	(2) 凹凸部位用	322円
014	栄養カテーテル	
	(1) 経鼻用	
	一般用	175円
	乳幼児用	
	ア 一般型	90円
	イ 非DEHP型	140円
	経腸栄養用	1,650円
	特殊型	2,020円
015	気管内チューブ	
	(1) カフあり	
	カフ上部吸引機能あり	2,640円
	カフ上部吸引機能なし	776円
	(2) カフなし	659円
016	胃管カテーテル	
	(1) シングルルーメン	87円
	(2) ダブルルーメン	
	標準型	495円
	特殊型	1,460円
017	吸引留置カテーテル	
	(1) 能動吸引型	
	創部用(ドレーンチューブ)	
	ア 軟質型	6,370円
	イ 硬質型	3,880円
	(2) 受動吸引型	
	フィルム・チューブドレーン	
	ア フィルム型	263円
	イ チューブ型	923円
018	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 2管一般( )	241円
	(2) 2管一般( )	672円
	(3) 2管一般( )	1,650円
	(4) 特定( )	772円
	(5) 特定( )	2,110円
	(6) 圧迫止血	4,530円
019	人工血管	
	(1) 永久留置型	
	小血管用	
	ア 標準型	
	外部サポートあり	1 cm当たり3,150円
	外部サポートなし	1 cm当たり2,350円
020	輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用)	2,390円
021	輸血用血液フィルター(赤血球製剤用白血球除去用)	2,730円
022	輸血用血液フィルター(血小板製剤用白血球除去用)	3,190円
023	歯周組織再生材料	1 歯 1 枚当たり9,000円
	歯科点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格	
	品 名	単 位 材料価格
001	歯科用純金地金(金99.99%以上)	1 g 3,397円

002	歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用（J I S 適合品）	1 g	2,332円
003	歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用（J I S 適合品）	1 g	2,733円
004	歯科用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）	1 g	4,389円
005	歯科用14カラット合金用金ろう（J I S 適合品）	1 g	2,838円
006	歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	619円
007	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 板状（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	592円
008	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 パラタルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	698円
009	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 リンガルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	641円
010	歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 J I S 適合品）	1 g	1,101円
011	歯科鑄造用銀合金 第1種（銀60%以上インジウム5%未満 J I S 適合品）	1 g	87円
012	歯科鑄造用銀合金 第2種（銀60%以上インジウム5%以上 J I S 適合品）	1 g	100円
013	歯科用銀ろう（J I S 適合品）	1 g	200円
014	歯科用プラスメタル（銀25%以上パラジウム5%以上）	1 g	698円
015	歯科用プラスメタル（銀25%以上）	1 g	296円
016	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 冠用	1 g	20円
017	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 鉤・バー用	1 g	26円
018	歯科用ニッケルクロム合金板（J I S 適合品）	1 g	130円
019	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	22円
020	歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1 g	27円
021	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	13円
022	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	63円
023	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	9円
024	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	10円
025	歯科用銀アマルガム用合金（アロイ J I S 適合品）	1 g	113円
026	歯科用銀アマルガム用合金（水銀 J I S 適合品）	1 g	19円
027	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
028	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
029	陶歯 前歯継続歯用（真空焼成歯）	2本1組	1,312円
030	陶歯 臼歯継続歯用（真空焼成歯）	4本1組	1,920円
031	レジン歯 前歯用（J I S 適合品）	6本1組	251円
032	レジン歯 臼歯用（J I S 適合品）	8本1組	269円
033	スルフォン樹脂レジン歯 前歯用	6本1組	631円
034	スルフォン樹脂レジン歯 臼歯用	8本1組	827円
035	硬質レジン歯 前歯用	6本1組	593円
036	硬質レジン歯 臼歯用	8本1組	773円
037	歯冠用加熱重合レジン（粉末 J I S 適合品）	1 g	21円
038	歯冠用加熱重合レジン（液 J I S 適合品）	1 mL	4円
039	歯冠用加熱重合硬質レジン	1 g	26円
040	歯冠用光重合硬質レジン	1 g	694円
041	義歯床用アクリリック樹脂（粉末 J I S 適合品）	1 g	5円
042	義歯床用アクリリック樹脂（液 J I S 適合品）	1 mL	4円
043	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（粉末）	1 g	28円
044	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（液）	1 mL	19円
045	義歯床用熱可塑性樹脂	1 g	22円
046	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	441円

047	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	103円
048	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	23円
049	歯科充填用材料	1 g	704円
050	歯科充填用材料	1 g	270円
051	歯科充填用材料	1 g	16円
052	複合レジン 築造用（硬化後フィラー60%以上）	1 g	268円
053	金属小釘 ロック型	1本	64円
054	金属小釘 スクリュー型	1本	48円
055	金属小釘 スクリュー型（金メッキ）	1本	106円
056	乳歯金属冠	1本	289円
057	スクリューポスト 支台築造用	1本	61円

歯科点数表の第2章第13部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

	品名	単位	材料価格
001	歯科矯正用帯環 切歯用	1個	173円
002	歯科矯正用帯環 犬歯用及び臼歯用	1個	182円
003	帯環用ブラケット	1個	179円
004	ダイレクトボンド用ブラケット	1個	286円
005	チューブ	1個	422円
006	S Tロック	1組	2,027円
007	スクリュー 床用	1個	1,210円
008	スクリュー スケレトン用	1個	2,228円
009	トラクションバンド	1個	309円
010	ネックストラップ	1個	200円
011	ヘッドギア リトラクター用	1個	7,432円
012	ヘッドギア プロトラクター用	1個	9,782円
013	チンキャップ リトラクター用	1個	3,195円
014	チンキャップ プロトラクター用	1個	1,954円
015	フェイスボウ	1個	738円
016	矯正用線（丸型）	1本	380円
017	矯正用線（角型）	1本	261円
018	矯正用線（特殊丸型）	1本	370円
019	矯正用線（特殊角型）	1本	432円
020	超弾性矯正用線（丸型及び角型）	1本	527円
021	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	22円
022	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 床用	1 g	38円
023	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	13円
024	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	63円
025	歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1 g	28円
026	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	9円
027	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	10円
028	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
029	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
030	レジン歯 前歯用（J I S 適合品）	6本1組	251円
031	レジン歯 臼歯用（J I S 適合品）	8本1組	269円
032	義歯床用アクリリック樹脂（粉末 J I S 適合品）	1 g	5円
033	義歯床用アクリリック樹脂（液 J I S 適合品）	1 mL	4円
034	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	441円
035	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	103円
036	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1 g	23円

037	ダイレクトボンド用ボンディング材	1 g	900円
038	シリコン樹脂	1 g	16円
039	超弾性コイルスプリング	1 個	450円

別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		17円
002	ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器		10円
003	ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		11円
004	腹膜透析液交換セット		
	(1) 交換キット		558円
	(2) 回路		
	Yセット		867円
	A P Dセット		5,610円
	I P Dセット		1,040円
005	在宅中心静脈栄養用輸液セット		
	(1) 本体		1,930円
	(2) 付属品		
	フーバー針		400円
	輸液バッグ		400円
006	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル		
	(1) 経鼻用		
	一般用		175円
	乳幼児用		
	ア 一般型		90円
	イ 非 D E H P 型		140円
	経腸栄養用		1,650円
	特殊型		2,020円
	(2) 腸瘻用		4,350円
007	万年筆型注入器用注射針		
	(1) 標準型		15円
	(2) 針折れ防止型		17円
	(3) 超微細型		18円
008	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ		4,000円

経過措置

- (1) の規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

062	大腿骨外側固定用内副子 (1) つばなしプレート(生体用合金)	平成22年4月1日から 平成22年12月31日まで	84,900円
		平成23年1月1日から 平成23年3月31日まで	79,600円
062	大腿骨外側固定用内副子 (3) つばつきプレート(生体用合金)	平成22年4月1日から 平成22年12月31日まで	136,000円
		平成23年1月1日から 平成23年3月31日まで	122,000円
062	大腿骨外側固定用内副子 (5) ラグスクリュー(生体用合金)	平成22年4月1日から 平成22年12月31日まで	50,800円
		平成23年1月1日から 平成23年3月31日まで	45,400円
073	髄内釘 (2) 横止めスクリュー	平成22年4月1日から 平成22年12月31日まで	26,000円

標準型	平成23年1月1日から 平成23年3月31日まで	24,300円
127 人工心肺回路 (6) 個別機能品 血液学的パラメーター測定用セル	平成22年4月1日から 平成22年12月31日まで	21,300円
	平成23年1月1日から 平成23年3月31日まで	19,700円

(2) 次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

900 遠心分離式白血球除去用材料	平成22年4月1日から	26,500円
901 鼻中隔プロテーゼ	平成23年3月31日まで	3,960円



厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局

長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

## 第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

### 第三 初・再診料の施設基準等

- 一 医科初診料、医科再診料及び外来診療料並びに歯科初診料の時間外加算に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）及び休日を除く。

- 一の二 医科初診料の夜間・早朝等加算の施設基準

一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

### 二 削除

- 三 医科再診料の外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める検査及び計画的な医学管理

#### (1) 厚生労働大臣が定める検査

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第3部第3節生体検査料に掲げる検査のうち、（超音波検査等）、（脳波検査等）、（神経・筋検査）、（耳鼻咽喉科学的検査）、（眼科学的検査）、（負荷試験等）、（ラジオアイソトープを用いた諸検査）及び（内視鏡検査）の各区分に掲げるもの

(2) 厚生労働大臣が定める計画的な医学管理

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに一定の検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、懇切丁寧な説明が行われる医学管理

三の二 地域医療貢献加算の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にあること。

三の三 明細書発行体制等加算の施設基準

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

(2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第五条の二第二項に規定する明細書及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第五条の二第二項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。

(3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

#### 四 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。
- (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (4) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科医療を担当する病院（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の五第一項に規定する病院をいう。以下同じ。）である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。

ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であつて、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

ハ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という

。の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であつて、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

二 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

#### 五 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

(5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

#### 六 障害者歯科医療連携加算の施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

ロ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所）（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上であること。

(2) 障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制が整備されていること。

第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞在手術基本料<sup>3</sup>を算定する患者

別表第十一の三に掲げる手術を実施する患者であつて、入院した日から起算して五日までの期間のもの

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡<sup>じよくそう</sup>対策の基準

一 入院診療計画の基準

(1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。

(2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。

(3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

## 二 院内感染防止対策の基準

(1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。

(2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

## 三 医療安全管理体制の基準

医療安全管理体制が整備されていること。

## 四 褥瘡対策の基準

褥瘡対策につき十分な体制が整備されていること。

## 第五 病院の入院基本料の施設基準等

### 一 通則

(1) 病院であること。

(2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を



病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。

(3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

(4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。

(5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。

(6) 夜勤を行う看護職員（病棟単位で特別入院基本料を算定する場合の看護職員を除く。）又は療養病棟の看護職員及び看護補助者（以下「看護要員」という。）（療養病棟入院基本料1の施設基準に係る届出を行った病棟、第十一の八に規定する病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護要員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。

(7) 七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。

(8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が十九日以内であること。

看護必要度の基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟にお

ける夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。

## 八 十三対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十四日以内であること。

## 二 十五対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日以内であること。

- (2) 一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの  
夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。
- (3) 一般病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合  
当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する七対一特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する七対一特別入院基本料若しくは十対一特別入院基本料、ただし書に規定する十対一特別入院基本料を算定したことがある保険医療機関である場合
- (4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準  
イ 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。  
ロ 当該加算を算定する患者について測定した看護必要度の結果に基づき、当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。
- (5) 一般病棟入院基本料の注5本文に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある患者  
別表第四に掲げる患者
- (6) 特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びに含まれない薬剤及び注射薬  
特定入院基本料を算定する患者に対して行った別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（

フィルムの費用を含む。)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

### 三 療養病棟入院基本料の施設基準等

#### (1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準

##### イ 療養病棟入院基本料1の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下「医療区分三の患者」という。)と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者(以下「医療区分二の患者」という。)との合計が八割以上であること。

当該病棟に入院している患者に係る褥瘡じよくそうの発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること。

□ 療養病棟入院基本料2の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

当該病棟に入院している患者に係る褥瘡じよくそうの発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準に

よる判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出していること。

(2) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

イ 入院基本料A

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ADL区分三」という。）であるもの

ロ 入院基本料B

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が十一人以上二十三点未満（以下「ADL区分二」という。）であるもの

ハ 入院基本料C

医療区分三の患者であつて、ADLの判定基準による判定が十一未満（以下「ADL区分一」という。）であるもの

ニ 入院基本料D

医療区分二の患者であつて、ADL区分三であるもの

ホ 入院基本料E

医療区分二の患者であつて、ADL区分二であるもの

ヘ 入院基本料F

医療区分二の患者であつて、ADL区分一であるもの

ト 入院基本料G

別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であつて、ADL区分三であるもの

チ 入院基本料H

医療区分一の患者であつて、ADL区分二であるもの

リ 入院基本料I

医療区分一の患者であつて、ADL区分一であるもの

(3) 療養病棟入院基本料に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射薬の費用

療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

(4) 療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

別表第五の四に掲げる状態



#### 四 結核病棟入院基本料の施設基準

##### (1) 結核病棟入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準

###### イ 七対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

看護必要度の基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

###### ロ 十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

#### 八 十三対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

#### 二 十五対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

#### ホ 十八対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に

看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

へ 二十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

(2) 結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3) 結核病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する

七対一特別入院基本料若しくは十対一特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注2ただし書に

規定する七対一特別入院基本料若しくは十対一特別入院基本料又は精神病棟入院基本料の注2

ただし書に規定する十対一特別入院基本料を算定したことがある保険医療機関である場合

(4) 結核病棟入院基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「感染症法」という。）第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者

#### 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等

(1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

##### イ 十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が四十日以内であること。

当該病棟において、新規入院患者のうちG A F尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

##### ロ 十三対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であること。

当該病棟において、新規入院患者のうちG A F尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。

身体疾患への治療体制を確保していること。

## 八 十五対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

## 二 十八対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ホ 二十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

(2) 精神病棟入院基本料の注2本文に規定する特別入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合にお

いては看護職員の数は一以上）であることとする。

- (3) 精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する厚生労働大臣が定めるもの  
夜勤を行う看護職員の一人名当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

- (4) 精神病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する七対一特別入院基本料若しくは十対一特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する七対一特別入院基本料若しくは十対一特別入院基本料又は精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する十対一特別入院基本料を算定したことのある保険医療機関である場合

- (5) 精神病棟入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。

ロ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

## 五 特定機能病院入院基本料の施設基準等

(1) 特定機能病院入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 一般病棟

七対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。

4 当該病棟に入院している患者の看護必要度等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

十対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病



棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。

#### □ 結核病棟

七対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟に入院している患者の看護必要度等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

十対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の

数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

#### 十三対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

#### 十五対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各

病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

## 八 精神病棟

七対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。

4 当該病棟において、新規入院患者のうちG A F尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

十対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の

数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。

4 当該病棟において、新規入院患者のうちG A F尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

#### 十三対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の平均在院日数が八十日以内であること。

4 当該病棟において、新規入院患者のうちG A F尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。

5 身体疾患への治療体制を確保していること。

十五対一入院基本料の施設基準

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

(2) 特定機能病院入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの

感染症法第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者

(3) 特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準

重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

イ 一般病棟の十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。

ロ 当該加算を算定する患者について測定した看護必要度の結果に基づき、当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。

## 六 専門病院入院基本料の施設基準

### (1) 通則

専門病院は、主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に七割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院であること。

### (2) 専門病院入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準

#### イ 七対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の平均在院日数が三十日以内であること。

看護必要度の基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料

を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）。

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

□ 十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の平均在院日数が三十三日以内であること。

八 十三対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の平均在院日数が三十六日以内であること。

(3) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

イ 十対一入院基本料に係る届出を行った病棟であること。

ロ 当該加算を算定する患者について測定した看護必要度の結果に基づき、当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。

## 七 障害者施設等入院基本料の施設基準

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第四十三条の三に規定する肢体不自由児施設、同法第四十三条の四に規定する重症心身障害児施設又は同法第七条第六項に規定する国立高度専門医療研究センター若しくは独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定するものに係る一般病棟であること。

ロ 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）<sup>せき</sup>、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)及び十二の(1)のイにおいて同じ。）<sup>せき</sup>、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね七割以上入院させている病棟であ



ること。

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。

(2) 障害者施設等入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

(1)のイに該当する病棟であつて、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は一以上であること。ただし、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(1)に規定する超重症の状態の患者と同(2)に規定

する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ハ 十三対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ニ 十五対一入院基本料の施設基準

当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に

看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数も、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

## 第六 診療所の入院基本料の施設基準等

### 一 通則

- (1) 診療所であること。
  - (2) 当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。
  - (3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。
  - (4) 現に看護に従事している看護職員の数も当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。
- 二 有床診療所入院基本料の施設基準
- (1) 有床診療所入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準
    - イ 有床診療所入院基本料1の施設基準  
当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数も、七以上であること。
    - ロ 有床診療所入院基本料2の施設基準  
当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数も、四以上七未満であること。

八 有床診療所入院基本料3の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、一以上四未満であること。

(2) 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 医科点数表の退院時共同指導料1の1に規定する在宅療養支援診療所（以下「在宅療養支援診療所」という。）であつて、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

ロ 急性期医療を担う診療所であること。

ハ 緩和ケアに係る実績を有する診療所であること。

(3) 夜間緊急体制確保加算の施設基準

入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

(4) 医師配置加算の施設基準

イ 医師配置加算1の施設基準

次のいずれにも該当すること。

当該診療所における医師の数が、二以上であること。

次のいずれかに該当すること。

1 在宅療養支援診療所であつて、訪問診療を実施しているものであること。

2 急性期医療を担う診療所であること。

ロ 医師配置加算2の施設基準

当該診療所における医師の数が、二以上であること（イに該当する場合を除く。）。

(5) 看護配置加算及び夜間看護配置加算の施設基準

イ 看護配置加算1の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、看護師三を含む十以上であること。

ロ 看護配置加算2の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数、十以上であること。（イに該当する場合を除く。）

ハ 夜間看護配置加算1の施設基準

当該診療所における夜間の看護要員の数、看護職員一を含む二以上であること。

ニ 夜間看護配置加算2の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数、一以上であること。（ハに該当する場合を除く。）

三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

(1) 通則

療養病床であること。

(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

イ 有床診療所療養病床入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

当該病棟に入院している患者に係る褥瘡じよくそうの発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ 有床診療所療養病床入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

入院基本料 A

1 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）にあつては、医療区分三の患者

2 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者と

の合計が八割以上である場合（以下この口において「特定患者八割以上の場合」という。○にあつては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下この口において「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者

- (一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

#### 入院基本料 B

- 1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの

- 2 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの

#### 入院基本料 C

1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの

2 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの

#### 入院基本料D

1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分一の患者であつて、ADL区分三であるもの

2 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、ADL区分三であるもの

#### 入院基本料E

1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分一の患者であつて、ADL区分二又はADL区分一であるもの

2 特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、ADL区分二又はADL区分一であるもの、又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院して

いる患者



- (一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

八 有床診療所療養病床入院基本料に含まれる費用並びに含まれない薬剤及び注射薬の費用  
有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

二 有床診療所療養病床入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態  
別表第五の四に掲げる状態

ホ 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であつて、過去一年簡に訪問診療を実施しているものであること。

## 第七 削除

## 第八 入院基本料等加算の施設基準等

一 総合入院体制加算の施設基準

- (1) 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。
- (2) 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- (4) 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

二から五まで 削除

六 臨床研修病院入院診療加算の施設基準

- (1) 基幹型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する基幹型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十四年厚生労働省令第五十八号）第三条第一号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する基幹型相当大学病院（医師法（昭和二十三年法律第二百一号）第

十六条の二第一項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であつて、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 単独型又は管理型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第百三十三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であつて、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 協力型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する協力型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第二号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（医師法第十六条の二第一項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の一の二 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の施設基準

休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。

六の二 超急性期脳卒中加算の施設基準等

(1) 超急性期脳卒中加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。

ハ その他当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二 治療室等、当該治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(2) 超急性期脳卒中加算の対象患者

脳梗塞<sup>こうそく</sup>発症後三時間以内である患者

六の三 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩<sup>べん</sup>への対応につき十分な体制が整備されていること。

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。

(2) 診療記録のすべてが保管及び管理されていること。

(3) 一名以上の専任の診療記録管理者の配置その他診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。

(5) 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。

七の二 医師事務作業補助体制加算の施設基準

(1) 急性期医療を担う病院であること。

(2) 医師の事務作業を補助する体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

(3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準

(1) 急性期看護補助体制加算1の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ 急性期医療を担う病院であること。

ハ 七対一入院基本料又は十対一入院基本料を算定する病棟であること。

ニ 看護必要度の基準を満たす患者を、七対一入院基本料を算定する病棟にあつては一割五分以上、十対一入院基本料を算定する病棟にあつては一割以上入院させる病棟であること。

ホ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 急性期看護補助体制加算2の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ (1)のロからホまでを満たすものであること。

八 難病患者等入院診療加算に規定する疾患及び状態

別表第六に掲げる疾患及び状態



## 九 特殊疾患入院施設管理加算の施設基準

- (1) 重度の肢体不自由児（者）、せき脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィ  
ー患者、難病患者等を概ね七割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所（一般  
病床に限る。以下この号において同じ。）であること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護  
補助者の数は、常時、当該病棟又は当該有床診療所の入院患者の数が十又はその端数を増すこ  
とに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看  
護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合に  
は、当該病棟又は当該有床診療所における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の  
規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
- (3) 当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該有床診療所の入院  
患者の数が十五又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該有床診療所におい  
て、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当  
該有床診療所における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であるこ  
ととする。
- (4) 当該有床診療所において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

十 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の対象患者の状態

(1) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態

イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が六月以上又は新生児期から継続している状態であること。

ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが二十五点以上であること。

(2) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態

イ 超重症の状態に準ずる状態であること。

ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが十点以上であること。

十一 削除

十二 看護配置加算の施設基準

(1) 一般病棟入院基本料若しくは障害者施設等入院基本料の十五対一入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

(2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

十三 看護補助加算の施設基準

(1) 看護補助加算1の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ 十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

(2) 看護補助加算2の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ 十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

(3) 看護補助加算3の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ 十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

十四 地域加算に係る地域

一般職の職員の給与に関する法律（昭和二十五年法律第九十五号）第十一条の三第一項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

十五から十七まで 削除

十八 離島加算に係る地域

(1) 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

(2) 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域

(3) 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域

(4) 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島

十九 重症者等療養環境特別加算の施設基準

(1) 常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等が配置されていること。

(2) 個室又は二人部屋の病床であつて、療養上の必要から当該重症者等を入院させるのに適した

ものであること。

二十 療養病棟療養環境加算の施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算1の施設基準

イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。  
ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、十分な施設を有していること。

二 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第十九条第一項第一号、第四号及び第五号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(2) 療養病棟療養環境加算2の施設基準

イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

二 医療法施行規則第十九条第一項第一号、第四号及び第五号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(3) 療養病棟療養環境加算3の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

- 二 医療法施行規則第十九条第一項第一号、第四号及び第五号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(4) 療養病棟療養環境加算4の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。

ロ 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

- ハ 医療法施行規則第十九条第一項第一号、第四号及び第五号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

二十一 診療所療養病床療養環境加算の施設基準

(1) 診療所療養病床療養環境加算1の施設基準

- イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ロ 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。

八 医療法施行規則第二十一条の二に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(2) 診療所療養病床療養環境加算2の施設基準

イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。

ロ 機能訓練室を有していること。

ハ 長期にわたる療養を行うにつき十分な医師及び看護師等が配置されていること。

二十二 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準

(1) 皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜<sup>ほう</sup>している保険医療機関であること。

(2) 重症皮膚潰瘍<sup>かいよう</sup>を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍<sup>かいよう</sup>管理を行うこと。

(3) 重症皮膚潰瘍<sup>かいよう</sup>管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

二十三 緩和ケア診療加算の施設基準

(1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍<sup>しゅよう</sup>の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

(3) がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けていること。

#### 二十四 精神科応急入院施設管理加算の施設基準

(1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号）第三十三条の四第一項の規定により都道府県知事が指定する精神科病院であること。

(2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条の四第一項及び第三十四条第一項から第三項までの規定により入院する者のために必要な専用の病床を確保していること。

#### 二十五 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

(1) 医療法施行規則第十九条第一項第一号の規定中「精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数」を「精神病床に係る病室の入院患者の数に療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数」と読み替えた場合における同号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

(2) 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

#### 二十五の二 精神科地域移行実施加算の施設基準



(1) 精神科を標榜<sup>ほう</sup>する保険医療機関である病院であること。

(2) 当該保険医療機関内に地域移行を推進する部門を設置し、組織的に地域移行を実施する体制が整備されていること。

(3) 当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること。

(4) 長期入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

#### 二十五の三 精神科身体合併症管理加算の施設基準等

(1) 精神科身体合併症管理加算の施設基準

イ 精神科を標榜<sup>ほう</sup>する保険医療機関である病院であること。

ロ 当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること。

ハ 精神障害者であつて身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること。

(2) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症を有する患者  
別表第七の二に掲げる身体合併症を有する患者

#### 二十六 児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準

(1) 二十歳未満の精神疾患を有する患者を概ね八割以上入院させる病棟又は治療室であること。

(2) 当該病棟又は治療室に常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名以上は精神保健指定

医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）であること。

(3) 当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟又は当該治療室を有する病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は当該治療室を有する病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

(4) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(5) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

## 二十六の二 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準等

(1) 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

強度行動障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

強度行動障害スコアが十点以上かつ医療度スコアが二十四点以上の患者

二十六の三 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等

(1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者

入院治療が必要なアルコール依存症の患者

二十六の四 摂食障害入院医療管理加算の施設基準等

(1) 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 摂食障害入院医療管理加算の対象患者

重度の摂食障害により著しい体重の減少が認められる患者

二十七 がん診療連携拠点病院加算の施設基準

がん診療連携の拠点となる病院であること。

二十八 栄養管理実施加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

(2) 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その

他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管

理計画を作成していること。

(3) 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。

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

二十八の二 栄養サポートチーム加算の施設基準等

(1) 栄養サポートチーム加算の施設基準

イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 栄養サポートチーム加算の対象患者

栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者であつて、栄養管理実施加算を算定しているものであること。

二十九 医療安全対策加算の施設基準等

(1) 医療安全対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。

ロ 医療安全対策加算2の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

イの 及び の要件を満たしていること。

(2) 感染防止対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1に係る届出を行った保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

三十 褥瘡患者管理加算の施設基準

- (1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
- (2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

三十一 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準

- (1) 褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。

- (2) 褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の

患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。

- (3) 褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。

- (4) 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

三十一の二 ハイリスク妊娠管理加算の施設基準等

- (1) ハイリスク妊娠管理加算の施設基準

イ 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する医師が一名以上配置されていること。

ハ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

(2) ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊婦であつて、別表第六の二に掲げるもの

三十二 ハイリスク分娩<sup>へん</sup>管理加算の施設基準等

(1) ハイリスク分娩<sup>へん</sup>管理加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が三名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に常勤の助産師が三名以上配置されていること。

ハ 一年間の分娩<sup>へん</sup>実施件数が百二十件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ホ 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

(2) ハイリスク分娩<sup>へん</sup>管理加算の対象患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であつて、別表第七に掲げるもの

三十三 慢性期病棟等退院調整加算の施設基準

(1) 慢性期病棟等退院調整加算１の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、入院患者の退院に係る調整（以下「退院調整」という。）に関する部門が設置されていること。

ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。

ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

(2) 慢性期病棟等退院調整加算２の施設基準

イ 病院にあつては、当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

また、診療所にあつては、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること（病院に限る。）。

三十三の二 急性期病棟等退院調整加算の施設基準



(1) 急性期病棟等退院調整加算1の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。  
ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。

ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

ニ その他退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 急性期病棟等退院調整加算2の施設基準

イ 病院にあつては、当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

また、診療所にあつては退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること（病院に限る。）。

ハ その他退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三十三の三 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。

(2) 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福

社士が一名以上配置されていること。

### 三十三の四 救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

### 三十三の五 救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

### 三十四 総合評価加算の施設基準

(1) 介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の総合的な機能評価を適切に実施できる保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に、高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十歳以上の者の総合的な機能評価を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 三十五 削除

### 三十五の二 呼吸ケアチーム加算の施設基準等

(1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準

イ 人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該加算の対象患者について呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。

ハ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 呼吸ケアチーム加算の対象患者

次のいずれにも該当する患者であること。

イ 四十八時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。

ロ 次のいずれかに該当する患者であること。

人工呼吸器を装着している状態で当該加算を算定できる病棟に入院（転棟及び転床を含む。）した患者であつて、当該病棟に入院した日から起算して一月以内のもの

当該加算を算定できる病棟に入院した後に人工呼吸器を装着した患者であつて、装着した日から起算して一月以内のもの

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二割以上であること。

ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者

診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者

三十六 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。

(2) 当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

## 第九 特定入院料の施設基準等

### 一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (3) 特定入院料を算定する病棟及び治療室等（精神療養病棟を除く。）以外の病棟において、入院基本料（特別入院基本料等を除く。）を算定していること。
- (4) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当していないこと。

### 二 救命救急入院料の施設基準

- (1) 救命救命入院料の注1に規定する入院基本料の施設基準

#### イ 救命救急入院料1の施設基準

都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。

重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

□ 救命救急入院料 2 の施設基準

救命救急入院料 1 の施設基準のほか、特定集中治療室管理料 1 の施設基準を満たすものであること。

ハ 救命救急入院料 3 の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

救命救急入院料 1 の施設基準を満たすものであること。

広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 救命救急入院料 4 の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

救命救急入院料 2 の施設基準を満たすものであること。

広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 救命救急入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める区分

イ 救命救急入院料

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者

□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者

(3) 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態

(4) 救命救急入院料の注3に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(5) 救命救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(6) 救命救急入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

重篤な救急患者に対して高度な医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(7) 救命救急入院料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関内に、専任の小児科の医師が常時配置されていること。

### 三 特定集中治療室管理料の施設基準等

(1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 特定集中治療室管理料1の施設基準

病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師等が常時配置されていること。

当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。

集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

重症者等を概ね九割以上入院させる治療室であること。

ロ 特定集中治療室管理料2の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすものであること。

広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める区分

イ 特定集中治療室管理料

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者

(3) 特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態



(4) 特定集中治療室管理料の注2に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されていること。

#### 四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

(2) 当該治療室の病床数は、三十床以下であること。

(3) ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。

(4) 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

(5) 重症度等の基準を満たす患者を概ね八割以上入院させる治療室であること。

(6) 当該病院の一般病棟の入院患者の平均在院日数が十九日以内であること。

(7) 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

(8) ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。

#### 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準

(1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

(2) 当該治療室の病床数は、三十床以下であること。

(3) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。

(4) 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。

(5) 当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が一名以上配置されていること。

(6) 脳梗塞<sup>こうそく</sup>、脳出血及びくも膜下出血の患者を概ね八割以上入院させる治療室であること。

(7) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(8) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な器械・器具を有していること。

## 六 新生児特定集中治療室管理料の施設基準

(1) 新生児特定集中治療室管理料1の施設基準

イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

ロ 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。

ハ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。

ニ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(2) 新生児特定集中治療室管理料2の施設基準

イ (1)のイ、ハ及びニの基準を満たすものであること。

ロ 当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な専任の医師が常時配置されていること。

六の二 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準

- (1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- (2) 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
- (3) 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (4) 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

六の三 新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準

- (1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- (2) 当該保険医療機関内に新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師が常時配置されていること。
- (3) 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (4) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (5) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (6) 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料に係る届出を行った保険

医療機関であること。

七 一類感染症患者入院医療管理料の施設基準等

(1) 一類感染症患者入院医療管理料の施設基準

イ 病院の治療室を単位として行うものであること。

ロ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。

(2) 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者

別表第八に掲げる患者

八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準

(1) 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね

八割以上入院させる病室であつて、一般病棟の病室を単位として行うものであること。

(2) 当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。

(3) 当該病室を有する病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職

員であること。

- (4) 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
- (5) 特殊疾患入院医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

## 九 小児入院医療管理料の施設基準

### (1) 通則

イ 小児科を標榜<sup>ほう</sup>している病院であること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ 小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### (2) 小児入院医療管理料1の施設基準

イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとするが、この場合であっても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の

数が九又はその端数を増すごとに一以上であること。

八 専ら十五歳未満小児を入院させる病棟であること。

二 専ら小児の入院医療に係る相当の実績を有していること。

ホ 入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ヘ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ホ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。

(3) 小児入院医療管理料2の施設基準

イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七

又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行

う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行

う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

八 専ら十五歳未満小児を入院させる病棟であること。

二 入院を要する小児救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ホ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ヘ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。

(4) 小児入院医療管理料3の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
- ロ 当該病床を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ハ 専ら十五歳未満の小児を入院させる病棟であること。
- ニ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。

(5) 小児入院医療管理料4の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
- ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ニ 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が十床以上あること。

ホ 当該保険医療機関の当該病棟を含めた一般病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。

(6) 小児入院医療管理料5の施設基準

イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

(7) 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準

イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。

ロ 小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

(1) 通則

イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病



棟の病棟単位で行うものであること。

ロ 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の医師、理学療法士及び作業療法士が適切に配置されていること。

ハ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。

ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ホ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ヘ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

ト 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビ

リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。

チ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二単位以上のリハビリテーションが行われていること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。

ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が六割以上であること。

(3) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第九に掲げる状態及び日数

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準  
重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

(5) 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

(6) リハビリテーション充実加算の施設基準

回復期リハビリテーションを要する状態の患者について、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を一日当たり六単位以上算定していること。

#### 十一 亜急性期入院医療管理料の施設基準

##### (1) 通則

- イ 当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ロ 当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ハ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ニ 特定機能病院以外の病院（亜急性期入院医療管理料<sup>2</sup>については、許可病床数が二百床未満のものに限る。）であること。

ホ 診療記録の管理を適切に行う体制がとられていること及び心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。

と。

へ 退院患者のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が概ね六割以上であること。

ト 亜急性期入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

(2) 亜急性期入院医療管理料1の施設基準

イ 主として亜急性期の患者を入院させ、一般病棟の病室を単位として行うものであること。

ロ 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の一割（一般病床の数が四百床を超える病院にあつては四十床、一般病床の数が百床未満の病院にあつては十床）以下であること。ただし、当該病室において、別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の患者であつて合併症を有するものの割合が一割以上である場合は、三割（一般病床の数が二百床を超える病院にあつては六十床、一般病床の数が百床未満の病院にあつては三十床）以下であることとする。

(3) 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

イ 急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供する一般病棟の病室を単位として行うものであること。

ロ 当該病室に入院する患者のうち、急性期治療を経過した患者の数が三分の二以上であるこ

と。

八 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の三割（一般病床の数が百床未満の病院にあつては三十床）以下であること。ただし、当該病室において、急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が一割以上である場合は、五割（一般病床の数が百床未満の病院にあつては五十床）以下であることとする。

(4) リハビリテーション提供体制加算の施設基準

当該病室に入院しているリハビリテーションが必要な患者について、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を一週当たり十六単位以上算定していること。

十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等

(1) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準

イ 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を概ね八割以上入院させる一般病棟であつて、病棟単位で行うものであること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当

該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。

八 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。

二 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ホ 特殊疾患医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法第四十三条の三に規定する肢体不自由児施設、同法第四十三条の四に規定する重症心身障害児施設又は同法第七条第六項に規定する国立高度専門医療研究センター若しくは独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定するものに係る一般病棟であること。

ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。

重度の肢体不自由児（者）等（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の障害者（(1)のイに掲げる者を除く。）を概ね八割以上入院させる一般病棟又は精神病

棟であつて、病棟単位で行うものであること。

(1)の施設基準の口からホまでを満たすものであること。

### 十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準

(1) 主として悪性腫瘍しゅようの患者又は後天性免疫不全症候群に罹患りしている患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

(3) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍しゅようの患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

(5) 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(6) 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。

(7) 健康保険法第六十三条第二項第四号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第四号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。

(8) がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。

(9) 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

#### 十四 精神科救急入院料の施設基準等

(1) 精神科救急入院料の施設基準

イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。

ヘ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十



又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ト 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

チ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

リ 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

又 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

(2) 精神科救急入院料の対象患者

別表第十に掲げる患者

十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等

(1) 通則

イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

八 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

二 当該病院に他の精神病棟を有する場合は、精神病棟入院基本料の十対一入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料又は特定入院料を算定している病棟であること。

ホ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

二 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数減じた数以上）であることとする。

ホ 精神科急性期治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

へ 精神科急性期治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(3) 精神科急性期治療病棟入院料2の施設基準

イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。

ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

二 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

ホ 精神科急性期治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ヘ 精神科急性期治療を行うにつき適切な構造設備を有していること。

(4) 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者  
別表第十に掲げる患者

十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準

(1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準

イ 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。

ロ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

八 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されているこ

と。

二 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ホ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ヘ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が三名以上配置されていること。

ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

チ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

リ 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ヌ 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ル 精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。

(2) 精神科救急・合併症入院料の対象患者

別表第十に掲げる患者

十六 精神療養病棟入院料の施設基準等

(1) 精神療養病棟入院料の施設基準

イ 主として長期の入院を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ 医療法施行規則第十九条第一項第四号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。

ホ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補

助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。

へ 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。

ト 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

チ 精神療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

リ 精神療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(2) 重症者加算の対象患者の状態

G A F 尺度による判定が四十以下であること。

十七 削除

十八 認知症治療病棟入院料の施設基準

(1) 通則

主として急性期の集中的な治療を要する認知症患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

(2) 認知症治療病棟入院料1の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護

を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。

ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。

(3) 認知症治療病棟入院料2の施設基準

イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者



の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。

(4) 退院調整加算の施設基準

退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。

第十 短期滞在手術基本料の施設基準

一 通則

短期滞入手術基本料を算定する手術は、別表第十一に掲げるものとする。

二 短期滞入手術基本料1の施設基準

(1) 局所麻酔による短期滞入手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 短期滞入手術を行うにつき回復室その他適切な施設を有していること。

(3) 当該回復室における看護師の数は、常時、当該回復室の患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

三 短期滞入手術基本料2の施設基準

(1) 全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔による短期滞入手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 短期滞入手術を行うにつき適切な施設を有していること。

第十一 経過措置

一 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関については、第五の四の二の(2)の規定にかかわらず、当分の間は、なお従前の例によることができる。

二 当分の間は、第九の九の(1)の口中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数（同令第五十条の規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない医師の員数以上の員数）」と、第九の十四の(1)の口、第九の十五の(1)の口、第九の十五の二の(1)の八及び第九の十六の(1)の口中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数（同令第四十九条及び第五十条の規定の適用を受ける間、それぞれこれらの規定により有しななければならない医師の員数以上の員数）」と、第九の十四の(1)の八、第九の十五の(1)の八、第九の十五の二の(1)の二及び第九の十六の(1)の八中「看護師及び准看護師の員数以上の員数」とあるのは「看護師及び准看護師の員数以上の員数（医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成十三年厚生労働省令第八号）附則第二十条の規定の適用を受ける病院にあつては、この規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない看護師及び准看護師の員数以上の員数）」とする。

三 次のいずれかに該当する患者のうち、重度の肢体不自由児（者）、<sup>せき</sup>脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であつて医療区分三の患者若しくは医療区分二の患者、又は医療区分一の患者については、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、医療区分三の患者又は医療区分二の患者とみなす。

(1) 平成二十年三月三十一日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換したものに、平成二十年三月三十一日から入院している患者

(2) 平成二十年三月三十一日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院していた患者であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院したもの

四 別表第十二に掲げる疾患の患者（平成二十年四月一日以降は、同年三月三十一日において現に平成二十二年厚生労働省告示第 号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）による改正前の基本診療料の施設基準等第五の三の(2)の二十対一配置病棟である病棟に入院する患者であつて同日において現に仮性球麻痺<sup>ひ</sup>以外の患者であるものに限る。）であつて、平成十八年六月三十日において現に診療報酬の算定方法による廃止前の診療報酬の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第九十二号）A309に掲げる特殊疾患療養病棟入院料（以下「特殊疾患療養病棟入院料」という。）の1を算定する病棟に入院している患者、又は平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料の2を算定する病棟に入院している患者（医療区分三の患者を除く。）については、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、それぞれ医療区分三の患者又は医療区分二の患者とみなす。

五 次のいずれかに該当する患者のうち、<sup>せき</sup>脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、医療区分三の患者とみなす。

(1) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換したものに、平成二十年三月三十一日から入院している患者

(2) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院していた患者であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院したもの

六 次のいずれかに該当する患者のうち、<sup>せき</sup>脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等については、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、医療区分三の患者とみなす。

(1) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換したものに、平成二十年三月三十一日から入院している患者

(2) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院して

いた患者であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院したものの

七 次のいずれかに該当する患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（せき脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）である患者（医療区分三の患者を除く。）については、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、医療区分二の患者とみなす。

(1) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換したものに、平成二十年三月三十一日から入院している患者

(2) 平成二十年三月三十一日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた患者であつて、平成二十年四月一日から平成二十二年三月三十一日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院したものの

八 医療区分一の患者が六割以上入院している療養病棟については、第一、第二、第四及び第五の一（(6)及び(7)を除く。）の基準に適合し、かつ、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方厚生局長等に届け出た場合であつて、次のいずれにも該当するときには、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、第五の三の(1)の口の から までに該当するものとみなす。

(1) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

(2) 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の三分の一以上が看護職員であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

(3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

九 医療区分一の患者が六割以上入院している診療所である保険医療機関の療養病床については、

第一、第二、第四及び第六の一の基準に適合し、かつ介護老人保健施設等への移行準備計画を地方厚生局長等に届け出た場合であつて、次のいずれにも該当するときは、平成二十四年三月三十一日までの間に限り、第六の三の(2)のイに該当するものとみなす。

(1) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員及び看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。

(2) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員数は、看護職員及び看護補助者の最小必要数の三分の一以上であること。

十 平成二十二年三月三十一日において現に精神病棟入院基本料の十対一入院基本料又は特定機能

病院入院基本料の精神病棟の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟については、平成二十二年九月三十日までの間に限り、第五の四の二の(1)のイの又は五の(1)のハの の4若しくは の4に該当するものとみなす。

十一 平成二十二年三月三十一日において現に緩和ケア診療加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成二十三年三月三十一日までの間に限り、第八の二十三の(2)に該当するものとみなす。

十二 平成二十二年三月三十一日において現に小児入院医療管理料1に係る届出を行っている病棟については、平成二十二年九月三十日までの間に限り、第九の九の(2)のホに該当するものとみなす。

十三 平成二十二年三月三十一日において現に緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、平成二十三年三月三十一日までの間に限り、第九の十三の(4)に該当するものとみなす。

別表第一から別表第十二までを次のように改める。

別表第一 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術

J013 口腔内消炎手術（顎炎又は顎骨骨髓炎等に限る。）

J016 口腔底悪性腫瘍手術

J018 舌悪性腫瘍手術

J 0 3 1	口唇惡性腫瘍手術
J 0 3 2	口腔、顎、顔面惡性腫瘍切除術
J 0 3 5	頬粘膜惡性腫瘍手術
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術
J 0 3 9	上顎骨惡性腫瘍手術
J 0 4 2	下顎骨惡性腫瘍手術
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術
J 0 6 6	齒槽骨骨折觀血的整復術
J 0 6 8	上顎骨骨折觀血的手術
J 0 6 9	上顎骨形成術
J 0 7 0	頬骨骨折觀血的整復術
J 0 7 2	下顎骨骨折觀血的手術
J 0 7 2 . 2	下顎關節突起骨折觀血的手術
J 0 7 5	下顎骨形成術
J 0 7 6	顔面多發骨折觀血的手術
J 0 8 7	上顎洞根治手術



別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

- 一 精神科身体合併症管理加算を算定する患者
- 二 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する患者
- 三 救命救急入院料（広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。）を算定する患者
- 四 特定集中治療室管理料（広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。）を算定する患者
- 五 新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
- 六 総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
- 七 新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
- 八 一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
- 九 特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
- 十 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 十一 亜急性期入院医療管理料を算定する患者
- 十二 特殊疾患病棟入院料を算定する患者
- 十三 緩和ケア病棟入院料を算定する患者
- 十四 精神科救急入院料を算定する患者
- 十五 精神科救急・合併症入院料を算定する患者

十六 精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者

十七 精神療養病棟入院料を算定する患者

十八 一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であつて、医科点数表

第1章第2部第1節一般病棟入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの

十九 認知症治療病棟入院料を算定している患者

二十 短期滞在手術基本料1を算定している患者

別表第三 看護配置基準の計算対象としない治療室、病室又は専用施設

一 救命救急入院料に係る治療室

二 特定集中治療室管理料に係る治療室

三 ハイケアユニット入院医療管理料に係る治療室

四 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室

五 新生児特定集中治療室管理料に係る治療室

六 総合周産期特定集中治療室管理料に係る治療室

七 新生児治療回復室入院医療管理料に係る治療室

八 一類感染症患者入院医療管理料に係る治療室

九 短期滞在手術基本料1に係る回復室

十 外来化学療法加算に係る専用施設

別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者

一 難病患者等入院診療加算を算定する患者

二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者

三 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、せき脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等

四 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態にある患者

五 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者

六 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者（患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。）

七 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者

八 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者

九 人工呼吸器を使用している状態にある患者

十 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者

十一 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。）にある患者

十二 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない薬剤及び注射薬

一 これらに含まれる画像診断

写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）

二 これらに含まれる処置

創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）

喀痰吸引

摘便

酸素吸入

酸素テント

皮膚科軟膏処置

膀胱洗淨

留置カテーテル設置

導尿

腔洗淨

眼処置

耳処置

耳管処置

鼻処置

口腔、咽頭処置

間接喉頭鏡下喉頭処置

ネブライザー

超音波ネブライザー

介達牽引

消炎鎮痛等処置

鼻腔栄養

## 老人処置

三 これらに含まれない薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

別表第五の二 特定入院基本料に規定する厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬並びに療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料に含まれない薬剤及び注射薬（特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症病棟入院料及び短期滞在手術基本料3における除外薬剤・注射薬）

インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候

群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

別表第五の二 療養病棟入院基本料の入院基本料A、入院基本料B及び入院基本料C並びに有床診療

所療養病床入院基本料の入院基本料Aに係る疾患及び状態

一 対象疾患の名称

スモン

二 対象となる状態

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

中心静脈栄養を実施している状態

二十四時間持続して点滴を実施している状態

人工呼吸器を使用している状態

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

酸素療法を実施している状態

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

別表第五の三 療養病棟入院基本料の入院基本料D、入院基本料E及び入院基本料F並びに有床診療

所療養病床入院基本料の入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患及び状態等

一 対象疾患の名称

筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度が 度又は 度の状態に限る。））その他の難病（スモンを除く。）

脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）

慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類が 度の状態に該当する場合に限る。）

悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）

二 対象となる状態

肺炎に対する治療を実施している状態

尿路感染症に対する治療を実施している状態

傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態



頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

褥瘡じよくそうに対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

せん妄に対する治療を実施している状態

うつ症状に対する治療を実施している状態

他者に対する暴行が毎日認められる状態

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）

頻回の血糖検査を実施している状態

創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に

対する治療を実施している状態

### 三 対象となる患者

次に掲げる保険医療機関の療養病棟であつて、平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療

養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定するものに入院している患者（重度の肢体不自由児（者）又は知的障害者に限る。）

(1) 児童福祉法第四十三条の三に規定する肢体不自由児施設

(2) 児童福祉法第四十三条の四に規定する重症心身障害児施設

(3) 児童福祉法第七条第六項又は身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十八条第二項に規定する国立高度専門医療研究センター又は独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定するもの

別表第五の四 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

ADL区分三の状態

別表第六 難病患者等入院診療加算に係る疾患及び状態

一 対象疾患の名称

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（開胸心手術又は直腸悪性腫瘍手術の後に発症したものに  
限る。）

後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）

多剤耐性結核

二 対象となる状態

(1) 多剤耐性結核以外の疾患を主病とする患者にあつては、当該疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）については当該疾患に罹患している状態に、パーキンソン病についてはホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度が 度又は 度の状態に限る。）

(2) 多剤耐性結核を主病とする患者にあつては、治療上の必要があつて、適切な陰圧管理を行うために必要な構造及び設備を有する病室に入院している状態

別表第六の二 ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者

妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者

多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

膠原病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

H I V陽性の患者

R h不適合の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

別表第七 ハイリスク分娩管理加算の対象患者

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

四十歳以上の初産婦である患者

分娩前のB M Iが三十五以上の初産婦である患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者

双胎間輸血症候群の患者

多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

HIV陽性の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者

呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）の患者

心疾患（New York Heart Associationの心機能分類の 度、 度相当の心不全、虚血性心疾患、

モニター監視を必要とする不整脈）の患者

手術又は直達・介達<sup>けん</sup>牽引を要する骨折の患者

重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者

重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）の患者

意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者

全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）の患者

急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者

悪性症候群、横紋筋融解症の患者

広範囲（半肢以上）熱傷の患者

手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍<sup>しゅよう</sup>の患者

透析導入時の患者

手術室での手術を必要とする状態の患者

膠原病<sup>こうじょう</sup>（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者

別表第八 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者

一 感染症法第六条第九項に規定する新感染症又は同法第六条第二項に規定する一類感染症に罹患<sup>り</sup>

している患者

二 前号の感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、<sup>せき</sup>脊髄損傷、<sup>せき</sup>頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、<sup>しゅよう</sup>脳腫瘍、<sup>せき</sup>脳炎、急性脳症、<sup>せき</sup>脊髄炎、<sup>せき</sup>多発性神経炎、<sup>せき</sup>多発性硬化症、<sup>そつ</sup>腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、一般病棟入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（七対一入院基本料及び十対一入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の<sup>けい</sup>頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）

二 大腿骨、骨盤、<sup>せき</sup>脊椎、<sup>こ</sup>股関節若しくは<sup>しつ</sup>膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術



後の状態（発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの二か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後一か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの一か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して六十日以内）

五 股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後一か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対

して、一日六単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの一か月の期間から三十日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して九十日以内）

別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義

肢装着訓練を要する状態

二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態

五 股関節又は膝関節の置換術後の状態

別表第十 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者

一 精神科救急入院料の対象患者

(1) 精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の規定により入院する患者

(2) (1)以外の患者であつて、精神科救急入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定による入院（以下「医療観察法入院」という。）を除く。）をしたことがない患者

二 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者

(1) 精神科急性期治療病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者

(2) 精神科急性期治療病棟を有する保険医療機関に入院している患者であつて、急性増悪のため当該病棟における治療が必要なもの

三 精神科救急・合併症入院料の対象患者

一のイ及びロの患者に加え、身体疾患の治療のため一般病棟に入院した後に精神科救急入院料に係る病棟に入院した患者（当該病棟での入院前三月間において精神病棟に入院（医療観察法入院を除く。）をしたものを除く。）

別表第十一 短期滞在手術基本料に係る手術

一 短期滞在手術基本料1が算定できる手術

- K 0 0 5 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
- K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径六センチメートル以上（六歳未満に限る。）
- K 0 0 8 腋臭症手術
- K 0 6 8 半月板切除術
- K 0 6 8・2 関節鏡下半月板切除術
- K 0 9 3 手根管開放手術
- K 0 9 3・2 関節鏡下手根管開放手術
- K 2 8 2 水晶体再建術
- K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術
- K 5 0 8 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
- K 5 1 0 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリプ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリプ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K 8 4 1・2 経尿道的レーザー前立腺切除術

二 短期滞在手術基本料2が算定できる手術

- K 0 6 7 関節鼠摘出手術
- K 0 6 7 ・ 2 関節鏡下関節鼠摘出手術
- K 0 6 9 半月板縫合術
- K 0 6 9 ・ 3 関節鏡下半月板縫合術
- K 0 7 4 靱帯断裂縫合術
- K 0 7 4 ・ 2 関節鏡下靱帯断裂縫合術
- K 1 9 6 ・ 2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
- K 4 5 3 顎下腺腫瘍摘出術（歯科点数表においてはJ 0 5 6）
- K 4 5 4 顎下腺摘出術（歯科点数表においてはJ 0 5 5）
- K 4 6 1 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術
- K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K 6 7 2 ・ 2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
- K 7 1 8 ・ 2 腹腔鏡下虫垂切除術
- K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 4 根治手術
- K 7 8 1 経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む。）

K 8 2 3 尿失禁手術

K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術

K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 2 腹腔鏡によるもの

三 短期滞在手術基本料3を算定する手術

K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア（十五歳未満に限る。）

K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（十五歳未満に限る。）

## 別表第十二

### 脊髄損傷

筋ジストロフィー症

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエ

ン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度が 度又は 度の状態に限る。  
)

ハンチントン病

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、

致死性家族性不眠症）

亜急性硬化性全脳炎

仮性球麻痺

脳性麻痺

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。



四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

## 第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医

療機関でないこと。

### 第三 医学管理等

#### 一 特定疾患療養管理料に規定する疾患

平成二十一年総務省告示第百七十六号（統計法第二十八条及び附則第三条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「(二) 疥癬、癬、癩及び死因の癩」に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

#### 二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

##### (1) ウイルス疾患指導料の注2に規定する施設基準

イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専従の看護師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。

ニ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

##### (2) 特定薬剤治療管理料の対象患者

別表第二に掲げる患者

(2) の 2 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

別表第二に掲げる患者

(3) 難病外来指導管理料の対象疾患

別表第二に掲げる疾患

(4) 皮膚科特定疾患指導管理料( )の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の四に掲げる疾病

(5) 皮膚科特定疾患指導管理料( )の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の五に掲げる疾病

(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び

内容を有する別表第三に掲げる特別食

(7) 高度難聴指導管理料の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 人工内耳埋込術の施設基準を満たしていること。

ロ 当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科いんこうに配置されていること。

(8) 喘息治療管理料の注2に規定する施設基準

イ 当該保険医療機関内に専任の看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が常時一人以上配置されていること。

ロ 喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

ハ 緊急時の入院体制が確保されていること。

(9) 糖尿病合併症管理料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師（当該指導について相当な経験を有するものに限る。）が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤看護師（当該指導について相当な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(10) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象患者

十五歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）の患者

(11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(12) がん患者カウンセリング料の施設基準

がん患者に対してカウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準等

(1) 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準

イ 地域連携小児夜間・休日診療料1の施設基準

当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を夜間（2）に規定する時間をいう。）、休日又は深夜に診療することができる体制が整備されていること。

地域医療との連携体制が確保されていること。

小児夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

緊急時の入院体制が整備されていること。

ロ 地域連携小児夜間・休日診療料2の施設基準

当該保険医療機関において、専ら小児科を担当する保険医が常時一人以上配置されていること。

当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を二十四時間診療することができるとの体制が整備されていること。

地域医療との連携体制が確保されていること。

小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

緊急時の入院体制が整備されていること。

(2) 地域連携小児夜間・休日診療料に規定する時間

当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。）及び休日を除く。）

(3) 院内トリアージ加算の施設基準

イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

三の二 地域連携夜間・休日診療料の施設基準等

(1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準

イ 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする保険医及び当該保険

医療機関を主たる勤務先とする保険医により、夜間（(2)に規定する時間をいう。）、休日又は深夜に診療することができるとする体制が整備されていること。

ロ 地域医療との連携体制が確保されていること。

ハ 夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ホ 緊急時の入院体制が整備されていること。

(2) 地域連携夜間・休日診療料に規定する時間

当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）

四 ニコチン依存症管理料の施設基準

(1) ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。

(2) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。

四の二 開放型病院共同指導料（ ）の施設基準

(1) 病院であること。

(2) 当該病院が当該病院の存する地域のすべての医師又は歯科医師の利用のために開放されてい

ること。

(3) (2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。

#### 五 在宅療養支援診療所の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

(1) 診療所であること。

(2) 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

(3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

(4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

(5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。



(6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

(7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

(9) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

五の二 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者

別表第三の一の二に掲げる患者

五の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

(1) 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を算定していること。

(2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(4) 在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患家に提供していること。

(5) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。

(6) 在宅歯科診療に係る後方支援として、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(7) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。

## 六 地域連携診療計画管理料の施設基準等

(1) 地域連携診療計画管理料の施設基準

イ 一般病棟の入院患者の平均在院日数が十七日以内である病院であること。

ロ 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業者等を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

ハ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関又は介護サービス事業者等として定めた保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中を対象疾患とする場合にあつては、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制

を担う医療機関として記載されている病院であること。

(2) 地域連携診療計画管理料の対象疾患

大腿骨頸部骨折及び脳卒中

七 地域連携診療計画退院時指導料( )の施設基準等

(1) 地域連携診療計画退院時指導料( )の施設基準

イ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画を地域連携診療計画管理料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

ロ 地域連携診療計画管理料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者を受け入れることができる体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

ニ 脳卒中の患者について地域連携診療計画退院時指導料( )を算定する場合にあつては、医療法第三十条の四の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において、脳卒中に係る医療連携体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。

(2) 地域連携診療計画退院計画加算の施設基準

地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画について地域連携診療計画管理料を算定する保険医療機関及び地域連携診療計画退院時指導料（）を算定する保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

七の二 地域連携診療計画退院時指導料（）の施設基準

(1) 診療所又は許可病床数が二百床未満の病院（地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料（）を届け出た保険医療機関を除く。）であること。

(2) 地域連携診療計画において、連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画について地域連携診療計画管理料を算定する病院及び地域連携診療計画退院時指導料（）を算定する保険医療機関と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(3) 地域連携診療計画退院時指導料（）を算定する保険医療機関の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

(4) 当該保険医療機関と、地域連携診療計画管理料を算定する病院、地域連携診療計画退院時指

導料（ ）を算定する保険医療機関及び地域連携診療計画に定められた別の保険医療機関又は介護サービス事業者等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。

八 ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）の施設基準等

(1) ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）の施設基準

イ 産科又は産婦人科を標榜<sup>ほう</sup>する保険医療機関であること。

ロ ハイリスク分娩<sup>べん</sup>管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）に規定する状態等にある患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊婦又は妊産婦であつて、別表第三の二に掲げるもの

八の二 がん治療連携計画策定料の施設基準

(1) がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。

(2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

八の三 がん治療連携指導料の施設基準

(1) 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(2) がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

#### 八の四 認知症専門診断管理料の施設基準

(1) 認知症に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

#### 八の五 肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準

(1) 肝疾患に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

#### 九 薬剤管理指導料の施設基準等

(1) 薬剤管理指導料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。  
ロ 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。

ハ 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

(2) 薬剤管理指導料の対象患者

イ 救命救急入院料等を算定している患者

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者

ロ 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者（イに該当する場合を除く。）  
別表第三の三に掲げる医薬品が投薬又は注射されている患者

(3) 医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準

当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

九の二 医療機器安全管理料の施設基準

(1) 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合の施設基準

イ 当該保険医療機関内に生命維持管理装置等の医療機器の管理及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士が一名以上配置されていること。

ロ 生命維持管理装置等の医療機器の安全管理につき十分な体制が整備されていること。

(2) 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合の施設基準

イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。

ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

十 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患  
分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病

十一 削除

十二 歯科治療総合医療管理料の施設基準等

(1) 歯科治療総合医療管理料の施設基準



イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。

ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(2) 歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

別表第六に掲げる疾患

#### 第四 在宅医療

一 在宅療養支援病院の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

(1) 保険医療機関である病院であつて、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。

(2) 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

(3) 当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

- (4) 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
  - (5) 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
  - (6) 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
  - (7) 訪問看護ステーションと連携する場合にあつては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
  - (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
  - (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
  - (10) 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
- 一の一の二 往診料に規定する時間
- 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間
- 一の一の三 在宅患者訪問診療料に規定する疾病等

別表第七に掲げる疾病等

一の二 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準等

(1) 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に在宅医療の調整担当者が一名以上配置されていること。

ロ 患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること。

(2) 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料に規定する診療に係る費用

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表

（以下「医科点数表」という。）第2章第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるもの

イ 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料

ロ 区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料

ハ 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料

ニ 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料

ホ 区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料

ヘ 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料

(3) 重症者加算に規定する状態等にある患者

別表第三の一の二に掲げる者

二 在宅末期医療総合診療料の施設基準

(1) 在宅末期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 緊急時の入院体制が整備されていること。

三 削除

四 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等

(1) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等

別表第七に掲げる疾病等

(2) 在宅患者訪問看護・指導料の注1ただし書、同一建物居住者訪問看護・指導料の注1ただし

書及び訪問看護指示料の注2に規定する者

別表第七の二に掲げる者

(3) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を

要する者

別表第七の三に掲げる者

(4) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患

者

別表第八に掲げる者

(5) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者のうち重症度等の高いもの

別表第八第一号に掲げる者

四の二 厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者

一人の看護師等による訪問看護・指導が困難な者であつて、次のいずれかに該当するもの

(1) 別表第七に掲げる疾病等の患者

(2) 医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者

(3) 別表第八に掲げる者

(4) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる患者

五 在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を含む別表第三に掲げる特別食

六 在宅自己注射指導管理料、注入器加算、間歇<sup>けつ</sup>注入シリンジポンプ加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

別表第九に掲げる注射薬

六の二 在宅血液透析指導管理料の施設基準

在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。

六の三 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患

別表第九の一の二に掲げる疾患

七 地域医療連携体制加算の施設基準

(1) 診療所であること。

(2) 夜間、休日等における緊急時の体制を継続的に確保するため、診療報酬の算定方法別表第二 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）区分番号A0000に掲げる初診料の注2の届出を行った病院である保険医療機関及びその他の歯科の保険医療機関との連携による地域医療支援体制を備えていること。

八 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準等

(1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準

イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。

八 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

二 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(2) 在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

別表第六に掲げる疾患

## 第五 検査

一 検体検査実施料に規定する検体検査

別表第九の二に掲げる検査

二 削除

三 血液細胞核酸増幅同定検査の施設基準

検体検査管理加算( )の施設基準を満たしていること。

三の二 HPV核酸同定検査の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四 検体検査管理加算の施設基準

(1) 検体検査管理加算( )の施設基準

イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。

□ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 検体検査管理加算( )の施設基準

イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。

□ 当該保険医療機関内に臨床検査を担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 検体検査管理加算( )の施設基準

イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。

□ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が四名以上配置されていること。

ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 検体検査管理加算( )の施設基準

イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。

□ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が十名以上配置されていること。

ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五 遺伝カウンセリング加算の施設基準



(1) 当該保険医療機関内に遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(2) 当該カウンセリングを受けたすべての患者又はその家族に対して、それぞれの患者が受けたカウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。

六 心臓カテテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算、人工臍臓<sup>すい</sup>及び長期継続頭蓋<sup>がい</sup>内脳波検査の施設基準

(1) 当該検査を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

(2) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

(3) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。

六の二 埋込型心電図検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の三 胎児心エコー法の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の四 皮下連続式グルコース測定<sup>すい</sup>の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 七 光トポグラフィの施設基準

(1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) (1)に掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。

#### 八 神経磁気診断の施設基準

(1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 九 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準

(1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) (1)に掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。

#### 十 神経学的検査の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 十一 補聴器適合検査の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

#### 十一 コンタクトレンズ検査料の施設基準

##### (1) 通則

イ 当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ロ 当該検査を受けているすべての患者に対して、当該検査を含む診療に係る費用について説明がなされていること。

##### (2) コンタクトレンズ検査料1の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が三割未満であること。

ロ 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が四割未満であり、かつ、当該保険医療機関内に眼科診療を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

#### 十二 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
  - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十三 内服・点滴誘発試験の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
  - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十四 センチネルリンパ節生検の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
  - (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## 第六 画像診断

- 一 画像診断管理加算（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）の施設基準
- (1) 画像診断管理加算１の施設基準
    - イ 放射線科を標榜<sup>ほう</sup>している保険医療機関であること。
    - ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
    - ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
  - (2) 画像診断管理加算２の施設基準
    - イ 放射線科を標榜<sup>ほう</sup>している病院であること。

□ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

八 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、□に規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。

二 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、□に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。

二 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準

(1) 送信側

離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であつて、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) 受信側

イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。

□ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 三 ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の施設基準

(1) ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る診療料を算定するための施設基準

イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。

ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該断層撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。

ロ 特定機能病院、がん診療連携の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。

### 四 CT撮影及びMRI撮影の施設基準

当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

#### 五 冠動脈ＣＴ撮影加算及び心臓MRI撮影加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 五の二 外傷全身ＣＴ加算の施設基準

- (1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。

- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (4) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

#### 六 歯科点数表第２章第４部画像診断通則第６号に規定する加算の施設基準

- (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注２の届出を行った病院である保険医療機関であること。

- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

七 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療に係るものに限る。）及び基本的エックス線診断料（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準

(1) 送信側

離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であつて、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) 受信側

イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。

ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第七 投薬

一 処方料及び処方せん料に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

二 処方料及び処方せん料に規定する抗悪性腫瘍剤<sup>しゅよう</sup>処方管理加算の施設基準

抗悪性腫瘍剤<sup>しゅよう</sup>処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

第八 注射

一 外来化学療法加算の施設基準



(1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する対象患者

別表第九の二の二に掲げる者

三 無菌製剤処理料の施設基準等

(1) 無菌製剤処理料の施設基準

イ 病院であること。

ロ 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

ハ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 無菌製剤処理料の対象患者

イ 無菌製剤処理料1の対象患者

悪性腫瘍しゅように対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓そくせんを伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者

ロ 無菌製剤処理料2の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であって次の から までに掲げるも

の又は中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

無菌治療室管理加算を算定する患者

HIV感染者療養環境特別加算を算定する患者

又は に準ずる患者

## 第九 リハビリテーション

一 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等

(1) 医科点数表第2章第7部リハビリテーション通則第4号に規定する患者  
別表第九の三に掲げる患者

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準

イ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師がそれぞれ適切に配置されていること。

ロ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する常勤の看護師、理学療法士、作

業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ適切に配置されていること。

ハ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ十分な施設を有していること。

ニ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ必要な器械・器具が具備されていること。

ホ 脳血管疾患等リハビリテーション料については、定期的に、脳血管リハビリテーションの実施状況を地方厚生局長等に報告していること。

- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者  
別表第九の四に掲げる患者
- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者  
別表第九の五に掲げる患者
- (5) 運動器リハビリテーション料の対象患者  
別表第九の六に掲げる患者
- (6) 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

別表第九の七に掲げる患者

- (7) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者  
別表第九の八に掲げる患者

- (8) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合  
別表第九の九に掲げる場合

二 難病患者リハビリテーション料の施設基準等

- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士又は作業療法士が適切に配置されていること。

ハ 患者数は、看護師、理学療法士又は作業療法士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

二 難病患者リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

ホ 難病患者リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患及び状態

イ 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患

別表第十に掲げる疾患

ロ 難病患者リハビリテーション料に規定する状態

別表第十に掲げる疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十五条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている場合を除く。）

三 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準等

(1) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準

イ 児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第四十三条の三に規定する肢体不自由児施設、同法第四十三条の四に規定する重症心身障害児施設若しくは同法第七条第六項に規定する国立高度専門医療研究センター若しくは独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定するもの又は保険医療機関であつて当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね八割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴つて生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）であるもの。

ロ 当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専従の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。

ニ 言語聴覚療法を行う場合にあつては、ハに加え、常勤の言語聴覚士が適切に配置されていること。

ホ 障害児（者）リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

ヘ 障害児（者）リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 障害児（者）リハビリテーションの対象患者

別表第十の二に掲げる患者

三の二 がん患者リハビリテーション料の施設基準等

(1) がん患者リハビリテーション料の施設基準

イ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が二名以上配置されている

こと。

八 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。

二 がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること

ホ がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) がん患者リハビリテーション料の対象患者

別表第十の二の二に掲げる患者

#### 四 集団コミュニケーション療法料の施設基準等

(1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )若しくは脳血管疾患等リハビリテーション料( )又は障害児(者)リハビリテーション料の届出を行っている施設であること。

ロ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専従の

言語聴覚士が適切に配置されていること。

二 患者数は、言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ホ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

へ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 集団コミュニケーション療法の対象患者

別表第十の二の三に掲げる患者

## 第十 精神科専門療法

一 精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアの施設基準

(1) 当該保険医療機関内に精神科作業療法については作業療法士が、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアについては必要な従事者が、それぞれ適切に配置されていること。

(2) 患者数は、精神科作業療法については作業療法士の数に対して、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアについては必要な従事者



の数に対して、それぞれ適切なものであること。

(3) 当該精神科作業療法、精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを行うにつき十分な専用施設を有していること。

二 医療保護入院等診療料の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に精神保健指定医が適切に配置されていること。

(2) 医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

第十一 処置

一 エタノールの局所注入の施設基準

(1) 甲状腺又は副甲状腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 甲状腺又は副甲状腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める注射薬等

(1) 人工腎臓に規定する注射薬

別表第十の三に掲げる注射薬

(2) 人工腎臓<sup>じんぞう</sup>の算定回数上限の除外患者

妊娠中の患者

(3) 透析液水質確保加算の施設基準

イ 透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されていること。

ロ 透析治療に用いる装置及び透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されていること。

三 歯科点数表第2章第8部処置に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

四 一酸化窒素吸入療法の施設基準

当該療法を行うに当たり、必要な体制が整備されていること。

## 第十二 手術

一 医科点数表第2章第10部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準

(1) 通則

緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

と。

- (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）、頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（１を算定する場合に限る。）、人工内耳埋込術、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、埋込型心電図記録計移植術、埋込型心電図記録計摘出術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、埋込型除細動器移植術、埋込型除細動器交換術、両室ペースリング機能付き埋込型除細動器交換術、大動脈バルーンパンピング法（IABP法）、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、同種心移植術、同種心肺移植術、経皮的大動脈遮断術、ダメージコントロール手術、体外衝撃波胆石破碎術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術

、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、同種死体腎移植術、生体腎移植術、膀胱水圧拡張術、焦点式高エネルギー超音波療法、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準

イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、治療的角膜切除術、乳腺悪性腫瘍手術、埋込型心電図記録計移植術、埋込型心電図記録計摘出術、膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術及び大動脈バルーンパンピング法（I A B P 法）については、診療所（治療的角膜切除術、乳腺悪性腫瘍手術及び膀胱水圧拡張術については有床診療所に限り、埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行った診療所に限る。）でもよいこととする。

二 医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第2章第9部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準

(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されているこ

と。

- (2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (3) 当該手術の一年間の実施件数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 手術を受けるすべての患者に対して、それぞれの患者が受ける手術の内容が文書により交付され、説明がなされていること。

### 三 手術の所定点数に含まれる薬剤

外皮用消毒剤に係る薬剤

### 三の二 輸血管理料の施設基準

#### (1) 輸血管理料の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に臨床検査技師が常時一名以上配置されていること。
- ロ 輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ハ 輸血製剤が適正に使用されていること。

#### (2) 輸血管理料の施設基準

- イ 輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 輸血製剤が適正に使用されていること。

### 三の三 歯周組織再生誘導手術の施設基準

歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。

三の四 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

四 歯科点数表の第2章第9部手術に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第4部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

## 第十二の二 麻酔

一 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者

別表第十一の二に掲げる患者であつて、麻酔が困難なもの

二 麻酔管理料（ほつ）の施設基準

(1) 麻酔科を標榜ほつしている保険医療機関であること。

(2) 常勤の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第六条の六第一項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医ほつ」という。）が配置されていること。

(3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 麻酔管理料（ほつ）の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜<sup>ほう</sup>している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜<sup>ほう</sup>医が五名以上配置されていること。
- (3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 第十三 放射線治療

#### 一 放射線治療専任加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
- (2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

#### 二 高エネルギー放射線治療の施設基準

当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

#### 二の二 強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準等

- (1) 強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準等
  - イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。
  - ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

八 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) 強度変調放射線治療（IMRT）の対象患者

別表第十一の三に掲げる患者

二の三 画像誘導放射線治療加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

三 直線加速器による定位放射線治療の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

第十三の二 歯冠修復及び欠損補綴

一 う蝕<sup>くしょく</sup>歯無痛的<sup>むせつてき</sup>窩洞<sup>かどう</sup>形成加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。



## 二 歯科技工加算の施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士を配置していること。
- (2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

## 第十四 歯科矯正

### 一 歯科矯正診断料の施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連絡体制が整備されていること。

### 二 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）の施設基準

- (1) 障害者自立支援法施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）第三十六条第一号及び第二号に規定する医療について、障害者自立支援法（平成十七年法律第二百二十三号）第五十四条第

二項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(3) 当該療養につき顎<sup>がく</sup>離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

#### 第十四の二 病理診断

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製及び術中迅速細胞診の施設基準

##### 一 送信側

離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であつて、病理標本の作製を行うにつき十分な体制が整備されていること。

##### 二 受信側

当該保険医療機関内に病理診断を担当する常勤の医師が配置されており、病理診断を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。

#### 第十五 調剤

##### 一 基準調剤加算の施設基準

##### (1) 通則

イ 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。

ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。

ハ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 基準調剤加算1の基準

十分な数の医薬品を備蓄していること。

(3) 基準調剤加算2の基準

イ 処方せんの受付回数が一月に六百回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が七割以下であること。

ロ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。

一の二 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

(1) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

当該保険薬局において調剤した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める保険薬局及び保険薬剤師療養担

当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の規格単位数量の割合が二割以上であること。

(2) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が二割五分以上であること。

(3) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が三割以上であること。

二 調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準

(1) 薬局であること。

(2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

(3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の二 調剤料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

二の三 薬剤服用歴管理指導料の注4に規定する医薬品

別表第三の三に掲げる医薬品

二の二 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者

別表第三の一の二に掲げる患者

第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等

一 介護老人保健施設入所者について算定できない検査

別表第十二第一号に掲げる検査

二 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限り。）の費用

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症

候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限り。）の費用

三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用

医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算

医科点数表区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射（医科点数表第2章第6部注

射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限り。）

医科点数表区分番号G001に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一

日から平成二十四年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営

に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G002に掲げる動脈注射（医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入（医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G003・3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G004に掲げる点滴注射（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G005に掲げる中心静脈注射（医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

医科点数表区分番号G006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（医科点数表第2

章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）

エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用

ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用

抗悪性腫瘍剤（医科点数表第2章第6部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）の費用

疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用

インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用  
抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用

四 介護老人保健施設入所者について算定できないリハビリテーション

別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション

五 介護老人保健施設入所者について算定できない処置

別表第十二第三号に掲げる処置

六 介護老人保健施設入所者について算定できない手術

別表第十二第四号に掲げる手術

七 介護老人保健施設入所者について算定できない麻酔

別表第十二第五号に掲げる麻酔

## 第十七 経過措置

平成二十三年三月三十一日までは、第三の二の(11)中「医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）」（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）とあるのは、「専任の医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、専任の医師又は歯科医師）」とする。

別表第一から別表第十二までを次のように改める。

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核

悪性新生物

甲状腺障害

処置後甲状腺機能低下症

糖尿病

スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害



ムコ脂質症

リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症

リポジストロフィー

ローノア・ベンソード腺脂肪腫症

高血圧性疾患

虚血性心疾患

不整脈

心不全

脳血管疾患

一過性脳虚血発作及び関連症候群

単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎

詳細不明の慢性気管支炎

その他の慢性閉塞性肺疾患

肺気腫

喘息

喘息発作重積状態

気管支拡張症

胃潰瘍かいよう

十二指腸潰瘍かいよう

胃炎及び十二指腸炎

肝疾患（経過が慢性なものに限る。）

慢性ウイルス肝炎

アルコール性慢性膵炎すい

その他の慢性膵炎すい

思春期早発症

性染色体異常

別表第二 特定疾患治療管理料に規定する疾患等

一 特定薬剤治療管理料の対象患者

- (1) テオフィリン製剤を投与している患者
- (2) 不整脈用剤を投与している患者
- (3) ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与している患者
- (4) リチウム製剤を投与している患者

(5) 免疫抑制剤を投与している患者

(6) サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者

(7) メトトレキサートを投与している悪性腫瘍しゅようの患者

(8) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者

(9) (1)から(8)までに掲げる患者に準ずるもの

## 二 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

十五歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

## 三 難病外来指導管理料の対象疾患

昭和四十八年四月十七日衛発第二四四十二号厚生省公衆衛生局長通知「特定疾患治療研究事業について」の別紙の第3に掲げる疾患

## 四 皮膚科特定疾患指導管理料( )の対象疾患

天疱瘡ほうそう

類天疱瘡るいほうそう

エリテマトーデス(紅斑性狼瘡はんろうそう)

紅皮症

尋常性乾癬<sup>せん</sup>

掌蹠膿疱症<sup>せきのうほう</sup>

先天性魚鱗癬<sup>りんせん</sup>

類乾癬<sup>せん</sup>

偏平苔癬<sup>たいせん</sup>

結節性痒疹<sup>ようしん</sup>その他の痒疹<sup>ようしん</sup>（慢性型で経過が一年以上のものに限る。）

五 皮膚科特定疾患指導管理料（ ）の対象疾患

带状疱疹<sup>ほうしん</sup>

じんま疹<sup>しん</sup>

アトピー性皮膚炎（十六歳以上の患者が罹患<sup>り</sup>している場合に限る。）

尋常性白斑<sup>はん</sup>

円形脱毛症

脂漏性皮膚炎

別表第三 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食

事指導料に規定する特別食

腎臟食<sup>じん</sup>

肝臟食

糖尿食

胃潰瘍食<sup>かいよう</sup>

貧血食

脾臟食<sup>すい</sup>

脂質異常症食

痛風食

フェニールケトン尿症食

楓糖尿症食<sup>かえで</sup>

ホモシスチン尿症食

ガラクトース血症食

治療乳

無菌食

小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）

特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

別表第三の一の二 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者、重症者加算の状態等にある患者並びに退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者

一 末期の悪性腫瘍しゅようの患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く。）

二 (1)であつて、(2)又は(3)の状態である患者

(1) 在宅自己腹膜灌流かん指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍しゅよう患者指導管理、在宅自己疼痛管理とう指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者

(2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

(3) 人工肛門こう又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態

三 在宅での療養を行っている患者であつて、高度な指導管理を必要とするもの

別表第三の二 ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）に規定する状態等である患者

一 妊婦であつて次に掲げる状態にあるもの

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者

妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

膠原病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

H I V陽性の患者

R h不適合の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者

二 妊産婦であつて次に掲げる状態にあるもの

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

四十歳以上の初産婦の患者

分娩<sup>べん</sup>前のBMIが三十五以上の初産婦の患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離<sup>はく</sup>の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者

双胎間輸血症候群の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病<sup>はん</sup>（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

HIV陽性の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者

別表第三の三 薬剤管理指導料の対象患者及び薬剤服用歴管理指導料に規定する医薬品

抗悪性腫瘍<sup>しゅよう</sup>剤



免疫抑制剤

不整脈用剤

抗てんかん剤

血液凝固阻止剤

ジギタリス製剤

テオフィリン製剤

カリウム製剤（注射薬に限る。）

精神神経用剤

糖尿病用剤

膵臓ホルモン剤

抗HIV薬

別表第四 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患

口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む。）

顎・口腔の先天異常

舌痛症（心因性によるものを含む。）

口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）

口腔領域のシエーグレン症候群

尋常性天疱瘡又は類天疱瘡

口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）

睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）

別表第五 削除

別表第六 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

高血圧性疾患

虚血性心疾患

不整脈

心不全

喘息

慢性気管支炎

糖尿病

甲状腺機能障害

副腎皮質機能不全

脳血管障害

てんかん

甲状腺機能亢進症

自律神経失調症

別表第七 在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に

規定する疾病等

末期の悪性腫瘍

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホー

エン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度が 度又は 度のものに限る

。 ) )

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）  
プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

人工呼吸器を使用している状態

別表第七の二 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者等訪問看護・指導料及び訪問看護指示料に規定する者

一 気管カニューレを使用している状態にある者

二 真皮を越える褥瘡の状態にある者

別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の

訪問を要する者

人工呼吸器を使用している状態にある者

別表第八 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三 ドレーンチューブを使用している状態にある者

四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

六 真皮を越える褥瘡の状態にある者

別表第九 在宅自己注射指導管理料、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤

性腺<sup>せん</sup>刺激ホルモン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤

乾燥人血液凝固第 因子製剤

乾燥人血液凝固第 因子製剤

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

性腺<sup>せん</sup>刺激ホルモン放出ホルモン剤

ソマトスタチンアナログ

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体

グルカゴン製剤

ヒトソマトメジンC製剤

インターフェロナルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

エタネルセプト製剤

ペグビソマント製剤

スマトリプタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L・システイン塩酸塩配合剤

アダリムマブ製剤

別表第九の一の二 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患

表皮水疱症<sup>ほう</sup>

別表第九の二 検体検査実施料に規定する検体検査

一 医科点数表区分番号D000に掲げる尿中一般物質定性半定量検査

二 医科点数表区分番号D002に掲げる尿沈渣<sup>さ</sup>顕微鏡検査

三 医科点数表区分番号D003に掲げる糞便<sup>ふん</sup>検査のうち次のもの

糞便中ヘモグロビン

四 医科点数表区分番号D005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの

赤血球沈降速度

末梢<sup>しよ</sup>血液一般検査

ヘモグロビンA<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>)

五 医科点数表区分番号D0006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの

プロトロンビン時間

フィブリン分解産物（FDP）

D・Dダイマー

六 医科点数表区分番号D007に掲げる血液化学検査のうち次のもの

総ビリルビン

総蛋白<sup>たん</sup>

アルブミン

尿素窒素（BUN）

クレアチニン

尿酸

アルカリホスファターゼ

コリンエステラーゼ（CHE）

・グルタミールトランスペプチダーゼ（・GTP）

中性脂肪

ナトリウム及びクロール



カリウム

カルシウム

グルコース

乳酸脱水素酵素（LD）

クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）

HDL・コレステロール

総コレステロール

アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）

アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）

LDL・コレステロール

グリコアルブミン

七 医科点数表区分番号D008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの

甲状腺刺激ホルモン（TSH）

遊離サイロキシシン（FT<sup>4</sup>）

遊離トリヨードサイロニン（FT<sup>3</sup>）

八 医科点数表区分番号D009に掲げる腫瘍しゅようマーカーのうち次のもの

癌<sup>がん</sup>胎児性抗原（CEA）

・フェトプロテイン（AFP）

PSA

CA 19・9

九 医科点数表区分番号D015に掲げる血漿<sup>しょうたん</sup>蛋白免疫学的検査のうち次のもの

C反応性蛋白<sup>たん</sup>（CRP）

十 医科点数表区分番号D017に掲げる排泄物<sup>せつ</sup>、滲出物<sup>しん</sup>又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次のもの

その他のもの

別表第九の二の二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する患者

3歳未満の乳幼児であつて次の疾患である者

先天性小腸閉鎖症

鎖肛<sup>こう</sup>

ヒルシユスプルング病

短腸症候群

別表第九の三 医科点数表第2章第7部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

脳血管疾患等の患者のうちで発症後六十日以内のもの

入院中の患者であつて、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、運動器リハビリテーション料( )又は呼吸器リハビリテーション料( )を算定するもの

別表第九の四 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者

急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者

慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性的心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の五 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者

パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性的神経筋疾患の患者

失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者

難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者

顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハビリテーションを要する状態の患者であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者等

一 運動器リハビリテーション料の対象患者

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

二 運動器リハビリテーション料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める患者

上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者であつて、入院中の患者以外のもの

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者

肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者

慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の

重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

食道癌、胃癌、肝癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

別表第九の八 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リ

ハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者

一 失語症、失認及び失行症の患者

高次脳機能障害の患者

重度の頸髄損傷の患者

頭部外傷及び多部位外傷の患者

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者

心筋梗塞の患者

狭心症の患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

亜急性期入院医療管理料の注2に規定するリハビリテーション提供体制加算を算定する患者

難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。）

障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。）

その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

二 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者

障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）

別表第九の九 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

一 別表第九の八第一号に規定する患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

二 別表第九の八第二号に規定する患者については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合

別表第十 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患

ベーチエツト病

多発性硬化症

重症筋無力症

全身性エリテマトーデス

スモン

筋萎縮性側索硬化症

強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎

結節性動脈周囲炎

ビュルガー病

脊髄小脳変性症

悪性関節リウマチ

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）

アミロイドーシス

後縦靭帯骨化症

ハンチントン病

モヤモヤ病（ウイルス動脈輪閉塞症）

ウエゲナー肉芽腫症

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）

広範脊柱管狭窄症

特発性大腿骨頭壊死症

混合性結合組織病

プリオン病

ギラン・バレー症候群

黄色靱帯骨化症

シエーグレン症候群

成人発症スチル病

関節リウマチ

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症



慢性炎症性脱髄性多発神経炎

別表第十の二 障害児（者）リハビリテーション料の対象患者

脳性麻痺の患者

胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者

顎・口腔の先天異常の患者

先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者

先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

先天性又は進行性の神経筋疾患の患者

神経障害による麻痺及び後遺症の患者

言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者

別表第十の二の二 がん患者リハビリテーション料の対象患者

一 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん又は膵臓がんと診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの

二 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんと診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に放射線治療若しくは閉鎖循環式

全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの

三 乳がんがんと診断された患者であつて、乳がんの治療のために入院している間にリンパ節郭清を伴う乳腺悪性腫瘍手術が行われる予定のもの又は行われたもの

四 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移と診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間にこれらの部位に対する手術、化学療法若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの

五 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍と診断された患者であつて、これらのがんの治療のために入院している間に手術若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの

六 血液腫瘍と診断された患者であつて、血液腫瘍の治療のために入院している間に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの

七 がんがんと診断された患者であつて、がんの治療のために入院している間に化学療法（骨髄抑制が見込まれるものに限る。）が行われる予定のもの又は行われたもの

八 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であつて、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたりハビリテーションが必要なもの

別表第十の二の三 集団コミュニケーション療法料の対象患者

別表第九の五又は別表第十の二に掲げる患者であつて、言語・聴覚機能の障害を有するもの

別表第十の三 人工腎臓に規定する注射薬

エリスロポエチン

ダルベポエチン

別表第十一

一 歯科点数表第2章第8部処置に規定する特定薬剤

口腔用ケナログ

歯科用（口腔用）アフタゾン

テトラ・コーチゾン軟膏

テラ・コートリル軟膏

デルゾン口腔用

二 歯科点数表第2章第9部手術に規定する特定薬剤

口腔用ケナログ

アクリノール

歯科用（口腔用）アフタゾン

テトラ・コーチゾン軟膏

テラ・コートリル軟膏

デルゾン口腔用

生理食塩水

別表第十一の二 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者

心不全の患者

冠動脈疾患の患者

弁膜症の患者

不整脈の患者

先天性心疾患の患者

肺動脈性肺高血圧症の患者

呼吸不全の患者

呼吸器疾患の患者

糖尿病の患者

腎不全の患者

肝不全の患者

血球減少の患者

血液凝固異常の患者

出血傾向のある患者

敗血症の患者

神経障害の患者

BMIが三十五以上の患者

別表第十一の三 強度変調放射線治療（IMRT）の対象患者

限局性の固形悪性腫瘍しゅようの患者

別表第十二 介護老人保健施設入所者について算定できない検査、リハビリテーション、処置、手術及び麻酔

一 算定できない検査

(1) 検体検査（医科点数表区分番号D007の30に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係る医科点数表区分番号D026の3に掲げる生化学的検査）（判断料並びに医科点数表区分番号D419の3に掲げる動脈血採取であつて、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

(2) 呼吸循環機能検査等のうち医科点数表区分番号D208に掲げる心電図検査及び医科点数表区分番号D209に掲げる負荷心電図検査（心電図検査の注に規定する加算であつて、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診療に係るものを除く

。

(3) 負荷試験等のうち肝及び腎じんのクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験

(4) (1)から(3)までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特

殊な検査

## 二 算定できないリハビリテーション

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション

(2) 運動器リハビリテーション

(3) 摂食機能療法

(4) 視能訓練

(5) (1)から(4)までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊なりハビリテーション

## 三 算定できない処置

(1) 一般処置のうち次に掲げるもの

イ 創傷処置（六千平方センチメートル以上のもの）じよくそう褥瘡に係るものを除く。）を除く。）

ロ 手術後の創傷処置

ハ ドレイン法（ドレナージ）

二 腰椎穿刺

ホ 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換し

た介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

へ 腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換し

た介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

ト 喀痰吸引

チ 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

リ 摘便

ヌ 酸素吸入

ル 酸素テント

ヲ 間歇的陽圧吸入法

ワ 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

カ 非還納性ヘルニア徒手整復法（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保

健施設に赴いて行うものを除く。）

ヨ 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）

(2) 救急処置のうち次に掲げるもの

イ 救命のための気管内挿管

ロ 人工呼吸

ハ 非開胸的心マッサージ

ニ 気管内洗浄

ホ 胃洗浄

(3) 泌尿器科処置のうち次に掲げるもの

イ 膀胱洗浄（薬液注入を含む。）

ロ 留置カテーテル設置

ハ 嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）

(4) 整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）

(5) 栄養処置のうち次に掲げるもの

イ 鼻腔栄養

ロ 滋養浣腸

(6) (1)から(5)までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特

殊な処置

四 算定できない手術



- (1) 創傷処理（長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (2) 皮膚切開術（長径二十センチメートル未満のものに限る。）
- (3) デブリードマン（百平方センチメートル未満のものに限る。）
- (4) 爪甲除去術
- (5) ひょう疽手術
- (6) 外耳道異物除去術（複雑なものを除く。）
- (7) 咽頭異物摘出術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものであって、複雑なものを除く。）
- (8) 顎関節脱臼非観血的整復術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
- (9) 血管露出術
- (10) (1)から(9)までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術

## 五 算定できない麻酔

- (1) 静脈麻酔

(2) 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

(3) (1)及び(2)に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な

麻酔

厚生労働省告示第 号

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）の規定に基づき、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成十八年厚生労働省告示第三百三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準

一 通則

イ 地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して届出を行う前六月間において、当該届出に係る事項に関し不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

ロ 地方厚生局長等に対して届出を行う前六月間において、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第九十四条第一項又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第八十一条第一項の規定に基づく検査等の結果、健康保険法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律第七十八条第一項に規定する指定訪問看護（以下

「指定訪問看護」と総称する。）の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

八 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第二条に規定する員数を満たしていること。

二 訪問看護基本療養費（ ）の基準

精神障害を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき、必要な体制が整備されていること。

三 24時間対応体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であつて、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。

四 24時間連絡体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にあること。

五 重症者管理加算の基準

指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対する指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体

制その他必要な体制が整備されていること。

第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

一 訪問看護基本療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第七に掲げる疾病等の利用者

二 訪問看護基本療養費の注4に規定する厚生労働大臣が定める者

特掲診療料の施設基準等別表第七の二各号に掲げる者

三 長時間訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

特掲診療料の施設基準等別表第七の三に掲げる者

四 複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者

一人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者

ロ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

ハ 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者

ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

- 五 訪問看護管理療養費の注3本文に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者  
特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- 六 訪問看護管理療養費の注3ただし書に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者  
特掲診療料の施設基準等別表第八第一号に掲げる者
- 第三 特別地域訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める地域
  - 一 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
  - 二 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
  - 三 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
  - 四 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
  - 五 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
  - 六 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域
- 第四 指定訪問看護に係る厚生労働大臣が定める場合

- 一 要介護被保険者等である利用者について指定訪問看護の費用に要する額を算定できる場合
  - イ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合
  - ロ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合
  - ハ 訪問看護基本療養費（ ）が算定される指定訪問看護を行う場合
  - ニ 訪問看護基本療養費の注12ただし書に規定する所定額を算定できる場合
  - イ 介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第十八項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている利用者に対し、前号イ又はロに掲げる指定訪問看護を行う場合
  - ロ 介護保険法第八条第二十四項に規定する介護老人福祉施設の入所者等であつて、末期の悪性腫瘍しゅようであるものに対し、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護を行う場合

新旧対照条文

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）            。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）            。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>	<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）            。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）            。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 削除</p> <p>四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>



に関する事項（一に掲げるものを除く。）

四 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている保険医療機関（同令第五条第一項、第六条第一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。）

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準

(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項

に関する事項（一に掲げるものを除く。）

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第四条第一項の表各号に規定する保険医療機関（平成二十一年四月一日以降においては、同表第一号に規定する保険医療機関を除く。）のいずれにも該当しない保険医療機関

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 齶蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準

(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項

一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

三 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

五 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、平成二十三年四月一日以降においては別表第3に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第4に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を除く。）

一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 削除

三 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

四 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

五 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、同年七月一日以降においては別表第11に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第6に収載されている医薬品を、同年十二月一日以降においては別表第10に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第8に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲

表第4に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第7に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第9に収載されている医薬品を除く。）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）

げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限り。( ) ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるもの)に対して使用する場合に限る。( ) 及びダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるもの)に対して使用する場合に限る。( )

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

グビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるもの)に対して使用する場合に限る。( )、ダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるもの)に対して使用する場合に限る。( ) 及び遺伝子組換え型血液凝固因子製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号ホ及びハ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びハ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号ホ及びハ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びハ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、モダフィニル、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬  
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号ホ及びト並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びト並びに第二十一条第三号ホの厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬  
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイドマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダウイリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、口・顔・指症候群、メーピウス症候群、カプキ症候群、クリツペル・トレノーネイ・ウエーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群又はスティックラー症候群に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二 （略）

三 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイドマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダウイリー症候群又は顔面裂に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二 （略）

第十三の二 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第

二項に規定する明細書を交付しなければならない保険薬局

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一  
条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク  
等を用いた請求を行っている保険薬局（同令第五条第一項、第六条第  
一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による  
請求を行うことができる保険薬局を除く。）

（新設）

別表第1 (改正内容略)

別表第2 (改正内容略)

別表第3 (改正内容略)

別表第4 (改正内容略)

別表第5 (改正内容略)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

別表第1 (略)

別表第2 (略)

別表第3 (略)

別表第4 (略)

別表第5 (略)

別表第6 (略)

別表第7 (略)

別表第8 (略)

別表第9 (略)

別表第10 (略)

別表第11 (略)

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、複数手術に係る費用の特例を次のように定め、平成二十二年四月一日から適用し、複数手術に係る費用の特例（平成十八年厚生労働省告示第百十七号）は、同年三月三十一日限り廃止する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

複数手術に係る費用の特例

一 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の第二章第十部に規定する別に厚生労働大臣が定める場合における費用の額の算定方法

(1) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第一の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

(2) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第二に掲げる手術を二以上同時に行った場合の所定点数は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

二 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表の第二章第九部に規定する別に厚生労働大臣が



定める場合における費用の額の算定方法

同一手術野又は同一病巣につき、別表第三の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

別表第一

K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
K016	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K019	複合組織移植術	
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K021	粘膜移植術	
K021・2	粘膜弁手術	
K022	組織拡張器による再建手術（一連）	

<p>につき)</p>	<p>K033 筋膜移植術</p>	<p>K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔 内持続注入用埋込型カテーテル設 置</p>	<p>K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル 設置</p>	<p>K034 腱切離・切除術（関節鏡下による ものを含む。）（手指、中手部又 は手関節に限る。）</p>	<p>K035 腱剥離術（関節鏡下によるものを</p>
	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又 は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手 関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）</p>	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又</p>

<p>K037  <small>けん</small> 腱縫合術（手指、中手部又は手関</p>								<p>含む。（）手指、中手部又は手関節に限る。）</p>
<p>K046  骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K623  静脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610  動脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182  神経縫合術（手指、中手部又は手  関節に限る。）</p>	<p>K046  骨折観血的手術（手指、中手部又  は手関節に限る。）</p>	<p>K623  静脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610  動脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182  神経縫合術（手指、中手部又は手  関節に限る。）</p>	<p>は手関節に限る。）</p>
<p>K035・2  <small>けん</small> 腱滑膜切除術</p>								

<p>K 0 3 9</p> <p>腱<sup>けん</sup>移植術（人工腱<sup>けん</sup>形成術を含む。</p>	<p>K 0 3 8</p> <p>腱<sup>けん</sup>延長術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>							<p>節に限る。）</p>
<p>K 0 4 6</p> <p>骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K 6 2 3</p> <p>静脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 1 0</p> <p>動脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 1 8 2</p> <p>神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 0 4 6</p> <p>骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 2 3</p> <p>静脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 1 0</p> <p>動脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 1 8 2</p> <p>神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>は手関節に限る。）</p>

<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K040 腱移行術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>							<p>（）手指、中手部又は手関節に限る。）</p>
<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>（）手関節に限る。）</p>

K 2 5 9 角膜移植術		K 1 8 2 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）		K 1 4 2 脊椎固定術		K 1 0 7 指移植手術（手指に限る。）		K 0 5 3 骨悪性腫瘍手術		は手関節に限る。）	
K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術	K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術	K 2 7 9 硝子体切除術	K 6 2 3 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 6 1 0 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 1 4 4 体外式脊椎固定術	K 1 8 2 神経縫合術（手指に限る。）	K 0 8 2 人工関節置換術	K 0 8 1 人工骨頭挿入術	K 6 2 3 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 6 1 0 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	関節に限る。）

<p>K 5 0 4 縦隔悪性腫瘍手術 <small>しゅよう</small></p>	<p>K 4 0 3 気管形成手術（管状気管、気管移植等）</p>	<p>K 3 1 9 鼓室形成手術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>	<p>K 2 6 8 緑内障手術</p>	<p>K 6 1 0 動脈形成術、吻合術 <small>ふん</small></p>	<p>悪性腫瘍に係る手術 <small>しゅよう</small></p>	<p>K 3 0 5 乳突削開術</p>	<p>K 2 9 9 小耳症手術</p>	<p>K 2 9 6 を要するもの 耳介形成手術 1 耳介軟骨形成</p>	<p>K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術</p>	<p>K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術</p>	<p>K 2 7 9 硝子体切除術</p>	<p>K 2 7 7 . 2 黄斑下手術 <small>はん</small></p>	<p>K 2 8 4 硝子体置換術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>	<p>K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術</p>	<p>K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>
---	---------------------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------	--	--	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	---------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------

	<p>K 6 2 3 静脈形成術、吻合術</p>
<p>K 5 1 1 肺切除術</p>	<p>K 5 2 7 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみもの）</p> <p>K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）</p> <p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p> <p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p> <p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>
<p>K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術</p>	<p>K 5 0 4 縦隔悪性腫瘍手術</p> <p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p> <p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p>



<p>K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの</p>	<p>K 5 7 2 肺静脈形成術</p>	<p>K 6 1 0 動脈形成術、吻合術</p>	<p>K 6 2 3 静脈形成術、吻合術</p>	<p>K 7 3 4 腸回転異常症手術</p>	<p>K 5 5 4 弁形成術</p>	<p>K 5 5 5 弁置換術</p>	<p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>	<p>K 5 6 1 ステントグラフト内挿術</p>	<p>K 5 5 4 弁形成術</p>	<p>K 5 5 5 弁置換術</p>	<p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>
<p>K 5 3 5 胸腹裂孔ヘルニア手術</p>	<p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p>	<p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p>									

<p>K 6 5 5 . 2  腹腔鏡下胃切除術</p>		<p>K 6 4 3  後腹膜悪性腫瘍手術</p>	<p>K 5 9 4  不整脈手術 3  メイズ手術</p>										
<p>K 6 7 2 . 2  腹腔鏡下胆嚢摘出術</p>	<p>K 6 7 1 . 2  腹腔鏡下胆管切開結石摘出術</p>	<p>K 7 1 9  結腸切除術</p>	<p>K 7 1 6  小腸切除術</p>	<p>K 7 1 1  脾摘出術</p>	<p>場合  切除術（腫瘍摘出術を含む。）の</p>	<p>K 7 0 2  脾体尾部腫瘍切除術 1  脾尾部</p>	<p>K 6 9 5  肝切除術</p>	<p>K 6 7 2  胆嚢摘出術</p>	<p>K 6 7 1  胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）</p>	<p>K 7 7 2  腎摘出術</p>	<p>K 6 9 5  肝切除術</p>	<p>開心を伴う手術</p>	<p>K 5 6 1  ステントグラフト内挿術</p>

K 6 5 7 胃全摘術		K 6 5 5・4 噴門側切除術												
K 6 9 5	K 6 7 2	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	場合	K 7 0 2	K 6 9 5	K 6 7 2	K 6 7 1	K 7 1 9・3	K 7 1 9・2	K 7 1 6・2	K 7 1 1・2	
肝切除術	胆嚢摘出術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	切除術（腫瘍摘出術を含む。）の	脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部	肝切除術	胆嚢摘出術	入を含む。）	胆管切開結石摘出術（チューブ挿	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	腹腔鏡下結腸切除術	腹腔鏡下小腸切除術	腹腔鏡下脾摘出術

<p>K 7 1 6 小腸切除術</p>													
<p>K 6 9 5 肝切除術 1 部分切除</p>													
<p>K 6 5 7・2 腹腔鏡下胃全摘術</p>													
K 7 1 1	K 6 9 5	K 6 7 2	<p>神経芽細胞腫<small>しゅ</small>に係る摘出術</p>	K 6 9 7・5	K 7 1 9・3	K 7 1 9・2	K 7 1 6・2	K 7 1 1・2	K 6 7 2・2	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	K 7 0 2
脾摘出術	肝切除術	胆嚢摘出術		生体部分肝移植術	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	腹腔鏡下結腸切除術	腹腔鏡下小腸切除術	腹腔鏡下脾摘出術	腹腔鏡下胆嚢摘出術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部
<p>切除術（腫瘍摘出術を含む。）の 場合</p>													



K 7 1 9 結腸切除術

K 7 1 9 . 2 腹腔鏡下結腸切除術

K 6 7 2	胆嚢摘出術
K 6 9 5	肝切除術
K 7 1 1	脾摘出術
K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の 尿路変更を行うもの
K 8 7 2	子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹 式
K 8 7 7	子宮全摘術
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術
K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの
K 8 8 9	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K 6 7 2 . 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術
K 7 1 1 . 2	腹腔鏡下脾摘出術
K 8 7 2 . 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出） 術

	<p>K734 腸回轉異常症手術</p>	<p>K877・2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p> <p>K888 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p> <p>2 腹腔鏡によるもの</p>
<p>K740 直腸切除・切断術</p>		<p>K717 小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メツケル憩室炎手術を含む。）（小腸憩室摘出術（メツケル憩室炎手術を含む。）に限る。）</p> <p>K672 胆嚢摘出術</p> <p>K695 肝切除術</p> <p>K711 脾摘出術</p> <p>K799 膀胱壁切除術</p> <p>K801 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの</p>
<p>K872 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式</p>	<p>K843 前立腺悪性腫瘍手術</p>	

<p>K 7 5 1 鎖肛手術</p>	<p>K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）</p>	<p>K 7 4 0・2 腹腔鏡下直腸切除・切断術</p>	
<p>K 8 0 9・2 膀胱尿管逆流手術</p>	<p>K 7 5 1・2 仙尾部奇形腫手術</p>	<p>K 7 4 6 痔瘻根治手術</p>	<p>K 7 4 4 裂肛又は肛門潰瘍根治手術</p>
<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 7 7・2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p>	<p>2 腹腔鏡によるもの</p>	<p>K 8 7 2・2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出</p>
<p>K 7 1 1・2 腹腔鏡下脾摘出術</p>	<p>K 6 7 2・2 腹腔鏡下胆嚢摘出術</p>	<p>K 8 8 9 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）</p>	<p>1 開腹によるもの</p>
<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 7 9 子宮悪性腫瘍手術</p>	<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>	



K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術					K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術 1 経尿					K 7 8 0 同種死体腎移植術					K 7 7 3 腎（尿管）悪性腫瘍手術				
K 8 7 2	K 8 4 9	K 7 4 0	K 7 1 9	K 7 1 6	K 8 4 1	K 7 7 2	K 7 4 0	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	場合		K 7 0 2	K 6 1 9					
子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹	女子外性器腫瘍摘出術	直腸切除・切断術	結腸切除術	小腸切除術	経尿道的前立腺手術	腎摘出術	直腸切除・切断術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	切除術（腫瘍摘出術を含む。）の		脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部	静脈血栓摘出術					

<p>K 8 7 7 . 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p>														
<p>K 8 7 8 . 2 腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術</p>	<p>1 開腹によるもの</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 8 6 子宮附属器癒着剥離術（両側）</p>	<p>1 開腹によるもの</p>	<p>K 8 7 8 広靱帯内腫瘍摘出術</p>	<p>2 腹腔鏡によるもの</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>1 開腹によるもの</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 8 9 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 7 9 子宮悪性腫瘍手術</p>	<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>	<p>式</p>
		<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>		<p>）術</p>	<p>K 8 7 2 . 2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）</p>	<p>式</p>	<p>K 8 7 2 子宮筋腫摘出（核出）術</p>	<p>1 腹</p>						

別表第二

K 5 3 4 横隔膜縫合術  
 K 6 1 5 . 2 経皮的大動脈遮断術

K 9 1 2 子宮外妊娠手術				K 8 9 8 帝王切開術			
K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	K 8 8 8	1 開腹によるもの	K 8 7 2	子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹	K 8 8 8	2 腹腔鏡によるもの
K 8 8 6	子宮附属器癒着剥離術（両側）	K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	K 8 7 8	広靱帯内腫瘍摘出術	K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
			1 開腹によるもの		式		2 腹腔鏡によるもの
			子宮附属器癒着剥離術（両側）				子宮附属器癒着剥離術（両側）

別表第三

K 6 4 0	腸間膜損傷手術
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）
K 6 5 5	胃切除術
K 6 7 2	胆嚢摘出術
K 6 9 0	肝縫合術
K 6 9 5	肝切除術
K 7 0 1	脾破裂縫合術
K 7 1 0	脾縫合術（部分切除を含む。）
K 7 1 1	脾摘出術
K 7 1 2	破裂腸管縫合術
K 7 2 6	人工肛門造設術
K 7 5 7	腎破裂縫合術
K 7 6 9	腎部分切除術
K 7 8 7	尿管尿管吻合術
K 7 9 5	膀胱破裂閉鎖術

J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
J092	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
J093	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J095	複合組織移植術	
J096	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J097	粘膜移植術	
J099・2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型力テ ーテル設置	
J100・2	中心静脈栄養用埋込型力テ ーテル設置	
J003	歯根嚢胞摘出手術	
J043	顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根	
J004	歯根端切除手術	
J004	歯根端切除手術	

J072	下顎骨折観血的手術	J066	歯槽骨折観血的整復術	嚢胞を除く。 ) を摘出した場合に 限る。 )
J068	上顎骨折観血的手術	J004・2	歯の再植術	
J004・2	歯の再植術	J004・2	歯の再植術	

新旧対照条文

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案		現行	
別表第一			
<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>	<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。）</p>

師の員数に百分の五十を乗じて  
得た数以下

については、百分の九十七)を  
乗じて得た点数を用いて、算定  
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域

三 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

四 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

五 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域

六 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域

七 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

師の員数に百分の五十を乗じて  
得た数以下

については、百分の九十七)を  
乗じて得た点数を用いて、算定  
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

三 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

四 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域



# 平成22年度診療報酬改定関係資料 ( 歯科・調剤 )

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

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

# 目 次

## 第1部 平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について . . . . .

## 第2部 中央社会保険医療協議会答申（平成22年2月12日）

### 診療報酬の算定方法

歯科診療報酬点数表 . . . . .

〈参考〉医科診療報酬点数表（抄） . . . . .

調剤報酬点数表 . . . . .

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法 . . . . .

## 第3部 関係省令・告示（案）

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 . . . . .

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 . . . . .

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準） . . . . .

基本診療料の施設基準等 . . . . .

特掲診療料の施設基準等 . . . . .

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等 . . . . .

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等 . . . . .

複数手術に係る費用の特例 . . . . .

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法 . . . . .

# 第1部

## 平成22年度診療報酬改定における 主要改定項目について

平成 22 年度診療報酬改定における  
主要改定項目について（案）

# 【目次】

## **重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

### **重点課題1-1 地域連携による救急患者の受入れの推進について**

救急入院医療の充実に係る評価.....	1
地域の連携による救急患者の受入の評価.....	4

### **重点課題1-2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価について**

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価.....	6
新生児集中治療・救急医療の評価.....	8
小児急性期救急医療の評価.....	11

### **重点課題1-3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化について**

NICU入院患者等の後方病床の充実.....	13
急性期医療に対する後方病床機能の評価.....	17

### **重点課題1-4 手術の適正評価について**

手術料の適正な評価について.....	20
--------------------	----

## **重点課題2 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）**

### **重点課題2-1 入院医療の充実を図る観点からの評価について**

一般病棟入院基本料等の評価について.....	23
医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	26

### **重点課題2-2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価について**

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価.....	29
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価.....	31

### **重点課題2-3 地域の医療機関の連携に対する評価について**

地域における医療機関の連携に対する評価.....	33
地域医療を支える有床診療所の評価.....	36

### **重点課題2-4 医療・介護関係職種の連携に対する評価について**

在宅復帰後を見越した地域連携の評価.....	38
------------------------	----

## I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

### I-1 がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院の評価	40
がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実	41
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実	42
緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価	44

### I-2 認知症医療の推進について

認知症医療の推進について	48
--------------	----

### I-3 感染症対策の推進について

新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進	50
------------------------	----

### I-4 肝炎対策の推進について

肝炎治療の推進について	53
-------------	----

### I-5 質の高い精神科入院医療等の推進について

精神科急性期入院医療に係る評価	55
精神科慢性期入院医療に係る評価	59
精神科専門的入院医療に係る評価	61
地域における精神医療の評価	63

### I-6 歯科医療の充実について

障害者歯科医療の充実	66
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	70
患者の視点に立った歯科医療	74
生活の質に配慮した歯科医療の充実	79
歯科固有の技術の評価の見直し	84
エックス線撮影料の評価体系の見直し	95
新規医療技術の保険導入（歯科）	97

### I-7 手術以外の医療技術の適正評価について

手術以外の医療技術の適正な評価について	98
---------------------	----

### I-8 イノベーションの適切な評価について

新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等	103
-----------------------	-----

## II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を

### 実現する視点

<b>II-1 医療の透明化に対する評価について</b>	
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し.....	108
<b>II-2 診療報酬を患者等に分かりやすいものとする事に対する評価について</b>	
再診料及び外来管理加算について.....	112
地域医療貢献に対する評価.....	115
患者の視点に立った歯科医療.....	116
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について.....	117
<b>II-3 医療安全対策の推進について</b>	
医療安全対策の推進について.....	120
<b>II-4 患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価について</b>	
人工腎臓等の適正な評価について.....	123
在宅における専門医療の評価.....	125
<b>II-5 疾病の重症化予防について</b>	
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	127
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	128
障害者歯科医療の充実.....	129

**III 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

<b>III-1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について</b>	
質が高く効率的な急性期入院医療の推進について.....	130
急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価.....	135
検体検査評価の充実について.....	136
安全な麻酔管理体制の評価.....	137
医療療養病棟の評価に係る見直し.....	138
<b>III-2 回復期リハビリテーション等の推進について</b>	
疾患別リハビリテーションの充実について.....	140
回復期等における充実したリハビリテーションの評価.....	144
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価.....	148
<b>III-3 在宅医療の推進について</b>	
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	150
訪問診療の評価の充実.....	152

在宅における専門医療の評価	154
<b>Ⅲ－４ 訪問看護の推進について</b>	
患者のニーズに応じた訪問看護の推進	155
乳幼児等への訪問看護の推進について	157
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し	158
患者の状態に応じた訪問看護の充実	160
<b>Ⅲ－５ 在宅歯科医療の推進について</b>	
在宅歯科医療の推進	163
在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化	169
<b>Ⅲ－６ 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について</b>	
入院時の総合的な評価に基づく介護との連携	170
<b>Ⅲ－７ 調剤報酬について</b>	
調剤料の見直し	172
ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実	174
調剤基本料の特例の見直し	175
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し	176

#### **Ⅳ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

<b>Ⅳ－１ 後発医薬品の使用促進について</b>	
後発医薬品の使用促進について	178
<b>Ⅳ－２ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について</b>	
検体検査実施料の適正化について	185
<b>Ⅳ－３ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について</b>	
エックス線撮影料：アナログ撮影及びデジタル撮影の新設	186
コンピューター断層撮影診断料の見直し	188
内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し	190
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	192

#### **Ⅴ 後期高齢者医療の診療報酬について**

後期高齢者医療の診療報酬について	194
------------------	-----



## 救急入院医療の充実に係る評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

### 第 1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この 10 年間で約 1.5 倍の年間約 500 万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救命救急入院料】（1日につき）	【救命救急入院料】（1日につき）
充実度評価 A の加算 500点	充実度評価 A の加算 1,000点 ②
	充実度評価 B の加算 500点 ③

#### 2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

現 行	改定案
<b>【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】</b> (1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	<b>【特定集中治療室管理料】</b> (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定  <b>【救命救急入院料】</b> (1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

現 行	改定案
<b>【ハイケアユニット入院医療管理料】</b> (1日につき) 3,700点 [施設基準] ①救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 17日以内	<b>【ハイケアユニット入院医療管理料】</b> (1日につき) <u>4,500点</u> ㊦ [施設基準] ①診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数 <u>19日以内</u>

### 3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】</b> (1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	<b>【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】</b> (1日につき) 1 救急医療管理加算 <u>800点</u> ㊦ 2 乳幼児救急医療管理加算 <u>200点</u> ㊦

- (2) なお、入院時医学管理加算については、平成 20 年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

② 総合入院体制加算 120 点（1 日につき）

#### 4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

③ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500 点（退院時 1 回）

④ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000 点（入院初日）

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から 5 日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

## 地域の連携による救急患者の受入の評価

骨子【重点課題 1－1－(2)】

### 第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等症の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。



地域連携夜間・休日診療料 100点

[施設基準]

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師（当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの）が3名以上いること。

#### 2. 小児救急外来の評価

- (1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【地域連携小児夜間・休日診療料】</b> 1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 <div style="text-align: right;">350点</div> 2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 <div style="text-align: right;">500点</div>	<b>【地域連携小児夜間・休日診療料】</b> 1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 <div style="text-align: right;"><u>400点</u> 改</div> 2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 <div style="text-align: right;"><u>550点</u> 改</div>

- (2) 多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。



院内トリアージ加算 30点

[施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ②患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

[算定要件]

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【初診料】</b> 乳幼児加算 72点	<b>【初診料】</b> 乳幼児加算 <u>75点</u> 改
<b>【再診料】【外来診療料】</b> 乳幼児加算 35点	<b>【再診料】【外来診療料】</b> 乳幼児加算 <u>38点</u> 改

## ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題 1－2－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） 2,000 点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V 陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 （1 日につき） <u>3,000 点</u> ②</p> <p>[対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V 陽性</p>

- (2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

## 2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 7,000点 改</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

## 新生児集中治療・救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

### 第 1 基本的な考え方

この 20 年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室（NICU）の病床数を 1.5 倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICU の評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

##### (1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】 (1 日につき)  8,500 点	【新生児特定集中治療室管理料 <sub>1</sub> 】 (1 日につき)  10,000 点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">改</span>



なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

## (2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



新生児特定集中治療室管理料 2 6,000 点（1日につき）

### [施設基準]

- ① 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。
- ② 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

## (3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

### ① 一時的な定員超過入院における算定

- ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

### ② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

## 2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点	【救急搬送診療料】（1回につき） 1,300点
	新生児加算 1,000点 ①
乳幼児加算 150点	乳幼児加算 500点 ②

## 小児急性期救急医療の評価

骨子【重点課題 1－2－(3)】

### 第 1 基本的な考え方

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価に見直す。

また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率が相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 小児入院医療管理料の再編成

- (1) 小児入院医療管理料に、常勤の小児科医の配置を9人以上とする新たな区分を新設する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】（1日につき）	【小児入院医療管理料】（1日につき）
1（常勤小児科医20人以上） 4,500点	1（常勤小児科医20人以上） 4,500点
2（常勤小児科医5人以上） 3,600点	2（常勤小児科医9人以上） 4,000点 <b>新</b>
3（常勤小児科医3人以上） 3,000点	3（常勤小児科医5人以上） 3,600点
4（常勤小児科医1人以上） 2,100点	4（常勤小児科医3人以上） 3,000点
	5（常勤小児科医1人以上） 2,100点

- (2) また、小児入院医療管理料 1 及び 2 を算定する医療機関については、手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。

なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

## (1) 小児入院医療管理料 1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

## (2) 小児入院医療管理料 2

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ② 常勤の小児科又は小児外科の医師が9人以上配置されていること。
- ③ 7：1以上の看護配置であること。
- ④ 平均在院日数が21日以内であること。

## 2. 小児急性期集中治療の評価

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。



救命救急入院料 小児加算 5,000点 (入院初日1回)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受け入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



特定集中治療室管理料 小児加算 1,500点 (7日以内)  
1,000点 (8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

## N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1－3－(1)】

### 第 1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。

また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床等について評価の引上げを行う。

### 第 2 具体的な内容

#### 1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。



新生児特定集中治療室退院調整加算 300点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

#### 2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C Uからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



## 新生児治療回復室入院医療管理料

5,400点（1日につき）

### [算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態<sup>\*</sup>にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

### [施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 常時6対1以上の看護配置であること。

## 3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

### (1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

現 行	改定案
【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】	【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】
1 超重症児（者）入院診療加算	1 超重症児（者）入院診療加算
イ 6歳未満の場合 600点	イ 6歳未満の場合 <u>800点</u> 改
ロ 6歳以上の場合 300点	ロ 6歳以上の場合 <u>400点</u> 改
[対象患者の状態]	[対象患者の状態]
(1) 超重症の状態	(1) 超重症の状態

<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。</p>	<p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。</p>
---	--

(2) 算定医療機関の拡大

N I C U退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定可とする。

(3) 在宅重症児の受入れの評価

在宅移行した超重症児(者)又は準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に入院早期の評価を新設する。



在宅重症児(者)受入加算 200点(5日以内、1日につき)

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児(者)・準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

(4) 超重症児(者)及び準超重症児(者)の判定基準の見直し

当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症又は準超重症の状態についても見直しを行う。

#### 4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

⑨ 重症児（者）受入連携加算 1,300点（入院初日）

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。



## 急性期医療に対する後方病床機能の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

### 第 1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

### 第 2 具体的内容

#### 1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

##### (1) 初期加算の新設



有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）を、年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

(2) 医師配置加算の見直し

現 行	改定案
<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p>医師配置加算 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該診療所における医師の数が、2以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき)</p> <p><u>医師配置加算1</u> 88点 <b>新</b></p> <p><u>医師配置加算2</u> 60点</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師数が2以上であること。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医師配置加算1</u>： 初期加算と同様</p> <p><u>医師配置加算2</u>： 上記以外</p>

(3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算及び特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

## 2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。



### 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内、1日につき)

#### [算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

#### [施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

## 手術料の適正な評価について

骨子【重点課題 1－4】

### 第1 基本的な考え方

我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医師数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料について重点的な評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」（以下「外保連試案」という。）の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

##### (1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

##### (2) 手術料の引き上げ

外保連試案においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分E及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差について

は外保連試案を用いて整合をとることとする。

### (3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

## 2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

- ①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)
- ②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)
- ③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

## 3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

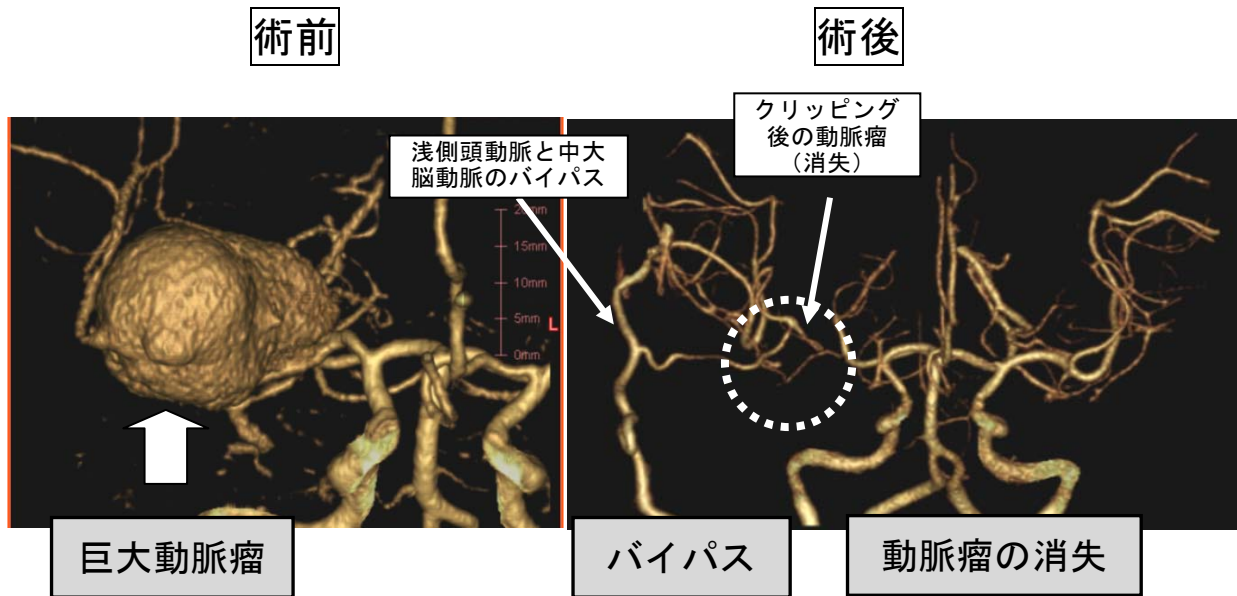
(導入された技術の例)

- ①肝門部胆管癌切除術(1 血行再建あり 2 血行再建なし)
- ②臍中央切除術
- ③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術(※資料1参照)
- ④経皮的動脈形成術
- ⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断
- ⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術
- ⑦脾温存臍体尾部切除術
- ⑧経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍)
- ⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術
- ⑩肺動脈血栓内膜摘除術(※資料2参照)
- ⑪前置胎盤帝王切開術

(資料1) バイパス術を併用した脳動脈瘤手術

通常のクリッピング術が困難な巨大・大型脳動脈瘤に対し、親血管より末梢側の血流を確保するため、予め頭蓋外から頭蓋内の血管へバイパスを行う。

左図では巨大な脳動脈瘤がみられる。右図は術後で、巨大な脳動脈流は消失しており、バイパス術が施行されている。

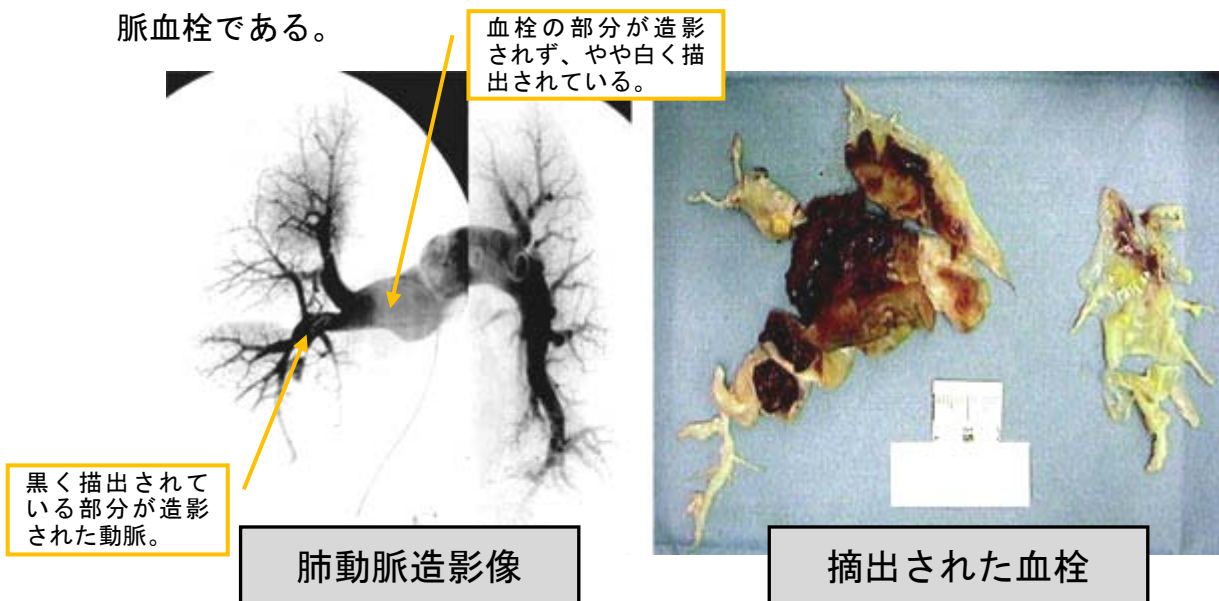


(資料2) 肺動脈血栓内膜摘除術

慢性肺血栓塞栓症は、難病に指定されている疾患であり、診断技術の向上や生活習慣の欧米化に伴い、近年増加傾向にある。本症は内科治療に抵抗性であり、根本的な治療には外科的治療が必要である。

近年、手術成績が良好となっており、施行される施設も増加しつつある。

写真左は中枢型症例の肺動脈造影像、右は手術によって摘出された陳旧化した肺動脈血栓である。



## 一般病棟入院基本料等の評価について

骨子【重点課題2-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算を引き上げる。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 450点 ㊦

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合は、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

㊦ 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,244点※

㊦ 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 1,040点※

㊦ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 1,158点※

㊦ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 954点※

㊦ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 992点※

※該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟が、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数 72 時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 3 か月を限度として算定できることとする。ただし、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定後、1 年以内において再度算定することはできない。
- ③ 7 対 1、10 対 1 特別入院基本料を算定期間中、看護職員の採用活動の状況等について毎月地方厚生局長等に報告すること。

3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準 7 対 1 入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化する。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料                      954 点</p>	<p>【一般病棟入院基本料】（1 日につき） 15 対 1 入院基本料                      934 点 ㊦</p>

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75 歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（<u>高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）</u>）である患者であって、当該</p>	<p>【特定入院基本料】（1 日につき） [対象者] 特定患者（当該病棟に 90 日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>



病棟に 90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））	
--	--

## 医療関係職種の役割分担と連携の評価

骨子【重点課題2-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算（1日につき）

1	急性期看護補助体制加算1（50対1）	120点
2	急性期看護補助体制加算2（75対1）	80点

[算定要件]

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- (1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。  
※ ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。
- (2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。
- (3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

## 2. 多職種からなるチームによる取組の評価

- (1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。



### 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回程度）
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること 等

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。



呼吸ケアチーム加算 150点（週1回）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

## 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題2-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

### 第2 具体的な内容

1. 実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（要件を加える項目）

- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。

- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

## 病院勤務医の事務作業を補助する

### 職員の配置に対する評価

骨子【重点課題2-2-(2)】

#### 第1 基本的な考え方

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げと要件の緩和を行う。

#### 第2 具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 25対1 補助体制加算 355点</p> <p>2 50対1 補助体制加算 185点</p> <p>3 75対1 補助体制加算 130点</p> <p>4 100対1 補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1 補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療セ</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)</p> <p>1 <u>15対1 補助体制加算</u> 810点 <b>新</b></p> <p>2 <u>20対1 補助体制加算</u> 610点 <b>新</b></p> <p>3 25対1 補助体制加算 490点 <b>改</b></p> <p>4 50対1 補助体制加算 255点 <b>改</b></p> <p>5 75対1 補助体制加算 180点 <b>改</b></p> <p>6 100対1 補助体制加算 138点 <b>改</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 <u>15対1、20対1 補助体制加算の施設基準</u> 第三次救急医療機関、小児救急医療</p>

<p>ンター</p> <p>2 50対1、75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院</p>	<p>拠点病院、総合周産期母子医療センター、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</u></p> <p>2 <u>25対1、50対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1の施設基準を満たしていること 又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u></p> <p>3 <u>75対1、100対1 補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは<u>年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</u></p>
---	--



## 地域における医療機関の連携に対する評価

骨子【重点課題2－3－(1)】

### 第1 基本的な考え方

地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

現 行	改定案
【退院調整加算】	【慢性期病棟等退院調整加算】 ⑧
	1 慢性期病棟等退院調整加算 1
	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
	ロ 退院加算(退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 140点 ⑨
	(2) 障害者施設等入院基本料等の算定 患者が退院した場合 340点 ⑩
	2 慢性期病棟等退院調整加算 2
1 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点	イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
2 退院加算(退院時1回)	ロ 退院加算(退院時1回)
イ 療養病棟入院基本料等の算定 患者が退院した場合 100点	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者 が退院した場合 100点

<p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>(2) 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する<u>専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。</u></p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
---	--

## 2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



急性期病棟等退院調整加算1	140点（退院時1回）
急性期病棟等退院調整加算2	100点（退院時1回）

### [対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料（いずれも特定入院基本料を除く。）を算定している患者。

### [算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算 2 : 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

## 地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題2－3－(2)】

### 第1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料1 (看護職員5人以上)	7日以内	810点
		8～14日	660点
		15～30日	490点
		31日以上	450点
	有床診療所入院基本料2 (看護職員1～4人)	7日以内	640点
		8～14日	480点
		15～30日	320点
		31日以上	280点

改 定 案	有床診療所入院基本料1 (看護職員7人以上)	14日以内	760点
		15～30日	590点
		31日以上	500点
	有床診療所入院基本料2 (看護職員4～6人)	14日以内	680点
		15～30日	510点
		31日以上	460点
	有床診療所入院基本料3 (看護職員1～3人)	14日以内	500点
		15～30日	370点
		31日以上	340点



## 2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

### (1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (1) を参照のこと。

### (2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (2) を参照のこと。

### (3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 1. の (3) を参照のこと。

## 在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題 2－4】

### 第 1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

### 第 2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時 1 回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料<sup>1</sup>】 (退院時 1 回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 100点 <b>新</b></p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医</p>

	<p>療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。</p> <p><b>【地域連携診療計画退院時指導料 2】</b>  (退院後初回月に 1 回) <u>300 点</u> <b>新</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	---

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。



介護支援連携指導料 300 点 (入院中 2 回)

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

## がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">500点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 看護師、薬剤師等の医療関係職種が参 加していることが望ましい。</u></p>



## がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

骨子【I-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組を評価する。

### 第2 具体的な内容

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

#### ① がん治療連携計画策定料（計画策定病院） 750点（退院時）

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

#### ① がん治療連携指導料（連携医療機関） 300点（情報提供時）

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

## がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けの際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行		改定案	
イ	外来化学療法加算 1 500 点	イ	外来化学療法加算 1 <u>550点</u> 改
	15 歳未満の患者 700 点		15歳未満の患者 <u>750点</u> 改
ロ	外来化学療法加算 2 390 点	ロ	外来化学療法加算 2 <u>420点</u> 改
	15 歳未満の患者 700 点		15歳未満の患者 700点

## (2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算 1 又は 2 の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

## 2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

現 行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき)  2,500点 ㊦

## 3. がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

### ㊦ がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

## 緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

骨子【I-1-(3)】

### 第1 基本的な考え方

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるようにするため、外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 疼痛緩和ケアの充実

がんの疼痛緩和のためには、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛等を考慮する必要があることから、がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

現 行	改定案
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100点</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p><u>ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

## 2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">300 点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>【緩和ケア診療加算】</p> <p style="text-align: right;">400 点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">改</span></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) <u>がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。</u></p> <p>(2) <u>緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ア <u>がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会</u></p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）等</u></p>

### 3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。



#### がん患者リハビリテーション料 200点（1単位につき）

##### [算定要件]

- (1) 対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。
- (2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。
- (3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

##### [対象患者]

- (1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者
- (2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者
- (3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者
- (4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者
- (6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

- (7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者
- (8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100 m<sup>2</sup>以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

## 認知症医療の推進について

骨子【I-2-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、認知症患者に対する医療上の支援については、早期の鑑別診断、療養方針の決定、かかりつけ医による認知症に対する外来医療、身体疾患に対する医療の提供が必要とされている。

これらを踏まえ、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 認知症病棟入院料の見直し

(1) 認知症に対する入院医療については、認知症の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への対応などが重要であることから、これらへの手厚い対応が特に必要な入院早期の評価を引き上げるとともに、認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改める。

現 行		改 定 案	
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,330点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,450点 ②改
ロ	91日以上期間 1,180点	ロ	<u>61日以上期間</u> 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)		【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)	
イ	90日以内の期間 1,070点	イ	<u>60日以内の期間</u> 1,070点
ロ	91日以上期間 1,020点	ロ	<u>61日以上期間</u> 970点 ②改



- (2) 入院期間が6か月を超える認知症患者に対して、退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算を新設する。

**新** 認知症治療病棟退院調整加算 100点（退院時1回）

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

## 2. 認知症外来医療の評価

認知症患者に対して、専門的医療機関において診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、評価を新設する。

**新** 認知症専門診断管理料 500点（1人につき1回）

[算定要件]

認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

**新** 認知症専門医療機関連携加算 50点（月1回）

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料（I）に加算する。

## 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

骨子【I-3-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 新型インフルエンザの大流行により、入院患者が急増して病床確保のために療養病床を使用する場合の診療報酬について、配慮を行う。
2. 新型インフルエンザ等、新興感染症が発生した際に対応するため、陰圧室管理環境整備に対する評価を行う。
3. 結核の入院医療について、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等についても出来高での算定を可能とする。

2. 陰圧室管理の評価

現 行	改定案
【二類感染症患者療養環境特別加算】	【二類感染症患者療養環境特別加算】
1 個室加算 300点	1 個室加算 300点
	2 陰圧室加算 200点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span>
[算定対象]	[算定対象]
二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、	二類感染症（急性灰白髄炎（ポリオ）、

結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、個室に入院した者	結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）、 <u>鳥インフルエンザ（H5N1）</u> の患者又は <u>新型インフルエンザ等感染症の患者</u> であって、保険医が他者への感染をさせるおそれがあると認め、個室又は陰圧室に入院した者
---	---

### 3. 結核病棟について

#### (1) 結核病棟における平均在院日数要件の見直し

感染症法における退院基準を踏まえ、結核病棟における平均在院日数要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<b>【結核病棟入院基本料】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 25日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 25日以内 <b>【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 平均在院日数 28日以内 10対1入院基本料 1,192点 平均在院日数 28日以内 13対1入院基本料 949点 平均在院日数 36日以内	<b>【結核病棟入院基本料】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ <b>【特定機能病院入院基本料（結核病棟）】（1日につき）</b> 7対1入院基本料 1,447点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 10対1入院基本料 1,192点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦ 13対1入院基本料 949点 <u>平均在院日数要件なし</u> ㊦

## (2) 小規模な結核病棟の取扱いについて

患者数の減少等を踏まえ、小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、平均在院日数の計算を病床種別ごとに行うこととする。

現 行	改定案
<p>＜入院料等の施設基準等＞（通知） ・・・（略）・・・一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）</p>	<p>＜入院料等の施設基準等＞（通知） ・・・（略）・・・一般病棟（<u>一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟</u>）と結核病棟を併せて1看護単位とすることができる・・・（略）・・・</p>

## 肝炎治療の推進について

骨子【I-4】

### 第1 基本的な考え方

平成20年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、副作用に対する不安や多忙であることを理由にインターフェロン治療を断念する患者が見られている。

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について、診療報酬上の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定する。



肝炎インターフェロン治療計画料 700点（1人につき1回）

#### [算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

## 2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。



肝炎インターフェロン治療連携加算 50点（月1回まで）

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況について計画策定医療機関に対する情報提供を行った場合に算定する。

## 精神科急性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(1)】

### 第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 920点

[施設基準]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。
- ③平均在院日数が80日以内であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえて平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[施設基準]

- ①平均在院日数が 40 日以内 であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が 5 割以上 であること。

(3) 精神病棟入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

現 行			改 定 案		
【精神病棟入院基本料加算】			【精神病棟入院基本料加算】		
14日以内		459点	14日以内		<u>465点</u> 改
15日以上 30日以内		242点	15日以上 30日以内		<u>250点</u> 改
31日以上 90日以内		125点	31日以上 90日以内		125点
91日以上 180日以内		20点	91日以上 180日以内		<u>10点</u> 改
181日以上 1年以内		5点	181日以上 1年以内		<u>3点</u> 改

(4) 特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても、同様に見直す。

## 2. 精神科急性期の特定入院料の引上げ

(1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

現 行			改 定 案		
【精神科救急入院料】（1日につき）			【精神科救急入院料】（1日につき）		
1 精神科救急入院料 1			1 精神科救急入院料 1		
30日以内		3,431点	30日以内		<u>3,451点</u> 改
31日以上		3,031点	31日以上		3,031点
2 精神科救急入院料 2			2 精神科救急入院料 2		
30日以内		3,231点	30日以内		<u>3,251点</u> 改
31日以上		2,831点	31日以上		2,831点



<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内 3,431点 31日以上 3,031点	<b>【精神科救急・合併症入院料】</b> (1日につき) 30日以内 <u>3,451点</u> ㊦ 31日以上 3,031点
--	---

(2) 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改定案
<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点 [算定要件等] <u>当該病院の全病床数の7割以上</u> <u>又は200床以上が精神病床である</u> <u>若しくは特定機能病院である。</u>	<b>【精神科急性期治療病棟入院料】</b> (1日につき) 1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 <u>1,920点</u> ㊦ 31日以上 1,600点 2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 <u>1,820点</u> ㊦ 31日以上 1,500点 [算定要件等] (削除)

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様、入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

### 3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合  300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合  200点</p>	<p><b>【精神科身体合併症管理加算】</b>  (1日につき) <u>350点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]  精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）又は特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>

## 精神科慢性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(2)】

### 第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 10点 ㊦

#### 2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) 10点	<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) <u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨ <u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ㊦ [算定要件] (1) 非定型抗精神病薬加算 1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること (2) 非定型抗精神病薬加算 2 1以外の場合

### 3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) 1,090点	<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) <u>1,050点</u> ㊦  <u>重症者加算 (1日につき)</u> 40点 ⑨ [算定要件] 重症者加算：当該患者のG A Fスコアが 40以下であること。

## 精神科専門的入院医療に係る評価

骨子【I-5-(3)】

### 第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童・思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
<b>【児童・思春期精神入院医療管理加算】</b> (1日につき) 650点	<b>【児童・思春期精神入院医療管理加算】</b> (1日につき) 800点 <b>改</b>

#### 2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。

**新** 強度行動障害入院医療管理加算 300点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児（者）の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

### 3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



#### 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

### 4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。



#### 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

<u>30日以内</u>	<u>200点</u>
<u>31日以上 60日以内</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

## 地域における精神医療の評価

骨子【I-5-(4)】

### 第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

また、精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なる評価となっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについては評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 病院の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 330点</p> <p>ロ 診療所の場合</p> <p>（1）30分以上の場合 360点</p> <p>（2）30分未満の場合 350点</p>	<p>【通院・在宅精神療法】（1日につき）</p> <p>1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点</p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 30分以上の場合 400点 改</p> <p>ロ 30分未満の場合 330点 改</p>

- (2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法 420点（1日につき）

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者について、一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が30分を超えた場合に算定し、一連の治療につき16回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行に対して評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に20点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの <u>590点</u> (改)</p> <p>2 大規模なもの <u>700点</u> (改)</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合所定点数に50点を加算する。</u> (新)</p>



<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイト・ケア】（1日につき） 540点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【精神科デイ・ナイト・ケア】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,040点 ② <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に50点を加算する。</u> ③</p>
---	---

## 障害者歯科医療の充実

骨子【I-6-(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕（むし歯）や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態により短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることを踏まえ、重症化予防のためのよりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科治療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関等が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科治療が困難な患者を受け入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における障害者歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

現 行	改定案
【歯科衛生実地指導料】 80点	【歯科衛生実地指導料】 1 歯科衛生実地指導料 1 80点 2 歯科衛生実地指導料 2 100点 <b>新</b>

注1 齲蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

注1 歯科衛生実地指導料1は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報提供を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

なお、歯科衛生実地指導料1を算定した月は、歯科衛生実地指導料2は算定できない。

注2 歯科衛生実地指導料2は、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月2回の実地指導の合計が15分以上となる場合のいずれかであって、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

## 2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

障害者歯科医療連携加算 100点（初診時1回）

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定した患者であって、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、外来による初診を行った場合に算定する。

### [施設基準]

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関又は基本診療料の障害者加算を算定する外来患者が月平均20人以上の歯科診療所である保険医療機関であること。
- (2) 自動体外式除細動器（AED）、経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）、酸素吸入（人工呼吸・酸素吸入用のもの）、救急蘇生セット（薬剤を含む）を整備していること。
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

## 3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p>	<p>【診療情報提供料 I】 250 点</p> <p><u>注 保険医療機関が基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</u> <span style="float: right;">⑨</span></p>

## 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【I-6-(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 地域における在宅及び障害者歯科医療を後方支援する病院歯科の機能をより適切に評価する観点から、在宅及び障害者歯科医療を実施している歯科診療所からの求めに応じて当該医療を行っている患者を受け入れた場合の歯科の外来及び入院医療の評価を行う。
2. 病院歯科においては、入院医療を受ける患者の割合は約1.5%とわずかであり、患者の多くは外来診療を受けている。歯科診療所と比べるとより専門性の高い歯科医療が提供されている場合があるが、歯科診療所と共通した歯科医療が提供されることが多く、こうした診療状況等から、歯科診療所及び病院歯科の基本診療料については、歯科診療報酬上、同様の評価を行っている。ただし、地域歯科診療を支援する機能を有する病院歯科については、一定の施設基準を設定した上で、その病院歯科の機能に着目した評価を行っている。こうした地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能については、在宅及び障害者歯科医療においても強化を図る必要があり、係る観点から、病院歯科機能の評価のあり方の見直しや、歯科診療所における歯科治療が困難な在宅療養患者や障害者を受け入れている場合の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療

及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上</p>	<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 [施設基準]</p> <p>(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置 (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置 (3) 歯科衛生士が1名以上配置 (4) 次の各号のいずれかに該当すること。</p> <p>イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上 ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上 ハ <u>別の保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している患者及び歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて受け入れ、歯科医療を担当する病院である保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均5人以上</u> ニ <u>歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、基本診療料に</u></p>

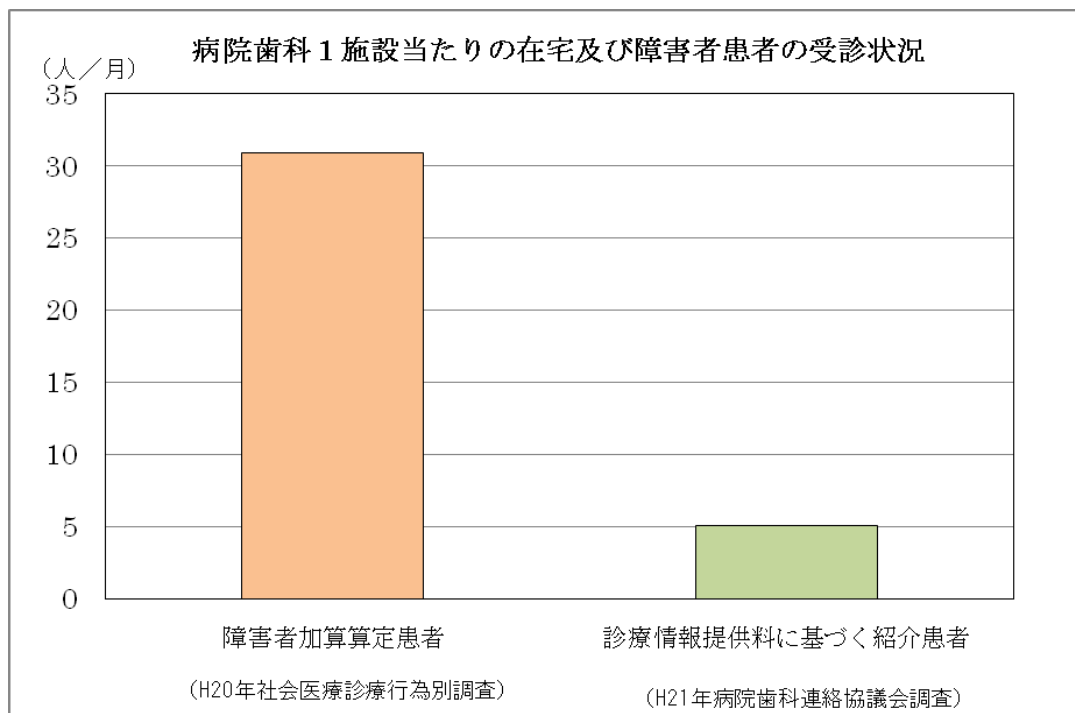
<p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点</p>	<p>係る障害者加算を算定している月平均患者数が 30 人以上</p> <p>(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】</p> <p>1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点</p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69 点 ㊦</p>
--	--

(参考 1) 歯科診療における入院料等の実施件数

	歯科診療全体	歯科診療所	病院歯科
総件数	12,599,491 件	12,058,101 件	541,390 件
入院料等件数割合	0.07 %	0.0%	1.5 %

(平成 20 年度社会医療診療行為別調査(6 月審査分))

(参考 2)





## 2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

現 行	改定案
<p><b>【地域歯科診療支援病院入院加算】</b>            (入院初日に限り) 300点            [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で歯科訪問診療料を算定した患者であって、歯科疾患管理料又は後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p><b>【地域歯科診療支援病院入院加算】</b>            (入院初日に限り) 300点            [算定要件]</p> <p>1 地域歯科診療支援病院の施設基準の届出を行っている医療機関であること</p> <p>2 歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で<u>歯科訪問診療料を算定した患者又は基本診療料に係る障害者加算を算定した患者</u>であって、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

## 患者の視点に立った歯科医療

骨子【I-6-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科疾患や義歯（入れ歯）の管理に係る情報提供については、既存の補綴時診断料や補綴物維持管理料との関係や診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容等を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直す。
2. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の見直しを行うとともに、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目を算定項目として明示する等の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

現 行	改定案									
<p>【歯科疾患管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">130点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">110点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予</p>	1	1回目	130点	2	2回目以降	110点	<p>【歯科疾患管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">110点 ㊦</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、<u>歯科疾患と全身の健康との関係</u>、<u>歯や口の病気と関連のある患者の</u></p>			110点 ㊦
1	1回目	130点								
2	2回目以降	110点								
		110点 ㊦								

<p>定等について、継続的な口腔管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) 初診日から起算して 1 月以内</p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p>	<p><u>生活習慣と改善目標及び治療予定(継続管理計画書においては、歯や口の中の状態の改善状況も含む)等について、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定する。</u></p> <p>(歯科疾患管理料 1 回目の算定期) <u>初診日の属する月から起算して 2 月以内の期間において、最初に管理計画書を提供した月</u></p> <p>(歯科疾患管理料 2 回目以降の算定期) 1 回目の歯科疾患管理料を算定した翌月以降月 1 回に限り算定</p> <p>[その他] <u>歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の内容等について、院内掲示により患者への情報提供に努めること</u></p>
---	--

## 2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着日から1月以内に2回まで) 100 点</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に2回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日から起算して1月から3月までの間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月か</p>	<p>【義歯管理料】(1 口腔につき)</p> <p>1 新製有床義歯管理料(装着月1回に限る) 150 点 ㊦</p> <p>2 有床義歯管理料 70 点</p> <p>3 有床義歯長期管理料 60 点</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により情報提供した場合に1回に限り算定する。</p> <p>注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合(装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。)等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注3 有床義歯長期管理料は、新たに製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して4月以上1年以内の期間において、咬合機能の回復を図る</p>

<p>ら起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。</p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">300点</p>	<p><u>ために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に月1回に限り算定する。</u></p> <p>【有床義歯調整管理料】</p> <p style="text-align: right;">30点 ⑨</p> <p><u>義歯管理料を算定した患者について、有床義歯の調整を行った場合に、1口腔につき月2回を限度として算定する。ただし、義歯管理料を算定した日における有床義歯の調整に係る費用は、算定できない。</u></p> <p>【歯科矯正管理料】</p> <p style="text-align: right;">240点 ⑩</p>
---	---

### 3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現 行	改定案
補綴物維持管理料	<u>クラウン・ブリッジ維持管理料</u> ⑩
歯髄覆罩	<u>歯髄保護処置</u> ⑩
非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC)	<u>歯髄温存療法</u> ⑩
床裏装	<u>有床義歯内面適合法</u> ⑩
楔状欠損 (WSD)	<u>歯質くさび状欠損</u> ⑩

#### 4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

現 行	改定案
歯周疾患を原因としない歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変の搔爬 <small>そうは</small> [準用項目] <b>【抜歯手術】</b> （1 歯につき） 3 臼歯 260 点	<b>【歯根分割搔爬術】</b> （1 歯につき） 260 点
上顎洞へ陥入した歯の除去 1 抜歯窩より除去する場合 [準用項目] <b>【抜歯手術】</b> （1 歯につき） 4 難抜歯 470 点 2 犬歯窩を開さくして除去する場合 [準用項目] <b>【上顎洞開窓術】</b> 2,000 点	<b>【上顎洞陥入歯除去術】</b> 1 抜歯窩 <small>か</small> より行う場合 470 点 2 犬歯窩 <small>か</small> 開さくによる場合 2,000 点
口腔底に迷入した下顎智歯の摘出 [準用項目] <b>【口腔底腫瘍摘出術】</b> 5,230 点	<b>【口腔底迷入下顎智歯除去術】</b> 5,230 点

## 生活の質に配慮した歯科医療の充実

骨子【I-6-(3)】

### 第1 基本的な考え方

1. 義歯の修理については、当日内に義歯の修理が可能な場合であっても、歯科医師が行う修理に要する時間は、少数歯欠損の場合は21分、多数歯欠損の場合は25分となっている（参考1）。歯科医療機関に配置されている歯科技工士と連携することにより、歯科医師自ら義歯修理を行った場合に要する時間を同一患者の他の処置等や他の患者の診療に充てることが可能となる。

また、当日内に修理ができない場合においては、当日内の義歯修理が困難な理由の約13%が「歯科医療機関内の歯科技工体制が十分でないこと」となっており、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用することにより、義歯修理に要する日数を短縮することが可能となる。

そこで、食生活の質にも配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士を活用することにより、効率的な歯科医療の提供や患者の咀嚼機能等の短期間での回復を図る等、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。

2. 小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼<sup>そしゃく</sup>障害を伴う先天性無歯症<sup>むししょう</sup>等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていないが、他の先天性疾患の場合であっても、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があることから、小児義歯の適応を見直す。
3. 脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対し、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等といった機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質の維持・改善を図るための歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善についての評価を行う。

## 第2 具体的な内容

### 1. 歯科技工加算の新設

生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科医療機関の取組を評価するため、有床義歯修理に係る加算を新設する。



#### 歯科技工加算（1装置につき） 20点

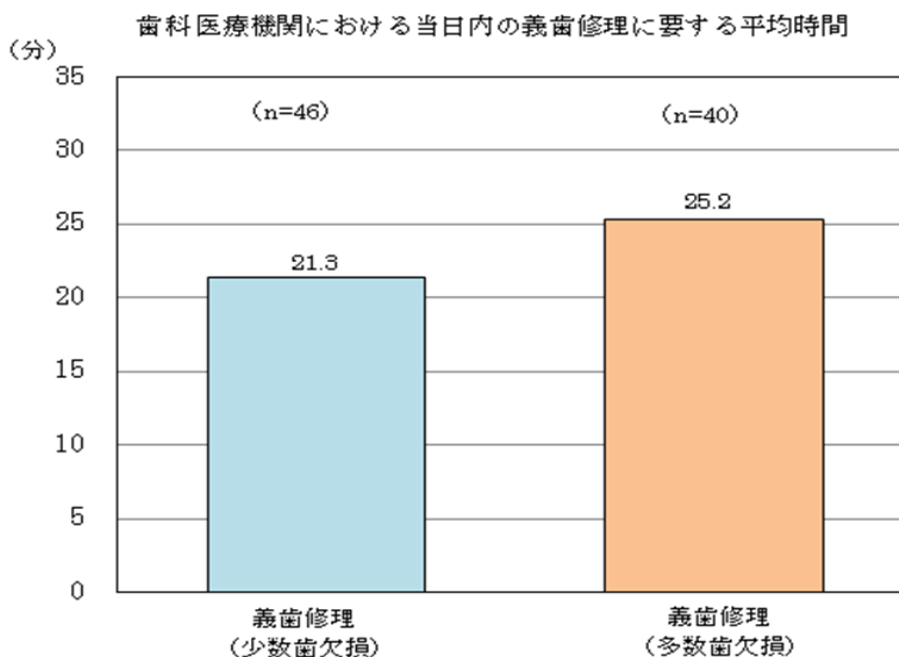
##### [算定要件]

- (1) 患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合に限り所定点数に加算する。
- (2) 破損した有床義歯を預かった日を診療録に記載することとする。
- (3) 有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した指示書を作成し、診療録に添付すること。

##### [施設基準]

- (1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (2) 常勤の歯科技工士を配置していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

(参考1)

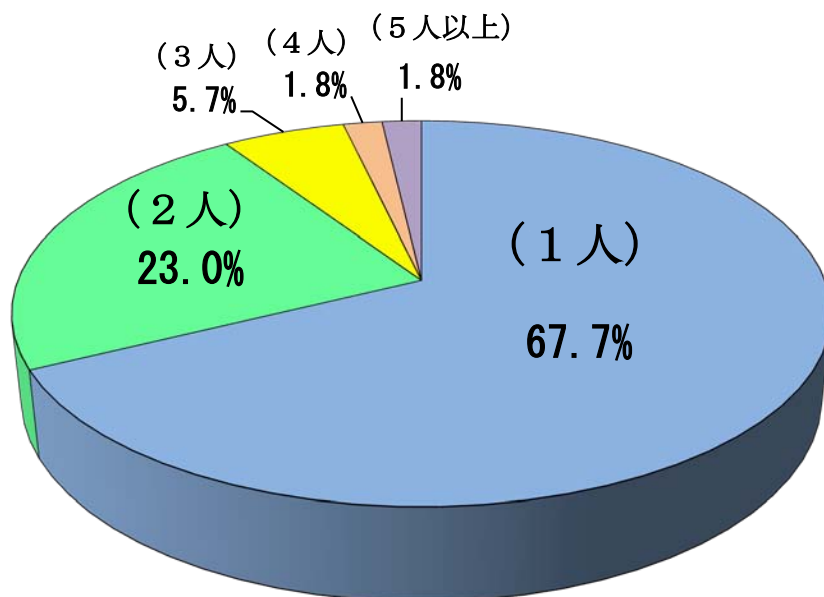


(日本歯科医学会「歯科診療行為のタイムスタディー調査」結果を基に作成)



## (参考2) 歯科技工士配置医療機関における常勤歯科医師数別割合

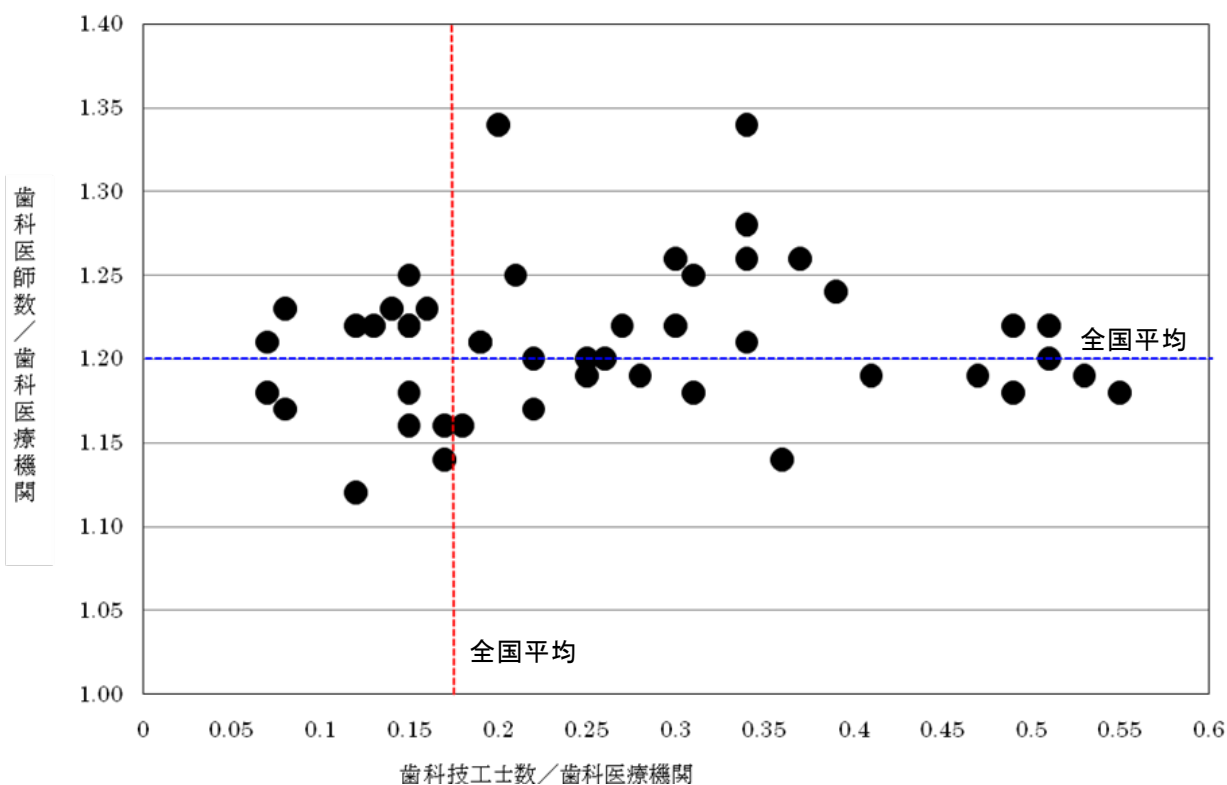
歯科技工士を配置している歯科医療機関の常勤歯科医師数別の割合をみると、常勤歯科医師数1人が約68%、2人が23%となっており、歯科技工士を配置している歯科医療機関の約9割は、比較的人員規模の小さな歯科医療機関となっている。



(平成20年医療施設調査)

## (参考3)

1 歯科診療所当たり常勤歯科医師数及び歯科技工士数



## 2. 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

現 行	改定案
<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児</p>	<p>[小児義歯の適応症]</p> <p>後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、<u>先天性好中球機能不全症又はその他の先天性疾患により、後継永久歯が無い場合、若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合</u></p>

## 3. 床（義歯）型口腔内補助装置に係る技術料の新設

脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて咀嚼機能等の改善を図ることを目的として、口腔内の形態や空隙を考慮して製作された床（義歯）型の口腔内装置を装着した場合の評価を新設するとともに、床副子調整の対象とする。

現 行	改定案
<p><b>【床副子】</b></p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p><b>【床副子調整】（1 口腔につき）</b></p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>	<p><b>【床副子】</b></p> <p>1 簡単なもの 650 点</p> <p>2 困難なもの 1,500 点</p> <p>3 著しく困難なもの 2,000 点</p> <p>[著しく困難なものの定義]</p> <p>イ 咬合床副子</p> <p>ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの）</p> <p>ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）</p> <p><b><u>ニ 摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u></b></p> <p><b>【床副子調整】（1 口腔につき）</b></p> <p style="text-align: right;">120 点</p> <p>注 1 については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床若しくは<u>摂食機能療法に伴う床（義歯）型口腔内装置（仮称）</u>の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床又は当該装置の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。</p>

## 歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行う。
2. 有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく観点からも、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価の見直しを行う。
3. 診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一部の歯科医療技術について、その特性に応じた評価を行うとともに、重要度や普及・定着状況を踏まえつつ、評価のあり方について見直しを行う。
4. 歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は5歳未満となっており、こうした差異が分かりにくいとの指摘があることから、より分かりやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. う蝕、歯周疾患等に係る歯科医療技術の評価の見直し

う蝕や歯周疾患、歯の欠損等に対する歯科固有の技術について、重要度、難易度、必要時間等も参考としつつ、評価の見直しを行う。

##### (1) 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

一部の歯周外科手術の評価の引き上げを行うとともに、混合歯列期の歯周組織検査及び歯周基本治療後の処置の評価を新設する。ま

た、歯周基本治療について、同時に3分の1顎を超えて行った場合の加算の評価を引き下げる一方、同一部位に対する2回目以降の評価を引き上げる等の見直しを行う。

現 行	改定案
<p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 630点</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p><b>【歯周組織検査】</b></p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p><b>【歯周基本治療】</b></p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） 42点</p>	<p><b>【歯周外科手術】（1歯につき）</b></p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術 <u>730点</u> ㊦</p> <p>ロ 2次手術 300点</p> <p><b>【歯周組織検査】</b></p> <p>1 歯周基本検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 50点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 110点</p> <p>ハ 20歯以上 200点</p> <p>2 歯周精密検査</p> <p>イ 1歯以上10歯未満 100点</p> <p>ロ 10歯以上20歯未満 220点</p> <p>ハ 20歯以上 400点</p> <p>3 <u>混合歯列期歯周組織検査</u></p> <p style="text-align: right;"><u>40点</u> ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。</u></p> <p><b>【歯周基本治療】</b></p> <p>1 スケーリング</p> <p>（3分の1顎につき） 64点</p> <p>（3分の1顎増すごとに） <u>38点</u> ㊦</p>

<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は、注加算を含む。) の 100 分の 30 に相当する点数により算定する。</p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき)</p> <p>1 歯周病安定期治療開始日から起算して 1 年以内に行った場合 150 点</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	<p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1 歯につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 前歯</td> <td>58 点</td> </tr> <tr> <td>ロ 小臼歯</td> <td>62 点</td> </tr> <tr> <td>ハ 大臼歯</td> <td>68 点</td> </tr> </table> <p>注 同一部位に 2 回以上歯周基本治療を行った場合の 2 回目以降の費用は、所定点数 (1 は注加算を含む。) の <u>100 分の 50</u> に相当する点数により算定する。 (改)</p> <p>【歯周基本治療処置】 10 点 (新)</p> <p>[算定要件] <u>歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置を行った場合に、月 1 回に限り算定する。ただし、歯周疾患処置を算定した月には算定できない。また、薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【歯周病安定期治療】 (1 口腔につき) 300 点 (改)</p>	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点	イ 前歯	58 点	ロ 小臼歯	62 点	ハ 大臼歯	68 点
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								
イ 前歯	58 点																								
ロ 小臼歯	62 点																								
ハ 大臼歯	68 点																								

2 歯周病安定期治療開始日から 起算して1年を超え2年以内に行 った場合	125 点
3 歯周病安定期治療開始日から 起算して2年を超3年以内に行っ た場合	100 点

(2) う蝕等に係る技術の評価の引上げ

現 行	改定案
【齶蝕処置】 16 点	【う蝕処置】 18 点 ②
【齶蝕歯無痛的窩洞 <sup>かどう</sup> 形成加算】 20 点	【う蝕歯無痛的窩洞 <sup>かどう</sup> 形成加算】 40 点 ②
【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）	【根管貼薬処置】（1 歯 1 回につき）
1 単根管 14 点	1 単根管 20 点 ②
2 2 根管 22 点	2 2 根管 22 点
3 3 根管以上 28 点	3 3 根管以上 30 点 ②
【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点	【テンポラリークラウン】 （1 歯につき） 30 点
注 前歯部において、歯冠形成のう ち、前装鑄造冠又はジャケット 冠に係る費用を算定した歯に ついて、1 回に限り算定する。	注 前歯部において、歯冠形成のうち、 前装鑄造冠又はジャケット冠に係る 費用を算定した歯若しくは前装鑄造 冠又はジャケット冠の歯冠形成を行 うことを予定している歯について、 前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠 形成を算定した日から当該補綴物を 装着するまでの期間において、1 歯 1 回に限り算定する。

- (3) 口腔内消炎手術（智歯周囲炎の歯肉弁切除等）の評価を引き下げる一方、手術後の専門的口腔衛生処置の評価の新設及び歯科局所麻酔の評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 140 点</p>	<p>【口腔内消炎手術】</p> <p>1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 120 点 ②</p> <p>【術後専門的口腔衛生処置】 (1 口腔につき) 80 点 ③</p> <p><u>次に掲げる手術を行った入院患者に対し、当該患者が入院する病院である保険医療機関に属する歯科衛生士が術後感染症及び術後肺炎等の発現等のおそれがある場合であって、専門的口腔清掃を行った場合に、手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。</u></p> <p>[対象となる手術]</p> <p>J016 口腔底悪性腫瘍手術 J018 舌悪性腫瘍手術 J031 口唇悪性腫瘍手術 J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍手術 J035 頬粘膜悪性腫瘍手術 J036 術後性上顎嚢胞摘出手術 J038 上顎骨切除術 J039 上顎骨悪性腫瘍手術 J040 下顎骨部分切除術 J041 下顎骨離断術 J042 下顎骨悪性腫瘍手術 J043 顎骨腫瘍摘出術 J068 上顎骨折観血的手術</p>



	J069 上顎骨形成術 J070 頬骨骨折観血的整復術 J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術 J072 下顎骨折観血的手術 J075 下顎骨形成術 J076 顔面多発骨折観血的手術 J087 上顎洞根本手術
【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔 に行うもの）】 38 点	【伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行う もの）】 <u>42 点</u> 改
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23 点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 <u>30 点</u> 改

(4) 有床義歯（入れ歯）等に係る評価の見直し

有床義歯及び関連技術の評価を引き上げる一方、熱可塑性樹脂有床義歯の評価の引下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

現 行	改定案
【有床義歯】	【有床義歯】
1 局部義歯（1床につき）	1 局部義歯（1床につき）
イ 1 歯から 4 歯まで 540 点	イ 1 歯から 4 歯まで <u>550 点</u> 改
ロ 5 歯から 8 歯まで 665 点	ロ 5 歯から 8 歯まで <u>676 点</u> 改
ハ 9 歯から 11 歯まで 890 点	ハ 9 歯から 11 歯まで <u>900 点</u> 改
ニ 12 歯から 14 歯まで 1,300 点	ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,310 点</u> 改
2 総義歯（1顎につき） 2,050 点	2 総義歯（1顎につき） <u>2,060 点</u> 改

<p><b>【印象採得】</b></p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 143 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 265 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 100 点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 200 点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</b></p> <p>1 印象採得が簡単なもの 1,000 点</p> <p>2 印象採得が困難なもの 1,500 点</p> <p>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで 705 点</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで 925 点</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで 1,185 点</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで 1,815 点</p>	<p><b>【印象採得】</b></p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>220 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p> <p><b>【装着】</b></p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が困難なもの <u>150 点</u> 改</p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p><b>【口蓋補綴、顎補綴】（1 顎につき）</b></p> <p><u>1</u> 印象採得が困難なもの <u>1,500 点</u> 改</p> <p><u>2</u> 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p><b>【熱可塑性樹脂有床義歯】</b></p> <p>1 局部義歯（1 床につき）</p> <p>イ 1 歯から 4 歯まで <u>670 点</u> 改</p> <p>ロ 5 歯から 8 歯まで <u>900 点</u> 改</p> <p>ハ 9 歯から 11 歯まで <u>1,120 点</u> 改</p> <p>ニ 12 歯から 14 歯まで <u>1,750 点</u> 改</p>
---	--

2 総義歯（1顎につき） 2,850点	2 総義歯（1顎につき） 2,780点 改
------------------------	--------------------------

(5) その他の技術の評価の見直し

有床義歯関連装置の評価の引上げを行う一方、歯科矯正治療に係る咬合採得、床装置及び保定装置の一部の評価の引下げを行う。

現 行	改定案
【鑄造バー】 420点	【鑄造バー】 <u>430点</u> 改
【バー 保持装置 加算】 50点	【バー 保持装置 加算】 <u>60点</u> 改
【フック, スパー】 85点	【フック, スパー】 <u>96点</u> 改
【咬合採得】（1装置につき）	【咬合採得】（1装置につき）
1 簡単なもの 100点	1 簡単なもの <u>70点</u> 改
2 困難なもの 200点	2 困難なもの <u>140点</u> 改
3 構成咬合 400点	3 構成咬合 400点
【床装置】	【床装置】
1 簡単なもの 1,500点	1 簡単なもの 1,500点
2 複雑なもの 2,500点	2 複雑なもの <u>2,000点</u> 改
【保定装置】	【保定装置】
1 プレートタイプリテーナー 1,500点	1 プレートタイプリテーナー 1,500点
2 メタルリテーナー 6,800点	2 メタルリテーナー <u>6,000点</u> 改

2. 歯科診療報酬体系の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

(1) スタディモデルは、患者の歯や歯周組織の状態及び咬み合わせの状態等を模型にして立体的に把握する比較的簡単な検査である。この検査は、治療を開始する時や治療方針の変更があった時などに行われ、

う蝕、歯周疾患及び歯の欠損等様々な歯科疾患の状態や治療方針等に関する患者の理解の促進にも資するものである。こうした特性に着目し、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、基本診療料に包括して評価する。

(2) また、歯科疾患管理料については、継続的な管理が必要な様々な歯科疾患を一口腔単位で管理するものであるが、特に1回目の歯科疾患管理料については、全身疾患の有無の確認や歯科疾患と関連性のある生活習慣の有無の確認、服薬状況の確認及びこれらに伴う口腔内症状の有無の確認等基本的な医療行為から、具体的な治療方針の決定及び患者への情報提供にいたるまで、幅広い行為を評価の対象としている。

(3) そこで、こうした技術の特性に応じた評価を行うとともに、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、スタディモデルや、歯科疾患管理料のうち基本的な医療行為を基本診療料に包括して評価する。

【 現 行 】			【 改 定 案 】	
歯科初診料	182 点	→	歯科初診料	<u>218 点</u>
歯科再診料	40 点		歯科再診料	<u>42 点</u>

改

### 3. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬における特掲診療料に係る乳幼児加算の対象（現行5歳未満）を基本診療料に係る乳幼児加算と同様に6歳未満とする。

【 現 行 】		【 改 定 案 】
<b>【基本診療料の乳幼児加算】</b> (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満 <b>【特掲診療料の乳幼児加算】</b> (所定点数の100分の50加算) 対象年齢：5歳未満	→	<b>【基本診療料の乳幼児加算】</b> (初診料に40点、再診料に10点の加算) 対象年齢：6歳未満 <b>【特掲診療料の乳幼児加算】</b> (所定点数の100分の50加算) 対象年齢： <u>6歳未満</u>

## 歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価している。
2. 歯科矯正は、積極的な治療を行う時期であっても、1月に1回程度の通院により計画的に行われることが一般的であることから、こうした実態を踏まえ、歯科矯正診断料の施設基準の見直しを行う。
3. 唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、その適応症の拡大を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科矯正診断料の施設基準の見直し

歯科矯正診断料の施設基準について、歯科矯正の実態に即したものとなるよう見直しを行う。

現 行	改定案
<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 障害者自立支援法に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る）であること</li> <li>2 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</li> <li>3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること</li> </ol>	<p>[歯科矯正診断料の施設基準]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>1 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</u></li> <li><u>2 当該療養の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務</u></li> </ol>

	<p style="text-align: center;"><u>していること</u></p> <p style="text-align: center;">3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務し</u></p> <p style="text-align: center;"><u>ていること</u></p>
--	---

## 2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改定案
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li> <li>・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li> <li>・以下の疾患に起因する咬合異常          ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂</li> </ul>	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常</li> <li>・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症</li> <li>・以下の疾患に起因する咬合異常          ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロー顔一指症候群、<u>メービウス症候群、カブキ症候群、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群、ウィリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群</u></li> </ul>

## エックス線撮影料の評価体系の見直し

骨子【I-6-(4)】

### 第1 基本的な考え方

歯科診療における画像診断領域のデジタル化を推進する観点から、歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえつつ、デジタルエックス線撮影料の評価体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえ、デジタル映像化処理加算を廃止した上で、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別した評価を行う。

現 行	改定案
	(アナログ撮影)
1 単純撮影	1 単純撮影
イ 歯科エックス線撮影	イ 歯科エックス線撮影
(1) 全顎撮影の場合 250点	(1) 全顎撮影の場合 250点
(2) 全顎撮影以外の場合 25点	(2) 全顎撮影以外の場合 25点
(1枚につき)	(1枚につき)
ロ その他の場合 65点	ロ その他の場合 65点
2 特殊撮影	2 特殊撮影
イ 歯科パノラマ断層撮影 180点	イ 歯科パノラマ断層撮影 180点
ロ 歯科パノラマ断層撮影以外	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合
の場合(一連につき) 264点	(一連につき) 264点
3 造影剤使用撮影 148点	3 造影剤使用撮影 148点

	<p>(デジタル撮影) <span style="float: right;">㊦</span></p> <p><u>1 単純撮影</u></p> <p><u>イ 歯科エックス線撮影</u></p> <p>(1) <u>全顎撮影の場合</u> 252 点</p> <p>(2) <u>全顎撮影以外の場合</u> 28 点</p> <p><u>(1枚につき)</u></p> <p><u>ロ その他の場合</u> 68 点</p> <p><u>2 特殊撮影</u></p> <p><u>イ 歯科パノラマ断層撮影</u> 182 点</p> <p><u>ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場</u></p> <p><u>合(一連につき)</u> 266 点</p> <p><u>3 造影剤使用撮影</u> 150 点</p>
<p><b>【デジタル映像化処理加算】</b></p> <p>1 歯科エックス線撮影</p> <p>(1回につき) 5 点</p> <p>2 歯科パノラマ断層撮影 50 点</p> <p>3 その他の場合 30 点</p>	<p>(廃止)</p>



## 新規医療技術の保険導入（歯科）

骨子【I-6-(4)】

骨子【I-7-(2)】

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の新設（歯周外科手術時の明視下におけるレーザーを用いた歯石除去等に係る加算）



#### 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

[算定要件]

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行った場合に歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術の所定点数に加算する

[施設基準]

- (1) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。
- (2) 当該レーザー治療に係る専門知識及び5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

(参考) 歯周外科手術時のレーザー応用による歯石除去等

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下でレーザーを応用することにより、従来の歯周疾患治療用の手用器具を用いた機械的な歯石除去時にみられる不快症状の発現を抑制し、歯石の除去だけでなく、歯周ポケット部位の殺菌・無毒化や歯周組織細胞の活性効果等が得られる有効な治療方法。

## 手術以外の医療技術の適正な評価について

骨子【I-7-(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

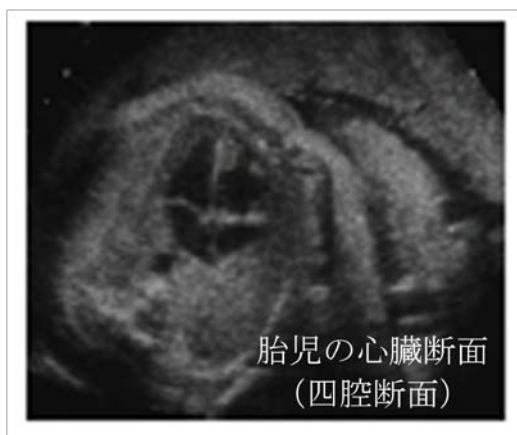
1. 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。
2. 診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 先進医療技術の保険導入（手術以外）  
先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。  
（導入された技術の例）
  - ①胎児心超音波検査（産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。）※資料1参照
  - ②子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断（子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。）
  - ③抗EGFR抗体医薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査（EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。）
2. 新規保険収載提案技術の保険導入（手術以外）  
医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の新規技術について保険導入を行う。  
（導入された技術の例）※資料2～4参照
  - ①イメージガイド下放射線治療（IGRT）
  - ②特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査
  - ③医療機器決定区分C2（新機能・新技術）に係る技術（VACシステム等）

## (資料1) 胎児心超音波検査

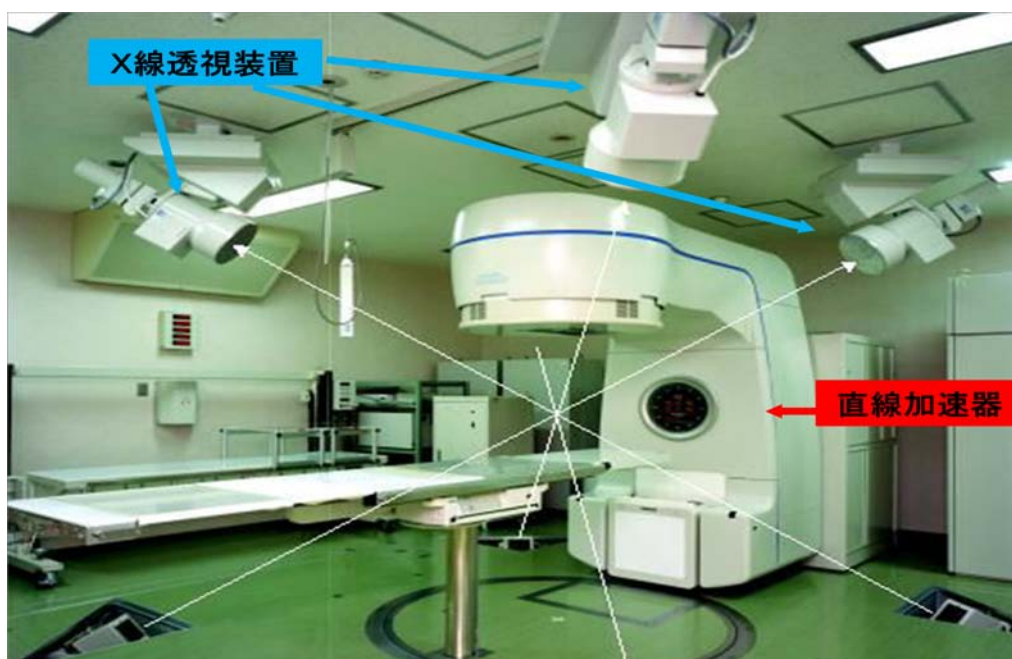
先天性心疾患は、児の生命予後に大きな影響を与え得るが、従来は出生後にしか確定診断ができなかった。これに対して本検査は、母体の腹壁に超音波プローブを密着させ、超音波を腹壁、子宮壁および羊水を通過させて、胎児の心臓を描出し、先天性心疾患を正確に診断する。具体的には、胎児心臓の断面を可能な限り明瞭に抽出した上で、従来の心超音波検査と同様にMモード、カラードップラー、パルスドップラー、連続波ドップラーなどを用いて診断を行う。この出生前の診断により、動脈管閉鎖に伴うショックの回避など適切な周産期管理を行うことができる。



## (資料2) 画像誘導放射線治療 (IGRT)

IGRT (Image Guided Radiation Therapy) は、患者が放射線照射を受ける際に、治療台上の患者位置を照合し、正確な放射線照射を可能とする技術である。

具体的には、放射線照射の直前や照射中に得られる患者の画像情報 (X線画像等) を治療計画作成時の画像情報と照合することにより、これらの位置のずれを算出し、そのずれの補正を自動的に行い、放射線照射を行う。これにより、治療対象であるがん病変に対して、従来の方法よりも正確な放射線照射が可能となるとともに、病変周囲の正常組織に対しては、放射線による損傷を軽減することが可能となるものである。



治療計画時のCT画像

実際の照射時毎のCT画像

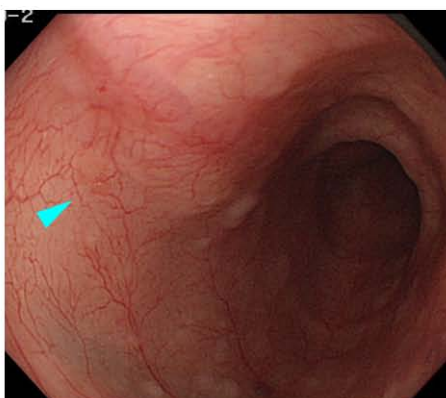




### (資料3) 特殊光を用いた画像強調観察を併用した拡大内視鏡検査

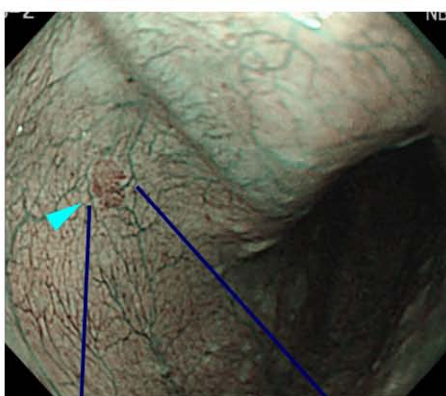
拡大内視鏡とは、通常の内視鏡（5倍程度）に比べて高倍率（100倍程度）での拡大観察が可能な内視鏡である。従来の内視鏡検査では、がん及びポリープの診断にあたり、病理組織検査を実施する必要があったが、拡大内視鏡を用いて消化管表面を拡大し、詳細にその紋様を観察及び分類すること、また、特殊光を用いて画像強調観察を併用することにより、内視鏡検査の段階でより正確な診断を行うことが可能となる。また、同検査を行うことにより、通常の内視鏡では発見できないような微小な癌を発見できるようになり、不必要な生検を行う必要がなくなるなど、病変の早期発見及び低侵襲な内視鏡治療へつなげることができる。

## 早期食道癌症例



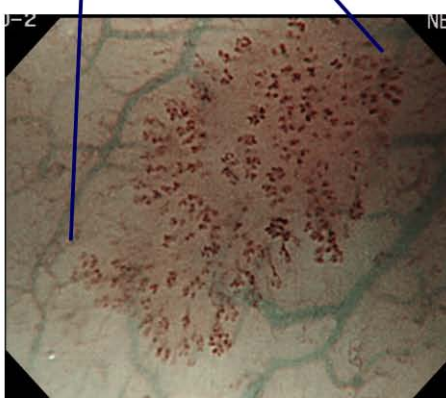
### 通常内視鏡

矢印の部位に病変が存在するが、認識困難。



### 拡大内視鏡（非拡大）

特殊光をあてることにより、矢印の部位にある病変を容易に認識できる。

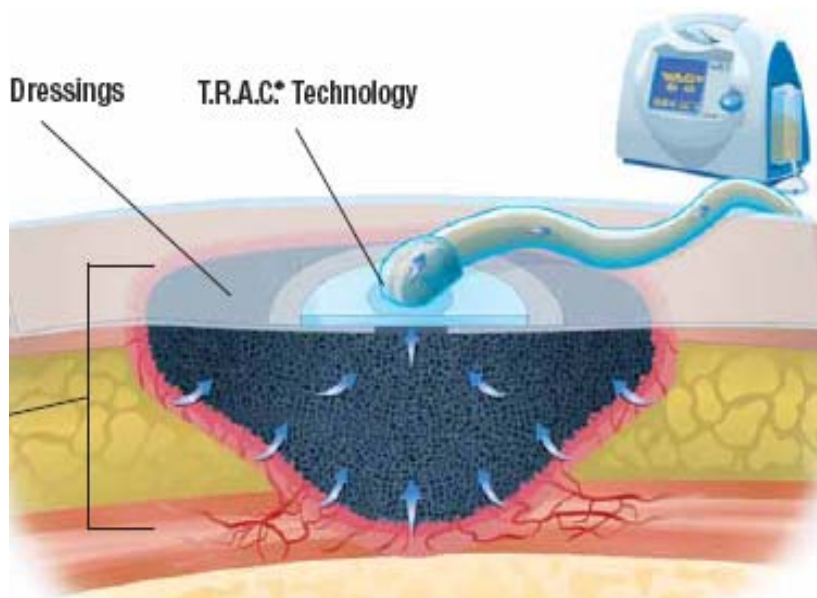


### 拡大内視鏡（約80倍拡大）

病変を拡大内視鏡で観察すると、癌に伴う異常血管を認識でき、早期食道癌と診断できる。この段階であれば、内視鏡治療が可能。

#### (資料4) 局所陰圧閉鎖処置

感染・壊死等があり容易に閉鎖しえない複雑性創傷の患者に対して、その創部にフォームを埋め込み、ドレープで密封した後に、チューブを介して陰圧維持装置と接続し、陰圧を持続的に維持する処置である。これにより、創傷治癒を促進することができる。



## 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

骨子【I-8】

### 第1 基本的な考え方

新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。またその他の医療材料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 一酸化窒素吸入療法に係る技術料の評価

**新** J045-2 一酸化窒素吸入療法 920点（1時間につき）

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①新生児特定集中治療室管理料（A302）
- ②総合周産期特定集中治療室管理料（A303）

#### 2. 胸郭変形矯正用材料に係る技術料の評価

現 行	改定案
K142-2 脊椎側彎症手術 34,800点	K142-2 脊椎側彎症手術
	1 固定術 37,420点 改
	2 矯正術
	イ 初回挿入術 112,260点 改
	ロ 全体交換術 37,420点 改
	ハ 伸展術 20,540点 改

<p>注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に 17,400 点を加算する。ただし、加算点数は 69,600 点を限度とする。</p>	<p>注 1 及び 2 の口（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）については、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に <u>18,710 点</u> を加算する。ただし、加算点数は <u>74,840 点</u> を限度とする。 <span style="float: right;">㊦</span></p>
--	---

### 3. 局所陰圧閉鎖療法用材料に係る技術料の評価



#### J003 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

##### 1 被覆材を貼付した場合

イ 100 cm<sup>2</sup>未満 1,600 点

ロ 100 cm<sup>2</sup>以上 200 cm<sup>2</sup>未満 1,680 点

ハ 200 cm<sup>2</sup>以上 1,900 点

注 初回のみ、イにあつては 1,690 点、ロにあつては 2,650 点、ハにあつては 3,300 点を加算する。

2 その他の場合 900 点

### 4. 皮下グルコース測定電極に係る技術料の評価



#### D231-2 皮下連続式グルコース測定 700 点（一連につき）

[算定要件]

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。



5. ペースメーカー、埋込型除細動器、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器に係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ 区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術又は区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点</p> <p>ロ イ以外の場合 320点</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>12 心臓ペースメーカー指導管理料</p> <p>イ <u>遠隔モニタリングによる場合</u> 460点 ⑨</p> <p>ロ イ以外の場合 320点 ⑩</p> <p>注1 体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に、<u>イにあつては4月に1回に限り、ロにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りロを算定する。</u> ⑩</p> <p>2 <u>区分番号 K597 に掲げるペースメーカー移埋術、区分番号 K598 に掲げる両心室ペースメーカー移埋術、区分番号 K599 に掲げる埋込型除細動器移埋術又は、区分番号 K599-3 に掲</u></p>

	<p><u>げる両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移埋術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合は、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>
--	---

## 6. 血管内光断層撮影用カテーテルに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)</p> <p>注3 血管内超音波検査、<u>血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定</u>を実施した場合は、所定点数に300点を加算する。</p>

## 7. 経皮的カテーテル心筋焼灼術における三次元カラーマッピングに係る技術料の評価

現 行	改定案
<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p>	<p>K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術</p> <p>注1 <u>三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、所定点数に17,000点を加算する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新)</p>

## 8. 埋込型心電図記録計に係る技術料の評価

	D210-3 埋込型心電図検査（解析料を含む。）	90 点
新	K597-3 埋込型心電図記録計移植術	1,260 点
	K597-4 埋込型心電図記録計摘出術	840 点

[算定要件]

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている医療機関において算定できる。

- ①ペースメーカー移植術（K 597）及びペースメーカー交換術（K 597-2）
- ②両心室ペースメーカー移植術（K 598）及び両心室ペースメーカー交換術（K 598-2）
- ③埋込型除細動器移植術（K 599）及び埋込型除細動器交換術（K 599-2）
- ④両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術（K 599-3）及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術（K 599-4）

## 9. 末梢留置型中心静脈カテーテルに係る技術料の評価

新	G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入術	700 点
---	-----------------------------	-------

## 10. 胃、十二指腸ステントに係る技術料の評価

新	K651 内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	7,590 点
---	------------------------	---------

## 11. 特定薬剤治療管理料の適応拡大

血中濃度測定による治療管理を行う当該管理料について、シクロスポリンの対象疾患に難治性のアトピー性皮膚炎を追加する。

## 明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

骨子【Ⅱ－１】

### 第1 基本的な考え方

#### 1. 明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

#### 2. 電子化加算について

平成18年度改定において、医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成23年3月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

#### 3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと内科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

## 第2 具体的な内容

### 1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について  
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとする。

その際、保険医療機関等においては、その旨を院内掲示等により明示するとともに、明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口に「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

#### 「正当な理由」の考え方

##### ① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

##### ② 費用徴収関係（実費徴収が認められる場合）

上記①のイ又はロに該当する場合

#### 「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局長等にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局長等に届け出るものとする。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額）を院内に掲示することとする。

## 2. 電子化加算の見直し

IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



### 明細書発行体制等加算 1点（再診料に加算）

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨の院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】（初診料に加算） 3点	（廃止）

### 3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成22年9月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の2桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は1、歯科は3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の7桁の番号）

## 再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本料的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する。

2. 外来管理加算の算定要件における時間の目安（いわゆる5分ルール）については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、別途要件を追加する。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数（52点）は据え置く。

### 第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

現 行		改定案	
【再診料】		【再診料】	
1	病院の場合 60点		69点 ㊦
2	診療所の場合 71点		

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、引き続き、懇切丁寧な説明については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、外来管理加算を算定できないこととする。



具体的な通知の改定案は以下のとおり。

現 行	改定案
<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>	<p><b>【外来管理加算】</b> 52点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。</p> <p>[提供される診療内容の事例]</p> <p>①問診し、患者の訴えを総括する。 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」</p> <p>②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」</p> <p>③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が</p>

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

- 3 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

- ④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

- 2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

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

## 地域医療貢献に対する評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

患者にとって、日常的な診療や健康管理等を行ってくれる診療所の存在は重要であり、特に夜間も含め、急病等の際にいつでも相談に応じてくれる診療所のニーズは高い。

健康上の不安等を気軽に相談できるだけでなく、患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する。

なお、このような患者からの休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少も考えられることから、病院勤務医負担軽減につながることも期待される。

### 第2 具体的な内容

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。



#### 地域医療貢献加算 3点

[算定要件]

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

[施設基準]

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

## 患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－２－（２）】

### 1. 歯科疾患管理料の見直し

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

「Ⅰ－６－③」の第２の１．を参照のこと。

### 2. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期間等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

「Ⅰ－６－③」の第２の２．を参照のこと。

### 3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、日本歯科医学会からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

「Ⅰ－６－③」の第２の３．を参照のこと。

### 4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術について、算定項目として明示する。

「Ⅰ－６－③」の第２の４．を参照のこと。

## 居住系施設等訪問診療料の見直し及び

### 分かりやすい点数設定について

骨子【Ⅱ－２－(3)(4)】

#### 第１ 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。

また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。

さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

#### 第２ 具体的な内容

##### 1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料については、平成 20 年度改定において、在宅患者訪問診療料 2 を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。

一方で、在宅患者訪問診療料 2 に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料 1 を複数回算定でき、点数設定の不合理が指摘されていることから、見直しを行う。

なお、居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費（Ⅲ）についても同様に算定対象を見直す。

現 行	改定案
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の 場合。 830 点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b></p> <p>1 <u>2 以外の場合</u> 830 点 ㊦</p> <p>2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200 点 ㊦</p>

## 2. 分かりやすい点数設定について

### (1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

現 行	改定案
<p><b>【特定集中治療室管理料】</b></p> <p>1 7 日以内 8,760 点</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 7,330 点</p> <p><u>重症者等を概ね 9 割以上入院させる治療室の場合、所定点数の 100 分の 5 に相当する点数を加算する。</u></p>	<p><b>【特定集中治療室管理料】</b></p> <p>1 7 日以内 <u>9,200 点</u> ㊦</p> <p>2 8 日以上 14 日以内 <u>7,700 点</u> ㊦</p> <p>(削除)</p>

## (2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

## 3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

一方、離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

(1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域

(2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域

(3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島

## 医療安全対策の推進について

骨子【Ⅱ－3】

### 第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。

また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。



現 行	改定案
<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>50点</p>	<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算 1      85点 ②改</p> <p>2 医療安全対策加算 2      35点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日）</p> <p>100点 ③新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>

## 2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管

理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)



医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

### 3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	<u>100点</u> 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	<u>1,100点</u> 改

### 4. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

「Ⅱ－4－①」の第2の2.を参照のこと（後述）。

## 人工腎臓等の適正な評価について

骨子【Ⅱ－４－(1)】

### 第1 基本的な考え方

現在、人工腎臓の際の透析液等の薬剤費は、入院では出来高評価、入院外では包括評価としている。しかし、全身状態が比較的安定している患者に対して行う慢性維持透析においては、入院と外来で同等の医療が提供されていると考えられる。そこで、入院で行う慢性維持透析について評価体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 人工腎臓の評価体系について

入院で行う慢性維持透析について包括評価に変更する。なお、入院において、急性腎不全等に対して実施する人工腎臓については、引き続き出来高評価を行う。また、エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するが低価格であるダルベポエチンへの置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
【人工腎臓】（1日につき）	【人工腎臓】（1日につき）
1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合	1 <u>慢性維持透析の場合</u> ㊦
イ 4時間未満の場合 2,117点	イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u> ㊦
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u> ㊦
ハ 5時間以上の場合 2,397点	ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u> ㊦
2 その他の場合 1,590点	2 その他の場合 <u>1,580点</u> ㊦

## 2. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

### ⑨ 透析液水質確保加算 10点（1日につき）

[算定要件]

- ① 月1回以上水質検査を実施し、関連学会の定める「透析液水質基準」を満たした透析液を常に使用していること。
- ② 専任の透析液安全管理者1名（医師又は臨床工学技士）を配置していること。
- ③ 透析機器安全管理委員会を設置していること。

## 在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅱ－４－(2)】

### 第1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅で実施可能な医療の分野が拡大している。在宅にあっても専門的な医療を受けることができるよう、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

##### (1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) 3,800点</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで)</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】</p> <p>(1月につき) <u>8,000点</u> ㊦</p> <p>2回目以降 2,000点</p> <p>(初回算定から2月までの間、月2回まで)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>関係学会等のマニュアルを参考に在宅血液透析を行うこと。</u></p>

【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) <u>10,000点</u> ㊦
-------------------------------	---

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】</p> <p>区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、<u>J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</u></p> <p>【腹膜灌流】</p> <p>区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、<u>J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</u></p>

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要な者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅱ－４－(3)】

### 第１ 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

### 第２ 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。  
「Ⅲ－４－④」の第２の１．を参照のこと（後述）。
2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。  
「Ⅲ－４－④」の第２の２．を参照のこと（後述）。

※訪問看護療養費においては、看護師等（保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）とする。

## 疾病の重症化予防に対する適正な評価について

骨子【Ⅱ－5－(1)】

### 第1 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん等の手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合の算定を可能にする。

### 第2 具体的な内容

入院中にリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】</p> <p>100点</p> <p>1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。</p> <p>2 <u>当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</u></p>



## 障害者歯科医療の充実

骨子【Ⅱ－５－(2)】

### 1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設

障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の１．を参照のこと。

### 2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、初診料に係る加算を新設する。

「Ⅰ－６－①」の第２の２．を参照のこと。

### 3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「Ⅰ－６－①」の第２の３．を参照のこと。

## 質が高く効率的な急性期入院医療の推進について

骨子【Ⅲ－１－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
3. DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

#### 2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

##### (1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

⑨ 〔項目1〕「データ提出指数」（正確なデータ提出に係る評価）

以下の場合において、当該係数を減算する。

- ① データ提出の遅滞
- ② 部位不明・詳細不明のコード使用割合が 40%以上

⑨ 〔項目2〕「効率性指数」（効率化に対する評価）

⑨ 〔項目3〕「複雑性指数」（複雑性指数による評価）

⑨ 〔項目4〕「カバー率指数」（診断群分類のカバー率による評価）

⑨ 〔項目5〕「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）

以下の各項目の総ポイント数（0～7ポイント）で評価

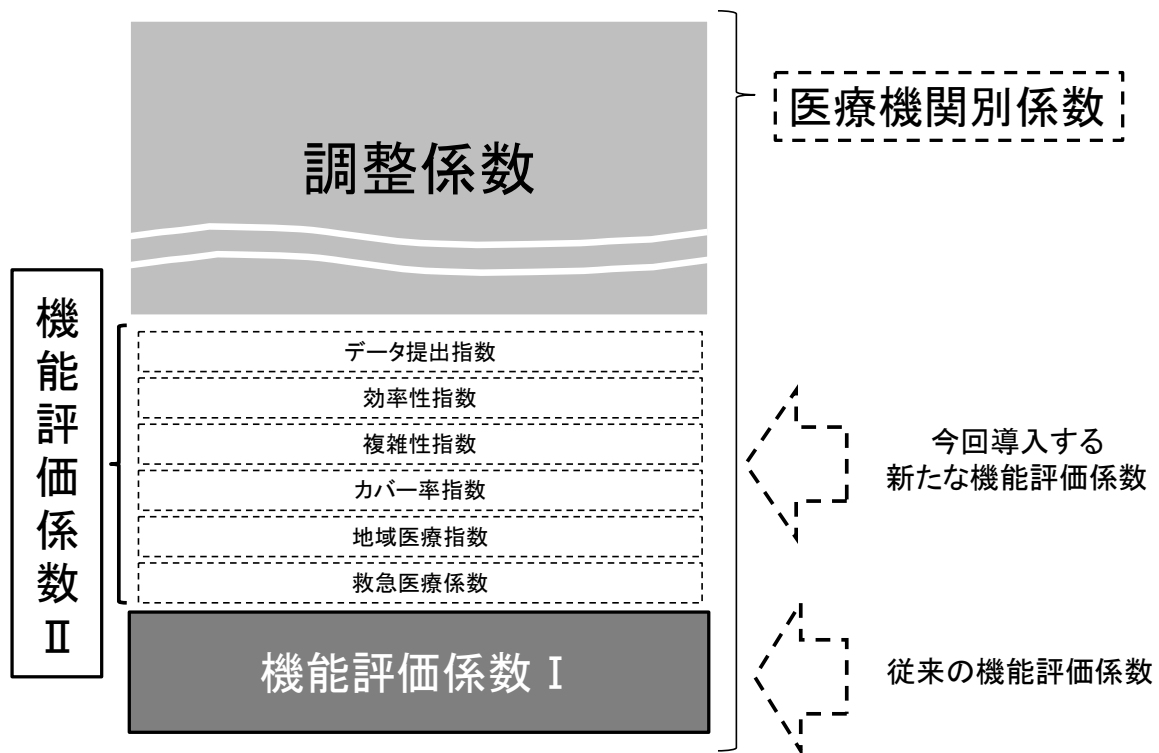
- ①脳卒中地域連携
- ②がん地域連携
- ③地域がん登録
- ④医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター
- ⑤DMAT（災害派遣医療チーム）指定
- ⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
- ⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

⑨ 〔項目6〕「救急医療係数」（救急医療の入院初期診療に係る評価）

(2) 設定方法

- ①調整係数から新たな機能評価係数へ置き換える割合については、調整係数による“上積み相当部分”のうち、25%とする。
- ②各機能評価係数への配分は、「救急医療の入院初期診療に係る評価」について、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を設定する。これ以外の5つの項目については残りの置き換え部分を、等分で配分する。

# DPCにおける係数



## 3. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表について、診療実態に合わせ、分岐及び点数設定の見直しを行う。

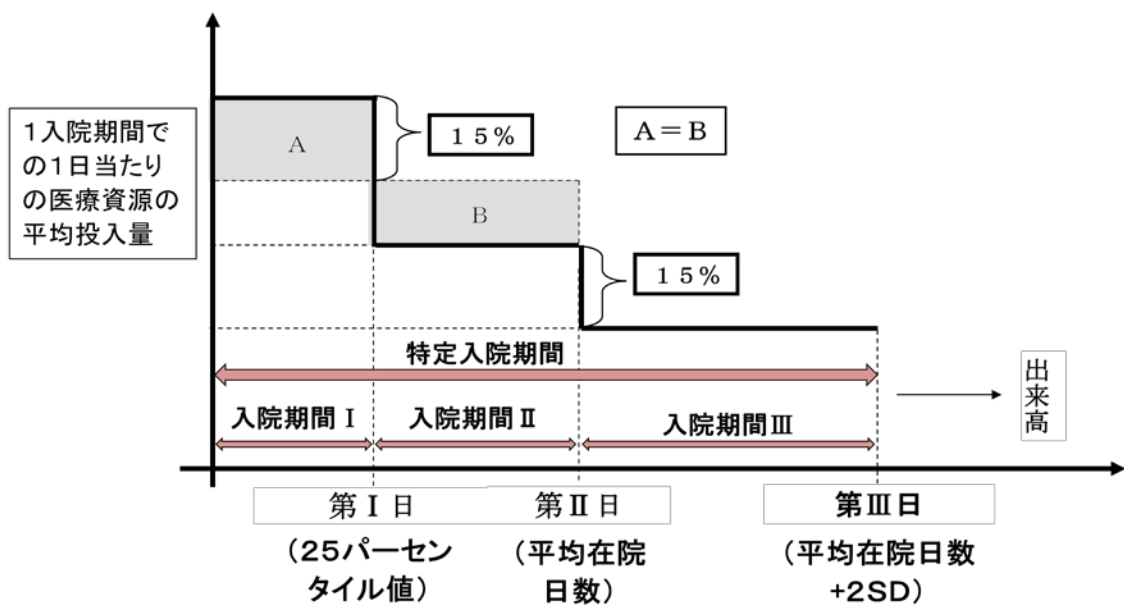
- ② (1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。
- ① 高額薬剤による分岐の追加
  - ② 化学療法レジメによる分岐の追加
  - ③ 副傷病による分岐の精緻化
  - ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管理料を対象外に見直し
- ② (2) 包括点数設定を、実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準)

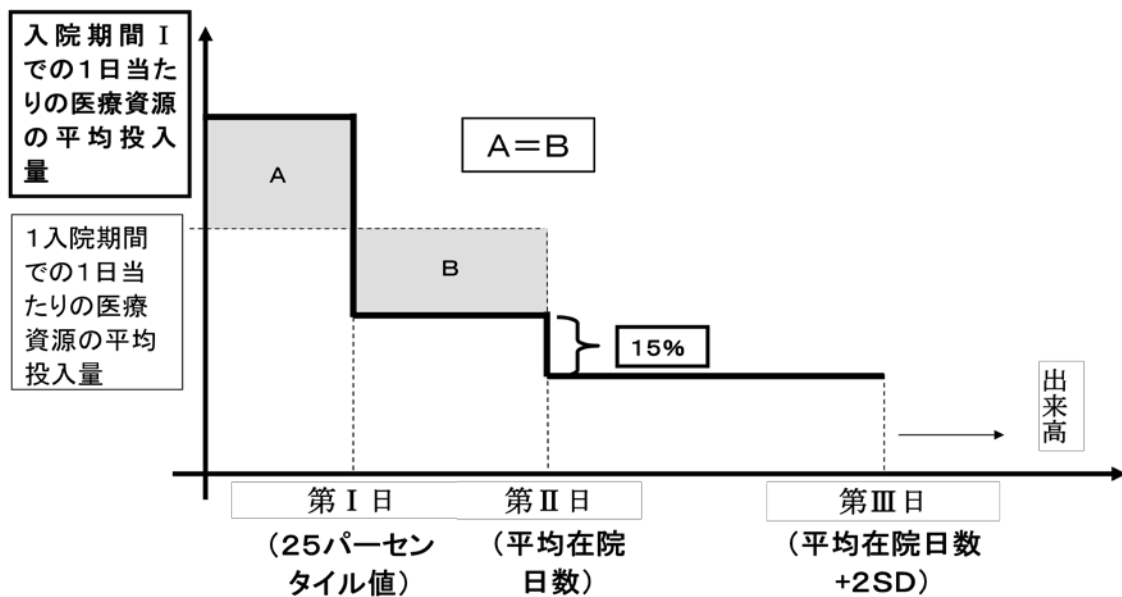
「入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差 (SD) が

- ① 平均 - 1 SD から平均 + 1 SD の間の場合 : 設定 A
- ② 平均 + 1 SD 以上の場合 : 設定 B
- ③ 平均 - 1 SD 以下の場合 : 設定 C

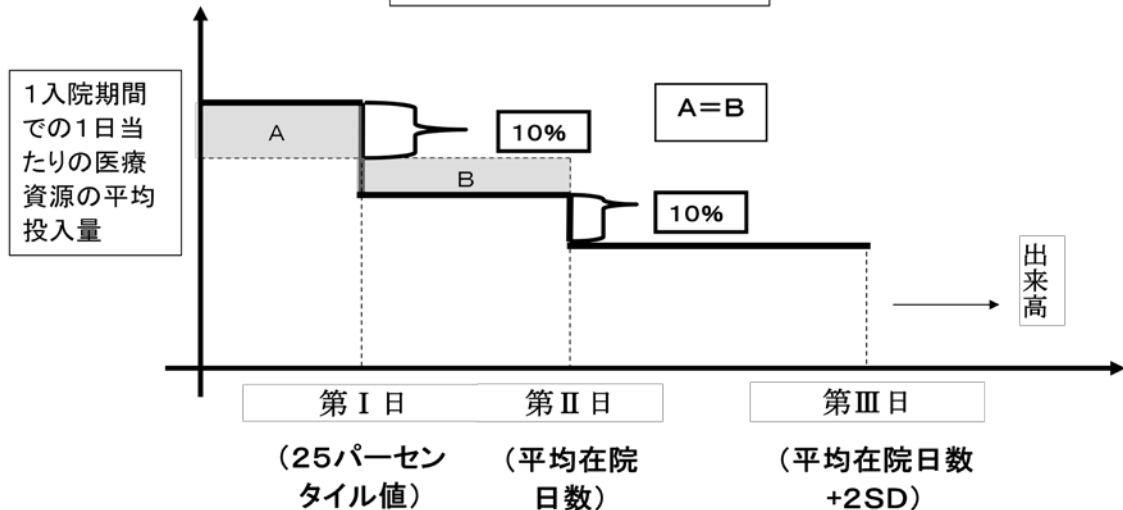
## 設定方法 A



## 設定方法 B



## 設定方法C



#### 4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

② (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流

② (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

#### 5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

## 急性期の医療機関における 入院患者の看護必要度の評価

骨子【Ⅲ－１－(2)】

### 第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

### 第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。



#### 一般病棟看護必要度評価加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ② 当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生局長等に報告すること。

## 検体検査評価の充実について

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

#### ⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 500点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ① 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ② 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査管理加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査管理加算】 10点/件（最大5件まで） ⑩



## 安全な麻酔管理体制の評価

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

### 第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



#### 麻酔管理料（Ⅱ）

1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	100点（1人につき1回）
2 全身麻酔	300点（1人につき1回）

#### [算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

#### [施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

## 医療療養病棟の評価に係る見直し

骨子【Ⅲ－１－(4)】

### 第１ 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

### 第２ 具体的な内容

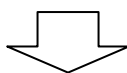
#### １. 療養病棟入院基本料の見直し

##### (1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	885点	1,320点	1,709点
ADL 区分 2	750点		
ADL 区分 1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料 1

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分 3	<u>934点</u>	<u>1,369点</u>	<u>1,758点</u>
ADL 区分 2	<u>887点</u>	<u>1,342点</u>	<u>1,705点</u>
ADL 区分 1	<u>785点</u>	<u>1,191点</u>	<u>1,424点</u>

⑤

[施設基準]

- ①看護職員及び看護補助者が 20 対 1 配置以上であること。
- ②医療区分 2 又は 3 の患者が全体の 8 割以上であること。

(改定案) 療養病棟入院基本料 2

改

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	871点	1,306点	1,695点
A D L 区分 2	824点	1,279点	1,642点
A D L 区分 1	722点	1,128点	1,361点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

## (2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

## 2. 療養病床における後方病床機能の評価

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1-3-②」の第 2 の 2. を参照のこと。

## 3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

## 疾患別リハビリテーションの充実について

骨子【Ⅲ－２－(1)】

### 第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なりハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1) (2)以外の場合 245点 改 (2) 廃用症候群の場合 235点 新
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (1) (2)以外の場合 200点 改 (2) 廃用症候群の場合 190点 新
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 新

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 <u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u> 175点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">新</span></p> <p>2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 165点 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">改</span></p> <p>3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 80点</p> <p>[算定要件]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 入院中の患者に対し、運動器リハビリテーションを行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担当する常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行うにつき十分な施設を有していること。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行うにつき必要な機械、器具が具備されていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p>

## 2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 45点 ㊦</p>

### 3. 維持期のリハビリテーションについて

維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

## 回復期等における充実した リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(2)】

### 第１ 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。  
また、急性期から連続したリハビリテーションが行われる場合に対して配慮する。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

### 第２ 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
  - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。



現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割</u>以上が重症の患者であること</p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

- (2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

⑨ 休日リハビリテーション提供体制加算 60点（1日につき）

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

⑩ リハビリテーション充実加算 40点（1日につき）

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

- (3) 発症早期からのリハビリテーションの提供を推進するため、発症から回復期リハビリテーション病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟において1日6単位以上の充実したリハビリテーションが提供された日数については、当該日数から除外して計算する。

## 2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

なお、リハビリテーション提供体制加算を算定している患者については、疾患別リハビリテーション料の算定日数の上限の除外対象者とする。

⑪ リハビリテーション提供体制加算 50点（1日につき）

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、週平均16単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改 定 案
<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】 (1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。<u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。 (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、当該病室において急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。</u></p>

## がん患者や難病患者に対する

### リハビリテーションの評価

骨子【Ⅲ－２－(3)】

#### 第１ 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なりハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

#### 第２ 具体的な内容

##### 1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取組を評価する。

「Ⅰ－１－④」の第２の３. を参照のこと。

##### 2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なりハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うと

ともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

また、精神科デイ・ケア、重度認知症患者デイ・ケア等についても同様の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】            (1日につき) 600点            注2 難病患者リハビリテーション料            を行った場合に食事を提供した時            は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】            (1日につき) <u>640点</u> 改  <u>短期集中リハビリテーション実施加算</u>            (1日につき)  <u>退院後1月以内</u> 280点 新  <u>退院後1月を超え3月以内</u>            140点 新</p>

## 在宅医療を提供する医療機関の充実

骨子【Ⅲ－3－(1)】

### 第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅医療を受けることができるよう、在宅医療を提供する医療機関の評価を拡充する。特に、在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 在宅移行早期加算の新設

入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるように、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設する。

**新** 在宅移行早期加算 100点（月1回）

[算定要件]

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

#### 2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。

### 3. 在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域の医療機関の役割を鑑み、その要件の変更を行うことにより拡充を図る。

現 行	改定案
<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>許可病床数が 200床未満の病院であること、又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。</u>なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

## 訪問診療の評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(2)】

### 第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 往診料の評価の引き上げ

- (1) 症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

現 行	改定案
【往診料】 650点	【往診料】 <u>720点</u> ②

- (2) また、往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

#### 2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。



現 行	改定案
<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b> 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p><b>【在宅患者訪問診療料】</b> 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合 <u>(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)</u> に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合 <u>(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)</u> に10,000点を加算。</p>

### 3. 乳幼児加算の新設

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

⑨ 在宅患者訪問診療料      乳幼児加算      200点

⑨ 退院前在宅療養指導管理料      乳幼児加算      200点

## 在宅における専門医療の評価

骨子【Ⅲ－３－(3)】

### 1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

#### (1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（１）を参照のこと。

#### (2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

「Ⅱ－４－②」の第２の１．の（２）を参照のこと。

### 2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。

「Ⅱ－４－②」の第２の２．を参照のこと。

### 3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

「重点課題１－３－①」の第２の３．を参照のこと。

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進

骨子【Ⅲ－４－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、週4日以上訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費を算定可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。
2. 在宅医療における訪問看護の重要性を考慮し、訪問看護のさらなる質の向上を図るため、安全管理体制の整備を要件とし、訪問看護管理療養費を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

- ② 1. 末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者であること。
- (2) 週7日の指定訪問看護が計画されていること。

- ② 2. 特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2箇所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者であること。
- (2) 特別訪問看護指示期間中に週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

3. 安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。



## 乳幼児等への訪問看護の推進について

骨子【Ⅲ－４－(2)】

### 第1 基本的な考え方

乳幼児等への訪問看護については、児の特徴を踏まえた吸引や経管栄養等の医療処置に加え、両親の精神的支援といった看護ケアが必要であることから、6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

（訪問看護療養費）



乳幼児加算（3歳未満）	500円（1日につき）
幼児加算（3歳以上6歳未満）	500円（1日につき）

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）



乳幼児加算（3歳未満）	50点（1日につき）
幼児加算（3歳以上6歳未満）	50点（1日につき）

## 訪問看護におけるターミナルケアに係る

### 評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(3)】

#### 第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、保険医療機関に搬送された場合においても評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価する。

現 行	改定案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 2,000 点 在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪</p>

<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>
<p>【<b>居住系施設入居者等訪問看護・指導料 居住系施設等ターミナルケア加算</b>】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上居住系施設入居者等訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合</p>	<p>【<b>同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算</b>】</p> <p style="text-align: right;">2,000 点</p> <p>死亡した<u>同一建物居住者</u>に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前 14 日以内に 2 回以上<u>同一建物居住者</u>訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（<u>ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）</p>

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【Ⅲ－４－(4)】

### 第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

### 第2 具体的な内容

1. 重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

現 行	改定案
<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>	<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <p>一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>



<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p>	<p>液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者</p> <p>六 真皮を越える褥瘡の状態にある者</p> <p>[算定要件] (六について)</p> <p><u>定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</u></p>
---	--

2. 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員<sup>※</sup>と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。  
 (※訪問看護療養費においては看護師等(保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士)とする。)

(訪問看護療養費)



複数名訪問看護加算

看護師等 4,300円(週1回)

准看護師 3,800円(週1回)

(在宅患者訪問看護・指導料)

(同一建物居住者訪問看護・指導料)



複数名訪問看護加算

保健師、助産師又は看護師 430点(週1回)

准看護師 380点(週1回)

[算定要件]

- (1) 看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※訪問看護療養費においては看護師等とする。

- (2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

## 在宅歯科医療の推進

骨子【Ⅲ－５】

### 第1 基本的な考え方

1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者については、
  - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
  - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
  - (3) う蝕や歯周疾患等の歯科疾患が一般の患者に比べて重症化しやすい特性があること
 を踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 歯科訪問診療料の評価体系の簡素化

歯科訪問診療の実態も踏まえ、より分かりやすい診療報酬体系とする観点から、歯科訪問診療1及び2の算定要件の見直しを行う。

現 行		改定案	
【歯科訪問診療料】（1日につき）		【歯科訪問診療料】（1日につき）	
1	歯科訪問診療1 830点	1	歯科訪問診療1 830点
2	歯科訪問診療2 380点	2	歯科訪問診療2 380点

[歯科訪問診療 1 の算定要件]

在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な患者 1 人に対し、当該在宅等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- イ 患者の求めに応じた場合（患者 1 人に限る。）
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合（患者 1 人に限る。）

（上記イ又はロの患者であって、複数の患者を診療した場合）

1 人目の患者

歯科訪問診療 1

2 人目以降の患者

初診料又は再診料

[歯科訪問診療 2 の算定要件]

社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- イ 患者の求めに応じた場合
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合

[歯科訪問診療 1 の算定要件]

在宅等において療養を行っている通院困難な患者 1 人に対し、当該患者が居住する建物の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- イ 患者の求めに応じた場合（患者 1 人に限る。）
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合（患者 1 人に限る。）

（上記イ又はロの患者であって、同一の建物に居住する 1 人の患者を診療した場合）

(1) 20 分以上の場合

歯科訪問診療 1

(2) 20 分未満の場合

初診料又は再診料

[歯科訪問診療 2 の算定要件]

在宅等において療養を行っている患者であって、同一の建物に居住する複数の通院困難な患者に対し、患者ごとに当該建物の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

- イ 患者の求めに応じた場合
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合



<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">イ</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">90点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合であって、歯科訪問診療料を算定している場合に加算する。</p>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">イ</td> <td style="width: 70%;">1回目</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td style="text-align: right;">90点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合に加算する。</p>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点
イ	1回目	232点											
ロ	2回目以降	90点											
イ	1回目	232点											
ロ	2回目以降	90点											

### 3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その心身の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止



#### 歯科疾患在宅療養管理料（月1回）

在宅療養支援歯科診療所の場合 140点  
(口腔機能管理加算 50点)

その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行

うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。

- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

#### 4. 在宅歯科医療におけるその他の医学管理等の評価の見直し

在宅歯科医療を充実する観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価を引き上げるとともに、全身的な基礎疾患を有する外来患者の歯科治療を行うに当たって、別の医科医療機関の当該患者の担当医からの診療情報提供に基づいて行う医療管理を評価している歯科治療総合医療管理料について、在宅歯科医療においても評価する。

現 行	改定案
<b>【訪問歯科衛生指導料】</b> 1 複雑なもの 350 点 2 簡単なもの 100 点  <b>【歯科治療総合医療管理料】</b> （月1回） 140 点	<b>【訪問歯科衛生指導料】</b> 1 複雑なもの 360 点 ㊦ 2 簡単なもの 120 点 ㊦  <b>【歯科治療総合医療管理料】</b> （月1回） 140 点

<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関における歯科診療（<u>歯科訪問診療料に係る歯科診療を含む。</u>）において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の医療機関等の当該主病の担当医から、歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p>
--	--

5. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネジャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

「I-6-①」の第2の3. を参照のこと。



## 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

骨子【Ⅲ－５】

### 1. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等

地域における在宅及び障害者歯科医療の後方支援としての病院歯科の機能を評価する観点から、歯科診療所による在宅歯科医療又は障害者歯科医療が困難であると判断される患者に対して、連携している病院歯科が適切な外来診療を行った場合の評価を行うため、地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し等を行うとともに、在宅歯科医療及び障害者歯科医療においても、地域の歯科診療を支援する病院歯科の機能の強化を図る観点から、地域歯科診療支援病院歯科再診料の引上げを行う。

「Ⅰ－６－②」の第２の１．を参照のこと。

### 2. 地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者の拡大

在宅歯科医療のみならず障害者歯科医療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の入院医療を評価するため、地域歯科診療支援病院入院加算の対象患者について、別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて障害者を入院させた場合についても算定可能とする。

「Ⅰ－６－②」の第２の２．を参照のこと。

## 入院時の総合的な評価に基づく介護との連携

骨子【Ⅲ－6】

### 第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

### 第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】                      (入院中1回) 50点                      保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 <span style="float: right;">㊦</span>                      (入院中1回) 50点                      保険医療機関が、入院中の患者（<u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る</u>）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

「重点課題2-4」の第2の2. を参照のこと。

## 調剤料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 長期投薬時における一包化薬調剤料と内服薬調剤料の差を縮めるため、一包化薬調剤料を見直し、内服薬調剤料の加算として位置付けた上で長期投薬時の評価を適正化することで、患者に分かりやすい点数体系とする。また、併せて、長期投薬の増加を踏まえ、現行 22 日分以上の調剤料が一律となっている内服薬調剤料について適切な評価を行う。
2. 投与日数にかかわらず 1 調剤当たりの評価とされている湯薬の調剤料について、投与日数の伸びとそれに伴う調剤に要する手間にかんがみ、適切な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し

一包化については、現行の一包化薬調剤料を廃止し、内服薬調剤料の加算として整理するとともに、57 日目以降の評価を一定とする。また、内服薬調剤料について、投与日数が 15 日分以上の場合の評価を引き上げるとともに、31 日分以上の区分を新設する。

現 行	改定案
【内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く）】（1 剤につき）	【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く）】（1 剤につき）
イ 14日分以下の場合	イ 14日分以下の場合
（1）7 日目以下の部分 （1 日分につき）	（1）7 日目以下の部分（1 日分につき）
5 点	5 点
（2）8 日目以上の部分 （1 日分につき）	（2）8 日目以上の部分（1 日分につき）
4 点	4 点

ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点 ハ 22日分以上の場合 77点	ロ 15日分以上 21日分以下の場合 71点 改 ハ 22日分以上 <u>30日分以下の場合</u> 81点 改 ニ <u>31日分以上の場合</u> 89点 新
<b>【一包化薬】</b> 89点 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合に、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。	<b>【一包化加算】</b> 改 <b>注</b> 2剤以上※の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合は、 <u>一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次の点数を所定点数に加算</u> イ <u>56日分以下の場合</u> 投与日数が7又はその端数を増すごとに <u>30点</u> を加算して得た点数 ロ <u>57日分以上の場合</u> 270点 ※服用時点の異なる2種類以上の薬剤をいう。

## 2. 湯薬の調剤料の見直し

湯薬の調剤料について、7日分以下の場合の評価を基本として設定した上で、それを超える8日目以降 28日目までを投与日数に応じた評価を併せて行うこととするとともに、29日目以降は一定の評価とする。

現 行	改定案
<b>【湯薬】</b> (1調剤につき) 190点	<b>【湯薬】</b> (1調剤につき) イ <u>7日分以下の場合</u> 190点 改 ロ <u>8日分以上 28日分以下の場合</u> (1) <u>7日目以下の部分</u> 190点 改 (2) <u>8日目以上の部分 (1日分につき)</u> 10点 新 ハ 29日分以上の場合 400点 新

## ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実

骨子【Ⅲ－７－(3)】

### 第1 基本的な考え方

薬局における患者に対する薬学的管理及び指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方された患者に対して、調剤時に関連副作用の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について指導を行った場合の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

ハイリスク薬が処方された患者に対して、当該ハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状の有無等を確認するとともに、服用に際しての注意事項等について詳細に説明し、指導を行った場合を評価するため、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p><u>注 特に安全管理が必要な医薬品を調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</u> ㊦</p> <p>&lt;特に安全管理が必要な医薬品&gt; 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬</p>

## 調剤基本料の特例の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

処方せんの受付回数が4,000回超/月、かつ、集中度※70%超の場合に適用される調剤基本料の特例について、夜間・休日等の対応や訪問薬剤管理指導を行い、地域医療を支える薬局であっても、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として適用となる場合があるとの指摘を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合

### 第2 具体的な内容

調剤基本料の特例について、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定に係る処方せんを受付回数から除いた上でその適否を判断することとするとともに、評価の引上げを行う。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>(処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき24点を算定する。 ㊦</p>

注のうち、処方せんの受付回数4,000回超/月への該当性の判断に当たっては、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定に係る処方せんについては、受付回数に含めないこととする。

## 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

骨子【Ⅲ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

### 第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点 注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指</p>



<p>な指導を行うこと</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>導を行うこと</p> <p><b>【薬剤情報提供料】</b>  (処方せんの受付1回につき) 15点</p> <p>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回(処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回)に限り算定する</p>
--	--

## 後発医薬品の使用促進について

骨子【IV－1】

### 第1 基本的な考え方

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

2. 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成22年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成22年4月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「          \*」を付すこととする。

### 第2 具体的な内容

1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

(1) 薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料の後発医薬品調剤体制加算の要件（処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上）を変更し、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合で規定することとする。

具体的には、数量ベースでの後発医薬品\*の使用割合が 20%以上、25%以上及び 30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に 25%以上及び 30%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案									
<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <p style="text-align: right;">4点</p> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】 (処方せんの受付 1 回につき)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">1 20%以上</td> <td style="text-align: right;">6点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2 25%以上</td> <td style="text-align: right;">13点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3 30%以上</td> <td style="text-align: right;">17点</td> <td style="text-align: center;">改</td> </tr> </table> <p>[施設基準]</p> <p>直近 3 か月間の<u>医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品*の調剤数量の割合が、それぞれ、上記のとおりであること。</u></p>	1 20%以上	6点	改	2 25%以上	13点	改	3 30%以上	17点	改
1 20%以上	6点	改								
2 25%以上	13点	改								
3 30%以上	17点	改								

(2) 1 回の使用量と薬価基準上の規格単位との差が大きく、かつ、後発医薬品が存在しない経腸成分栄養剤（エンシュア・リキッド、ラコール等）及び特殊ミルク製剤（フェニルアラニン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク）については、後発医薬品\*の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

(3) また、平成 22 年 4 月以降、別紙に掲げる品目を診療報酬上の評価の対象となる「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外する予定であるが、1 月から 3 月までの後発医薬品の調剤数量については、現行の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストに基づき算出することとするとともに、1 月から 3 月の 3 か月実績で要件を満たす薬局については、7 月から

9月の3か月実績分まで、要件の1割以内の変動の範囲で、加算の算定を認めることとする。これは、後発医薬品調剤体制加算が、直近3か月間の平均で加算の適否を判断するものであり、8月から10月の3か月実績については、要件の1割以内の変動では認められないことを指すが、この場合、届出事務の手続き上12月調剤分から加算が適用されないということになる。

## 2. 薬局における含量違い又は類似した別剤形の後発医薬品\* への変更調剤

(1) 薬局の在庫管理の負担を軽減する観点から、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等のない処方せんを受け付けた薬局において、

① 変更調剤後の薬剤料が変更前と同額又はそれ以下であり、かつ、

② 患者に説明し同意を得ること

を条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品と含量規格が異なる後発医薬品\*の調剤を認めることとする（注1、2）。

(注1) 規格の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる品目については、対象外とする。

(注2) 例えば、処方せんに記載された先発医薬品の10mg錠1錠に代えて後発医薬品\*の5mg錠2錠を調剤すること。

(2) 同様の観点から、患者に説明し同意を得ることを条件に、処方医に改めて確認することなく、処方せんに記載された先発医薬品又は後発医薬品について、類似した別剤形の後発医薬品\*の調剤を認めることとする（注3、4）。

(注3) 類似した別剤形の例（各項に掲げる範囲内で変更調剤が可能）

（内服薬の場合）

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

(注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更

先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

### (3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

#### ① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*への変更には差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名等を行わず、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可であることが分かるように、記載することとする。

② 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。



## [算定要件]

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。）

## [施設基準]

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

## 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の  
リストから除外する予定の品目

○成分名（薬効分類等）

品目名 [企業名]

（先発医薬品の品目名 [企業名]）

①バルプロ酸ナトリウム（抗てんかん剤）

ハイセレニン細粒 40% [シェリング・プラウ]

（先発医薬品；デパケン細粒 40% [協和発酵キリン]）

②塩酸アンブロキシソール（去たん剤）

ムコサールドライシロップ 1.5% [日本ベーリンガーインゲルハイム]

（先発医薬品；小児用ムコソルバンDS 1.5% [帝人ファーマ]）

③テオフィリン（気管支拡張剤）

テオロング錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [エーザイ]

（先発医薬品；テオドール錠 50mg、同錠 100mg、同錠 200mg [田辺三菱製薬]）

④アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）

アモリンカプセル 125、同カプセル 250、同細粒 10% [武田薬品工業]

（先発医薬品；サワシリンカプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [アステラス製薬]）

（先発医薬品；パセトシンカプセル 125、同カプセル 250、同錠 250、同細粒 10% [協和発酵キリン]）

⑤セファレキシン（セフェム系抗生物質）

センセファリンカプセル 250 [武田薬品工業]

（先発医薬品；ケフレックスカプセル 250mg [塩野義製薬]）

⑥過テクネチウム酸ナトリウム（放射性医薬品（診断薬））

メジテック [日本メジフィジックス]

（先発医薬品；ウルトラテクネカウ [富士フィルムRIファーマ]）

⑦マルトース（糖輸液）

マドロス輸液 10%（500mL製剤） [扶桑薬品工業]

（先発医薬品；マルトース輸液 10%）[大塚製薬工場]

⑧マルトース加乳酸リンゲル（糖・電解質輸液）

マレントール注射液（250mL製剤（瓶・袋）、500mL製剤（瓶・袋） [日本製薬]

ソルラクトTMR輸液（250mL製剤） [テルモ]

（先発医薬品；ポタコールR輸液、ポタコールR [大塚製薬工場]

（以上、8成分9銘柄16品目）

なお、薬価改定の作業中であることから、上記の除外品目に変更があった場合は、速やかに周知することとする。また、薬価改定の告示にあわせて、最終的な除外品目について、改めて公表することとする。



## 検体検査実施料の適正化について

骨子【IV－2】

### 第1 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所等調査による実勢価格に基づいてその見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

衛生検査所等調査より得られた検体検査実施における実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について検査実施料の適正化を実施する。

なお、検査が包括されている各項目についても、これに伴い点数の見直しを行う。

## エックス線撮影料：

### アナログ撮影及びデジタル撮影の新設

骨子【IV-3-(1)】

#### 第1 基本的な考え方

デジタルエックス線撮影は、患者の被曝低減が可能であることや、画質改善や計測等の画像処理ができること、大量の画像データを少ないスペースで保管できることなど、アナログ撮影と比較して多くの利点を有している。

平成 21 年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影との区別を明確化する。

#### 第2 具体的な内容

##### 1. デジタルエックス線撮影料の新設

現 行		改定案	
E002 撮影		E002 撮影	
1 単純撮影	65 点	1 単純撮影	
		イ アナログ撮影	60 点 新
		ロ デジタル撮影	68 点 新
2 特殊撮影（一連につき）	264 点	2 特殊撮影（一連につき）	
		イ アナログ撮影	260 点 新
		ロ デジタル撮影	270 点 新
3 造影剤使用撮影	148 点	3 造影剤使用撮影	
		イ アナログ撮影	144 点 新
		ロ デジタル撮影	154 点 新

4 乳房撮影（一連につき） 196点	4 乳房撮影（一連につき）
	イ アナログ撮影 192点 ⑨
	ロ デジタル撮影 202点 ⑨

## 2. デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改定案
【デジタル映像化処理加算】 15点 (平成21年度末までの経過措置)	(廃止)

## 3. 電子画像管理加算の見直し

現 行	改定案
【電子画像管理加算】	【電子画像管理加算】
イ 単純撮影の場合 60点	イ 単純撮影の場合 <u>57点</u> ⑨
ロ 特殊撮影の場合 64点	ロ 特殊撮影の場合 <u>58点</u> ⑨
ハ 造影剤使用撮影の場合 72点	ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>66点</u> ⑨
ニ 乳房撮影の場合 60点	ニ 乳房撮影の場合 <u>54点</u> ⑨

## コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-3-(1)】

### 第1 基本的な考え方

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にある一方で、使用機器の診断性能に見合った評価がなされていないとの指摘があることを踏まえ、画像撮影の評価体系を見直す。

### 第2 具体的な内容

16列以上のマルチスライス型CTによる撮影に対する評価を新設する。また、1.5テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を引き上げる。さらに、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

現 行	改定案
E200 コンピューター断層撮影	E200 コンピューター断層撮影
1 CT撮影	1 CT撮影
イ マルチスライス型の機器による場合 850点	イ <u>16列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 900点 <b>新</b>
ロ イ以外の場合 660点	ロ <u>2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合</u> 820点 <b>改</b>
	ハ <u>イ、ロ以外の場合</u> 600点 <b>改</b>
E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)
1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点	1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u> <b>改</b>
2 1以外の場合 1,080点	2 1以外の場合 <u>1,000点</u> <b>改</b>

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。

第3節 通則2

(中略)当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 ㊦

## 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

骨子【IV-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 大腸内視鏡手術の普及が進む中、大腸のポリープ・粘膜切除術に対する現行の評価に関しては、胃・十二指腸と比較して高点数である、難易度に応じた技術の評価となっていない等の指摘がある。  
 こうした指摘を踏まえ、腫瘍の良悪性に基づく従来の評価から、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分への見直しを行う。
2. ポリープ・粘膜切除術後の止血に対し、より高い点数設定である小腸結腸内視鏡的止血術を算定している場合があるとの指摘があることから、当該分野について適正化を行う。

### 第2 具体的な内容

内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術について、ポリープの大きさ又は切除範囲による区分に変更する。

また、内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と内視鏡的大腸ポリープ切除術の算定要件を明確化する。

現 行	改定案
【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】	【内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術】
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術 6,740点	1 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm未</u> <u>満のもの</u> 5,000点 改
2 その他のポリープ・粘膜切除術 5,730点	2 <u>ポリープ又は切除範囲が2cm以</u> <u>上のもの</u> 7,000点 改

<p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>5,360 点</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p> <p>【内視鏡的大腸ポリープ切除術】</p> <p>1 <u>ポリープが2 cm 未満のもの</u> 5,000 点 ㊦</p> <p>2 <u>ポリープが2 cm 以上のもの</u> 7,000 点 ㊦</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>内視鏡的止血術を併施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。</u></p>
---------------------------------------	--

## 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-3-(2)】

### 第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 眼科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D261	屈折検査 74点	D261	屈折検査 69点 改
D263	矯正視力検査	D263	矯正視力検査
	1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 74点		1 眼鏡処方せんの交付を行う場合 69点 改
	2 1以外の場合 74点		2 1以外の場合 69点 改
D264	精密眼圧測定 85点	D264	精密眼圧測定 82点 改
D265	角膜曲率半径計測 89点	D265	角膜曲率半径計測 84点 改

#### 2. 耳鼻科学的検査の適正化

現 行		改 定 案	
D244	自覚的聴力検査	D244	自覚的聴力検査
	1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 400点		1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査 350点 改
	2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 400点		2 標準語音聴力検査、ことばのききとり検査 350点 改



### 3. 内視鏡検査の適正化

現 行	改定案
D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) <div style="text-align: right;">620 点</div>	D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部 ファイバースコープ (部位を問わず一連につき) <div style="text-align: right;"><u>600 点</u> ㊦</div>
D299 喉頭ファイバースコープ <div style="text-align: right;">620 点</div>	D299 喉頭ファイバースコープ <div style="text-align: right;"><u>600 点</u> ㊦</div>

### 4. 皮膚科処置の適正化

現 行	改定案
J055 いぼ焼灼法 1 3 箇所以下 220 点 2 4 箇所以上 270 点	J055 いぼ焼灼法 1 3 箇所以下 <u>210 点</u> ㊦ 2 4 箇所以上 <u>260 点</u> ㊦
J056 いぼ冷凍凝固法 1 3 箇所以下 220 点 2 4 箇所以上 270 点	J056 いぼ冷凍凝固法 1 3 箇所以下 <u>210 点</u> ㊦ 2 4 箇所以上 <u>260 点</u> ㊦

## 後期高齢者医療の診療報酬について

骨子【V】

### 第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 対象者を全年齢に拡大する項目

##### (1) 医科診療報酬における項目

##### ①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

##### ②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記

載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 後期高齢者手帳記載加算 5点</p> <p>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 手帳記載加算 3点 ㊦</p> <p>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

### ③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</p> <p>100点</p> <p>注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】</p> <p>90点 ㊦</p> <p>注 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳</p>

<p>の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p><b>【薬剤管理指導料】</b></p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</p> <p>患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、<u>退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(廃止)</p>
--	---

#### ④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者処置】</b></p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p><b>【長期療養患者褥瘡等処置】</b></p> <p>(1日につき) <u>24点</u> ㊦</p> <p>注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

<p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点</p> <p>注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であつて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 ㊦</p> <p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満</p> <p>(2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>
--	--

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ－5」の第2の3. を参照のこと。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に

合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ－７－④」を参照のこと。

## 2. 特に議論のあった項目

### (1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
【後期高齢者診療料】 (1月につき) 600点	(廃止)
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】 (入院初日) 500点	(廃止)
【後期高齢者外来継続指導料】 (退院後最初の診療日) 200点	(廃止)

### (2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料(医科)】	

(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料(調剤)】		
(1回限り)	200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援加算】		
(1回限り)	200点	(廃止)

### 3. 例外的な見直しを行う項目

#### (1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

#### (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

#### (3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

#### (4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を 65 歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題 2－3－①」の第 2 の 2. を参照のこと。



## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成22年2月12日)

## 2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 初・再診料</p> <p>第1節 初診料</p> <p>A000 初診料</p>		
【点数の見直し】	1 歯科初診料 182点	→ 218点
【注の削除】	注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。	→ (削除)
【注の追加】	(追加)	→ 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者

【注の追加】

第2節 再診料

A002 再診料

【点数の見直し】

- 1 歯科再診料 40点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57点

(追加)

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

【注の追加】

(追加)

注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を

【注の追加】

(追加)

、1日につき所定点数に加算する。

イ 1回目 232点

ロ 2回目以降 90点

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 2 部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 2 節 入院基本料等加算</p> <p>A 2 0 0 入院時医学管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>入院時医学管理加算</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7 対 1 特別入院基本料及び 10 対 1 特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>総合入院体制加算</p>

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点</p> <p>2 協力型臨床研修病院 20点</p>	<p>→</p>	<p>1 単独型又は管理型 40点</p> <p>2 協力型 20点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算</p>
<p>A 2 2 7 退院調整加算</p>	<p>退院調整加算</p>	<p>→</p>	<p>慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【名称の見直し】</p>	<p>退院調整加算</p>	<p>→</p>	<p>慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算</p>
<p>A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>
<p>【削除】</p>	<p>(削除)</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p>

A 2 4 1 後期高齢者総合評価加算

【名称の見直し】

後期高齢者総合評価加算

→ 総合評価加算

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

【削除】

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

→ (削除)

【新設】

(新設) → A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院  
加算

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第1節のいずれかの入院基本料(特別入院基本料を含む。))を現に算定している患者に限る。)につ

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第

第3節 特定入院料

【新設】

いて、入院初日に限り所定点数に加算する。

1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

(新設) → A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 1回目 130点</p> <p>2 2回目以降 110点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提出した場合に、1回に限り算定できる。</p> <p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯</p>	<p>110点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提出した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。</p> <p>3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診</p>

【注の見直し】

科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

5 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

【注の見直し】

7 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

7 う蝕に罹患している13歳未満の患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「う蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

【注の見直し】

8 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場

8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場

	<p>合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>	<p>合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>						
<p>B001-2 歯科衛生実地指導料</p>								
<p>【項目の見直し】</p>	<p>80点</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>歯科衛生実地指導料1</td> <td>80点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科衛生実地指導料2</td> <td>100点</td> </tr> </table>	1	歯科衛生実地指導料1	80点	2	歯科衛生実地指導料2	100点
1	歯科衛生実地指導料1	80点						
2	歯科衛生実地指導料2	100点						
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治</p>						

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。なお、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及

【新設】

(新設)

び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料  
500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B004-1-4 入院栄養食事指導料  
130点

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2及び区分番号I010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

（新設）

B004-9 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を

【新設】

(新設)

行った場合に限る。)は別に算定できない。

B 0 0 6 - 3 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B 0 1 5に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画策定病院を除く。)が、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

(削除)



【注の追加】

B 0 0 9 診療情報提供料( )

【注の追加】

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(追加)

注6 保険医療機関が、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。</p>
<p>B 0 1 1 - 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料</p>	<p>後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点</p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料 90点</p>
<p>【名称の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>	<p>注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>
<p>B 0 1 3 義歯管理料（1口腔につき</p>		

)

【点数の見直し】

1 新製有床義歯管理料 100点 → 150点

【注の見直し】

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する。

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日から起算して1月から3月までの間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p> <p>B013-2 有床義歯調整管理料(一口腔につき) 30点</p> <p>注 区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。</p>
<p>B016 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>200点</p> <p>注 保険医療機関の保険医である歯科医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>B018 医療機器安全管理料(一連</p>		

につき)

【点数の見直し】

1,000点 → 1,100点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 歯科訪問診療1は、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な患者1人に対し、当該在宅等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p>	<p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

注2 歯科訪問診療2は、社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、患者ごとに当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。ただし、区分番号I081、J200-3及びM091に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

【点数の見直し】

1 複雑なもの	350点	→	360点 120点
2 簡単なもの	100点		

C 0 0 1 - 2 後期高齢者在宅療養口  
腔機能管理料

180点 → (削除)

【削除】

- 注 1 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料は、別に算定できない。
- 3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号 C 0 0 1 に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。ただし、区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。



【新設】

(新設)

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

- |   |                |      |
|---|----------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 140点 |
| 2 | 1以外の場合         | 130点 |

注1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を

【新設】

(新設)

算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料  
140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。)であって別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置(区分番号I009、区分番号I009-2、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

- 2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。
- 3 鎮静及び医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指

C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

導を行った場合に、1と2を合わせて月2回  
に限り算定する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する  
指導管理を行った場合には、乳幼児加算と  
して、所定点数に200点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査 【項目の追加】 D003 スタディモデル(1組につき) 【削除】		(追加) → 3 混合歯列期歯周組織検査 40点 50点 → (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の削除】</p> <p>【通則の追加】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 5点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 50点</p> <p>ハ その他の場合 30点</p> <p>（追加）</p> <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。また、当該加算を</p>	<p>（削除）</p> <p>4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。</p> <p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。</p>

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）  
10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合  
95点
- ハ その他の場合  
60点

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）  
10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合  
95点
- ハ その他の場合  
60点

- 1 単純撮影
  - イ 歯科エックス線撮影
    - (1) 全顎撮影の場合  
250点
    - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）  
25点
  - ロ その他の場合  
65点
- 2 特殊撮影
  - イ 歯科パノラマ断層撮影  
180点
  - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）  
264点
- 3 造影剤使用撮影  
148点

- 1 単純撮影
  - イ 歯科エックス線撮影
    - (1) 全顎撮影の場合
      - (一) アナログ撮影  
250点
      - (二) デジタル撮影  
252点
    - (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）
      - (一) アナログ撮影  
25点
      - (二) デジタル撮影  
28点
  - ロ その他の場合
    - (1) アナログ撮影  
65点
    - (2) デジタル撮影  
68点
- 2 特殊撮影
  - イ 歯科パノラマ断層撮影の場合
    - (1) アナログ撮影  
180点
    - (2) デジタル撮影  
182点
  - ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）
    - (1) アナログ撮影  
264点
    - (2) デジタル撮影  
266点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1のイについて、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>3 造影剤使用撮影  イ アナログ撮影 148点  ロ デジタル撮影 150点</p> <p>注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、所定点数に10点を加算する。</p>
----------------	---	----------	--





病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入又はG004に掲げる点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>

<p>【新設】</p>          <p>G 0 2 0 無菌製剤処理料</p>  <p>【項目の見直し】</p>	<p>(新設)</p>          <p>1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点</p>	<p>(新設)</p>          <p>G 0 0 5 - 3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点</p> <p>注 1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。</p>          <p>1 無菌製剤処理料 1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p>
--	--	--

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 100点</p> <p>【注の見直し】</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 100点</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 245点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 200点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)</p> <p>イ □以外の場合 100点</p> <p>ロ □廃用症候群の場合 100点</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につ</p>

<p>【新設】</p>	<p>き30点を所定点数に加算する。</p>	<p>き45点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設) → H003 がん患者リハビリテーション料(1単位) 200点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。</p>
-------------	------------------------	---

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>I 0 0 0 齲蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>齲蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>16点</p> <p>歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>1 非侵襲性歯髄覆罩</p> <p>2 直接歯髄覆罩</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>う蝕処置（1歯1回につき）</p> <p>18点</p> <p>歯髄保護処置（1歯につき）</p> <p>1 歯髄温存療法</p> <p>2 直接歯髄保護処置</p>

	3 間接歯髄覆罩		3 間接歯髄保護処置
【注の見直し】	注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げる齲蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I002-2 乳幼児齲蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)			
【名称の見直し】	乳幼児齲蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)	→	乳幼児う蝕薬物塗布処置(1口腔1回につき)
I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置			
【名称の見直し】	初期齲蝕小窩裂溝填塞処置	→	初期う蝕小窩裂溝填塞処置
I004 歯髄切断(1歯につき)			
【注の見直し】	注2 歯髄覆罩の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I005 抜髄(1歯につき)			
【注の見直し】	注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70	→	注1 区分番号I001の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、



	<p>点、256点又は420点を算定する。</p>	<p>70点、256点又は420点を算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p>	<p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p>
<p>I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）</p>	<p>1 単根管 14点 2 2根管 22点 3 3根管以上 28点</p>	<p>20点 22点 30点</p>
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>I008 根管充填（1歯につき）</p>	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p>	<p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p>
<p>【注の見直し】</p>		
<p>I011 歯周基本治療</p>		

【注の見直し】	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に38点を加算する。
【注の見直し】	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の30に相当する点数により算定する。	注2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療（1口腔につき）		
【項目の見直し】	1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点	300点
【注の見直し】	注2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回実	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、

【新設】

I 0 1 7 - 2 床副子調整（1口腔につき）

【項目の見直し】

施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。

（新設）

前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置（1口腔につき）  
10点

注1 区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置（区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を除く。）を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合  
120点

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合  
120点

【注の見直し】

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床及び摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回に限り算定する。

I 0 2 3 心身医学療法

【点数の見直し】

1 入院中の患者

70点

150点

【新設】

(新設)

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置(1口腔につき) 80点

注 区分番号J016、J018、J031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現等のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

I 0 8 1 周辺装置加算

【削除】

- |   |                   |      |
|---|-------------------|------|
| 1 | エアービン及びその周辺装置     | 200点 |
| 2 | 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 | 50点  |

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

┌

→ (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076及びJ096に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合において</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合であって</p>

、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又は入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が深夜である手術を行った場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注7のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

【新設】

(新設)

J000-2 歯根分割搔爬術

260点

【新設】		(新設)	→	J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術	
				1 抜歯窩から行う場合	470点
				2 犬歯窩開さくにより行う場合	2,000点
J 0 1 3 口腔内消炎手術					
【点数の見直し】	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140点	→	120点	
【新設】		(新設)	→	J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点
J 0 1 7 舌腫瘍摘出術					
【点数の見直し】	1 粘液嚢胞摘出術	940点	→	1,220点	
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術					
【点数の見直し】	1 切除	11,700点	→	14,470点	
	2 亜全摘	32,900点		49,350点	
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術					
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの	8,590点	→	1 軟口蓋のみのもの	11,170点
	2 硬口蓋に及ぶもの	14,300点		2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点



	3 顎裂を伴うもの	14,900点		3 顎裂を伴うもの イ 片側 ロ 両側	19,360点 29,040点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	7,800点 12,200点 13,100点	→	10,140点 14,470点 17,030点	
J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）					
【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	11,700点 19,700点	→	14,470点 25,610点	
J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術					
【点数の見直し】		12,800点	→	16,640点	
J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術					
【点数の見直し】		450点	→	560点	
J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）					

【点数の見直し】

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 掻爬
- 2 切除
- 3 全摘

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

4,490点 → 5,840点

18,700点 → 21,700点

39,600点 → 59,400点

4,520点 → 5,880点  
20,600点 → 21,700点  
32,400点 → 37,420点

7,660点 → 9,960点

12,100点 → 15,730点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

18,000点  
24,800点

→

21,700点  
28,940点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

20,000点 → 21,700点

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

- 1 耳下腺浅葉摘出術
- 2 耳下腺深葉摘出術

16,100点  
18,400点

→

20,930点  
23,920点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 全摘

19,000点  
28,700点

→

21,700点  
28,940点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

6,720点 → 8,740点

J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

【点数の見直し】

5 歯周組織再生誘導手術

イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）

630点

730点

【注の見直し】

注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

注1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

【注の追加】

（追加）

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植

イ 簡単なもの

1,730点

1,780点

ロ 困難なもの

8,300点

10,790点

	2 同種骨移植（生体）	9,100点		12,870点
	3 同種骨移植（非生体）	9,900点		11,830点
J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,470点	→	4,510点
J 0 6 8 上顎骨折観血的手術				
【点数の見直し】		9,010点	→	11,710点
J 0 6 9 上顎骨形成術				
【点数の見直し】	1 単純な場合	12,500点	→	16,250点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600点		32,400点
J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術				
【点数の見直し】		8,930点	→	11,610点
J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術				

【点数の見直し】		18,000点	→	27,000点									
J 0 7 2 下顎骨折観血的手術													
【点数の見直し】	2 両側の場合	14,700点	→	19,110点									
【新設】		(新設)	→	<table border="1"> <tr> <td>J 0 7 2 - 2</td> <td>下顎関節突起骨折観血的手術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 片側</td> <td></td> <td>21,700点</td> </tr> <tr> <td>2 両側</td> <td></td> <td>36,170点</td> </tr> </table>	J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術		1 片側		21,700点	2 両側		36,170点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術												
1 片側		21,700点											
2 両側		36,170点											
J 0 7 4 顎骨内異物(挿入物)除去術													
【名称の見直し】	顎骨内異物(挿入物)除去術		→	顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術									
J 0 7 5 下顎骨形成術													
【点数の見直し】	2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	<table border="1"> <tr> <td>13,200点</td> <td>→</td> <td>17,160点</td> </tr> <tr> <td>18,500点</td> <td>→</td> <td>27,750点</td> </tr> </table>	13,200点	→	17,160点	18,500点	→	27,750点					
13,200点	→	17,160点											
18,500点	→	27,750点											
J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術													
【点数の見直し】		17,700点	→	26,550点									
J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術													
【点数の見直し】		14,100点	→	18,330点									

J 0 7 9 顎関節形成術

【点数の見直し】

21,600点 → 32,400点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

- 2 顎関節鏡下授動術
- 3 開放授動術

4,320点  
13,500点 → 5,620点  
17,550点

J 0 8 1 顎関節円板整位術

【点数の見直し】

- 1 顎関節鏡下円板整位術
- 2 開放円板整位術

12,600点  
17,000点 → 14,470点  
21,700点

J 0 8 5 デブリードマン

【注の追加】

(追加) → 注2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。

J 0 8 7 上顎洞根本手術

【名称の見直し】

上顎洞根本手術 → 上顎洞根治手術

J 0 8 9 分層植皮術

【点数の見直し】

- 1 25平方センチメートル未満 5,000点
  - 2 25平方センチメートル以上100平方センチメ
- 3,330点

	<ul style="list-style-type: none"> <li>— トル未満 6,000点</li> <li>3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点</li> <li>4 200平方センチメートル以上 13,000点</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>4,590点</li> <li>6,660点</li> <li>20,150点</li> </ul>
J089-2 全層植皮術			
【点数の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点</li> <li>4 200平方センチメートル以上 30,000点</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>21,700点</li> <li>31,350点</li> </ul>
J090 皮膚移植術			
【名称の見直し】	皮膚移植術	→	皮膚移植術（生体・培養）
J090 皮膚移植術			
【注の見直し】	注1 同種皮膚移植術を行った場合に算定する。	→	注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
【新設】	(新設)	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>J090-2 皮膚移植術（死体）</li> <li>1 200平方センチメートル未満 5,190点</li> <li>2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 6,920点</li> <li>3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 10,380点</li> <li>4 1000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 25,320点</li> </ul>



J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,830点  
3 100平方センチメートル以上 10,400点

8,800点  
15,600点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術

【点数の見直し】

21,900点

32,850点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

【点数の見直し】

43,000点

64,500点

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

【点数の見直し】

49,200点

73,800点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】		10,700点	→	13,910点	
J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置					
【点数の見直し】		10,800点	→	16,640点	
J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術					
【点数の見直し】	1 頭、頸部動脈	36,700点	→	55,050点	
J 1 0 1 神経移植術					
【点数の見直し】		17,800点	→	18,090点	
J 1 0 2 交感神経節切除術					
【点数の見直し】		14,000点	→	18,200点	
【新設】		(新設)	→	J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術	
				1 広汎切除	21,700点
				2 単純切除	11,000点

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

【点数の見直し】

2 動的なもの 26,000点 → 39,000点

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

【削除】

1 エアタービン及びその周辺装置 200点  
 2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点  
 → (削除)

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第10部 麻酔  【通則の見直し】  【通則の見直し】  K000 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行くもの）  【点数の見直し】  K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔  【点数の見直し】	2 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。  3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。  38点  23点	2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。  3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。  42点  30点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第11部 放射線治療		
L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【点数の見直し】	3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点	4,000点
L001 体外照射		
【点数の見直し】	2 コバルト <sup>60</sup> 遠隔大量照射 イ 1回目 500点 ロ 2回目 150点 3 高エネルギー放射線治療 イ 1回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点 ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った	250点 75点 840点 1,320点 1,800点 280点

【注の追加】

場合 410点  
 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点

440点  
 600点

(追加)

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくは口の(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【点数の見直し】

2 腔内照射  
 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点  
 ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点  
 ハ その他の場合 1,500点  
 3 組織内照射  
 イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

10,000点  
 500点  
 5,000点  
 23,000点

【注の見直し】	□ その他の場合 6,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点	→	19,000点 8,000点
	注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。		注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>M000-2 補綴物維持管理料(1</p>	<p>4 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合はこの限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ(前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。)を製作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。)を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジ(前歯部の接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。)を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>



装置につき)

【名称の見直し】

補綴物維持管理料 ( 1 装置につき )

クラウン・ブリッジ維持管理料 ( 1 装置につき )

【注の見直し】

注 1 補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該保険医療機関単位で算定する。

注 1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

【注の見直し】

注 4 通則第 4 号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、補綴物維持管理料は算定しない。

注 4 通則第 4 号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、算定しない。

M 0 0 1 歯冠形成 ( 1 歯につき )

【注の見直し】

注 5 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に 20 点を加算する。

注 5 3 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に 40 点を加算する。

M 0 0 1 - 2 齲蝕歯即時充填形成  
( 1 歯につき )

【名称の見直し】	齲蝕歯即時充填形成（1歯につき）	→	う蝕歯即時充填形成（1歯につき）
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齲蝕歯即時充填形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。	→	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
【注の見直し】	注2 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M001-3 齲蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	齲蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	→	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）
【注の見直し】	注 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M003 印象採得	ホ 口蓋補綴、顎補綴	→	ホ 口蓋補綴、顎補綴

	(1) 印象採得が簡単なもの 143点 (2) 印象採得が困難なもの 265点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 400点		(1) 印象採得が困難なもの 220点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 400点
M003 - 2 テンポラリークラウン (1歯につき)  <b>【注の見直し】</b>	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。	→	注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。
M005 装着  <b>【項目の見直し】</b>	二 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が簡単なもの 100点 (2) 印象採得が困難なもの 200点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 300点	→	二 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が困難なもの 150点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 300点
M018 有床義歯  <b>【点数の見直し】</b>	1 局部義歯(1床につき)	→	

	イ 1 歯から 4 歯まで	540点	550点
	ロ 5 歯から 8 歯まで	665点	676点
	ハ 9 歯から 11 歯まで	890点	900点
	ニ 12 歯から 14 歯まで	1,300点	1,310点
	2 総義歯 ( 1 顎につき )	2,050点	2,060点
M 0 1 9 熱可塑性樹脂有床義歯			
【点数の見直し】	1 局部義歯 ( 1 床につき )		
	イ 1 歯から 4 歯まで	705点	670点
	ロ 5 歯から 8 歯まで	925点	900点
	ハ 9 歯から 11 歯まで	1,185点	1,120点
	ニ 12 歯から 14 歯まで	1,815点	1,750点
	2 総義歯 ( 1 顎につき )	2,850点	2,780点
M 0 2 2 フック、スパー ( 1 個につき )			
【点数の見直し】		85点	96点
M 0 2 3 バー ( 1 個につき )			
【点数の見直し】	1 鋳造バー	420点	430点
【注の見直し】	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に50点を加算する。ただし、		注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に60点を加算する。ただし、

	保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。		保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
M025 口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 印象採得が簡単なもの 1,000点</li> <li>2 印象採得が困難なもの 1,500点</li> <li>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</li> </ul>	→	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 印象採得が困難なもの 1,500点</li> <li>2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</li> </ul>
M029 有床義歯修理（1床につき）			
【注の追加】		(追加) →	注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。
M030 有床義歯床裏装			
【名称の見直し】	有床義歯床裏装	→	有床義歯内面適合法
M091 周辺装置加算	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 エアターピン及びその周辺装置 200点</li> </ul>	→	(削除)

【削除】

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、処置等が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 歯科矯正</p> <p>N002 歯科矯正管理料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>300点</p> <p>注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過モデルによる歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定した月の翌月以後に算定する。</p>	<p>240点</p> <p>注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過モデルによる歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。</p> <p>(削除)</p>

【注の削除】	注3 同一の患者につき1月以内に歯科矯正管理料を算定すべき管理を2回以上行った場合においては、歯科矯正管理料は1回とし、第1回の管理を行ったときに算定する。	(削除)
【注の見直し】	注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。	注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。
N004 模型調製(1組につき)		
【注の追加】	(追加)	注4 1については、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回に限り算定する。
N007 咬合採得(1装置につき)		
【点数の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 簡単なもの 100点</li> <li>2 困難なもの 200点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70点</li> <li>140点</li> </ul>



N 0 1 2 床装置 ( 1 装置につき )				
【点数の見直し】	2 複雑なもの	2,500点	→	2,000点
N 0 1 9 保定装置 ( 1 装置につき )				
【点数の見直し】	2 メタルリテーナー	6,800点	→	6,000点

項 目	現 行	改 正 案					
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>410点</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 550 1473 678" rowspan="2">1 2</td> <td data-bbox="1512 582 1646 606">組織診断料</td> <td data-bbox="1982 582 2060 606">500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1512 622 1646 646">細胞診断料</td> <td data-bbox="1982 622 2060 646">240点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	1 2	組織診断料	500点	細胞診断料	240点
1 2	組織診断料	500点					
	細胞診断料	240点					

【注の追加】

(追加)

注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製は別に算定できない。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合には、医科点数表の区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。）

【点数の見直し】

146点

150点

参考 1 医科診療報酬点数表（抄）

項 目	現 行	改 正 案
第 1 章 基本診療料		
第 2 部 入院料等		
通則		
<p>【通則の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7 対 1 特別入院基本料及び 10 対 1 特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第 3 節の各区分に掲げる特定入院料及び第 4 節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p>
第 1 節 入院基本料		
A 1 0 0 一般病棟入院基本料（1 日につき）		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>4 15 対 1 入院基本料 954 点</p>	<p>934 点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料</p>	<p>注 1 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料</p>

又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の見直し】

注2 注1本文及びただし書に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本

又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、57

料として、575点を算定できる。

5点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係るものに適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、適合しなくなった直近3月に限り、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料として、それぞれ1,244点又は1,040点を算定できる。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

【注の見直し】

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。  
イ 14日以内の期間 428点  
（特別入院基本料については、300点）

注3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。  
イ 14日以内の期間 450点  
（特別入院基本料等については、300点）

【注の追加】

（追加）

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注4 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当するもの（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、後期高齢者特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料を算定する患者については790点を算定する。

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

【注の見直し】

注5 注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

注6 注5に規定する特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 入院時医学管理加算

ロ~リ (略)

ヌ~ル (略)

ヲ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ワ 新生児入院医療管理加算

カ 看護配置加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ~ト (略)

ノ・オ (略)

ク~フ (略)

コ 退院調整加算(注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。)

イ 総合入院体制加算

ロ~リ (略)

ヌ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

ル~ヲ (略)

ワ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

カ 看護配置加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

コ 看護補助加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。)

タ~ト (略)

ノ 強度行動障害入院医療管理加算

オ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ク 摂食障害入院医療管理加算

ヤ・マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

フ~ア (略)

サ 慢性期病棟等退院調整加算(注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。)

キ 急性期病棟等退院調整加算(注5に規定



A 1 0 1 療養病棟入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

- エ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- テ 後期高齢者総合評価加算
- ア 後期高齢者退院調整加算（注4に規定する後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

する特定入院基本料を算定するものを除く。）

- ユ 新生児特定集中治療室退院調整加算
- メ 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ミ 救急搬送患者地域連携受入加算

シ 総合評価加算

エ 呼吸ケアチーム加算

ヒ 後発医薬品使用体制加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	入院基本料A （健康保険法第63条第2項第2号及び 高齢者医療確保法第64条第2項第2 号の療養（以下この表において「生 活療養」という。）を受ける場合に あっては、1,695点）	1,709点
2	入院基本料B （生活療養を受ける場合にあっては、 1,306点）	1,320点
3	入院基本料C	1,198点

1	療養病棟入院基本料1	
イ	入院基本料A （健康保険法第63条第2項第2号及び 高齢者医療確保法第64条第2項第2 号の療養（以下この表において「生 活療養」という。）を受ける場合に あっては、1,744点）	1,758点
ロ	入院基本料B （生活療養を受ける場合にあっては、 1,691点）	1,705点
ハ	入院基本料C	1,424点

- (生活療養を受ける場合にあっては、  
1,184点)
- 4 入院基本料D 885点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
871点)
- 5 入院基本料E 750点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
736点)

- (生活療養を受ける場合にあっては、  
1,410点)
- ニ 入院基本料D 1,369点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,355点)
- ホ 入院基本料E 1,342点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,328点)
- ヘ 入院基本料F 1,191点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,177点)
- ト 入院基本料G 934点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
920点)
- チ 入院基本料H 887点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
873点)
- リ 入院基本料I 785点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
771点)
- 2 療養病棟入院基本料2
- イ 入院基本料A 1,695点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,681点)
- ロ 入院基本料B 1,642点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,628点)
- ハ 入院基本料C 1,361点  
(生活療養を受ける場合にあっては、  
1,347点)

【注の見直し】

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除

ニ	入院基本料D （生活療養を受ける場合にあつては、 1,292点）	1,306点
ホ	入院基本料E （生活療養を受ける場合にあつては、 1,265点）	1,279点
へ	入院基本料F （生活療養を受ける場合にあつては、 1,114点）	1,128点
ト	入院基本料G （生活療養を受ける場合にあつては、 857点）	871点
チ	入院基本料H （生活療養を受ける場合にあつては、 810点）	824点
リ	入院基本料I （生活療養を受ける場合にあつては、 708点）	722点

注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下この表において「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除

く。)について、当該患者の疾患、状態、A  
D L等について別に厚生労働大臣が定める区  
分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数  
を算定する。ただし、注3のただし書に該当  
する場合には、入院基本料Eを算定する。

く。)について、当該基準に係る区分及び当  
該患者の疾患、状態、A D L等について別に  
厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者  
ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし  
、注3のただし書に該当する場合には、当該  
基準に係る区分に従い、それぞれ入院基本料  
Iを算定する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性  
期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か  
ら転院した患者、介護保険法第8条第25項に  
規定する介護老人保健施設(以下この表にお  
いて「介護老人保健施設」という。)、老人  
福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5  
に規定する特別養護老人ホーム(以下この表  
において「特別養護老人ホーム」という。)  
、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム  
(以下この表において「軽費老人ホーム」と  
いう。)、同法第29条第1項に規定する有料  
老人ホーム(以下「有料老人ホーム」とい  
う。)等若しくは自宅から入院した患者又は  
当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医  
療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患  
者については、転院、入院又は転棟した日か  
ら起算して14日を限度として、救急・在宅等  
支援療養病床初期加算として、1日につき15  
0点を所定点数に加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ~ワ (略) カ 退院調整加算 コ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算</p>	<p>→</p>	<p>注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ~ワ (略) カ 慢性期病棟等退院調整加算</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注7 別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。)第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者については、注1の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。</p>
<p>A105 専門病院入院基本料(1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の一般病棟であっ</p>	<p>→</p>	<p>注1 専門病院(主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であって高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。)の一般病棟であっ</p>

て、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、本文に規定する7対1入院基本料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすことができない病棟については、本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、準7対1入院基本料として、1,495点（別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の病棟である場合には、1,525点）を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

【注の追加】

（追加）

て、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。なお、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注4に規定する後期高齢者特定入院基本料の例により算定する。

注4 当該病棟に入院している特定患者については、注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注5に規定する特定入院基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注4 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ・リ (略)

又 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(いずれも高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合を除く。)

ル 看護補助加算(後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。)

ヲ～ナ (略)

ラ・ム (略)

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト (略)

チ 急性期看護補助体制加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

リ・ヌ (略)

ル 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ヲ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)

ワ～ラ (略)

ム 強度行動障害入院医療管理加算

ウ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

ヰ 摂食障害入院医療管理加算

ノ・オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算(7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)

A 1 0 8 有床診療所入院基本料（1日につき）

【項目の見直し】

ウ～オ（略）  
 ク 退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものに限る。）

ヤ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算  
 マ 後期高齢者総合評価加算  
 ケ 後期高齢者退院調整加算（後期高齢者特定入院基本料を算定するものを除く。）

ヤ～フ（略）  
 コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）  
 エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）  
 テ 新生児特定集中治療室退院調整加算  
 ア 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ 総合評価加算

キ 呼吸ケアチーム加算  
 コ 後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	7日以内の期間	810点
ロ	8日以上14日以内の期間	660点
ハ	15日以上30日以内の期間	490点
ニ	31日以上の期間	450点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	7日以内の期間	640点
ロ	8日以上14日以内の期間	480点
ハ	15日以上30日以内の期間	320点
ニ	31日以上の期間	280点

1	有床診療所入院基本料 1	
イ	14日以内の期間	760点
ロ	15日以上30日以内の期間	590点
ハ	31日以上の期間	500点
2	有床診療所入院基本料 2	
イ	14日以内の期間	680点
ロ	15日以上30日以内の期間	510点
ハ	31日以上の期間	460点
3	有床診療所入院基本料 3	
イ	14日以内の期間	500点
ロ	15日以上30日以内の期間	370点



【注の追加】

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注3 医師配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、1日につき所定点数に60点を加算する。

注4 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 医師配置加算1 88点
- ロ 医師配置加算2 60点

【注の見直し】

注4 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生

注5 看護配置につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生

【注の見直し】

局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	10点
ロ	看護配置加算2	15点
ハ	夜間看護配置加算1	30点
ニ	夜間看護配置加算2	50点

注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト （略）

チ～ヲ （略）

ワ～タ （略）

- レ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算
- ソ 後期高齢者総合評価加算
- ツ 後期高齢者退院調整加算

局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者（有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ	看護配置加算1	25点
ロ	看護配置加算2	10点
ハ	夜間看護配置加算1	80点
ニ	夜間看護配置加算2	30点

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ト （略）

チ 特殊疾患入院施設管理加算

リ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ヌ～カ （略）

ヨ 無菌治療室管理加算

タ 放射線治療病室管理加算

レ 重症皮膚潰瘍管理加算

ソ～ナ （略）

ム 急性期病棟等退院調整加算

ウ 総合評価加算

ヅ 後発医薬品使用体制加算

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【注の追加】

【注の見直し】

第2節 入院基本料等加算

A 2 0 0 入院時医学管理加算（1日

（追加）

注5 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ル（略）  
ヲ 退院調整加算  
ワ 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ル（略）  
ヲ 慢性期病棟等退院調整加算

につき)

【名称の見直し】

入院時医学管理加算（1日につき）

総合入院体制加算（1日につき）

【注の見直し】

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）のうち、入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

【項目の見直し】

- 1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点
- 2 協力型臨床研修病院 20点

- 1 基幹型 40点
- 2 協力型 20点

【注の見直し】

注 臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。以下この表において同じ。）であって、別に厚生労働大臣が定め

注 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児  
救急医療管理加算（１日につき）

【点数の見直し】

1 救急医療管理加算	600点	→	800点 200点
2 乳幼児救急医療管理加算	150点		

【注の見直し】

<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に</p>
---	--

る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制  
加算（入院初日）

【項目の追加】

1	25対1 補助体制加算	355点
2	50対1 補助体制加算	185点
3	75対1 補助体制加算	130点
4	100対1 補助体制加算	105点

【注の見直し】

注 病院勤務医の負担の軽減を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

ついて、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

1	15対1 補助体制加算	810点
2	20対1 補助体制加算	610点
3	25対1 補助体制加算	490点
4	50対1 補助体制加算	255点
5	75対1 補助体制加算	180点
6	100対1 補助体制加算	138点

注 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1日につき）		
1	急性期看護補助体制加算 1	120点

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算  
( 1日につき )

【注の見直し】

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条第14項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の患者及びその疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

2 急性期看護補助体制加算 2 80点

注 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算  
(1日につき)

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病床に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を含む。))のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。

注 重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。ただし、この場合において難病等特別入院診療加算は算定しない。

A 2 1 2 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)

【点数の見直し】

1 超重症児(者)入院診療加算

- イ 6歳未満の場合 600点
- ロ 6歳以上の場合 300点

- 800点
- 400点

【注の追加】

(追加)

注3 当該患者が自宅から入院した患者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、在宅重症児(者)受入加算として、1日



A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき）

【項目の見直し】

300点

につき200点を更に所定点数に加算する。

- |   |       |      |
|---|-------|------|
| 1 | 個室加算  | 300点 |
| 2 | 陰圧室加算 | 200点 |

【注の見直し】

注 二類感染症患者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室の病室に入院した場合に所定点数に加算する。

注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院した場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算（1日につき）

【点数の見直し】

500点

2,500点

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算（1日につき）

【点数の見直し】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算  
(入院初日)

【点数の見直し】

【新設】

300点 → 400点

400点 → 500点

(新設) → A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算(週1回)  
200点

注 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 - 2 - 3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

【項目の見直し】

【注の追加】

【注の追加】

A 2 3 8 退院調整加算

50点

（追加）

（追加）

- |   |            |     |
|---|------------|-----|
| 1 | 医療安全対策加算 1 | 85点 |
| 2 | 医療安全対策加算 2 | 35点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節の特定入院料又は第 4 節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

注 2 組織的な感染防止対策に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

【名称の見直し】

退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

【項目の見直し】

- 1 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
- 2 退院加算（退院時 1 回）
  - イ 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
  - ロ 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

- 1 慢性期病棟等退院調整加算 1
  - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回）
    - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 140点
    - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 340点
- 2 慢性期病棟等退院調整加算 2
  - イ 退院支援計画作成加算（入院中 1 回）  
100点
  - ロ 退院加算（退院時 1 回）
    - (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合 100点
    - (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 300点

【注の見直し】

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大

注 1 退院支援計画作成加算は、別に厚生労働大

臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望する患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期にわたり入院している患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、慢性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 退院加算は、注1に掲げる退院支援計画加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

注2 退院加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1に掲げる退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算（退院時1回）

1	急性期病棟等退院調整加算 1	140点
2	急性期病棟等退院調整加算 2	100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中

【新設】

(新設)

の患者（介護保険法施行令（平成10年法律第41号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期病棟等退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算  
(退院時1回) 500点

注 急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して5日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 3 8 - 2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号B 0 0 5 - 2に掲げる地域連携診療計画管理料又は区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料

【新設】

(新設)

( )は、別に算定できない。

A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算  
(入院初日) 1,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 0 5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料( )は、別に算定できない。

A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算(入院初日)

500点

(削除)

【削除】

注 別の保険医療機関(診療所に限る。)において区分番号B 0 1 6に掲げる後期高齢者診療料を算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者外来患者緊急入院診療加

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算  
(入院中1回)

【名称の変更】

後期高齢者総合評価加算(入院中1回)

総合評価加算(入院中1回)

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算  
(退院時1回)

100点

(削除)

【削除】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中



の後期高齢者である患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、後期高齢者退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。

【新設】

（新設）

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算（入院初日）  
30点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第3節 特定入院料

A 3 0 1 特定集中治療室管理料（1日につき）

【項目の見直し】

1	7日以内の期間	8,760点
2	8日以上14日以内の期間	7,330点

1	特定集中治療室管理料 1	
イ	7日以内の期間	9,200点
ロ	8日以上14日以内の期間	7,700点

2	特定集中治療室管理料 2	
イ	特定集中治療室管理料	
(1)	7日以内の期間	9,200点
(2)	8日以上14日以内の期間	7,700点
ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(1)	7日以内の期間	9,200点
(2)	8日以上60日以内の期間	7,890点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、14日を限度として算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

【注の削除】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において特定集中治療室管理が行われた場合は、所定点数に所定点数の10分の5に相当する点数を加算する。

（削除）

【注の追加】

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 7日以内の期間 1,500点

ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点

【注の見直し】

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。)

ハ～チ (略)

注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ (略)

ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。)

ハ～チ (略)

医療管理料（1日につき）

【点数の見直し】

3,700点 → 4,500点

【注の見直し】

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

注2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ（略）

イ（略）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除く。）

ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算を除く。）

ハ～チ（略）

ハ～チ（略）

A308-2 亜急性期入院医療管理料（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者については、リハビリテーション提供体制加算として、1日に

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、後期高齢者総合評価加算、後期高齢者退院調整加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

つき所定点数に50点を加算する。

注3 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算、救急搬送患者地域連携受入加算及び総合評価加算、第2章第1部医学管理等、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置（所定点数（第1節に掲げるものに限る。）が1,000点を超えるものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに第12部放射線治療に係る費用並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、亜急性期入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区

腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

#### 第4節 短期滞在手術基本料

##### A400 短期滞在手術基本料

###### 【注の見直し】

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ (略)

###### ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

###### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ( $\gamma$ -GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダー

注3 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術基本料1に含まれるものとする。

イ・ロ (略)

###### ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

###### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ( $\gamma$ -GTP)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LD)、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、

ゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルピック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV - 1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料

ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV - 1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

ル 麻酔管理料( )

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの

区分番号 L 0 0 9 に掲げるもの  
マ 麻酔管理料( )  
区分番号 L 0 1 0 に掲げるもの



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>22 がん性疼痛緩和指導管理料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>B001-4 手術前医学管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定する</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定する</p>

ことができる。

イ～ロ（略）

#### ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

#### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）及びイオン化カルシウム

#### ホ 感染症免疫学的検査

ことができる。

イ～ロ（略）

#### ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間、凝固時間及び活性化部分トロンボプラスチン時間

#### ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及び $\text{HPO}_4$ 、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）及びイオン化カルシウム

#### ホ 感染症免疫学的検査

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

【注の見直し】

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）定量

チ～ヌ（略）

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原及び淋菌抗原同定検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原（定性、半定量）及びHCV抗体価（定性、定量）

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ～ヌ（略）

注3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ（略）

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度、末梢血液像及び末梢血

梢血液一般検査

二 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析  
ホ～ヌ（略）

液一般検査

二 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素（BUN）、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ、コリンエステラーゼ（ChE）、 $\gamma$ -グルタミールトランスペプチダーゼ（ $\gamma$ -GTP）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LD）、酸ホスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・ホスホキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、遊離脂肪酸、HDL - コレステロール、LDL - コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析  
ホ～ヌ（略）

B005 - 2 地域連携診療計画管理  
料

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注1 転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料（ ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料（ ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【注の追加】

（追加）

注3 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同  
指導料( )又は区分番号B005に掲げる退  
院時共同指導料2は別に算定できない。

注4 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退  
院調整加算、区分番号A238-2に掲げる  
急性期病棟等退院調整加算、区分番号A23  
8-4に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加  
算、区分番号B003に掲げる開放型病院共  
同指導料( )又は区分番号B005に掲げる  
退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-3 地域連携診療計画退院  
時指導料

【名称の見直し】

地域連携診療計画退院時指導料

地域連携診療計画退院時指導料( )

【注の追加】

(追加)

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合  
しているものとして地方厚生局長等に届け出  
た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が  
、患者の同意を得た上で、注1に規定する診  
療計画に基づいて、地域において当該患者の  
退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護  
サービス事業者等に当該患者に係る診療情報  
を文書により提供した場合には、地域連携診  
療計画退院計画加算として、所定点数に100  
点を加算する。

【注の見直し】	注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供及び注2の規定に基づく当該保険医療機関又は介護サービス事業者等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、それぞれ所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	(追加)	→	注4 当該患者に対して行われた区分番号B005-1-2に掲げる介護支援連携指導料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の見直し】	注3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。	→	注5 区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。
【新設】	(新設)	→	<p>B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料( ) 300点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、他の保険医療機関において区分番号B00</p>

【新設】

(新設)

5 - 3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料( )を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、同区分番号の注1に規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく計画管理病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005 - 6 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療



【新設】

(新設)

機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療

情報提供料( )の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B 0 1 4に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

B 0 0 9 診療情報提供料( )

【注の見直し】

注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センタ

注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医

	<p>一等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>		<p>療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者</p>	<p>→</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場</p>

の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。

B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

【点数の見直し】

- 1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき）  
50点
- 2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）  
1,000点

100点

1,100点

B 0 1 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

【名称の見直し】

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

退院時薬剤情報管理指導料

【点数の見直し】

100点

90点

【注の見直し】

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が

<p>B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>注 保険医療機関の保険医が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>200点</p>	<p>服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>（削除）</p>
--	--	-------------	--



D 0 0 7 血液化学検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から7までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 100点
- ロ 8項目又は9項目 109点
- ハ 10項目以上 129点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から9までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 5項目以上7項目以下 95点
- ロ 8項目又は9項目 104点
- ハ 10項目以上 123点

注 入院中の患者について算定した場合は、初回に限り20点を加算する。

D 0 0 8 内分泌学的検査

【注の見直し】

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の9から20までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の10から21までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

- イ 3項目以上5項目以下 410点
- ロ 6項目又は7項目 630点
- ハ 8項目以上 900点

D 0 0 9 腫瘍マーカー

【注の見直し】

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から15までに掲げる検査を2項目以

注2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から14までに掲げる検査を2項目以

	<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>		<p>上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 2項目 230点</p> <p>ロ 3項目 290点</p> <p>ハ 4項目以上 420点</p>
D 0 1 4 自己抗体検査			
【注の見直し】	<p>注 本区分の8及び9に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>	→	<p>注 本区分の9及び10に掲げる検査を2項目又は3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。</p>
D 0 1 7 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査			
	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 32点</p>	→	<p>1 蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 42点</p> <p>注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、所定点数に32点を加算する。</p>
D 0 1 8 細菌培養同定検査			
【注の見直し】	<p>注 1から5までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、70点を加算する。</p>	→	<p>注 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、80点を加算する。</p>
D 0 2 2 抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）			
【注の新設】		(新設) →	<p>注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。</p>



D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

【項目の見直し】

6 H C V 核酸同定検査

360点

6 H C V 核酸同定検査、H P V 核酸同定検査

360点

注 H P V 核酸同定検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類が A S C - U S と判定された患者に対して行った場合に限り算定する。

D 0 2 5 基本的検体検査実施料（1日につき）

【注の見直し】

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価測定、梅毒脂質抗原使用検査（定量）、T P H A 試験（定量）、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原、H B s 抗体価、H B s 抗原精密測定、H B s 抗体価精密測定、H C V 抗体価精密測定及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）定量、血清補体価（C H<sub>50</sub>

注2 次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ～ヌ（略）

ル 感染症免疫学的検査

梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（A S O 価）、トキソプラズマ抗体価（半定量）、梅毒脂質抗原使用検査、T P H A 試験、T P H A 試験（定性）及びH I V - 1 抗体価

ヲ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原（定性、半定量）、H B s 抗体価（半定量）、H B s 抗原、H B s 抗体価、H C V 抗体価（定性、定量）及びH C V 構造蛋白及び非構造蛋白抗体価

ワ（略）

カ 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性、C 反応性蛋白（C R P）、血清補体価（C H<sub>50</sub>）及

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

【注の見直し】

注3 別に厚生労働大臣が定める検体検査管理に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算（ ）及び検体検査管理加算（ ）については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算（ ）を算定した場合には、検体検査管理加算（ ）又は検体検査管理加算（ ）は算定せず、検体検査管理加算（ ）を算定した場合には、検体検査管理加算（ ）又は検体検査管理加算（ ）は算定しない。

イ 検体検査管理加算（ ）	40点
ロ 検体検査管理加算（ ）	100点
ハ 検体検査管理加算（ ）	300点

び免疫グロブリン  
ヨ（略）

注3 検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算（ ）及び検体検査管理加算（ ）については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ 検体検査管理加算（ ）	40点
ロ 検体検査管理加算（ ）	100点
ハ 検体検査管理加算（ ）	300点
ニ 検体検査管理加算（ ）	500点

D027 基本的検体検査判断料

【注の見直し】

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注3に掲げる

注2 区分番号D026に掲げる検体検査判断料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限り、同注に掲げる点

第3節 生体検査料

【通則の追加】

D 2 1 5 超音波検査（記録に要する費用を含む。）

点数を所定点数に加算する。ただし、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定せず、検体検査管理加算( )を算定した場合には、検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )は算定しない。

(追加)

数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

- 2 3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号D 2 0 0からD 2 4 2までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の15に相当する点数を加算する。
- イ 呼吸機能検査等判断料
  - ロ 心臓カテーテル法による諸検査
  - ハ 心電図検査の注に掲げるもの
  - ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
  - ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ
  - ヘ 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
  - ト 深部体温計による深部体温測定
  - チ 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
  - リ 脳波検査の注2に掲げるもの
  - ヌ 脳波検査判断料
  - ル 神経・筋検査判断料

<p>【名称の見直し】 【項目の追加】</p>	<p>3 UCG イ～ハ（略）</p>	<p>3 心臓超音波検査 イ～ハ（略） ニ 胎児心エコー法 1,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 断層撮影法について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p>	<p>注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に150点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 断層撮影法について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>	<p>注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、所定点数に200点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 UCGの検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>注3 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>D239 筋電図検査  【注の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>注1 2について、2神経以上に対して行う場合には、1神経を増すごとに所定点数に150点を加算する。ただし、加算点数は450点を超えないものとする。</p>

【新設】		(新設)	→ D 4 0 4 - 2 骨髄生検 730点 注 6歳未満の乳幼児の場合には、所定点数に100点を加算する。
【新設】		(新設)	→ D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検 1 併用法 5,000点 2 単独法 3,000点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>第3節 コンピューター断層撮影診療料</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ マルチスライス型の機器による場合 850点</p> <p>ロ イ以外の場合 660点</p>	<p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 CT撮影のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 CT撮影のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注6 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、所定点数に800点を加算する。</p>
<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点 2 1以外の場合 1,080点</p>	<p>→</p>	<p>1,330点 1,000点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H001 脳血管疾患等リハビリテー</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>5 区分番号J117に掲げる鋼線等による直達牽引（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料又は集団コミュニケーション療法料の所定点数に含まれるものとする。</p>



ション料

【項目の見直し】

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位) 100点

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 245点
  - ロ □廃用症候群の場合 235点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 200点
  - ロ □廃用症候群の場合 190点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料( )(1単位)
  - イ □以外の場合 100点
  - ロ □廃用症候群の場合 100点

【注の見直し】

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

H007-2 がん患者リハビリテーション料 (1単位) 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定め

る患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案						
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 病理診断</p> <p>第1節 病理標本作製料</p> <p>N002 免疫染色（免疫抗体法） 病理組織標本作製</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>4 その他（1臓器につき）</p> <p>【注の追加】</p> <p>【新設】</p>	<p>350点</p> <p>（追加）</p> <p>（新設）</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 638 1478 774">4</td> <td data-bbox="1512 670 1971 702">EGFRタンパク</td> <td data-bbox="1993 670 2060 702">690点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 710 1478 774">5</td> <td data-bbox="1512 710 1971 742">その他（1臓器につき）</td> <td data-bbox="1993 710 2060 742">400点</td> </tr> </table> <p>注2 5について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、所定点数に1,600点を加算する。</p> <p>N003-2 術中迅速細胞診（1手術につき） 450点</p> <p>注 テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。</p>	4	EGFRタンパク	690点	5	その他（1臓器につき）	400点
4	EGFRタンパク	690点						
5	その他（1臓器につき）	400点						

N 0 0 4 細胞診（1部位につき）

【項目の見直し】

- 1 婦人科材料
- 2 その他

150点  
190点

- 1 婦人科材料等によるもの 150点
- 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの 190点

第2節 病理診断・判断料

N 0 0 6 病理診断料

【項目の見直し】

410点

- 1 組織診断料 500点
- 2 細胞診断料 240点

【注の削除】

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N 0 0 0に掲げる病理組織標本作製、区分番号N 0 0 1に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N 0 0 2に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N 0 0 3に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、

【注の追加】

(追加)

月1回に限り算定する。

注2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

注3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

N007 病理判断料

【点数の見直し】

146点

150点



### 3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1部 調剤報酬</p> <p>第1節 調剤技術料</p> <p>00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。</p>	<p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。</p> <p>注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点</p>

0 1 調剤料

【項目の見直し】

- 1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））
  - イ 14日分以下の場合
    - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
    - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
  - ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点
  - ハ 22日分以上の場合 77点

- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 13点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 17点

【注の追加】

（追加）

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く（1剤につき））
  - イ 14日分以下の場合
    - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
    - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
  - ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点
  - ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点
  - ニ 31日分以上の場合 89点

- 注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
  - イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数
  - ロ 57日分以上の場合 270点



<p>【項目の見直し】</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき） 190点</p>	<p>→</p>	<p>4 湯薬（1調剤につき）  イ 7日分以下の場合 190点  ロ 8日分以上28日分以下の場合  (1) 7日目以下の部分 190点  (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点  ハ 29日分以上の場合 400点</p>
<p>【項目の削除】</p>	<p>5 一包化薬 89点  注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p>	<p>→</p>	<p>（削除）</p>
<p>第2節 薬学管理料</p>			
<p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>			
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者（後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p>	<p>→</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。  ロ 処方された薬剤について、直接患者又は</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>□ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p>	<p>(追加)</p>	<p>その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、所定点数に4点を加算する。</p>
<p>1.1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>
<p>1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p>	<p>→</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p>

【注の見直し】

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

35点  
注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。  
イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。  
ロ 処方された薬剤について、直接患者又は

（削除）

その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。

3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

イ 処方に変更が行われた場合 20点

ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

19 後期高齢者終末期相談支援料

200点

【削除】

注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）に対

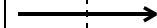
（削除）

第2部 算定制限

【削除】

して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。



(削除)

## 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>1 訪問看護基本療養費（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者が老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム若しくは同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設（以下「特定施設」という。）を除く。）、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、特定施設若しくは高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（特定施設を除く。）に入居若しくは入所している者又は介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、同法第8条</p>	<p>注3 八については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費（ ）を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。</p>

第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）若しくは同法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている者（以下「居住系施設入居者等」という。）である場合に、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、利用者1人につき週3日（同一の利用者について、イ及びハを併せて算定する場合において同じ。）を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

【注の追加】

（追加）

注10 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算又は幼児加算として、1日につきそれぞれ所定額に500円を加算する。

【注の追加】

(追加)

注11 イ及びハについては、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合

4,300円

ロ 看護職員（所定額を算定する指定訪問看護を行った者）が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合

3,800円

【注の見直し】

注10 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合についてはこの限りではない。

イ 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院若しくは入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定

注12 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所及び介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定



施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーション（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合

施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合（二又はホに規定する利用者が指定訪問看護を受けている場合を除く。）

ニ 次に掲げる利用者が、他の2つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（ホに規定する利用者を除く。）

(2) 特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの

ホ 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つの訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

2 訪問看護管理療養費

【点数の見直し】

イ	月の初日の訪問の場合	7,050円
ロ	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,900円

イ	月の初日の訪問の場合	7,300円
ロ	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,950円

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

4 後期高齢者終末期相談支援療養費

【削除】

2,000円

注 訪問看護療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付を受ける者をいう。）である利用者（在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものに限る。）に対して、利用者の同意を得て、保険医療機関の保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、利用者1人につき1回に限り算定する。

（削除）

5 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、訪問看護ターミナルケア療養費の所定額を算定する。

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

通則

【通則の削除】

3 第1号の4の規定にかかわらず、後期高齢者終末期相談支援療養費は、別に厚生労働大臣が定める日より算定できるものとする。

（削除）

## 第3部

関係省令・告示(案)

【保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（案）】

新旧対照条文

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付）                      第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付すること足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）                      第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>	<p>（領収証等の交付）                      第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）                      第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

<p>。 発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>ホ～へ（略）</p> <p>三了九（略）</p>	<p>ホ～へ（略）</p> <p>三了九（略）</p>
---	-----------------------------

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

<p>改正案</p> <p>（領収証の交付）</p> <p>第四条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することのできるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p>	<p>現行</p> <p>（領収証の交付）</p> <p>第四条の二（略）</p>
--	---

# 処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平	年	月	日	電話番号		保険医氏名 <span style="float:right">印</span>		
	区分	被保険者	被扶養者		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード			
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方										
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考										
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印									
	保険医署名									

調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印				公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更が差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列 5 番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。



新旧対照条文

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等<sup>(一)</sup>の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付）            第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付すること<sup>(二)</sup>で足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>	<p>（領収証等の交付）            第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針）            第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）

（の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホトト （略）

四八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 （略）

三 投薬

イハ （略）

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）

（の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホトト （略）

四八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 （略）

三 投薬

イハ （略）

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することとで足りるものとする。

3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。ただし、平成二十二年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

別表を次のように改める。

別表（抄）

医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格

規	格	1枚当たり材料価格
001	半切	137円
002	大角	114円
003	大四ツ切	84円
004	四ツ切	64円
005	六ツ切	52円
006	八ツ切	48円
007	カビネ	42円
008	30cm × 35cm	83円
009	24cm × 30cm	66円
010	18cm × 24cm	44円
011	標準型（3cm × 4cm）	28円
012	咬合型（5.7cm × 7.6cm、5.5cm × 7.5cm又は5.4cm × 7cm）	38円
013	咬翼型（4.1cm × 3cm又は2.1cm × 3.5cm）	38円
014	オルソパントモ型	
	20.3cm × 30.5cm	99円
	15cm × 30cm	115円
015	小児型	
	2.2cm × 3.5cm	30円
	2.4cm × 3cm	23円
016	間接撮影用フィルム	
	10cm × 10cm	31円
	7cm × 7cm	22円
	6cm × 6cm	15円
017	オデルカ用フィルム	
	10cm × 10cm	32円
	7cm × 7cm	22円
018	マンモグラフィー用フィルム	
	24cm × 30cm	135円
	20.3cm × 25.4cm	130円
	18cm × 24cm	120円
019	画像記録用フィルム	
	(1) 半切	288円
	(2) 大角	222円
	(3) 大四ツ切	196円
	(4) B 4	160円
	(5) 四ツ切	145円
	(6) 六ツ切	133円
	(7) 24cm × 30cm	139円

歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	プラスチックカニューレ型静脈内留置針	
	(1) 標準型	90円
	(2) 針刺し事故防止機構付加型	108円
002	中心静脈用カテーテル	
	(1) 標準型	
	シングルルーメン	

ア	スルーザカニューラ型	1,740円
イ	セルジンガー型	1,910円
	マルチルーメン	
ア	スルーザカニューラ型	2,870円
イ	セルジンガー型	7,530円
(2)	抗血栓性型	2,310円
(3)	極細型	7,890円
(4)	カフ付き	21,800円
(5)	酸素飽和度測定機能付き	36,500円
(6)	末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き	13,800円

歯科点数表の第2章第8部及び第9部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	人工骨	
(1)	汎用型	
	非吸収型	
ア	顆粒・フィラー	1 g 当たり6,480円
イ	多孔体	1 mL当たり16,000円
ウ	骨形成促進型	1 mL当たり45,800円
エ	形状賦形型	1 mL当たり19,500円
	吸収型	
ア	顆粒・フィラー	1 g 当たり14,900円
イ	多孔体	1 mL当たり15,700円
002	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
(1)	カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
(2)	カスタムメイド人工骨	
	カスタムメイド人工骨(S)	850,000円
	カスタムメイド人工骨(M)	961,000円
	カスタムメイド人工骨(L)	999,000円
003	合成吸収性骨片接合材料	
(1)	スクリュー	
	頭蓋・顎・顔面・小骨用	35,400円
(2)	ストレートプレート	40,200円
(3)	その他のプレート	56,100円
(4)	ワッシャー	20,100円
(5)	ピン	
	一般用	44,700円
004	固定用内副子(スクリュー)	
(1)	その他のスクリュー	
	標準型	
ア	小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,940円
005	固定用内副子(プレート)	
(1)	その他のプレート	
	標準	
ア	指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用	
	ストレート型・異形型	15,300円
	メッシュ型	94,400円
イ	下顎骨・骨盤再建用	73,700円
ウ	人工顎関節用	114,000円
	特殊	
ア	骨延長用	118,000円

	イ スクリュー非使用型	177,000円
006	固定釘	
	(1) 平面型	18,400円
	(2) 立体特殊型	29,800円
007	固定用金属線	
	(1) 金属線	
	ワイヤー	1 cm当たり20円
	ケーブル	59,800円
008	固定用金属ピン	
	(1) 一般用	558円
009	削除	
010	鼻孔プロテーゼ	3,830円
011	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり8円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	標準型	1 cm <sup>2</sup> 当たり13円
	異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm <sup>2</sup> 当たり25円
012	真皮欠損用グラフト	1 cm <sup>2</sup> 当たり450円
013	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 平坦部位用	142円
	(2) 凹凸部位用	322円
014	栄養カテーテル	
	(1) 経鼻用	
	一般用	175円
	乳幼児用	
	ア 一般型	90円
	イ 非DEHP型	140円
	経腸栄養用	1,650円
	特殊型	2,020円
015	気管内チューブ	
	(1) カフあり	
	カフ上部吸引機能あり	2,640円
	カフ上部吸引機能なし	776円
	(2) カフなし	659円
016	胃管カテーテル	
	(1) シングルルーメン	87円
	(2) ダブルルーメン	
	標準型	495円
	特殊型	1,460円
017	吸引留置カテーテル	
	(1) 能動吸引型	
	創部用(ドレーンチューブ)	
	ア 軟質型	6,370円
	イ 硬質型	3,880円
	(2) 受動吸引型	
	フィルム・チューブドレーン	
	ア フィルム型	263円
	イ チューブ型	923円

018	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 2管一般( )	241円
	(2) 2管一般( )	672円
	(3) 2管一般( )	1,650円
	(4) 特定( )	772円
	(5) 特定( )	2,110円
	(6) 圧迫止血	4,530円

019	人工血管	
	(1) 永久留置型	
	小血管用	
	ア 標準型	
	外部サポートあり	1 cm当たり3,150円
	外部サポートなし	1 cm当たり2,350円

020	輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）	2,390円
021	輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）	2,730円
022	輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）	3,190円
023	歯周組織再生材料	1 歯 1 枚当たり9,000円

歯科点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

	品名	単位	材料価格
001	歯科用純金地金（金99.99%以上）	1 g	3,397円
002	歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用（J I S 適合品）	1 g	2,332円
003	歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用（J I S 適合品）	1 g	2,733円
004	歯科用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）	1 g	4,389円
005	歯科用14カラット合金用金ろう（J I S 適合品）	1 g	2,838円
006	歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	619円
007	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 板状（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	592円
008	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 パラタルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	698円
009	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 リンガルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	641円
010	歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 J I S 適合品）	1 g	1,101円
011	歯科鑄造用銀合金 第1種（銀60%以上インジウム5%未満 J I S 適合品）	1 g	87円
012	歯科鑄造用銀合金 第2種（銀60%以上インジウム5%以上 J I S 適合品）	1 g	100円
013	歯科用銀ろう（J I S 適合品）	1 g	200円
014	歯科用プラズメタル（銀25%以上パラジウム5%以上）	1 g	698円
015	歯科用プラズメタル（銀25%以上）	1 g	296円
016	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 冠用	1 g	20円
017	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 鉤・バー用	1 g	26円
018	歯科用ニッケルクロム合金板（J I S 適合品）	1 g	130円
019	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	22円
020	歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1 g	27円
021	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	13円
022	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	63円
023	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	9円
024	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	10円
025	歯科用銀アマルガム用合金（アロイ J I S 適合品）	1 g	113円
026	歯科用銀アマルガム用合金（水銀 J I S 適合品）	1 g	19円



027	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
028	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
029	陶歯 前歯継続歯用（真空焼成歯）	2本1組	1,312円
030	陶歯 臼歯継続歯用（真空焼成歯）	4本1組	1,920円
031	レジン歯 前歯用（JIS適合品）	6本1組	251円
032	レジン歯 臼歯用（JIS適合品）	8本1組	269円
033	スルフォン樹脂レジン歯 前歯用	6本1組	631円
034	スルフォン樹脂レジン歯 臼歯用	8本1組	827円
035	硬質レジン歯 前歯用	6本1組	593円
036	硬質レジン歯 臼歯用	8本1組	773円
037	歯冠用加熱重合レジン（粉末 JIS適合品）	1g	21円
038	歯冠用加熱重合レジン（液 JIS適合品）	1mL	4円
039	歯冠用加熱重合硬質レジン	1g	26円
040	歯冠用光重合硬質レジン	1g	694円
041	義歯床用アクリリック樹脂（粉末 JIS適合品）	1g	5円
042	義歯床用アクリリック樹脂（液 JIS適合品）	1mL	4円
043	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（粉末）	1g	28円
044	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（液）	1mL	19円
045	義歯床用熱可塑性樹脂	1g	22円
046	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	441円
047	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	103円
048	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	23円
049	歯科充填用材料	1g	704円
050	歯科充填用材料	1g	270円
051	歯科充填用材料	1g	16円
052	複合レジン 築造用（硬化後フィラー60%以上）	1g	268円
053	金属小釘 ロック型	1本	64円
054	金属小釘 スクリュー型	1本	48円
055	金属小釘 スクリュー型（金メッキ）	1本	106円
056	乳歯金属冠	1本	289円
057	スクリューポスト 支台築造用	1本	61円

歯科点数表の第2章第13部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

品名	単位	材料価格
001	歯科矯正用帯環 切歯用	1個 173円
002	歯科矯正用帯環 犬歯用及び臼歯用	1個 182円
003	帯環用ブラケット	1個 179円
004	ダイレクトボンド用ブラケット	1個 286円
005	チューブ	1個 422円
006	STロック	1組 2,027円
007	スクリュー 床用	1個 1,210円
008	スクリュー スケレトン用	1個 2,228円
009	トラクションバンド	1個 309円
010	ネックストラップ	1個 200円
011	ヘッドギア リトラクター用	1個 7,432円
012	ヘッドギア プロトラクター用	1個 9,782円
013	チンキャップ リトラクター用	1個 3,195円
014	チンキャップ プロトラクター用	1個 1,954円
015	フェイスボウ	1個 738円
016	矯正用線（丸型）	1本 380円

017	矯正用線（角型）	1本	261円
018	矯正用線（特殊丸型）	1本	370円
019	矯正用線（特殊角型）	1本	432円
020	超弾性矯正用線（丸型及び角型）	1本	527円
021	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	22円
022	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 床用	1g	38円
023	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	13円
024	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1cm	63円
025	歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g	28円
026	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	9円
027	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1cm	10円
028	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
029	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
030	レジン歯 前歯用（J I S 適合品）	6本1組	251円
031	レジン歯 臼歯用（J I S 適合品）	8本1組	269円
032	義歯床用アクリリック樹脂（粉末J I S 適合品）	1g	5円
033	義歯床用アクリリック樹脂（液J I S 適合品）	1mL	4円
034	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	441円
035	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	103円
036	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	23円
037	ダイレクトボンド用ボンディング材	1g	900円
038	シリコン樹脂	1g	16円
039	超弾性コイルスプリング	1個	450円

別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		17円
002	ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器		10円
003	ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		11円
004	腹膜透析液交換セット		
	(1) 交換キット		558円
	(2) 回路		
	Yセット		867円
	A P Dセット		5,610円
	I P Dセット		1,040円
005	在宅中心静脈栄養用輸液セット		
	(1) 本体		1,930円
	(2) 付属品		
	フーバー針		400円
	輸液バッグ		400円
006	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル		
	(1) 経鼻用		
	一般用		175円
	乳幼児用		
	ア 一般型		90円
	イ 非D E H P型		140円
	経腸栄養用		1,650円
	特殊型		2,020円
	(2) 腸瘻用		4,350円
007	万年筆型注入器用注射針		
	(1) 標準型		15円

- (2) 針折れ防止型 17円
  - (3) 超微細型 18円
  - 008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ 4,000円
- 経過措置

(2) 次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

900 遠心分離式白血球除去用材料	平成22年4月1日から	26,500円
901 鼻中隔プロテーゼ	平成23年3月31日まで	3,960円

厚生労働省告示第 号【抄】

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局

長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

## 第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

### 第三 初・再診料の施設基準等

#### 三の三 明細書発行体制等加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

- (2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第五条の二第二項に規定する明細書及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第五条の二第二項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。

- (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

#### 四 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。
- (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (4) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科医療を担当する病院（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の五第一項に規

定する病院をいう。以下同じ。)である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率(別の保険医療機関から文書により紹介等された患者(当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。)の数を初診患者(当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。)の総数で除して得た数をいう。以下同じ。)が百分の三十以上であること。

ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であつて、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

ハ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であつて、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

ニ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

#### 五 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

(5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

#### 六 障害者歯科医療連携加算の施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

ロ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診

料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上



であること。

(2) 障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制が整備されていること。

## 第八 入院基本料等加算の施設基準等

### 六 臨床研修病院入院診療加算の施設基準

(2) 単独型又は管理型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第百三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 協力型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項

に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準

(1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍しゅようの患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

(3) がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けていること。

二十八の二 栄養サポートチーム加算の施設基準等

(1) 栄養サポートチーム加算の施設基準

イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 栄養サポートチーム加算の対象患者

栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になることが見込ま

れる患者であつて、栄養管理実施加算を算定しているものであること。

二十九 医療安全対策加算の施設基準等

(1) 医療安全対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。

ロ 医療安全対策加算2の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

イの 及び の要件を満たしていること。

(2) 感染防止対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1に係る届出を行った保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制

が整備されていること。

### 三十三の四 救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

### 三十三の五 救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

### 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二

割以上であること。

八 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者

診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者

三十六 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。

(2) 当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

別表第一から別表第十二までを次のように改める。

別表第一 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術

J013 口腔内消炎手術（顎炎又は顎骨骨髓炎等に限る。）

J016 口腔底悪性腫瘍手術

J018 舌悪性腫瘍手術

J031 口唇悪性腫瘍手術

J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
J 0 3 5	頬粘膜悪性腫瘍手術
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術
J 0 6 6	齒槽骨骨折観血的整復術
J 0 6 8	上顎骨折観血的手術
J 0 6 9	上顎骨形成術
J 0 7 0	頬骨骨折観血的整復術
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術
J 0 7 2	下顎関節突起骨折観血的手術
J 0 7 5	下顎骨形成術
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術
J 0 8 7	上顎洞根治手術



厚生労働省告示第 号【抄】

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

## 第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医

療機関でないこと。

### 第三 医学管理等

二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

(11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(12) がん患者カウンセリング料の施設基準

がん患者に対してカウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

- (1) 歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (4) 在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患者に提供していること。

(5) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されて

いること。

- (6) 在宅歯科診療に係る後方支援として、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (7) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。

#### 八の二 がん治療連携計画策定料の施設基準

- (1) がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。
- (2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

#### 八の三 がん治療連携指導料の施設基準

- (1) 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

- (2) がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

### 九 薬剤管理指導料の施設基準等

(3) 医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準

当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

#### 第四 在宅医療

八 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準等

(1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準

イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。

ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(2) 在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

別表第六に掲げる疾患

#### 第七 投薬

一 処方料及び処方せん料に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

二 処方料及び処方せん料に規定する抗悪性腫瘍剤<sup>しゅよう</sup>処方管理加算の施設基準  
抗悪性腫瘍剤<sup>しゅよう</sup>処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

## 第八 注射

一 外来化学療法加算の施設基準

(1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する対象患者

別表第九の二の二に掲げる者

三 無菌製剤処理料の施設基準等

(1) 無菌製剤処理料の施設基準

イ 病院であること。

ロ 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

ハ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 無菌製剤処理料の対象患者

イ 無菌製剤処理料1の対象患者

悪性腫瘍<sup>しゅよう</sup>に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫<sup>しゅ</sup>

瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者

□ 無菌製剤処理料2の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であつて次の から までに掲げるもの又は中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

無菌治療室管理加算を算定する患者

HIV感染者療養環境特別加算を算定する患者

又は に準ずる患者

## 第十二 手術

三の四 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

第十三の二 歯冠修復及び欠損補綴

一 う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

二 歯科技工加算の施設基準

(1) 常勤の歯科技工士を配置していること。

- (2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

#### 第十四 歯科矯正

##### 一 歯科矯正診断料の施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連絡体制が整備されていること。

##### 二 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）の施設基準

- (1) 障害者自立支援法施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）第三十六条第一号及び第二号に規定する医療について、障害者自立支援法（平成十七年法律第二百二十三号）第五十四条第二項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。



(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(3) 当該療養につき顎<sup>がく</sup>離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

厚生労働省告示第 号

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）の規定に基づき、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成十八年厚生労働省告示第三百三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準

一 通則

イ 地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して届出を行う前六月間において、当該届出に係る事項に関し不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

ロ 地方厚生局長等に対して届出を行う前六月間において、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第九十四条第一項又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第八十一条第一項の規定に基づく検査等の結果、健康保険法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律第七十八条第一項に規定する指定訪問看護（以下

「指定訪問看護」と総称する。）の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

八 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）第二条に規定する員数を満たしていること。

二 訪問看護基本療養費（ ）の基準

精神障害を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき、必要な体制が整備されていること。

三 24時間対応体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であつて、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。

四 24時間連絡体制加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にあること。

五 重症者管理加算の基準

指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対する指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体

制その他必要な体制が整備されていること。

第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

一 訪問看護基本療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者

特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第七に掲げる疾病等の利用者

二 訪問看護基本療養費の注4に規定する厚生労働大臣が定める者

特掲診療料の施設基準等別表第七の二各号に掲げる者

三 長時間訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者

特掲診療料の施設基準等別表第七の三に掲げる者

四 複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者

一人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であつて、次のいずれかに該当するもの

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者

ロ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

ハ 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者

ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

- 五 訪問看護管理療養費の注3本文に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者  
特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- 六 訪問看護管理療養費の注3ただし書に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある利用者  
特掲診療料の施設基準等別表第八第一号に掲げる者
- 第三 特別地域訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める地域
  - 一 離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
  - 二 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
  - 三 山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
  - 四 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域
  - 五 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
  - 六 過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域
- 第四 指定訪問看護に係る厚生労働大臣が定める場合

- 一 要介護被保険者等である利用者について指定訪問看護の費用に要する額を算定できる場合
  - イ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合
  - ロ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合
  - ハ 訪問看護基本療養費（ ）が算定される指定訪問看護を行う場合
  - ニ 訪問看護基本療養費の注12ただし書に規定する所定額を算定できる場合
  - イ 介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第十八項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている利用者に対し、前号イ又はロに掲げる指定訪問看護を行う場合
  - ロ 介護保険法第八条第二十四項に規定する介護老人福祉施設の入所者等であつて、末期の悪性腫瘍しゅようであるものに対し、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護を行う場合

新旧対照条文

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）            。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）            。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>	<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。）            。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。）            。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二 歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 削除</p> <p>四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>

に関する事項（一に掲げるものを除く。）

四 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている保険医療機関（同令第五条第一項、第六条第一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。）

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 ㊦に罹患している患者の指導管理に関する基準  
(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項

に関する事項（一に掲げるものを除く。）

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第四条第一項の表各号に規定する保険医療機関（平成二十一年四月一日以降においては、同表第一号に規定する保険医療機関を除く。）のいずれにも該当しない保険医療機関

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 ㊦に罹患している患者の指導管理に関する基準  
(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項



一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

三 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

五 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、平成二十三年四月一日以降においては別表第3に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第4に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を除く。）

一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 削除

三 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

四 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

五 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、同年七月一日以降においては別表第11に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第6に収載されている医薬品を、同年十二月一日以降においては別表第10に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第8に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲

表第4に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第7に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第9に収載されている医薬品を除く。）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）

げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限り。( ) ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)及びダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。( )

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

グビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。( )、ダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。( )及び遺伝子組換え型血液凝固因子製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号ホ及びヘ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びヘ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号ホ及びヘ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びヘ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、モダフィニル、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬  
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号ホ及びト並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びト並びに第二十一条第三号ホの厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬  
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバソン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイドマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダウイリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、口・顔・指症候群、メーピウス症候群、カプキ症候群、クリツペル・トレノーネイ・ウエーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群又はスティックラー症候群に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二（略）

三 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバソン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイドマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダウイリー症候群又は顔面裂に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二（略）

第十三の二 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第

二項に規定する明細書を交付しなければならない保険薬局

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一  
条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク  
等を用いた請求を行っている保険薬局（同令第五条第一項、第六条第  
一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による  
請求を行うことができる保険薬局を除く。）

別表第1 (改正内容略)

別表第2 (改正内容略)

別表第3 (改正内容略)

別表第4 (改正内容略)

別表第5 (改正内容略)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(新設)

別表第1 (略)

別表第2 (略)

別表第3 (略)

別表第4 (略)

別表第5 (略)

別表第6 (略)

別表第7 (略)

別表第8 (略)

別表第9 (略)

別表第10 (略)

別表第11 (略)

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、複数手術に係る費用の特例を次のように定め、平成二十二年四月一日から適用し、複数手術に係る費用の特例（平成十八年厚生労働省告示第百十七号）は、同年三月三十一日限り廃止する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

複数手術に係る費用の特例

一 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の第二章第十部に規定する別に厚生労働大臣が定める場合における費用の額の算定方法

(1) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第一の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

(2) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第二に掲げる手術を二以上同時に行った場合の所定点数は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

二 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表の第二章第九部に規定する別に厚生労働大臣が

定める場合における費用の額の算定方法

同一手術野又は同一病巣につき、別表第三の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下欄に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

別表第一

K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
K016	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K019	複合組織移植術	
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K021	粘膜移植術	
K021・2	粘膜弁手術	
K022	組織拡張器による再建手術（一連）	



<p>につき)</p>	<p>K033 筋膜移植術</p>	<p>K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔 内持続注入用埋込型カテーテル設 置</p>	<p>K618 中心静脈栄養用埋込型カテーテル 設置</p>	<p>K034 腱切離・切除術（関節鏡下による ものを含む。）（手指、中手部又 は手関節に限る。）</p>	<p>K035 腱剥離術（関節鏡下によるものを</p>
	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又 は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手 関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）</p>	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又</p>

<p>K037  <small>けん</small> 腱縫合術（手指、中手部又は手関</p>								<p>含む。（）手指、中手部又は手関節に限る。）</p>
<p>K046  骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K623  静脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610  動脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182  神経縫合術（手指、中手部又は手  関節に限る。）</p>	<p>K046  骨折観血的手術（手指、中手部又  は手関節に限る。）</p>	<p>K623  静脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610  動脈形成術、<small>ふん</small> 吻合術（手指、中手  部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182  神経縫合術（手指、中手部又は手  関節に限る。）</p>	<p>は手関節に限る。）</p>
<p>K035・2  <small>けん</small> 腱滑膜切除術</p>								

<p>K 0 3 9</p> <p>腱<sup>けん</sup>移植術（人工腱<sup>けん</sup>形成術を含む。</p>	<p>K 0 3 8</p> <p>腱<sup>けん</sup>延長術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>							<p>節に限る。）</p>
<p>K 0 4 6</p> <p>骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K 6 2 3</p> <p>静脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 1 0</p> <p>動脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 1 8 2</p> <p>神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 0 4 6</p> <p>骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 2 3</p> <p>静脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 6 1 0</p> <p>動脈形成術、吻合<sup>ふん</sup>術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K 1 8 2</p> <p>神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>は手関節に限る。）</p>

<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又</p>	<p>K040 腱移行術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>							<p>（）手指、中手部又は手関節に限る。）</p>
<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K046 骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K623 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K610 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>K182 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）</p>	<p>（）手関節に限る。）</p>

K 2 5 9 角膜移植術		K 1 8 2 神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）		K 1 4 2 脊椎固定術		K 1 0 7 指移植手術（手指に限る。）		K 0 5 3 骨悪性腫瘍手術		は手関節に限る。）	
K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術	K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術	K 2 7 9 硝子体切除術	K 6 2 3 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 6 1 0 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 1 4 4 体外式脊椎固定術	K 1 8 2 神経縫合術（手指に限る。）	K 0 8 2 人工関節置換術	K 0 8 1 人工骨頭挿入術	K 6 2 3 静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K 6 1 0 動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	関節に限る。）

<p>K 5 0 4 縦隔悪性腫瘍手術 <small>しゅよう</small></p>	<p>K 4 0 3 気管形成手術（管状気管、気管移植等）</p>	<p>K 3 1 9 鼓室形成手術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>	<p>K 2 6 8 緑内障手術</p>	<p>K 6 1 0 動脈形成術、吻合術 <small>ふん</small></p>	<p>悪性腫瘍に係る手術 <small>しゅよう</small></p>	<p>K 3 0 5 乳突削開術</p>	<p>K 2 9 9 小耳症手術</p>	<p>K 2 9 6 を要するもの 耳介形成手術 1 耳介軟骨形成</p>	<p>K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術</p>	<p>K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術</p>	<p>K 2 7 9 硝子体切除術</p>	<p>K 2 7 7・2 黄斑下手術 <small>はん</small></p>	<p>K 2 8 4 硝子体置換術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>	<p>K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術</p>	<p>K 2 8 0 硝子体茎顕微鏡下離断術</p>	<p>K 2 8 2 水晶体再建術</p>
---	---------------------------------------	---------------------------	---------------------------	--------------------------	--	--	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	---------------------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------

	<p>K 6 2 3 静脈形成術、吻合術</p>
<p>K 5 1 1 肺切除術</p>	<p>K 5 2 7 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみもの）</p> <p>K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）</p> <p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p> <p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p> <p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>
<p>K 5 1 4 肺悪性腫瘍手術</p>	<p>K 5 0 4 縦隔悪性腫瘍手術</p> <p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p> <p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p>

<p>K 5 7 0 肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの</p>	<p>K 5 7 2 肺静脈形成術</p>	<p>K 6 1 0 動脈形成術、吻合術</p>	<p>K 6 2 3 静脈形成術、吻合術</p>	<p>K 7 3 4 腸回転異常症手術</p>	<p>K 5 5 4 弁形成術</p>	<p>K 5 5 5 弁置換術</p>	<p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>	<p>K 5 6 1 ステントグラフト内挿術</p>	<p>K 5 5 4 弁形成術</p>	<p>K 5 5 5 弁置換術</p>	<p>K 5 5 2・2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）</p>
<p>K 5 3 5 胸腹裂孔ヘルニア手術</p>	<p>K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術</p>	<p>K 5 6 0 大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）</p>									



<p>K 6 5 5 . 2 腹腔鏡下胃切除術</p>		<p>K 6 5 5 胃切除術</p>	<p>K 5 9 4 不整脈手術 3 メイズ手術</p>										
<p>K 6 7 2 . 2 腹腔鏡下胆嚢摘出術</p>	<p>K 6 7 1 . 2 腹腔鏡下胆管切開結石摘出術</p>	<p>K 7 1 9 結腸切除術</p>	<p>K 7 1 6 小腸切除術</p>	<p>K 7 1 1 脾摘出術</p>	<p>場合 切除術（腫瘍摘出術を含む。）の</p>	<p>K 7 0 2 脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部</p>	<p>K 6 9 5 肝切除術</p>	<p>K 6 7 2 胆嚢摘出術</p>	<p>K 6 7 1 胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）</p>	<p>K 7 7 2 腎摘出術</p>	<p>K 6 9 5 肝切除術</p>	<p>開心を伴う手術</p>	<p>K 5 6 1 ステントグラフト内挿術</p>

K 6 5 7 胃全摘術		K 6 5 5・4 噴門側切除術												
K 6 9 5	K 6 7 2	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	場合	K 7 0 2	K 6 9 5	K 6 7 2	K 6 7 1	K 7 1 9・3	K 7 1 9・2	K 7 1 6・2	K 7 1 1・2	
肝切除術	胆嚢摘出術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	切除術（腫瘍摘出術を含む。）の	脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部	肝切除術	胆嚢摘出術	入を含む。）	胆管切開結石摘出術（チューブ挿	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	腹腔鏡下結腸切除術	腹腔鏡下小腸切除術	腹腔鏡下脾摘出術

<p>K 7 1 6 小腸切除術</p>													
<p>K 6 9 5 肝切除術 1 部分切除</p>													
<p>K 6 5 7・2 腹腔鏡下胃全摘術</p>													
K 7 1 1	K 6 9 5	K 6 7 2	<p>神経芽細胞腫<small>しゅ</small>に係る摘出術</p>	K 6 9 7・5	K 7 1 9・3	K 7 1 9・2	K 7 1 6・2	K 7 1 1・2	K 6 7 2・2	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	K 7 0 2
脾摘出術	肝切除術	胆嚢摘出術		生体部分肝移植術	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	腹腔鏡下結腸切除術	腹腔鏡下小腸切除術	腹腔鏡下脾摘出術	腹腔鏡下胆嚢摘出術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部
<p>切除術（腫瘍摘出術を含む。）の 場合</p>													

K 7 1 6 ・ 2 腹腔鏡下小腸切除術																									
K 8 8 8	2	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 腹腔鏡によるもの	K 8 7 7 ・ 2	（術	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	K 8 7 2 ・ 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出	K 7 1 1 ・ 2	腹腔鏡下脾摘出術	K 6 7 2 ・ 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K 8 8 9	1	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側） 開腹によるもの	K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）	K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	K 8 7 7	子宮全摘術	K 8 7 2	式	子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹	K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の 尿路変更を行うもの

K 7 1 9 結腸切除術

K 7 1 9 . 2 腹腔鏡下結腸切除術

K 6 7 2	胆嚢摘出術
K 6 9 5	肝切除術
K 7 1 1	脾摘出術
K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の 尿路変更を行うもの
K 8 7 2	子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹 式
K 8 7 7	子宮全摘術
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術
K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの
K 8 8 9	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
K 6 7 2 . 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術
K 7 1 1 . 2	腹腔鏡下脾摘出術
K 8 7 2 . 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出） 術

	<p>K 7 3 4 腸回轉異常症手術</p>	<p>K 8 7 7・2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p> <p>K 8 8 8 子宮附屬器腫瘍摘出術（両側）</p> <p>2 腹腔鏡によるもの</p>
<p>K 7 4 0 直腸切除・切断術</p>		<p>K 7 1 7 小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メツケル憩室炎手術を含む。）（小腸憩室摘出術（メツケル憩室炎手術を含む。）に限る。）</p> <p>K 6 7 2 胆嚢摘出術</p> <p>K 6 9 5 肝切除術</p> <p>K 7 1 1 脾摘出術</p> <p>K 7 9 9 膀胱壁切除術</p> <p>K 8 0 1 膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの</p>
<p>K 8 7 2 子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹式</p>	<p>K 8 4 3 前立腺悪性腫瘍手術</p>	

<p>K 7 5 1 鎖肛手術</p>	<p>K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）</p>	<p>K 7 4 0・2 腹腔鏡下直腸切除・切断術</p>	
<p>K 8 0 9・2 膀胱尿管逆流手術</p>	<p>K 7 5 1・2 仙尾部奇形腫手術</p>	<p>K 7 4 6 痔瘻根治手術</p>	<p>K 7 4 4 裂肛又は肛門潰瘍根治手術</p>
<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 7 7・2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p>	<p>2 腹腔鏡によるもの</p>	<p>K 8 7 2・2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）</p>
<p>K 7 1 1・2 腹腔鏡下脾摘出術</p>	<p>K 6 7 2・2 腹腔鏡下胆嚢摘出術</p>	<p>K 8 8 9 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）</p>	<p>1 開腹によるもの</p>
<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側）</p>	<p>K 8 7 9 子宮悪性腫瘍手術</p>	<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>	

K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術					K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術 1 経尿					K 7 8 0 同種死体腎移植術					K 7 7 3 腎（尿管）悪性腫瘍手術				
K 8 7 2	K 8 4 9	K 7 4 0	K 7 1 9	K 7 1 6	K 8 4 1	K 7 7 2	K 7 4 0	K 7 1 9	K 7 1 6	K 7 1 1	場合		K 7 0 2	K 6 1 9					
子宮筋腫摘出（核出）術 1 腹	女子外性器腫瘍摘出術	直腸切除・切断術	結腸切除術	小腸切除術	経尿道的前立腺手術	腎摘出術	直腸切除・切断術	結腸切除術	小腸切除術	脾摘出術	切除術（腫瘍摘出術を含む。）の		脾体尾部腫瘍切除術 1 脾尾部	静脈血栓摘出術					



<p>K 8 7 7 . 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術</p>								<p>K 8 7 8 . 2 腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術</p>								
<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの</p>	<p>K 8 8 6 子宮附属器癒着剥離術（両側） 1 開腹によるもの</p>	<p>K 8 7 8 広靱帯内腫瘍摘出術</p>	<p>K 8 7 2 . 2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 2 腹腔鏡によるもの</p>	<p>K 8 7 2 子宮筋腫摘出（核出）術 式 1 腹</p>	<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの</p>		<p>K 8 8 9 子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）</p>		<p>K 8 8 8 子宮附属器腫瘍摘出術（両側） 1 開腹によるもの</p>		<p>K 8 7 9 子宮悪性腫瘍手術</p>		<p>K 8 7 7 子宮全摘術</p>	<p>式</p>



別表第三

K 6 4 0	腸間膜損傷手術
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）
K 6 5 5	胃切除術
K 6 7 2	胆嚢摘出術
K 6 9 0	肝縫合術
K 6 9 5	肝切除術
K 7 0 1	脾破裂縫合術
K 7 1 0	脾縫合術（部分切除を含む。）
K 7 1 1	脾摘出術
K 7 1 2	破裂腸管縫合術
K 7 2 6	人工肛門造設術
K 7 5 7	腎破裂縫合術
K 7 6 9	腎部分切除術
K 7 8 7	尿管尿管吻合術
K 7 9 5	膀胱破裂閉鎖術

J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
J092	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
J093	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J095	複合組織移植術	
J096	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J097	粘膜移植術	
J099・2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型力テ ーテル設置	
J100・2	中心静脈栄養用埋込型力テ ーテル設置	
J003	歯根嚢胞摘出手術	
J043	顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根	
J004	歯根端切除手術	
J004	歯根端切除手術	

J072	下顎骨折観血的手術	J066	歯槽骨折観血的整復術	嚢胞を除く。 ) を摘出した場合に 限る。 )
J068	上顎骨折観血的手術	J004・2	歯の再植術	
J004・2	歯の再植術	J004・2	歯の再植術	

新旧対照条文

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案		現行	
別表第一			
<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>	<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の確保に関する計画を都道府県知事に届け出たものに限る。）</p>

師の員数に百分の五十を乗じて  
得た数以下

については、百分の九十七)を  
乗じて得た点数を用いて、算定  
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)

第一条に規定する奄美群島の地域

三 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

四 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

五 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)

第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域

六 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域

七 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

師の員数に百分の五十を乗じて  
得た数以下

については、百分の九十七)を  
乗じて得た点数を用いて、算定  
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

三 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

四 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域

# 平成22年度診療報酬改定関係資料 ( 通知 )

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

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課



# 目 次

平成22年度診療報酬改定について	.....
診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	.....
基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	.....
特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて	.....
訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について	.....
特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について	.....
特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正に伴う特定保険医療材料料(使用歯科材料料)の算定について	.....
医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について	.....
保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について	.....
処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について	.....

(案)

保 発 第 号  
平成 年 月 日

地方厚生(支)局長  
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長

### 平成22年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 号)等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年4月1日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成22年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

## 平成 22 年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示（予定）日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第 号
2	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
3	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
4	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
5	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
6	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
7	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
8	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
9	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
10	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
11	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
12	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3月19日	(未定)
13	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名の一部を改正する件	3月19日	(未定)
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数を定める件	3月19日	(未定)
15	複数手術に係る費用の特例を定める件	3月19日	(未定)
16	厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
17	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	3月26日	(未定)
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件	3月26日	(未定)
19	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%**(約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%**(約5,700億円)

医科 <b>+1.74%</b> (約4,800億円)	}	入院 <b>+3.03%</b> (約4,400億円)
		外来 <b>+0.31%</b> (約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 **+2.09%**(約600億円)

調剤 **+0.52%**(約300億円)

薬価等 **▲1.36%**(約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 救急医療の評価の充実について

## 救急入院医療の充実

### ➤ 充実した体制の救命救急センターの評価

救命救急入院料 充実段階Aの加算 500点 → 1,000点

### ➤ 二次救急医療機関における入院医療の評価

救急医療管理加算 600点 → 800点

乳幼児救急医療管理加算 150点 → 200点

### ➤ 手厚い急性期入院医療の評価

ハイケアユニット入院医療管理料 3,700点 → 4,500点

## 地域の連携による救急外来の評価

### ➤ 病院・診療所の小児科医師の連携による救急外来の評価

地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし) 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2(24時間対応あり) 500点 → 550点

### ➤ 病院・診療所の医師の連携による救急外来の評価

① 地域連携夜間・休日診療料 100点

# 産科・小児医療の評価の充実について

## ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

### ➤ ハイリスク分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき) + 対象拡大

### ➤ 緊急搬送された妊産婦の受入の評価

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日) + 対象拡大

## 新生児集中治療の評価

### ➤ ハイリスク新生児に係る集中治療の評価

新生児特定集中治療室管理料 8,500点 → 10,000点

### ➤ NICUよりハイリスク児を直接受入れる後方病床の評価

⑨ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点

## 小児の入院医療の充実

### ➤ 地域の小児救急入院医療を担う医療機関の評価

⑨ 小児入院医療管理料 2(区分新設) 4,000点

(特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定を認める)

# 病院勤務医の負担の軽減について

## 病院勤務医の事務負担の軽減

### ➤ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実

医師事務作業補助体制加算 (入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1	15対1	20対1	25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点	810点	610点	490点	255点	180点	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

## 手厚い人員体制による入院医療の評価

### ➤ 7対1病棟、10対1病棟における看護補助者の配置の評価

- ⑨ 急性期看護補助体制加算1 (50対1配置) 120点 (14日まで)
- ⑨ 急性期看護補助体制加算2 (75対1配置) 80点 (14日まで)

## 多職種からなるチームによる取組の評価

### ➤ 栄養サポートチームによる栄養改善の取組の評価

- ⑨ 栄養サポートチーム加算 200点 (週1回)

### ➤ 呼吸ケアチームによる人工呼吸器離脱に向けた取組の評価

- ⑨ 呼吸ケアチーム加算 150点 (週1回)

# 手術料の適正な評価について

## 外保連試算を活用した手術料の引き上げ

- 主として病院で実施している難易度が高く人手を要する手術について、現行点数を30%から50%増とすることを目安とし、  
**脳動脈瘤頸部クリッピング、大動脈瘤切除術など  
約1800項目のうちの約半数程度を増点**



## 小児に対する手術評価の引き上げ

- 3歳未満の小児に係る手術に加え、3歳以上6歳未満の小児についても**乳幼児加算**の対象とする

## 新規医療技術の保険導入

- 先進医療専門家会議及び医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。  
**腹腔鏡下肝部分切除術、肝門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など約80項目の新規手術を保険導入**



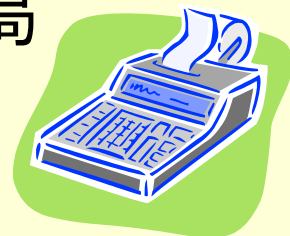
# 明細書発行の推進について

## 明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
  - ⇒ 正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行  
正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用  
② 自動入金機の改修が必要な場合

注) 明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
  - ⇒ 明細書発行に関する状況を院内掲示する  
院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



## 診療報酬上の支援

- 明細書の無料発行等を行っている診療所の評価
  - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

# 急性期の入院医療の評価

## 早期の入院医療の評価

- 一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる  
14日以内の期間の加算 428点 → 450点(1日につき)

## 急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価

- 一般病棟入院基本料等(10対1入院基本料)の届出医療機関において、患者の重症度・看護必要度を継続的に測定し、評価を行っていることを評価

⑨ 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)



### 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置	1 寝返り
2 血圧測定	2 起き上がり
3 時間尿測定	3 座位保持
4 呼吸ケア	4 移乗
5 点滴ライン同時3本以上	5 口腔清潔
6 心電図モニター	6 食事摂取
7 シリンジポンプの使用	7 衣服の着脱
8 輸血や血液製剤の使用	
9 専門的な治療・処置	

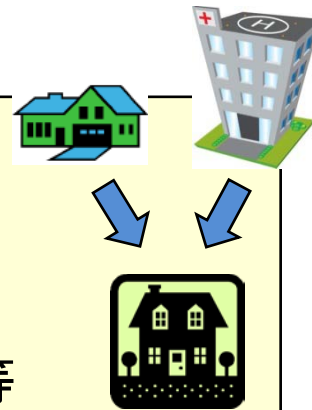
# 急性期医療に対する後方病床機能の強化

## 初期加算の創設(有床診療所の一般病床)

### ➤ 有床診療所一般病床が担う後方病床機能の評価

① 新 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定。

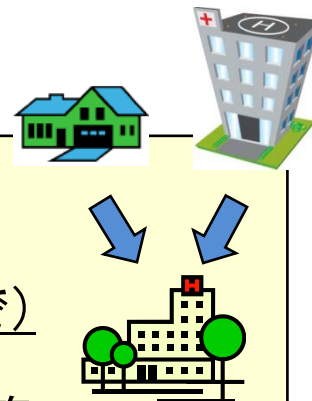


## 初期加算の創設(病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床)

### ➤ 療養病床が担う後方病床機能の評価

① 新 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



# 地域医療を支える有床診療所の評価



## 有床診療所入院基本料の再編成

- 実態を踏まえた評価区分の見直し

【改定後】

【現行】

有床診療所 入院基本料1  (看護職員5人以上)	～7日	810点
	8～14日	660点
	15日～30日	490点
	31日～	450点
有床診療所 入院基本料2  (看護職員1～4人)	～7日	640点
	8～14日	480点
	15日～30日	320点
	31日～	280点



有床診療所 入院基本料1  (看護職員7人以上)	～14日	760点
	15～30日	590点
	31日	500点
有床診療所 入院基本料2  (看護職員4～6人)	～14日	680点
	15～30日	510点
	31日	460点
有床診療所 入院基本料3  (看護職員1～3人)	～14日	500点
	15～30日	370点
	31日	340点

## 初期加算等の創設

- 後方病床機能の評価

⑨ 有床診療所一般病床初期加算(100点、7日まで)  
救急・在宅等支援療養病床初期加算(150点、14日まで)

- 医師配置加算の見直し

医師配置加算1(60点→88点)  
医師配置加算2(60点)

- 入院基本料等加算の拡充

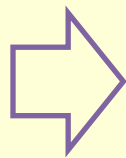
新たに「無菌治療室管理加算」等を有床診療所でも算定可能に

# 在宅復帰後を見越した地域連携の評価

## 在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

- 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた**3段階の地域連携診療計画**を評価

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料	600点



① 新

② 新

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1 地域連携診療計画退院計画加算	600点 100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点

## 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携の評価

- **入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同して**、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

③ 新 介護支援連携指導料 300点(入院中2回)

# がん医療の推進について

## がん診療連携拠点病院に係る評価

- **がん診療連携拠点病院**におけるカンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算 400点 → 500点

- **がん診療**に係る地域連携の評価

⑨ **がん治療連携計画策定料** 750点(退院時)

⑨ **がん治療連携指導料** 300点(情報提供時)

## がん治療の評価

- 複雑化、高度化する**外来化学療法**の評価

外来化学療法加算1 500点 → 550点

- **放射線治療病室**におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点

## がん患者リハビリテーションの評価

- がんの特性に配慮した**がん患者リハビリテーション**の評価

⑨ **がん患者リハビリテーション料** 200点(1単位につき)

# 新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

## 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

- 新型インフルエンザが大流行した状況において、療養病棟に入院する場合、**一般病棟入院基本料の算定**を認め、検査や投薬等については**出来高での算定**を可能とする。

## 陰圧室管理の評価

- 陰圧室管理環境整備に対する評価

【二類感染症患者療養環境特別加算】

1 個室加算 300点

⑨ 2 陰圧室加算 200点

## 結核病棟の評価

- 結核病棟における平均在院日数要件の見直し  
7対1入院基本料、10対1入院基本料における平均在院日数要件をなくす。
- 小規模な結核病棟におけるユニットのルールを明確化  
小規模な結核病棟についてユニット化のルールを明確化するとともに、病床種別ごとに平均在院日数の計算を行うこととする。

# 地域の連携による疾患対策の評価について

## 肝炎対策の充実

- **肝炎治療の専門医療機関**において、**肝炎患者に対するインターフェロン治療計画**を策定し、**副作用等を含めた詳細な説明**を行うことを新たに評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して**肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関**の評価

⑨ 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

## 認知症医療の評価

- **認知症の専門医療機関**において、**認知症の鑑別診断及び療養方針の決定**を行うことを評価

⑨ 認知症専門診断管理料 500点

- 認知症の専門医療機関と連携した**地域の医療機関における認知症患者の診療**の評価

⑨ 認知症専門医療機関連携加算 50点



# 精神医療の評価の充実について

## 精神入院医療の充実

### ➤ 手厚い看護配置の精神病棟の評価

⑨ 精神科病棟入院基本料 13対1 920点

(一定の割合以上の重症者の受入が要件、10:1も同様)

### ➤ 身体合併症に対応する精神病棟の評価

精神科身体合併症管理加算  $\frac{300\text{点}}{200\text{点}}$  → 350点

### ➤ 子どもの心の診療の特性に応じた入院医療の評価

児童・思春期精神科入院医学管理加算 650点 → 800点

## 専門性の高い精神医療の評価

### ➤ うつ病に対する精神専門療法の評価

⑨ 認知療法・認知行動療法 420点

### ➤ アルコール依存症に対する専門的治療の評価

⑨ 重度アルコール依存症入院医療管理加算 200点(30日以内)  
100点(31日以上60日以内)

# 在宅及び障害者歯科医療について

## 在宅歯科医療の推進

- 歯科衛生士による在宅療養患者に対する歯科衛生指導の充実  
訪問歯科衛生指導料  
(複雑なもの)350点 → 360点 (簡単なもの)100点 → 120点
- 在宅療養患者に対するよりきめ細かな歯科疾患の管理の充実
  - ① 歯科疾患在宅療養管理料  
(在宅療養支援歯科診療所の場合) 140点(月1回)  
(その他の場合) 130点(月1回)

## 障害者歯科医療の充実

- 歯科衛生士による障害者に対する実地指導の充実
  - ① 歯科衛生実地指導料2 100点(月1回)
- 障害者歯科医療の連携の促進(歯科診療所では歯科治療が困難であった障害者を病院歯科や口腔保健センター等が受入れ、治療を行った場合を評価)
  - ① 障害者歯科医療連携加算 100点(初診時1回)

# 病院歯科機能の強化及び生活の質に配慮した歯科医療の充実

## 病院歯科機能の強化

### ➤ 地域歯科診療を支援している病院歯科の機能の強化

地域歯科診療支援病院入院加算（入院初日300点）の対象患者の拡大

在宅療養が必要な患者 → 在宅療養が必要な患者又は障害者である患者

## 有床義歯（入れ歯）の管理体系の見直し

### ➤ 歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科保険医療

機関の取組を評価（有床義歯の修理の加算を創設）

① 歯科技工加算 20点（義歯1個の修理の加算）

### ➤ 有床義歯の調整の評価を新設

① 有床義歯調整管理料 30点（月2回）

# 歯科固有の技術の評価について

## 歯科固有の技術の適切な評価

### ➤ う蝕(むし歯)、歯周病、有床義歯(入れ歯)等の評価の見直し

根管貼薬処置(歯の根の治療)

(単根管) 14点 → 20点

(3根管以上) 28点 → 30点

総義歯(総入れ歯) 2,050点 → 2,060点

歯周組織再生誘導手術(一次手術) 630点 → 730点

### ➤ 歯科診療報酬体系の簡素化(一部の技術を基本診療料に包括して評価)

歯科初診料 182点 → 218点

歯科再診料 40点 → 42点

スタディモデル 50点 → 廃止

歯科疾患管理料(1回目) 130点 → 110点(引下げ分)

## 新規の歯科医療技術の保険導入

### ➤ 歯周病の手術を行う際のレーザーによる歯石除去等を評価

⑧ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点

# 手術以外の医療技術の適正な評価について

## 先進医療技術の保険導入(手術以外)

- 先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、  
**胎児心超音波検査及びHPV-DNA診断など  
5項目の新規技術を保険導入**

## 新規保険収載提案技術等の保険導入(手術以外)

- 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。  
**イメージガイド下放射線治療(IGRT)、特殊光を用いた画像強調  
観察を併用した拡大内視鏡検査など約170項目を評価**

## 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設等

- 新規医療材料等に対応する技術料の設定及び診療実態に即した評価体系の見直し  
**局所陰圧閉鎖処置、一酸化窒素吸入療法など  
11項目において新設及び見直し**

# 再診料等の見直しについて

## 外来管理加算の見直し

- 時間の目安(いわゆる**5分ルール**)については**廃止**
- 「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、**要件を追加**  
多忙等を理由により、投薬のみの要請があり、簡単な症状等の確認を行ったのみで継続処方を行った場合は算定不可

## 再診料の見直し

- **再診料**の病診統一  

再診料(診療所)	71点	→	再診料	69点
再診料(病院)	60点			

## 地域医療貢献に対する評価

- 患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有している診療所を評価  
(新) 地域医療貢献加算 3点(再診料に加算)

# 医療安全対策の推進について

## 医療安全対策の充実

### ➤ 医療安全対策の評価

医療安全対策加算(専従の医療安全管理者) 50点



医療安全対策加算1(専従の医療安全管理者) 85点

⑨ 医療安全対策加算2(専任の医療安全管理者) 35点

### ➤ 感染防止対策チームによる抗菌薬適正使用等の取組の評価

⑨ 感染防止対策加算 100点

## 医薬品安全管理の充実

### ➤ 医薬品安全管理の評価

⑨ 医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

## 医療機器安全管理の充実

### ➤ 医療機器安全管理の評価

医療機器安全管理料1 50点 → 100点

医療機器安全管理料2 1,000点 → 1,100点

# 人工腎臓の適正な評価について

## 評価体系の変更

- 外来/入院による区分から慢性維持透析/その他による区分へ  
の見直し
- 薬価の引き下げに伴う**包括点数の見直し**

外来の患者 → 慢性維持透析の場合（区分変更）

4時間未満 2,117点 → 2,075点

4時間以上5時間未満 2,267点 → 2,235点

5時間以上 2,397点 → 2,370点

その他の場合 1,590点 → 1,580点

## 透析液水質確保加算

- **人工腎臓における合併症防止**の観点から、  
使用する透析液について**より厳しい水質基準**  
を達成した場合の評価

② 新 **透析液水質確保加算 10点**





# 質が高く効率的な急性期入院医療の推進(DPC)

## 診療報酬改定の反映

- 入院基本料の早期の加算の引き上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、診断群分類点数表、医療機関別係数に反映

## DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

- 調整係数による“上積み相当部分”のうち、**25%を新たな機能評価係数に置き換え**
- 以下の項目を新たな機能評価係数として導入  
**データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数、救急医療係数**

## 診断群分類点数表の設定方法の見直し

- 診断群分類分岐のさらなる精緻化
- 点数設定の階段見直し(2種類→3種類)
- DPCにおける包括範囲の見直し

# 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の再編成

### ➤ 評価区分の見直しと適正化

(単位:点)

#### 【現行】

【算定要件】25:1配置

ただし医療区分2・3が8割以上の場合は20:1配置が必要

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	885	1,320	1,709
ADL 区分2	750		
ADL 区分1		1,198	



#### 【改定後】

##### 療養病棟入院基本料 1

【算定要件】20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

##### 療養病棟入院基本料 2

【算定要件】25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

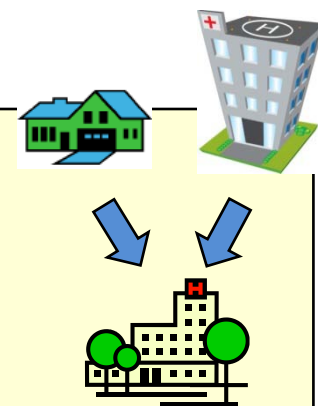
### ➤ 日々の患者の状態像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を療養病棟入院基本料の要件として追加

## 初期加算の創設

### ➤ 後方病床機能の評価

⑨ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。



# 疾患別リハビリテーションの充実

## 脳血管疾患に対するリハビリテーションの充実

### ➤ 脳血管疾患等リハビリテーションの評価の引き上げ

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 235点 → 245点(1単位につき)

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) 190点 → 200点(1単位につき)

## 発症・術後早期の運動器リハビリテーションの充実

### ➤ 充実した体制による入院中の運動器リハビリテーションを評価

⑨ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点(1単位につき)

## 発症早期からのリハビリテーションの充実

### ➤ 早期リハビリテーション加算の引き上げ

早期リハビリテーション加算 30点→45点(1単位につき)

## 維持期のリハビリテーション

### ➤ 介護保険によるリハビリテーションの提供状況等を踏まえ、維持期における月13単位までのリハビリテーションの提供は継続

# 回復期リハビリテーション等の推進

## 回復期リハビリテーションの評価

- **回復期リハビリテーション病棟入院料**に、提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設けるとともに、評価を引き上げる

回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点→1,720点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること
- ・新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること

回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点→1,600点(1日につき)

- ・1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること



## 亜急性期におけるリハビリテーションの充実

- **亜急性期病床**において充実したリハビリテーションを提供している場合を評価

⑨ リハビリテーション提供体制加算 50点(1日につき)

# 在宅医療の評価について

## 訪問診療の評価

- **患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料**の評価

往診料                  650点                  →                  720点

- **小児に対する在宅医療**の評価

① 在宅患者訪問診療料                  乳幼児 加算                  200点

② 退院前在宅療養指導管理料                  乳幼児 加算                  200点

## 在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で**地域の在宅医療を支える病院**の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- **入院医療から在宅医療への移行を推進**するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

③ 在宅移行早期加算                  100点

# 訪問看護の推進について①

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進①

➤ 同月に訪問看護療養費を算定できる**訪問看護ステーション数の制限の緩和**

①**末期の悪性腫瘍等の利用者**で、訪問看護が**毎日必要**な利用者  
2カ所→**3カ所**

②**特別訪問看護指示書の指示期間中**に週4日以上**の訪問看護**が  
必要な利用者

1カ所→**2カ所**

## 患者のニーズに応じた訪問看護の推進②

➤ **安全管理体制の整備**を要件とし**訪問看護管理療養費の引上げ**

訪問看護管理療養費(初日) 7,050円 → 7,300円

(2日目～12日目まで) 2,900円 → 2,950円

安全管理体制:

- ① 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。
- ② 訪問先で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されているなど

## 訪問看護の推進について②

### 乳幼児等への訪問看護の推進

#### ➤ 乳幼児等への訪問看護の評価

⑨	乳幼児加算(3歳未満)	500円※ <sup>1</sup> / 50点※ <sup>2</sup> (1日につき)
	幼児加算(3歳以上6歳未満)	500円※ <sup>1</sup> / 50点※ <sup>2</sup> (1日につき)



### 訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

- 在宅患者の看取りについて、様々な不安や病状の急激な変化等に対し、頻回な電話での対応や訪問看護を実施し、**ターミナルケア**を行っている場合には、在宅等での死亡にかかわらず、**医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合**においても評価

訪問看護ターミナルケア療養費※<sup>1</sup> / ターミナルケア加算※<sup>2</sup>

### 患者の状態に応じた訪問看護の充実

- **重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)**のある者を重症者管理加算※<sup>1</sup> / 在宅移行管理加算※<sup>2</sup>の対象として追加

※<sup>1</sup>訪問看護療養費、※<sup>2</sup>在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

# 訪問看護の推進について③

## 患者の状態に応じた訪問看護の充実

➤ 末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者<sup>(注)</sup>に対し、看護師等が同時に複数の看護師等と行う訪問看護の評価

⑧ 複数名訪問看護加算<sup>※1</sup> / 複数名訪問看護・指導加算<sup>※2</sup> (週1回)  
(看護師等の場合) 4,300円<sup>※1</sup> / 430点<sup>※2</sup>  
(准看護師の場合) 3,800円<sup>※1</sup> / 380点<sup>※2</sup>

(注)対象となる利用者

- ① 末期の悪性腫瘍等の者
- ② 特別訪問看護指示期間中であって、訪問看護を受けている者
- ③ 特別な管理を必要とする者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

※1訪問看護療養費、※2在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料



# 患者に分かりやすく安全・安心を重視した調剤の推進

## 長期投薬の増加を踏まえた調剤料の見直し

- **一包化薬調剤料**について、内服薬調剤料との差を分かりやすくするため、**加算として整理した上で、長期投薬時の評価を適正化**

一包化薬調剤料 → 内服薬調剤料の一包化加算

7日ごとに89点 → 7日ごとに30点、57日分以上は一律270点を加算

※ 併せて、内服薬調剤料に31日分以上の区分(89点)を創設

## ハイリスク薬(要注意薬)を服用する患者への指導

- 抗がん剤などの**ハイリスク薬**を服用する患者に対して**副作用の確認や必要な指導を行う**場合の加算を創設

(新) 特定薬剤管理指導加算 4点

## 調剤基本料の特例(通常40点→18点)の見直し

- **地域医療を支える薬局**に配慮し、特例の**要件**(処方せん受付回数が4,000回超/月) **を一部緩和するとともに、点数を引上げ**

調剤基本料(特例) 18点 → 24点

※ 処方せん受付回数から、時間外加算、訪問薬剤管理指導等に係る処方せんを除外

# 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の更なる使用促進

## 薬局における取組の評価等

- 後発医薬品の**調剤数量の割合**に応じて段階的な加算を適用  
後発医薬品調剤体制加算 4点（処方せんベースの調剤率 30%以上）  
→ 6点、13点、17点（数量ベースの調剤率 20, 25, 30%以上）
- 「変更不可」欄に署名等のない処方せんの場合、**含量違い又は類似した別剤形**の後発医薬品への変更調剤を認める  
※ 変更後の薬剤料が増えないことと、患者の同意を得ることが条件  
含量違いの例           : 処方薬（10mg 1錠） → 後発医薬品（5mg 2錠）  
類似した別剤形の例: 処方薬（カプセル剤） → 後発医薬品（錠剤）

## 医療機関における取組の評価

- 後発医薬品の**品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価**した上で、**使用を進める**体制の評価（入院基本料への加算）  
**⑨** 後発医薬品使用体制加算           30点  
※ 採用品目数の割合が20%以上であること

# 検体検査の評価の充実について

## 検体検査管理加算(Ⅳ)の新設

### ➤ 大規模病院における手厚い検査体制の評価

現行		改定後	
検体検査管理加算(Ⅰ)	40点	検体検査管理加算(Ⅰ)	40点
検体検査管理加算(Ⅱ)	100点	検体検査管理加算(Ⅱ)	100点
検体検査管理加算(Ⅲ)	300点	検体検査管理加算(Ⅲ)	300点
		① 検体検査管理加算(Ⅳ)	500点

(臨床検査技師10名以上)

## 検体検査実施料の見直し

### ➤ 人手のかかる検査等の評価(医療技術評価分科会)

細菌培養同定検査など 約20項目を見直し

## 外来迅速検体検査加算

### ➤ 外来受診中に結果が判明し治療方針へ反映される迅速検査の評価

外来迅速検体検査加算(5件まで) 5点 → 10点

# 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

## 検体検査実施料の適正化について

- 衛生検査所等調査による実勢価格に基づく実施料の見直し

検体検査約620項目のうち  
末梢血液一般検査など 約40項目を見直し

## 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等の評価の見直し

- **内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術**

早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,740点	→	長径2cm以上	7,000点
その他のポリープ・粘膜切除術	5,360点	→	長径2cm未満	5,000点

## 医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

- **使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータ**に基づき

眼科学的検査(矯正視力検査、精密眼圧測定など)	5項目
耳鼻科学的検査(標準純音聴力検査など)	2項目
内視鏡検査(喉頭ファイバースコープなど)	2項目
皮膚科処置(いぼ冷凍凝固法など)	4項目

を見直し

# エックス線撮影料

## デジタル撮影の新設

- デジタル撮影はアナログ撮影と比較して多くの利点を有している。平成21年末をもってデジタル映像化処理加算が廃止されることを踏まえ、デジタル撮影料を新設し、アナログ撮影と区別する。

### E002 撮影

現行	
1 単純撮影	65点
2 特殊撮影	264点
3 造影剤使用撮影	148点
4 乳房撮影	196点



改定後		
1 単純撮影	イ アナログ撮影	60点
	ロ デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	イ アナログ撮影	260点
	ロ デジタル撮影	270点
3 造影剤使用撮影	イ アナログ撮影	144点
	ロ デジタル撮影	154点
4 乳房撮影	イ アナログ撮影	192点
	ロ デジタル撮影	202点

### 電子画像管理加算

現行	
1 単純撮影	60点
2 特殊撮影	64点
3 造影剤使用撮影	72点
4 乳房撮影	60点



改定後	
1 単純撮影	57点
2 特殊撮影	58点
3 造影剤使用撮影	66点
4 乳房撮影	54点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

# コンピューター断層撮影診断料の見直し

## 評価体系の見直し

CT及びMRIについて、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい等の観点から、画像撮影の評価を見直す。また、CT及びMRIの2回目以降の撮影料について、実態を踏まえた見直しを行う。

### E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）

現行	
1 CT撮影	
イ マルチスライス型の機器による場合	850点
ロ イ以外の場合	660点



改定後	
1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上、16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点

### E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）

現行	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1300点
2 1以外の場合	1080点



改定後	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1330点
2 1以外の場合	1000点

通則2（中略）当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき650点を算定する。



通則2（中略）当該月の2回目以降の断層撮影については、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

# 後期高齢者医療の診療報酬について

## 後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

## その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

### ➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

→ 退院時薬剤情報管理指導料



### ➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

保 医 発 第 号  
平 成 2 2 年 3 月 日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）等が公布され、平成22年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図らたい。

従前の「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001号）は、平成22年3月31日限り廃止する。



医科診療報酬点数表に関する事項

< 通則 >

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射及び静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。 —
- 7 特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### < 通則 >

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

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

ただし、初診料の注2のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第35条の24第1項及び第2項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合の2つ目の診療科については、この限りではない。

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

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

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

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

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

#### 第1節 初診料

##### A000 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関

において初診料を算定する。

- (2) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- (3) 自覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。
- (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。
- (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- (6) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。ただし、「注2」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。以下同じ。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で2以上の診療科を初診として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注3」から「注7」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。
- (7) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (8) (7)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。
- (9) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「B009」診療情報提供料（ ）の（5）～（7）を参照。）

ア B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定

できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(10) 乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注3」の乳幼児加算は、算定できない。

(11) 時間外加算

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

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

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

ウ 保険医療機関は診療時間をわかりやすい場所に表示する。

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

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

(12) 休日加算

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

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

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

地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

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

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

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

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

(13) 深夜加算

ア 深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前6時までの間をいう。

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

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

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

地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

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

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

(14) 時間外加算の特例

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

① 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

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

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

(15) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関におけ

る夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア 夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、6歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

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

ウ 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注4」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注4」の場合と同様である。

(16) 夜間・早朝等加算

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

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

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

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

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

カ 診療所の夜間・早朝等の時間帯の診療を評価した夜間・早朝等加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設

けられている時間外加算、深夜加算、休日加算とは明確に区分されるものである。

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

## 第2節 再診料

### A001 再診料

- (1) 再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度（同一日において2以上の再診があってもその都度）算定できる。ただし、2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。
- (2) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。
- (3) 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

#### (4) 外来管理加算

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

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

[提供される診療内容の事例]

#### 1 問診し、患者の訴えを総括する。

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

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

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

#### 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

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

#### 4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

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



~~や診察所見の要点を診療録に記載する。イに規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。~~

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

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

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

キ 「注6」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

(5) 電話等による再診

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

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



ウ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注2」の乳幼児加算を算定する。

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

#### (6) 地域医療貢献加算

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

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

ウ 標榜時間外であっても、緊急病変時等において、患者から直接又は間接（電話、テレビ映像等による場合）に問い合わせがあった場合には、患者に対して必要な指導を行うこと。患者に周知している電話連絡先が診療所の場合には、転送可能な体制を取るなど、原則として常に電話に応じること。なお、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合には、留守番電話等により対応した上で、速やかに患者に連絡を取ること。

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

オ なお、電話再診の場合であっても、地域医療貢献加算の算定が可能であること。

~~(7)~~ 健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

#### A 0 0 2 外来診療料

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

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

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

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

(5) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含ま

れず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。  
また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

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

## 第2部 入院料等

### < 通則 >

- 1 入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成5年2月15日指第14号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術基本料に含まれる。
- 2 1に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術基本料は算定できない。
  - (1) 患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。
  - (2) 寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週1回以上の交換がなされていること。
  - (3) 消毒は必要の都度行われていること。
- 3 入院期間の確認について（入院料の支払要件）
  - (1) 保険医療機関の確認等
    - ア 保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去3か月以内の入院の有無を確認すること。過去3か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。
    - イ 保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式1又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。
    - ウ ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。
  - (2) 入院患者の申告等  
患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。
- 4 1日入院  
眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術基本料については、第4節に規定するところによる。
- 5 入院中の患者の他医療機関への受診
  - (1) 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険

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

(2) 入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術基本料2及び3、医学管理等（診療情報提供料は除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。入院医療機関において、~~特定入院料、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という。）を算定している患者について、当該特定入院料等に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。~~

~~(3) (2)にかかわらず、特定入院料等を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該入院医療機関に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する特定入院料等に含まれる診療が当該他医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他医療機関において、当該診療に係る費用を算定できることとする。ただし、短期滞在手術基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。~~

~~ア 初・再診料~~

~~イ 短期滞在手術基本料1~~

~~ウ 検査~~

~~エ 画像診断~~

~~オ 精神科専門療法~~

~~カ 処置~~

~~キ 手術~~

~~ク 麻酔~~

~~ケ 放射線治療~~

~~コ 病理診断~~

(3-4) 他医療機関において(2-3)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する費用を算定することのできる診療を行わせる場合には、当該患者が入院している保険医療機関はにおいて、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。

(4) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療

報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

ア 入院医療機関において、当該患者が療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料を除く入院基本料（以下、通則において「入院基本料等」という。）を算定している場合は、入院基本料等は当該入院基本料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定すること。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定すること。~~この場合においては、当該他医療機関において診療が行われた日に係る特定入院料等は、当該特定入院料等の所定点数から当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数により算定するものとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。~~

(5) ~~他医療機関において(3)のアからヨまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している保険医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する特定入院料等」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数： 日）」を~~記載すること。

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

## 6 外泊期間中の入院料等

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

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

なお、当該外泊期間は、7の入院期間に算入する。

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

## 7 入院期間の計算

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

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

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

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

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

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

(3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

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

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

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

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

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

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

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

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

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

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

## 8 病棟移動時の入院料

同一保険医療機関内の病棟（病室及び治療室を含む。）から病棟（病室及び治療室を含



む。)に移動した日の入院料の算定については、移動先の病棟(病室及び治療室を含む。)の入院料(入院基本料又は特定入院料)を算定する。

#### 9 退院時処方に係る薬剤料の取扱い

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

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

11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料(特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。))及び後期高齢者特定入院基本料を含む。)、特定入院料又は短期滞在手術基本料3の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

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

### 第1節 入院基本料

#### A100 一般病棟入院基本料

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

(2) 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。

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

(4) 「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。――

(5) 「注5」に規定する特定患者は、特定入院基本料(928点又は790点)を算定すること。――

(6) 「注4」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を含む。)の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を

経過する日の属する月（90日経過後にはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

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

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



実施している状態（ 3 参照）	による喀痰排出 ----- 気管支カテーテル薬液注入法	約 3 時間に 1 回程度）実施している日が、当該月において 20 日以上であること
9 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 ----- 人工呼吸	当該月において 1 週以上使用していること
10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 ----- 血漿交換療法	各週 2 日以上実施していること 当該月において 2 日以上実施していること
11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して 30 日までの間に限る。）	脊椎麻酔 ----- 開放点滴式全身麻酔 ----- マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	_____
12 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者（ 4 参照）	_____	_____

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

- a 重度の肢体不自由者（~~平成20年10月1日以降は、~~脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。[以下単に「重度の肢体不自由者」という。](#)）及び脊髄損傷等の重度障害者（~~平成20年10月1日以降は、~~脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。[以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。](#)）

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

- b 重度の意識障害者

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

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

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- c 以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー

症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病(ウイリス動脈輪閉塞症)

- 2 4の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。
  - a 肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬による治療
  - b 放射線治療
  - c 末期の悪性新生物に対する治療
- 3 7に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

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

- 4 基本診療料の施設基準等別表第四第十二号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない~~脳卒中の後遺症の患者又は認知症の患者~~であって、当該患者が入院している保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方厚生(支)局長に届け出ているもの~~以下のいずれにも該当するものとする。なお、~~の当該届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出るものとする。~~~~

~~平成20年9月30日現在において一般病棟入院基本料を算定している病棟に入院している患者又は疾病発症当初から当該一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している新規入院患者~~

~~当該保険医療機関が退院や転院に向けて努力をしており、その状況について、別紙様式27により地方厚生(支)局長に届け出ているもの~~

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

- (6) ~~「注4」に規定する特定患者は、後期高齢者特定入院基本料(928点又は790点)を算定すること。~~

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

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

- (9) 一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注7」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A 1 0 1 療養病棟入院基本料

- (1) 療養病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。ただし、「注1」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Iを算定することができる。
- (2) 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注1」の入院基本料又は「注2」の特別入院基本料のいずれか一方を算定するものとする。
- (3) 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料Aから入院基本料F、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも原則として月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。
- (4) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注1」のただし書の規定により、入院基本料Iを算定する場合については、この限りではない。
- (5) 療養病棟入院基本料を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Iを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (6) 療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。~~アからウの要件を満たすことが必要である。~~

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

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

~~ウ 病棟単位で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を病棟に備え付けておく。~~

(7) 注5に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

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

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

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

(9) 注7の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料を算定することができるようにしたものであること。

(10) 注7の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。

#### A 1 0 2 結核病棟入院基本料

(1) 結核病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）から構成され、「注1」の入院基本



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

- (2) 「注3」において7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定する患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定する。

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

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

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

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

- (3) (2)にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する保険医の適切な判断により入退院が行われるものである。
- (4) 「注4」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (5) 当該保険医療機関において複数の結核病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の結核病棟入院基本料を算定するものとする。
- (6) 結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A103 精神病棟入院基本料

- (1) 精神病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料（10対1特別入院基本料を含む。）から構成され、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に定める起算日とする。
- (4) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

- ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。
- イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。
- ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。
- (5) 精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A104 特定機能病院入院基本料

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

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

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

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

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

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

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

~~(4)~~ 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(2)、結核病棟入院基本料の(5)及び精神病棟入院基本料の(2)の例による。

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

~~(6)~~ 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。

- イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。
- ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

(7) 「注5」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

(~~8-5~~) 当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(~~5-4~~)から(~~8-6~~)の例による。

(~~9-6~~) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注~~7-5~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A 1 0 5 専門病院入院基本料

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

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

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

(4) 「注3」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

(~~5-4~~) 当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(~~5-4~~)から(~~8-6~~)の例による。

(~~6-5~~) 専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注~~5-4~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

(1) 障害者施設等入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

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

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

(4) 「注3」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A 2 3 8 - 3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に入院初日に算定する。  
なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間

が通算される再入院の初日は算定できない。

(~~5-4~~) 当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(~~5-4~~)から(~~8-6~~)の例による。

(~~6-5~~) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注~~5-4~~」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A 1 0 8 有床診療所入院基本料

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

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

(3) 注2に規定する有床診療所一般病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して7日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A205」救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

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

(~~4-3~~) 有床診療所入院基本料を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、夜間に医師を配置している、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保した場合について、その体制を入院患者に対して文書で説明し、夜間に緊急対応できる医師名を院内に掲示している場合に、「注~~3-2~~」に掲げる加算を算定することができる。

(~~5-4~~) 有床診療所入院基本料1 又は2を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、療養病床の有無に関わらず、当該診療所に勤務する医師が2人以上の場合に、各区分に応じて「注~~4-3~~」に掲げる加算を算定することができる。

(~~6-5~~) 有床診療所入院基本料1 又は2を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定め



る施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて「注5-4」のイ～ニに掲げる加算を算定することができる。イとロは併算定出来ないものであること。また、ハとニは併算定出来ないものであること。

(7-6) 有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注6-5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

#### A109 有床診療所療養病床入院基本料

- (1) 有床診療所療養病床入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について算定する。ただし、「注1」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院基本料Eを算定することができる。
- (2) 「注1」の入院基本料のうち、入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも原則として月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。また、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。
- (3) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号J201に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料に含まれる。なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、有床診療所療養病床入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。  
ただし、「注1」のただし書の規定により、入院基本料Eを算定する場合については、この限りではない。
- (4) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院基本料Eを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

(5) 有床診療所療養病床入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。~~アからウの要件を満たすことが必要である。~~

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

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

~~ウ 施設単位（療養病床に限る。）で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を施設内に備え付けておく。~~

(6) 注5に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日に限り算定できる。

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

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

(~~7-6~~) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注6-5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

## 第2節 入院基本料等加算

### A200 ~~総合入院体制加算~~入院時医学管理加算

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

### A204 地域医療支援病院入院診療加算

- (1) 地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合には、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

### A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合とは、~~基幹型臨床研修病院~~~~単独型臨床研修病院~~~~において~~~~は~~~~実際に~~~~研修医が~~~~研修を~~~~実施~~~~している~~~~期間~~、~~管理型臨床研修病院~~~~において~~~~は~~~~実際に~~~~研修医が~~~~研修を~~~~実施~~~~している~~~~期間~~及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。
- (3) 研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

### A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

- (1) ~~客観的に休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている~~~~と認められる~~~~次に掲げる~~~~保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する~~~~医療計画に記載されている救急医療機関において、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。~~

~~ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)~~

~~イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所~~

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

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

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

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

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

#### A 2 0 5 - 2 超急性期脳卒中加算

(1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

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

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

#### A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算



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

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

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

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

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

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

(4) 妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

#### A 2 0 6 在宅患者緊急入院診療加算

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

(2) 診療所において区分番号「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料、区分番号「C 0 0 2 - 2」特定施設入居時等医学総合管理料、区分番号「C 0 0 3」在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

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

(4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入

院した場合に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付すること。

- (5) 受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有すること。
- (6) 受入保険医療機関が、当該診療所と特別の関係（第2部通則5に規定する「特別の関係」をいう。）にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。

#### A 2 0 7 診療録管理体制加算

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

#### A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算

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

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

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

(4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。――

#### A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算

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

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

(3) 急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日の

ことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A 2 0 8 乳幼児加算・幼児加算

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

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算

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

(2) 特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算

(1) 重度の肢体不自由児(者) (~~平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。~~ 以下単に「重度の肢体不自由児(者)」という。)、~~脊髄損傷等の重度の障害者(平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)~~、~~重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟~~ 及び有床診療所(一般病床に限る。)において算定する。

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

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

イ 無動症の患者(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

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

A 2 1 2 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

(1) 超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成~~22~~20年3月5日保医発第~~0305002~~号)」別添6の別紙14の超重症児(者)判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

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

(3) 注3の在宅重症児受入加算については、超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合に、入院した日から起算して5日を限度として算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

~~A 2 1 2 - 2 新生児入院医療管理加算~~

~~(1) 新生児入院医療管理加算は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整~~

~~えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。~~  
~~(2) 新生児入院医療管理加算の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、保険医が新生児入院医療管理が必要であると認めた者である。~~

~~ア 高度の先天奇形~~

~~イ 低体温~~

~~ウ 重症黄疸~~

~~エ 未熟児~~

~~オ 意識障害又は昏睡~~

~~カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪~~

~~キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）~~

~~ク 急性薬物中毒~~

~~ケ ショック~~

~~コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）~~

~~サ 大手術後~~

~~シ 救急蘇生後~~

~~ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態~~

#### A 2 1 3 看護配置加算

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

#### A 2 1 4 看護補助加算

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

#### A 2 1 8 地域加算

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

#### A 2 1 8 - 2 離島加算

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

#### A 2 1 9 療養環境加算

- (1) 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。
- (2) 医師並びに看護師、准看護師及び看護補助者の員数が医療法の定める標準を満たしていない病院では算定できない。

#### A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別加算

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

#### A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算



- (1) 加算の対象となる者は、二類感染症（急性灰白髄炎(ポリオ)、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（H5N1に限る。））、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者の患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。
- (2) 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。当該個室は、陰圧管理を行うことができる構造・設備であることが望ましいものであること。

#### A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算

- (1) 加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者である。
- ア 病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者
- イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者
- (2) インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。
- (3) 当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、3年間保存しておくこと。

#### A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算

- (1) 小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であって、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認められたものである。
- ア 麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
- イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
- (2) 本加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれかに該当する旨及びその病態の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

#### A 2 2 2 療養病棟療養環境加算

- (1) 療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

#### A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算

- (1) 診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

#### A 2 2 4 無菌治療室管理加算

- (1) 当該加算は、入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定し、かつ、自家発電装置を有している保険医療機関病院において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があつて無菌治療室管理を行った場合に算定する。

なお、無菌治療室管理とは、当該管理を行うために、滅菌水の供給が常時可能であるこ

と、室内の空気清浄度がクラス1万以下であること等の要件を満たす無菌治療室において、医師等の立入、物資の供給等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

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

#### A 2 2 5 放射線治療病室管理加算

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

#### A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算

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

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

#### A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

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

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

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

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

(5) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。

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

(7) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。

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

#### A 2 2 7 精神科措置入院診療加算

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

#### A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算

- (1) 精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第33条の4第1項に規定する応急入院患者及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その取扱いについては昭和63年4月6日健医発第433号厚生省保健医療局長通知に即して行うこと。
- (2) 当該加算は、入院初日に算定できるものであるが、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第29条第1項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定できない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。
- (4) 診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。
- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあっては、精神保健福祉法第33条の4第2項に基づく応急入院届又は同法第33条第4項に基づく医療保護入院届の写しを診療報酬明細書に添付すること。

#### A 2 2 9 精神科隔離室管理加算

- (1) 当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は1日1回以上診察を行うこと。
- (2) 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、1日1回の診察の内容を診療録に記載すること。
- (3) 精神保健福祉法第36条第3項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。
- (4) 隔離時間が12時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、連続する30日間に7日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。
- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。
- (6) 精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。
- (7) 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

#### A 2 3 0 精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟においては、入院時医学管理加算は算定できず、精神病棟入院時医学管理加算のみ

を算定する。

#### A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算

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

#### A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。
- (3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。

#### A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算

- (1) 児童・思春期精神科入院医療管理加算は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）について算定することができる。
- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式4又はこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成すること。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものであること。
- (4) 保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行うこと。

#### A 2 3 1 - 2 強度行動障害入院医療管理加算

- (1) 強度行動障害入院医療管理加算は、医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児（者）に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月5日保医発



第 号)の別添6の別紙14の2の強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上のものをいう。

#### A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

- (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算は、アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものである。
- (2) 当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。
- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。
- (4) 家族者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

#### A 2 3 1 - 4 摂食障害入院医療管理加算

- (1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI (Body Mass Index) が15未満であるものをいう。

#### A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算

- (1) がん診療連携拠点病院加算は、がんセンターボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (2) 当該加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの医療機関からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院に入院した患者について、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 当該加算の対象患者は、(2)に定める患者であり、別の保険医療機関において悪性腫瘍と診断された患者の紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患や悪性腫瘍の疑いで別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍の診断を行った患者は対象患者に含まれない。

#### A 2 3 3 栄養管理実施加算

- (1) 栄養管理実施加算は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態等の栄養管理を行うことを評価したものである。
- (2) 当該加算は、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術基本料2若しくは3を算定している入院患者であって、栄養管理計画を策定し、当該計画に基づき、関係職種が共同して

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

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

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

(5) 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

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

イ 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別紙様式5又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

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

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

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

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

(7) 当該保険医療機関以外の管理栄養士等により栄養管理を行っている場合は、算定できない。\_\_

#### A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算

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

(2) 栄養サポートチーム加算は、当該加算を算定できる病棟に入院している患者であって、区分番号A 2 3 3に掲げる栄養管理実施加算を算定している患者のうち、次のアからエのいずれかに該当する者について算定できる。\_\_

ア 栄養管理実施加算に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

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

ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者
- (3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- (4) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。
- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5の2又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5の2又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。
- (5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。
- ア 現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。
- イ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

#### A 2 3 4 医療安全対策加算

##### (1) 医療安全対策加算

- ア 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- ~~イ(2)~~ 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する専従の医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。
- ~~ウ(3)~~ 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

##### (2) 感染防止対策加算

- ア 感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行ったうえで、さらに院内に感染防止対策のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、

職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものである。

イ 感染防止対策チームは以下の業務を行うものとする。

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

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

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

#### A 2 3 5 褥瘡患者管理加算

- (1) 褥瘡患者管理加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (2) 当該加算は、褥瘡対策の要件に基づき、計画を立て、当該計画を実行し、その評価を行った日に算定する。

#### A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ 特殊体位による手術を受けたもの

カ 強度の下痢が続く状態であるもの

キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの



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

（４）褥瘡患者管理加算を算定した患者については、当該加算は算定できない。

#### A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊娠管理加算

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

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ 妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

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

（イ）前期破水を合併したもの

（ロ）羊水過多症又は羊水過少症のもの

（ハ）経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの

（ニ）切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ）早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

#### オ 多胎妊娠の患者

#### カ 子宮内胎児発育遅延の患者

キオ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者

クカ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

ケキ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

コタ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

サタ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者

シヨ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

スサ 白血病（治療中のものに限る。）の患者

セシ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソス 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タセ HIV陽性の患者

チセ Rh不適合の患者

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

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

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

（３）1入院の期間中に、区分番号「A 2 3 7」ハイリスク分娩管理加算を算定するハイリスク分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であるが、ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

(4) 妊婦とは産褥婦を含まない。

[早産指数 ( tocolysis index )]

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

#### A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算

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

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者

イ 40歳以上の初産婦である患者

ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者

エ 妊娠高血圧症候群重症の患者

オ 常位胎盤早期剥離の患者

カ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

キ 双胎間輸血症候群の患者

ク 多胎妊娠の患者

ケ 子宮内胎児発育遅延の患者

コク 心疾患（治療中のものに限る。）の患者

サセ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

シヨ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

スサ 白血病（治療中のものに限る。）の患者

セシ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソス 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タセ HIV陽性の患者

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

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

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

(3) 1入院の期間中に、区分番号「A 2 3 6 - 2」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、

ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。

(4) 妊産婦とは、産褥婦を含む。

#### A 2 3 8 慢性期病棟等退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算は、患者の同意を得て、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合のそれぞれについて1入院につき、当該加算の要件を満たすものについて算定する。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。\_\_

また、慢性期病棟等退院調整加算1は、看護師と社会福祉士が、それぞれの専門性を生かし、共同して、医療・看護の観点からの退院困難な要因の解決や、介護・福祉サービスの活用等、退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものであること。

##### (1) 退院支援計画作成加算

ア 入院後病状の安定が見込まれた後早期に、患者の病態安定後を見越して退院に関する支援の必要性の評価を行い、患者の同意を得て別紙様式6を参考として具体的な退院支援計画を作成すること。

イ 当該計画を文書で患者に説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

ウ 当該計画に基づき患者又は家族に必要な支援を行うこと。

エ 患者の病態が急変した場合には、適宜、当該計画を見直し、改めて(1)アからウに係る事項を行うこと。なお、その場合であっても当該加算は入院中に1回算定するものである。

##### (2) 退院加算

ア 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該計画に基づき退院できた場合に当該加算を算定するものであり、退院日に算定する入院基本料等に応じて、当該加算を算定すること。

イ 退院先について診療録に記載すること。

ウ 死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない。

#### A ~~2 4 1~~ 2 3 8 - 2 ~~後期高齢者急性期病棟等~~退院調整加算

(1) 入院中であって、介護保険法施行令(平成10年法律第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者後期高齢者が ~~について~~、適切な退院先に退院できるよう、医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院困難な要因を有する患者後期高齢者に対し退院支援計画を策定し、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行う取組みを評価する。なお、特定疾病に該当するか判断するにあたっては、要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について(平成21年9月30日老老発0930第2号)を参考に診断すること。

(2) 退院困難な要因を有する患者の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合であって、当該計画を策定したときに現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者 ~~高齢者~~ 医療確保法

~~の規定による療養の給付を受ける後期高齢者(以下単に「後期高齢者」という。)である患者について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。~~

- (3) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。
- (4) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師又は社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。
- (5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

#### A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算

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

(2) 当該入院期間中に区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。

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

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

(5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

#### A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算

#### A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算

(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関(区分番号A 2 0 5救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、区分番号A 3 0 0救命救急入院料、区分番号A 3 0 1特定集中治療室管理料、区分番号A 3 0 1 - 2ハイケアユニット入院医療管理料又はA 3 0 1 - 3脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。)に緊急入院した患者(当該保険医療機関の一般病棟へ緊急入院した患者を含む。)について、他の保険医療機関(特別の関係にあるものを除く。)でも対応可能な場合に、他の保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受入れ、入院後5日以内に、あらかじめ連携している保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、高次の救急医療機関において転院時に算定する。

(3) 救急搬送地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から5日以内に受入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。

(4) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入医療機関にさらに転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の医療機関への入院時から48時間以内に、患者の症状の増悪等により救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から5日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

#### ~~A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算~~

~~(1) 外来において継続的に診療を受けている患者が病状の急変等緊急の入院が必要になった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、当該患者の現在の治療内容を踏まえた医療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるための取組みを評価する。~~

~~(2) 診療所において区分番号「B 0 1 6」後期高齢者診療料を入院日の属する月又はその前月に算定している患者について当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院を受け入れた場合に、当該入院を受け入れた保険医療機関（特別の関係を除く。以下この項において同じ。）において入院申1回に限り、入院初日に算定する。ただし、当該入院が緊急であり、当該診療所の保険医の求めに応じたものでない場合であっても、入院後24時間以内に入院を受け入れた保険医療機関の保険医と当該診療所の保険医との間で当該患者に関する診療情報を交換した場合には算定できることとする。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。~~

~~(3) 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は、区分番号「B 0 1 6」後期高齢者診療料を算定するに当たり患者に交付する診療計画にあらかじめ緊急時の入院先として定められた病院又は有床診療所に入院した場合に限り算定する。なお、緊急時の入院先として定められる病院又は有床診療所は複数存在して差し支えない。~~

~~(4) 入院を受け入れた保険医療機関の保険医は、患者の病状や現在の治療内容等について区分番号「B 0 1 6」後期高齢者診療料を算定する診療所の保険医に確認し、その内容を共有すること。~~

#### A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

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



- (2) 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点でときに現に介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者後期高齢者である患者について、入院中1回に限り算定する。なお、ここでいう入院中とは、第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。
- (3) 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行うこと。ただし、その場合であっても、当該加算は入院中1回に限り算定するものであること。
- (4) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。
- (5) 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること。
- (6) 後期高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (7) 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師又は歯科医師は、後期高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

#### ~~A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算~~

- ~~(1) 入院中の後期高齢者について、適切な退院先に退院できるよう、医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院困難な要因を有する後期高齢者に対し退院支援計画を策定し、退院調整を行う取組みを評価する。~~
- ~~(2) 退院困難な要因を有する患者の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合であって、当該計画を策定したときに現に高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける後期高齢者(以下単に「後期高齢者」という。)である患者について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。~~
- ~~(3) 当該退院には、他の保険医療機関(特別の関係を含む。)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。~~
- ~~(4) 退院支援計画は、別紙様式6を参考として関係職種と連携して作成すること。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師又は社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。~~
- ~~(5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。~~

#### A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48時間以上継続して人工呼吸器を装着し

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

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

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

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

#### A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

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

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

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

### 第3節 特定入院料

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

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

2 特定入院料を算定できる2以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。例えば、救命救急入院料を算定した後、~~広範囲熱傷特定集中治療室~~ハイケアユニット入院医療管理料に入院させた場合においては、~~60~~21日から救命救急入院料を算定した日数を控除して得た日数を限度として、~~広範囲熱傷特定集中治療室管理料~~ハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

#### A300 救命救急入院料

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

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

(2) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者で



あること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

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

(~~3~~4) 「注2」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この節において「精神保健指定医」という。）が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に算定する。

(~~4~~5) 「注~~5~~6」に掲げる加算については急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。――

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

(~~5~~7) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

#### A 3 0 1 特定集中治療室管理料

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

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ 広範囲熱傷

ク 大手術後

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態――

(2) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者とは、A 3 0 0 救命救急入院料の(2)と同様であること。

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

(~~4~~2) 特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場

合には、入院基本料等を算定する。

#### A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料

(1) ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあって、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

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

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

#### A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

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

- ア 脳梗塞
- イ 脳出血
- ウ くも膜下出血

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

#### A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料

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

- ア 高度の先天奇形
- イ 低体温
- ウ 重症黄疸
- エ 未熟児
- オ 意識障害又は昏睡
- カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- ク 急性薬物中毒
- ケ ショック
- コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- サ 大手術後
- シ 救急蘇生後
- ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

#### A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料

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

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

ア 合併症妊娠

イ 妊娠高血圧症候群

ウ 多胎妊娠

エ 胎盤位置異常

オ 切迫流早産

カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

- (3) 「2」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料の(1)に掲げる状態にあつて、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。

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

#### A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料

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

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

ア 高度の先天奇形

イ 低体温

ウ 重症黄疸

エ 未熟児

オ 意識障害又は昏睡

カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)

ク 急性薬物中毒

ケ ショック

コ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

サ 大手術後

シ 救急蘇生後

ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

~~A304 広範囲熱傷特定集中治療室管理料~~

~~(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療室管理が必要であると認められた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。~~

~~(2) 熱傷用空気流動ベッドの使用の有無にかかわらず所定点数を算定する。なお、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置に用いた薬剤料については別に算定できる。~~

A305 一類感染症患者入院医療管理料

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

ア 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）

第6条第9項に規定する新感染症又は同法（以下「感染症法」という。）第6条第2項に規定する一類感染症に罹患している患者

イ アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

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

A306 特殊疾患入院医療管理料

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

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

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

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

~~(4) 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。~~

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

A307 小児入院医療管理料

- (1) 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関(特定機能病院を除く。)における入院中の15歳未満の患者を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。
- (2) 「注2」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料5-4を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。
- (3) 「注3」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注3」の加算を算定できる。
- (5) 小児入院医療管理料1、2、及び3及び4において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する。
- (6) 小児入院医療管理料5-4において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟(精神病棟に限る。)に入院した場合は、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。

#### A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院基本料1-1を算定する。
- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあつては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書に転院してきた旨を記載すること。
- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「B005-2」地域連携診療計画管



料を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。

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

(9) 注2に掲げる重症患者回復病棟加算は、重症者が多く入院する病棟において、集中的かつ効果的なりハビリテーションの提供により、実際に患者を回復させていることを評価したものである。

(10) 注3に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なりハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。

(11) 注4に掲げるリハビリテーション充実加算は、回復期リハビリテーションが必要な患者に対して集中的なりハビリテーションを提供していることを評価したものである。

(12) 平成22年3月31日現在において、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等」第九の十の(1)のチ又は(2)のイの基準を満たさない場合であっても、平成22年9月30日までは従前の例により算定することができる。また、平成22年3月31日現在において、回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定している保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等」第九の十の(1)のチの基準を満たさない場合であっても、平成22年9月30日までは従前の例により算定することができる。

#### A308-2 亜急性期入院医療管理料

(1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。

(2) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室は、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供する病室である。

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

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

(5) 注2に掲げる加算は、亜急性期入院医療管理料を算定する病室において、リハビリテーションを必要とする患者に対して、併存する疾患や症状に対して密度の高い医療を提供しつつ、充実したリハビリテーションを提供することを評価したものである。

(6~~5~~) 医療上特に必要がある場合に限り亜急性期入院医療管理料を算定する病室から他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

(7~~6~~) 亜急性期入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

(8~~7~~) 亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病室に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

~~(8) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、7対1入院基本料(準7対1入院基本料を含む。)、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料を算定している病棟に限る。)、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数が届出病室の入院患者数のうち3分の2以上であること。~~

#### A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料

(1) 特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児(者)(平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度の障害者(平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者(病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

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

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

(4~~3~~) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

~~(4) 特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。~~

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

#### A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料

- (1) 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- (2) 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。
- (3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (4) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。
- (5) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。
- (6) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に対し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。
- (7) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

#### A 3 1 1 精神科救急入院料

- (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。
  - ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
  - イ 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）
- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 精神科救急入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (5) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
  - ア 症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
  - イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあつては、単なる酩酊状態であるものを除く。）



- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
  - エ 気分（感情）障害
  - オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
  - カ 成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）
  - キ 知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）
- (6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、クエチアピンフマル酸塩、~~ラマール酸クエチアピン~~、ペロスピロン塩酸塩、~~塩酸ペロスピロン~~、リスペリドン、アリピプラゾール、~~及び~~プロナンセリン 及びクロザピンをいう。
- (7) 「注3」に規定する抗精神病薬とは、アリピプラゾール、オキシペルチン、オランザピン、カルピブラミンマレイン酸塩、クエチアピンフマル酸塩、クロカブラミン塩酸塩水和物、クロザピン、クロルプロマジン塩酸塩、スピペロン、スルトプリド塩酸塩、スルピリド、ゾテピン、チミペロン、トリフロペラジンマレイン酸塩、ネモナブリド、ハロペリドール、ハロペリドールデカン酸エステル、ピパンペロン塩酸塩、ピモジド、フルフェナジンデカン酸エステル、フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロルペラジンマレイン酸塩、プロナンセリン、プロペリシアジン、プロムペリドール、塩酸ペルフェナジン、ペルフェナジンフェンジゾ酸塩、ペルフェナジンマレイン酸塩、ペロスピロン塩酸塩、モサブラミン塩酸塩、モペロン塩酸塩、リスペリドン、レセルピン、レボメプロマジンマレイン酸塩及びレボメプロマジン塩酸塩をいう。
- (8~~キ~~) 「注3」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (9~~キ~~) 「注3」に規定する加算を算定する場合には、1月に1度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。

#### A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料

- (1) 精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。
- ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）
  - イ 他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）
- (2) 新規患者については入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 転棟患者等については、1年に1回に限り、1月を限度として算定する。1年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が2回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄

に記載する。

- (4) 精神科急性期治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (5) 精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (6) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(5)の例による。
- (7) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。

#### A311-3 精神科救急・合併症入院料

- (1) 精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のア、イ又はウに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。
  - ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
  - イ 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）
  - ウ 身体疾患の治療のため、救命救急センター等の一般病床に一旦入院した後に、当該病棟に入院（同一機関からの入院も含む。）した患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神科病棟に入院したことがない患者
- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 精神科救急・合併症入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (5) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(5)の例による。
- (6) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。

#### A312 精神療養病棟入院料

- (1) 精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (2) 精神療養病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の例による。
- (4) 「注4」に規定する加算の算定に当たっては、算定する日においてGAF尺度による判定が40以下の場合に算定する。

#### A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

- (1) 認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、A D Lにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。
- (2) 認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。  
なお、必要があつて他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。
- (3) 認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。
- (5) 退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として精神保健福祉士及び臨床心理技術者等の関係職種が連携して退院支援計画を作成すること。

#### ~~A 3 1 6 診療所後期高齢者医療管理料~~

- ~~(1) 診療所後期高齢者医療管理料は、在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、在宅での療養を行っている者（他の保険医療機関において現に在宅療養計画に基づく在宅療養を行っている者を含む。）の適切な在宅医療を確保するための診療を目的として入院させるものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関である診療所が届出をし、地方社会保険事務局長が受理した当該診療所に入院している患者について算定する。~~
- ~~(2) 診療所後期高齢者医療管理料には、全ての診療に要する費用（地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）が含まれているものであり、入院の日から退院の日までの間においては、入院及び退院の時間が午前又は午後であるか否かにかかわらず、他の診療料の算定は行わないものであること。~~
- ~~(3) 同一日において入退院があつた場合は、診療所後期高齢者医療管理料の算定は行わないものであること。~~
- ~~(4) 診療所後期高齢者医療管理料を算定する患者が退院した後に再度入院を要する場合は、退院後1か月以上経過しない場合は、当該診療所後期高齢者医療管理料の「2」により645点（生活療養を受ける場合にあっては、631点）を算定するものであること。~~
- ~~(5) 診療所後期高齢者医療管理料の算定に当たって当該患者の診療を担う保険医は、患者の病態から判断し2日を超えて継続して入院させる必要があるか日々把握するものであること。~~

~~(6) 診療所後期高齢者医療管理料を算定した場合は、その旨診療録に記載するものであること。~~

## 第4節 短期滞在手術基本料

### A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- (1) 短期滞在手術基本料は、短期滞在手術（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。
  - ア 手術室を使用していること。
  - イ 術前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。
  - ウ 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。
  - エ 退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術基本料3を除く。）。
- (2) 保険医療機関（有床診療所を含む。）において、15歳未満の鼠径ヘルニア手術及び15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行う場合には、当該患者が特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）又は区分番号「A 3 0 7」に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料3を算定するものであること。
- (3) 短期滞在手術基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (4) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術基本料に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 短期滞在手術基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査（ ）判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術基本料3を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査（ ）判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。
- (6) 短期滞在手術基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。
- (7) 短期滞在手術基本料1又は2を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E 4 0 0」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- (8) 同一の部位につき短期滞在手術基本料1又は2に含まれる写真診断及び撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

- (9) 短期滞在手術基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

## 第2章 特掲診療料

### < 通則 >

第1部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は同一月に算定できない。

## 第1部 医学管理等

### B000 特定疾患療養管理料

- (1) 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。
- (2) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A000」初診料（「注2」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) 区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌々の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (8) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。
- (9) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。
- (10) 再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できない。



- (11) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (12) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成6年総務庁告示第75号）」（以下「分類表」という。）に規定する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の疾病名を用いることが望ましい。

## B 0 0 1 特定疾患治療管理料

### 1 ウイルス疾患指導料

- (1) 肝炎ウイルス、H I Vウイルス又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) H I Vウイルスの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はH I Vウイルスの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。

### 2 特定薬剤治療管理料

- (1) 特定薬剤治療管理料は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- ア 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
- イ てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの
- ウ 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの
- エ 不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与しているもの
- オ 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与しているもの
- カ 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
- キ 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの



ク 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの

~~ケ 重症の再生不良性貧血の患者又は赤芽球癆の患者であってシクロスポリンを投与しているもの~~

クヨ ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又は重度の再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、若しくは全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）若しくはネフローゼ症候群の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

~~サ ネフローゼ症候群の患者であってシクロスポリンを投与しているもの~~

コシ 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの

サス 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの

シセ 全身型重症筋無力症、関節リウマチ又はループス腎炎の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの

スサ 重症又は難治性真菌感染症の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与しているもの

- (2) 特定薬剤治療管理料を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、N - アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、塩酸ピルジカイニド、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、コハク酸シベンゾリン、ピルメノール及びアミオダロンをいう。
- (3) 特定薬剤治療管理料を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ポリコナゾールをいう。また、免疫抑制剤とは、シクロスポリン及びタクロリムス水和物をいう。
- (4) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- (5) 本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合はそれぞれ算定できる。（例え、ば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患について(1)ア～スのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。
- (6) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。
- (7) ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、1回に限り急速飽和完了日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して2日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効

果が得られる濃度にまで到達させることをいう。

- (8) てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、重積状態が消失した日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。
- (9) 「注3」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注6」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料は算定できない。
- (10) 「注4」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は4月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「4月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて4月目以降のことである。
- (11) 免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、臓器移植加算として「注6」に規定する点数を算定し、初回月加算は算定しない。
- (12) 初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、「注6」に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。
- (13) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

### 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- (1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。
- (3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。
- (4) 「注3」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「D009」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。
- (5) 区分番号「D009」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、1項目とみなして、本管理料を算定する。
- (6) 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。  
(例) 肝癌の診断が確定している患者で - フェブプロテインを算定し、別に、区分番号「D008」内分泌学的検査を行った場合の算定

- 悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」
- + 区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料
- + 区分番号「D026」の「4」生化学的検査( )判断料

(7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

#### 4 小児特定疾患カウンセリング料

(1) 乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(2) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

(3) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

(4) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

(5) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(6) 当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。

(7) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(8) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

#### 5 小児科療養指導料

(1) 小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合は

この限りでない。

- (2) 小児科療養指導料の対象となる疾患は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。
- (3) 小児科療養指導料は、当該疾病を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (4) 第1回目の小児科療養指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日又は退院の日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 指導内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科療養指導料は算定できない。

#### 6 てんかん指導料

- (1) てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目のてんかん指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
- (3) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 電話等によって指導が行われた場合は、てんかん指導料は算定できない。

#### 7 難病外来指導管理料

- (1) 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目の難病外来指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
- (3) 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあっても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。
- (4) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
- (5) 電話等によって指導が行われた場合は、難病外来指導管理料は算定できない。

#### 8 皮膚科特定疾患指導管理料

- (1) 皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。
- (2) 皮膚科特定疾患指導管理料( )の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬

、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が1年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料（ ）の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16歳以上の患者が罹患している場合に限る。）、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

- (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (4) 第1回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1月を経過した日以降に算定する。
- (5) 皮膚科特定疾患指導管理料（ ）及び（ ）は、同一暦月には算定できない。
- (6) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 電話等により行われた場合にあっては、皮膚科特定疾患指導管理料は算定できない。

## 9 外来栄養食事指導料

- (1) 外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者等に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案し、食品構成に基づく食事計画案又は少なくとも数日間の具体的な献立を示した栄養食事指導せんを交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。
- (2) 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとするが、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量・脂質構成（不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比）についての具体的な指示を含まなければならない。
- (3) 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
- (4) 外来栄養食事指導料は初回の指導を行った月にあっては1月に2回を限度として、その他の月にあっては1月に1回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に2回指導を行った場合であって、初回と2回目の指導の間隔が30日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に2回算定することができる。
- (5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠中毒症等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が6g未満のものに限る。ただし、平成20年9月30日までの間は、なお従前の例によることができる。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養（ ）又は入院時生活療養（ ）の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。
- (6) 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を明記する。

## 10 入院栄養食事指導料

- (1) 入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案し、食品構成に基づく食事計画案又は少なくとも数日間の具体的な献立を示した栄養食事指導せん又は食事計画案を交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。
- (2) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の9外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

## 11 集団栄養食事指導料

- (1) 集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が2か月を超える場合であっても、入院期間中に2回を限度として算定する。
- (3) 入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。
- (4) 1回の指導における患者の人数は15人以下を標準とする。
- (5) 1回の指導時間は40分を超えるものとする。
- (6) それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「B001」の「11」集団栄養食事指導料と区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料又は区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。
- (7) 集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあつては、集団による指導を行うのに十分なスペースをもつ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。
- (8) 集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。ただし、同留意事項の(5)の小児食物アレルギー患者(9歳未満の小児に限る。)に対する特別食の取扱いを除く。

## 12 心臓ペースメーカー指導管理料

(1) 注1に規定する「体内埋込式心臓ペースメーカー等」とは特定保険医療材料のペースメーカー、埋込型除細動器及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器を指す。

- (2) ~~心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置(ペーサーグラフィ、プログラマー等)等を有する保険医療機関において、体内埋込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該ペースメーカー等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標を計測するとともに、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回を限度として算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。~~

(3) 「イ」遠隔モニタリングによる場合とは、遠隔モニタリングに対応した体内埋込型ペ



ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行ない、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、プログラム変更に必要な費用は所定点数に含まれる。患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「イ」を算定していない月に限り、「ロ」を算定することができる。

(4~~イ~~) 計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に記載する。

(5~~イ~~) なお、心臓ペースメーカー患者の指導管理については、関係学会より留意事項が示されるので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

### 13 在宅療養指導料

(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。

(2) 保健師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患者において行った場合には算定できない。

(3) 療養の指導に当たる保健師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。

(4) 医師は、診療録に保健師又は看護師への指示事項を記載する。

(5) 保健師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

### 14 高度難聴指導管理料

(1) 高度難聴指導管理料は、区分番号「K328」人工内耳埋込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。

(2) 人工内耳埋込術を行った患者については、1か月に1回を限度として、その他の患者については1回に限って算定する。

(3) 指導内容の要点を診療録に記載する。

### 15 慢性維持透析患者外来医学管理料

(1) 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後3か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう。

(2) 特定の検査とは「注2」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「D026」尿・糞便等検査

判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査( )判断料、生化学的検査( )判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。

- (3) 同一検査名で、~~一般測定及び精密測定又は定性~~、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。
- (4) 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「E001」の「1」単純撮影(胸部を除く。)及び区分番号「E002」の「1」単純撮影(胸部を除く。)を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。
- (6) 透析導入後3か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。
- (7) 同一月内に2以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。
- (8) 同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。
- (9) 区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。
- (10) 下記のアからカに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

イ 副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム~~€α~~、Pの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、PTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

ウ 副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム~~€α~~、Pの検査は、退院月の翌月から5か月間は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、PTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

エ シナカルセト塩酸塩の初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム~~€α~~、Pの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、PTH検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。



オ 透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たり、<sup>2</sup>-マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、<sup>2</sup>-マイクログロブリン検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

カ 高アルミニウム血症とヘモクロマトーシスを合併した透析患者に対して、メシル酸デフェロキサミンを投与している期間中におけるアルミニウムの検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

- (11) 慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

#### 16 喘息治療管理料

- (1) 保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り算定する。なお、当該ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。

- (2) 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

- (3) 喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなければならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。

ア 酸素吸入設備

イ 気管内挿管又は気管切開の器具

ウ レスピレーター

エ 気道内分泌物吸引装置

オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）

カ スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）

キ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

- (4) ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドラインが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。

- (5) 「注2」に規定する加算については、当該加算を算定する前1年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が3回以上あり、在宅での療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した6か月について、必要な治療管理を行った場合に月1回に限り算定すること。

- (6) 当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

- (7) 当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に1度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。

- (8) 当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。

#### 17 慢性疼痛疾患管理料

- (1) 慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。
- (2) 区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

#### 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

- (1) 小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 第1回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日以降又は退院の日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (3) 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児悪性腫瘍患者指導管理料は算定できない。

#### 19 埋込型補助人工心臓指導管理料

- (1) 埋込型補助人工心臓指導管理料は、区分番号「K604」埋込型補助人工心臓を行うことができる保険医療機関においてのみ算定できる。
- (2) 埋込型補助人工心臓指導管理料は、埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、モニター、バッテリー及び充電器の使用法の説明など療養上必要な指導を行った場合に月1回を限度として算定する。この場合において、モニター、バッテリー及び充電器などに要する費用は所定点数に含まれる。

#### 20 糖尿病合併症管理料

- (1) 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。

- ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往
- イ 閉塞性動脈硬化症
- ウ 糖尿病神経障害

- (2) 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、(1)の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法

、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。

- (3) 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の常勤看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- (4) 看護師に対して指示を行った医師は、診療録に看護師への指示事項を記載すること。
- (5) 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。\_\_
- (6) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

#### 21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

- (1) 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあっては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。
- (2) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15歳未満の患者であって、発症から3か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の1年間において3回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。
- (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (4) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 電話等により行われた場合にあっては、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は算定できない。

#### 22 がん性疼痛緩和指導管理料

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放 - WHO方式がんの疼痛治療法 - 第2版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用法に関する説明を含めるものであること。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。\_\_
- (3) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

#### 23 がん患者カウンセリング料

- (1) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適

宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

(2) 自院、他院を問わず、原則として患者1人1回に限り算定する。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

#### B 0 0 1 - 2 小児科外来診療料

- (1) 小児科外来診療料は、地方厚生局長等に対し本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、3歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。なお、届出の様式等については別途通知する。
- (2) 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、第2部第2節第1款の各区分区分番号「~~C 1 0 0~~」から区分番号「~~C 1 1 2~~」に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。
- (3) 当該患者の診療に係る費用は、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料( )並びに区分番号「C 0 0 0」往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。
- (4) 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科外来診療料は算定できない。
- (5) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- (6) 同一月において、院外処方せんを交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方せんを交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (7) 常態として院外処方せんを交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「2」の所定点数を算定できる。
- (8) 当該届出を行った保険医療機関において、3歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。
- (9) 3歳の誕生日が属する月において、3歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児

科外来診療料を算定した場合にあっては、3歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。

- (10) 当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した3歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。
- (11) 本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

#### B 0 0 1 - 2 - 2 地域連携小児夜間・休日診療料

- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料1については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料2については、保険医療機関が24時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ6歳未満の小児を診療した場合に算定する。~~なお、ここでいう夜間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間とする。~~
- (3) 地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した6歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (7) 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。
- (8) 入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。



- (9) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。\_\_
- (10) 地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。\_\_
- (11) 「注2」に掲げる院内トリアージ加算については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。\_\_
- (12) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。\_\_

#### B 0 0 1 - 2 - 3 乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して区分番号「A 0 0 0」初診料（「注2」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

#### B 0 0 1 - 2 - 4 地域連携夜間・休日診療料

- (1) 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。\_\_
- (2) 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。\_\_
- (3) 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。\_\_
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。\_\_
- (5) 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。\_\_
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。\_\_
- (7) 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。\_\_
- (8) 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。\_\_
- (9) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。\_\_

(10) 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

#### B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

- (1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A 0 0 0」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。
- (6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
- (7) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (8) 同一月内において、院外処方せんを交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「1 処方せんを交付する場合」で算定する。
- (9) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンA<sub>1c</sub>（HbA<sub>1c</sub>）が8.0%以上の者をいう。
- (10) 「注3」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その

報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。

当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

#### B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、~~及び~~日本癌学会 及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
  - ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
  - イ 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。
  - ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。
- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。

#### B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L 0 0 2」硬膜外麻酔、区分番号「L 0 0 4」脊椎麻酔若しくは区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。
- (2) 手術前1週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前1週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として1週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。
- (3) 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「D 0 2 6」血液学的検査判断料、生化学的検査( )判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。
- (4) 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E 4 0 0」フィルムの所定点数により算定する。
- (5) 本管理料を算定する手術前1週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の1回目の所定点数については別に算定できない。
- (6) 本管理料を月初めに算定し、手術前1週間が月をまたがる場合においても、本管理料の



- 所定点数に包括されている検査項目等の1回目の所定点数については別に算定できない。
- (7) 同一の患者について、月をまたがって1週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を2回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、2回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

(例) 当該月の29日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の3日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の29日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の3日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

#### B 0 0 1 - 5 手術後医学管理料

- (1) 手術後医学管理料は、区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「A 3 0 0」救命救急入院料又は区分番号「A 3 0 1」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。
- (2) 手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「D 0 2 6」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査( )判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する3日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。
- (3) 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。
- (4) 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第1章第2部通則5に定める起算日のことをいう。

#### B 0 0 1 - 6 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院(療養病棟を除く。)又は診療所(療養病床に係るものを除く。)に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの(結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。)に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング(患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。)又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中1回算定できるものであること。
- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置

を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に区分番号「J119」消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない区分番号「J119」消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。

- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

#### B001-7 リンパ浮腫指導管理料

- (1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について個別に説明及び指導管理を行った場合に算定する。

ア リンパ浮腫の病因と病態

イ リンパ浮腫の治療方法の概要

ウ セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法

(イ) リンパドレナージに関すること

(ロ) 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること

(ハ) 弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること

(ニ) 保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること

エ 生活上の具体的注意事項

リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること

オ 感染症の発症等増悪時の対処方法

感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

- (2) 指導内容の要点を診療録に記載する。
- (3) 手術前においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合であって、結果的に手術が行われなかった場合にはリンパ浮腫指導管理料は算定できない。

#### B002 開放型病院共同指導料( )、B003 開放型病院共同指導料( )

- (1) 開放型病院共同指導料( )は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に1人の患者に1日につき1回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

- (2) 開放型病院共同指導料( )を算定した場合は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「C000」往診料及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料等は算定できない。

- (3) 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B009」診療情報提供料( )が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料( )を算定できる。

- (4) 開放型病院共同指導料( )を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

(5) 開放型病院共同指導料( )は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料( )を算定した場合に、開放型病院において算定する。

#### B 0 0 4 退院時共同指導料 1、B 0 0 5 退院時共同指導料 2

- (1) 退院時共同指導料 1 又は退院時共同指導料 2 は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については 2 回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。なお、ここでいう入院とは、第 1 章第 2 部通則 5 に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (4) 退院時共同指導料 1 の「1」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護職員の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。
- (5) 当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療機関という。）と当該患者を紹介した保険医療機関（以下この区分において紹介元保険医療機関という。）とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。
- (6) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- (7) 退院時共同指導料 2 の「注 2」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して行った場合に算定する。
- (8) 退院時共同指導料 2 の「注 3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち 3 者以上と共同して行った場合に算定する。
- (9) 退院時共同指導料 2 の「注 3」に規定する指導と同一日に行う「注 2」に規定する指導に係る費用及び介護支援連携指導料は、「注 3」に規定する加算に含まれ、別に算定でき

ない。 \_

#### B 0 0 5 - 1 - 2 介護支援連携指導料

- (1) 介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又は介護保険施設等の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。
- ア 介護老人福祉施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第20項に規定する地域密着型老人福祉施設及び同条第24項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）
- イ 介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設
- ウ 介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設
- エ 特定施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設及び同条の2第11項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）
- オ 認知症対応型グループホーム（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。）
- カ 小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）
- (4) 初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
- (5) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプランについては、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求めることと

し、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

(6) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援連携指導料を算定することはできない。

(7) 同一日に区分番号B005退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の両方を算定することはできない。

B005 - 2 地域連携診療計画管理料、B005 - 3 地域連携診療計画退院時指導料( )

B005 - 3 - 2 地域連携診療計画退院時指導料( )

(1) 地域連携診療計画は、あらかじめ計画管理病院において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関（必要に応じて、計画管理病院から転院後の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関を含む。また、特別の関係であっても差し支えない。）又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」という。）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

(2) 地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。また、計画は必ず、計画管理病院、計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う保険医療機関（以下「2段階目の保険医療機関」という。）又は介護老人保健施設（以下「2段階目の保険医療機関等」という。）、2段階目の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関（以下「3段階目の保険医療機関」という。）又は介護サービス事業所（介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所）（以下「3段階目の保険医療機関等」という。）の3段階の連携に限られる必要はなく、必要に応じて、計画管理病院及び2段階目の保険医療機関等の2段階の連携も活用されるべきものである。

(3) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料( )及び( )の対象疾患は、大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。）又は脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。）である。なお、脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。

(4) 地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。



(5~~号~~) 地域連携診療計画退院時指導料( )は、地域連携診療計画管理料を算定したの対象疾患の患者に対し、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に、2段階目の保険医療機関連携する保険医療機関において退院時に算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。

(6) 地域連携診療計画退院時指導料( )の「注3」に掲げる地域連携診療計画退院計画加算は、2段階目の保険医療機関及び3段階目の保険医療機関等を含んだ診療計画に基づき患者の同意を得て、当該保険医療機関の退院後、3段階目の保険医療機関等で行われるべき診療等の計画を作成するとともに、患者、家族に説明し、3段階目の保険医療機関等と適切に情報共有を行うことについて評価したものである。

(7) 地域連携診療計画退院時指導料( )は、3段階目の保険医療機関等において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。

(8~~号~~) 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時、2段階目の保険医療機関及び地域連携診療計画退院時指導料を算定する連携保険医療機関からの退院時及び3段階目の保険医療機関における退院後の初回受診時においては、別紙様式10に定める日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

B 0 0 5 - 4 ハイリスク妊産婦共同管理料( )、B 0 0 5 - 5 ハイリスク妊産婦共同管理料( )

(1) ハイリスク妊産婦共同管理料( )は、診療に基づき患者を紹介した医師(以下この項において「紹介元医師」という。)が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者1人につき1回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。

(2) ハイリスク妊産婦共同管理料( )を算定した場合は、区分番号「A 0 0 1」再診料、区分番号「A 0 0 2」外来診療料、区分番号「C 0 0 0」往診料及び区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料等は算定できない。

(3) 紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料( )が既に算定されている場合であっても、その算定された日を除き、ハイリスク妊産婦共同管理料( )を算定できる。

(4) ハイリスク妊産婦共同管理料( )を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には紹介元医師による医学管理等が行われた旨を記載する。

(5) ハイリスク妊産婦共同管理料( )は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料( )を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。

(6) 自院にて診療していた妊産婦の状態に異常が認められたために、他院へ搬送する場合に

において、医師が搬送先医療機関まで付き添い、搬送先の病院の医師と共同で医学管理等を行った場合においても算定できる。

- (7) ハイリスク妊産婦共同管理料( )は、区分番号「C004」救急搬送診療料と併せて算定することができる。\_\_

#### B005-6 がん治療連携計画策定料、B005-6-2 がん治療連携指導料

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。\_\_

(2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。\_\_

(3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。\_\_

(4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。\_\_

(5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。\_\_

(6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。\_\_

#### B005-7 認知症専門診断管理料

認知症専門診断管理料は、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1人につき1回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。\_\_

#### B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料

(1) 肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して

、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。

(2) 治療計画の策定にあたっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。

(3) 入院中の患者については退院時に算定すること。

#### B 0 0 6 救急救命管理料

- (1) 保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
- (2) 救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
- (4) 医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料又は区分番号「A 0 0 2」外来診療料は算定できない。

#### B 0 0 6 - 3 退院時リハビリテーション指導料

- (1) 退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- (2) 退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。
- (4) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。
- (5) 指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 死亡退院の場合は、算定できない。

#### B 0 0 7 退院前訪問指導料

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の退院に先立って患者を訪問し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。



- (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- ~~(4) 退院前訪問指導料は、区分番号「A316」診療所後期高齢者医療管理料のみを算定後に家庭に復帰した患者については、算定できない。~~
- (4~~5~~) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5~~6~~) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6~~7~~) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7~~8~~) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

#### B008 薬剤管理指導料

- (1) 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導(処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。)を行った場合に週1回に限り算定できる。ただし、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とし、薬剤管理指導料の「1」を算定する場合にあっては、薬学的管理指導により把握した必要な情報を速やかに医師に提供するものとする。

薬剤管理指導料の「1」の対象患者のうち、意識障害等の状態にあり直接服薬指導ができないものについては、その他の薬学的管理指導を行うことにより算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「F500」調剤技術基本料の「1」により算定する。

- (2) 薬剤管理指導料の「1」は、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「A304」広範囲熱傷特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬学的管理指導を行った場合に算定する。

薬剤管理指導料の「2」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤(ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。)、

ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者（薬剤管理指導料の「1」に該当する場合を除く。）に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。

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

(4) 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(5) 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

(6) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(7) 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 医薬品緊急安全性情報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

(8) 「注2」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ 麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ その他麻薬に係る事項

(9) 「注3」に規定する医薬品安全性情報等管理体制加算は、当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していることを評価したものであり、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に加算する。

~~(9) 「注3」の退院時服薬指導加算は、薬剤管理指導料を算定している患者の退院時に、当該患者又はその家族等に、薬剤管理指導記録に基づいて退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行うとともに、指導内容、薬剤情報、退院後の外来診療に基づく投薬又は保険薬局での調剤に必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。~~

~~(10) 「注3」の退院時服薬指導加算は、薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院の日に算定する。~~

~~(11) 退院時の指導内容を薬剤管理指導記録に記載するとともに、患者に交付した文書の写しを薬剤管理指導記録に添付する等の方法で保存する。~~

(10+2) 薬剤管理指導及び、麻薬管理指導及び退院時服薬指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

#### B 0 0 9 診療情報提供料( )

(1) 診療情報提供料( )は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

(2) 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

(3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア イ及びウ以外の場合

別紙様式11

イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等

別紙様式12から別紙様式12の ~~4~~→

ウ 介護老人保健施設

別紙様式13

(4) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

(5) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関(特別の関係にあるものを除く。)に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料( )は算定できる。

(6) (5)の場合において、B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、B保険医療機関においては、診療情報提供料( )、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

(7) (5)の場合において、B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をA保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料( )を算定できる。なお、この場合に、B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、A保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

(8) 提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料( )は算定できない。

(9) 下記のア、イの場合については、患者1人につき月1回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付す

る。

ア 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10) 診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

(11) 「注2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から2週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。この場合においては、家庭に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、診療情報提供料( )の算定対象とはならない。

(12) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター又は指定居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターをいう。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

(13) 「注3」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者(以下「在宅患者」という。)に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方せん又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方せんの写しを診療録に添付する。

なお、処方せんによる訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料( )は算定できない。

(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設(当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設そ



- その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。)に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。
- ア グループホーム及びケアホーム(障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。)
- イ 障害者支援施設(障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第6項に規定する生活介護を行うものを除く。)
- ウ 障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号)第6条の7第2項に規定する自立訓練(生活訓練)を行う事業所
- エ 障害者自立支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所
- オ 障害者自立支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所
- カ 障害者自立支援法第5条第22項に規定する福祉ホーム
- キ 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神保健福祉法第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設
- (15) 「注6」に掲げる「認知症疾患医療老人性認知症センター等」とは、認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定等を行うものとして、都道府県知事が指定した保険医療機関等をいうものであり、その取扱いについては、「認知症疾患医療老人性認知症センター運営事業実施要綱について」(平成20元年3月31日付障健医発第0331009850号)等を参考とし、都道府県精神保健主管課(部)と連絡を密にするものであること。
- (16) 「注7」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後6か月間、当該加算は算定できない。
- (17) 「注8」の加算は、区分番号「B005 4」ハイリスク妊産婦共同管理料( )が算定されない場合であっても算定できる。
- (18) 「注9」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。
- (19) 「注10」に規定する認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「B005-7」に掲げる認知症専門診断管理料を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。
- (20) 「注11」に規定する精神科医連携加算については、身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日(紹介した日より1月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。)について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。\_\_

(21) 「注12」に規定する肝炎インターフェロン治療連携加算は、区分番号「B005-8」に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料を算定する専門医療機関において作成された治療計画に基づいて行った診療の状況を示す文書を添えて、当該専門医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に算定する。

#### B010 診療情報提供料( )

- (1) 診療情報提供料( )は、診療を担う医師以外の医師による助言(セカンド・オピニオン)を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。
- (2) 診療情報提供料( )は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「B009」診療情報提供料( )を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。
- (3) 診療情報提供料( )を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。
- (4) 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

#### B011-3 薬剤情報提供料

- (1) 薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書(薬袋等に記載されている場合も含む。)により提供した場合に月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 「注1」に規定する場合において、さらに、~~後期高齢者である患者に対して、当該患者の求めに応じて~~薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月1回に限り「注2」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対しては、薬剤の名称が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。~~手帳に貼付できるよう、薬剤の名称が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合でも算定できるが、その場合には、当該文書を手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行うとともに、次回、当該文書が手帳に貼付されていることを確認すること。~~

- (3) やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。
- (4) 同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。
- (5) 処方内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。
- (6) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に2以上の診療科で処方された場合であっても、1回のみ算定とする。
- (7) 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載する。

#### B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

- (1) 医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。
- (2) 医療機器安全管理料1は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に1月に1回に限り算定する。
- (3) 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。）、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。
- (4) 医療機器安全管理料2は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。
- (5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

#### B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料

- (1) 傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。
- (2) 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。
- (3) 傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に「相続」と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

- (4) 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、2度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。
- (5) 感染症法第37条の2による医療を受くべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を算定できる。なお、感染症法第37条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の100分の100を算定できる。
- (6) 健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

#### B 0 1 3 療養費同意書交付料

- (1) 療養費同意書交付料は、医師が療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ、はり及びきゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。
- (2) 初療の日から3月を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。
- (3) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

#### B 0 1 4 ~~後期高齢者退院時薬剤情報~~管理指導提供料

- (1) ~~後期高齢者退院時薬剤情報~~管理指導提供料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、を患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B 0 1 1 3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日において後期高齢者である患者について、退院の日1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。
- (2) 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する。
- (3) 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前1週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について



記載する。

(4) 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方せんを提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。

(5) 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらおうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。

(6) 後期高齢者退院時薬剤情報管理指導提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録に記載する。なお、区分番号「B008」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。

(7) 死亡退院の場合は算定できない。

#### ~~B-0-1-5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料~~

~~(1) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている入院中の患者の退院に際して、管理栄養士が医師の指示の下、当該計画に基づき、患者、家族等に対して、患者の退院後の生活を勘案した上で、退院後の在宅での栄養・食事管理について概ね15分以上指導を行うとともに、必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。~~

~~(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料の対象となる患者は、経口摂取を行う患者であって次のアからエに掲げる要件の全てに該当するものであること。なお、経管栄養のみの患者は対象となっていないが、経管栄養と経口摂取を併用している場合は、対象患者となること。~~

~~ア 当該指導の実施日において後期高齢者である患者であること。~~

~~イ 低栄養状態にある者。なお、低栄養状態にある者とは、アルブミン値が概ね3.5g/dL以下の者若しくはBMIが概ね18.5未満の者又は医師が低栄養状態にあると認めた者をいう。~~

~~ウ 区分番号「A233」栄養管理実施加算が算定されていること。~~

~~エ 当該指導の実施日において、食事が提供されていること。~~

~~(3) 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものであることとするが、少なくとも低栄養の状態、栄養補給に関する事項（栄養補給量、栄養補給方法等）についての具体的な指示を含まなければならない。~~

~~(4) 当該保険医療機関以外の管理栄養士により指導が行われている場合は、算定できない。~~

~~(5) 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。また、退院後、栄養士の配置が義務づけられている施設へ入所する場合は算定でき~~

~~ない。~~

~~(6) 退院時栄養・食事管理指導料は、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、当該指導料を算定した退院の日から起算して1か月以内に行われる当該指導については算定できない。~~

~~(7) 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。~~

~~(8) 患者に交付する文書は、当該患者ごとに適切なものであることとするが、少なくとも退院後の栄養・食事管理の目標、栄養補給に関する事項（食事内容等）等についての具体的な指導内容を含まなければならない。~~

~~(9) 管理栄養士は、患者に交付した文書を診療録等に添付する等の方法で保存すること。また、患者ごとに退院時栄養・食事管理指導記録を作成するとともに、当該指導記録に退院後の栄養・食事管理の目標、栄養補給に関する事項（食事内容等）等についての具体的な指導内容を明記すること。~~

#### ~~B-0-1-6 後期高齢者診療料~~

~~(1) 後期高齢者診療料は、慢性疾患を有する後期高齢者に対し、継続的な診療を提供し計画的な医学管理の下に、患者の心身の特性にふさわしい外来医療の提供を行う取組を評価するものであり、診療所及び当該病院を中心に半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院において算定できることとする。~~

~~(2) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等の慢性疾患に対する全身的な医学管理を行う旨、患者に対して診療計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得て、当該診療計画書を交付し、当該診療計画に基づき、必要な指導を行った場合に月1回を限度として算定する。なお、行った指導内容の要点を診療録に記載するとともに、別紙様式14又はこれに準じた形式を参考にした文書を用いて患者に提供すること。~~

~~(3) 後期高齢者診療料は、服薬、運動、栄養、日常生活等に関する総合的な治療管理に係る診療計画書（診療計画書の様式は、別紙様式15又はこれに準じた様式とする。）を交付した月から算定するものとする。交付の頻度は、3月に1回程度を目途とするが、病状が安定し、診療計画に変更の必要がないと認められる患者については、最長で1年間の診療計画書を作成しても差し支えない。なお、交付した当該診療計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。~~

~~(4) 第1回目の後期高齢者診療料は、区分番号「A-0-0-0」初診料を算定した初診の日又は退院の日の属する月においては、算定できないものであること。ただし、同一月に入院日及び退院日がある月において、当該入院日前行った診療については、後期高齢者診療料を算定できる。~~

~~(5) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（区分番号「B-0-0-9」診療情報提供料（）、区分番号「B-0-1-0」診療情報提供料（）、区分番号「B-0-1-7」後期高齢者外来継続指導料及び区分番号「B-0-1-8」後期高齢者終末期相談支援料を除く。）、第3部検査（第5節に規定する薬剤料及び第6節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。）、第4部画像診断（第4節に規定する薬剤料及び第5節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。）及び第9部処置（第2節に規定する処置医療機器等加算、第3節に規定する薬剤料及び第4節に規定する特定保険医療材料料に係る費用を除く。）の費用は全て所定点数に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び~~

- ~~処置のうち、それぞれの区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上のものについては別途算定できる。~~
- ~~(6) 病状の急性増悪時に、区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~
- ~~(7) 次の項目を含む検査等を定期的に実施し、その結果を患者、家族等に懇切丁寧に説明し診療計画に反映すること。ただし、健康診査において同じ項目の検査を行った場合は、それらの結果を診療計画に反映することで差し支えない。~~
- ~~ア 年2回以上の患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等についての生活機能を含んだ評価~~
- ~~イ 年1回以上の身体計測（身長、体重、比体重を測定する。）~~
- ~~ウ 年1回以上の検尿（随時に採取した尿について、糖、蛋白を測定する。）~~
- ~~エ 年1回以上次の循環器検査を行うこと~~
- ~~(イ) 心電図検査（安静時の標準12誘導心電図を記録すること。）~~
- ~~(ロ) 血液化学検査（LDL-コレステロール、HDL-コレステロール及び中性脂肪を測定すること。）~~
- ~~オ 年1回以上の貧血検査（血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定すること。）~~
- ~~カ 年1回以上の肝機能検査（GOT、GPT及びGTPを測定すること。）~~
- ~~キ 年1回以上の血糖検査（空腹時血糖又はヘモグロビンA<sub>1c</sub>を測定すること。）~~
- ~~(8) 市町村が実施する健康診査及び保健指導の内容を診療計画に反映すること。~~
- ~~(9) 後期高齢者の生活機能を含んだ評価の実施に当たっては、関係学会等よりガイドラインが示されているので、評価が適切に実施されるよう十分留意すること。~~
- ~~(10) 当該患者の服薬状況及び薬剤服用歴を当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の(2)に掲げる手帳をいう。）等により確認すること。また、院内処方を行った患者が当該手帳を所持している場合は投薬内容等を記載すること。~~
- ~~(11) 後期高齢者診療料は、当該患者に対して主病である慢性疾患の診療を行っている保険医療機関が算定するものであること。~~
- ~~(12) 継続的な診療を提供する観点から、当該保険医療機関においては、同一の保険医による診療を行うことを原則とする。ただし、都合により他の保険医が診療を行った場合であっても、後期高齢者診療料を算定できることとする。~~
- ~~(13) 2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる慢性疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。~~
- ~~(14) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている慢性疾患をいうものである。~~
- ~~(15) 後期高齢者診療料は、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする患者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合や対診又は依頼により検査のみを行っている場合などの実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。~~
- ~~(16) 同一保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とする複数の患~~

~~者の診療を行っている場合において、後期高齢者診療料を算定する患者と算定しない患者が混在することはありえるものであること。~~

~~(17) 往診又は電話等による再診時に行われた指導及び診療は、後期高齢者診療料の算定の基礎となる指導及び診療とはならない。~~

~~(18) 同一月において、第2部在宅医療第1節、第2節(ただし、区分番号「C-0-0-0」往診料、区分番号「C-0-0-4」救急搬送診療料を除く)を算定した患者は後期高齢者診療料を算定できない。~~

~~(19) 後期高齢者診療料は、当該点数を算定後であって病状の急変等により自院又は他院に入院した場合であっても算定できることとする。~~

~~(20) 当該月に後期高齢者診療料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に後期高齢者診療料を算定しないことができる。ただし、その場合は、理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~(21) 専門外等の理由により他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を交付する等十分な連携を図るとともに、当該他の保険医療機関名を診療録に記載すること。~~

~~(22) 後期高齢者診療料を算定する保険医療機関の保険医にあつては、後期高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。~~

~~(23) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、算定の基礎となる指導及び診療が行われたときに後期高齢者である患者であること。~~

#### ~~B-0-1-7 後期高齢者外来継続指導料~~

~~(1) 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた診療内容等が、当該患者の通院による診療を担う保険医に円滑に引き継がれることが重要であり、そのような取組を評価する。~~

~~(2) 後期高齢者外来継続指導料は、区分番号「B-0-1-6」後期高齢者診療料を算定している患者の通院による診療を担う保険医療機関(以下この項において単に「当該患者の通院による診療を担う保険医療機関」という。)において、当該後期高齢者診療料を入院の日の属する月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であつて、当該患者が退院後に再び当該患者の通院による診療を担う保険医療機関において診療を行う場合に、退院後の最初の診療日に算定する。~~

~~(3) 後期高齢者外来継続指導料を算定できる退院後の最初の診療日とは、退院日の属する月の翌々月までのことをいう。また、退院日から30日以上経過して算定する場合には、その間の診療状況を患者に確認すること。~~

~~(4) 当該患者の通院による診療を担う保険医療機関は、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること。~~

#### ~~B-0-1-8 後期高齢者終末期相談支援料~~

~~(1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。~~

- ~~(2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日医政発第0521011号)、「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会)等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書(電子媒体を含む。)又は映像により記録した媒体(以下、この区分において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。~~
- ~~(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、保険医は患者に意思の決定を迫ってはならないこと。~~
- ~~(4) 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望(希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。)をいうものであること。~~
- ~~(5) なお、入院中の患者については、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要かつ当然のことであることから、特に連続して1時間以上に渡り話し合いを行ったうえで、患者の十分な理解を得ること。~~
- ~~(6) 時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。~~
- ~~(7) 入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定する。~~



## 第2部 在宅医療

### < 通則 >

在宅医療の費用は、第1節在宅患者診療・指導料、第2節在宅療養指導管理料第1款在宅療養指導管理料、第2節在宅療養指導管理料第2款在宅療養指導管理材料加算、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

### 第1節 在宅患者診療・指導料

1 保険医療機関は、同一の患者について、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」~~同一建物居住者居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料（以下この部において「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか1つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

2 一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか1つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

3 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

4 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならない。

ア 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下この部において「連絡担当者」という。）をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び連絡担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ 当該診療所において、又は別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）の保険医師との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し診療録に添付すること。

ウ 当該診療所において、又は別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）の医師若しくは看護師又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）の看護師等との

連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること。

オ 他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）と連携する場合には、連携する保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク 年に1回、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

5 連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

6 当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「C000」往診料又は区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。

7 連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び「支援」と記載すること。

#### C000 往診料

(1) 往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

(2) 緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

- (3) 「注1」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前8時から午後1時までの間とする。
- (4) 「注1」の加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。
- (5) 「注1」における所定点数とは、往診料に「注2」及び「注4」における加算点数を合算した点数をいう。
- (6) 夜間（深夜を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一の取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。
- (7) 「注1」ただし書の加算については、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医及び連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、算定できる。
- (8) 「注2」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (9) 同一の患家又は~~有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるもの（区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の(2)のイに規定する居住系施設入居者である患者の患家を除く。）を含む。）において、~~2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料又は区分番号「~~C001~~」在宅患者訪問診療料を算定せず、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」に規定するの加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。なお、診療上の必要に基づき、同一の患家で複数の患者を診療することが継続的に行われる場合には、1人目に診療する患者が特定の人に偏ることのないようにするなど、患者の費用負担の観点から適切な配慮を行うこと。
- (10) 往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。
- (11) 「注3」に規定する加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。
- (12) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注1」、「注2」、「注3」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。



- (13) (12)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア 適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方社会保険事務局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、すみやかに地域の指定を取り消すものとする。

医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの。(以下「1号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。)

1号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメートルを超えるもの。(以下「2号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。)

イ 特殊の事情

定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。

海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。

冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ 算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数(650点に「注1」、「注2」又は「注3」による点数を加算した点数)に、次の点数(1号地域については次の(イ)及び(ロ)により算出した点数、2号地域については、次の により算出した点数)を加算する。

1号地域に対する往診の場合

(イ) 波浪時(波浪注意報の出ているとき又は波浪により通常の航海時間の概ね1.5倍以上を要したときとする。)であった海路につき海路距離が片道1キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注2」に規定する点数の100分の150を加算した点数。(往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。)

(ロ) 適用地域における往診に必要とした滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

2号地域に対する往診の場合

往診のため保険医が当該保険医療機関を出発してから帰院するまでの往診時間について、30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の300に相当する点数。

- (14) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する

保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。

- (15) 「注5」に規定する交通費は実費とする。
- (16) 交通費には自家用車による費用を含む。
- (17) 自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注5」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。
- (18) 往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。
- (19) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。
- (20) 数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(19)と同様である。
- (21) 同一保険医が2か所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家へ赴くために出発した保険医療機関から患家までの距離により算定する。

(22) 定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

#### C 0 0 1 在宅患者訪問診療料

- (1) 在宅患者訪問診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。
- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者であり、次の患者をいうこと。

~~ア 自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者~~

~~イ 次に掲げる患者（以下「居住系施設入居者等である患者」という。）~~

~~（イ） 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者~~

~~＝ 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム（に規定する施設を除く。）~~

~~＝ 老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（に規定する施設を除く。）~~

~~＝ 老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（に規定する施設を除く。）~~

~~＝ 老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム~~

~~＝ 特定施設（指定居宅サービス等の事業の大員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の大員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サ~~

~~サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）~~

~~高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（に規定する施設を除く。）~~

~~（日）次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者~~

~~介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護~~

~~介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護~~

~~介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護~~

~~介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護~~

ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成2018年厚生労働省告示第128176号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

(3) 「2」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能

型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

- (4) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「1」の同一建物居住者以外の場合の所定点数を算定する。
- (5) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、(3)の規定にかかわらず、1人目は、「1」の「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料の「注4」に規定する加算を算定する。
- (6) ~~㊦~~ 在宅患者訪問診療料は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。
- (7) ~~㊦~~ 在宅患者訪問診療料の算定は週3回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

- (8) ~~㊦~~ 診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、
- ア 当該訪問診療が必要な旨
- イ 当該訪問診療の必要を認めた日
- ウ 当該訪問診療を行った日
- を診療報酬明細書に付記することにより、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができる。
- (9) ~~㊦~~ 定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料の算定対象とする。



(10~~7~~) 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

(11) 「注3」に規定する乳幼児加算又は幼児加算は、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して訪問診療を実施した場合に、1日につき1回に限り算定できるものとする。

(12~~8~~) 「注5~~4~~」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日前14日以内に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。

(13~~9~~) 「注5~~4~~」のただし書に規定する在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を含む。 )又は在宅療養支援病院に係る加算については、(12~~8~~)の要件に加えて、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を含む。 )又は在宅療養支援病院の保険医が、在宅での療養を行っている患者(往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限る。 )が在宅で死亡した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者の死亡診断を行った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

(14~~0~~) 「注6~~5~~」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注5~~4~~」のただし書に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注6~~5~~」に規定する加算は別に算定できない。

(15~~1~~) 患家における診療時間が1時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。

(16~~2~~) 往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関(特別の関係にある保険医療機関を含む。 )又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

(17~~3~~) 「注9~~8~~」に規定する交通費は実費とする。

#### C 0 0 2 在宅時医学総合管理料、C 0 0 2 - 2 特定施設入居時等医学総合管理料

(1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。

(2) 在宅時医学総合管理料の対象患者は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者である。( (3)で規定する特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。 )

(3) 特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者は、医師又は看護師の配置が義務づけられ

ている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、通院困難な者である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

(イ) 養護老人ホーム( (二) に規定する施設を除く。 )

(ロ) 軽費老人ホーム(「軽費老人ホームの設備及び運営について」(昭和47年2月26日厚生省社会局長通知)第二に規定するA型のものに限り、(二)に規定する施設を除く。)

(ハ) 特別養護老人ホーム

(ニ) 特定施設(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 短期入所生活介護

(ロ) 介護予防短期入所生活介護

(4) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療(往診を含む。ただし、区分番号「A000」初診料を算定する往診は除く。)を行った場合に月1回に限り算定する。

「1」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、月2回以上継続して訪問した場合には、

「2」を算定する。

(5) 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

(6) 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。

(7) 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

(8) 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。

(9) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、区分番号「B001」

の「5」小児科療養指導料、同区分番号の「7」難病外来指導管理料、同区分番号の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (10) 当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても第5部投薬の費用は算定できない。
- (11) 1つの患者に在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の対象となる患者が2人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、患者ごとに算定すること。
- (12) 同一月内において院外処方せんを交付した訪問診療と院外処方せんを交付しない訪問診療とが行われた場合は、当該月の算定は在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「イ」（院外処方せんを交付する場合）で算定するものであること。
- (13) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「1」の「イ」又は「2」の「イ」を算定する保険医療機関において投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方せんを交付した場合は、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定に当たっては、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の「1」の「イ」又は「2」の「イ」で算定するものであること。
- (14) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定するものであること。
- (15) 区分番号「C003」在宅末期医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。
- (16) 「注3」に規定する在宅移行早期加算は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から3月を限度として、1月1回に限り所定点数に加算する。
- (17) 在宅移行早期加算は、退院から1年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに3月を限度として、月1回に限り所定点数に加算できるものとする。
- ~~(18+6)~~ 「注4~~イ~~」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に重症者加算として算定する。
- ~~(19+7)~~ 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二第二号のイに掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。
- ~~(20+8)~~ 算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においても、算定できる。

#### C003 在宅末期医療総合診療料

- (1) 在宅末期医療総合診療料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入居又は入所している患者（給付調整告示等

に規定する場合を除く。)の場合を除く。)であって、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1週間(日曜日から土曜日の暦週をいう。本項において同じ。)を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。

ア 当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週4日以上であること。

( 同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても1日とする。 )

イ 訪問診療の回数が週1回以上であること。

ウ 訪問看護の回数が週1回以上であること。

- (2) 在宅末期医療総合診療料は、1週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、1週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅末期医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所又は当該在宅療養支援病院に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた1週間について、(1)のアからウまでの要件を満たす場合には、在宅末期医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。
- (3) 在宅療養支援診療所において、連携により必要な体制を確保する場合にあつては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書(電子媒体を含む。)により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅末期医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の属する保険医療機関において一括して算定する。
- (5) 連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションが当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅末期医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅末期医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。
- (7) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該患者に対して診療を行おうとする場



合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅末期医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

- (8) 1週間のうち院外処方せんを交付した日がある場合は、当該1週間分を「1」で算定し、それ以外の場合は「2」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該1週間のうちに(1)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。

- (9) 「注2」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、(11)のイに基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注~~5-4~~」のただし書に規定する加算を算定する場合には、算定できない。

- (10) 当該患者の診療に係る費用は、(11)に掲げる費用及び「注2」の加算を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅末期医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

- (11) 「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅末期医療総合診療料と別に算定できる。

ア 週3回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「C000」往診料の「注1」及び「注2」の加算を含む。）（ただし、週2回を限度とする。）

イ 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注~~5-4~~」に規定する加算（ただし、「注~~5-4~~」本文の加算を算定する場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」~~同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料~~のそれぞれの「注~~9-8~~」の加算、「注~~5-4~~」ただし書の加算を算定する場合には、在宅末期医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」~~同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料~~のそれぞれの「注~~9-8~~」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して「注~~5-4~~」本文の加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該「注~~5-4~~」ただし書の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。）

- (12) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

#### C004 救急搬送診療料

- (1) 救急用の自動車とは、消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

- (2) ~~「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第629号）第11に規定するドクターヘリ導入促進事業に係るドクターヘリ~~救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプタードクターヘリ内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

- (3) 診療を継続して提供した場合、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は、救急搬送の同一日に1回に限り算定する。
- (4) 搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は1回に限り算定し、区分番号「C000」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。
- (5) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。
- (6) 「注2」の加算は、**新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）**に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 **同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料

- (1) 在宅患者訪問看護・指導料及び**同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、1日に1回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（**同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~である**もの**患者を除く。）に対して、**同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料は、**同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~である**もの**患者に対して算定する。

- (2) 在宅患者訪問看護・指導料又は**同一建物居住者**~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料等を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して訪問看護・指導を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「B009」診療情報提供料（ ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

- (3) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群

若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

- (4) 診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4日以上頻回の訪問看護が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月1回（別に厚生労働大臣が定める者については月に2回）に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問看護が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア 気管カニューレを使用している状態にある者

イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類 度又は 度

(ロ) DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

- (5) (3)又は(4)により、週4回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」により算定する。
- (6) 「1」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料の算定の対象となる患者は、在宅での療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。
- (7) 訪問看護計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。  
訪問看護計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。
- (8) 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録にとどめておくこと。
- (9) 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録にとどめておくこと。
- (10) 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後1月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導については、この限りではない。
- (11) 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、(3)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでない。
- (12) 「注2」に規定する難病等複数回訪問加算は、(3)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要が認められた患者月に14日を限度として算定する患者に対して、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。
- (13) 「注3」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う訪問看護

・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に1日につき1回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

(14) 「注4」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合について算定するものであり、週1回に限り算定できるものとする。

(15) 「注5」に規定する乳幼児加算又は幼児加算は、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して、訪問看護・指導を実施した場合に1日につき1回に限り算定できるものとする。

(16) 「注6」に規定する複数名訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者に対して、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導を実施した場合、1人の患者に対して週1回に限り算定できるものであり、単に2人の看護師等が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

(17)~~(15)~~ 「注7~~5~~」に規定する在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定できる。

ウ 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

カ 特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定点数は算定しないこと。

キ 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。

(18)~~(16)~~ 「注8~~6~~」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。



ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患者で行うこととするが、患者又は家族が患者以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

エ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

オ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び~~同一建物居住者居住系施設入居者等~~緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において在宅患者訪問看護・指導料又は~~同一建物居住者居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

~~(17) 「注7」に規定する後期高齢者終末期相談支援加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。~~

~~ア 後期高齢者終末期相談支援加算は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心して療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。~~

~~イ 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提~~

- ~~供に当たって交付した文書等の写しを看護記録に添付すること。~~
- ~~ウ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからとって、患者に意思の決定を迫ってはならないこと。~~
- ~~エ 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあつては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。~~
- ~~オ 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があつた際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。~~
- ~~カ 患者の死亡時に算定すること。~~
- ~~キ 終末期相談支援の目的のみをもって患家を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかつた日にあつては、在宅患者訪問看護・指導料等は算定できないこと。~~
- ~~ク 同一の保険医療機関の保険医と終末期相談支援を行つた場合又は特別の関係にある保険医療機関等のみで終末期相談支援を行つた場合は算定できないこと。~~
- (19+8) 「注9-8」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者居住系施設等ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日前14日以内に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行つた場合（ターミナルケアを行つた後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。
- (20+9) 「注10-9」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、当該対象患者の退院後1月以内に在宅患者訪問看護・指導料等を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、カにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものであること。
- ア 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者、区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者
- イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料、区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、

区分番号「C110」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「C111」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ ドレーンチューブを使用している患者

エ 人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

オ 区分番号「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

カ 以下の(イ)又(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類 度又は 度

(ロ) DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5

(21~~20~~) 訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

(22~~21~~) 「注11~~10~~」に規定する交通費は実費とする。

#### C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

(1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式16又は別紙様式18を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間(7日以内に限る。)及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1週間(指示を行った日から7日間)のうち3日以上看護師等が患者を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

(2) 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。

(3) 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。

(4) 在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

(5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。

(6) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

(7) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。

(8) 週3日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

#### C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

(1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を20分以上行った場合(以下、本区分において

「1単位」という。)に算定する。

- (2) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「1」は、在宅での療養を行っている患者( 同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~である もの患者を除く。)に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「2」は、 同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~である もの患者に対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。
- (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度(末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。)とする。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。
- (4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。  
ただし、当該患者(患者の病状に特に変化がないものに限る。)に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供(区分番号「B009」診療情報提供料( )の場合に限る。)を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。
- (5) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。
- (6) 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。
- (8) 他の保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。
- (9) 介護老人保健施設において、通所リハビリテーションを受けている月については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。
- (10) 「注2」に規定する交通費は実費とする。

#### C007 訪問看護指示料

- (1) 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医(患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。)が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16及び別紙様式17を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間(6月以内に限る。)を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。
- (2) 指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に1回算定できるほか、在宅での療養を行ってい



る患者について1月に1回を限度として算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。

ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」~~同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料~~を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

- (3) 特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認められた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式18を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については2回）を限度として算定する。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア 気管カニューレを使用している状態にある者

イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類 度又は 度

(ロ) DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5

- (4) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

- (5) 主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

- (6) 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

- (7) 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」~~同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料~~の(3)に掲げる疾病等の患者について、2つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。

#### C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医

師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者居住系施設入居者等であるもの患者を除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「2」は、同一建物居住者居住系施設入居者等であるもの患者に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、1月に2回を限度として算定できる。ただし、月2回算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

(4) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存すること。

ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ 患者への指導及び患者からの相談の要点

オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ その他の事項

(5) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

(6) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ その他麻薬に係る事項

(7) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

- ア 医薬品緊急安全性情報
- イ 医薬品・医療機器等安全性情報

#### C 0 0 9 在宅患者訪問栄養食事指導料

- (1) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。
- (2) 在宅患者訪問栄養食事指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者居住系施設入居者等であるもの患者を除く。）に対して、「2」は同一建物居住者居住系施設入居者等に対して必要な訪問栄養食事指導を行った場合に算定する。
- (3) 「注2」に規定する交通費は実費とする。
- (4) 上記以外の点に関しては、区分番号「B 0 0 1」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

#### C 0 1 0 在宅患者連携指導料

- (1) 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。  
例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。
- (2) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (3) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。
- (4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- (5) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。
- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。

#### C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカン

ファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。
- (3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料は合わせて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を合わせて算定することは可能であること。
- (4) 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。
- (5) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (6) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。
- (7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

## 第2節 在宅療養指導管理料

### 第1款 在宅療養指導管理料

- 1 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

- 2 在宅療養指導管理料は1月1回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を2回以上行った場合は、第1回の指導管理を行ったときに算定する。

- 3 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。
- 4 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。
- 5 入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日1回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。
- 6 退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。
- 7 在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。
- 8 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。
- 9 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 10 関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。（例：がん末期医療に関するケアのマニュアル（厚生省・日本医師会編））

#### C100 退院前在宅療養指導管理料

- (1) 入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日1回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。
- (2) 退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。
- (3) 入院料の取扱い上は外泊とにならない1泊2日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。
- (4) 退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく



転院した場合には算定できない。\_\_

(5) 注2に規定する乳幼児加算は、6歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

#### C101 在宅自己注射指導管理料

- (1) 在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。ただし、性腺刺激ホルモン製剤に含まれるフォロトロピンベータ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部 - 下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合、又はホルトリピンアルファ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部 - 下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合に限っては、在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- (2) インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。
- (3) インターフェロンアルファ製剤については、C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中HCV RNA量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合及びHBe抗原陽性でかつDNAポリメラーゼ陽性のB型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合に限り算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。
- (4) エタネルセプト製剤については、関節リウマチ（既存治療で効果不十分な場合に限る。）に対して用いた場合に限り算定する。
- (5) グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤については、慢性肝疾患における肝機能異常の改善に対して用い、在宅自己注射での静脈内投与について十分な経験を有する患者であって、医師により必要な指導を受けた場合に限り算定する。

(6) 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤については、再生不良性貧血及び先天性好中球減少症の患者に対して用いた場合に限り算定する。

~~(7)~~ (6) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外來受診時に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。

~~(8)~~ (7) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射及び区分番号「G004」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。\_\_

#### C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料

在宅小児低血糖症患者指導管理料は、12歳未満の小児低血糖症の患者であって、薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後6月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定する。

#### C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

- (1) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
- オ その他医師が特に必要と認めるもの

(2) 1か月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に必要と認めた理由を明記する。

(3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。~~在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）の費用は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。~~

#### C102-2 在宅血液透析指導管理料

(1) 在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。

(2) 導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。

~~(3) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は次の設備又は器具を備えなければならない。~~

~~ア 病床~~

~~イ 専用透析室及び人工腎臓装置~~

~~(3-4) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。~~

~~ア 在宅血液透析の導入期にあるもの~~

~~イ 合併症の管理が必要なもの~~

~~ウ その他医師が特に必要と認めるもの~~

~~(4-5) 在宅血液透析指導管理料を算定している患者はが、週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓を算定できる。当該施設に赴いて人工腎臓を実施した場合には、区分番号「J038」人工腎臓は別に算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。~~

(5) 関係学会のガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

#### C103 在宅酸素療法指導管理料

(1) チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ポンベ（500リットル以下）又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

(2) 保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ポンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発

生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。なお、これに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (3) 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。
- (4) 「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHA 度以上であると認められ、睡眠時のチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例とする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

- (5) 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。
- (6) 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。
- (7) 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア 酸素吸入設備

イ 気管内挿管又は気管切開の器具

ウ レスピレーター

エ 気道内分泌物吸引装置

オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）

キ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

- (8) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

#### C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料



- (1) 在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「G005」中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「G001」静脈内注射及び区分番号「G004」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

#### C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

- (1) 在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。）を用いた場合のみであり、単なる流動食について鼻腔栄養を行ったもの等は該当しない。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J120」鼻腔栄養の費用は算定できない。

#### C106 在宅自己導尿指導管理料

- (1) 在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう。
- (2) 対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。
  - ア 諸種の原因による神経因性膀胱
  - イ 下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）
  - ウ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後
- (3) 在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J064」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄（ウルツマン）及び区分番号「J063」留置カテーテル設置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

#### C107 在宅人工呼吸指導管理料

- (1) 在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。
- (2) 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならない。
- (3) 在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

- ア 酸素吸入設備
- イ 気管内挿管又は気管切開の器具
- ウ レスピレーター
- エ 気道内分泌物吸引装置
- オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
- カ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

(4) 人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(5) 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「J045」人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

#### C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

(1) 在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。

(2) 対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。

ア 無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう）が20以上

イ 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

ウ 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

(3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後1、2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

(4) 保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。なお、当該装置に係る費用（装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用を含む。）については所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

(1) 「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

(2) (1)の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、ブトルファノール製剤、塩酸モルヒネ製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤又はフルルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、塩酸モルヒネ製剤、クエン酸フェンタニル製剤又は複方オキシコド

ン製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要な応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア 薬液が取り出せない構造であること

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、(1)の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

(3) 対象となる悪性腫瘍の患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。\_\_

(4) 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。

(5) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

(6) 在宅悪性腫瘍指導管理料を算定する月は第6部通則6に規定する外来化学療法加算は算定できない。

(7-4) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅悪性腫瘍患者指導管理料に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射を行った場合の手技料費用及び当該注射に使用した当該患者の在宅悪性腫瘍患者指導管理料を行うに当たり、医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等別表第九に掲げる、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅悪性腫瘍患者指導管理料に係らない区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

(8-5) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射の手技料費用（、注射薬薬剤及び特定保険医療材料のに係る費用を含む。）は算定できない。

~~(6) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。~~

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- (1) 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。
- (2) これに準ずる者とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。
- (3) 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。
- (4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J053」皮膚科軟膏処置、区分番号「J063」留置カテーテル設置、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「J064」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「J120」鼻腔栄養、区分番号「J043-3」ストーマ処置、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

#### C110 在宅自己疼痛管理指導管理料

- (1) 在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために埋込型脳・脊髄電気刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。
- (2) 対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、埋込型脳・脊髄電気刺激装置を埋め込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

#### C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料

「プロスタグランジンE<sub>2</sub>製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンE<sub>2</sub>製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

#### C112 在宅気管切開患者指導管理料

- (1) 「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理のことをいう。
- (2) 在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、

次の機械及び器具を備えなければならない。

ア 酸素吸入設備

イ レスピレーター

ウ 気道内分泌物吸引装置

エ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

オ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

- (3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J018」喀痰吸引及び区分番号「J018-3」干涉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

#### C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

- (1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料は当該指導管理料に含まれる。
- (3) 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

#### 第2款 在宅療養指導管理材料加算

- 1 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第1款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。
- 2 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあつて、在宅療養指導管理材料加算及び当該2以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。
- 3 在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ポンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ポンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。
- なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明すること。
- 4 「2」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「C160」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。

#### C150 血糖自己測定器加算

- (1) 血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は12歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料又は区分番号「C101-2」在宅小児低血糖症患者指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (2) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料又は区分番号「C101-2」在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料又は在宅小児低血糖症患者指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料又は在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。
- (3) 当該加算は、1月に2回又は3回算定することもできるが、このような算定ができる患者は、区分番号「C101」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうち当該加算の対象患者に対して、インスリン製剤を2月分又は3月分以上処方している患者又は区分番号「C101-2」に掲げる在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している患者に限るものである。

#### C151 注入器加算

- (1) 「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスプレイ注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。
- (2) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

#### C152 間歇注入シリンジポンプ加算

- (1) 「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。
- (2) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

#### C153 注入器用注射針加算

- (1) 区分番号「C151」注入器加算に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスプレイ注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。
- (2) 注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合において、「1」の加算は、以下の場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載すること。



ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要な場合

イ 血友病で自己注射が必要な場合

(3) 注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定できない。

(4) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

#### C154 紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携帯式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

#### C156 透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者1人に対して1台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

#### C157 酸素ポンペ加算

(1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ポンペ加算は別に算定できない。

(2) 「1」の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ポンペを使用した場合に、月1回に限り算定できる。なお、用いられるポンペのうち概ね1,500リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。

(3) 同一月内に同一患者に対して酸素ポンペ（携帯用酸素ポンペを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ポンペ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

#### C158 酸素濃縮装置加算

(1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。

(2) 同一月内に同一患者に対して酸素ポンペ（携帯用酸素ポンペを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ポンペ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

#### C159 液化酸素装置加算

(1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。

(2) 液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、1リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器、チューブ等の

費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。

- (3) 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ月1回に限り算定する。
- (4) 同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

#### C 1 5 9 - 2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

呼吸同調式デマンドバルブ加算は、呼吸同調式デマンドバルブを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着して使用した場合に算定できる。

#### C 1 6 0 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

#### C 1 6 1 注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法又は成分栄養経管栄養法若しくは悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。

#### C 1 6 2 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算

在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算と区分「C 1 6 1」注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月1回に限り算定する。

#### C 1 6 6 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない。

#### C 1 6 8 携帯型精密輸液ポンプ加算

携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要な全ての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

#### C 1 7 0 排痰補助装置加算

(1) 排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。

(2) 注に規定する神経筋疾患の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症等に罹患している患者をさす。

### 第3節 薬剤料

#### C 2 0 0 薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球



コロナー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンE<sub>2</sub>製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ベグピソマント製剤、スマトリブタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコポラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン及び~~、~~ダルベポエチン~~及び遺伝子組換え型血液凝固第一因子製剤~~

(2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

(イ) 新医薬品（薬事法第14条の4第1項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していない注射薬

(ロ) クエン酸フェンタニル製剤及び複方オキシコドン製剤

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤

(3) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

## 第3部 検査

### <通則>

- 1 検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。
- 2 検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第2章第5部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに同第6部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。
- 4 第1節及び第3節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。
  - (1) 血圧測定
  - (2) 視野眼底検査のうち簡単なもの
  - (3) 眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙燈検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査
  - (4) 区分番号「D244」自覚的聴力検査の「3」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査
  - (5) 精液pH測定
  - (6) デビス癌反応検査
  - (7) 鼓膜運動検査
  - (8) イクテロメーター黄疸反応検査
  - (9) 簡易循環機能検査
    - ア スラッジテスト
    - イ 指尖部皮膚毛細血管像検査
    - ウ 皮膚粘膜撮影検査
    - エ 寒冷血圧検査
    - オ ビッケンバッハ起立試験
    - カ ヒスタミンテスト
    - キ レジチンテスト
    - ク 末梢の静脈圧測定
    - ケ ビュルゲル病及び脱疽等の場合における電氣的皮膚温度測定
      - a 単純な場合
      - b 負荷を行った場合
    - コ ギボン - ランディステスト
    - サ 基礎代謝率簡易測定法

理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする検査であり、負荷の種類としては起立、寒冷、運動及び薬物等がある。

- (10) 自律神経機能検査
- (11) アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視
- (12) 皮膚のインピーダンス検査（皮電図記録作成）
- (13) 6誘導未満の心電図検査
- (14) 尿中ブロムワレリル尿素検出検査
- (15) 尿脚気反応（沢田氏反応）
- (16) シュミット氏昇汞試験
- (17) 糞便のストール氏虫卵数計算法
- (18) 髄膜透過性検査
- (19) 横田氏反応
- (20) ユーグロブリン全プラスミン測定法（ユーグロブリン分屑S K活性化プラスミン値測定）
- (21) 緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査
- (22) 卵白アルブミン感作血球凝集反応検査
- (23) ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査
- (24) Miller Kurzrok検査
- (25) Schick反応
- (26) Dick反応
- (27) Frei反応
- (28) 光田反応
- (29) 松原反応
- (30) 伊藤反応
- (31) トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト
- (32) 膨疹吸収時間測定
- (33) ジアゾ反応
- (34) インジカン
- (35) 血液比重測定
- (36) 末梢血液像及び骨髓像における特殊染色のBRACHET試験
- (37) 赤血球抵抗試験のリビエール法
- (38) ナイアシンテスト
- (39) RPHA法による - フェトプロテイン(AFP)
- (40) リウマチ因子スクリーニング
- (41)  $\alpha_1$  - 酸性糖蛋白測定
- (42)  $\alpha_2$  - リポ蛋白
- (43) モノアミンオキシダーゼ(MAO)
- (44) ヴィダール反応
- (45) ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 分画定性
- (46) 凝集法及び免疫染色法による抗DNA抗体

- 5 第1節及び第3節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。
- 6 点数表において2つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。
- 7 検査に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第5節薬剤料の規定に基づき算定できる。
- 8 同一検体について、定性検査と定量検査とを併せて行った場合、~~一般検査と精密検査とを併せて行った場合~~又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。
- 9 「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を1回のみ算定する。
- 10 定性又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。
- 11 測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。
- 12 同時又は一連として行った2以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。
- 13 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。
- 14 同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。
- 15 算定回数が複数月に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。
- 16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。
  - P H A : Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応
  - R P H A : Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応
  - L A : Latex agglutination ラテックス凝集法  
( L P I A : Latex photometric immuno assay )
  - P C I A : Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法
  - P A M I A : Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法
  - I A H A : Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応
  - R I A : Radio immuno assay 放射性免疫測定法
  - R I S T : Radio immuno sorbent test
  - R A S T : Radio allergo sorbent test
  - R A : Radioassay ラジオアッセイ

R R A : Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ  
 C P B A : Competitive protein binding analysis 競合性蛋白結合分析法  
 E I A : Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法  
 ( E L I S A : Enzyme linked immuno sorbent assay )  
 F A : Fluorescent antibody method 蛍光抗体法  
 F P A : Fluorescence polarization assay 蛍光偏光測定法  
 F P I A : Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法  
 T R - F I A : Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法  
 I R M A : Immuno radiometric assay 免疫放射定量法  
 S R I D : Single radial immuno diffusion method 一元放射状免疫拡散法  
 E S : Electrosyneresis method 向流電気泳動法  
 T I A : Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法  
 H P L C : High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー  
 G L C : Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー  
 G C : Gas chromatography ガスクロマトグラフィー  
 C L I A : Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法  
 E C L I A : Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法  
 S I A : Split immuno assay  
 P C R : Polymerase chain reaction  
 E V - F I A : Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法  
 F I A : Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法  
 I F A : Indirect fluorescent antibody method 間接蛍光抗体法  
 L B A : Liquid-phase binding assay  
 F I S H : Fluorescence in situ hybridization  
 L A M P : Loop-mediated isothermal amplification  
 T M A : Transcription-mediated amplification  
 S D A : Strand displacement amplification  
 S S C P : Single strand conformation polymorphism  
 R F L P : Restriction fragment length polymorphism  
 L C R : Ligase chain reaction  
 H D R A : Histoculture drug response assay  
 C D - D S T : Collagen gel droplet embedded culture drug sensitivity test

注 L A (測定機器を用いるもの)とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝集塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。

~~17 精密検査とは、測定対象物を高感度又は高精度に測定する方法をいい、このうち区分番号「D001」から区分番号「D015」に掲げる項目(準用する項目を含む。)については、別に通知で定めるものを除き、以下の測定方法によるものをいう。~~

~~(1) E I A ( E L I S A、C L I A、E C L I A、ルミノールを用いた化学発光 E I A、レクチン酵素免疫測定法を含む。簡易法は含まない。)~~

~~(2) R I A ( I R M A、R R A、R A、C P B Aを含む。)~~

- ~~(3) FA (FIA、TR-FIA、IFAを含む。)~~
- ~~(4) FPIA (EV-FIA、FPAを含む。)~~
- ~~(5) PCIA (LA (測定機器を用いるもの)、PAMIA、ラテックス凝集比濁法、LPIAを含む。)~~
- ~~(6) TIA~~
- ~~(7) 比色法~~
- ~~(8) ネフェロメトリー法~~
- ~~(9) ウエスタンブロット法、イムノブロット(SIA)法~~
- ~~(10) 比濁時間分析法~~
- ~~(11) LBA~~
- ~~(12) 免疫障害法~~
- ~~(13) GLC、GC、HPLC~~
- ~~(14) 発色合成基質法~~
- ~~(15) ディスク電気泳動法~~
- ~~(16) 免疫クイマト法~~

## 第1節 検体検査料

### 第1款 検体検査実施料

#### 時間外緊急院内検査加算

(1) 時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

(2) 同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合(複数の区分にまたがる場合を含む。)も、1日につき1回のみ算定する。

(3) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

(4) 緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせるような場合をいう。

#### 外来迅速検体検査加算

(1) 外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ~~10~~5点を加算する。

(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「D007」血液化学検査の注の場合

区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合

例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）精密測定と「~~5-6~~」のCA19-9精密測定を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、~~20~~40点を加算する。

(3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、1日につき5項目を限度に算定する。

(4) 区分番号「A002」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて5項目を限度とする。

(5) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

#### D000 尿中一般物質定性半定量検査

(1) 検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

(2) 尿中一般物質定性半定量検査

ア 尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、1回につき所定点数により算定する。

イ 尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

(イ) 比重

(ロ) pH

(ハ) 蛋白

(ニ) 糖

(ホ) ウロビリノーゲン

(ヘ) ウロビリリン

(ト) ビリルビン

(チ) アセトン体（ケトン体）

(リ) 潜血

(ヌ) 試験紙法による尿細菌検査

(ル) 食塩検査

(ヲ) 試験紙法による白血球検査

(ワ) アルブミン

(3) 尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内



で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対し速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

#### D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査

(1) 「~~5-6~~」の先天性代謝異常症の尿スクリーニングテストとは、次に掲げる物質の定性半定量検査及び反応検査をいう。

ア 塩化第2鉄反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）

イ 酸性ムコ多糖類

ウ システイン、シスチン等のSH化合物

エ ヒスチジン

オ メチルマロン酸

カ ミロン反応

キ イサチン反応

ク ベネディクト反応

(2) 「~~6-7~~」の尿中ポルフィリン症スクリーニングテストとして、Watson-Schwartz反応、Rimington反応又はDeanand Barnes反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。

(3) 「~~10-11~~」の尿中マイクロトランスフェリン精密測定（~~尿中~~）、尿中マイクロアルブミン定量精密測定及び「~~14-15~~」の尿中 型コラーゲン定量精密測定は、糖尿病又は早期糖尿病性~~早期~~腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。）に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

(4) 「~~11-12~~」の尿中ミオイノシトール~~定量~~は、空腹時血糖が110mg/dL以上126mg/dL未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中ミオイノシトールを測定した場合に1年に1回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。

(5) 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査（ ）又は生化学的検査（ ）に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

(6) 蛋白質とクレアチンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「~~16-17~~」のその他による尿中クレアチン検査として算定し、その判断料は、区分番号「D 0 2 6」検体検査判断料の「1」の尿・糞便等検査判断料を算定する。

#### D 0 0 2 尿沈渣顕微鏡検査

(1) 尿沈渣顕微鏡検査の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査の全ての費用を含む。

(2) 尿沈渣顕微鏡検査は、区分番号「D 0 0 0」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D 0 0 1」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。



- (3) 尿沈渣顕微鏡検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。
- (4) 尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣顕微鏡検査を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後4時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。

#### D002-2 フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定

本測定は区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。

#### D003 糞便検査

- (1) 「6」の糞便中ヘモグロビン定性又は「8」の糞便中ヘモグロビン定量と「1」の潜血反応検査を同時に実施した場合には、「6」又は「8」の所定点数のみ算定する。
- (2) 糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。
- (3) ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「6」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。
- (4) ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「8」の糞便中ヘモグロビン定量により算定する。

#### D004 穿刺液・採取液検査

- (1) 「~~3~~」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応(ニンヒドリン反応、ピウレット反応等)、毒物、潜血、虫卵、ウロビリンの定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。
- (2) 「~~4~~」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒプロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。
- (3) 「~~5~~」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。
- (4) 「~~6~~」の頸管粘液検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査(結晶、細菌、血球、腔上皮細胞等)等の費用が含まれる。
- (5) 「~~7~~」の子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ定性は、赤色ラテックス着色法により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

#### (6) ~~涙液中総IgE定性~~

~~ア 涙液中総IgE定性は、区分「D004」穿刺液・採取液検査の「6」の子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼに準じて算定する。~~

~~イ 「7」の涙液中総IgE定性は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定~~

- した場合に月1回に限り算定できる。
- (7) 「~~8~~」の子宮頸管粘液中顆粒球エラストラーゼ精密測定は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。
- (8) 「~~9~~」の膣分泌液中乳酸脱水素酵素(LD~~H~~)半定量のためのタンポンによる検体採取に係る費用は、所定点数に含まれる。
- (9) 「~~10~~」のマイクロバブルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に1回に限り算定できる。
- (10) 「~~11~~」の関節液中コンドロカルシンは、EIA法によるが、エックス線所見で明らかに変形性関節症又は慢性関節リウマチが診断できる場合は算定できない。
- (11) 「~~12~~」の羊水中肺サーファクタントアポ蛋白(SP-A)を妊娠中に実施する場合には、糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において1回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は満32週より前の時期において1回に限り算定でき、満32週以降においては週1回に限り算定できる。
- (12) 「~~13~~」のIgGインデックス、「~~14~~」の髄液オリゴクローナルバンド測定及び「~~15~~」の髄液MBPは、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。
- ~~(13) 「15」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、肺癌におけるEGFR遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査、膵癌におけるK-ras遺伝子検査、悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Flit遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査、消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査又は家族性非ポリポーシス大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査について、患者1人につき1回に限り算定する。~~
- ~~(14) 「15」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~
- ~~(15) 「15」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。~~
- ~~(16) 「16」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、胃悪性腫瘍に対する区分番号「K655」胃切除術、区分番号「K655-2」腹腔鏡下胃切除術、区分番号「K655-4」噴門側胃切除術、区分番号「K657」胃全摘術又は区分番号「K657-2」腹腔鏡下胃全摘術であって、日本胃癌学会の胃癌取扱い規約により根治度Cの結果であったものにおいて採取された摘出腫瘍組織を検体とし、HDA法又はCD-DST法を用いて、胃悪性腫瘍の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定する。~~
- ~~(17) 当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤であって胃悪性腫瘍に適応を有するものに限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。~~
- (~~13~~) 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査( )又は生化学的検査( )に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定す

るのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

#### D 0 0 4 - 2 悪性腫瘍組織検査

- (1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、PCR法、SSCP法、RFLP法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、肺癌及び大腸癌におけるEGFR遺伝子検査又はK-ras遺伝子検査、膵癌におけるK-ras遺伝子検査、悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Flil1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査又はSYT-SSX遺伝子検査、消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査、家族性非ポリポージス大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査又は悪性黒色腫センチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D 0 0 6 - 2」血液細胞核酸増幅同定検査（造血器腫瘍核酸増幅同定検査）又は区分番号「D 0 0 6 - 6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
- (4) 「2」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、胃悪性腫瘍に対する区分番号「K 6 5 5」胃切除術、区分番号「K 6 5 5 - 2」腹腔鏡下胃切除術、区分番号「K 6 5 5 - 4」噴門側胃切除術、区分番号「K 6 5 7」胃全摘術又は区分番号「K 6 5 7 - 2」腹腔鏡下胃全摘術であって、日本胃癌学会の胃癌取扱い規約により根治度Cの結果であったものにおいて採取された摘出腫瘍組織を検体とし、HDR法又はCD-DST法を用いて、胃悪性腫瘍の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定する。
- (5) 当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤であって胃悪性腫瘍に適應を有するものに限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

#### D 0 0 5 血液形態・機能検査

- (1) 「1」の赤血球沈降速度測定は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。
- (2) 同一検体について、「4」の好酸球数及び「5」の末梢血液像の検査を行った場合は、「5」の末梢血液像の所定点数のみを算定する。
- (3) 「5」の末梢血液像及び「14」の骨髓像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の5分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。
- (4) 「5」の末梢血液像及び「14」の骨髓像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。
- (5) 「5」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

- ア オキシダーゼ染色
  - イ ペルオキシダーゼ染色
  - ウ アルカリホウ酸スファターゼ染色
  - エ パス染色
  - オ 鉄染色（ジデロプラスト検索を含む。）
  - カ 超生体染色
  - キ 脂肪染色
  - ク エステラーゼ染色
- (6) 「6」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値(Ht)、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。
- (7) 「8」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。
- ア シュガーウォーターテスト
  - イ ハムテスト
  - ウ クロスビーテスト
  - エ パルパート法
  - オ サンフォード法
- (8) 「9」のヘモグロビンA<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>)、区分番号「D007」血液化学検査の「~~1844~~」のグリコアルブミン又は同区分「~~2247~~」の1,5 - アンヒドロ - D - グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
- (9) 「12」のデオキシチミジンキナーゼ(TK)活性精密測定は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。
- (10) 「13」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ(TdT)精密測定は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。
- (11) モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査
- ア 「15」のモノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。
  - イ 対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。
  - ウ 検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

#### D006 出血・凝固検査

- (1) 出血時間測定時の耳朶採血料は、「1」の出血時間測定の所定点数に含まれる。
- (2) 「~~27~~」の複合凝固因子検査に該当する検査は、~~オーレンのトロンボテスト、ヘパプラスチンテスト等をいい、~~トロンボテストと「~~24~~」のプロトロンビン時間測定を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 「8」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、



区分番号「D005」血液形態・機能検査の「6」の末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。

(4~~18~~) 「13~~20~~」の凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験)は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。

(5~~4~~) 「14~~13~~」のフィブリノーゲン分解産物精密測定は、「11」のフィブリン線維素分解産物(FDP)測定が異常値を示した場合に実施したときに算定できる。

(6~~5~~) 「16~~15~~」のPIVKAは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。

(7~~6~~) 「17~~16~~」の凝固因子インヒビターは、第1因子又は第2因子の定量測定を行った場合に、それぞれの測定1回につきこの項で算定する。

(8~~7~~) 「17~~16~~」のフォン・ウィルブランド因子第1因子様抗原は、SRID法、ロケット免疫電気泳動法等又は通則に掲げる精密検査によるものである。

(9~~8~~) 「21~~20~~」のトロンボモジュリン精密測定は、膠原病の診断若しくは経過観察又はDIC若しくはそれに引き続いて起こるMOF観察のために測定した場合のみ算定できる。

(10~~9~~) フィブリンモノマー複合体定量

ア 「22~~21~~」のフィブリンモノマー複合体定量は、DIC、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ フィブリンモノマー複合体定量、「20~~19~~」のトロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT)精密測定及び「20~~19~~」のプロトロンビンフラグメントF1+2精密測定のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

D006-2 血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)

(1) ~~別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、6月に1回を限度として算定できる。~~血液細胞核酸増幅同定検査は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により行い、2月に1回を限度として算定できる。

(2) 区分番号「D004-2」~~悪性腫瘍組織穿刺液採取液検査の「115」~~の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-3 Major bcr-abl mRNA 核酸増幅検査精密測定

Major bcr-abl mRNA 核酸増幅検査精密測定は、TMA法により測定した場合に限り算定できる。

D006-4 遺伝病的検査

(1) 遺伝病的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。

ア デュシェンヌ型筋ジストロフィー

イ ベッカー型筋ジストロフィー

ウ 福山型先天性筋ジストロフィー

エ 栄養障害型表皮水疱症

オ 家族性アミロイドーシス

- カ 先天性QT延長症候群
- キ 脊髄性筋萎縮症
- ク 中枢神経白質形成異常症
- ケ ムコ多糖症 型
- コ ムコ多糖症 型
- サ ゴーシェ病
- シ ファブリ病
- ス ポンペ病

セ ハンチントン舞踏病

ソ 球脊髄性筋萎縮症

- (2) (1)のアからクまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。(1)のケからスまでに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による。(1)のセ及びソに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。
- (3) 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」(平成15年8月)を遵守すること。

D006-5 染色体検査

- (1) 染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。
- (2) 染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、1回の算定とする。

D006-6 免疫関連遺伝子再構成

- (1) 免疫関連遺伝子再構成は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、6月に1回を限度として算定できる。
- (2) 区分番号「D004-2」の悪性腫瘍組織穿刺液採取液検査の「145」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-7 WT1 mRNA 核酸増幅検査定量、サイトケラチン(CK)19mRNA、UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

- (1) WT1 mRNA 核酸増幅検査定量  
 WT1 mRNA 核酸増幅検査定量は、リアルタイムRT-PCR法により、急性骨髄性白血病の診断の補助又は経過観察時に行った場合に1月に1回を限度として算定できる。
- (2) サイトケラチン(CK) 19-19mRNA  
~~ア サイトケラチン(CK)19mRNAは、区分番号「D006-7」WT1mRNA定量に準じて算定する。~~  
~~イ サイトケラチン(CK)19-19mRNAは、術前の画像診断又は視触診等による診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌患者に対して、摘出された乳癌所属リンパ節中~~

のサイトケラチン（CK）~~19+9~~mRNAの検出によるリンパ節転移診断の補助を目的として、OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき1回限り算定する。

(3) UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

~~ア UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、区分番号「D006-7」WT1mRNA定量に準じて算定する。~~

~~イ UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベダー法により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。~~

D007 血液化学検査

(1) 抱合型ビリルビンを測定した場合は、「1」の直接ビリルビンの所定点数を算定する。

(2) 「1」のナトリウム~~Na~~及びクロール~~Cl~~については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

(3) 「1」のカルシウム~~Ca~~及び「~~8~~7」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

(4) 「1」の膠質反応については、反応の種類ごとに所定点数を算定する。

なお、次に掲げる検査については、膠質反応又は膠質反応に類似した検査としてこの項により所定点数を算定できる。

ア 硫酸亜鉛試験（クンケル反応）（ZTT）

イ チモール混濁反応（TTT）

(5) 直接比色法による総鉄結合能（TIBC）及び不飽和鉄結合能（UIBC）は「1」の鉄に準じて算定する。直接比色法による総鉄結合能（TIBC）、直接比色法による不飽和鉄結合能（UIBC）、「11」の総鉄結合能（TIBC）と「11」の不飽和鉄結合能（UIBC）を同時に実施した場合は、主たる点数を算定する。

~~(16) 「18」の総鉄結合能（TIBC）と「17」の不飽和鉄結合能（UIBC）を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。~~

(6) 「4」のHDL コレステロール、「4」の総コレステロール及び「5」のLDL コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。

(7) 「4」のP及びHPO<sub>4</sub>については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

(8) 「5」の蛋白分画測定、「1」の総蛋白及びアルブミンを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。

(9) 「~~9~~7」のマンガンは、1月以上（胆汁排泄能の低下している患者については2週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、3月に1回に限り算定することができる。

(10) 「~~11~~9」のケトン体及び「~~20~~15」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。

(11) 「~~15~~12」の有機モノカルボン酸定量については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及び-ケトグルタル酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定する。

- (12) 同一検体について「[1542](#)」の重炭酸塩及び「[3025](#)」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。
- (13) 「[1844](#)」のグリコアルブミンは、HPLC（2カラム）、HPLC（1カラム）-発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、EIA法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。
- (14) 区分番号「D005」血液形態・機能検査の「9」のヘモグロビンA<sub>1c</sub>（HbA<sub>1c</sub>）、本区分「[1844](#)」のグリコアルブミン又は「[2247](#)」の1,5アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）のうちいずれかを同一月中に合わせて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。
- (15) 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「[1945](#)」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「[1542](#)」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。
- ~~(17) 「19」のC-P-K・アイソザイム精密測定とは、血清クレアチン・フォスフォキナーゼ（C-P-K）のMB型アイソザイム測定をいう。~~
- ([1649](#)) 「[2420](#)」の膵分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）と「[3529](#)」のトリプシンを同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。
- ([1720](#)) 「[2420](#)」の乳酸脱水素酵素・アイソザイム1型は酵素学的阻害法による。
- ([1824](#)) 「[2420](#)」のアポリポ蛋白は、A<sub>1</sub>、A<sub>2</sub>、B、C<sub>1</sub>、C<sub>2</sub>及びEのうち3項目以上測定した場合に、所定点数を算定する。
- ([1922](#)) 「[2624](#)」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合においては、算定は1回とし、第1回の測定を行ったときに算定する。
- ([2023](#)) 「[2722](#)」のシアル化糖鎖抗原KL-6、「[2823](#)」のサーファクタントプロテインA（SP-A）及び「[2924](#)」のサーファクタントプロテインD（SP-D）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。シアル化糖鎖抗原KL-6は、EIA法、ECLIA法又はラテックス凝集比濁法により、サーファクタントプロテインA（SP-A）及びサーファクタントプロテインD（SP-D）は、EIA法による。
- ([2124](#)) 「[2722](#)」の心筋トロポニンI精密測定と「[2823](#)」の心筋トロポニンT（定性、定量）を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- ([2225](#)) 「[2722](#)」のペントシジンは、「1」の尿素窒素（BUN）又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「[2823](#)」のシスタチンC精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- ([2326](#)) 「[2622](#)」のリポ蛋白（a）精密測定は、3月に1回を限度として算定できる。
- ([2427](#)) 「[2722](#)」のイヌリンは、「1」の尿素窒素（BUN）又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限り算定できる。ただし、「1」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。



(2528) シスタチンC精密測定

ア 「2823」のシスタチンC精密測定は、E I A法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。

イ シスタチンC精密測定は、「1」の尿素窒素(BUN)又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「2722」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2629) 「3025」の血液ガス分析の所定点数には、~~ナトリウム~~、~~カリウム~~、~~クロール~~、pH、 $PO_2$ 、 $PCO_2$ 及び $HCO_3^-$ の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビン測定については算定しない。

(2730) 「3025」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(2834) 「3025」のヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)はE L I S A法又は免疫クロマト法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)と「3025」のミオグロビンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2932) 「3025」の型コラーゲン精密測定又は「3126」の型コラーゲン・7S精密測定は、「3734」のプロリルヒドロキシラーゼ(PH)精密測定又は「3025」のP - - P精密測定と併せて行った場合には、一方の所定点数のみ算定する。

(3033) 「3025」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後2週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(3134) 「3328」のアルカリホ~~テ~~オスファターゼ・アイソザイム(ポリアクリルアミドディスク電気泳動法)精密測定及び区分番号「D008」内分泌学的検査の「1443」の骨型アルカリホ~~テ~~オスファターゼ(BAP)精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(3235) 「3428」のアセトアミノフェン精密測定は、同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回の測定を行ったときに1回に限り算定する。

(3336) 腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)

ア 「3428」の腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

イ 「3428」の腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)及び区分番号「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「19」の頸管腔分泌液中癌胎児性フィプロ

ネクチンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (3437) 「3428」の心室筋ミオシン軽鎖I精密測定は、同一の患者につき同一日に当該検査を2回以上行った場合は、1回のみ算定する。
- (3538) 「3428」のヒアルロン酸は、サンドイッチ バインディング プロテイン アッセイ法、<sup>125</sup>Iによる競合法を用いたバインディング プロテイン アッセイ法、L A法（測定機器を用いるもの）又はL B A法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。
- (3639) 「3529」のレムナント様リポ蛋白（R L P）コレステロールは免疫吸着法 - 酵素法又は酵素法により実施し、3月に1回を限度として算定できる。
- (3740) ~~M D A - L D L~~  
~~ア M D A - L D Lは、区分「D 0 0 7」血液化学検査の「29」のレムナント様リポ蛋白（R L P）コレステロールに準じて算定する。~~  
~~イ「35」のM D A - L D Lは、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で血清中のM D A - L D Lを測定する場合に3月に1回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前1回に限り算定できる。~~
- (3844) 「3734」のリポ蛋白リパーゼ精密測定は、高トリグリセライド血症及びL P L欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合のみ算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「D 5 0 0」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。
- (3942) 「3734」の肝細胞増殖因子（H G F）はE L I S A法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合のみ算定する。
- (4043) 「3734」のC Kアイソフォームは、免疫阻害法により実施し、同時に測定される「1」のクレアチン・ホラオスホラオキナーゼ（C K）の費用は別に算定できない。
- (4144) 「3832」の2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。
- (4245) 「3832」の腔分泌液中 - フェトプロテインは色素免疫測定法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として実施した場合に算定する。
- (4346) 「4135」のプロカルシトニン（P C T）は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「27」のエンドトキシン定量検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4447) 「4337」の1,25ジヒドロキシビタミンD<sub>3</sub>（1,25（O H）<sub>2</sub>D<sub>3</sub>）は、ラジオレセプターアッセイ法、R I A法又はE L I S A法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンD依存症 型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD<sub>3</sub>剤による治療中に測定した場合にのみ算定できる。なお、活性型ビタミンD<sub>3</sub>剤による治療開始後1月以内においては2回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。
- (4548) 血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

(4649) 血液化学検査の注の八の注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることにかんがみ、血液化学検査の注に掲げる検査を10項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り20点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては、当該加算点数は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっては、当該加算点数は算定できない。

#### D 0 0 8 内分泌学的検査

- (1) 各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。
- (2) 「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性及び「1244」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）分画は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。
- (3) 「7」のレニン活性精密測定と「87」のレニン定量精密測定を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。
- (4) 「109」のC-ペプチド（CPR）精密測定を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。
- (5) 「109」の黄体形成ホルモン（LH）はLA法等又は通則に掲げる精密検査による。
- (6) ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定
  - ア 「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
  - イ 1週間以内に「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定及び本区分「1948」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
  - ウ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定又は「1948」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。
- (7) ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定
  - ア 「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月に1回に限り算定する。
  - イ 1週間以内に「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）精密測定、「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定及び「1948」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
  - ウ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「1140」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定又は「1948」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。

- (8) 「~~1140~~」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ（GAD）抗体価精密測定は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、1型糖尿病 ~~インスリン依存型糖尿病（IDDM）~~の診断に用いた場合に算定できる。
- (9) ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）分画  
 ア 「~~1244~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）分画は、HCG産生腫瘍患者に対して測定した場合のみ算定できる。  
 イ 「~~1244~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）分画、「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性又は「~~1244~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（HCG定量）精密測定を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (10) 「~~1244~~」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（HCG定量）精密測定は、HCG・LH検査（試験管法）を含むものである。
- (11) 「~~1342~~」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）精密測定及び「~~1746~~」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。  
 なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。
- (12) 「~~1342~~」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）精密測定、「~~1443~~」のオステオカルシン精密測定又は「~~1746~~」の尿中デオキシピリジノリン精密測定を併せて実施した場合は、いずれか1つのみ算定する。
- (13) ~~TRACP-5b定量~~  
~~ア TRACP-5b定量は、区分番号「D008」内分泌学的検査の「12」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）精密測定に準じて算定する。~~  
 イ 「13」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（TRACP-5b）定量は、代謝性骨疾患及び骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断補助並びに治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に6月以内に1回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後6月以内に1回に限り算定できる。  
 本検査を「1342」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）精密測定、「1443」のオステオカルシン精密測定、「1746」の尿中デオキシピリジノリン精密測定と併せて実施した場合いずれか一つのみ算定する。  
 なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。
- (14) 「~~1443~~」のオステオカルシン精密測定は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できる。
- (15) 「~~1443~~」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）精密測定及び区分番号「D007」血液化学検査の「~~3328~~」のアルカリホスファターゼ・アイソザイム（ポリアクリルアミドディスク電気泳動法）精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定す



る。

(16) 「~~1443~~」の尿中 クロスラプス精密測定は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。

(17) 「~~1443~~」の クロスラプス(尿を除く。)精密測定は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。

なお、「~~1443~~」の尿中 クロスラプス精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(18) 「14」の低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)精密測定は、骨粗鬆症におけるビタミンK<sub>2</sub>剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。

(19) 「~~1544~~」のエストロジェンについては、「~~1544~~」のエストリオール(E<sub>3</sub>)精密測定又は「~~1746~~」のエストラジオール(E<sub>2</sub>)精密測定と同時に実施した場合は算定できない。

(20) 「15」の副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント(C-PTHrP)精密測定又は「~~1746~~」の副甲状腺ホルモン関連蛋白(PTHrP)精密測定は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合のみ算定する。

(21) 「~~1847~~」の抗IA-2抗体精密測定は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「~~1140~~」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ(GAD)抗体価精密測定の結果、陰性が確認された30歳未満の患者に対し、1型インスリン依存型糖尿病(~~1DDM~~)の診断に用いた場合に算定する。

なお、当該検査を算定するに当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(22) 「~~1847~~」のエリスロポエチン精密測定は、赤血球増加症の鑑別診断及び重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断のために行った場合に算定する。

(23) 「~~1847~~」の17-ヒドロキシプロジェステロン精密測定は、先天性副腎皮質過形成症の精密検査又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(24) 1週間以内に「~~1948~~」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定、「~~1140~~」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)精密測定及びヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。

(25) 「~~2049~~」のノルメタネフリン精密測定は、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のために行った場合に算定し、「~~1948~~」のメタネフリン精密測定を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(26) インスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定

ア 「~~2120~~」のインスリン様成長因子結合蛋白3型(IGFBP-3)精密測定は、成長

ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。  
なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生省間脳下垂体障害研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。

イ インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定を「1948」のソマトメジンC精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

#### D009 腫瘍マーカー

(1) 腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア 急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「4」のエラスターゼ1精密測定を行った場合

イ 肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「2」の $\alpha$ -フェトプロテイン（AFP）又は「6」のPIVKA精密測定を行った場合（月1回に限る。）

ウ 子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「7」のCA125精密測定、「11」のCA130精密測定又は「10」のCA602精密測定を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各1回に限る。）

エ 家族性大腸腺腫症の患者に対して「2」の癌胎児性抗原（CEA）精密測定を行った場合

(2) 「1」の尿中BTAは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

(3) 「5」のPSA精密測定は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。ただし、PSA精密測定の検査結果が4.0ng/mL以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を上限として算定できる。

なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) 尿中NMP22精密測定

ア 「7」の尿中NMP22精密測定は、区分番号「D002」尿沈渣顕微鏡検査により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に

限り算定する。

イ 「7」の尿中NMP22精密測定については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

(5) 尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量

~~ア 尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量は、区分番号「D009」腫瘍マーカーの「7」の尿中NMP22精密測定に準じて算定する。~~

アイ 「7」の尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量は、区分番号「D002」尿沈渣顕微鏡検査により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イウ 「7」の尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

(6) 「7」の尿中NMP22精密測定及び尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

(7) 「7」のCA125精密測定、「11」のCA130精密測定、「10」のCA602精密測定のうち2項目又は3項目を併せて測定した場合は、主たるもの1つに限り算定する。

(8) 上記(1)にかかわらず、(7)に掲げる項目について、1つを区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の1又は2つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。

(9) 「8」の型コラーゲンCテロペプチド精密測定、区分番号「D008」内分泌学的検査の「13+2」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド(NTx)精密測定又は同区分「17+6」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(10) 「8」のI型プロコラーゲン-C-プロペプチド精密測定は、前立腺癌であると既に確定診断された患者に対して、骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(11) シアリルLe<sup>x</sup>(CSLEX)抗原精密測定

ア 「8」のシアリルLe<sup>x</sup>(CSLEX)抗原精密測定は、診療及び他の検査の結果から乳癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ シアリルLe<sup>x</sup>(CSLEX)抗原精密測定と「3」のCA15-3精密測定を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(12) 「8」の血清中抗p53抗体測定は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる者に対して行った場合に月1回に限り算定できる。

(13) 「8」のフリーPSA/トータルPSA比精密測定は、診療及び他の検査(PSA精密測定等)の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

- (14) 「9」のサイトケラチン19フラグメント精密測定は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。
- (15) 「9」のガストリン放出ペプチド前駆体(ProGRP)精密測定を「6」の神経特異エノラーゼ(NSE)精密測定と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- (16) 尿中遊離型フコース  
 ア 「10」の尿中遊離型フコースは酵素化学的測定法による。  
 イ 尿中遊離型フコース、「2」の癌胎児性抗原(CEA)精密測定、「3」のDUPAN-2精密測定のうち2項目又は3項目を併せて測定した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (17) 同一月内に「10」のAFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L<sub>3</sub>%)を「2」のα-フェトプロテイン(AFP)又は「6」のPIVKA精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「10」のAFPのレクチン反応性による分画比(AFP-L<sub>3</sub>%)は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はLBA法による。
- (18) 「10」の癌関連ガラクトース転移酵素(GAT)精密測定は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合のみ算定できる。
- (19) 「~~1142~~」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コア定量(HCG -CFコア定量)精密測定は、診療及び他の検査の結果から、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に算定する。
- (20) 「~~1344~~」の乳頭分泌液中CEA精密測定は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘍性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中のCEAを測定した場合に算定する。
- (21) 乳頭分泌液中HER2タンパク測定  
 ア 「~~1344~~」の乳頭分泌液中HER2タンパク測定は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘍性乳癌を強く疑って、EIA法により、乳頭分泌液中のHER2タンパクを測定した場合に限り算定する。  
 イ 「~~1344~~」の乳頭分泌液中HER2タンパク測定及び「~~1344~~」の乳頭分泌液中CEA精密測定を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (22) 「~~1344~~」の血清中HER2タンパク測定は、乳癌であると既に確定診断され、かつ、HER2タンパク過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、HER2タンパク過剰発現の有無が確認されていない再発乳癌患者に対して、EIA法により行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。
- (23) 「~~1445~~」のインターロイキン2受容体(IL-2R)精密測定は、非ホジキンリンパ腫、ATLの診断の目的で測定した場合に算定できる。  
 また、非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。
- (24) 「注2」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と「10」の尿中遊離型フコース、「~~1142~~」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピン 分画コア定量(HCG -CFコア定量)精密測定、「~~1344~~」の乳頭分泌液中CEA精密測定又は「~~1344~~」の乳頭分泌液中H



ER2タンパク測定を同一日に行った場合にも、適用する。

#### D010 特殊分析

- (1) フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ1回の測定につき「5」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「D500」薬剤により算定する。
- (2) 「3」のチロシン測定は、酵素法による。
- (3) 「4」の総分岐鎖アミノ酸/チロシンモル比は、酵素法による。
- (4) 「8」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィー・マススペクトロメトリーを用いて診断を行った場合に算定する。

#### D011 免疫血液学的検査

- (1) 「3」のRh(その他の因子)血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。
- (2) 「4」の赤血球不規則抗体検査は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第2章第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「K877」子宮全摘術、「K879」子宮悪性腫瘍手術、「K889」子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)、「K898」帝王切開術又は「K912」子宮外妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。  
また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「K920」輸血の「注6」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。  
この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴又は妊娠歴がある旨を記載する。
- (3) 「6」のPAIgG(血小板関連IgG)は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。

#### D012 感染症免疫学的検査

- (1) 「1」及び「5」における梅毒脂質抗原使用検査は、従来の梅毒沈降反応(ガラス板法、VDRL法、RPR法、凝集法等)をいい、梅毒脂質抗原使用検査(定性)又は梅毒脂質抗原使用検査(定量)ごとに梅毒沈降反応を併せて2種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。
- (2) 「7」の迅速ウレアーゼ試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。
- (3) 「7」のアデノウイルス抗原(定性)と「8」のロタウイルス抗原は糞便を試料として検査した場合に算定し、これらを同時に行った測定した場合には、主たる検査の所定点数のみ算定する。
- (4) ヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)  
ア 「9」のヘリコバクター・ピロリ抗体(定性、半定量)は、LA法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はEIA法(簡易法)により実施した場合に算定する。  
イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。

(5) ウイルス抗体価(半定量)

ア 「11」のウイルス抗体価(半定量)は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

- (イ) アデノウイルス
- (ロ) コクサッキーウイルス
- (ハ) サイトメガロウイルス
- (ニ) EBウイルス
- (ホ) エコーウイルス
- (ヘ) ヘルペスウイルス
- (ト) インフルエンザウイルスA型
- (チ) インフルエンザウイルスB型
- (リ) ムンプスウイルス
- (ヌ) パラインフルエンザウイルス 型
- (ル) パラインフルエンザウイルス 型
- (ヲ) パラインフルエンザウイルス 型
- (ワ) ポリオウイルス 型
- (カ) ポリオウイルス 型
- (ヨ) ポリオウイルス 型
- (タ) RSウイルス
- (レ) 風疹ウイルス
- (ソ) 麻疹ウイルス
- (ツ) 日本脳炎ウイルス
- (ネ) オーム病クラミジア

イ ウイルス抗体価に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

ウ 単純ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルス抗体価を測定した場合はそれぞれ算定できる。

(6) 「11」のヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。

(7) 「12」のHTLV-1抗体価(半定量)は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。

(8) 7) 「15」の抗抗酸菌抗体価精密測定は、金コロイド免疫測定法又はEIA法により実施した場合に算定する。

(9) 8) 診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかでない者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「15」のHIV-1抗体価又は「16」のHIV-1,2抗体価を実施した場合は、HIV感染症を疑わせる自覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。

ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。

ア 新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンK欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者

イ 肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者

ウ 食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者

エ 大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）

なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やH I Vの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合でH I V感染症を疑わせる自覚症状がある場合は、本検査を算定できる。

(10~~9~~) H I V - 1抗体価及びH I V - 1,2抗体価

ア 区分番号「K 9 2 0」輸血料（「4」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね2か月後に「15」のH I V - 1抗体価又は「16」のH I V - 1,2抗体価の測定が行われた場合は、H I V感染症を疑わせる自覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき1回に限り、所定点数を算定できる。

イ 他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。

ウ ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。

(11~~10~~) 「16」のH I V - 1,2抗体価は、E I A法、P A法又は免疫クロマト法による。

(12~~11~~) 「17」のA群 溶連菌迅速試験と区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、A群 溶連菌迅速試験の所定点数のみを算定する。この場合において、A群 溶連菌迅速試験の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、A群 溶連菌迅速試験の所定点数のみ算定する。

(13~~12~~) インフルエンザウイルス抗原精密測定

ア 「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定は、発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができる。

イ 本検査と「11」のウイルス抗体価（半定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「17」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ 本検査は光学的抗原抗体反応（O I A法）により実施した場合にも算定できる。

(14~~13~~) 「18」のカンジダ抗原は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(15~~14~~) 糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原

ア 「18」の糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原は、E I A法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。

イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

(16~~15~~) 「18」のR Sウイルス抗原精密測定は、入院中の患者において当該ウイルス感染症が

疑われる場合に適用する。

- (17~~16~~) 「20」の大腸菌O157LP S抗原精密測定、「21」の大腸菌O157LP S抗体及び区分番号「D018」細菌培養同定検査の「2」の消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。大腸菌O157LP S抗体はLA法による。
- (18~~17~~) ノイラミニダーゼ  
ア 「17」のノイラミニダーゼは酵素反応法により、インフルエンザウイルス感染の診断を目的として発症後48時間以内実施した場合に限り算定する。  
イ 本検査と「11」のウイルス抗体価(半定量)のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (19~~18~~) 「19」のD-アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。
- (20~~19~~) 「19」の抗クラミジア・ニューモニエIgM抗体価精密測定を、「9」のクラミジア・ニューモニエIgG抗体価精密測定又は「10」のクラミジア・ニューモニエIgA抗体価精密測定と併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (21~~20~~) 「20」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、当該検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。
- (22~~21~~) 「20」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定(結膜又は鼻咽腔内からの検体によるもの)は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジアトラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。
- (23~~22~~) 「20」のアスペルギルス抗原はLA法又はELISA法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。
- (24~~23~~) 「21」の淋菌抗原同定精密検査は、区分番号「D018」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。
- (25~~24~~) 「21」の単純ヘルペスウイルス特異抗原は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。
- (26~~25~~) 「21~~22~~」の大腸菌抗原同定検査は、区分番号「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のO抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分番号「D018」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。
- (27~~26~~) 「23」の尿中肺炎球菌莢膜抗原は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。
- (28~~27~~) 「23」の抗アニサキスIgG・A抗体価精密測定は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例(肺アニサキス症等)における診断のために実施した場合のみ算定できる。
- (29~~28~~) 「23」のレプトスピラ抗体価は、秋疫A、秋疫B、秋疫C、ワイル病、カニコーラのそれぞれについて算定する。
- (30~~29~~) 「24」のツツガムシ抗体価は、各株ごとに算定する。
- (31~~30~~) グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定

- ア 「24」のグロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定は、クラミジアトラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、I g G抗体価又はI g A抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、I g M抗体価を測定した場合に算定する。
- イ I g G抗体価、I g A抗体価及びI g M抗体価のうち2項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3231) 「24」の(1 3) - - D - グルカンは、発色合成基質法又は比濁時間分析法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。
- なお、本検査を「18」のカンジダ抗原、「19」のD - アラビニトール、「20」のアスペルギルス抗原又は「22」のクリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3332) 「2425」のサイトメガロウイルス抗体価精密測定を「25」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定と併せて行った場合は、主たるもののみを算定する。
- (3433) グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定
- ア 「25」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定は、下記の項目のウイルスのI g G型ウイルス抗体価又はI g M型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、「(ト)」のヒトパルボウイルスB 19は、紅斑が出現している妊婦について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、I g M型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。
- (イ) ヘルペスウイルス  
(ロ) 風疹ウイルス  
(ハ) サイトメガロウイルス  
(ニ) E Bウイルス  
(ホ) 麻疹ウイルス  
(ヘ) ムンプスウイルス  
(ト) ヒトパルボウイルスB 19
- イ 同一ウイルスについてI g G型ウイルス抗体価及びI g M型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。
- ウ 「11」のウイルス抗体価（半定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。
- (3534) 「26」の尿中レジオネラ抗原は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、E L I S A法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り1回を限度として算定する。
- (3635) 「28」のH I V - 1抗体価（ウエスタンブロット法）精密測定又は「30」のH I V - 2抗体価（ウエスタンブロット法）精密測定は、スクリーニング検査としての「15」のH I V - 1抗体価又は「16」のH I V - 1 , 2抗体価が陽性の場合の確認診断用の検査である。
- (3736) 「29」のダニ特異I g G抗体価は、減感作療法実施中の患者の場合に、必要な限度において算定できる。
- (3837) 「29」のワイルフェリックス反応は、菌株ごとにそれぞれ所定点数を算定する。



~~(3938)~~ 「31」の白血球中サイトメガロウイルス p p 65抗原は免疫染色法により、~~骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はH I V感染者又は高度細胞性免疫不全の患者~~に対して行った場合のみ算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4039) 「32」のH T L V - 抗体価精密測定(ウエスタンブロット法)は、「12」のH T L V - 抗体価(半定量)又は「22」のH T L V - 抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定する。

(4140) 「33」のH I V抗原精密測定は、H I V感染者の経過観察又はH I V感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。

#### D 0 1 3 肝炎ウイルス関連検査

(1) 「1」のH B s抗原(定性、半定量)は、免疫クロマト法、粒子凝集法、E I A法(簡易法)、金コロイド凝集法による。

(2) 「2」のH B s抗体価(半定量)は、赤血球凝集法、粒子凝集法、E I A法(簡易法)、金コロイド凝集法による。

~~(34)~~ 「5」のH C Vコア蛋白質測定は、E I A法又はI R M A法による。

~~(42)~~ 「6」のH B c抗体価とI g M - H B c抗体価精密測定を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

~~(53)~~ 「6」のH A抗体価精密測定とI g M - H A抗体価精密測定を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。

~~(64)~~ 「8」のH C V特異抗体価測定による群別判定は、E I A法により、C型肝炎の診断が確定した患者に対して、C型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

~~(75)~~ 「9」のB型肝炎ウイルスコア関連抗原(H B c r A g)は、B型肝炎ウイルス感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のB型肝炎ウイルスコア関連抗原(H B c r A g)を測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、区分番号「D 0 2 3」微生物核酸同定・定量検査の「3」のH B V核酸定量検査又は「5」のD N Aポリメラーゼを同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(6) H B s抗原検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「1」のH B s抗原により算定する。~~

#### D 0 1 4 自己抗体検査

(1) 「2」のリウマトイド因子、「~~87~~」の抗ガラクトース欠損I g G抗体価、「~~87~~」のマトリックスメタロプロテイナーゼ-3(M M P - 3)精密測定、「~~109~~」のC<sub>1</sub>q結合免疫複合体精密測定、「~~1342~~」のモノクローナルR F結合免疫複合体精密測定、「~~1443~~」のI g G型リウマチ因子精密測定及び「~~1443~~」のC<sub>3</sub>d結合免疫複合体精密測定のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。

~~(2) 「3」の甲状腺自己抗体検査は、サイログロブリン抗体の検出及びマイクログロブリン抗体の検出を含む。~~

~~(23)~~ 「~~87~~」の抗ガラクトース欠損I g G抗体価は、E C L I A法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「2」のリウマトイド因子を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (3-4) 「9-8」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「3」の甲状腺自己抗体検査(マイクログロブリンテスト抗体の場合に限る。)又は「8」の甲状腺自己抗体精密測定(マイクログロブリン抗体の場合に限る。)と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4-5) 「12-11」の抗セントロメア抗体精密測定は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合のみ算定できる。
- (5-6) 抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定
- ア 「14-13」の抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定は、関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として1回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- イ 「14-13」の抗シトルリン化ペプチド抗体精密測定、「8-7」の抗ガラクトース欠損IgG抗体価、「8-7」のマトリックスメタロプロテナーゼ-3(MMP-3)精密測定、「10-9」のC<sub>1</sub>q結合免疫複合体精密測定、「13-12」のモノクローナルRF結合免疫複合体精密測定、「14-13」のIgG型リウマチ因子精密測定及び「14-13」のC<sub>3</sub>d結合免疫複合体精密測定のうち2項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの1つに限り算定する。
- (7) 抗LKM-1抗体精密測定
- ア 「15-14」の抗LKM-1抗体精密測定は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。
- イ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。
- (8) 「16-15」の抗カルジオリピン抗体精密測定と「15-14」の抗カルジオリピン<sub>2</sub>グリコプロテイン(抗CL<sub>2</sub>GP)複合体抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (9) 「16-15」のTSHレセプター抗体精密測定及び「20-19」のTSH刺激性レセプター抗体(TSAb)精密測定を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。
- (10) 血清中抗デスマグレイン3抗体
- ア 「17-16」の血清中抗デスマグレイン3抗体は、ELISA法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。
- イ 尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「19-18」の血清中抗デスマグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (11) 「17-16」の血清中抗BP180NC16a抗体は、ELISA法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。
- (12) 「18-17」のループスアンチコアグラントは、希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。
- (13) 「18-17」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、EL

I S A法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

(14) 「~~18~~17」の抗糸球体基底膜抗体精密測定は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。

(15) 血清中抗デスマグレイン 1 抗体

ア 「~~19~~18」の血清中抗デスマグレイン 1 抗体は、E L I S A法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ 落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「~~17~~16」の血清中抗デスマグレイン 3 抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(16) 「21」の I g G 4 は、ネフェロメトリー法による。

(~~17~~16) 「~~22~~20」の抗 G M 1 I g G 抗体は、E L I S A法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に 1 回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(~~18~~17) 「~~22~~20」の抗 G Q 1 b I g G 抗体は、E L I S A法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に 1 回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(~~19~~18) 「~~23~~21」の抗アセチルコリンレセプター抗体価は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

(~~20~~19) 「~~24~~22」のグルタミン受容体自己抗体は、ラスムッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオブソクローヌス・ミオクローヌス症候群の診断の補助として行った場合に、1 月に 1 回に限り算定できる。

#### D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

(1) 「4」の免疫グロブリンは、I g G、I g A、I g M及びI g Dを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

(2) 「6」の血清アミロイド A ( S A A ) 蛋白精密測定を「1」の C 反応性蛋白 ( C R P ) 定性又は「1」の C 反応性蛋白 ( C R P ) 定量と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 「8」の補体蛋白 ( C <sub>3</sub> ) 測定、「8」の補体蛋白 ( C <sub>4</sub> ) 測定及び「7」のトランスフェリンは、S R I D法等又は通則に掲げる精密検査による。

(4) 「16」のアレルゲン刺激性遊離ヒスタミン ( H R T ) 測定は細胞反応測定法により実施され、「11」の特異的 I g E と同時に行った場合であっても、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定し、特異的 I g E と併せて1,430点を限度として算定する。

(5) 「18」の血中 A P R スコアは、 $\alpha$  - 酸性糖蛋白、ハプトグロビン及び C R P の 3 つを測定した場合に算定する。

(6) 「18」のアトピー鑑別試験は、12種類の吸入性アレルゲン ( ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ ( 属 )、スギ、カンジダ、アルテルナリア ) に対する特異的 I g E を測定した場合に算定する。



(7) ~~ヒトTARC定量~~

~~ア ヒトTARC定量は、区分「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「18」のアトピー鑑別試験に準じて算定する。~~

~~イ 「18」のヒトTARC定量は、血清中のヒトTARC量を測定する場合に月1回に限り算定できる。~~

(8) 「19」の頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチンは、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満22週以上満33週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

(9) 「19」の頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン及び区分番号「007」血液化学検査の「~~3428~~」の腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(10) 免疫電気泳動法によってIgA、IgM及びIgGを同時に測定した場合は、1回の検査として「21」の免疫電気泳動法により算定する。

(11) 免疫グロブリンL鎖 / 比

ア 「23」の免疫グロブリンL鎖 / 比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ 「23」の免疫グロブリンL鎖 / 比と「21」の免疫電気泳動法を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(12) 「24」の結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロン - ~~測定~~は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。ただし、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「7」の結核菌群核酸増幅同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

D016 細胞機能検査

(1) 「4」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、NBT還元能検査を、「2」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「~~34~~」のモノクローナル抗体法によるT細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

(2) 「5」のフローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査は、発作性夜間血色素尿症(PHN)の鑑別診断のため、2種類のモノクローナル抗体を用いた場合に算定できる。

(3) 「~~65~~」のリンパ球幼若化検査(一連につき)は、Con-A、PHA又は薬疹の被疑医薬品によるものである。

D017 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

(1) 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

(2) 染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を2以上用いた場合であっても、1回として算定する。

D018 細菌培養同定検査

(1) 細菌培養同定検査

ア 細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ 同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「1」から「~~5-4~~」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「~~6-5~~」の簡易培養検査により算定する。

ウ 細菌培養同定検査は、検体ごとに「1」から「~~5-4~~」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養検査を併せて行った場合は、「~~6-5~~」の簡易培養検査は算定できない。

エ 症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1部位のみの所定点数を算定する。

オ 各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

(2) 「~~3-2~~」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「~~5-4~~」の「その他の部位からの検体」とは、「1」から「~~4-3~~」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

(3) 簡易培養検査

ア 「~~6-5~~」の簡易培養検査は、Dip-Slide法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

(4) 嫌気性培養のみを行った場合は、「1」から「~~6-5~~」の所定点数のみ算定し、「注」の加算は算定できない。

#### D019 細菌薬剤感受性検査

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

#### D019 - 2 酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

#### D020 抗酸菌分離培養検査

(1) 抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1回のみ所定点数を算定する。

(2) 「1」の抗酸菌分離培養検査1は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

(3) 「2」の抗酸菌分離培養検査2は、(2)に掲げるもの以外について算定する。

(4) 抗酸菌分離培養検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

#### D021 抗酸菌同定検査

抗酸菌同定検査は、検査方法、培地数にかかわらず、1回のみ所定点数を算定する。

#### D022 抗酸菌薬剤感受性検査

- (1) 抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が4種類以上の場合に限り種類により算定する。
- (2) 混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤の種類により算定する。

#### D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

~~(1) 微生物核酸同定・定量検査における精密検査は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「7」の抗酸菌群核酸同定精密検査においては、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。~~

#### (1~~キ~~) クラミジアトラコマチス核酸同定検査

ア 「2」のクラミジアトラコマチス核酸同定検査と区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「20」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定を併用した場合は、主なもののみ算定する。

イ クラミジアトラコマチス核酸同定検査は、PCR法、LCR法、核酸ハイブリダイゼーション法、ハイブリッドキャプチャー法又はSDA法による。クラミジアトラコマチス核酸同定検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。~~なお、SDA法においては咽頭からの検体も算定できる。~~

#### (2~~キ~~) 淋菌核酸同定検査

ア 「2」の淋菌核酸同定検査、区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「21」の淋菌抗原同定精密検査又は区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ 淋菌核酸同定検査は、DNAプローブ法、LCR法による増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はSDA法による。淋菌核酸同定検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。なお、SDA法においては咽頭からの検体も算定できる。

(3~~キ~~) 「3」のHBV核酸定量検査は、分岐DNAプローブ法、TMA法又はPCR法による。

#### (4~~キ~~) 淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査

ア 「4」の淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「21」の淋菌抗原同定精密検査、同区分「20」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定、本区分「2」の淋菌核酸同定検査又はクラミジアトラコマチス核酸同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

イ 「4」の淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法、PCR法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法又はSDA法による。淋菌及

びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、泌尿器又は生殖器からの検体によるものである。ただし、男子尿は含み、女子尿は含まない。なお、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はSDA法においては咽頭からの検体も算定できる。

(5) HCV核酸同定検査

ア 「6」のHCV核酸同定検査はPCR法又はTMA法により、C型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ 治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「9」のHCV核酸定量検査で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「9」のHCV核酸定量検査を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

(6) 「6」のHPV核酸同定検査は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者に対して行った場合に限り算定できる。細胞診と同時に実施した場合は算定できない。

(7) 抗酸菌群核酸同定検査

ア 「7」の抗酸菌群核酸同定検査は、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。

イ 「7」の抗酸菌群核酸同定精密検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(8) 「7」の結核菌群核酸増幅同定検査は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出又はLCR法による核酸増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法による。

なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(9) マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査

ア 「8」のマイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。

イ 区分番号「D021」抗酸菌同定検査が併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。

(10) HCV核酸定量検査

ア 「9」のHCV核酸定量検査は、分岐DNAプローブ法又はPCR法により、急性C型肝炎の診断、C型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ 治療経過の観察の場合において、「9」のHCV核酸定量検査及び「6」のHCV核酸同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(11) 血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査

ア 「9」の血清中のHBVプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査は、下記「イ」又は「ウ」に掲げる患者に対し、PCR法により測定した場合に限り算定できる。

イ B型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者1人につき1回算定できる。

ウ B型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にALT異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査のうちB型肝炎に関する検査（ただし抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。

(12) 「9」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査は、ED-PCR法又はPCR法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(13) SARSコロナウイルス核酸増幅同定検査

ア 「9」のSARSコロナウイルス核酸増幅同定検査は、LAMP法により測定した場合に限り算定できる。

イ 「9」のSARSコロナウイルス核酸増幅同定検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。

ウ 本検査は、「[感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等](#)~~感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準の改正~~について」（平成18~~15~~年3~~11~~月8~~5~~日健感発第0308001~~1105006~~号）による臨床的特徴、届出基準によりSARS感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に1回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。

(14) HIV - 核酸定量検査

ア 「10」のHIV - 核酸定量検査はPCR法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、HIV感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「15」のHIV - 1抗体価又は「16」のHIV - 1,2抗体価が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ HIV - 核酸定量検査と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「28」のHIV - 1抗体価（[ウエスタンブロット法](#)）精密測定を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

(15) 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査

ア 「11」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。

イ 「11」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、「7」の結核菌群核酸増幅同定検査を併用した場合は、主たるもののみ算定する。

(16) 「12」のHIV - ジェノタイプ薬剤耐性検査は、抗HIV治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、3月に1回を限度として算定できる。

D023 - 2 その他の微生物学的検査

(1) 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')

ア 「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')は、LA法により実施した場合に算定する。

イ 「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')は、血液培養により黄



色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

ウ 「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2')と区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「9」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2) 「2」の尿素呼気試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。

(3) 「3」の腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒(TDH)検査は、ELISA法によるものであり、区分番号「D018」細菌培養同定検査によって、腸炎ビブリオ菌が確認された場合のみ算定できる。

(4) 大腸菌ベロトキシン検出検査

ア 「4」の大腸菌ベロトキシン検出検査は、大腸菌の抗原同定検査の結果より病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。

イ 「4」の大腸菌ベロトキシン検出検査のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってELISA法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、大腸菌の抗原同定検査を踏まえることなく行った場合にも算定できる。

#### D024 動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本区分により算定する。

#### D025 基本的検体検査実施料

(1) 基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

(3) 入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

(4) 外泊期間中は、入院日数に含まれない。

(5) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

(6) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は請求できない。

### 第2款 検体検査判断料

#### D026 検体検査判断料

(1) 検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分

(尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの6区分)に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

(2) 各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかかわらず、月1回に限り、初回検査の実施日に算定する。

(3) 実施した検査が属する区分が2以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

(4) 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限る。

(5) 上記の規定にかかわらず、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。

区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「D025」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

(6) 注3に規定する検体検査管理加算( )は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算( )、及び検体検査管理加算( )及び検体検査管理加算( )は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者1人につき月1回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、区分番号「D027」基本的検体検査判断料の注2に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

(7) 入院中の患者について注3に規定する検体検査管理加算( )、又は検体検査管理加算( )又は検体検査管理加算( )を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算( )を算定することができる。

(8) 注4に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-4」遺伝病的検査を実施し、患者又はその家族に対し当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行った場合に算定する。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(平成16年12月)及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」(平成15年8月)を遵守すること。

#### D027 基本的検体検査判断料

(1) 基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月1回の包括的な判断料を設定したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

(3) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

- (4) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本判断料は請求できない。
- (5) 特定機能病院において、(3)に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査・判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

## 第2節 削除

### 第3節 生体検査料

- 1 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月1回を限度として算定する。
  - 2 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。
  - 3 同一月内に2回以上実施した場合、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して2回目以降は100分の90で算定する。
  - 4 2回目以降100分の90に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、又は乳幼児加算 又は幼児加算を行う場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。
- [呼吸循環機能検査等に係る共通事項(区分番号「D200」から区分番号「D214」)]

#### (1) 2回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」

区分番号「D208」心電図検査の「1」から「5」まで、区分番号「D209」負荷心電図検査の「1」及び「2」、区分番号「D210」ホルター型心電図検査の「1」及び「2」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

#### (2) 呼吸循環機能検査等に係る一般事項

ア 通則の「特に規定する場合」とは、区分番号「D208」心電図検査の「注」又は区分番号「D209」負荷心電図検査の「注1」に掲げる場合をさす。

イ 区分番号「D200」スパイログラフィー等検査から区分番号「D203」肺胞機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。

- a 実測値から算出される検査値については算定できない。
- b 測定方法及び測定機器は限定しない。
- c 負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ1回のみ所定点数を算定する。
- d 使用したガス(CO、CO<sub>2</sub>、He等)は、購入価格を10円で除して得た点数を別に算定できる。



- e 喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。
- (3) 肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。

#### D 2 0 0 スパイログラフィー等検査

- (1) 「1」の肺気量分画測定には、予備吸気量、1回換気量及び予備呼気量の全ての実測及び実測値から算出される最大呼吸量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。
- (2) 「1」の肺気量分画測定及び区分番号「D 2 0 2」肺内ガス分布の「1」の指標ガス洗い出し検査とを同時に実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。
- (3) 「2」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、1秒量、1秒率、MMF、PFR等は、別に算定できない。
- (4) 「5」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーテル挿入並びに他の「1」から「4」までのスパイログラフィー等検査及び換気力学的検査の費用を含む。
- (5) 体プレストモグラフを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「3」により算定する。

#### D 2 0 1 換気力学的検査

「2」中のコンプライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

#### D 2 0 4 基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

#### D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査

- (1) 心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。
- (2) 心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。
- (3) 「1」の右心カテーテル及び「2」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注1」、「注2」及び「注3」の加算は1回のみに限られる。
- (4) 「注3」及び「注4」に掲げる血管内視鏡検査加算は主たる加算を患者1人につき月1回に限り算定する。
- (5) 心筋生検を行った場合は、区分番号「D 4 1 7」組織試験採取、切採法の所定点数を併せて算定する。

#### D 2 0 7 体液量等測定

- (1) 体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては第6部第1節第1款の注射実施料及び区分番号「D 4 0 0」血液採取を含む。
- (2) 「2」の皮弁血流検査は、1有茎弁につき2回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。
- (3) 「2」の血流量測定は、電磁式によるものを含む。
- (4) 「2」の電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。

ただし、術後1回を限度とする。

なお、使用した電子授受式発消色性インジケータの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (5) 「2」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行った脈波図検査と併せて算定できない。

#### D 2 0 8 心電図検査

- (1) 「1」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導は、普通、標準肢誘導(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ)、単極肢誘導( $aV_R$ 、 $aV_L$ 、 $aV_F$ )、胸部誘導( $V_1$ 、 $V_2$ 、 $V_3$ 、 $V_4$ 、 $V_5$ 、 $V_6$ )の12誘導で、その他特別の場合に $V_7$ 、 $V_8$ 、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。
- (2) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写したのものについて診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、2回目以降においても100分の90の算定としない。
- (4) 「3」の携帯型発作時心電図記憶伝送装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝送装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき1回算定する。
- (5) 「4」のバリストカルジオグラフは、心弾動計、弾動心拍出量計により行った場合に算定する。

#### D 2 0 9 負荷心電図検査

- (1) 負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。
- (2) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写したのものについて診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、2回目以降においても100分の90の算定としない。
- (4) 負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。

#### D 2 1 0 ホルター型心電図検査

- (1) ホルター型心電図検査(解析料を含む)は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけでなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。
- (2) やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24時間を超えて連続して記録した場合であっても、「2」により算定する。

#### D 2 1 0 - 3 埋込型心電図検査

- (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査(心電図検査及びホルター心電図検査を含む。)等によりその原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

(2) 埋込型心電図検査は、患者の皮下に埋込まれた記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけでなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

(3) 埋込型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が埋込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じて算定する。

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

(1) トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「D 2 0 8」心電図検査、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

(2) 呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

D 2 1 1 - 2 喘息運動負荷試験

(1) 喘息運動負荷試験は、運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる。

(2) 喘息運動負荷試験には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「D 2 0 8」心電図検査、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

D 2 1 2 リアルタイム解析型心電図

(1) リアルタイム解析型心電図とは、入院中の患者以外の患者に対して8時間以上心電図をモニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

(2) リアルタイム解析型心電図記録計を用いて8時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について1回として算定する。

D 2 1 2 - 2 携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を2日間以上連続して記録することができる携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について1回として算定する。

D 2 1 3 心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ1回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

(1) 脈波図については、次に掲げる検査を2以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア 心及び肝拍動図

イ 動脈波

ウ 静脈波

エ 容積脈波

オ 指尖脈波

カ 心尖(窩)拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の2以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

(2) ~~「1」~~の「1」から「4」までの検査誘導数については、種目又は部位を順次変え

て検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高検査誘導数による。

- (3) 運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ1回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。
- (4) 脈波図、心機図、ポリグラフ検査において、(1)に掲げる検査を1つのみ誘導で行った場合は区分番号「D207」体流量等測定の「1」により算定する。

#### D215 超音波検査

- (1) 「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月に同一の部位について行った場合、同一月に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。
- (2) 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみの算定とする。
- (3) 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。
- (4) 体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。
- (5) 「2」の断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、「注2」に掲げる加算を算定できる。
- (6) 「3」の心臓超音波検査~~も~~の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。
- (7) 「3」の心臓超音波検査~~も~~の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。
- (8) 「3」の心臓超音波検査~~も~~以外で、断層撮影法とMモード法を併用した場合の点数算定は、「2」の「イ」により算定する。
- (9) 「3」の「ロ」Mモード法はMモード法のみで検査を行った場合に算定する。「3」の心臓超音波検査~~も~~以外で、Mモード法のみで検査を行った場合は、「3」の「ロ」により算定するものである。
- (10) 「3」の「二」胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師（胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。）が診断を行う場合に算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (11~~10~~) 「4」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。
- (12~~11~~) 「4」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。
- (13~~12~~) 「4」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。
- (14~~13~~) 「5」の血管内超音波法の算定は次の方法による。
  - ア 検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ 本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれるで算定できる。

ウ エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「E400」フィルムの所定点数により算定する。

エ 区分番号「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(154) 「注1」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「3」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

#### D216-2 残尿測定検査

(1) 残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

(2) 「1」の超音波検査によるものと「2」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ~~残尿測定を目的として超音波検査を行った場合は残尿測定検査により算定する。~~

#### D217 骨塩定量検査

(1) 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4月に1回を限度とする。

(2) 「1」の注はDEXA法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。

(3) 「2」の「MD法、SEXA法等」の方法には、DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA: Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色X線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びpQCT(peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

(4) MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「2」の「MD法、SEXA法等」の所定点数又は画像診断の手技料(区分番号「E001」写真診断及び区分番号「E002」撮影)の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「E400」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

#### D218 分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

#### D219 ノンストレステスト

(1) ノンストレステストは、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算の算定対象となる~~以下に掲げる患者~~に対し行われた場合に算定する。

~~ア 40歳以上の初産婦である患者~~



- ~~イ BMIが35以上の初産婦である患者~~
- ~~ウ 多胎妊娠の患者~~
- ~~エ 子宮内胎児発育不全の認められる患者~~
- ~~オ 子宮収縮抑制剤を使用中の患者~~
- ~~カ 妊娠高血圧症候群重症の患者~~
- ~~キ 常位胎盤早期剥離の患者~~
- ~~ク 前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者~~
- ~~ケ 胎盤機能不全の患者~~
- ~~コ 羊水異常症の患者~~
- ~~サ 妊娠36週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの~~
  - ~~(イ) 前期破水を合併したもの~~
  - ~~(ロ) 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの~~
  - ~~(ハ) 切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの~~
  - ~~(ニ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの~~
- ~~シ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~ス 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~セ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~ゾ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~タ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~チ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~ツ 白血病（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~テ 血友病（治療中のものに限る。）の患者~~
- ~~ト 出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者~~
- ~~ナ HIV陽性の患者~~
- ~~ニ Rト不適合の患者~~
- ~~ヌ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者~~
  - ~~ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。~~

(2) ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合には1週間につき3回、入院中の患者以外の患者に対して行った場合には1週間につき1回に限り算定できる。なお、1週間の計算は暦週による。

#### D 2 2 0 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

- (1) 呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線の観察の有無に関わらず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定する。
- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点

を診療録に記載した場合に算定できる。

- (3) 新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電図線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。
- (4) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- (5) 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープの算定開始日を記載する。
- (6) 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。
- (7) 7日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「2」の「口」又は「八」を上限として算定する。
- (8) 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分番号「J045」人工呼吸の所定点数に含まれる。

#### D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

- (1) 経皮的血液ガス分圧測定は、循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児についてのみ算定するものであり、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日を限度として算定する。
- (2) 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中の $PO_2$ 、 $PCO_2$ 及びpHの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

#### D 2 2 3 経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

#### D 2 2 3 - 2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）

終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

#### D 2 2 4 終末呼気炭酸ガス濃度測定

(1) 終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア 人工呼吸器を装着している患者

イ 自発呼吸が不十分な患者

ウ 脳外傷等換気不全が生じる可能性が非常に高いと判断される患者

(2) 閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

#### D 2 2 5 観血的動脈圧測定

(1) 観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラストー針等を動脈に挿入してトランスデューサーを用いて測定するものをいう。

(2) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

#### D 2 2 5 - 2 非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

#### D 2 2 5 - 3 24時間自由行動下血圧測定

24時間自由行動下血圧測定は、日本循環器学会、日本心臓病学会及び日本高血圧学会の承認を得た「24時間血圧計の使用（ABPM）基準に関するガイドライン」に沿って行われた場合に、1月に1回に限り算定する。

#### D 2 2 6 中心静脈圧測定

(1) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

(2) 中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分番号「G005-2」の中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。

この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

#### D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定

穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

#### D 2 2 8 深部体温計による深部体温測定

直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温測定と異なるものであり、深部体温計による深部体温の測定には該当しない。

#### D 2 2 9 前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分番号「D 2 2 8」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

#### D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定

(1) 肺動脈楔入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。

(2) 測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。

(3) 観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(4) 左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は別に算定できる。



(5) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

#### D 2 3 1 人工膵臓

(1) 糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

(2) 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓以外による血糖調整が困難であると認めた者である。

ア 高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療

イ 手術、外傷及び分娩時の血糖管理

ウ インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理

エ 糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理

オ 難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定

カ インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理

(3) 2日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として1回の算定とする。

(4) 人工膵臓と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。

(5) 人工膵臓を行うために必要な血液学的検査、生化学的検査とは、次に掲げる検査である。

ア 血液学的検査

赤血球沈降速度測定、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンA<sub>1c</sub>、血液浸透圧測定

イ 生化学的検査

グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素（BUN）、遊離脂肪酸、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、ナトリウム、クロール、カリウム、P、カルシウム

(6) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

#### D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定（一連につき）

(1) 糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

(2) 皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。また、算定した場合は、以下のいずれかに該当するか診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

ア 治療方針策定のために血糖プロフィールを必要とする1型糖尿病患者

イ 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者

(3) 2日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として1回の算定とする。

(4) 皮下連続式グルコース測定と同一日に行った血中グルコース測定に係る費用は所定点数に含まれる。

(5) 人工膵臓を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

(6) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

#### D 2 3 3 直腸肛門機能検査

(1) 直腸肛門機能検査とは、次のアからオに掲げる検査をいう。

- ア 直腸肛門内圧測定
- イ 直腸感覚検査
- ウ 直腸コンプライアンス検査
- エ 直腸肛門反射検査
- オ 排出能力検査

(2) 直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。

(3) 直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズドオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。

#### D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定

(1) 胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。

(2) 胃・食道内24時間pH測定に用いる測定器、基準電極、pHカテテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、pH緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。

(3) 胃・食道内24時間pH測定は、概ね24時間以上連続して行われるものであり、これを1回として算定する。

#### D 2 3 5 脳波検査

(1) 脳波検査を算定するものは、同時に8誘導以上の記録を行った場合である。

(2) 8誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数を~~に~~応じて区分番号「D 2 1 4」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて所定点数により算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。

(3) 心臓及び脳手術中における脳波検査は、8誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数を~~に~~応じて区分番号「D 2 1 4」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えてにより算定する。

#### D 2 3 5 - 2 長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者1人につき14日間を限度として算定する。

#### D 2 3 5 - 3 長期脳波ビデオ同時記録検査

長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかんの手術前後に行った場合、患者1人につきそれぞれ5日間を限度として算定する。

#### D 2 3 6 脳誘発電位検査

(1) 脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。

(2) 脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査及び中間潜時反応聴力検査は、いずれの検査も「3」により算定するものであり、2種類以上行った場合であっても、1回のみ算定する。

(3) 「3」と「4」を両方行った場合は、主たるもののみ算定する。

#### D 2 3 6 - 2 光トポグラフィー

(1) 光トポグラフィーは以下のア又はイの場合に限り、各手術前に1回のみ算定できる。

- ア 言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位

半球を同定する必要がある場合

イ 難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

- (2) 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### D 2 3 6 - 3 神経磁気診断

- (1) 神経磁気診断は、原発性及び続発性てんかん、中枢神経疾患に伴う感覚障害及び運動障害の患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を行う場合に限り、手術前に1回のみ算定できる。

- (2) 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- (1) 「1 携帯用装置を使用した場合」

ア 問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

イ 鼻呼吸センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ 数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ 診療録に検査結果の要点を記載する。

- (2) 「2 1以外の場合」

ア 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)に掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。

(イ) 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ 同時に行った検査のうち、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフィー等検査から本区分「1」までに掲げるもの及び区分番号「D 2 3 9」筋電図検査については、併せて算

定できない。

エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

#### D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)

反復睡眠潜時試験 (MSLT) は、ナルコレプシー又は特発性過眠症が強く疑われる患者に対し、診断の補助として、概ね2時間間隔で4回以上の睡眠検査を行った場合に1月に1回を限度として算定する。なお、本検査と区分番号「D 2 3 7」終夜睡眠ポリグラフィーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

#### D 2 3 9 筋電図検査

(1) 「1」においては、顔面及び躯幹の場合にあつては、左右、腹背を問わずそれぞれ1肢として扱う。い、「2」及び「3」については、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。「3」については多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法により行った場合に算定する。

(2) 「2」については、感覚神経及び運動神経を別々に1神経として数える。

(3) 「3」については、多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法による。検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

#### D 2 3 9 - 2 電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経線維を刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

#### D 2 3 9 - 3 神経学的検査

(1) 神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては「別紙様式19」の神経学的検査チャートを、小児においては「別紙様式19の2」の小児神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき1回に限り算定する。

(2) 神経学的検査は、専ら神経系疾患 (小児を対象とする場合も含む。) の診療を担当する医師 (専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。) が当該検査を行った上で、その結果を患者 及びその家族等 に説明した場合に限り算定する。

(3) 神経学的検査と一連のものとして実施された検査 (眼振を検査した場合の「D 2 5 0」平衡機能検査、眼底を検査した場合の「D 2 5 5」精密眼底検査等を指す。) については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### D 2 4 0 神経・筋負荷テスト

(1) 「1」のテンシロンテストについては、Edrophonium Chlorideを負荷して行う検査に伴う全ての検査 (前後の観察及び精密眼圧測定を含む。) を含む。

(2) 「2」の瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。

- (3) 「3」の乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ酸、カリウム、P等の測定検査の費用及び採血料を含む。

~~(耳鼻咽喉科学的検査)~~

D 2 4 4 自覚的聴力検査

- (1) 「1」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力(測定周波数250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hz)及び骨導聴力(測定周波数250、500、1,000、2,000、4,000Hz)を両耳について測定する方法をいう。
- (2) 「2」のこたばのききとり検査は、難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に算定する。
- (3) 「3」の簡易聴力検査とは、室内騒音が30ホーン以下の防音室で行う検査である。
- (4) 「3」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。
- (5) 「3」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。  
ア 音叉を用いる検査(ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。)  
イ オーディオメーターを用いる検査(閉鎖骨導試験(耳栓骨導試験)、日本工業規格選別用オーディオメーターによる気導検査を含む。)
- (6) 「4」の後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(TTD)のうち、1種又は2種以上のものを組み合わせて行うものをいい、2種以上行った場合においても、所定点数により算定する。
- (7) 「5」の内耳機能検査の所定点数は、レクルートメント検査(ABLB法)、音の強さ及び周波数の弁別域検査、SISIテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず、所定点数により算定する。
- (8) 「5」の耳鳴検査は、診断用オーディオメーター、自記オーディオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する。
- (9) 「6」の中耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査(パッチテスト)、気導聴力検査等のうち2種以上を組み合わせを行った場合にのみ算定する。

D 2 4 4 - 2 補聴器適合検査

補聴器適合検査は、聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

D 2 4 5 鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後3月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日(手術前に当該検査を実施した場合には手術実施予定日)を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性(心因性)鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

D 2 4 6 アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を診療録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手技料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「5」の耳音響放射(OAE)検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射(EOAE)及び結合音耳音響放射(DPOAE)をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月中に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できない。

#### D 2 4 8 耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定

耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

#### D 2 5 0 平衡機能検査

(1) 「1」の標準検査とは、上肢偏倚検査(遮眼書字検査、指示検査、上肢偏倚反応検査、上肢緊張検査等)、下肢偏倚検査(歩行検査、足ぶみ検査等)、立ちなおり検査(ゴニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等)、自発眼振検査(正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査)をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

(2) 「2」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをいい、それぞれ検査1回につき所定点数により算定する。

ア 温度眼振検査(温度による眼振検査)

イ 視運動眼振検査(電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査)

ウ 回転眼振検査(電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査)

エ 視標追跡検査

オ 迷路瘻孔症状検査

(3) 「3」の頭位及び頭位変換眼振検査は、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

(4) 「4」の電気眼振図を区分番号「D 2 7 8」眼球電位図(EOG)と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

(5) 重心動揺計

ア 「5」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析するデータ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積(外周・矩形・実効値面積)、軌跡長(総軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長)、動揺中心変位、ロンベルグ率を全て計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「1」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ 「注」のパワー・ベクトル分析を行った場合の加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピュータ分析を行い、パワー・スペクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確



率密度分布を全て算出した場合に算定する。

ウ 「注」の刺激又は負荷を加えた場合の加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に1種目ごとに算定する。

#### D 2 5 1 音声言語医学的検査

(1) 「2」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことば等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうち的一方又は両方を行った場合に算定する。

(2) 「3」の音声機能検査とは、嚙声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせ、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として1回算定する。

#### D 2 5 2 扁桃マッサージ法

扁桃マッサージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。

#### D 2 5 3 嗅覚検査

(1) 「1」の基準嗅覚検査は、5種の基準臭（T & T オルファクトメーター）による嗅力検査である。

(2) 「2」の静脈性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、第6部第1節第1款の注射実施料は、所定点数に含まれる。

#### D 2 5 4 電気味覚検査

(1) 電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき1回算定する。

(2) 濾紙ディスク法による味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

#### D 2 5 5 精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。

#### D 2 5 5 - 2 汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

#### D 2 5 6 眼底カメラ撮影

(1) 眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

(2) 「通常の方法の場合」と「蛍光眼底法の場合」の双方を行った場合においては、どちらか一方の所定点数により算定する。

(3) 使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。

(4) インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として10円で除した点数を加算する。なお、1回当たり16点を限度とする。

#### D 2 5 7 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

(1) 散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙燈顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り所定点数を算定する。

- (2) 細隙燈を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。
- (3) 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り区分番号「D273」により算定する。

#### D258 網膜電位図（ERG）

網膜電位図（ERG）は、前眼部又は中間透光体に混濁があつて、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。\_\_

#### D258-2 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）

網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「D258」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであつて、以下に掲げる場合において算定できる。\_\_

ア 前眼部又は中間透光体に混濁があつて、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）

イ 黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）

ウ 網膜手術の前後（それぞれ1回ずつに限る。）

#### D259 精密視野検査

- (1) 精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。
- (2) 河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

#### D260 量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、2つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

#### D261 屈折検査

- (1) 屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。
- (2) 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として所定点数を算定する。
- (3) 屈折検査と区分番号「D263」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。

#### D262 調節検査

- (1) 調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2) 負荷調節検査を行った場合であつて、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の100分の200の点数を限度として算定する。



#### D 2 6 3 矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。

#### D 2 6 4 精密眼圧測定

- (1) 精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアブラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2) 網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。
- (3) 「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、1回のみ所定点数により算定する。

#### D 2 6 5 - 2 角膜形状解析検査

- (1) 角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（2ジオプトリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。
- (2) 角膜移植後の患者については2か月に1回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各1回に限り算定する。
- (3) 角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

#### D 2 6 6 光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

#### D 2 6 7 色覚検査

「2」の場合には、ランタンテスト及び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。

#### D 2 6 8 眼筋機能精密検査及び輻輳検査

眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、~~ヨージオメーターによる検査~~正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、H E S S 赤緑試験、輻輳近点検査等をいう。

#### D 2 6 9 - 2 光学的眼軸長測定

光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型Aモード法による場合は、区分番号「D 2 1 5」超音波検査の「1」のAモード法により算定する。

#### D 2 7 2 両眼視機能精密検査

両眼視機能精密検査とは、Worth 4 灯法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。

#### D 2 7 3 細隙燈顕微鏡検査（前眼部）

- (1) 細隙燈顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分番号「D 2 5 7」細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。
- (2) 細隙燈を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。
- (3) 細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り算定する。

#### D 2 7 4 前房隅角検査

前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

#### D 2 7 6 網膜中心血管圧測定

- (1) 「1」の簡単なものとは、オプタルモ・ダイナモメーターによる網膜中心血管圧測定検査である。
- (2) 「2」の複雑なものとは、キャップメーターによる網膜中心血管圧測定検査をいう。

#### D 2 7 7 涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査

涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

#### D 2 7 8 眼球電位図(EOG)

区分番号「D 2 5 0」平衡機能検査の「4」の電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

#### D 2 7 9 角膜内皮細胞顕微鏡検査

眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。

#### D 2 8 0 レーザー前房蛋白細胞数検査

レーザー前房タンパク細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内のタンパク濃度及び細胞数を測定するものである。

#### D 2 8 1 瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)

視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

#### D 2 8 2 中心フリッカー試験

視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

#### D 2 8 2 - 2 P L (Preferential Looking)法

- (1) P L法は4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋 - Mohindra方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。
- (2) テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。
- (3) 診療録に検査結果の要点を記載する。

#### D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料

- (1) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者(既装用者の場合を含む。以下同じ。)に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」又は「2」により算定する。
- (2) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」又は「2」の他、区分番号「D 2 5 5」から区分番号「D 2 8 2 - 2」までに掲げる眼科学的検査についても算定できない。
- (3) コンタクトレンズ検査料を算定する場合には、区分番号「A 0 0 0」初診料の注6及び区分番号「A 0 0 1」再診料の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- (4) 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場

合は、区分番号「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「A001」に掲げる再診料又は区分番号「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

- (5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」又は「2」の所定点数を算定し、別に区分番号「D255」から区分番号「D282-2」までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、9歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラインーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者又は眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者等にあっては、当該点数を算定せず、区分番号「D255」から区分番号「D282-2」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分番号「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「A001」に掲げる再診料又は区分番号「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

#### D282-4 ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ポーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断の目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定する。

#### D283 発達及び知能検査、D284 人格検査、D285 認知機能検査その他の心理検査

(1) 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

(2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。

なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。

(3) 医師は診療録に分析結果を記載する。

(4) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「1」は、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、DAMグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス及びJARTである。

- (5) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「2」は、MCCベビーテスト、PBTピクチャ・ブロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査、鈴木ビネー式知能検査、WISC - 知能検査、WISC - R知能検査、WAIS - R成人知能検査(WAISを含む。)、[WAIS - 成人知能検査](#)及び大脳式盲人用知能検査である。
- (6) 区分番号「D284」人格検査の「1」は、パーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Y - G矢田部ギルフォード性格検査、TEG - 東大式エゴグラム及び新版TEGである。
- (7) 区分番号「D284」人格検査の「2」は、バウムテスト、SCT、P - Fスタディ、MMPI、TPI、EPPS性格検査、16P - F人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト及びPILテストである。
- (8) 区分番号「D284」人格検査の「3」は、ロールシャッハテスト、CAPS、TAT 絵画統覚検査及びCAT 幼児児童用絵画統覚検査である。
- (9) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」は、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES - Dうつ病(抑うつ状態)自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、IES - R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、MAS不安尺度、ブルドン抹消検査、MEDE多面的初期認知症判定検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth(医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。)、NPI及びBEHAVE - ADである。
- (10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「2」は、ベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、ベンダーゲシュタルトテスト、WCSTウイスコンシン・カード分類検査、SCID構造化面接法、CLAC - 、遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)、リバーモード行動記憶検査及びRay - Osterreich Complex Figure Test(ROCF)である。
- (11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「3」は、ITPA、CLAC - 、標準失語症検査、[標準失語症検査補助テスト](#)、[標準高次動作性検査](#)、[標準高次視覚検査](#)、[標準注意検査法](#)・[標準意欲評価法](#)、WAB失語症検査、老研版失語症検査、K - ABC、WMS - R及びADASである。
- (12) 改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精研式認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

#### D286 肝及び腎のクリアランステスト

- (1) 肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。
- (2) 肝クリアランステストに該当するものは、ICG等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、PSP、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。
- (3) 肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。
- (4) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、

別途算定する。

#### D 2 8 7 内分泌負荷試験

- (1) 各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月1回に限り所定点数を算定する。ただし、「1」の「イ」の成長ホルモンに限り、月2回まで所定点数を算定できる。
- なお、「1」の下垂体前葉負荷試験及び「5」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。
- (2) 内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査( )又は生化学的検査( )の項では算定できない。
- (3) 「1」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。
- ア 成長ホルモン(GH)については、インスリン負荷、アルギニン負荷、L-DOPA負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、プロモクリプチン負荷、睡眠負荷等
  - イ ゴナドトロピン(LH及びFSH)については、LH-RH負荷、クロミフェン負荷等
  - ウ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)については、TRH負荷等
  - エ プロラクチン(PRL)については、TRH負荷、プロモクリプチン負荷等
  - オ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、CRH負荷等
- (4) 「2」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン(ADH)については、水制限、高張食塩水負荷(カーター・ロピンステスト)等が含まれる。
- (5) 「3」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T<sub>3</sub>抑制等が含まれる。
- (6) 「4」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン(PTH)については、カルシウム負荷、PTH負荷(エルスワースハワードテスト)、EDTA負荷等が含まれる。
- (7) 「5」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。
- ア 鉱質コルチコイド(レニン、アルドステロン)については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等
  - イ 糖質コルチコイド(コルチゾール、DHEA及びDHEAS)については、ACTH負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等
- (8) 「6」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。
- ア テストステロンについては、HCG負荷等
  - イ エストラジオールについては、HMG負荷等
- (9) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

#### D 2 8 8 糖負荷試験

- (1) 負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査( )又は生化学的検査( )の項では算定できない。

- (2) 「2」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C - ペプチド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中C - ペプチド測定を行った場合に算定する。
- (3) 乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「D500」薬剤により算定する。
- (4) ブドウ糖等を1回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。
- (5) 「注」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

#### D289 その他の機能テスト

##### (1) 胃液分泌刺激テスト

ア 「3」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk法、ヒスタミン法等である。

イ 検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

(2) 「3」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

(3) 「4」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

(4) 「注」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

#### D290 卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

#### D290 - 2 尿失禁定量テスト（パッドテスト）

尿失禁定量テスト（パッドテスト）は、尿失禁患者において、体動時の失禁尿をパッドにより採取し、定量的な尿失禁の評価を行うものであり、1月につき1回に限り算定できる。ただし、使用されるパッドの費用は、所定点数に含まれる。

#### D291 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（MED）測定

(1) 皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルギーの皮膚貼布試験（皮内テスト、スクラッチテストを含む。）等であり、ツベルクリン、アレルギー等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分番号「D500」薬剤により算定する。

(2) 数種のアレルギー又は濃度の異なったアレルギーを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき1箇所として所定点数を算定するものである。



- (3) 薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。
- (4) 薬物光線貼布試験、最小紅斑量(MED)測定は、1照射につき1箇所として算定する。

#### D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査

- (1) 問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる9歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12月に2回を限度として算定する。
- (2) 検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。
- (3) 負荷試験食の費用は所定点数に含まれる。
- (4) 小児食物アレルギーの診療に当たっては、「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2005(平成15~17年度厚生労働科学研究)」を参考とすること。
- (5) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。 \_

#### D 2 9 1 - 3 内服・点滴誘発試験

- (1) 貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被疑薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる。
- (2) 検査を行うに当たっては、内服・点滴誘発試験の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

#### D 2 9 3 シンチグラム(画像を伴わないもの)

「4」の肺局所機能検査、脳局所血流検査については、炭酸ガス等を用いて検査を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。ただし、使用した炭酸ガスの費用は、別に算定する。

[内視鏡検査に係る共通事項(区分番号「D 2 9 5」から区分番号「D 3 2 5」)]

- (1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査実施加算は、所定点数に含まないものとする。
- (2) 内視鏡検査の通則2による算定において、区分番号「D 3 1 3」大腸ファイバースコープの「1」から「3」については、同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。
- (3) 内視鏡検査に際して第2章第11部に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算定する。
- (4) 内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。
- (5) 処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。
- (6) 内視鏡検査当日に、検査に関連して行う第6部第1節第1款の注射実施料は別に算定できない。
- (7) 区分番号「D 2 9 5」関節鏡検査から区分番号「D 3 2 5」肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法までに掲げる内視鏡検査は、次により算定する。

ア 生検用ファイバースコープを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、1回の内視鏡検査について区分番号「D414」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。

イ 互いに近接する部位の2以上のファイバースコープ検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。

ウ 内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっては、区分番号「E000」透視診断は算定しない。

エ 写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を10円で除して得た点数を加算して算定するが、区分番号「E002」撮影及び区分番号「E001」写真診断並びにデジタル映像化処理加算は算定しない。

オ 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

- (8) 区分番号「D306」食道ファイバースコープ、「D308」胃・十二指腸ファイバースコープ、「D310」小腸ファイバースコープ、「D312」直腸ファイバースコープ又は「D313」大腸ファイバースコープを行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。

#### D296 - 2 鼻咽腔直達鏡検査

鼻咽腔直達鏡検査は、区分番号「D298」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープと同時にを行った場合は算定できない。

#### D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ

嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。――

#### D298 - 2 内視鏡下嚥下機能検査

(1) 内視鏡下嚥下機能検査は、嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する。――

(2) 内視鏡下嚥下機能検査、区分番号「D298」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ及び区分番号「D299」喉頭ファイバースコープを2つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する。――

#### D302 気管支ファイバースコープ

「注」の気管支肺胞洗浄法検査加算は、肺胞タンパク症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

#### D304 縦隔鏡検査

縦隔鏡検査は、主に胸部（肺及び縦隔）の疾病の鑑別、肺癌の転移の有無、手術適応の決定のために用いられるものをいう。

#### D306 食道ファイバースコープ

(1) 「注」の粘膜点墨法とは、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるものである。



(2) 表在性食道がんの診断のための食道ヨード染色法は、粘膜点墨法に準ずる。ただし、染色に使用されるヨードの費用は、所定点数に含まれる。—

(3) 「注2」の狭帯域光強調加算は、拡大内視鏡を用いた場合であって、狭い波長帯による画像を利用した観察を行った場合に算定できる。

#### D307 胃鏡検査、ガストロカメラ

胃鏡検査とガストロカメラは併せて算定できない。

#### D310 小腸ファイバースコープ

(1) 「2」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。

ア カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

イ 事前に上部消化管検査及び下部消化管検査を実施し、原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断を行うために使用した場合に算定する。

ウ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(2) 小腸ファイバースコープは、2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「2」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「1」のダブルバルーン内視鏡によるものを行った場合においては、いずれの点数も算定する。

#### D311 直腸鏡検査

(1) 直腸鏡検査を、区分番号「D311-2」肛門鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

(2) 肛門部の観察のみを行った場合は、直腸鏡検査ではなく、区分番号「D311-2」肛門鏡検査を算定する。

(3) コロンブラッシュ法は、直腸鏡検査の所定点数に、検鏡診断料として沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は、区分番号「N004」細胞診(1部位につき)の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は、区分番号「N000」病理組織標本作製(1臓器につき)の所定点数を併せて算定する。

#### D311-2 肛門鏡検査

肛門鏡検査を、区分番号「D311」直腸鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

#### D314 腹腔鏡検査

(1) 人工気腹術は、腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあっては、別に算定できない。

(2) 腹腔鏡検査を、区分番号「D315」腹腔ファイバースコープと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

#### D317 膀胱尿道ファイバースコープ

(1) 膀胱尿道ファイバースコープは軟性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

(2) 膀胱尿道ファイバースコープを必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「D500」薬剤により算定する。

(3~~号~~) 膀胱尿道ファイバースコープにインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「D 2 8 9」その他の機能テストの「2」の所定点数を併せて算定する。

(4~~号~~) 膀胱尿道ファイバースコープについては、~~ファイバースコープを用いた~~前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

~~なお、ファイバースコープ以外の場合の膀胱鏡検査のみ又は尿道鏡検査のみでは所定点数は算定できない。~~

#### D 3 1 7 - 2 膀胱尿道鏡検査

(1) 膀胱尿道鏡検査は硬性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

(2) 膀胱尿道鏡検査を必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。

(3) 膀胱尿道鏡検査にインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「D 2 8 9」その他の機能テストの「2」の所定点数を併せて算定する。

(4) 膀胱尿道鏡検査については、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

なお、膀胱のみ又は尿道のみの観察では所定点数は算定できない。

#### D 3 1 8 尿管カテーテル法（両側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検索を行った場合に算定できるもので、同時に行う区分番号「D 3 1 7」膀胱尿道ファイバースコープを含む。

なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

#### D 3 1 9 腎盂尿管ファイバースコープ（片側）

腎盂尿管ファイバースコープの所定点数には、ファイバースコープを用いた前部尿道から腎盂までの一連の検査を含む。

#### D 3 2 0 ヒステロスコピー

ヒステロスコピーに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

#### D 3 2 4 血管内視鏡検査

区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

#### D 3 2 5 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

(1) 造影剤を使用した場合においても、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

(2) 検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

### 第4節 診断穿刺・検体採取料

1 各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において2か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。

2 診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

3 同一日に実施された下記に掲げる穿刺と同一の処置としての穿刺については、いずれか一方のみ算定する。

- (1) 脳室穿刺
- (2) 後頭下穿刺
- (3) 腰椎穿刺、胸椎穿刺又は頸椎穿刺
- (4) 骨髄穿刺
- (5) 関節穿刺
- (6) 上顎洞穿刺並びに扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺
- (7) 腎嚢胞又は水腎症穿刺
- (8) ダグラス窩穿刺
- (9) リンパ節等穿刺
- (10) 乳腺穿刺
- (11) 甲状腺穿刺

4 区分番号「D409」リンパ節等穿刺又は針生検から区分番号「D413」前立腺針生検法までに掲げるものをCT透視下に行った場合は、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）の所定点数を別途算定する。ただし、第2章第4部第3節コンピューター断層撮影診断料の通則2に規定する場合にあっては、通則2に掲げる点数を算定する。

#### D400 血液採取

血液採取に係る乳幼児加算は、「1」の静脈及び「2」のその他のそれぞれについて加算するものである。\_\_

#### D404 - 2 骨髄生検

骨髄生検は、骨髄生検針を用いて採取した場合にのみ算定できる。骨髄穿刺針を用いた場合は区分番号「D404」骨髄穿刺の所定点数により算定する。\_\_

#### D409 - 2 センチネルリンパ節生検

(1) 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。\_\_

(2) センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同一日に行う場合は、区分番号「K476」乳腺悪性腫瘍手術の注1又は注2で算定する。\_\_

(3) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「D500」薬剤として算定する。\_\_

(4) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。\_\_

#### D412 経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分番号「D404 - 2」、区分番号「D409」、区分番号「D410」、区分番号「D411」及び区分番号「D413」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視（CT透視を除く。）、心電図及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

#### D414 内視鏡下生検法

「1臓器」の取扱いについては、区分番号「N000」病理組織標本作製（1臓器につき）に準ずる。—

#### D 4 1 4 - 2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS - FNA）

（1）超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（EUS - FNA）はコンベックス走査型超音波内視鏡を用いて、経消化管的に生検を行った場合に算定できる。

（2）採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡加算は所定点数に含まれ、算定できない。

#### D 4 1 5 経気管肺生検法

（1）経気管肺生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

（2）経気管肺生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

（3）区分番号「D302」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

（4）超音波気管支鏡（コンベックス走査方式に限る。）を用いて検査を行った場合は、区分番号「D215」超音波検査の所定点数を併せて算定する。

#### D 4 1 6 臓器穿刺、組織採取

「2」の開腹による臓器穿刺、組織採取については、穿刺回数、採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず、1回として算定する。

#### D 4 1 9 その他の検体採取

（1）「1」の胃液・十二指腸液採取については、1回採取、分割採取にかかわらず、この項の所定点数により算定するものとし、ゾンデ挿入に伴いエックス線透視を行った場合においても、エックス線透視料は、別に算定しない。

（2）「2」の胸水・腹水採取の所定点数には、採取及び簡単な液検査（肉眼的性状観察、リバルタ反応、顕微鏡による細胞の数及び種類の検査）の費用が含まれる。

なお、塗抹染色顕微鏡検査を行った場合は、区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により、血液化学検査を行った場合は、区分番号「D004」穿刺液・採取液検査の「~~1849~~」その他により、細胞診検査を行った場合は、区分番号「N004」細胞診により算定する。

（3）「4」の前房水採取については、内眼炎等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定する。

（4）人工腎臓、人工心肺等の回路から動脈血採取を行った場合の採血料は算定できない。

## 第4部 画像診断

### < 通則 >

#### 1 薬剤料

- (1) 画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方せん料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。
- (2) 画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分番号「E300」に掲げる薬剤料により算定する。

#### 2 画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第4節薬剤料の規定に基づき算定できる。

#### 3 時間外緊急院内画像診断加算

- (1) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。
- (2) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「A000」初診料の時間外加算等における定義と同様であること。
- (3) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。
- (4) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。
- (5) 時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合には、区分番号「A000」の注6並びに区分番号「A001」の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- (6) 時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。
- (7) 緊急に画像診断を要する場合は、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるような重篤な場合をいう。

#### 4 画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。

#### 5 画像診断管理加算

画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を

10年以上有するものに限る。)が診断を行い、読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

- 6 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算(当該加算の算定要件を満たす場合に限る。)を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

## 第1節 エックス線診断料

### 1 エックス線診断に係る一般的事項

(1) エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

(2) 「2」又は「3」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

ただし、食道・胃・十二指腸、血管系(血管及び心臓)、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

(3) 「2」又は「3」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断(食道・胃・十二指腸等)において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後2～3時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。

ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第1の写真診断を行った後に別種の第2の撮影、診断の必要性を認めて第2の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第2の診断についても100分の50とはしない。

(4) 「2」の「2以上のエックス線撮影」とは、~~撮影料が別に定められている~~単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち2種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、1種の撮影として扱う。

(5) 「3」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

(6) 特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて1回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合(乳房撮影を除く。)は、部位ごとに1回とする。

(7) 次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「3」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「3」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれにつ



いて同時に2枚以上のフィルムが使用されれば「3」の適用となること。

ア 脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ 胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ 胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ 消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ 耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンパー法及びマイヤー法のうち、2方法以上の撮影を併せて実施した場合

(8) 耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

(9) 2枚目以降100分の50で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例 2枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

[ 診断料 ] 85点 + 85点 × 0.5 = 127.5点 (四捨五入) 128点

[ 撮影料 ] ~~6865点 + 6865点 × 0.5 = 10297.5点 (四捨五入) 98点~~

3枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

[ 診断料 ] 85点 + 85点 × 0.5 × 2 = 170点

[ 撮影料 ] ~~6865点 + 6865点 × 0.5 × 2 = 136430点~~

2枚の胸部アナログエックス線間接撮影を行った場合

[ 診断料 ] 85点 × 0.5 + 85点 × 0.5 × 0.5 = 63.75点 (四捨五入) 64点

[ 撮影料 ] ~~6065点 × 0.5 + 6065点 × 0.5 × 0.5 = 4548.75点 (四捨五入) 49点~~

#### ~~(10) デジタル撮影映像化処理加算~~

~~(1) デジタル撮影映像化処理とは、エックス線撮影後、画像情報のデジタル処理を行うことが可能なものをいい、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピュータド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法によるをいい、2以上を実施した場合にあっては、主たる処理をもって算定する。~~

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

~~(2) デジタル映像化処理は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。~~

~~(3) デジタル映像化処理加算は、撮影に当たってデジタル映像化処理を行った場合に算定し、他の医療機関で撮影したフィルムについて診断のみ行った場合には算定しない。~~

#### ~~2) 電子画像管理加算~~

(1) 「~~4)~~ 」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

(2) ~~電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。~~「~~5)~~ 」に規定する電子画像管理加

~~算を算定した場合には、「4」に規定するデジタル映像化処理加算は算定できない。~~

(3) 電子画像管理加算は、他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

#### E 0 0 0 透視診断

- (1) 本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。
- (2) 造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても1回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、2回以上として算定できる。その基準は概ね2時間に1回とする。

#### E 0 0 1 写真診断

- (1) 他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ又はデジタル撮影の別は問わない。）別に1回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば2回として算定できる。  
ただし、1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。
- (2) 写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、それぞれ「1」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「1」の「イ」により算定する。
- (3) 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。
- (4) イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

#### E 0 0 2 撮影

- (1) 高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「1」の単純撮影として算定する。
- (2) エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作製の費用として、一連につき、「1」及び区分番号「E 4 0 0」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作製の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。
- (3) 特殊撮影とは、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポッ



ト撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の1つとみなされる場合であっても、第1節エックス線診断料の「2」の適用の対象とする。

(4) 撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

(5) 造影剤使用撮影時の算定方法

ア 造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影をいう。

イ 二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。

ウ 椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて1～3か所注入し、四ツ切フィルム2枚のエックス線写真診断を行った場合は、「3」により算定する。

エ 高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「3」により算定する。

オ 子宮卵管造影法による検査は、区分番号「E001」写真診断の「3」、区分番号「E002」撮影の「3」、区分番号「E003」造影剤注入手技の「6」の「ロ」、区分番号「E300」薬剤及び区分番号「E400」フィルムにより算定する。

(6) 乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ2方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。

(7) 「注2」により新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の所定点数とは、「1」、「2」、「3」（「注3」による加算を含む。）又は「4」の点数（間接撮影の場合は100分の50に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算又は乳幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例 単純撮影（デジタル撮影）における新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の端数処理の例

1枚撮影の場合

[新生児加算]  $6865 \text{点} \times 1.3 = 88.484.5 \text{点}$ （四捨五入） 8885点

[乳幼児加算]  $6865 \text{点} \times 1.15 = 78.274.75 \text{点}$ （四捨五入） 7875点

3枚撮影の場合

[新生児加算]  $6865 \text{点} \times 1.3 + 6865 \text{点} \times 1.3 \times 0.5 \times 2 = 176.8169.5 \text{点}$ （四捨五入） 177点

[乳幼児加算]  $6865 \text{点} \times 1.15 + 6865 \text{点} \times 1.15 \times 0.5 \times 2 = 156.4149.5 \text{点}$ （四捨五入） 156450点

E003 造影剤注入手技

(1) 造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技の「1」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。

(2) 「3」の動脈造影カテーテル法及び「4」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。

- (3) 「3」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず1回に限り算定できる。
- 総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても一連の主要血管として所定点数は1回に限り算定する。
- (4) 静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。
- (5) 「6」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。
- (6) 「6」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。
- (7) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分番号「D314」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分番号「E003」の「6」の「ロ」により算定する。
- (8) 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「K829」により算定する。
- (9) 造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。
- (10) リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分番号「K626」リンパ節摘出術の「1」により算定する。

#### E004 基本的エックス線診断料

- (1) 基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算定を行うものである。
- (2) 1月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。
- (3) 写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。
- (4) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、撮影した画像を電子化して管理及び保存した~~デジタル映像化処理を行った~~場合は、一連の撮影ごとに第1節のエックス線診断料の「4」に規定する電子画像管理加算~~デジタル映像化処理加算~~を別に算定できる。
- (5) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分番号「E002」の「1」の点数を算定できる。
- (6) 基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。
- (7) 単純撮影を2枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。
- (8) 入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、ま

た、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。

- (9) 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

## 第2節 核医学診断料

### 1 核医学診断に係る一般的事項

「1」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「E100」から区分番号「E101-3」までに掲げる所定点数及び区分番号「E102」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

- 2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

### 3 ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

#### E100 シンチグラム（画像を伴うもの）

「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。

#### E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

- (1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) 「注2」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注3」の加算を含まない点数である。

(3) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

#### E101-2 ポジトロン断層撮影

- (1) ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) <sup>18</sup>F DGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん若しくは虚血性心疾患の診断又は悪性腫瘍（~~早期胃癌を除く~~脳腫瘍、~~頭頸部癌~~、~~肺癌~~、~~乳癌~~、~~食道癌~~、~~膵癌~~、~~転移性肝癌~~、~~大腸癌~~、~~子宮癌~~、~~卵巣癌~~、~~悪性リンパ腫~~、~~悪性黒色腫~~及び~~原発不明癌~~に限る。）の病期診断又は転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィ

	イで判定困難な場合に限るものとする。
<del>3. 肺 癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により肺癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者</del> <del>・ 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者</del>
<del>4. 乳 癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により乳癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者</del> <del>・ 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者</del>
<del>5. 大腸癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により大腸癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者</del> <del>・ 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者</del>
<del>6. 頭頸部癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により頭頸部癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者</del> <del>・ 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者</del>
<del>7. 脳腫瘍</del>	<del>他の検査、画像診断により転移、再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>8. 膵 癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者</del> <del>・ 他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者</del>
<del>9. 悪性リンパ腫</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移、再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>10. 転移性肝癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。</del> <del>・ 他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により</del>

	<del>確定診断の得られない患者</del> <del>原発巣の不明な患者</del>
<del>11. 原発不明癌</del>	<del>リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。</del>
<del>3 12. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。)悪性黒色腫</del>	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
<del>13. 食道癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>14. 子宮癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>15. 卵巣癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>

- (3)  $^{18}\text{F}$  FDG 製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$  FDG 製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。
- (4) 当該画像診断を実施した同一月に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (5) ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6)  $^{15}\text{O}$  標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の  $^{15}\text{O}$  標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに  $^{18}\text{F}$  FDG の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- (1) ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、X線CT組合せ型ポジトロンCT装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。
- (2) 同一月に、区分番号「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（CT撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号

「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の届出を行っていなくても差し支えない。

- (3)  $^{18}\text{F}$ FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかんの診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除く頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影に係るものを除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
<del>2. 肺 癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>3. 乳 癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>4. 大腸癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>5. 頭頸部癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>6. 膵 癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。  <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <del>他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者</del></li> <li>・ <del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者</del></li> </ul> </del>
<del>7. 悪性リンパ腫</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>8. 転移性肝癌</del>	<del>以下のいずれかに該当する患者に使用する。  <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <del>他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者</del></li> <li>・ <del>原発巣の不明な患者</del></li> </ul> </del>
<del>9. 原発不明癌</del>	<del>リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。</del>



210. 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。)悪性黒色腫	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
<del>11. 食道癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>12. 子宮癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>
<del>13. 卵巣癌</del>	<del>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</del>

- (4)  $^{18}\text{F}$  D G 製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$  D G 製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。
- (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（CT撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (7)  $^{15}\text{O}$  標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の $^{15}\text{O}$  標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに $^{18}\text{F}$  D G の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### E 1 0 2 核医学診断

- (1) 核医学診断料は、実施した区分番号「E 1 0 0」から区分番号「E 1 0 1 - 3」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。

### 第3節 コンピューター断層撮影診断料

#### 1 コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

- (1) 同一月に区分番号「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（CT撮影）又は区分番号「E 2 0 2」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、2回目以降として

「2」の例により算定する。

- (2) 開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影について、「2」により算定する。

- 2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。
- 3 「4」の加算における所定点数には、区分番号「E200」の「注3-4」及び区分番号「E202」の「注3-4」による加算が含まれる。「2」における所定点数には、注に掲げる加算は含まれない。

#### E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）

- (1) コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。
- (2) 「1」の「イ」、及び「ロ」及び「ハ」並びに「2」に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
- (3) 「1」のCT撮影の「イ」及び「ロ」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、16列以上のマルチスライス型又は16列未満のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。
- (4) 「注3」に規定する「1」のCT撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合を除く。
- (5) 造影剤を使用しないCT撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。
- (6) 造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。
- (7) 「注4」に規定する冠動脈CT撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。

(8) 「注6」の外傷全身CTとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したCT撮影をいう。

#### E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）

- (1) 磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。
- (2) 「1」及び「2」に掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
- (3) 「1」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のMRI装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。
- (4) 「注3」に規定する「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮



影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

- (5) 造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。
- (6) 造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。
- (7) 「注4」に規定する心臓MRI撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のMRI装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。

#### E 2 0 3 コンピューター断層診断

- (1) コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、区分番号「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
- (3) 当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、初診料を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

## 第5部 投薬

### < 通則 >

- 1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第5節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。  
なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。
- 2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。
- 3 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。
- 4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。
- 5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。
- 6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- 7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。
- 8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

### 第1節 調剤料

#### F 0 0 0 調剤料

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。
- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加

算する。なお、リン酸コデイン散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

(5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア 毒薬とは薬事法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。

イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

## 第2節 処方料

### F100 処方料

(1) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(2) 処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注2」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「2」で算定する。

(3) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、F200薬剤の(4)に準じるものとする。

(4) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(5) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

(6) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき65点を加算する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合にあっては、処方料又は処方せん料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。――

#### (7) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に処方料とF400処方せん料を算定する場合にあっては、処方料又はF400処方せん料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

### 第3節 薬剤料

#### F200 薬剤

(1) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固形剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

(2) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患をいう。

(3) 特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。平成18年6月30日までの間は、療養病棟入院基本料1の特別入院基本料2を含む。以下この項において同じ。）を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(4) 多剤投与の場合の算定

ア 「注2」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注2」の「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注2」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

#### (5) ビタミン剤

ア 「注3」に規定するビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンB群又はビタミンCを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

(イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB<sub>12</sub>の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）

(ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

(ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

(ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

(ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

### 第5節

#### F400 処方せん料

(1) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療費担当規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。

(2) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定する。

(3) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方

した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができる。

(4) 処方せん料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注2」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「2」で算定する。

(5) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについてはF200薬剤の(4)に準じるものとする。

(6) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

(7) 乳幼児加算、~~又は~~特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「F100」処方料の(5)、~~又は~~(6)又は(7)に準じるものとする。

(8) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録に貼付する。なお、地方社会保険事務局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回に限られる。

## 第6節 調剤技術基本料

### F500 調剤技術基本料

(1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。

(2) 同一医療機関において同一月に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

(3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

(4) 院内製剤加算

ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

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

(ロ) 散剤を調剤した場合

(ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

(ニ) 1種類のみ医薬品を水に溶解して液剤とする場合(安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。)

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基

準に記載されている場合を除く。

(イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤(賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。)を混合した場合(散剤及び顆粒剤を除く。)

(ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

(ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

## 第6部 注射

### < 通則 >

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。
- 2 生物学的製剤注射加算
  - (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
    - ア ㊦ 乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
    - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
    - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
    - エ 肺炎球菌ワクチン
    - オ 沈降破傷風トキソイド
    - カ ㊦ ガスエソウマ抗毒素
    - キ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
    - ク ㊦ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素
    - ケ ㊦ 乾燥破傷風ウマ抗毒素
    - コ ㊦ 乾燥はぶウマ抗毒素
    - サ ㊦ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
    - シ ㊦ 乾燥まむしウマ抗毒素
  - (2) 区分番号「G005」中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。
- 3 精密持続点滴注射加算
  - (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
  - (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要があるカテコールアミン、ブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。
  - (3) 区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
  - (4) 区分番号「G005」中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
- 4 外来化学療法加算
  - (1) 「通則6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。
  - (2) 外来化学療法加算は、関節リウマチの患者、クローン病の患者及びベーチェット病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合、又は関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者及び全身型若年性特発性関節炎の患者に対し



てトシリズマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。

(3) 外来化学療法加算1については、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる。

- 5 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則3」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料及び第3節特定保険医療材料料のみ算定する。
- 6 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、~~硝子体注六~~、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第2章第9部処置又は第10部手術に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投薬の区分番号「F200」薬剤の(2)、(3)及び(5)の例による。
- 7 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射又は区分番号「G005」中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- 8 点滴注射及び中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 9 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

## 第1節 注射料

### <通則>

注射料は、第1款注射実施料及び第2款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、6歳未満の乳幼児である入院患者に対する1日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

### 第1款 注射実施料

#### G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腔部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。
- (3) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

#### G001 静脈内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合

は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。

- (2) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

#### G002 動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

#### G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

- (1) ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料は除く。）は算定できない。

#### G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- (1) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。

#### G004 点滴注射

- (1) 6歳未満の乳幼児に対する1日分の注射量が100mL未満の場合及び6歳以上の者に対する1日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、3に掲げる所定点数で算定する。
- (2) 「注射量」は、次のように計算する。
- ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。
- イ 同一の者に対して、点滴注射を1日に2回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量。
- (3) 血漿成分製剤加算
- ア 注3に規定する「文書による説明」とは、1回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね1週間毎）に、別紙様式20又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。
- イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。
- ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場

合輸注後速やかに行うこととする。

エ 注3に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。

- (4) 区分番号「C101」、区分番号「C104」又は区分番号「C108」在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

#### G005 中心静脈注射

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養( )若しくは入院時食事療養( )又は入院時生活療養( )の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養( )の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (2) 注1に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「G004」点滴注射の(3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。
- (3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

#### G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

- (2) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (3) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (4) 区分番号「C104」又は区分番号「C108」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せ

て中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。――

(5) 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル(但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く)を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。

#### G 0 0 5 - 3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

(1) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

(2) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

(3) 区分番号「C 1 0 4」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C 1 0 8」に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。)に対して、区分番号「C 0 0 1」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

#### G 0 0 5 - 4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

(1) 本カテーテルの材料料及び手技料は1週間に1回を限度として算定できる。

(2) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

#### G 0 0 9 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

#### G 0 1 0 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

#### G 0 1 2 結膜下注射

(1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

(2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

#### G 0 1 2 - 2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

#### G 0 1 6 硝子体内注射

両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

### 第2款 無菌製剤処理料

#### G 0 2 0 無菌製剤処理料

(1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整

備し、保管しておくこと。

- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。

- (3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

- (4) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

## 第2節 薬剤料

### G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

## 第7部 リハビリテーション

### < 通則 >

- 1 リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。
- 2 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 3 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21から別紙様式21の3までを参考にしたりハビリテーション実施計画を作成する必要がある。また、リハビリテーションの開始時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の注3にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の注1本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の注3にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、前月の状態との比較をした当月の患者の状態、将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

- 4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の注3にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者で



あって、別表第九の九第二号に掲げる場合)は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、前月の状態とを比較した当月の患者の状態、今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合には、介護保険によるリハビリテーションの適用について適切に評価し、適用があると判断された場合には、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

4の3 同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、一つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、障害児(者)リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

- 5 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。
- 6 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合(以下この部において、「1単位」という。)にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位の満たない場合は、基本診療料に含まれる。
- 7 疾患別リハビリテーション料は、患者1人につき1日合計6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位)に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、運動器リハビリテーション料( )又は呼吸器リハビリテーション料( )を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等(屋外を含む。)において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

- 8 疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、それぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。
- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪の日(以下この部において「発症日等」という。)を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーション

を行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の注3にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、前月の状態との比較をした当月の患者の状態、将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

## 第1節 リハビリテーション料

### H000 心大血管疾患リハビリテーション料

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」（Circulation Journal Vol.66,Supple. , 2002:1194）に基づいて実施すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であつて、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。
  - ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。
  - イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、
    - (イ) 慢性心不全であつて、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）が80pg/mL以上の状態のもの
    - (ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であつて、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。
- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間（3単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週



3時間（9単位）を標準とする。

- (4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。

(5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。

- ~~(6)~~ (5) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分番号D208に掲げる心電図検査、区分番号D209に掲げる負荷心電図検査及び区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

- ~~(7)~~ (6) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際には、当該患者が介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションによるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- ~~(8)~~ (7) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

- ~~(9)~~ (8) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定

日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。  
(10号) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。

#### H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。
- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料のイに掲げる「口以外の場合」の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。
- ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等のものをいう。
- イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。
- ウ 神経疾患とは、多発性神経炎(ギランバレー症候群等)、多発性硬化症、末梢神経障害(顔面神経麻痺等)等をいう。
- エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患(筋萎縮性側索硬化症)、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。
- オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
- カ 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。
- キ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、~~外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。~~
- (3) 脳血管疾患等リハビリテーション料のロに掲げる「廃用症候群の場合」の対象となる患者は、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。
- (4号) 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (5号) 急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM得点又はBIが10以上低下するような状態等に該当する場合をいう。
- (6号) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓

練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

- (7-6) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

- (8-7) 脳血管疾患等リハビリテーション料( )の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。)又は脳血管疾患等リハビリテーション料( )の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(6)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料( )の100点を算定できる。

- (9-8) 脳血管疾患等リハビリテーション( )又は及び( )を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

- (10-9) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際には、当該患者が介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションによるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第

7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(11~~10~~) 廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて別紙様式22を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(12~~11~~) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。

(13~~12~~) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

#### H002 運動器リハビリテーション料

(1) 運動器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

(3) 運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

(4) 運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、



他の疾患別リハビリテーション（~~心大血管疾患リハビリテーションを除く。~~）及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

- (6) 運動器リハビリテーション料(―)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(―)の80点を算定できる。
- (7) 運動器リハビリテーション料(―)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(―)の80点を算定できる。
- (8) 標準的算定日数を超えた患者については、注4に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際には、当該患者が介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションによるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (9) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。
- (10) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日

数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

### H003 呼吸器リハビリテーション料

- (1) 呼吸器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- (2) 呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対するLVR S（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（DPB）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の（イ）～（ハ）のいずれかに該当する状態であるものをいう。

（イ） 息切れスケール（Medical Research Council Scale）で2以上の呼吸困難を有する状態

（ロ） 慢性閉塞性肺疾患（COPD）で日本呼吸器学会の重症度分類の 以上の状態

（ハ） 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね1週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

- (3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査及び呼吸機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用が含まれる。
- (4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士又は作業療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- (5) 呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション（~~心大血管疾患リハビリテーションを除く。~~）及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リ

リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

- (6) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位に限り呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる。なお、その際には、当該患者が介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションによるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- (7) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。
- (8) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

#### H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23、~~又は別紙様式23の2、別紙様式23の3~~又は若しくはこれに準じた様式）を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

#### H004 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。

- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載すること。
- (3) 治療開始日から3月以内に摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。
- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

#### H005 視能訓練

- (1) 視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回のみ算定する。
- (2) 斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。
- (3) 実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載すること。

#### H006 難病患者リハビリテーション料

- (1) 難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。
- (2) 難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者（食事又はトイレに介助が必要な者）及び準要介護者（移動又は入浴に介助が必要な者）であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。
- (3) 難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。
- (4) 難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。
- (5) 「注2」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なりハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して1月以内に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。加算の対象となる食事の提供は、あくまで医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われるものに限られる。なお、食事の提供に当たっては、当該保険医療機関内で調理した食事を提供するとともに、関係帳簿を整備する。
- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

#### H007 障害児(者)リハビリテーション料



- (1) 障害児(者)リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
- ア 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設
  - イ 同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
  - ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者(ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)である医療機関
- (2) 障害児(者)リハビリテーション料は、(1)に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者(医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。)に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。
- ア 脳性麻痺の患者
  - イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者(脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。)
  - ウ 顎・口腔の先天異常の患者
  - エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者(先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。)
  - オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
  - カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者(脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。)
  - キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者(低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。)
  - ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。)
- (3) 障害児(者)リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。
- (4) 障害児(者)リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、又は呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児(者)リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

#### H007-2 がん患者リハビリテーション料

- (1) がん患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目

的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

(2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を終了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者

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

ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者

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

オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者

カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

キ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者

ク 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

(4) がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

(5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

- (1) 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。
- (2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。
- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人あたり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。
- (4) 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

## 第8部 精神科専門療法

### < 通則 >

精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第1節の精神科専門療法料と第2節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第1節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。

### 第1節 精神科専門療法料

#### I 0 0 0 精神科電気痙攣療法

- (1) 精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、1日1回を限度として算定する。
- (2) 精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。
- (3) マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。

#### I 0 0 1 入院精神療法

- (1) 入院精神療法とは、入院中の患者であって統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この項において「対象精神疾患」という。）のものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。
- (2) 入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医その他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。また、対象精神疾患に伴い知的障害、認知症、心身症及びてんかんがある患者に対して入院精神療法が行われた場合にも算定できる。
- (3) 入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。
- (4) 患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中2回を限度として算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。
- (5) 入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法（ ）にあつては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。

- (6) 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (7) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (8) 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。
- (9) 入院精神療法( )を行った週と同一週に行われた入院精神療法( )は別に算定できない。
- (10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて区分番号「I004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。
- (11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と区分番号「I003」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

#### I002 通院・在宅精神療法

- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この項において「対象精神疾患」という。）のため社会生活を営むことが著しく困難なもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。
- (2) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。また、対象精神疾患に伴い知的障害、認知症、心身症及びてんかんがある患者に対して通院・在宅精神療法が行われた場合にも算定できる。
- (3) 通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。
- (4) 通院・在宅精神療法の「1」及び「2」は、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分「A000」の初診料の「注2」のただし書に規定する初診を含む）は、診療に要した時間が30分を超えた場合に限り算定することとし、通院・在宅精神療法の「2」は、「1」以外の場合において診療に要した時間が5分を超えた場合に限り算定する。この場合において診療に要した時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。
- (5) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分又は30分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。
- (6) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。

- (7) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。
- (8) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (9) 入院中の患者以外の対象精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて区分番号「I004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。
- (10) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に区分番号「I003」標準型精神分析療法は算定できない。
- (11) 通院・在宅精神療法の「1」は精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。）により初診時に通院・在宅精神療法が行われた場合に限り初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。
- (12) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。

#### I002-2 精神科継続外来支援・指導料

- (1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。
- (2) 「注2」に規定する加算は、「注1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。
- (3) 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
- (4) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（区分番号「A000」初診料の「注2」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。

#### I003 標準型精神分析療法

- (1) 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月6回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。
- (2) 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、1時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあつては区分番号「I001」入院精神療法により、



入院中の患者以外の患者にあつては区分番号「I002」通院・在宅精神療法により算定する。

(3) 標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。\_\_

#### I003 - 2 認知療法・認知行動療法

(1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

(2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分以上の治療が行われた場合に算定する。

(3) 一連の治療につき16回を限度として算定する。

(4) 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

(5) 認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)を踏まえて行うこと。

#### I004 心身医学療法

(1) 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

(2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。

(3) 心身医学療法は、初診時(区分番号「A000」初診料の「注2」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。)には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診及び触診)及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

(4) 心身医学療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。

例 「胃潰瘍(心身症)」

(5) 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

(6) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

(7) 区分番号「I001」入院精神療法、区分番号「I002」通院・在宅精神療法又は区分番号「I003」標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

#### I005 入院集団精神療法

(1) 入院集団精神療法とは、入院中の患者であつて、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障

害及び精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

- (2) 入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
- (3) 1回に15人を限度とし、1日につき1時間以上実施した場合に、入院の日から起算して6月に限り週2回を限度として算定する。この場合、個々の患者について、精神科医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (4) 入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。
- (5) 入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。
- (6) 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

#### I 0 0 6 通院集団精神療法

- (1) 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害及び精神症状を伴う脳器質性障害等のものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。
- (2) 通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
- (3) 1回に10人を限度とし、1日につき1時間以上実施した場合に、開始日から6月に限り週2回を限度として算定する。
- (4) 通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。
- (5) 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

#### I 0 0 7 精神科作業療法

- (1) 精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 1人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を1単位として、1人の作業療法士の取扱い患者数は1日2単位50人以内を標準とする。
- (3) 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。
- (4) 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

#### I 0 0 8 入院生活技能訓練療法



- (1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。
- (2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある2人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも1人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の1人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとすることが必要である。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。
- (3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者1人当たり1日につき1時間以上実施した場合に限り、週1回を限度として算定できる。
- (4) 1人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。
- (5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。
- (6) 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。
- (7) 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

#### I 0 0 8 - 2 精神科ショート・ケア

- (1) 精神科ショート・ケアは、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき3時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後3か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。
- (3) 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。
- (4) 精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ

れ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。

(5) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。\_\_

(6) 「注3」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。

#### I 0 0 9 精神科デイ・ケア

(1) 精神科デイ・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

(2) 精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

(3) 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。

(4) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。「注3」に掲げる加算の対象となる食事の提供は、あくまでも医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われた場合に算定する。

~~(5) 食事の提供の実施に当たっては、概ね入院時食事療養( )又は入院時生活療養( )の食事の提供たる療養の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。~~

~~(5) 同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。~~

~~(6) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。\_\_~~

(7) 「注3」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。

#### I 0 1 0 精神科ナイト・ケア

(1) 精神科ナイト・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき4時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

(2) その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

(3) 精神科ナイト・ケアを算定する場合においては、区分番号「A 0 0 0」初診料の注6及び「A 0 0 1」再診料の注5に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

## I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。
- (3) その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

## I 0 1 1 精神科退院指導料

- (1) 精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、1月を超えて入院している精神障害者である患者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式24を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。また、入院期間が1年を超える精神障害者である患者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付すること。
- (2) 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の退院日に算定する。
- (3) 入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。
- (4) 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した患者については、算定できない。

## I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料

- (1) 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神障害者である患者の退院に先立ち、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又

- は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (2) 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、1回の入院につき3回（当該入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、6回）を限度として指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
  - (3) 「注2」に係る加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。
  - (4) 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
  - (5) 精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。
  - (6) 精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。
  - (7) 保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。
  - (8) 退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

#### I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

- (1) 精神科訪問看護・指導料( )は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神障害者である入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。
- (2) 「注1」に規定する精神科訪問看護・指導料( )の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した7日間をいう。）について計算する。また、「注1」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した7日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、1日につき1回に限り算定することとする。
- (3) 「注1」のただし書きに規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であって、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合であること。また、「注2」に規定する場合には、医師が患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を十分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。
- (4) 「注1」ただし書に規定する場合と、「注2」に規定する場合には、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載すること。
- (5) 「注4」に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等による患家への訪問が必要と判断し、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の複数の保健師等が、患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。なお、保健師又は看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、「注4」に係る加算が算定できる。

- (6) 精神科訪問看護・指導料( )は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。
- (7) (6)に規定する精神科訪問看護・指導は、1人の保健師等が同時に行う看護・指導の対象患者等の数は5人程度を標準とし、1回の訪問看護・指導に8人を超えることはできない。
- (8) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (9) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録にとどめておく。
- (10) 保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。
- (11) 「注7」に規定する交通費は実費とする。

#### I 0 1 3 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

- (1) 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。
- (2) 持続性抗精神病注射薬剤とは、~~デカン酸~~ハロペリドール デカン酸エステル、~~モノノール~~  
~~ラルフェナジン~~、及び~~デカン酸~~フルフェナジン デカン酸エステル及びリスペリドンをいう。
- (3) 持続性抗精神病注射薬剤治療管理を行った場合は、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

#### I 0 1 4 医療保護入院等診療料

- (1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する。
- (3) 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な(少なくとも月1回)評価を行うこと。
- (4) 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

#### I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料

- (1) 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者(「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの)の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、患者1人当たり1日につき6時間以上行った場合に算定する。
- (2) 医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従って行うものであって、定期的にその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

- (3) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合には、その費用は所定点数に含まれる。~~「注3」に掲げる加算の対象となる食事の提供については、区分「I009」精神科デイ・ケアの(4)及び(5)の規定によるものとする。~~
- (4) 「注2」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- ~~(5)~~ 重度認知症患者デイ・ケアの実施時刻については、診療録等に記載すること。
- ~~(6)~~ 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療養は、別に算定できない。

## 第2節 薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第2章第5部投薬として算定する。

## 第9部 処置

### < 通則 >

- 1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。  
なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。
- 2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。
- 3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。  
なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。
- 4 「通則5」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注4、区分番号「A001」の注3、区分番号「A002」の注4に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注6又は区分番号「A001」の注5に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。
- 5 処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「1日につき」とあるものは午前0時より午後12時までのことであり、午前0時前に処置を開始し、午前0時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算を算定し、午前0時以降の2日目については算定できない。
- 6 処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は時間外加算等は算定できない。
- 7 時間外加算等に係る「所定点数」とは、第1節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギブス加算及びギブスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第2節、第3節及び第4節における費用は含まない。
- 8 4から7に規定する他、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様であ



る。

- 9 「通則6」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「1肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。
- 10 第1節に掲げられていない特殊な処置の処置料は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 11 血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「J059-2」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

#### < 処置料 >

( 一般処置 )

#### J000 創傷処置

- (1) 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。
- (2) 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。
- (3) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
- (5) 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、1日につき所定の点数のみにより算定する。
- (6) 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
- (7) 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。
- (8) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

#### J001 熱傷処置

- (1) 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- (2) 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
- (3) 「1」については、第1度熱傷のみでは算定できない。

#### J001-2 絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週1回とする。



#### J 0 0 1 - 3 鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の2回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

#### J 0 0 1 - 4 重度褥瘡処置

- (1) 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（~~DESIGN NP-UP~~分類 D 3、D 4—度及びD 5—度）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。
- (2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

#### J 0 0 1 - 5 長期療養患者褥瘡等処置~~後期高齢者処置~~

- (1) 長期療養患者褥瘡等処置~~後期高齢者処置~~の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。
- (2) 褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず1日につき1回に限り算定するものであること。
- (3) 1年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

#### J 0 0 1 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置~~後期高齢者精神病棟等処置料~~

- (1) 「注1」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。
- (2) 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注1」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養者褥瘡等処置~~後期高齢者処置~~の所定点数により算定する。
- (3) ~~高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、~~結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養者褥瘡等処置~~後期高齢者精神病棟等処置料~~として、1日につき所定点数を算定する。

#### J 0 0 1 - 9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

#### J 0 0 2 ドレーン法（ドレナージ）

- (1) 部位数、交換の有無にかかわらず、1日につき、所定点数のみにより算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。
- (3) 「1」と「2」は同一日に併せて算定できない。
- (4) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置の「1」により手術後の患者に対するものとして算定する。

(5) P T C Dチューブの単なる交換については、「2」により算定する。

#### J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置（1日につき）

- (1) 「1」の被覆材を貼付した場合の「イ」から「ハ」に示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- (2) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。
- (3) 「1」の各区分は、創が感染しており頻回の交換が必要である場合等を除き、原則として

2日間連続して算定できない。なお、2日以上連続して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由と医学的根拠を詳細に記載すること。

(4) 局所陰圧閉鎖処置を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「J000」創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

(5) 局所陰圧閉鎖処置終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「J000」創傷処置により算定する。

J004 流注膿瘍穿刺

区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。

J005 脳室穿刺

区分番号「D401」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。

J006 後頭下穿刺

区分番号「D402」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。

J007 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分番号「J007」頸椎穿刺は区分番号「D403」頸椎穿刺と、区分番号「J007」胸椎穿刺は区分番号「D403」胸椎穿刺と、区分番号「J007」腰椎穿刺は区分番号「D403」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

J008 胸腔穿刺

(1) 胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。

(2) 単なる試験穿刺として行った場合は、区分番号「D419」その他の検体採取の「2」により算定する。

J011 骨髄穿刺

区分番号「D404」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

J012 腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分番号「D407」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

J013 ダグラス窩穿刺

区分番号「D408」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

J014 乳腺穿刺

区分番号「D410」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J015 甲状腺穿刺

区分番号「D411」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J016 リンパ節等穿刺

区分番号「D409」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J017 エタノールの局所注入

(1) 肝癌、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節（Plummer病）、内科的治療に抵抗性の2次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

## Ｊ０１７ - ２ リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

## Ｊ０１８ 喀痰吸引

- (1) 喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。
- (2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (3) 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引の費用は算定できない。

## Ｊ０１８ - ３ 干渉低周波去痰器による喀痰排出

- (1) 区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。
- (2) 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。
- (3) 算定は１日に１回を限度とする。

## Ｊ０１９ 持続的胸腔ドレナージ

- (1) ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 手術と同一日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

## Ｊ０１９ - ２ 胸腔内出血排除（非開胸的）

手術と同一日に行った胸腔内出血排除（非開胸的）は別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

## Ｊ０２０ 胃持続ドレナージ

２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

## Ｊ０２１ 持続的腹腔ドレナージ

- (1) ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 手術と同一日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

## Ｊ０２２ 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手

術後)を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

#### J 0 2 4 酸素吸入、J 0 2 4 - 2 突発性難聴に対する酸素療法

- (1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

#### J 0 2 5 酸素テント

- (1) 使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。
- (2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、酸素テントの費用は算定できない。

#### J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法、J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法、J 0 2 6 - 3 体外式陰圧人工呼吸器治療

- (1) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。
- (2) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

#### J 0 2 7 高気圧酸素治療

- (1) 「1」は次の疾患に対して、発症後1週間以内に行う場合に、1日につき所定点数を算定する。

ア 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒(間歇型を含む。)

イ ガス壊疽、壊死性筋膜炎又は壊疽性筋膜炎

ウ 空気塞栓又は減圧症

エ 急性末梢血管障害

(イ) 重症の熱傷又は凍傷

(ロ) 広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害

(ハ) コンパートメント症候群又は圧挫創症候群

オ ショック

カ 急性心筋梗塞その他の急性冠不全

キ 脳塞栓、重症頭部外傷若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫

ク 重症の低酸素性脳機能障害

ケ 腸閉塞

コ 網膜動脈閉塞症

サ 突発性難聴

シ 重症の急性脊髄傷害

(2) 「2」は次の疾患又は「1」の適応疾患であって発症後の期間が1週間を超えたものに行う場合に、1日につき所定点数を算定する。

ア 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍

イ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

ウ 皮膚移植

エ スモン

オ 脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺

カ 一酸化炭素中毒後遺症

キ 脊髄神経疾患

ク 骨髄炎又は放射線壊死

(3) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものについては、1日につき区分番号「J024」酸素吸入により算定する。

(4) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

#### J028 インキュベーター

(1) インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。

(2) 1日につき所定点数により算定する。

#### J029 鉄の肺

1日につき所定点数により算定する。

#### J034 イレウス用ロングチューブ挿入法

(1) 2日目以降は、区分番号「J002」ドレーン法(ドレナージ)の所定点数により算定する。

(2) 経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。

#### J038 人工腎臓

(1) 人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

(2) 「2 その他の場合」は次の場合に算定する。

ア 急性腎不全の患者に対して行った場合

イ 透析導入期(1月に限る。)の患者に対して行った場合

ウ 血液濾過又は血液透析濾過を行った場合

エ 以下の合併症又は状態を有する患者(二)から(又)については入院中の患者に限る。)

に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

(イ) 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血(発症後2週間に限る。)

(ロ) 重篤な急性出血性合併症(頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等)(発症後2週間に限る。)

(ハ) ヘパリン起因性血小板減少症

(ニ) 播種性血管内凝固症候群



(ホ) 敗血症

(ヘ) 急性膵炎

(ト) 重篤な急性肝不全

(チ) 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）

(リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態

(ヌ) 区分番号「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔若しくは「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後2週間に限る。）

~~入院中の患者に人工腎臓を行った場合又は特掲診療料の施設基準等の第十一の三に規定する場合（入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合）に該当する場合においては、「2」により算定する。なお、「入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に認める場合」とは、入院中の患者以外の患者であって下記の場合である。~~

~~ア 血液透析濾過を行った場合~~

~~イ 生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血）を有する患者に対して血液透析を行った場合~~

~~ウ 重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血を有する患者に血液透析を行った場合~~

~~エ 人工腎臓を行う際に使用する薬剤等に係る処方せんを交付された患者である場合~~

(3) (2)の場合（入院中の患者の場合を除く。）に該当し、「2」により算定する場合にあっては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(4) 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。

(5) 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。

(6) 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「J038-2」持続緩徐式血液濾過を併せて1月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

(7) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J042」腹膜灌流の「1連続携行式腹膜灌流」の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、又は区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、週1回を限度として算定できる。人工腎臓の費用は別に算定できない。ただし、それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料又は及び特定保険医療材料料に限りは別に算定

きる。

- (8) 人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「2」により算定する。
- (9) 人工腎臓における血液透析濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「2」により算定する。
- (10) 「注1」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後5時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、「通則5」による時間外加算等が算定できる場合にあっては、併せて算定できない。
- (11) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の注6及び区分番号「A001」再診料の注5に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (12) 休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である12月29日から1月3日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。
- (13) 休日の午後5時以降に開始した場合又は午後9時以降に終了した場合にあっては、「注1」の加算を1回のみ算定できる。
- (14) 療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができるものであること。
- (15) 「注2」の加算については、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいい、これに該当する場合、1日につき300点を1月間に限り算定する。
- (16) 「注3」の加算については、次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。
  - ア 障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）
  - イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
  - ウ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの
  - エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者
  - オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
  - カ 認知症患者
  - キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者
  - ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
  - ケ 出血性消化器病変を有する者
  - コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
  - サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者
  - シ 末期癌に合併しているため入院中の患者

- ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
- セ 妊婦(妊娠中期以降)
- ソ うっ血性心不全(NYHA 度以上)
- タ 12歳未満の小児
- チ 人工呼吸を実施中の患者
- ツ 結核菌を排菌中の患者

(17) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア 「1」の場合には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ 「1」により算定する場合においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

ウ 人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があって脱イオン(純水製造装置による)を行わなければ使用できない場合であっても同様である。

エ 人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~オ 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを設置するための手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、本カテーテルは1週間に1本を限度とする。~~

**オカ** 人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(18) 人工腎臓を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、「2」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

#### J038-2 持続緩徐式血液濾過

(1) 使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。

(2) 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性膵炎、劇症肝炎又は術後肝不全(劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。)の患者に対しても算定できる。ただし、重症急性膵炎の患者に対しては一連につき概ね8回を限度とし、劇症肝炎又は術後肝不全(劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。)の患者に対しては一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。

(3) 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

(4) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の注6及び区分番号「A001」再診料の注5に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。

(5) 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血



液濾過を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

- (6) 妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて1月に15回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

#### J 0 3 9 血漿交換療法

- (1) 血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、スティーブンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者、A B O血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植又は慢性C型ウイルス肝炎の患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。
- (2) 当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週1回を限度として3月間に限って算定する。
- (3) 当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね10回を限度として算定する。
- (4) 当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね8回を限度として算定する。
- (5) 当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後5年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
- (6) 当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週1回を限度として算定する。
- (7) 当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月4回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗DNA抗体の値を診療録に記載する。
- ア 都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者
  - イ 血清補体価（ $CH_{50}$ ）の値が20単位以下、補体蛋白（ $C_3$ ）の値が40mg/dL以下及び抗DNA抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者
  - ウ 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）又は中枢神経性ループス（CNSループス）と診断された者
- (8) 当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の実施回数は、一連につき週3回を限度として、3月間に限って算定する。
- (9) 当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Rh式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠20週未満にあっては64倍以上、妊娠20週以上にあっては128倍以上であるものをいう。

- (10) 当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね7回を限度として算定する。
- ア 総ビリルビン値が5 mg/dL以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合
  - イ ヘパラスチンテスト（HPT）40%以下又はComa Grade 以上の条件のうち2項目以上を有する場合
- (11) 当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパラスチンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね7回を限度として算定する。
- (12) 当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
- (13) 当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughesの重症度分類で4度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月7回を限度として、3月間に限って算定する。
- (14) 当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもの又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限り、当該療法の実施回数は、一連につき週2回を限度として、3月間に限って算定する。ただし、3月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに3月間に限って算定する。
- (15) 当該療法の対象となる巣状系球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dL以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき3月間に限って12回を限度として算定する。
- (16) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週1回を限度として算定する。
- ア 空腹時定常状態の血清総コレステロール値が500mg/dLを超えるホモ接合体の者
  - イ 血清コレステロール値が食事療法下の定常状態（体重や血漿アルブミンを維持できる状態）において400mg/dLを超えるヘテロ接合体で薬物療法を行っても血清コレステロール値が250mg/dL以下に下がらない者
- (17) 当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき3月間に限って10回を限度として算定する。
- ア フォンテイン分類 度以上の症状を呈する者
  - イ 薬物療法で血中総コレステロール値220mg/dL又はLDLコレステロール値140mg/dL以下に下がらない高コレステロール血症の者
  - ウ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者
- (18) 当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーブンス・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき8回を限度として算定する。
- (19) 当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が5ベセスダ単

位以上の場合に限り算定する。

- (20) 当該療法の対象となる同種腎移植は二重濾過法により、A B O血液型不適合間の同種腎移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する。
- (21) 当該療法の対象となる慢性C型ウイルス肝炎は、セログループ1（ジェノタイプ（I b））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中のHCV RNA量が100KIU/mL以上のもとする。なお、当該療法の実施回数は、直近の再度のインターフェロン療法よりを施行する前に、5回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。
- (22) 血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。
- (23) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。
- (24) 血漿交換療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

#### J 0 4 0 局所灌流

- (1) 開始日の翌日以降に行ったものについては、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。
- (2) 局所灌流を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

#### J 0 4 1 吸着式血液浄化法

- (1) 吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者に限り算定できる。
- (2) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法は、次のアからウのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「J 0 4 1」吸着式血液浄化法により算定する。
  - ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの
  - イ 次の(イ)～(ニ)のうち2項目以上を同時に満たすもの
    - (イ) 体温が38度以上又は36度未満
    - (ロ) 心拍数が90回/分以上
    - (ハ) 呼吸数が20回/分以上又はPaCO<sub>2</sub>が32mmHg未満
    - (ニ) 白血球数が12,000/mm<sup>3</sup>以上若しくは4,000/mm<sup>3</sup>未満又は桿状核好中球が10%以上
  - ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重症化したもの（総ビリルビン10mg/dL以上かつヘパラスチンテスト40%以下であるもの）を除く。）
- (3) 吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

#### J 0 4 1 - 2 血球成分除去療法

- (1) 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式のみ。）又はクローン病患者に対して次のア、イ又はウのとおり実施した場合に算

定できる。

ア 潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り、~~一連の治療につき2クールを限度として~~算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、~~一連につき1クール10回につき週1回を限度として、5週間に限って~~算定する。ただし、劇症患者については、11回第1週目に限り週2回を限度として算定できる。

イ 薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として行い、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であって、以下の2項目を満たすものである。

(イ) 腫脹関節数 6カ所以上

(ロ) ESR 50mm/h以上又はCRP 3mg/dL以上

ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り、一連の治療につき2クールを限度として算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定する。

(2) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

(3) 血球成分除去療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

#### J042 腹膜灌流

(1) 腹膜灌流における導入期とは、継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より14日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。

(2) 区分番号「C102」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「1連続携行式腹膜灌流」を行った場合には~~（これに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している患者を含み、入院中の患者を除く。）~~については、腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）の費用は区分番号「J038」人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として別に算定できる~~ない。それを超えた回数を実施した場合は、ただし、薬剤料及び又は特定保険医療材料に限りは別に算定できる。~~

#### J043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。

#### J043-2 瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるC型慢性肝炎に対して行った場合に算定する。

#### J043-3 ストーマ処置

- (1) ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。
- (2) ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。
- (3) 区分番号「C109」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ストーマ処置の費用は算定できない。

#### J043-4 胃瘻カテーテル交換法

胃瘻カテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、胃瘻カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。

#### J043-5 尿路ストーマカテーテル交換法

尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。

(救急処置)

#### J044 救命のための気管内挿管

- (1) 救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。
- (2) 救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分番号「J045」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

#### J044-2 体表面ペースング法又は食道ペースング法

救急処置として体表面ペースング法又は食道ペースング法を行った場合に算定する。

#### J045 人工呼吸

- (1) 胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については区分番号「J300」薬剤により算定する。
- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。
- (4) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター(人工蘇生器)を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (6) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定で



きない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

- (7) 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（CPAP）及び間歇的強制呼吸法（IMV）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (8) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、 $PaO_2 / F_{i}O_2$ が300mmHg以下又は $PaCO_2$ が45 mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。
- (9) 区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。
- ~~(10) 新生児一酸化窒素吸入療法については、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関において算定できるものであり、原則96時間を限度として算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。なお、当該療法を行った場合の点数については、区分番号「J045」人工呼吸の所定点数にかかわらず、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の5の目（「注2」に規定する加算を含む。）に準じて算定する。~~

#### J045 - 2 一酸化窒素吸入療法

- (1) 本療法については、開始時刻より通算して96時間を限度として、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (2) (1)の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合は、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。
- (4) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。

#### J047 カウンターショック

- (1) 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「1」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。
- (2) カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「K545」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

#### J050 気管内洗浄

- (1) 気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重積状態又は無気肺）のために急性呼吸不全をおこした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 新たに気管内挿管を行った場合には、区分番号「J044」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。
- (3) 気管支ファイバースコープを使用した場合は、区分番号「D302」気管支ファイバースコープの所定点数のみを算定する。
- (4) 気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同時にを行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

#### J052 - 2 熱傷温浴療法

- (1) 熱傷温浴療法は、体表面積の30%以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後60日以内に行われたものについて算定する。
- (2) 受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。  
（皮膚科処置）

#### J053 皮膚科軟膏処置

- (1) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。
- (2) 100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできない。

#### J054 皮膚科光線療法

- (1) 赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。
- (2) 紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。
- (3) 赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、5分以上行った場合に算定する。
- (4) 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね315ナノメートル以上400ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。
- (5) 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）は、いわゆるナローバンドUVB療法をいい、308ナノメートル以上313ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。
- (6) 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状靴擦疹、尋常性白斑又はアトピー性皮膚炎に対して行った場合に限り算定する。
- (7) 赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合でも、1日につき所定点数のみにより算定する。

(8) 皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。

#### J054-2 皮膚レーザー照射療法

(1) 皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。

(2) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね3月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、1回のみ所定点数を算定する。

(3) 皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載する。

(4) 「1」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、莓状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定する。

(5) 「2」のQスイッチ付レーザー照射療法は、Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法をいう。

(6) Qスイッチ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定する。

(7) Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した後に再発した症例に対して当該療法を行う場合には、同一部位に対しては初回治療を含め2回を限度として算定する。

(8) Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあっては算定できない。

#### J055-2 イオントフォレーゼ

(1) 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り、4cm四方ごとに算定する。

(2) 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性痤瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法が無効な場合に限り算定する。

#### J057 軟属腫摘除

伝染性軟属腫の内容容除去は、軟属腫摘除として算定する。

#### J057-2 面皰圧出法

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

#### J057-3 鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月1回を限度として算定する。

(泌尿器科処置)

#### J060 膀胱洗浄、J060-2 後部尿道洗浄(ウルツマン)

(1) カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、1日につき、膀胱洗浄により算定する。

(2) 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿(尿道拡張を要するもの)又は後部尿道洗浄(ウルツマン)を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

(3) 区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C109」在宅寝たきり患



者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

#### J 0 6 1 腎盂洗浄

- (1) 腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。
- (2) 尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D 3 1 8」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

#### J 0 6 3 留置カテーテル設置

- (1) 長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。
- (2) 区分番号「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。

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

#### J 0 6 4 導尿（尿道拡張を要するもの）

区分番号「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

#### J 0 6 5 間歇的導尿

間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。

#### J 0 6 8 嵌頓包茎整復法

小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。

#### J 0 7 0 - 2 干渉低周波による膀胱等刺激法

- (1) 干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。
- (2) 治療開始時点においては、3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。

#### J 0 7 0 - 3 冷却痔処置

- (1) 度又は度の内痔核の患者に対し、1日1ないし2回、かつ連続して5日以上実施した場合に10日間を限度として、1日につき1回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔疾治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（産婦人科処置）

#### J 0 7 8 子宮腔部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腔部薬物焼灼法に

準じて算定できる。

#### Ｊ０８５ - ２ 人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（眼科処置）

#### Ｊ０８６ 眼処置

(1) 所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気燻法、熱気燻法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して１回につき所定点数を算定する。

(2) 点眼又は洗眼は、第１章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することはできない。

#### Ｊ０８９ 睫毛抜去

５～６本程度の睫毛抜去は「１」を算定する。また、「１」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

（耳鼻咽喉科処置）

#### Ｊ０９５ 耳処置

(1) 耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳浴及び耳洗浄が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

(2) 点耳又は簡単な耳垢栓除去は、第１章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することはできない。

#### Ｊ０９５ - ２ 鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

#### Ｊ０９６ 耳管処置

(1) 「１」には、耳管通気に必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して１回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があつて別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。

(2) ポリツェル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

(3) 耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。

(4) 耳管開放症に対する処置は、「１」により算定する。

#### Ｊ０９７ 鼻処置

(1) 鼻処置には、鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。

(2) 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

(3) 鼻洗浄は、第１章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。

#### J 0 9 7 - 2 副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液ならびにネブライザー効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

#### J 0 9 8 口腔、咽頭処置

- (1) 口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も1回につき所定点数を算定する。
- (2) ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。
- (3) ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

#### J 0 9 8 - 2 扁桃処置

- (1) 扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。
- (2) 扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

#### J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置

- (1) 間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。
- (2) 喉頭処置後の薬剤注入は、関節喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

#### J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

#### J 1 0 2 上顎洞穿刺

区分番号「D 4 0 6 - 2」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

- (1) 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分番号「K 3 6 8」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。
- (2) 区分番号「D 4 0 6 - 2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J 1 1 3 耳垢栓塞除去

- (1) 耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。
- (2) 簡単な耳垢栓除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。

#### J 1 1 5 超音波ネブライザー

超音波ネブライザーにおいて、酸素療法を併せて行った場合は区分番号「J 0 2 4」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

（整形外科的処置）

#### J 1 1 6 関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、区分番

号「D405」関節穿刺、区分番号「G010」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

#### J117 鋼線等による直達牽引

- (1) 鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。
- (2) 1局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。
- (3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

#### J118 介達牽引

- (1) 介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにペーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。
- (2) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。
- (3) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

#### J118-2 矯正固定

変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に1日につき所定点数を算定する。

#### J118-3 変形機械矯正術

1日につき所定点数を算定する。

#### J119 消炎鎮痛等処置

- (1) 消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。
- (2) 「1」のマッサージ等の手技による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「2」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレーダー等による療法をいう。
- (3) 消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「3」の湿布処置として算定する。
- (4) 患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。
- (5) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。
- (6) 「3」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。

#### J119-2 腰部又は胸部固定帯固定

- (1) 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術

を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。

- (2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

#### J119-3 低出力レーザー照射

- (1) 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

#### J119-4 肛門処置

- (1) 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ1日につき所定点数を算定する。
- (2) 単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。
- (3) 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

（栄養処置）

#### J120 鼻腔栄養

- (1) 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず1日につき算定するものである。
- (2) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。
- (3) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養( )又は入院時生活療養( )の届出を行っているときは入院時食事療養( )又は入院時生活療養( )の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。
- (4) 薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、(2)又は(3)のいずれかのみにより算定する。
- (5) 胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。
- (6) 区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、

薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

(ギプス)

#### 1 一般的事項

- (1) ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。
- (2) 既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の2分の1に相当する点数により算定する。
- (3) ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理料として所定点数の100分の10に相当する点数を算定することができる。
- (4) プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシーネとして用いた場合が含まれる。
- (5) ギプスシーネは、ギプス包帯の点数(ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。)により算定する。
- (6) 四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

#### 2 練習用仮義足又は仮義手

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。

(処置医療機器等加算)

#### J 2 0 0 腰部、胸部又は頸部固定帯加算

- (1) ~~腰部固定帯~~本加算は、それぞれの腰部固定帯を給付する都度算定する。なお、「~~腰部~~固定帯」とは、従来、頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。
- (2) 胸部固定帯については、~~腰部固定帯により算定することができる。ただし、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。~~

#### J 2 0 1 酸素加算

- (1) 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」(平成2年厚生省告示第41号)により定められており、その単価(単位 リットル。摂氏35度、1気圧における容積とする。)は、次のとおりである。

ア 離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽(CE)に係る酸素の単価 1リットル当たり0.18円

可搬式液化酸素容器(LGC)に係る酸素の単価 1リットル当たり0.30円

酸素ポンペに係る酸素の単価

大型ポンペに係る酸素の単価 1リットル当たり0.40円

小型ポンペに係る酸素の単価 1リットル当たり2.25円

イ 離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.27円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.45円
酸素ポンペに係る酸素の単価	
大型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり0.60円
小型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり3.00円

(2) 離島等とは、以下の地域をいう。

- ア 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- イ 奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域
- ウ 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域
- エ 沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島
- オ 過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第2条第1項に規定する過疎地域
- カ 豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）第2条第2項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

(3) 定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Lから1,500万Lのものをいい、可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）とは、気体酸素容量が13.3万L又は37.6万Lのものをいい、大型ポンペとは、ポンペ1本当たり通常7,000L又は6,000L用のポンペをいい3,000Lを超えるもの、小型ポンペとは、ポンペ1本当たり通常1,500L又は500L用のポンペをいい3,000L以下のものをいう。

(4) 酸素の価格については、次の算式により算出した値の1円未満を四捨五入して得た額とする。

$$\text{酸素の価格（単位 円）} = \text{酸素の単価（単位 円）} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積（単位 リットル）} \times \text{補正率}$$

(5) (1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価に満たない場合には、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

$$\text{酸素の購入価格（単位 円）} = \text{酸素の購入単価（単位 円）} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積（単位 リットル）} \times \text{補正率}$$

当該年度の前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価

$$\text{酸素の購入単価（単位 円）} = \frac{\text{当該購入した酸素の容積（単位 リットル。35 1気圧で換算）}}{\text{対価}}$$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。

1/1

1/1

4/1

4/1

診療 4/1 診療

4/1

の診療に係る請求

、及び の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

の診療に係る請求

及び の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

- (6) (4)及び(5)の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。

また、補正率1.3は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

- (7) 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び(1)に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の1月から12月までの1年間において酸素の購入実績がない場合にあつては、当年度の3月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、(1)の購入単価とする。

ア 当該診療月に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ポンペを廃止し、C Eに変更等）を行った場合に限る。）にあつては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、1気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ アにより算出した場合の購入単価について、当年度の3月までの間については、当該診療月に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、1気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

- (8) (5)並びに(7)のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の1月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従つて、翌年度の4月1日からは、(5)により算出した購入単価によることとなる。

- (9) 離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、(1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに(5)に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ポンペにあつては、6,000L以上、小型ポンペにあつては、50



0L以上に限る。

- (10) 離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方社会保険事務局長に届け出るものとする。
- (11) 保険医療機関は、当該年の4月1日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となった前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式25により、当該年の2月15日までに地方社会保険事務局長に届け出るものとする。ただし、(7)のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時(当該年度内において算出した購入単価に30%を超える変動があった場合を含む。)地方社会保険事務局長に届け出るものとする。
- (12) 地方社会保険事務局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。
- (13) 窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は1リットル当たり0.12円である。
- (14) 酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。
- (15) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

## 第10部 手術

### < 通則 >

- 1 「通則1」の「診断穿刺・検体採取」とは、第2章第3部検査の第4節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。
- 2 「通則1」及び「通則2」は、手術料算定の内容には次の3通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。
  - (1) 手術料(+薬剤料等)
  - (2) 手術料+輸血料(+薬剤料等)
  - (3) 輸血料(+薬剤料等)
- 3 手術料(輸血料を除く。)は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に2回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。
- 4 手術当日に、手術(自己血貯血を除く。)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。
- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料(チューブ、縫合糸(特殊縫合糸を含む。))等)、衛生材料(ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等)、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤(手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。)については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。
- 6 画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、区分番号「E400」(注を含む。)に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料又は薬剤を使用した場合は、区分番号「K950」に掲げる特定保険医療材料料又は区分番号「K940」に掲げる薬剤料を算定できる。なお、この場合、フィルム料、特定保険医療材料料及び薬剤料以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。
- 7 第1節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術(点数表にあっても、手技が従来手術と著しく異なる場合等を含む。)の手術料は、その都度当局に内議し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定する。

例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合等はこれに該当する。
- 8 「通則5」に規定する体外循環を要する手術とは、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。
- 9 「通則7」及び「通則8」の加算は、第1節手術料に定める手術にのみ適用され、輸血料、

手術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料料は加算の対象とならない。

また、「通則7」及び「通則8」の「所定点数」とは、第1節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

- 10 「通則10」の加算は、H I V - 1抗体価（ウエスタンブロット法）精密測定若しくはH I V - 2抗体価（ウエスタンブロット法）精密測定によってH I V抗体が陽性と認められた患者又はH I V - 1核酸同定検査によってH I V - 1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- 11 「通則11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- (1) 感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）
  - (2) H B s又はH B e抗原精密測定によって抗原が陽性と認められたB型肝炎患者
  - (3) H C V抗体価（定性、定量）精密測定又は~~H C V抗体価検査~~によってH C V抗体が陽性と認められたC型肝炎患者
  - (4) 微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者
- 12 「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。
- (1) 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合
  - (2) 初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）
- 13 「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。
- ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。
- 14 「通則12」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「A000」の注6又は区分番号「A001」の注5に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、「通則12」の休日加算、時間外加算又は深夜加算は算定しない。また、「通則12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則7」及び「通則8」の加算の取扱いと同様（本通則9参照）である。なお、区分番号「K780」同種死体腎移植術の「注1」に規定する死体腎移植加算について、「通則12」の加算を算定する場合は、同種死体腎移植の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。

15 「通則13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定する。

また、肺の両側に対し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

16 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(1) 「通則14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア 肺切除術の際に併施する簡単な肺剥皮術

イ 虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ 子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

(2) (1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内であっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア 胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない2手術を同時に行う場合

イ 胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（開腹手術によるもの）と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の2手術を行う場合

ウ 人工妊娠中絶術（腔式手術）と卵管結紮術（開腹術）の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成18年厚生労働省告示第117号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

(4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第1指から第5指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定め~~る~~場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行っ

た場合には、それぞれの指について算定し、~~する。~~(八)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ) 第1指から第5指(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「K028」腱鞘切開術

区分番号「K034」腱切離術・腱切除術(関節鏡下によるものを含む。)

区分番号「K035」腱剥離術

区分番号「K037」腱縫合術

区分番号「K038」腱延長術

区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む。)の「1」指(手、足)

区分番号「K040」腱移行術の「1」指(手、足)     

区分番号「K040-2」指伸筋腱脱臼観血的整復術

~~区分番号「K046」骨折観血的手術~~

(ロ) 第1指から第5指(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分番号「K089」爪甲除去術

区分番号「K100」多指症手術

区分番号「K090」ひょう疽手術

区分番号「K101」合指症手術

区分番号「K091」陥入爪手術

区分番号「K102」巨指症手術

区分番号「K099」指瘢痕拘縮手術

区分番号「K103」屈指症手術、斜指症手術

第1節手術料の項で「指(手、足)」と規定されている手術(区分番号「K046」骨折観血的手術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む。)の「1」指(手、足)、及び区分番号「K040」腱移行術の「1」指(手、足)及び「K082」人工関節置換術の「3」中の指(手、足)を除く。)

(八) 同一指内の骨及び関節(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「K046」骨折観血的手術の「3」中の指(手、足)

区分番号「K082」人工関節置換術の「3」中の指(手、足)

イ デブリードマンその他(イ)、及び(ロ)及び(八)に該当しない手術については、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち2以上の手術を複数指に行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。     

ウ (イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(八)に掲げる手術を同時に行った場合にあっては、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。

ウエ 第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術(同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。)と、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行



われたものであっても、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

- (5) 眼球の手術（第1節手術料第4款眼に掲げるものをいう。）については、片眼を同一手術野として取り扱う。
- (6) 多発性嚢腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも1切開として算定する。また、麦粒腫、霰粒腫等については、同一瞼内にあるものについては1回として算定する。
- (7) 骨折整復と脱臼整復を併施した場合については、骨折部位と関節との距離やそれぞれの整復が非観血的に行われたか観血的に行われたか、また、一方の整復手技が他方の整復手技と個別に行われる場合と、併せて1手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般には近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、(4)の(八)に掲げる場合は別に算定できる。
- (8) 悪性腫瘍に対する手術において、区分番号「K469」頸部郭清術（ネックディセクション）及び区分番号「K627」リンパ節群郭清術の「2」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。
- (9) 「通則14」の植皮術とは区分番号「K013」分層植皮術及び「K013-2」全層植皮術をいう。

(10) 「通則14」の神経移植術とは区分番号「K198」神経移植術をいう。

#### 17 手術の中絶等の場合の算定方法

- (1) 手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、区分番号「K636」試験開腹術の所定点数により、また、汎副鼻腔根本手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「K358」上顎洞篩骨洞根治根本手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

- (2) 妊娠9か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸器械の消毒を終ったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合の消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。
- (3) 手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったとき又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

#### 18 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

- (1) 組織適合性試験

ア 組織適合性試験とは、HLA型クラス（A、B、C）、クラス（DR、DQ、DP）、リンパ球直接交差試験（ダイレクト・クロスマッチテスト）及びDNAタイピン

グをいう。

イ 次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「K 5 1 4 - 3」移植用肺採取術（死体）（両側）

区分番号「K 5 1 4 - 5」移植用部分肺採取術（生体）

区分番号「K 6 0 5」移植用心採取術

区分番号「K 6 0 5 - 3」移植用心肺採取術

区分番号「K 6 9 7 - 4」移植用部分肝採取術（生体）

区分番号「K 6 9 7 - 6」移植用肝採取術（死体）

区分番号「K 7 0 9 - 2」移植用膵採取術（死体）

区分番号「K 7 0 9 - 4」移植用膵腎採取術（死体）

区分番号「K 7 7 9」移植用腎採取術（生体）

区分番号「K 7 7 9 - 2」移植用腎採取術（死体）

区分番号「K 7 7 9 - 3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

区分番号「K 9 2 1」移植骨髄穿刺造血幹細胞採取の「1」骨髄採取の「イ」同種移植の場合

区分番号「K 9 2 1」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

ウ 次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「K 5 1 4 - 4」同種死体肺移植術

区分番号「K 5 1 4 - 6」生体部分肺移植術

区分番号「K 6 0 5 - 2」同種心移植術

区分番号「K 6 0 5 - 4」同種心肺移植術

区分番号「K 6 9 7 - 5」生体部分肝移植術

区分番号「K 6 9 7 - 7」同種死体肝移植術

区分番号「K 7 0 9 - 3」同種死体膵移植術

区分番号「K 7 0 9 - 5」同種死体膵腎移植術

区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術

区分番号「K 7 8 0 - 2」生体腎移植術

区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植骨髄移植の「1」骨髄移植の「イ」同種移植の場合

区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「2」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合

エ 次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~区分番号「K 9 2 2」骨髄移植の「3」同種末梢血幹細胞移植~~

区分番号「K 9 2 2 - 2」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植

(2) 臓器等提供者に係る感染症検査

ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、H B s抗原、H B c抗体価、H C V抗体価、H I

V - 1 抗体価、H I V - 2 抗体価、H T L V - 抗体価、T P H A 試験又はサイトメガロウイルス抗体価（同一検査で~~一般測定及び精密測定又は定性及び定量測定がある場合は、~~いずれか1つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。

イ 次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニングにつき、1回に限り別に算定する。

区分番号「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養）

区分番号「K 5 1 4 - 5」移植用部分肺採取術（生体）

区分番号「K 6 9 7 - 4」移植用部分肝採取術（生体）

区分番号「K 7 7 9」移植用腎採取術（生体）

区分番号「K 7 7 9 - 3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

区分番号「K 9 2 1」~~移植骨髄穿刺~~造血幹細胞採取の「1」骨髄採取の「イ」同種移植の場合

区分番号「K 9 2 ~~1-2~~」~~骨髄移植~~造血幹細胞採取の「2-3」同種末梢血幹細胞採取移植の「イ」同種移植の場合

区分番号「K 9 2 2 ~~1-2~~」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植

ウ 次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「K 2 5 9」角膜移植術

区分番号「K 7 0 9 - 2」移植用膵採取術（死体）（死体膵（臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く）を採取する場合に限る。）

区分番号「K 7 0 9 - 4」移植用膵腎採取術（死体）（死体膵腎（臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く）を移植する場合に限る。）

区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術（死体腎（臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）

エ 臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「K 9 1 4」脳死臓器提供管理料

19 第1節第2款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。

20 既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その都度当局に内議し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術も同様の取扱いとする。

## 第1節 手術料

### 第1款 皮膚・皮下組織



#### K 0 0 0 創傷処理、K 0 0 0 - 2 小児創傷処理

- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置は区分番号「J 0 0 0」創傷処置により算定する。
- (2) 創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 「注2」の「露出部」とは、顔面、頭頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下（足底部を除く。）をいう。
- (4) 「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。

#### K 0 0 1 皮膚切開術

- (1) 長径10センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、癰又は蜂窩織炎等の大きさをいう。
- (2) 多発性癰腫等で近接しているものについては、数か所の切開も1切開として算定する。

#### K 0 0 2 デブリードマン

- (1) 区分番号「K 0 1 3」分層植皮術から区分番号「K 0 2 1 - 2」粘膜弁手術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。
- (2) 面積の算定方法については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置の取扱いの例による。
- (3) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(4) 「注3」の深部デブリードマン加算は、(3)でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。

#### K 0 0 3、K 0 0 4 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術

- (1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K 0 0 3」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K 0 0 4」の所定点数により算定する。

#### K 0 0 5、K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術

- (1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K 0 0 5」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K 0 0 6」の所定点数により算定する。

#### K 0 0 6 - 2、K 0 0 6 - 3 鶏眼・胼胝切除術

- (1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生している鶏眼・胼胝等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K006-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K006-3」の所定点数により算定する。

#### K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

ここでいう「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね3月間にわたり行われるものをいう。

#### K007 皮膚悪性腫瘍切除術

(1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。――

(2) 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。

(ア) 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

(イ) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K940」薬剤により算定する。

(ウ) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

#### K009 皮膚剥削術

皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

#### K010 瘢痕拘縮形成手術

- (1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。
- (2) 指に対して行う場合には、区分番号「K099」指瘢痕拘縮手術により算定する。

#### K013 分層植皮術

- (1) デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 広範囲の皮膚欠損に対して、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

#### K013-2 全層植皮術

- (1) デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

#### K014 皮膚移植術（生体・培養）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (2) 生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。
- (3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- ~~(4) 死体皮膚を移植する場合においては、死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。~~
- (4-5) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

#### K 0 1 4 - 2 皮膚移植術（死体）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。
- (3) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

#### K 0 2 2 組織拡張器による再建手術（一連につき）

- (1) 治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。
- (2) 対象となる疾患は、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性瘢痕拘縮、術後瘢痕拘縮及び腫瘍切除後の拘縮である。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。
- (3) 1患者の同一疾患に対して1回のみ算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。

### 第2款 筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、区分番号「K 0 3 4」腱切離術・腱切除術（関節鏡下によるものを含む。）から区分番号「K 0 4 0」腱移行術までにより算定する。

#### K 0 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分番号「K 0 0 5」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「K 0 0 6」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

#### K 0 3 7 腱縫合術

切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「2」又は区分番号「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。

#### K 0 4 3 - 2 骨関節結核瘻孔摘出術

骨関節結核に行う瘻孔摘出術の際に行った脂肪移植術は所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 0 4 4 骨折非観血的整復術

- (1) ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。
- (2) 著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合についても、骨折非観血的整復術により算定できる。その際に副木を使用した場合には、当該副木の費用は別に算定できる。
- (3) 徒手整復した骨折部位に対して2回目以降の処置を行った場合は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

#### K 0 4 6 骨折観血的手術

前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、両骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「2」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。

#### K 0 4 7 難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

- (1) 対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術又は区分番号「K 0 4 7 - 3」超音波骨折治療法等の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術及び区分番号「K 0 4 7 - 3」等の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして所定点数を算定する。
- (3) 当該治療法は1患者に対して一連として1回のみ算定であり、1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、別に算定できない。

#### K 0 4 7 - 2 難治性骨折超音波治療法（一連につき）

区分番号「K 0 4 7」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

#### K 0 4 7 - 3 超音波骨折治療法（一連につき）

- (1) 超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折に対する観血的手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして所定点数を算定する。
- (3) 当該治療法は1患者に対して一連として1回のみ算定であり、入院中に開始した当該治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても別に算定できない。
- (4) 四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない。
- (5) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれる。
- (6) 本手術に併せて行った区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9 - 2」腰部又は胸部固定帯固定又は区分番号「J 1 1 9 - 4」肛門処置については、別に算定できない。

#### K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術

- (1) 三翼釘、髓内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物（挿入物を含む。）除去術は、手術を行った保険医療機関であると否とにかかわらず算定できる。

(2) 鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「K000」創傷処理又は区分番号「K000-2」小児創傷処理の各区分により算定する。

#### K052-2 多発性軟骨性外骨腫摘出術

巨大（児頭大）なもので2回に分けて摘出する場合は、それぞれの摘出について所定点数を算定する。

#### ~~K055-2 大腿骨頭回転骨切り術 削除？~~

~~区分番号「K140」骨盤骨切り術、区分番号「K141」臼蓋形成手術又は区分番号「K141-2」寛骨臼移動術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を別に算定できる。~~

#### K055-3 大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

~~(1)~~ 大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー3次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間湾曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。

~~(2)~~ ~~区分番号「K140」骨盤骨切り術、区分番号「K141」臼蓋形成手術又は区分番号「K141-2」寛骨臼移動術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を別に算定できる。~~

#### K057 変形治癒骨折矯正手術

次に掲げる変形治癒骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。

ア 眼窩変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「K228」眼窩骨折整復術による。

イ 鼻骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「K334-2」鼻骨変形治癒骨折矯正術による。

ウ 頬骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「K427-2」頬骨変形治癒骨折矯正術による。

#### K058 骨長調整手術

使用するステイプルの数にかかわらず1回の算定とする。

#### K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

(1) 骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。

(2) 移植用に採取した健骨を複数か所に移植した場合であっても、1回のみ算定する。

(3) 移植用骨採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、区分番号「K126」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）に準じて算定する。

(4) 自家軟骨の移植を行った場合は、「1」により算定する。

~~(5) 「3」については、移植用骨採取を行う保険医療機関と骨移植を行う保険医療機関が同一であって、骨採取後速やかに移植を行った場合に算定する。~~

~~(5-6)~~ 同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

~~(6-7)~~ 移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

~~(7-8)~~ 大骨の移植を行った場合は、「3」により算定する。自家骨又は非生体同種骨（凍



結保存された死体骨を含む。)移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「3」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。

#### K 0 6 2 先天性股関節脱臼非観血的整復術(両側)

先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、区分番号「J 1 2 7」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。

#### K 0 8 0 関節形成手術

同側足関節に対して、二関節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「2」により算定する。

#### K 0 8 0 - 2 内反足手術

内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で正する方法により行った場合に算定する。

#### K 0 8 2 - 3 人工関節再置換術

人工関節再置換術は、区分番号「K 0 8 2」人工関節置換術から6か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。

#### K 0 8 3 鋼線等による直達牽引

- (1) 鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含む。
- (2) 当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行ったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 1局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。
- (4) 区分番号「J 1 1 8」介達牽引、区分番号「J 1 1 8 - 2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8 - 3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9 - 2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9 - 3」低出力レーザー照射又は区分番号「J 1 1 9 - 4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

#### K 0 8 3 - 2 内反足足板挺子固定

- (1) 内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。
- (2) 区分番号「J 1 1 8」介達牽引、区分番号「J 1 1 8 - 2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8 - 3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9 - 2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9 - 3」低出力レーザー照射又は区分番号「J 1 1 9 - 4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

#### K 0 8 8 切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

#### K 0 8 9 爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のもは区分番号「J 0 0 1 - 7」爪甲除去(麻酔を要しないもの)により算定する。

#### K 0 9 9 指癩痕拘縮手術

- (1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。
- (2) 本手術には、Z形成術のみによるもの及び植皮術を要するものが含まれる。

#### K 0 9 9 - 2 デュプイトレン拘縮手術

運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュプイトレン拘縮）に対して、指神経、指動静脈を剥離しながら拘縮を解除し、Z形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

#### K 1 1 7 - 2 頸椎非観血的整復術

頸椎椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸椎の非観血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機械矯正術（垂直牽引、グリソン係蹄使用）を行った場合を除く。）。

なお、頸腕症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

#### K 1 3 2 椎弓形成手術

骨形成的片側椎弓切除術及び髓核摘出術を併せて2椎間に行った場合は、区分番号「K 1 8 6」脊髄硬膜内神経切断術に準じて算定する。

#### K 1 3 4 椎間板摘出術

椎間板摘出術の「4」経皮的髓核摘出術については、1椎間につき2回を限度とする。

#### K 1 4 1 - 2 寛骨臼移動術

~~(1)~~ 寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホフ骨切り術、ガンツ骨切り術、ステールのトリプル骨切り術、サルター骨切り術等を行った場合に算定する。

~~(2)~~ ~~区分番号「K 0 5 5 - 2」大腿骨頭回転骨切り術又は区分番号「K 0 5 5 - 3」大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。~~

#### K 1 4 2 - 2 脊椎側彎症手術

(1) 「注」に規定する胸郭変形矯正用材料を用いた場合とは、「2」の「ロ」交換術を行う場合をさしており、「1」の場合には適用されない。

(2) 矯正術を前提として行われるアンカー補強手術（foundation作成）は区分番号「K 1 4 2」脊椎固定術の「2」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数ヶ月後に行われる矯正術は「2」の「ロ」交換術にて算定する。

(3) 「2」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレードルを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「八」伸展術にて算定する。

#### K 1 4 4 体外式脊椎固定術

(1) 体外式脊椎固定術は、ハローペルビック牽引装置、ハローベスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。

(2) ベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り副木として算定できる。

### 第3款 神経系・頭蓋

第3款 神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### K 1 4 5 穿頭脳室ドレナージ術

- (1) 穿頭術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 当該手術は、初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### K 1 4 7 穿頭術（トレパナチオン）

- (1) 穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手技料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。
- (3) 穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分番号「K 1 6 4 - 2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。

#### K 1 4 8 試験開頭術

- (1) 試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開窓することをいう。
- (2) 区分番号「K 1 4 7」穿頭術及び本手術を同時又は短時間の間隔において2か所以上行った場合の点数は、本区分の所定点数のみにより1回に限り算定する。

#### K 1 5 1 - 2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

- ア 眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出及び再建術
- イ 海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の解放を伴う腫瘍切除及び再建術
- ウ 錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口的腫瘍摘出又は錐体骨削除・S状静脈洞露出による腫瘍摘出及び再建術
- エ 頸静脈孔周辺部腫瘍に対するS状静脈洞露出を伴う頸静脈孔解放術による腫瘍摘出及び再建術

#### K 1 5 4 機能的定位脳手術

- (1) 脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳淡蒼球内オイルプロカイン注入療法（脳深部定位手術）を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第2章第4部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

#### K 1 5 5 脳切截術（開頭して行うもの）

本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。

#### K 1 6 0 - 2 頭蓋内微小血管減圧術

後頭蓋窩の顔面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面痙攣又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。

#### K 1 6 4 頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）



定位的脳内血腫除去術を行った場合は、区分番号「K 1 6 4 - 4」定位的脳内血腫除去術により算定する。

#### K 1 7 4 水頭症手術

脳室穿破術、脳室腹腔シャント手術、脳室心耳シャント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シャント手術を行った場合に算定する。

#### K 1 7 4 - 2 髄液シャント抜去術

水頭症に対してシャント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

#### K 1 7 6 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）、~~K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング~~

本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。 —

#### K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

注2に規定するバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

#### K 1 7 8 脳血管内手術

脳動脈瘤、脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

#### K 1 7 8 - 2 経皮的脳血管形成術

頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

#### K 1 8 1 脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

#### K 1 8 1 - 3 頭蓋内電極抜去術

本手術は、電極の抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術（脳刺激装置植込術及び頭蓋内電極植込術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### K 1 8 2 - 2 神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

#### K 1 9 0 脊髄刺激装置植込術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。

#### K 1 9 3 - 2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、K 1 9 3 - 3 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

(1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2) 近接密生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、1個として取り扱い、

他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにする。

- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K193-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K193-3」の所定点数により算定する。

#### K196 交感神経節切除術

下腹部神経叢切除術又はコット手術にクレニッヒ手術を併せて行った場合は、交感神経節切除術の「3」により算定する。

#### K196-5 末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（挫滅又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経の場合に限り算定する。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

### 第4款 眼

#### K200-2 涙点プラグ挿入術

- (1) 乾性角結膜炎（シルマーテスト第1法変法5mm以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。
- (2) 上下涙点に挿入した場合も含め1回のみ算定とする。

#### K208 麦粒腫切開術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては1回として算定する。

#### K212 兎眼矯正術

兎眼症に対して瞼板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。

#### K214 霰粒腫摘出術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては1回として算定する。

#### K228 眼窩骨折整復術

陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

#### K259 角膜移植術

- (1) 角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 角膜を移植する場合には、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（健医発第25号）、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球のあっせん技術指針について」（健医発第26号）を遵守している場合に限り算定する。

#### K260 強膜移植術

- (1) 強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 強膜を移植する場合には、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（健医発第25号）、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球のあっせん技術指針について」（健医発第26号）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

#### K276 網膜光凝固術

- (1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治

療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、1回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (2) 「2」その他特殊なものとは、網膜剥離裂孔、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。

#### K 2 7 7 - 2 黄斑下手術

黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。

#### K 2 8 2 水晶体再建術

- (1) 1眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。
- (2) 眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

### 第5款 耳鼻咽喉

#### K 2 9 6 耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行った場合に算定する。

#### K 3 1 8 鼓膜形成手術

- (1) 鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の移植については、別に算定できない。
- (2) 耳翼後面から植皮弁を採りWullsteinの鼓室形成手術の第1型とほぼ同様の操作（ただし鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓膜形成手術を行った場合は、区分番号「K 3 1 9」鼓室形成手術により算定する。

#### K 3 1 9 鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う皮膚の移植については、算定できない。

#### K 3 3 8 鼻甲介切除術、K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術

- (1) 慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対して、区分番号「K 3 3 8」鼻甲介切除術及び区分番号「K 3 4 0」鼻茸摘出術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。
- (2) 区分番号「K 3 3 8」鼻甲介切除術又は区分番号「K 3 3 9」粘膜下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術と併施した場合には、鼻甲介切除術又は粘膜下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を別に算定する。

#### K 3 4 0 鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合にあっても本区分により算定する。

#### K 3 4 7 - 2 変形外鼻手術

- (1) 先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、区分番号「K 3 3 4 - 2」鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。
- (2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

#### K 3 5 2 - 3 副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った場合をいう。）が多量で、必要があって再び術創を開く場合に算定する。

#### K 3 6 1 上顎洞篩骨洞蝶形洞根治~~根本~~手術

区分番号「K 3 5 5」鼻内前頭洞根治手術、区分番号「K 3 5 3」鼻内篩骨洞根治手術、区分番号「K 3 5 4」篩骨洞根治~~鼻外~~手術及び区分番号「K 3 5 2 - 2」鼻内上顎洞根治~~根本~~手術を併施した場合は、本区分により算定する。

#### K 3 7 7 口蓋扁桃手術

- (1) 扁桃除去を行った当日における止血については算定できない。
- (2) 口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合における止血術は、区分番号「K 3 6 7」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

#### K 3 8 6 気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

#### K 3 8 8 - 2 喉頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入した場合に算定する。

#### K 3 8 9 喉頭~~又は~~声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

### 第6款 顔面・口腔・頸部

#### K 4 0 7 - 2 軟口蓋形成手術

いびきに対して軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

#### K 4 2 3 頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、区分番号「K 0 0 5」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「K 0 0 6」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

#### K 4 2 9 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術

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

#### K 4 3 4 顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

#### K 4 4 3 上顎骨形成術

- (1) 「1」単純な場合とは上顎骨発育不全症又は外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort 型切離により移動を図る場合をいう。
- (2) 「2」複雑な場合及び2次的再建の場合とは、「1」と同様の症例に対し、Le Fort 型、Le Fort 型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し2次的骨性再建を行う場合をいう。

#### K 4 4 6 顎関節授動術

徒手的授動術とは、顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。なお、その際の関節腔に対する薬剤の注入に係る手技料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 4 5 0 唾石摘出術

- (1) 「1」表在性のものとは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。
- (2) 「2」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

#### K 4 6 9 頸部郭清術

- (1) 頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、静脈、脂肪、結合織等）を広範囲に摘出することをいう。
- (2) 頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則9」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。
- (3) 他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、区分番号「K 6 2 7」リンパ節群郭清術の「2」により算定する。

### 第7款 胸部

#### K 4 7 4 - 3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

- (1) 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィー、CT、MRI、超音波等を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィー又は超音波装置に限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。
- (2) 当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。
- (3) 組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

- (1) 乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「7」により算定する。――
- (2) 「注1」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算1及び「注2」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算2については、以下の要件に留意し算定すること。
  - (ア) 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術の場合のみ算定する。――
  - (イ) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K 9 4 0」薬剤により算定する。――
  - (ウ) 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。――
  - (エ) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。――

#### K 4 7 6 - 2 陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術

- (1) 授乳障害のある陥没乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳腺悪性腫瘍手術後の再建乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。
- (2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

#### K 4 7 6 - 3 乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

#### K480-2 流注膿瘍切開搔爬術

流注膿瘍の切開搔爬術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。

#### K482 肋骨切除術

切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を1回に限り算定する。また、2本以上の肋骨の切除と胸骨の搔爬を併施した場合も本区分により算定する。

#### K486 胸壁瘻手術

非開胸で肋骨の切除を行うと否にかかわらず本区分により算定する。

#### K487 漏斗胸手術

内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行った場合に限り算定する。

#### K488 試験開胸術

開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

#### K499 胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）

肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。

#### K509-3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術

気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術は、放射線治療目的でマーカーを留置した場合に限り算定し、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### ~~K510-2 光線力学療法（早期肺癌（0期又は1期）に限る。）~~

光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

#### K511 肺切除術、K517 肺縫縮術

- (1) 刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心嚢の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内還納等の手術を併施した場合は、区分番号「K511」肺切除術の「2」により算定する。
- (2) 肺切除と胸郭形成手術の併施は、区分番号「K511」肺切除術の「5」により算定する。
- (3) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分番号「K511」肺切除術に準じて算定する。
- (4) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、区分番号「K936」自動縫合器加算の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

#### K513 胸腔鏡下肺切除術

対象疾患は、気胸及び良性肺腫瘍である。

#### K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

肺悪性腫瘍又は転移性肺腫瘍に対して、肺門リンパ節又は縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴わない胸腔鏡下肺切除術を行った場合は「1」により算定し、肺門リンパ節又は縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴う胸腔鏡下肺切除術については「2」により算定する。



#### K 5 1 4 - 3 移植用肺採取術（死体）（両側）

- (1) 移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。
- (4) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術

- (1) 同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り算定する。
- (2) 同種死体肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (3) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 5 1 4 - 5 移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

- (1) 対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺サルコイドーシス、肺リンパ脈管筋腫症、アイゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性汎細気管支炎、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、多発性肺動静脈瘻、1アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、嚢胞性線維症、肺嚢胞症、慢性過敏性肺臓炎、その他肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。~~原発性肺高血圧症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺リンパ脈管筋腫症、閉塞性細気管支炎、間質性肺炎、のう胞性肺繊維症、肺のう胞症である。~~
- (2) 生体肺を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体肺を移植する場合においては肺提供者から移植肺を摘出することに係るすべての療

養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準」（平成6年8月厚生省告示第237号）によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。

- (4) 生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (5) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 5 1 6 気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第1、第2及び第3肋骨）に、肺尖剥離、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

#### K 5 2 2 食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### K 5 2 5 - 2 胸壁外皮膚管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。

#### K 5 2 6 食道腫瘍摘出術

「1」を行った場合について、マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### K 5 2 6 - 2 内視鏡的食道粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### K 5 2 6 - 3 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

#### K 5 2 7 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

単に腫瘍のみを切除した場合については、区分番号「K 5 2 6」食道腫瘍摘出術で算定する。

#### K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

- (1) 「一連」とは2週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。
- (2) 食道・胃静脈瘤硬化療法と区分番号「K 5 3 3 - 2」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。
- (3) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### K 5 3 3 - 2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術



- (1) 一連の期間（概ね2週間）において、1回に限り算定する。治療上の必要があって初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

第8款 心・脈管

K 5 4 4 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、K 5 5 3 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、  
K 5 5 3 - 2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

区分番号「K 5 4 4」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「K 5 5 3」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「K 5 5 3 - 2」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分番号「K 5 5 4」弁形成術（1弁のものに限る。）又は区分番号「K 5 5 5」弁置換術（1弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「K 5 4 4」、区分番号「K 5 5 3」又は区分番号「K 5 5 3 - 2」の「2」により算定する。

K 5 4 5 開胸心臓マッサージ

- (1) 開胸心臓マッサージに併せて行った人工呼吸については、区分番号「J 0 4 5」人工呼吸により別に算定する。
- (2) 開胸心臓マッサージに併せて行ったカウンターショックについては、区分番号「J 0 4 7」カウンターショックにより別に算定する。

K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下
	2箇所	3本以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下
	2箇所	2本以下

- (3) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以

下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

- (4) 当該手術が、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」に沿って行われた場合に限り算定する。

#### K 5 4 7 経皮的冠動脈粥腫切除術

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

- (2) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈粥腫切除術を実施する理由及び医学的根拠

- (3) 当該手術が、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」に沿って行われた場合に限り算定する。

#### K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）

- (1) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠

- (2) 当該手術が、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」に沿って行われた場合に限り算定する。

#### K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下	1セット以下
	2箇所	3本以下	2セット以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下	1セット以下
	2箇所	2本以下	2セット以下

- (3) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的根拠

- (4) 当該手術が、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本血管内治療学会、日本心血管インターベンション学会、日本心臓血管外科学会並びに日本心臓病学会の承認を得た「急性冠症候群の診療に関するガイドライン」及び「冠動脈疾患におけるインターベンション治療の適応ガイドライン（冠動脈バイパス術の適応を含む）」に沿って行われた場合に限り算定する。

~~K 5 5 0 - 2 経皮的冠動脈血栓吸引術~~

~~手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。~~

K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術、K 5 5 2 - 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

- (1) 区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K 5 5 2 - 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「K 6 1 4」血管移植術、バイパス移植術におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K 5 5 2 - 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「K 6 1 4」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「2」又は区分番号「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。
- (3) 吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、1本のグラフトを用いて冠動脈の2箇所について吻合を行った場合は2吻合とみなす。
- (4) 区分番号「~~K 5 2 2~~ K 5 5 2 - 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を区分番号「K 6 0 2」経皮的心肺補助法と併施した場合は、区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

K 5 5 5 弁置換術

- (1) 区分番号「K 5 5 4」弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。
- (2) 同種弁を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (3) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

K 5 6 0 大動脈瘤切除術

(1) 上行大動脈に大動脈瘤があり、大動脈瘤切除と併せて心臓弁置換（形成）又は冠動脈再建を行った場合は、「1」により算定する。

(2) 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「6」により算定する。

## K 5 6 2 動脈管開存症手術

ボタロー管開存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「1」により算定する。

## K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(1) 注1に規定する三次元カラーマッピングとは、体表面電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー用カテーテル電極（磁気センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することをいう。

(2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。

## K 5 9 7 ペースメーカー移植術、K 5 9 7 - 2 ペースメーカー交換術

(1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカーの実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

(2) ペースメーカー本体の交換のみの場合は、区分番号「K 5 9 7 - 2」ペースメーカー交換術により算定する。

## K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術

(1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電氣的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないQRS幅130ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。

(2) 両心室ペースメーカー移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

## K 5 9 9 埋込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 2 埋込型除細動器交換術

(1) 埋込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、埋込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 埋込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(3) 埋込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K 5 9 9 - 2」埋込型除細動器交換術により算定する。

K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術

(1) 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(3) 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K 5 9 9 - 4」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術により算定する。

K 6 0 0 大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）

(1) ガスの価格は別に算定できない。

(2) 大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）、区分番号「K 6 0 1」人工心肺、区分番号「K 6 0 2」経皮的な心肺補助法又は区分番号「K 6 0 3」補助人工心臓を併施した場合には、1日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら4つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

K 6 0 1 人工心肺

(1) 人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。

(3) 人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、1日につき「2」により算定する。

(4) 「注1」の補助循環加算は、人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して人工心肺を用いて循環を補助した場合に限り算定できる。

(5) 「注1」の選択的冠灌流加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

(6) 「注1」の逆行性冠灌流加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

K 6 0 3 補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合

併する症例に対して行った場合は算定できない。

#### K 6 0 4 埋込型補助人工心臓

- (1) 埋込型補助人工心臓は、重症心不全患者で薬物療法や体外式補助人工心臓等による他の循環補助法では、治療が困難であって、心臓移植を行わなければ救命が困難な症例に対して、心臓移植までの待機期間の循環改善（ブリッジユース）のみを目的として実施されるものである。
- (2) 埋込型補助人工心臓の対象患者は、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された心臓移植待機中の患者又は登録申請中である移植希望患者（全身状態の悪化等やむを得ない理由により当該手術を必要とする場合に限り。）に限るものとする。

#### K 6 0 5 移植用心採取術

- (1) 移植用心採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用心採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取前の採取対象心の灌流、心採取、採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 0 5 - 2 同種心移植術

- (1) 同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 0 5 - 3 移植用心肺採取術

- (1) 移植用心肺採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用心肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心肺採取を行う際の採取前の採取対象心肺の灌流、心肺採取、採取心肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。



#### K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術

- (1) 同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 0 6 血管露出術

- (1) 経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。
- (2) 手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

#### K 6 0 8 動脈塞栓除去術

動脈血栓除去術は、本区分により算定する。

#### K 6 0 9 - 2 経皮的頸動脈ステント留置術

経皮的頸動脈ステント留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にステントを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

#### K 6 1 0 - 2 脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、~~モヤモヤ~~モヤモヤ病に対して、浅側頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

#### K 6 1 0 - 5 血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）は、上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

#### K 6 1 1 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

- (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 設置するチューブ、体内に埋め込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### ~~K 6 1 3 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）~~

~~経皮的腎血管拡張術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。~~

#### K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術

- (1) 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造成術を行った場合は、「5」により算定する。
- (2) 同種血管を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (3) 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 1 5 血管塞栓術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。



#### K 6 1 5 - 2 経皮的動脈遮断術

経皮的動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

#### K 6 1 6 四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

#### K 6 1 7 下肢静脈瘤手術

- (1) 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「1」により算定する。
- (2) 「2」における「一連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね2週間にわたり行われるものをいう。

#### K 6 1 8 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

- (1) 中心静脈栄養用の皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 体内に埋め込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### K 6 2 0 下大静脈フィルター留置

下大静脈フィルター留置は、肺血栓塞栓症の患者又は肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。

#### K 6 2 7 リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時にを行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

### 第9款 腹部

#### K 6 3 5 胸水・腹水濾過濃縮再静注法

一連の治療過程中、第1回目の実施日に、1回に限り算定する。なお、一連の治療期間は2週間を目安とし、治療上の必要があって初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

#### K 6 3 5 - 3 連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

#### K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術

- (1) ダメージコントロール手術とは、重度腹部外傷患者に対する初回手術において、止血手術、腸管損傷の縫合閉鎖、タオルパッキング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し呼吸循環管理等により全身状態の改善を図り、二次的又は多期的手術により根治を図る段階的の外科治療のことである。
- (2) 重度腹部外傷に対してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の1回に限り所定点数を算定し、2回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、2回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。

#### K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術

当該点数は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番

号「J002」ドレーン法(ドレナージ)により算定する。

K 6 4 7 胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に対して大網充填術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
- (2) ポリープを数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。
- (3) 「2」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む3センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。

K 6 5 3 - 3 内視鏡的食道~~下部~~及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道~~下部~~及び胃内異物摘出術は、食道~~下部~~及び胃内の異物(電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等)を内視鏡(ファイバースコープ)下により摘出した場合に算定する。

K 6 5 3 - 4 **内視鏡的**表在性**胃悪性腫瘍**~~早期胃癌~~光線力学療法

- (1) **内視鏡的**表在性**胃悪性腫瘍**~~早期胃癌~~光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー(波長630nm)及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 4 内視鏡的消化管止血術

- (1) 内視鏡的消化管止血術は1日1回、週3回を限度として算定する。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 5 胃切除術、K 6 5 5 - 2 腹腔鏡下胃切除術、K 6 5 5 - 4 噴門側胃切除術、K 6 5 7 胃全摘術、K 6 5 7 - 2 腹腔鏡下胃全摘術

- (1) 悪性腫瘍に対する手術であっても、リンパ節郭清等を伴わない単純な切除・消化管吻合術又は単純な全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。
- (2) 先天性胆管拡張症に対し、胃切除、総胆管切除、胆嚢摘出、胃腸吻合兼ブラウン吻合、胆管空腸吻合、十二指腸臍頭吻合及び空腸吻合術を同時に行った場合は、区分番号「K 6 5 7」胃全摘術の「2」に準じて算定する。

K 6 5 5 - 3 十二指腸窓(内方)憩室摘出術

十二指腸窓(内方)に生じた憩室(多数)を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。

K 6 5 9 食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、区分番号「K 6 6 4」胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、「3」により算定する。

K 6 6 4 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)

経皮的内視鏡下胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 6 7 0 胆嚢切開結石摘出術

胆嚢結石症に対して、胆嚢結石のみを摘出した場合に算定するものとする。

#### K 6 7 2 胆嚢摘出術

胆嚢結石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、胆嚢摘出術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より20cmの部で側々吻合を行う。）を併施した場合は、区分番号「K 6 5 5」胃切除術の「1」に準じて算定する。

#### K 6 7 7 - 2 肝門部胆管悪性腫瘍手術

「1」は門脈又は肝動脈血行再建を併施した場合に算定する。

#### K 6 7 8 体外衝撃波胆石破砕術

(1) 当該技術の適応となる胆石は、次の要件を満たすもののうち、胆石破砕術の適応となるものである。

ア 胆嚢結石症の既往があるもの

イ 胆嚢に炎症がなく、胆嚢機能が良好な胆嚢結石症又は肝内・総胆管内結石症

(2) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕を行う場合は、所定点数を1回に限り算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(3) 体外衝撃波胆石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 6 8 2 - 2 経皮的胆管ドレナージ術

(1) 当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

(2) 急性胆嚢炎に対して、経皮的胆嚢穿刺のみを行い、ドレーンを留置しなかった場合は、区分番号「J 0 1 0 - 2」経皮的肝膿瘍等穿刺術により算定する。

#### K 6 8 4 先天性胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後数日中に再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、2回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

#### K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術砕石術（胆道砕石術を伴うもの~~経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの~~）

(1) 内視鏡的胆道結石除去術砕石術は、~~術後の残存胆管結石症に対して、胆道鏡を用い~~T字管又は胆管外瘻孔を介し、~~胆道鏡を挿入し、若しくは内視鏡を用い~~により経十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。

(2) ~~外瘻孔を介して胆道鏡下に又は経十二指腸的に内視鏡下に~~バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「K 7 9 8」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

(3) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限

り算定する。\_\_

(4) 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴うもの）を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

#### K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。
- (2) 乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は碎石用把持鉗子等により結石を破碎し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出した場合は、「2」により算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、碎石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「1」により算定する。
- (3) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- (4) 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術碎石術（~~胆道碎石術を伴うもの~~経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの）と区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。
- (5) 内視鏡的乳頭拡張術を行った場合は、「1」により算定する。

#### K 6 9 1 - 2 経皮的肝膿瘍ドレナージ術

当該点数は初回実施に限り算定し、2 回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### K 6 9 7 - 2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

- (1) 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。
- (2) 区分番号「K 6 9 7 - 3」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

#### K 6 9 7 - 3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

- (1) 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。
- (2) 区分番号「K 6 9 7 - 2」肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

#### K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術

- (1) 対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、バッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性アミロイドポリニューロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併している場合には、遠隔転移と血管侵襲を認めないもので、当該肝癌が、次の条件により、肝内に長径 5 cm 以下 1 個、又は長径 3 cm 以下 3 個以内である場合に限る。また、小児肝芽腫についても対象疾患に含むものとする。

ア 肝癌の長径及び個数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から 1 月以内の

術前画像を基に判定することを基本とする。

- イ 術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純ＣＴで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影ＣＴで撮影した画像の動脈相において低吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。なお、非典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影ＣＴが実施できない場合は、MRIで代用する。
- ウ 当該移植前に肝癌に対する治療を行った症例に関しては、当該治療を終了した日から3月以上経過後の移植前1月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全壊死に陥っている結節は、肝癌の個数には含めない。

- (2) 生体肝を移植する場合には、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体肝を移植する場合には肝提供者から移植肝を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。
- (4) 肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (5) 請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。
- (6) 生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (7) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 9 7 - 6 移植用肝採取術（死体）

- (1) 移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

- (3) 部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。
- (4) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術

- (1) 同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 0 9 - 2 移植用臍採取術（死体）

- (1) 移植用臍採取術（死体）の所定点数は、死体から臍の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 死体臍には、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の臍を含む。
- (3) 移植用臍採取術（死体）の所定点数には、移植のための臍採取を行う際の採取前の採取対象臍の灌流、臍採取、採取臍の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、臍採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臍を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (4) 臍移植を行った保険医療機関と臍移植に用いる健臍を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臍移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 0 9 - 3 同種死体臍移植術

- (1) 同種死体臍移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 臍移植を行った保険医療機関と臍移植に用いる健臍を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臍移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 0 9 - 4 移植用臍腎採取術（死体）

- (1) 移植用臍腎採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に臍と腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 死体臍腎には、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の臍腎を含む。
- (3) 移植用臍腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための臍腎採取を行う際の採取前の採取対象臍腎の灌流、臍腎採取、採取臍腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、臍腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臍腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (4) 臍腎移植を行った保険医療機関と臍腎移植に用いる健臍腎を採取した保険医療機関とが



異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 0 9 - 5 同種死体膵腎移植術

- (1) 同種死体膵腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 1 4 腸管癒着症手術

腸閉塞症手術を行った場合は、その術式により腸管癒着症手術、区分番号「K 7 1 5」腸重積症整復術、区分番号「K 7 1 6」小腸切除術又は区分番号「K 7 1 9」結腸切除術等により算定する。

#### K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

腹腔鏡下小腸切除術の適応は、良性小腸疾患とする。

#### K 7 2 1 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

- (1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
- (2) 「1」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が2 cm未満の場合に算定する。術前に病理学的に悪性腫瘍であることが確認された病変（術前に肉眼的に悪性であることが強く疑われ、術前の病理学的検査を実施せずに早期悪性腫瘍粘膜切除術として施行した後、術後の病理学的検査により悪性腫瘍であることが確認された病変を含む。）に対して行われた場合に算定する。

(3) 「2」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が2 cm以上の場合に算定する。

~~(4) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

#### K 7 2 1 - 2 内視鏡的大腸ポリープ切除術

- (1) 切除した大腸ポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。
- (2) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。
- (3) 「1」は、ポリープの長径が2 cm未満の場合に算定する。
- (4) 「2」は、ポリープの長径が2 cm以上の場合に算定する。
- (5) 内視鏡的大腸ポリープ切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術

- (1) 小腸結腸内視鏡的止血術は1日1回、週3回を限度として算定する。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### K 7 2 6 人工肛門造設術

区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切断術の「4」又は区分番号「K 7 4 0 - 2」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「3」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞ

れの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 3 5 - 2 小腸・結腸狭窄部拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。

K 7 3 6 人工肛門形成術

人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。

K 7 3 9 直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 7 4 0 直腸切除・切断術

「 4 」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 4 0 - 2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

「 3 」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 4 2 直腸脱手術

区分番号「 K 8 6 5 」子宮脱手術及び区分番号「 K 8 8 7 - 2 」卵管結紮術を併せて行った場合は、「 4 」により算定する。

K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）

( 1 ) 内痔核に対するミリガン・モーガン手術により 1 か所又は 2 か所以上の手術を行った場合は、「 4 」により算定する。

( 2 ) ホワイトヘッド手術は、「 4 」により算定する。

( 3 ) 自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「 5 」により算定する。ただし、自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 4 3 - 2 肛門括約筋切開術

本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

K 7 4 3 - 5 モルガニー氏洞及び肛門管切開術、K 7 4 3 - 6 肛門部皮膚剥離切除術

肛門搔痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。

第10款 尿路系・副腎

K 7 5 4 - 2 腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 5 4 - 3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 5 5 副腎腫瘍摘出術

巨大な副腎腫瘍が脾臓と強く癒着しているため本手術と区分番号「 K 7 1 1 」脾摘出術を併施した場合は、区分番号「 K 6 7 3 」胆管形成手術に準じて算定する。

K 7 6 2 腎固定術



遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があつて腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則14」により腎固定術のみにより算定する。

#### K 7 6 4 経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎瘻を造設した後、腎瘻より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等を用いて結石を摘出した場合に算定する。

#### K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

(1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破砕を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### K 7 6 9 腎部分切除術

残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、区分番号「K 7 8 9」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

#### K 7 7 5 経皮的腎（腎盂）瘻造設術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

#### K 7 7 9 移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 7 7 9 - 2 移植用腎採取術（死体）

(1) 移植用腎採取術（死体）の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の腎を含む。

(3) 移植用腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(4) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### K 7 7 9 - 3 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委

なる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 7 8 0 同種死体腎移植術

- (1) 同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。
- (3) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 「注1」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

#### K 7 8 0 - 2 生体腎移植術

- (1) 対象疾患は、末期慢性腎不全である。
- (2) 生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。
- (4) 生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (5) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 7 8 1 経尿道的尿路結石除去術

経尿道的尿路結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテル等を用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「K 7 9 8」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

K 7 8 3 経尿道的尿管狭窄拡張術、K 7 8 3 - 2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3 - 3 経尿道的尿管ステント抜去術、K 7 8 5 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、[K 7 9 4 - 2](#)

経尿道的尿管瘤切除術、K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K 7 9 8 - 2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K 8 0 0 - 2 経尿道的電気凝固術、K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K 8 1 7 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 8 3 - 2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3 - 3 経尿道的尿管ステント抜去術  
区分番号「K 7 8 3 - 2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K 7 8 3 - 3」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

#### K 8 0 2 - 2 膀胱脱手術

「1」については、メッシュを使用した場合に算定する。

K 8 2 1 - 3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良のため、区分番号「K 8 4 0」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「K 8 4 1」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道ステントを用いて前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。~~ただし、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。~~

K 8 2 3 尿失禁手術

恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 8 2 3 - 2 尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術

(1) 注入に用いるコラーゲン、皮内反応用のコラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 本手術の対象疾患は、1年以上改善の見られない腹圧性尿失禁又は膀胱尿管逆流症とする。

(3) 所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

### 第11款 男子性器

K 8 2 8 - 2 陰茎持続勃起症手術

陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャント術を行った場合には、「2」により算定する。

K 8 4 1 - 2 経尿道的レーザー前立腺切除術

(1) 経尿道的レーザー前立腺切除術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。

(2) 使用されるレーザープローブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 8 4 1 - 3 経尿道的前立腺高温度治療

(1) 本手術は、前立腺肥大組織を45 以上で加熱するものをいう。

(2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

(3) 所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

K 8 4 1 - 4 焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）

(1) 前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。

- (2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。
- (3) 前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき1回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。

## 第12款 ~~女子性器~~

### K 8 5 4 腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第2回以後の洗浄処置については、区分番号「J 0 6 6」尿道拡張法により算定する。

### K 8 6 5 子宮脱手術

- (1) 膈壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 区分番号「K 8 5 2」膈壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。
- ただし、区分番号「K 8 5 2」膈壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」の所定点数のみにより算定する。

### K 8 6 7 - 2 子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切除術

子宮腔部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腔部の乱切除術を行う場合に算定する。

### K 8 7 2 - 5 子宮頸部初期癌又は異形成性光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

### K 8 7 7 - 2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術

腹腔鏡下腔式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。

### K 8 9 0 - 2 卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡検査等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

### K 8 9 2 骨盤位娩出術

産科娩出術において双子の場合は、帝王切開術を除き1児ごとに所定点数を算定する。

### K 8 9 8 帝王切開術

「1」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「2」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「1」により算定する。また、前置胎盤を合併していた場合は、緊急に帝王切開となった場合でも「3」前置胎盤を合併する場合で算定する。

### K 9 0 6 子宮頸管縫縮術

子宮頸管縫縮術のうち、シロッカー法は、筋膜採取を含めて所定点数による。

### K 9 0 7 胎児外回転術

胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

### K 9 0 9 流産手術

- (1) 流産手術は原則として、術式を問わず、また、あらかじめ頸管拡張を行った場合であっ

てもそれを別に算定することなく、本区分の所定点数のみにより算定する。

- (2) 人工妊娠中絶のために必要があって、区分番号「K 8 9 8」帝王切開術、区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術又は区分番号「K 8 7 6」子宮腔上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれの所定点数により算定する。
- (3) 妊娠満22週以上のものの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行った分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によって算定する。

#### K 9 1 2 子宮外妊娠手術

外妊破裂を起こさなかった場合であっても算定できる。

#### K 9 1 3 新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則7」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。

#### K 9 1 3 - 2 性腺摘出術

停留精巣又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

### 第12款 削除

#### 第13款 臓器提供管理料

##### K 9 1 4 脳死臓器提供管理料

- (1) 脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。
- (3) 脳死臓器提供管理料は、区分番号「K 5 1 4 - 4」同種死体肺移植術、区分番号「K 6 0 5 - 2」同種心移植術、区分番号「K 6 0 5 - 4」同種心肺移植術、区分番号「K 6 9 7 - 7」同種死体肝移植術、区分番号「K 7 0 9 - 3」同種死体膵移植術、区分番号「K 7 0 9 - 5」同種死体膵腎移植術又は区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。
- (4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。
- (5) 脳死臓器提供管理料について、「通則8」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

##### K 9 1 5 生体臓器提供管理料

- (1) 生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。
- (2) 生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (3) 生体臓器提供管理料は、区分番号「K 5 1 4 - 6」生体部分肺移植術、区分番号「K 6 9 7 - 5」生体部分肝移植術又は区分番号「K 7 8 0 - 2」生体腎移植が算定できる場合に限り算定する。
- (4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、生体臓器提供管理を行った



医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

- (5) 生体臓器提供管理料について、「通則8」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

## 第2節 輸血料

### K920 輸血

- (1) 自家採血輸血、保存血液輸血及び自己血輸血の算定に当たっては、200mLを単位とし、200mL又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重1kgにつき4mLを単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。
- (2) 自家採血輸血及び保存血液輸血における1回目とは、一連の輸血における最初の200mLの輸血をいい、2回目とはそれ以外の輸血をいう。
- (3) 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。
- (4) 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った1日当たりの量である。
- (5) 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「1」により算定する。ただし、この場合の血液の量は3,000mLを限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分番号「G100」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。
- (6) 同種造血幹細胞骨髄移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びEBウイルス感染によるB細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞骨髄提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「1」により算定する。
- (7) 保存血液輸血の注入量は、1日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。
- (8) 血小板濃厚液の注入は、「2」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。
- (9) 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。
- (10) 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後3日以内に輸血を行ったときに算定できる。
- (11) 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。
- (12) 患者への説明  
ア 「注1」に規定する説明とは、別紙様式26を参考として、文書により輸血の必要性、

副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき1回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね1週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

- (13) 輸血に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。
- (14) 「注3」の加算は、第1節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。
- (15) 「注6」の頻回に輸血を行う場合とは、週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるものである。
- (16) 「注7」の加算を算定できるHLA型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗HLA抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ2万/mm<sup>3</sup>以下及び1万/mm<sup>3</sup>以下を標準とする。
- (17) 「注8」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合には、供血者ごとに、保存血を使用する場合には、血液バッグ（袋）1バッグごとにそれぞれ算定する。
- (18) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体価（定性、定量）精密測定検査、HIV-1抗体価測定検査、HIV-1,2抗体価測定検査、HTLV-抗体価測定検査及び不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。
- (19) 自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第2章第6部第1款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。

#### K920-2 輸血管管理料

- (1) 輸血管管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。
- (2) 輸血管管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月1回を限度として算定する。

#### K921 造血幹細胞採取（一連につき）移植骨髄穿刺

区分番号「K921」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、区分番号「K921」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。

~~移植骨髄穿刺は、区分番号「K922」骨髄移植の(2)に規定する区分番号「K922」の「1」を算定できる場合に限り、骨髄提供者に対して行った骨髄穿刺の回数にかかわらず、本区分の所定点数を別に算定できる。なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「D404」骨髄穿刺及び区分番号「J011」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。~~

#### K922 ~~骨髄~~造血幹細胞移植

(1) 造血幹細胞移植 ~~骨髄移植~~の所定点数には、造血幹細胞移植 ~~骨髄移植~~に関連して実施した造血幹細胞移植者の造血幹細胞採取 ~~骨髄採取~~、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定のコストがすべて含まれる。

(2) 同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞 ~~骨髄~~を移植する場合をいう。また、ものであり、同種移植を行う場合においては、骨髄提供者から骨髄を採取することに係るすべての費用を各この表に掲げる所定点数により算定し、造血幹細胞移植 ~~骨髄移植~~の所定点数に加算する。

(3) 同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞 ~~骨髄~~提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（HLA検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞 ~~骨髄~~移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

(4) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

~~(5)~~ 同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等であり、また、自家~~骨髄末梢血幹細胞~~移植、自家~~末梢血~~造血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。

~~(6)~~ 請求に当たっては、造血幹細胞 ~~骨髄~~移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞 ~~骨髄~~提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞 ~~骨髄~~提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

~~(7)~~ 造血幹細胞 ~~骨髄~~採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞 ~~骨髄~~を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(8) 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

~~(9)~~ 造血幹細胞 ~~骨髄~~採取を行った医療機関と造血幹細胞 ~~骨髄~~移植を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、造血幹細胞 ~~骨髄~~移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### ~~K922-2 臍帯血移植~~

~~(1) 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用に~~



~~については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。~~

~~(2) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。~~

#### K 9 2 3 術中術後自己血回収術

(1) 開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上(ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg)の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上(ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg)の場合(外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。)に、術中術後自己血回収術を算定する。

(2) 術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

### 第3節 手術医療機器等加算

#### K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

(1) 神経モニタリングについては、本区分により加算する。

(2) 「注」に規定する脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「K 1 1 6」から「K 1 1 8」まで、「K 1 2 8」から「K 1 3 6」まで、「K 1 3 8」、「K 1 3 9」、「K 1 4 2」から「K 1 4 2 - 3」まで、「K 1 5 1 - 2」、「K 1 5 4」、「K 1 5 4 - 2」、「K 1 6 9」、「K 1 8 1」、「K 1 8 3」から「K 1 9 0 - 2」まで、「K 1 9 1」、「K 1 9 2」及び「K 5 6 0」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目により所定点数を算定する手術については加算は行わない。

#### K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

(1) ベッセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。

(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍に係る手術」とは、「K 3 7 4」、「K 3 7 6」、「K 3 7 9 - 2」、「K 3 9 4」、「K 3 9 5」、「K 4 6 3」、「K 4 6 5」、「K 4 8 4」、「K 4 8 4 - 2」、「K 5 0 2」、「K 5 0 4」、「K 5 1 1」、「K 5 1 4」、「K 5 1 4 - 3」から「K 5 1 4 - 6」まで、「K 5 2 2 - 3」、「K 5 2 7」、「K 5 2 9」、「K 5 3 1」、「K 6 4 3」、「K 6 4 5」、「K 6 5 5」の「2」、「K 6 5 5 - 4」の「2」、「K 6 5 7」の「2」、「K 6 7 5」、「K 6 7 7」、「K 6 7 7 - 2」、「K 6 9 5」、「K 6 9 7 - 4」から「K 6 9 7 - 7」まで、「K 7 0 2」から「K 7 0 4」まで、「K 7 0 9 - 2」から「K 7 0 9 - 5」まで、「K 7 1 6」の「2」、「K 7 1 9」の「3」、「K 7 4 0」、「K 7 4 8」、「K 7 5 6」、「K 7 7 3」、「K 7 7 9」、「K 7 7 9 - 2」、「K 7 8 0」、「K 7 8 0 - 2」、「K 8 0 1」の「1」、「K 8 0 3」、「K 8 1 7」の「3」、「K 8 4 3」、「K 8 5 0」、「K 8 5 7」、「K 8 7 9」、「K 8 8 9」に掲げる手術をいう。

#### K 9 3 2 創外固定器加算

区分番号「K 0 4 6」骨折観血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉碎骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「K 0 5 8」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「K 1 2 5」骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)については骨盤骨折(腸骨翼骨折を除く。)について創外固定器を用いた場合に算定する。

### K 9 3 3 イオンフォレーゼ加算

当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。

### K 9 3 6 自動縫合器加算

- (1) 区分番号「~~K 5 2 9~~」、「~~K 5 3 1~~」、「K 6 5 5」、「~~K 6 5 5 - 2~~」、「K 7 1 1 - 2」、「K 7 1 6」、「K 7 3 2」の「2」及び「K 7 3 9」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (2) 区分番号「K 5 1 1」、「K 5 1 3」、「K 5 2 2 - 3」、「K 5 2 5」、「K 5 2 9」、「K 5 3 1」、「K 6 5 5 - 2」、「K 6 5 5 - 4」、「K 6 5 7」、「K 6 5 7 - 2」、「K 7 0 2」、「K 7 0 3」、「K 7 1 9」、「K 7 1 9 - 2」、「K 7 1 9 - 3」、「K 7 3 5」、「K 7 3 5 - 3」、「K 7 4 0」及び「K 7 4 0 - 2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、4個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (3) 区分番号「K 8 0 3」及び「K 8 1 7」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (4) 区分番号「K 5 1 4」及び「K 5 1 4 - 2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

### K 9 3 6 - 2 自動吻合器加算

区分番号「K 6 5 5 - 4」、「K 6 5 7」及び「K 6 5 7 - 2」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は2個を限度として、それ以外の手術にあつては1個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

### K 9 3 6 - 3 微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「K 0 2 0」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、2個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

### K 9 3 8 体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、1回又は2回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について1回のみ算定する。

### K 9 3 9 画像等手術支援加算

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。
- (2) ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

## 第11部 麻酔

### < 通則 >

- 1 血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第3節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 2 麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「J024」酸素吸入及び区分番号「J045」人工呼吸は算定できない。
- 3 検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 4 麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。
- 5 第1節及び第2節に掲げる麻酔法（1つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。  
なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。
- 6 「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。
- 7 「通則2」の加算及び「通則3」の加算は、第1節麻酔料（麻酔管理料は除く。）又は第2節神経ブロック料について適用され、第3節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。
- 8 「通則2」の未熟児に対する加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。
- 9 「通則3」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「A000」の注6又は区分番号「A001」の注5に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。
  - ア 麻酔料  
時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。
  - イ 神経ブロック料  
緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。
- 10 麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算出する。

## 第1節 麻酔料

### L000 迷もう麻酔

- (1) 迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が10分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。
- (2) ガス麻酔器を使用する10分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

### L001-2 静脈麻酔

- (1) 静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。
- (2) 「1」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する。
- (3) 「2」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合であって、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。
- (4) 静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

### L002 硬膜外麻酔

- (1) 実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔薬を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。
- (2) 第12胸椎と第1腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「1」で算定する。また、第5腰椎と第1仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「2」で算定する。

### L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

### L004 脊椎麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

### L005 上・下肢伝達麻酔

- (1) 上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。
- (2) 下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

### L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

### L007 開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

#### L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

- (1) ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (3) 本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。
- (4) 麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。
  - ア 心不全（NYHA 度以上のものに限る。）の患者
  - イ 狭心症（CCS分類 度以上のものに限る。）の患者
  - ウ 心筋梗塞（発症後3月以内のものに限る。）の患者
  - エ 大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全（いずれも 度以上のものに限る。）の患者
  - オ 大動脈弁狭窄（大動脈弁平均圧較差50mmHg以上のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁平均圧較差10mmHg以上のものに限る。）の患者
  - カ 植込み型ペースメーカ又は植込み型除細動器を使用している患者
  - キ 先天性心疾患（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者
  - ク ~~肺動脈性~~原発性肺高血圧症（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者
  - ケ 呼吸不全（動脈血酸素分圧60mmHg未満又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比300未満のものに限る。）の患者
  - コ 換気障害（1秒率70%未満かつ肺活量比70%未満のものに限る。）の患者
  - サ 気管支喘息（治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る。）の患者
  - シ 糖尿病（HbA1c8.0%以上、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後2時間血糖220mg/dL以上のものに限る。）の患者
  - ス 腎不全（血清クレアチニン値4.0mg/dL以上のものに限る。）の患者
  - セ 肝不全（Child-Pugh分類B以上のものに限る。）の患者
  - ソ 貧血（Hb6.0g/dL未満のものに限る。）の患者
  - タ 血液凝固能低下（PT-INR2.0以上のものに限る。）の患者
  - チ DICの患者
  - ツ 血小板減少（血小板5万/uL未満のものに限る。）の患者
  - テ 敗血症（SIRSを伴うものに限る。）の患者

- ト ショック状態（収縮期血圧90mmHg未満のものに限る。）の患者
  - ナ 完全脊髄損傷（第5胸椎より高位のものに限る。）の患者
  - ニ 心肺補助を行っている患者
  - ヌ 人工呼吸を行っている患者
  - ネ 透析を行っている患者
  - ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者
  - ハ BMI35以上の患者
- (5) 流量計を装置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。
- (6) 本区分について「通則3」の加算を算定する場合の所定点数は、「注2」、「注4」及び「注5」による加算を含むものとする。
- (7) 麻酔の種類等について
- ア 「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。
  - イ 「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の60%又は平均動脈圧で60～70mmHgを標準とする。
  - ウ 「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、一回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね1分間に60回以上である。
  - エ 「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。
- (8) 麻酔の種類等における実施時間について
- ア 「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。
  - イ 「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点から低血圧を離脱する時点までをいう。
  - ウ 「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。
  - エ 「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。
- ~~(9)~~ 複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでいう一の全身麻酔とは、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。
- ~~(10)~~ 麻酔の実施時間
- ア 全身麻酔の実施時間は、(3)により計算する。
  - イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。
  - ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。
    - (イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。
    - (ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順

に充当する。

(ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(二) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

最初に仰臥位で10分間

次に伏臥位で2時間30分間

最後に仰臥位で20分間

の計3時間の麻酔を行った場合

基本となる2時間に の2時間を充当 9,150点

の残り30分の加算 900点

仰臥位で行われた と を合計して30分の加算 600点

算定点数 10,650点

例2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

最初に仰臥位で10分間

次に側臥位で1時間20分間

最後に仰臥位で47分間

の計2時間17分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に の1時間20分+ と の57分のうち40分 9,130点

と の残り17分の加算 600点

算定点数 9,730点

例3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

最初に仰臥位で5分間

次に側臥位で21分間

次に分離肺換気で1時間27分間

次に側臥位で30分間

最後に仰臥位で5分間

の計2時間28分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に の1時間27分+ と の51分のうち33分 16,600点

と の残り18分+ と の10分の合計28分の加算 660点

算定点数 17,260点

例4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

最初に仰臥位で10分間

次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに45分間

次に心臓手術を人工心肺装置を使用して2時間25分間

次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに1時間



最後に仰臥位で10分間	
の計4時間30分の麻酔を行った場合	
基本となる2時間に の2時間を充当	16,600点
+ で1時間45分となり、このうち30分×3の加算	2,700点
の残り25分間に の残り15分間のうち5分間を加算	1,200点
+ の20分間に の残り10分間を加算	600点
算定点数	<u>21,100点</u>

(11) 酸素・窒素(注3)

ア 酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」(平成2年厚生省告示第41号)の定めるところによる。

イ 酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注3」の加算として算定できない。

(12) 硬膜外麻酔加算(注4)

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注5」に規定する加算を算定する。

(13) 所定点数に含まれる費用

ア 本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ 区分番号「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

ウ 体温(深部体温を含む。)測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(14) 「注7」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価する目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。

(15) 「注7」でいう、麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患または弁膜症の患者とは、(4)のイ、ウ、エ、オに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

L008-2 低体温療法

(1) 低体温療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温35以下で12時間以上維持した場合に、開始日から3日間に限り算定する。

(2) 重度脳障害患者への治療的低体温の場合は算定できない。

(3) 当該点数を算定するに当たり、かならずしも手術を伴う必要はない。

L009 麻酔管理料( )

(1) 当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

(2) 麻酔管理料( )は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医(地方厚生(支)局長に届



け出ている医師に限る。以下この項で同じ。)が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

(3) 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

~~(4) 麻酔管理料を算定しようとする保険医療機関の開設者は、当該点数を算定する常勤の麻酔科標榜医の氏名及び麻酔科標榜許可書の登録番号等を当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に届け出なければならない。~~

~~(4)~~ 麻酔管理料( )を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

~~(5)~~ 麻酔管理料( )について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

#### L010 麻酔管理料( )

(1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

(2) 麻酔管理料( )は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

(3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。

(4) 麻酔管理料( )を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

(5) 麻酔管理料( )について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

(6) 同一の患者について、麻酔管理料( )と麻酔管理料( )を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料( )と麻酔管理料( )の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

## 第2節 神経ブロック料

L100 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)、L101 神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)

(1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール(50%以上)及びフェノール(2%以上)等の神経破壊剤の注入又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断すること

をいう。

- (2) 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤又は高周波凝固法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載する。
- (3) 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、癌性疼痛を除き、月1回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤又は高周波凝固法によるものを同一月に算定できる。
- (4) 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、2種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。
- (5) 椎間孔を通して脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「1」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「1」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、別に算定できない。

#### L 1 0 3 カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

#### L 1 0 4 トリガーポイント注射

- (1) トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、1日につき1回算定できる。
- (2) トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

#### L 1 0 5 硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

## 第12部 放射線治療

### < 通則 >

放射線治療料の項に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

### < 放射線治療料 >

#### M 0 0 0 放射線治療管理料

- (1) 放射線治療管理料は、区分番号「M 0 0 1」体外照射又は区分番号「M 0 0 4」密封小線源治療の「1」に掲げる外部照射、「2」に掲げる腔内照射若しくは「3」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において2回に限り算定する。
- (2) 画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注2」に掲げる放射線治療専任加算は、区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M 0 0 1」体外照射の「4」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。
- (4) 「注3」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M 0 0 1」体外照射の「4」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。

#### M 0 0 0 - 2 放射性同位元素内用療法管理料

- (1) 放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。
- (2) 放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。
- (3) 放射性同位元素の内用後4月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。
- (4) 「1 甲状腺癌に対するもの」~~放射性同位元素内用療法管理料の対象疾患は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））~~ に対して行った場合に算定するとする。

(5) 「3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があって、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。

(6) 「4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、CD20陽性の再発又は難治性である、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。

(7号) 放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

#### M001 体外照射

(1) 体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア エックス線表在治療とは、管電圧10万ボルト未満による照射療法をいう。

イ コバルト<sup>60</sup>遠隔大量照射とは、大量のコバルト<sup>60</sup>線源のガンマ線を使用した固定コバルト装置以外のコバルト装置による遠隔照射療法をいう。

ウ 高エネルギー放射線治療とは、100万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトン治療装置使用による照射療法をいう。

エ 強度変調放射線治療（IMRT）とは、多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向から単一の照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、3方向以上の照射角度から各門につき3種以上の線束強度変化をもつビームによる治療計画を逆方向治療計画にて立案したものについて照射した場合に限る。

(2) 体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数、同一患部に対する照射方法にかかわらず、1回につき所定点数を算定する。また、2方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。

(3) 1日に複数部位の照射を行う場合においては、1回目とは異なる部位に係る2回目の照射に限り、口の所定点数を算定する。1日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が2時間を超える場合に限り、イの所定点数を1日に2回分算定できる。

(4) 「注3」の体外照射用固定器具加算は、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り、患者1人につき1回に限り算定できる。

(5) 「注4」の画像誘導放射線治療（IGRT）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の3次元的な空間的再現性が5ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

(6) 「注4」の画像誘導放射線治療加算は、「イ」の所定点数を1日に2回分算定できる場合であっても、1日に1回の算定を限度とする。

#### M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

(1) ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト<sup>60</sup>の微小線源から出るガンマ線を集束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

- (2) 数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (3) 定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### M001-3 直線加速器による定位放射線治療

- (1) 直線加速器による定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が2 ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が5 ミリメートル以内であるものをいう。
- (2) 頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径5 センチメートル以下であり 5cm以内で転移病巣のない原発性肺癌又は原発性肝癌、及び3個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、並びに脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (3) 定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### M002 全身照射

全身照射は、1回の造血幹細胞骨髄移植について、一連として1回に限り算定できる。

#### M003 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。
- (2) 四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーションを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「2」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。
- (3) 電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。
- (4) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。
- (6) 電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### M004 密封小線源治療

- (1) 密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。
- (2) 外部照射



外部照射とは、コバルト<sup>60</sup>、セシウム<sup>137</sup>等のガンマ線又はストロンチウム<sup>90</sup>等のベータ線による4センチメートル以下4cmの近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

(3) 腔内照射

ア 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム<sup>192</sup>管を挿入し照射する場合であり、アプリーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源による腔内照射は「ロ」旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合により算定する。

ウ その他の場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム<sup>137</sup>管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合又は旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合には、「イ」又は「ロ」により算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) 組織内照射

ア 前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素<sup>125</sup>粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム<sup>192</sup>線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。

エ その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(5) 放射性粒子照射

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注6」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

(6) 同一の高線量率イリジウムを使用し、1人又は複数の患者に対して1回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。

(7) 同一の低線量率イリジウムを使用し、1人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。

M005 血液照射

(1) 血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った

場合に算定する。

- (2) 血液照射料は、血液照射を行った血液量が400ミリリットル以下の場合には110点、これ以降400ミリリットル又はその端数を増すごとに110点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った1日当たりの血液量についてのみ算定する。
- (3) 血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200ミリリットルの血液から製造された30ミリリットルの血液成分製剤については30ミリリットルとして算定し、200ミリリットルの血液から製造された230ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200ミリリットルとして算定する。
- (4) 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。
- (5) 血液照射に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

## 第13部 病理診断

### <通則>

- 1 病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。
- 2 病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。
- 4 第1節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。
- 5 第1節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

### 第1節 病理標本作製料

#### N000 病理組織標本作製

- (1) 病理組織標本作製について、次に掲げるものは、各区分ごとに1臓器として算定する。
  - ア 気管支及び肺臓
  - イ 食道
  - ウ 胃及び十二指腸
  - エ 小腸
  - オ 盲腸
  - カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
  - キ S状結腸
  - ク 直腸
  - ケ 子宮体部及び子宮頸部
- (2) 病理組織標本作製において、1臓器から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器の標本作製として算定する。
- (3) 病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
- (4) 当該標本作製をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)(内容改定予定のためハネ注意)に即して行うこと。



#### N 0 0 1 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、甲状腺腫を除く内分泌臓器の機能性腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。
- (2) 電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「N 0 0 0」病理組織標本作製、区分番号「N 0 0 2」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。

#### N 0 0 2 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- (1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。
- (2) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N 0 0 0」病理組織標本作製又は区分番号「N 0 0 1」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。
- (3) 「1」のエストロゲンレセプターの免疫染色と「2」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。
- (4) 「3」のHER2タンパクは、半定量検査又はEIA法（酵素免疫測定法）による検査を行った場合に限り算定する。
- (5) 「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、消化管間質腫瘍（GIST）、慢性腎炎、内分泌腫瘍又は軟部腫瘍が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。~~E-G-F-Rタンパク~~  
~~E-G-F-Rタンパクは、区分番号「N 0 0 2」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「3」のHER2タンパクに準じて算定する。~~

#### N 0 0 3 術中迅速病理組織標本作製

- (1) 術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及びと検鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。  
なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、区分番号「N 0 0 0」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。
- (2) テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「N 0 0 6」病理診断料の「1」を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

#### N 0 0 3 - 2 術中迅速細胞診

- (1) 術中迅速細胞診は、手術の途中において腹水及び胸水等の体腔液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。
- (2) テレパソロジーによる術中迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において術中迅速細胞診及び区分番号「N006」病理診断料の「2」を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

#### N004 細胞診

- (1) 腔脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。
- (2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。――
- (3) 「2」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。

#### N005 HER2 遺伝子標本作製

HER2 遺伝子標本作製は、乳癌の術後の患者又は乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗HER2 ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

なお、本標本作製と区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「3」を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

## 第2節 病理診断・判断料

#### N006 病理診断料

- (1) ~~病理診断料を算定できる保険医療機関は、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院でなければならないが、年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしている程度の保険医療機関であることが望ましい。~~
- (2) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断のみを行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。  
なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合（テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。
- (4) 病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を請求すること

ができる。

#### N 0 0 7 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を請求することができる。

### 第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

#### < 通則 >

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第1章基本診療料又は第2章特掲診療料は適用せず、第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

#### 第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成14年3月8日保医発第0308008号）に規定する保険医療機関をいう。

##### 1 緊急時施設治療管理料

- (1) 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。
- (2) 介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者1人につき1日1回、1月につき4回に限る。
- (3) 患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。
  - ア 意識障害又は昏睡
  - イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
  - ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
  - エ ショック
  - オ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
  - カ その他薬物中毒等で重篤なもの
- (4) 併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬請求明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。
  - ア 併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時
  - イ 対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

## 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。
- (2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

## 3 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、第2章第2部第2節第1款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるものとされている特定保険医療材料及び同節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。
- (2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。
- (3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

## 4 その他の診療料

- (1) 施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。
- (2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。
- (3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

## 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

### 1 施設入所者共同指導料

- (1) 施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、1入所につき1回に限り算定できるものであること。
- (2) 施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。
- (3) 施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としないものであること。
- (4) 施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、地域連携退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。
- (5) 施設入所者共同指導料を算定する場合においては、担当医は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入すること。
- (6) 特別の関係にある病院又は介護老人保健施設における算定は、行わないものであること。

### 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。
- (2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

### 3 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定できるとされている特定保険医療材料及び第2章第2部第2節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。
- (2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。
- (3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

### 4 その他の診療料

- (1) 施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。
- (2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。
- (3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

(別紙)

(算定できるものについては「 」、算定できないものについては「 × 」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	
	再診料	×	
	外来診療料	×	
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料 1	×	
	診療情報提供料( ) (注 4 に限る。)	×	
	診療情報提供料( )	×	
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの		
画像診断			
投薬	厚生労働大臣が定めるもの		
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの		
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの		
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの		
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの		
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの		
放射線治療			
病理診断			

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第63号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

(別紙様式 1)

## 退 院 証 明 書

保険医療機関名称  
住所  
電話番号  
主治医氏名

患者氏名	性別 (男・女)
患者住所	
電話番号	
生年月日 (明・大・昭・平)	年 月 日 ( 歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

- ・ 入院年月日          平成    年    月    日
- ・ 退院年月日          平成    年    月    日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間  
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)

- ・ 入院基本料等の種別 :
- ・ 算定期間 :                  日 (平成    年    月    日 ~ 平成    年    月    日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

- ・                  日 (平成    年    月    日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

- ・ 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

- ・ 治癒
- ・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)
- ・ その他

6. その他の特記事項



(別紙様式2)

医療区分・ADL区分に係る評価票

平成 年 月分

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生

入院元(入院した月に限り記載)

- 一般病棟(自院以外の急性期病院からの転院)
一般病棟(自院の急性期病棟からの転院)
他の病棟(急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外)
介護老人保健施設
特別養護老人ホーム
有料老人ホーム等
自宅

退院先(退院した月に限り記載)

- 一般病棟(急性期病棟への転院・転棟)
他の病棟(急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外)
介護老人保健施設
特別養護老人ホーム
有料老人ホーム等
自宅
死亡

【留意事項】

1 療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。
2 当該判定結果については、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること(診療所はこの限りでない)。ただし、電子レセプトの場合は、電子レセプトの中で記録すること。

I 算定期間に限りがある区分

Table with columns for medical categories (e.g., 医療区分3, 医療区分2) and a grid for daily evaluation (days 1-31).

II 算定期間に限りがない区分

Table with columns for medical categories (e.g., 医療区分3, 医療区分2) and a grid for daily evaluation (days 1-31). Includes a star symbol for certain categories.

Summary table for medical categories: 医療区分3の該当有無, 医療区分2の該当有無, 医療区分3・2いずれも0(医療区分1)

Additional medical categories for evaluation: 91 褥瘡に対する治療を実施している状態(31の場合を除く。), 92 身体抑制を実施している(注3を参照)





精神状態		【重症度】	
1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
5. 眠気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)			
その他の問題			
<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/> その他			
本人の希望		家族の希望	
治療目標 (優先順に)	②	③	
①			
緩和治療・検査計画			
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクゼーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日			
		年	月 日
本人の署名		家族の署名 (続柄)	
主治医		精神科医	
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師			

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
診断名 (状態像名)	ICD-10(コード番号) :		

## I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成 : (同居家族を含む)	社会的環境 :	c. 職歴
		a. 就学状況	d. 交友関係など
		b. 教育歴 (最終学歴 : )	

## II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 ( 曜日)	入院 形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主 訴	患者 :		
	家族 ( ・母・その他 ) :		
症状 および 問題行動 :			
A. 行 動 : a. 動 き : <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇 な動作 ( )			
b. 表 情 : <input type="checkbox"/> 不安・ <input type="checkbox"/> 心配 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> り・意 <input type="checkbox"/> 無表情			
c. 話 し 方 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> 反響言語			
d. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 睡 障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習 異常			
B. 情 緒 : <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> り・意 <input type="checkbox"/> 不安・ <input type="checkbox"/> 心配 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和			
C. 対人関係 : <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他 的 <input type="checkbox"/> 共感性欠			
D. 知的機能 : <input type="checkbox"/> 注意散 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記 障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習 (能力) 障害			
E. 意 識 : <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害			
F. 意 欲 : <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲 進			
G. 行 為 : <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> み <input type="checkbox"/> 器物破損			
H. 知 覚 : <input type="checkbox"/> 覚 <input type="checkbox"/> 覚			
I. 思 考 : <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 症 <input type="checkbox"/> 自 念慮・自 企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 ( ) <input type="checkbox"/> 連合障害			
J. そ の 他 : <input type="checkbox"/> 病識欠 <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 動コントロールの欠 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立			
具体的な事柄 :			

### (※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ. 治療計画

(患者氏名 )

予定治療期間 ( 週間/月 ) 本人の 望 :  家族の 望 :  目標の設定 :  同意事項 : <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	基本方針 :
	治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 :              回/週 薬物療法 : <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗      薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡      導入剤 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) B. 検査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) 心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 (                      ) <input type="checkbox"/> 性格検査 (                      )
行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外      、その他                      )      隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	

Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 :      回/週・月 ( <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) ) <input type="checkbox"/> 本人との同      面接 :              回/週・月 その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 :              回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 :              回/週・月	具体的アプローチ
---	----------

学 教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分      への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍)      への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 通      教育 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	学      への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教 <input type="checkbox"/> 生      指導担当 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 現状での問題点 (                      ) <input type="checkbox"/> 今後の方向性 (                      )
--	--

上記説明を受けました。平成 年 月 日 本人サイン \_\_\_\_\_ 保護者サイン \_\_\_\_\_

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。  
(児童・思春期精神医療入院治療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

(別紙様式5)

栄養管理計画書

計画作成日 \_\_\_\_\_

フガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 (男・女)

病棟 \_\_\_\_\_

明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)

担当医師名 \_\_\_\_\_

入院日； \_\_\_\_\_

担当管理栄養士名 \_\_\_\_\_

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
・エネルギー kcal ・たんぱく質 g	食事内容
・水分	留意事項
・	
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価	

# 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名	患者ID	性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日		
病棟	主治医	NST患者担当者			初回回診日	年 月 日		
NST回診実施者名	医師	看護師	薬剤師	管理栄養士				
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師	PT・OT・ST MSWほか	NST専従者氏名				
現疾患	褥瘡	なしあり( )	嚥下障害	なしあり( )	前回回診日	年 月 日		
その他の合併疾患※1	感染症	なしあり( )	社会的問題点	なしあり( )	回診日	年 月 日		
身長	cm	現体重	Kg	BMI:	標準体重 (BMI=22)	Kg		
栄養評価	実施日	主観的栄養評価	アルブミン	リンパ球数	ヘモグロビン	中性脂肪	トランスサイレチン (TTR:プレアルブミン)	総合評価 (栄養障害の程度)
	年 月 日	良・普通・悪	g/dL	/mm <sup>3</sup>	g/dL	mg/dL	mg/dL	良・軽度・中等度・高度
前回( 年 月 日)との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪
<b>栄養管理法</b>								
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 (濃厚流動食・経腸栄養剤)	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 経鼻( ) <input type="checkbox"/> 胃瘻( ) <input type="checkbox"/> 腸瘻( )	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)			
栄養投与方法の推移 (前回との比較)	中心静脈栄養→末梢静脈栄養	経腸栄養→経腸栄養	経腸栄養→経口栄養	経腸栄養→経口栄養	経口栄養→経腸栄養	経口栄養→経静脈栄養	経腸栄養→経静脈栄養	
<b>投与組成・投与量 (異常を認める栄養素について記載)</b>								
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	蛋白・アミノ酸 (g/日)	脂質 (g/日)	糖質 (g/日)	ビタミン ( /日)	電解質 ( /日)	その他 (微量元素など)
前回栄養管理プラン※3	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
実投与量								
投与バランス ※4								
新規栄養管理プラン	(必要水分量)	(必要エネルギー)	(必要蛋白・アミノ酸)	(必要脂質)	(必要糖質)	(必要ビタミン)	(必要電解質)	(必要量)
栄養管理上の注意点・特徴 ※5								
<b>活動状況・評価</b>								
他チームとの連携状況	嚥下障害チーム (あり なし)	褥瘡対策チーム (あり なし)	感染対策チーム (あり なし)	緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム ( チーム)			
治療法の総合評価※6	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価：改善度 5・4・3・2・1 (改善項目： ) 2. 血液学的栄養評価：改善度 5・4・3・2・1 (改善項目： ) 3. 摂食・嚥下状態：改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡：改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力：改善度 5・4・3・2・1 6. 創傷治癒：改善度 5・4・3・2・1 7. 早期離床：短縮度 5・4・3・2・1 (離床までの期間： ) 8. 在院日数：短縮度 5・4・3・2・1				コメント※8 【入院中・転院・退院】:			

※1: 褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。  
 ※2: 投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。  
 ※3: 初回時には記載を要しない。  
 ※4: 栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。  
 ※5: 必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。  
 ※6: 栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。  
 ※7: 評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。  
 ※8: 治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。



(別紙様式6)

## 退院支援計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者( )
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院に係る問題点、課題等	
退院に向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(退院支援計画担当者) \_\_\_\_\_ 印

(本人) \_\_\_\_\_

(別紙様式 7)

亜急性期入院医療管理診療計画書  
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印



生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名:	(男・女)
生年月日: 明・大・昭・平	年 月 日生( 才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】	【検査項目】	【血液検査項目】 (採血日 月 日)
	<input type="checkbox"/> 身長 ( cm)	<input type="checkbox"/> 血糖 ( <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後 ( ) 時間)
	<input type="checkbox"/> 体重: 現在 ( kg) → 目標 ( kg)	( mg/dl)
	<input type="checkbox"/> BMI ( )	<input type="checkbox"/> HbA1c: 現在 ( %) → 目標 ( %)
<input type="checkbox"/> 腹囲: 現在 ( cm) → 目標 ( cm)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 ( / mmHg)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
【問診】	<input type="checkbox"/> 食事の状況 <input type="checkbox"/> 運動の状況	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他の生活
【①達成目標】: 患者と相談した目標	[ ]	
【②行動目標】: 患者と相談した目標	[ ]	
		医師氏名 (印)

【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 ( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他( )) 担当者の氏名 (印) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・ ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ ) 担当者の氏名 (印) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )
	□たばこ	<input type="checkbox"/> 非喫煙者である 担当者の氏名 (印) <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等
	□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印) <input type="checkbox"/> その他( )
【服薬指導】	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名

【療養を行うにあたっての問題点】	
------------------	--

【他の施設の利用状況について】	
-----------------	--

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入  
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
医師氏名

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)( )回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日:明・大・昭・平	年 月 日生( 才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重:現在( kg) →目標( kg)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖( <input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間)
	<input type="checkbox"/> BMI ( )		( mg/dl)
【検査・問診】	<input type="checkbox"/> 腹囲:現在( cm) →目標( cm)	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 ( %) →目標( %)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)
	<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧( / mmHg)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標

【①達成目標】:患者と相談した目標

--	--

【②行動目標】:患者と相談した目標

--	--

医師氏名	(印)
------	-----

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量: を週 回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他( )) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・ ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他( )	担当者の氏名	(印)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名	(印)	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入  
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名
------

医師氏名
------

## 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称  
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。





(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿  
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
父母の氏名	父: ( )歳 職業( )	母: ( )歳 職業( )
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日	退院(予定)日 : 平成 年 月 日
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 ( ) 在胎 : ( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 体重 : ( )g 身長 : ( )cm 出生時の特記事項 : 無・有 ( ) 妊娠中の異常の有無 : 無・有 ( ) 妊婦健診の受診有無 : 無・有 ( 回: )	家族構成     育児への支援者:無・有( )
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他( )
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他( )
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他( )	
養育者の状況	健康状態等	・疾患( )・障害( ) ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他( )
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他( )
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他( )
	同胞の状況	・同胞に疾患( )・同胞に障害( )
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他( )
情報提供の目的とその理由		

\*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿  
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師名

印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ( )歳 職業( )	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の 住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日	
今回の 出産時の 状況	出産場所：当院・他院 ( ) 在胎：( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 体重：( )g 身長：( )cm 出産時の特記事項：無・有( ) 妊娠中の異常の有無：無・有( ) 妊婦健診の受診有無：無・有( 回： )	家族構成    育児への支援者：無・有( )
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他( )
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他( )
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他( )
	他の児の状況	・疾患( )・障害( )
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他( )
情報提供の 目的とその 理由		

\*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

平成 年 月 日

担当 \_\_\_\_\_ 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( )歳
患者住所		
情報提供の目的		
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの	
	発症日:昭和・平成 年 月 日	
	発症日:昭和・平成 年 月 日	
その他の傷病名		
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合
		入院日: 年 月 日
		退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		

障害高齢者の生活自立度

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度

自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

患 者	氏 名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生 ( 歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

(別紙様式16)

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
	認知症の状況	I II a II b III a III b IV M
	要介護認定の状況	要支援 要介護 ( 1 2 3 4 5 )
	褥瘡の深さ	NPUAP分類 III度 IV度 DESIGN分類 D3 D4 D5
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( l / min ) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ ) 日に1回交換 8. 留置カテーテル (サイズ ) 日に1回交換 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ( )	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名 )		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式 17)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
患者住所	電話 ( ) -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病識	
	日常生活自立度	認知症の状況 ( I II a II b III a III b IV M )
治療の目標		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
1 生活習慣、生活リズムの確立		
2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得		
3 対人関係の改善		
4 社会資源活用の支援		
5 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X . )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(F A X. )  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

# 神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_  
 患者ID \_\_\_\_\_  
 患者性別 男 女 年齢 \_\_\_\_\_

- 1) 意識・精神状態  
 a) 意識 : 清明、異常 ( )  
 \* Japan Coma Scale ( 1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300 )  
 \* Glasgow Coma Scale ( E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total )  
 b) 検査への協力 : 協力的、非協力的  
 c) けいれん : なし、あり ( )  
 d) 見当識 : 正常、障害 ( 時間、場所、人 )  
 e) 記憶 : 正常、障害 ( )  
 f) 数字の逆唱 : 286、3529  
 g) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 =  
 h) 失行 ( )、失認 ( )
- 2) 言語 正常、失語 ( )、構音障害 ( )、嚙声、開鼻声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

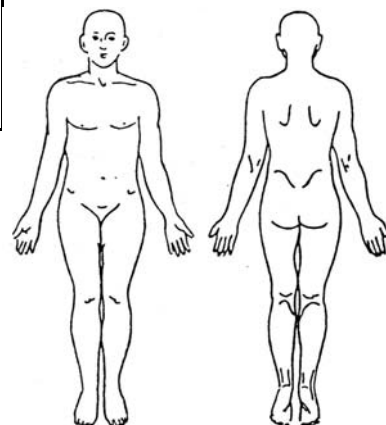
	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、⊕	正、⊕
眼底	正常、動脈硬化( )度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視( )、偏視( )、突出( )	
眼球運動	上直筋 下斜筋 外直筋 ———— 内直筋 下直筋 上斜筋	下斜筋 上直筋 内直筋 ———— 外直筋 上斜筋 下直筋
眼振		
複視	( - ) ( + ) : 方向 ( )	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	( - ) ( + ) : 回転性・非回転性 ( )	
耳鳴り	( - ) ( + )	( - ) ( + )
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	( + ) ( - )	( + ) ( - )
嚥下	正常、障害( )	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
上部僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏倚	( - ) ( + ) : 偏倚 ( 右 左 )	
舌萎縮	( - ) ( + )	( - ) ( + )
舌線維束性収縮	( - ) ( + )	



- 5) 運動系
- a) 筋ト一ヌス 上肢(右・左、正常 痙縮 強剛 低下) その他( )  
 下肢(右・左、正常 痙縮 強剛 低下)
  - b) 筋萎縮 (-) (+) : 部位 ( )
  - c) 線維束性収縮 (-) (+) : 部位 ( )
  - d) 関節 変形、拘縮 : 部位 ( )
  - e) 不随意運動 (-) (+) : 部位 ( )、性質 ( )
  - f) 無動・運動緩慢 (-) (+)
  - g) 筋力 正常、麻痺 : 部位 ( )、程度 ( )

		右	左		右	左
頸部屈曲	C1~6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	上肢バレー	(-) (+)	(-) (+)
伸展	C1~T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(下肢バレー)	(-) (+)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	Mingazzini	(-) (+)	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	握力	kg	kg
上腕三頭筋	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
手関節背屈	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
掌屈	C6~8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
腸腰筋	L1~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿四頭筋	L2~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
前脛骨筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			

筋萎縮・感覚



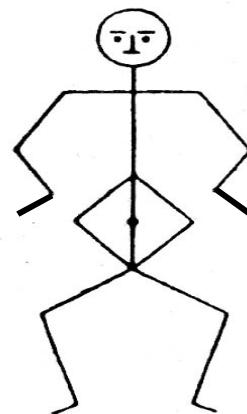
- 6) 感覚系
- a) 触覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - b) 痛覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - c) 温度覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - d) 振動覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - e) 位置覚 正常、障害 : 部位 ( )
  - f) 異常感覚・神経痛 (-) (+) : 部位 ( )

7) 反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(-) (+)	(-) (+)	バビンスキー	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
トレムナー	(-) (+)	(-) (+)	チャドック	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
(腹壁) 上			(膝クロ一ヌ)	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
下			足クロ一ヌ	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復拮抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激徴候 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 10) 脊柱 正常、異常( )、ラゼーグ徴候 (-) (+)
- 11) 姿勢 正常、異常( )
- 12) 自律神経 排尿機能 正常、異常( )  
 排便機能 正常、異常( )  
 起立性低血圧 (-) (+)
- 13) 起立、歩行 ロンベルク試験 正常、異常、マン試験 正常、異常  
 歩行 正常、異常( )  
 つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)

神経学的所見のまとめ

-----

神経学的検査担当医師

署名 \_\_\_\_\_

(別紙様式 19 の2)

## 乳幼児神経学的検査チャート

月 日 時 分

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男、女)

患者 ID \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)

- 1 身体発育：身長\_\_\_\_cm (\_\_\_\_SD)、体重\_\_\_\_kg (\_\_\_\_SD)、頭囲\_\_\_\_cm (\_\_\_\_SD)
- 2 発達指数 (DQ ) 遠城寺式乳幼児分析の発達検査またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。  
遠城寺 移動\_\_\_\_、手運動\_\_\_\_、基本習慣\_\_\_\_、対人関係\_\_\_\_、発語\_\_\_\_、言語理解\_\_\_\_  
デンバー 粗大運動\_\_\_\_、言語\_\_\_\_、微細運動・適応\_\_\_\_、個人-社会\_\_\_\_
- 3 精神状態
  - a) 意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄
  - b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
- 4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、( )
- 5 肢位・姿勢・不随意運動 (寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)  
除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、( )  
不随意運動 ( - ・ + 種類 部位： )
- 6 移動、起立、歩行  
背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩  
片足立ち ( 右 秒 / 左 秒、不能 ) つぎ足歩行 ( 可能 不能 )  
かかと歩き ( 可能 不能 ) つま先歩き ( 可能 不能 )  
ガワーズ徴候 ( - / + )
- 7 脳神経
  - II 視力 (右：正常，低下 左：正常，低下)  
視野 (右：正常，低下 左：正常，低下)  
眼底：乳頭 (正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜 (正常、 )
  - III, IV, VI (固視、追視、 )  
眼瞼下垂 (右： - / + 左： - / +) 眼球位置 (正常，斜視，共同偏視)  
眼球運動 (正常 ， 異常 ( )) 眼振 ( - / + )  
瞳孔：(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同) 対光反射 (右： - / + 左： - / +)
  - V 咀嚼について問診 (正常・異常 ( ))  
下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)
  - VII 口角 (対称，非対称) 閉眼 (正常 ， 異常)
  - VIII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 ( - / + ) 回転誘発眼振 ( - / + )
  - IX, X 嚥下障害 ( - / + ) 咽頭反射 ( - / + ) 軟口蓋 (対称、非対称)

嘔声（－／＋） 鼻声（－／＋）

XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左：）

XII 舌運動（正常 ， 異常） 舌萎縮（－／＋） 線維束性攣縮（－／＋）

8 感覚 痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0.~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

	右	左
上肢バレー	－／＋	－／＋
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮（－／＋）（部位： ）

肥大／仮性肥大（－／＋）（部位： ）

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下（部位 ）

被動性 正常 亢進 低下（部位 ）

伸展性 Double folding（－／＋） 逆U姿勢（－／＋）

Slip through sign（－／＋） スカーフ徴候（－／＋） 踵耳徴候（－／＋）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 －／＋（部位 ）

関節変形 －／＋（部位 ）

12 深部腱反射

	右	左
下顎	－ ＋ 2+	
上腕二頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
上腕三頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
腕とう骨筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
膝蓋腱	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+

アキレス腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
-------	-------------	-------------

### 13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	- +	- +
チャドック	- +	- +
手掌頤	- +	- +
ワルテンベルグ	- +	- +
足クローヌス	- +	- +

- 14 原始反射 乳探し反応 (- / +) 吸啜反応 (- / +)  
 モロー反射 (- / +) 手掌把握 (- / +) 足底把握 (- / +)  
 逃避反射 (- / +) 交差伸展反射 (- / +)  
 足踏み反射 (- / +) 踏み直り反射 (- / +) ギャラン反射 (- / +)

- 15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射 (- / +) 引き起こし反応 (- / +)  
 陽性支持反応 (- / +) パラシュート反応 前方 (- / +)  
 ランドー反応 (- / +) ホッピング反応 (- / +)

- 16 髄膜刺激症状 大泉門 ( x cm、陥凹、平坦、膨隆)  
 項部硬直 (- / +)  
 ケルニッヒ徴候 (- / +) ブルジンスキー徴候 (- / +)

### 17 神経学的所見のまとめ

---



---

神経学的検査担当医師

署名 \_\_\_\_\_

(別紙様式20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点 (副作用 ・感染症救済制度等)	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄: )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要



### リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)			年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST				
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:				
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2						認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M						

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:			<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類 ) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:		
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):				

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具、介助内容)	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ← 監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10 ← 歩行器等		歩行:		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点					
コミュニケーション						

目標 (1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
----------------	-----------

リハビリテーションの治療方針:

目標到達予想時期:	説明者署名:
-----------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人: 本人、家族( ) 署名:
------------------	-----------------------



# リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日( 歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)	心身機能 □運動機能障害: [ ] □感覚機能障害 [ ] □高次脳機能障害: [ ] □拘縮:(部位 ) □関節痛:(部位 ) □その他( ) [ ]
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		認知症に関する評価
退院先 □自宅 □その他: □退院未定		
家庭内役割(家事への参加, 等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ						
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起き上がり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

# リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 ( 年 月 日)

ご家族の希望 ( 年 月 日)

生活 目 標	その人らしく生活するためのポイント
--------------	-------------------

リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン プ ロ グ ラ ム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み
--	-------------------------------------

ご本人に行ってもらいたいこと

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日)

備考

担 当 チ ー ム	担当医: _____ ●PT・OT・ST: (            ), (            ), (            ), (            ) ●看護・介護: (            ), (            ), (            ), (            ) ● _____ (            ), (            ), (            ), (            )
-----------------------	---

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院 ・ 外来	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	入院日	年 月 日
主傷病		リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III	
1	廃用をもたらすに至った要因		
2	臥床・活動性低下の期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
3	廃用に陥る前のADL	<input type="checkbox"/> F I M69点未満 <input type="checkbox"/> F I M70点から114点 <input type="checkbox"/> F I M115点以上	<input type="checkbox"/> B. I 45点未満 <input type="checkbox"/> B. I 45点から85点 <input type="checkbox"/> B. I 85点以上
4	廃用の内容		
5	介入による改善の可能性 (該当する数字に○をつける)		
6	改善に要する 見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
7	前回の評価からの 改善や変化		

[記載上の注意]

- 1 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 2 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて、F I M又はB. I を用いて記載すること。
- 3 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 4 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 5 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平)	年	月	日( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左									
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等										
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴										
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2		認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M														
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: ) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢:			<input type="checkbox"/> 知覚障害( <input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他: ) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類: ) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:												
	<input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT: ) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:															
基本動作	立位保持(装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助															
活動	自立度		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」								
	ADL・ASL等		自	監	一	全	非	独	監	一	全	非	使用用具	姿勢・実行場所	使用用具	姿勢・実行場所
			立	視	助	介	実	立	視	助	介	実	杖・装具	介助内容 等	杖・装具	介助内容 等
	屋外歩行												杖・装具:		杖・装具:	
	階段昇降												杖・装具:		杖・装具:	
	廊下歩行												杖・装具:		杖・装具:	
	病棟トイレへの歩行												杖・装具:		杖・装具:	
	" " への車椅子駆動(昼)												装具:		装具:	
	車椅子・ベッド間移乗												装具:		装具:	
	椅子座位保持												装具:		装具:	
ベッド起き上がり												装具:		装具:		
食事												用具:		用具:		
排尿(昼)												便器:		便器:		
排尿(夜)												便器:		便器:		
整容												移動方法・姿勢:		移動方法・姿勢:		
更衣												姿勢:		姿勢:		
装具・靴の着脱												姿勢:		姿勢:		
入浴												浴槽:		浴槽:		
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: ) 理由					日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キヤッチアップ									
参加	職業 ( <input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定 ) (職種・業種・仕事内容: )			社会参加(内容・頻度等)												
	経済状況( )			余暇活動(内容・頻度等)												
心理	障害の受容( <input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)			依存欲求( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求( <input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)												
環境	同居家族: 親族関係:			家屋 : 家屋周囲: 交通手段:												
第三者の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:															

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 「主目標」	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: ) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
すべて 活動 「実行状況」	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: ) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: ) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: ) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り:	
心身機能 構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(別紙1-3)

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI,IIa,IIb,IIIa,IIIb,IV又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

# リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)		年	月	日( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				リハビリテーション歴:			
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M							

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 ( ___ヶ月後)	具体的アプローチ	
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他） 復職（ <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望：	
		家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：		外泊訓練計画：	
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）			
退院後の社会参加の見込み：			説明者署名：

本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族（ ） 署名：
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:	男・女	生年月日	年 月 日	( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医		看護		緩和ケア	
PT	OT		ST		SW等	
原発巣(発症・診断確定日):			病期分類(ステージ):		併存疾患:	
廃用症候群:			リハビリテーション歴:		PS又はKPS:	
入院の目的と治療内容	入院の目的:		治療内容:		予定入院期間:	
	治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:		治療後に生じる可能性のある身体の障害:		退院後の治療予定:	
身体症状ととらられている対策		<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 (とられている対策: )				
骨転移	骨転移検索の有無		<input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (直近の検索日時: 年 月 日)			
	骨転移の診断		<input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位 )			
	病的骨折のリスク		<input type="checkbox"/> 単純レントゲンで溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積 <input type="checkbox"/> 局所の疼痛			

評価項目・内容(具体的内容を記載)					具体的アプローチ	
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害(JCS、GCS)・せん妄: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他:					
	動基 作本					
	座位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立ち上がり( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 立位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
活動	安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)					
	ADL(B. IIに準じる)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)・介助内容	
	食事	10	5	0	<del> </del>	
	移乗	15	10	5		
	整容	5	0	0		
	トイレ動作	10	5	0		
	入浴	5	0	0		
	平地歩行	15	10	5		
	階段	10	5	0		
	更衣	10	5	0		
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)		点				



評価項目・内容(具体的内容を記載)		具体的アプローチ
参加	職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容: ) <input type="checkbox"/> なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
心理	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退 <input type="checkbox"/> 食欲の障害 <input type="checkbox"/> 睡眠の障害 <input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止 <input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退 <input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	
環境	同居家族:  家屋:  その他:	自宅改造:福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  その他:
2週間後の目標:		本人の希望:  家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:		
退院時の目標と見込み時期:		
退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):		
退院後の社会参加の見込み:		

本人・家族への説明 年 月 日  
 説明を受けた人: 本人・家族( )

署名

説明者:

署名

(別紙様式24)

(精神科)退院療養計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

## 酸素の購入価格に関する届出書（平成 年度）

### 1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年1月								
2月								
3月								
4月								
5月								
6月								
7月								
8月								
9月								
10月								
11月								
12月								
計								
単価								

### 2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (CE)		可搬式液化酸素容器 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)	購入容積 (リットル)	購入対価 (円)
年 月								
単価								

### 3 その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード	
---------	--

保険医療機関

所在地  
名称  
開設者

印

地方社会保険事務局長 殿

#### [記載上の注意事項]

- 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。

(別紙様式26)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

\* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄： )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長 殿

診療年月 平成 年 月

患者名	男・女	入院日	平成 年 月 日
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	退院日 (既に退院している場合)	平成 年 月 日
入院の契機となった傷病名	( ) ( ) ( )	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症 イ 認知症 ウ その他 ( )
入院前の状況 (当てはまるもの全てに○をつける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等同居していないが家族あり・その他( )		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 喀痰吸引 → 1日( )回 イ 経管栄養 → 手法: 胃ろう・鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間( )日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他( )		
現在の医学的な状態	安定・変動はあるが概ね安定・変動が大きい・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回~数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要 理由( )		
退院支援を主に担う者 (当てはまるもの全てに○をつける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他( )		
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能		
	a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他( )		
	c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他( )		
退院へ向けた支援の概要	退院後に利用が予想される社会福祉サービス等		
予想される退院先	ア 自宅 イ 有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他( )		

(医療機関名)

(退院支援計画担当者)

印

歯科診療報酬点数表に関する事項

通則

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらんの処置は、再診料にも包括されている。
- 3 特掲診療料には、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 号)による改正後の「基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 号)による改正後の「特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。 —
- 6 基本診療料及び特掲診療料の算定に当たっては、「診療報酬請求書等の記載要領等について(平成22年3月 日保医発 第 号)」を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載すること。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### 通則

- 1 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）の別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の次の処置は、~~「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）~~の別表第二歯科診療報酬点数表においては基本診療料に含まれる。

イ 鼻処置

ロ 口腔、咽頭処置

ハ 喉頭処置

ニ ネブライザー

ホ 熱傷処置

ヘ 皮膚科軟膏処置

ト 消炎鎮痛等処置

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

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

したがって、歯科診療においては、1口腔1初診として取り扱う。

- 3 歯科診療における診療科は、歯科、小児歯科、矯正歯科及び歯科口腔外科を同一とみなす。
- 4 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料を算定できる。

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

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

ただし、歯科疾患以外の疾病で他科に入院中の患者が歯科に外来としてきている場合は再診料を算定できる。

#### 第1節 初診料

## A 0 0 0 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の保険医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った保険医療機関において初診料を算定する。
- (2) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。
- (3) 学校検診等、自覚的徴候がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。
- (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあつては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- (6) 現に傷病について診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- (7) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであつても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (8) (7)にかかわらず、欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であつて、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又はC 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合等、管理計画に基づき継続的に診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。  
なお、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又はC 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合であつて、管理計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月以内は再診として取り扱い、2月を超えた場合は初診として取り扱う。
- (9) 病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等（特別の関係を除く。）からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者の数（以下「紹介等患者数」という。）等に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出たものについては、初診料として地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。
- (10) 地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の3割以上であるもの又は2割以上であるもののうち、別に厚生労働大臣が定める手術の件数が



年間30件を超えるものとする。

なお、別に厚生労働大臣が定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第一に掲げる手術である。

(11) 乳幼児加算及び障害者加算

初診料を算定しない場合には、初診時における乳幼児加算又は障害者加算は算定できない。

(12) 乳幼児加算と乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算は併せて算定できない。

(13) 障害者加算を算定した者が、6歳未満の乳幼児である場合は、乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算を併せて算定できる。

(14) 障害者加算

「注6」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、場合は患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

(15) 初診時歯科診療導入加算

「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。

(16) 歯科外来診療環境体制加算は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の環境の整備を図る取組みを評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に、1回に限り30点を加算する。

(17) 「注7」及び「注8」の医科と共通の項目については、医科点数表の第1章第1部第1節区分番号A000に掲げる初診料の例により算定する。

(18) 「注10」に規定する障害者歯科医療連携加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関で「注6」又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算（以下「基本診療料に係る障害者加算」という。）を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料の算定に基づく診療情報提供を受けた上で、当該患者に対して初診を行い、基本診療料に係る障害者加算を算定した場合に算定する。

(19) 「注11」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に算定できる。ただし、当該加算を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号A002に掲げる再診料の「注8」及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1

回目」は算定できない。

## 第2節 再診料

### A002 再診料

- (1) 再診料は、再診の都度（同一日において2以上の再診があってもその都度）算定できる。ただし、2以上の傷病について同時に再診を行った場合は、当該1日につき1回に限り算定する。
- (2) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。
- (3) 歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同一日に2以上の再診を行った場合の再診料は、1回の算定とする。
- (4) 電話等による再診
  - イ 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定する。
  - ロ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、乳幼児加算又は障害者加算を算定する。
  - ハ 時間外加算を算定すべき時間、休日又は深夜に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定する。
- (5) その他初診料と共通の項目については、区分番号A000に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目については、医科点数表の第1章第1部第2節区分番号A001に掲げる再診料の例により算定する。
- (6) 「注4」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載する。
- (7) 「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、「イ 1回目」は、再診時に1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない場合に算定できる。ただし、「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」は算定できない。

## 第2部 入院料等

### 第1節 入院基本料

医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料の例により算定する。

### 第2節 入院基本料等加算

- 1 医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。([区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。](#))

ただし、~~総合入院体制加算~~~~入院時医学管理加算~~については、医科歯科併設の病院にあって医科について算定できる場合に限り、歯科疾患について入院する患者についても同様とする。

- 2 地域歯科診療支援病院入院加算は、在宅歯科医療又は障害者歯科医療診療を後方支援する地域歯科診療支援病院の機能を評価したものであり、別の保険医療機関において区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の「注6」若しくは区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算を算定した患者であって、を算定もっている患者であって、在宅における当該別の保険医療機関による歯科診療が困難であると判断されたもの者等について、当該在宅歯科診療を担う別の保険医療機関からの診療情報提供料の算定に基づくの文書による診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日に1回に限り算定する。ただし、入院の月又はその前月に当該在宅歯科診療を担う別の保険医療機関において、当該患者について、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合に限る。~~なお、この場合において、在宅歯科診療を担う別の保険医療機関からの診療情報提供については、当該保険医療機関において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料( )により算定する。~~

#### A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修歯科医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修施設及び研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、医科点数表第1章第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合とは、単独型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間、管理型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が実施している期間及び研修歯科医が協力型臨床研修施設又は研修協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間のことをいう。
- (3) 研修歯科医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には、指導の内容がわかるように指導歯科医自らが記載を行い、署名をすること。

### 第3節 特定入院料

医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。

#### 第4節 短期滞在手術基本料

##### A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- (1) 短期滞在手術基本料は、短期滞在手術に係る区分番号 J 0 5 5 に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号 J 0 5 6 に掲げる顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定できる。
- (2) (1)のほかは、医科点数表の区分番号 A 4 0 0 に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### B000-4 歯科疾患管理料

- (1) 歯科疾患管理料は、継続的な管理を必要とする齲蝕、歯肉炎、歯周炎、歯の欠損等歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものであり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定できる。
- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び、生活習慣の改善目標、患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、生活習慣の改善目標、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯牙及び歯肉の状態等（「注2」に規定する継続管理計画書においては、口腔内の状態の改善状況を含む。））、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査）等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的な管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付すること、し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。
- (3) 1回目に患者又はその家族に対して提供する管理計画書については、初診日の属する月から起算して2ヶ月以内に第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に係る対する治療方針等を含めた管理計画書を作成すること。
- (4) 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周組織検査により一時的に病状が安定しされたと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りでない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供すること。
- (5) 歯科疾患管理料を算定した月においては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供しない場合であっても、少なくとも1回以上の管理計画に基づく疾患管理を行うこと。なお、当該疾患管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。
- ~~(6) 歯科疾患の継続的な管理を行うに当たって、必要に応じて実施した検査（スタディモデルを含む。）の費用は別に算定できる。~~
- (6)~~(7)~~ 歯科疾患管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定している患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。ただし、無歯顎の患者の総義歯に係る管理を行っている場合については、軟膏等薬剤



による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該歯科疾患に係る治療（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。

~~(7)~~~~(8)~~ 「注6」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患管理料を算定した日において算定する。また、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、~~当該歯科衛生士名当該指示の内容~~を診療録に記載すること。

~~(8)~~~~(9)~~ 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患管理料は算定できない。

~~(9)~~~~(10)~~ 「注7」に規定するう齲蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であって、う齲蝕多発傾向者の判定基準の左欄の年齢に応じて右欄の歯冠修復終了歯を有するものをいう。う齲蝕多発傾向者と判定した患者に対して、「注7」及び「注8」に規定する指導を継続的に行う場合は、当該指導を最初に行った日から起算して1年以内に限る。ただし、当該期間経過後、改めてう齲蝕多発傾向者と判定された場合は、「注7」及び「注8」に規定する指導管理を引き続き行うことができる。

（う齲蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～2 歳	1 歯 以 上	—————
3～4 歳	3 歯 以 上	—————
5～7 歳	8 歯 以 上 及 び	2 歯 以 上
8～10歳	—————	4 歯 以 上
11～12歳	—————	6 歯 以 上

~~(10)~~~~(11)~~ う齲蝕多発傾向者の判定基準において、~~(9)~~~~(10)~~にかかわらず次の場合はそれぞれに規定するところにより取り扱うこと。

イ 5～7歳の者で永久歯の萌出歯が2歯未満の場合、歯冠修復終了永久歯は、う齲蝕多発傾向者の判定の要件としない。

ロ フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まないものであるが、3歳未満児の初期う齲蝕で、歯冠修復の実施が患児の非協力等により物理的に困難と判断される場合に限り、当該未処置う齲蝕歯にフッ化ジアンミン銀を塗布した場合、歯冠修復終了乳歯

として取り扱う。

(11)~~(12)~~ 「注7」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者又はその家族及び保護者に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者又はその家族保護者に対し文書により提供を行った上でフッ化物の歯面塗布を行った場合に算定する。

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

ハ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が3～4月ごとに局所応用を行うことをいう。

ニ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

(12)~~(13)~~ 「注8」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者又はその家族保護者に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により提供を行った場合に算定する。

ロ フッ化物洗口に用いる薬液とは、洗口用の0.05%及び0.1%フッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ フッ化物洗口に係る指導に当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に限り算定する。

(イ) 洗口の方法(薬液の量やうがいの方法)及び頻度

(ロ) 洗口に関する注意事項

(ハ) 薬液の取扱い及びその保管方法

ニ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士は八に規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い業務記録簿に指導内容等を記載し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

(13)~~(14)~~ (11)~~(12)~~のフッ化物歯面塗布と(12)~~(13)~~のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導管理を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。

(14) 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の趣旨及び内容について、院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

#### B001-2 歯科衛生実地指導料

(1) 「1 歯科衛生実地指導料1」は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ 家庭において特に注意すべき療養指導

(2) 「2 歯科衛生実地指導料2」は、区分番号A000に掲げる初診料の「注6」に規定する加算又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算を算定している

患者であって、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月2回の実地指導を合わせて15分以上行った場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ 家庭において特に注意すべき療養指導

(3) (2) 「注1」及び「注2」に規定する文書とは、(1)に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の署名が記載されているものをいう。なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。

(4) (3) 患者に対する当該指導の内容の情報提供については、「1 歯科衛生実地指導料1」を算定する場合にあっては、当該指導の初回時に行うこととし、「2 歯科衛生実地指導料2」を算定する場合にあっては、実地指導の合計が15分以上となったとき（当該指導回数が1回又は2回に限る。）に行うこととする。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況、及び指導の内容に変化があったとき等に行うものとするが、当該指導の内容に変化がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても3月に1回以上若しくは3回の指導のうち1回以上は当該指導の内容を文書により提供すること。

(5) (4) 歯科医師は歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載すること。

(6) (5) 歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生（支）局長に報告すること。

#### B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

(1) 歯科特定疾患療養管理料は、「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行い、当該管理内容の治療計画、指導内容、治療内容の要点を診療録に記載した場合に月2回に限り算定する。

(2) 「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ 顎・口腔の先天異常とは後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂をいう。

ロ 舌痛症とは、ハンター舌炎、メラ舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。

ハ 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、



口腔のダリエー病、口腔のペーチェット病、口腔の結核、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ 口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）とは、口腔領域以外の悪性腫瘍新生物等の治療のため行われた放射線治療を原因とするものをいう。

ホ 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とは、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科保険医療機関からの診療情報提供料の算定に基づき診療情報提供に~~より基づき~~口腔内装置治療を必要とするものをいう。

(3) 「注2」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医（「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定するものである。なお、患者の症状に変化が生じる等の理由により当該計画の見直しが必要となり、改めてその内容を文書により提供した場合には、再度算定できる。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合においては、患者に提供した療養指導計画に係る文書の写しを診療録に添付するとともに、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名及び氏名を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に限り、看護に当たっている患者の家族等を通して療養上の指導を行ったときは、歯科特定疾患療養管理料を算定できる。

(5) 患者の症状、指導内容等を診療録に記載すること。

(6) 歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病の口腔領域における症状に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。

(7) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理が必要となる主たるの中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

(8) 再診が電話等により行われた場合にあつては、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

#### B003 特定薬剤治療管理料

(1) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。

(2) 特定薬剤治療管理料を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいう。

(3) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載すること。

(4) 初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、注4に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

(5) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについてはは、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が

通知された算定方法により算定する。

#### B 0 0 4 悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表の区分番号B 0 0 1の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び医科点数表の区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

#### B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、歯科医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放 - WHO方式がんの疼痛治療法 - 第2版）に従って副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時的薬剤の使用法に関する説明を含めるものであること。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載すること。

#### B 0 0 4 - 1 - 3 がん患者カウンセリング料

- (1) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態を十分に配慮した環境で、がん診療の経験を有する歯科医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (2) 自院、他院を問わず、原則として患者1人1回に限り算定する。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後3か月を超えて新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。
- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除くその家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

#### B 0 0 4 - 1 - 4 入院栄養食事指導料

医科点数表の区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。

#### B 0 0 4 - 2 手術前医学管理料

医科点数表の区分番号B 0 0 1 - 4に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

#### B 0 0 4 - 3 手術後医学管理料

医科点数表の区分番号B 0 0 1 - 5に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

#### B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

- (1) 歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の保険医療機関等の当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料の算定に基づく患者の全身状態等に係る診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

- (2) 歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関においては、全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されていること。
- (3) 歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が次に掲げる総合的医療管理を一定時間以上行った場合に算定する。
- また、当該医療管理料を算定する場合は、次の事項の要点を~~について~~診療録に記載すること。
- イ 治療内容に関する説明内容及び同意の有無
  - ロ 治療前、治療中における全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）の状況
  - ハ 治療後における患者の体調の変化の有無（一定時間の経過観察）
  - ニ 患者又はその家族への説明内容（注意事項等）
- (4) 歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき1回に限り算定できる。ただし、同一の患者について、歯科治療総合医療管理料を算定した月においては、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料は算定できない。
- (5) 歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。
- ~~(6) 歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~
- (6キ) 主病とは、当該患者の全身的な医療医学管理が必要となる主たる~~の中心となっている~~疾患をいう。

#### B004-9 介護支援連携指導料

- (1) 介護支援連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も介護サービスの導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後の介護サービス計画（ケアプラン）作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援連携指導料は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた看護師、歯科衛生士、社会福祉士、薬剤師、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者若しくは介護施設の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) 初回の指導は、入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するものであり、2回目の指導は、実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものである。

(4) 介護支援連携指導料の算定に当たっては、行った指導の内容等について、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な指導内容がある場合は、その要点を診療録に記載する。

(5) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。

(6) 同一日に区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2の注3に規定する加算の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の両方を算定することはできない。

B005 開放型病院共同指導料( )

医科点数表の区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料( )の例により算定する。

B006 開放型病院共同指導料( )

医科点数表の区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料( )の例により算定する。

B006-3 がん治療連携計画策定料、B006-3-2 がん治療連携指導料

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる保険医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

(2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携保険医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

(3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又はその家族に提供した場合に、退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。

(4) 入院時には病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき、連携保険医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携保険医療機関等について説明した場合にあっては、退院時において算定可能とする。この場合、退院後に個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又はその家族に提供し、交付した治療計画の写しを診療録に添付していること。

(5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携病院と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。

(6) がん治療連携指導料は、連携保険医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に



基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

B 0 0 7 退院前訪問指導料

医科点数表の区分番号 B 0 0 7 に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。

B 0 0 8 薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号 B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。

B 0 0 9、B 0 1 0 診療情報提供料

医科点数表の区分番号 B 0 0 9 又は医科点数表の区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料の例により算定する。

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

医科点数表の区分番号 B 0 1 1 - 3 に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。

B 0 1 1 - 4 ~~後期高齢者~~退院時薬剤情報~~管理指導~~提供料

医科点数表の区分番号 B 0 1 4 に掲げる~~後期高齢者~~退院時薬剤情報~~管理指導~~提供料の例により算定する。

B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料

医科点数表の区分番号 B 0 1 2 に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

B 0 1 3 義歯管理料

- (1) 新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の着脱性、形態、適合性、咬合関係及び装着感の調整に加え、食事方法、義歯の取扱い、清掃方法及び保管方法に係る指導を含めた管理をいう。
- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、~~当該管理の要点を診療録に記載した場合に、新製有床義歯の装着後1月以内に2回を限度として算定できるものとする。ただし、1回目の新製有床義歯管理料については、患者に対して~~当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、~~当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理料を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載し、また、診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。~~
- (3) 「注1」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容、保存・清掃の方法等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師名を記載したものをいう。
- (4) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日~~の属する月~~から起算して~~2ヶ月以上を~~超え3月以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は有床義歯の裏装を行った場合であっても、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、有床義歯管理料により算定する。
- (5) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着月から起算して~~4ヶ月以上を~~超え1年以内の~~期間~~において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製・又は有床義歯の裏装等を行った場合は、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、有床義歯長期管理料を算定する。

- (6) 有床義歯管理とは、有床義歯による口腔機能の回復を主眼とした義歯管理をいい、具体的には、口腔機能の回復が困難な場合又は適合性が極めて低い場合の有床義歯の調整に加えて、有床義歯による機能回復に着目した指導を含めた管理をいう。
- (7) 有床義歯管理料は、有床義歯を新製した保険医療機関において製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して~~2ヶ月以上を超え~~3月以内の期間において、有床義歯の着脱性、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る指導等を行った場合であって、必要に応じ実施した検査の結果、調整方法、調整部位箇所及び義歯に係る指導内容の要点を診療録に記載した場合に月1回に限り算定する。
- (8) 有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は有床義歯管理料を算定し、有床義歯の新製後に新製有床義歯管理料を算定する。~~なお、この場合において、新製有床義歯管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該有床義歯の装着日を記載すること。~~
- (9) 有床義歯の新製した月と同一月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合、修理又は有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の費用の算定は別に算定できる。この場合において、義歯管理料は1口腔単位として算定するものであることから、新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料のいずれかによりを算定する。
- (10) 区分番号I022に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、義歯管理料は算定しない。この場合において、当該有床義歯の新製後又は床裏装後に新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料を算定する。
- (11) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着する日の属する月後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。
- (12) 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の適合状態の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。
- (13) 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して~~4ヶ月以上を超え~~1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整部位箇所等を診療録に記載する。
- (14) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯の修理等により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。
- (15) 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日に算定する。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。
- イ 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
- ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者

~~(16)~~ 本区分に併せて区分番号M091に掲げる周辺装置加算を算定する場合は、~~実際の調整回数にかかわらず、本区分の管理料が1月に算定可能な回数を限度として算定する。~~

~~(16)~~~~(17)~~ 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも算定できない。

~~(17)~~~~(18)~~ 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考にすること。

#### B013-2 有床義歯調整管理料

有床義歯調整管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料のうち、有床義歯の調整に係る管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日の属する月と同一月において有床義歯の調整を行った日（義歯管理料を算定した日を除く。）に月2回を限度に算定する。なお、当該調整管理料の算定に当たっては、調整方法及び調整部位を診療録に記載すること。

#### B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者については2回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うこと。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則4に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養を担う保険医療機関との連携により、患者又はその家族等の求めに対して迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定できる。
- (5) 退院時共同指導料1を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号B005に掲げる開放型病院共同指導料( )は別に算定できない。ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合にあっては、この限りでない。
- (6) 当該患者が入院している保険医療機関と当該患者を紹介した保険医療機関とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。
- (7) 退院時共同指導料は、退院後に在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険

医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

- (8) 退院時共同指導料2の「注2」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して行った場合に算定する。
- (9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師若しくは准看護師、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。
- (10) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用は、「注3」に規定する加算に含まれ別に算定できない。

#### ~~B-0-1-6 後期高齢者終末期相談支援料~~

- ~~(1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。~~
- ~~(2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医である医師が判断した者について、医師、歯科医師、看護師その他の医療関連職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日医政発第0521011号)、「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会)等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書(電子媒体を含む。)又は映像により記録した媒体(以下この区分において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該文書等の写しを診療録に添付すること。~~
- ~~(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。~~
- ~~(4) 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望(希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。)とする。~~
- ~~(5) 入院中の患者については、患者及びその家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要かつ当然のことであることから、特に連続して1時間以上に渡り話し合いを行ったうえで、患者の十分な理解を得ること。~~
- ~~(6) 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。~~



~~(7) 入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定する。~~

#### B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的とし、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、医科点数表の第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、それぞれの入院において入院中1回算定できるものであること。
- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。
- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より示されている標準的な管理方法を踏まえ、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意すること。

#### B 0 1 8 医療機器安全対策管理料

- (1) 医療機器安全管理料は、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、患者に対して照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。
- (2) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。~~医療機器安全管理料は、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、患者に対して照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。~~
- (3)~~(4)~~ 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。
- ~~(3) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。~~

## 第2部 在宅医療

### C000 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等~~(社会福祉施設等を含む。)~~において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等~~(社会福祉施設等を含む。)~~から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。なお、歯科訪問診療を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」(平成16年日本歯科医学会)を参考とすること。
- (2) 保険医療機関が、当該保険医療機関と別添1の第1章第2部通則7(3)に規定する特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合においては、歯科訪問診療料は算定できない。
- (3) 歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を受け取りに保険医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。
- (4) 「注1」及び「注2」に規定する「在宅~~社会福祉施設等~~」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。――
- (5) 「歯科訪問診療2」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者1人につき20分以上になる場合に算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- イ 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者
- ロ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (6) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が20分以上になる場合は、「歯科訪問診療1」を算定する。
- (7) ~~(5)~~ 同~~の~~在宅等において療養を行っている通院が困難な~~2人以上の患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、を診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、1日目については「1 歯科訪問診療1」を算定する。なお、2日目以降の患~~

者については歯科訪問診療料を算定せず、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。

(8) ~~(6)~~ 地域医療連携体制加算は、歯科訪問診療が必要な通院困難な患者等が安心して在宅療養等が行えるよう、複数の保険医療機関により夜間、休日及び診療を自ら行わない時間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制が整備されているとともに歯科訪問診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供及び共有すること等により、緊急時の迅速、適切な連携体制が整備されていること等を評価するものである。

ただし、この場合にあつては、緊急時には連携保険医療機関の歯科医師が対応に当たることがあり得る旨を患者等に説明するとともに、当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関に対し文書（ファクシミリを含む。）により適宜提供すること。

なお、この連携に係る診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(9) ~~(7)~~ 地域医療連携体制加算の算定による複数の保険医療機関により休日夜間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制の確保が必要な場合とは、歯科訪問診療において処置、手術等が必要で治療期間中に病状が急変する可能性がある場合等をいうものであり、病状が急変する可能性がなくなった場合においては、当該加算の算定を中止すること。

(10) ~~(8)~~ 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月5日保医発第0305003号）の様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず提供し

てされていること。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。

(11) ~~(9)~~ 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等の同意を得て、歯科訪問診療料の算定対象となる療養に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ予め文書（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の様式21の2又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付すること。また、引き続き地域医療連携体制加算の算定による緊急時等の対応が必要であり、病態の変化が生じた場合には、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、連携保険医療機関等の変更にともない患者に対し再度の情報提供を行った場合の費用は、第1回目の費用に含まれ別に算定できない。

(12) ~~(10)~~ 当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関の歯科医師が緊急に診療又は歯科訪問診療等を行った場合には、歯科初診料、歯科再診料、歯科訪問診療料等は、診療又は歯科訪問診療等を行った歯科医師の属する保険医療機関が算定する。

この場合、当該患者の病状急変等に対応して、診療又は歯科訪問診療等を行ったこと及びその際の診療内容等を、地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は治療の要点を当該患者の診療録に記載すること。

(13) ~~(11)~~ 地域医療連携体制加算を算定する場合は、休日、夜間等における緊急時に対応し得るよう、できる限り患家に近隣の保険医療機関を連携保険医療機関とすること。

(14) ~~(12)~~ 地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関においては、主治医から提供された患者の療養に必要な情報が記載された文書を緊急時に十分に活用できる状態で保管し、自ら当該患者を診療し診療録を作成した場合には、当該文書を診療録に添付すること。

- (15) ~~(13)~~ 地域医療連携体制加算は、1人の患者につき同一の初診で1回に限り算定できる。
- (16) ~~(14)~~ 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に在宅社会福祉施設等へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、歯科訪問診療として取り扱うことは認められず、歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料は算定できない。
- (17) ~~(15)~~ 歯科訪問診療を行う場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。
- ~~(16) 同日に社会福祉施設等で療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、訪問して歯科診療を行った場合は、1大目の患者及び2大目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分を超えた患者について、「2 歯科訪問診療2」を算定する。なお、2大目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分を超えない者については、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号A-0-0-0に掲げる初診料、区分番号A-0-0-2に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。~~
- (18) 「注4」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。
- (19) 「注4」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。
- (20) ~~(17)~~ 「注5」に規定する加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事しているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。
- (21) ~~(18)~~ ~~(5)~~、~~(16)~~により歯科訪問診療料を算定した場合において、それぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、「注3」の加算を算定する。
- (22) ~~(19)~~ 「注1」、「注2」及び「注3」に規定する診療時間には、~~診療前の治療のための準備、診療後の~~片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合には、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (23) ~~(20)~~ 歯科訪問診療を行った場合は、診療録及び~~診療報酬明細書の摘要欄~~に次の事項を記載すること。
- イ 歯科訪問診療を行った日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）
  - ロ 訪問先名（記載例：自宅、\_\_\_\_\_マンション、介護老人保健施設××苑）
  - ハ 通院困難となった理由
- (24) ~~(21)~~ 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に、患者の状況及びその他患者に提供した療養上必要な事項に関する情報等を記載すること。



- (25) ~~(22)~~ 疾病、~~傷病~~等のため通院による歯科治療が困難な場合以外の歯科訪問診療の必要性を認めない患者については、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定しない。
- (26) ~~(23)~~ 「注3」の加算は、患者それぞれについて算定するものであり、複数の患者に対し訪問して歯科診療を行った場合の診療時間を合算することはできない。
- (27) ~~(24)~~ 「注5」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前8時から午後1時までの間とする。
- (28) ~~(25)~~ 加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療をしなければならないと判断した場合をいい、手術後の急変等が予想される場合をいうものである。
- (29) ~~(26)~~ 夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的处理をすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。
- (30) ~~(27)~~ 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える歯科訪問診療については、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の歯科訪問診療料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様に取り扱う。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える歯科訪問診療をした場合の歯科訪問診療は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。
- (31) ~~(28)~~ 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して主治医が歯科訪問診療による対診を求めることができるのは、患家付近に他の保険医がいない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のある場合に限り認められるものである。
- (32) ~~(29)~~ 「注8」に規定する交通費は実費とする。
- (33) ~~(30)~~ その他、歯科訪問診療料の取扱いについては、平成6年厚生省告示第235号による改正前の往診料に関する既往の通知が引き続き有効であるが、この場合において、当該通知中「往診」とあるのは「歯科訪問診療」と読み替えてこれを適用する。
- (34) ~~(31)~~ 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、同一初診期間中の1回目の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 1回目」により算定し、2回目以降の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 2回目以降」により算定する。ただし、「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号A002に掲げる再診料の「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」は算定できない。
- ~~(32) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、(5)の場合等歯科訪問診療料を算定しない場合であって、区分番号I-0-8-1、J-2-0-0-3及びM-0-9-1に掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携行し、処置等を行った場合は、当該区分により算定する。~~

~~(35)(33)~~ 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、常時携行している切削器具名及びその周辺装置名を診療録に記載した場合に算定する。また、当該加算を算定する月においては、切削器具名及び周辺装置名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(36) 歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療を行っている保険医療機関である旨を院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

#### C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

(1) 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定したすべき歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、当該歯科訪問診療料を算定した日又は歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った日から起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。

~~(2) 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定する保険医療機関の訪問診療の日から起算して1月以内に行われた場合に算定する。~~

~~(2)(3)~~ 訪問歯科衛生指導料の「1 複雑なもの」とは、1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上実施するものをいう。

~~(3)(4)~~ 訪問歯科衛生指導料の「2 簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって次のものをいう。

イ 1回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、1回の指導時間は40分を超えるもの

ロ 1人の患者に対して1対1であって20分に満たないもの

~~(4)(5)~~ 訪問歯科衛生指導料を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。

~~(5)(6)~~ 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実施指導を行った歯科衛生士等が署名した文書を提供するとともに、その文書の写しを業務記録簿に添付すること。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し直接報告すること。

~~(6)(7)~~ 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載するものとし、~~診療報酬明細書には~~、日付、訪問先名（記載例：自宅、マンション、介護老人保健施設××苑）、通院困難な理由、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を摘要欄に記載すること。

~~(7)(8)~~ 歯科医師は訪問歯科衛生指導に関し、歯科衛生士等に指示した内容を診療録に記載する。

~~(8)(9)~~ 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する要点及び実施指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

~~(9)(10)~~ 訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号B 0 0 1 - 2に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

(10) ~~(11)~~ 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(11) ~~(12)~~ 訪問歯科衛生指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者及び常勤、非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生(支)局長に報告する。

C001-3 ~~2~~ **歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**

- (1) **歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援歯科診療所又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等~~(社会福祉施設等を含む。)~~において療養を行っている通院困難な**患者後期高齢者**の**歯科疾患及び口腔機能の継続的な管理を行う**ことを評価するものであり、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、**歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果**等を踏まえた管理計画の内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、区分番号B000-4に掲げる**歯科疾患管理料**、B002に掲げる**歯科特定疾患療養管理料**及びN002に掲げる**歯科矯正管理料**は別に算定できない。
- (2) 「注1」に規定する**管理計画書**文書とは、~~歯科疾患の状況及び口腔機能の管理に係る計画書(以下「口腔機能管理計画書」という。なお、当該管理計画書の様式は、「別紙様式3」又はこれに準じた様式とする。)~~とは、**管理計画書の提供年月日、全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況等)、口腔内の状態(口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、う齲蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等)、~~口腔機能の状態(咀嚼機能の状況、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況等)~~及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、**歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**の算定に当たっては、**患者又はその家族に対して、管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、管理計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合はその要点を診療録に記載すること。また、管理計画書を提供しない場合にあっては、当該管理内容の要点を診療録に記載すること。当該管理の要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族に提供した口腔機能管理計画書の写しを診療録に添付すること。****
- (3) ~~口腔機能管理計画書~~の提供時期については、当該管理を開始する時期、管理計画の内容に変更があったとき、一連の補綴治療が終了したとき及びその他療養上必要な時期に提供するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りではない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供するものとする。なお、歯周**疾患**に罹患している患者に対して、初めて~~口腔機能管理~~計画書を作成するに当たっては、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周疾患に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成し、2回目以降の~~口腔機能管理~~計画書については、歯周**疾患**の治療の**推進**状況を踏まえたものとする。
- (4) **歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**を算定した月においては、患者に対しては、~~口腔機能管理計画書~~を提供しない場合にあっては、少なくとも1回以上の**歯科疾患及び口腔機能**の管理を行うこと。なお、当該管理を行った場合は、**その要点を診療録にその要点を記載すること。**
- (5) 「注2」に規定する**管理計画書**とは、**口腔機能の状態(咀嚼機能の状態、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況、食形態、口腔ケアに対するリスク等)及び管理方法の概要、**

保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、口腔機能管理加算の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、当該管理計画書を提出する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

(6) 口腔機能管理加算は、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、患者に対し歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に提供した場合に算定する。

(7) ~~(5)~~ 後期高齢者歯科疾患在宅療養口腔機能管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、及び口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。ただし、無歯顎の患者であって、総義歯に係る管理を行っている患者については、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該疾患に係る治療（有床義歯に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。

(8) ~~(6)~~ 「注34」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において算定する。また、その算定に当たっては、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は機械的歯面清掃を行った当該歯科衛生士の氏名に対して行った指示の内容を診療録に記載する。

(9) ~~(7)~~ 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料は算定できない。

#### C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

(1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科保険医療機関の当該主病の担当医から在宅で歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料算定による患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な総合的医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

(2) 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関においては、在宅歯科医療における全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されていること。

(3) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が次に掲げる総合的医療管理を行った場合に算定する。

また、当該医療管理料を算定する場合は、次の事項について、要点を診療録に記載すること。

イ 治療内容に関する説明内容及び同意の有無



ロ 治療前、治療中における全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）の状況

ハ 治療後における患者の体調の変化の有無（一定期間の経過観察）

ニ 患者又はその家族への説明内容（注意事項等）

(4) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき1回に限り算定できる。ただし、同一の患者について、在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した月と同一月においては、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料は算定できない。

(5) 在宅患者歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

(6) 主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

C002 救急搬送診療料

医科点数表の区分番号C004に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の例により算定する。

C004 退院前在宅療養指導管理料

医科点数表の区分番号C100に掲げる退院前在宅療養指導管理料の例により算定する。

C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

医科点数表の区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料の例により算定する。

C007 在宅患者連携指導料

(1) 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、**医科**の保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の全身の状態に関する診療情報を保険医である歯科医師に対して文書等で提供し、保険医である歯科医師が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。

(2) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された情報を基に、指導等を行った場合に、月1回に限り算定する。なお、当該指導等を**患者の**家族に対して行った場合でも算定できる。

(3) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

(4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

(5) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。

(6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交替した場合は算定できない。

#### C 0 0 8 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。
- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該指導を行った場合であっても算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに指導を行うものであること。
- (3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料は併せて合わせて算定できない。
- また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。なお、当該指導とは、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同日に行う場合には、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を合わせて算定することは可能であること。
- ~~(4) 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。~~
- (4)(5) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又はその家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (5)(6) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。
- (6)(7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

## 第3部 検査

### 通則

- 1 検査に用いた薬剤料は別に算定できるが、投薬及び注射の手技料は別に算定できない。
- 2 検査料の項に掲げられていない検査のうち、スタディモデル及び簡単な検査の検査料は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても、同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表の区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。
- 3 各区分における検査の実施に当たっては、その検査結果を診療録へ記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付すること。
- 4 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例により算定する。
- 5 咀嚼機能検査については算定できない。

### 第1節 検査料

#### D000 電氣的根管長測定検査

電氣的根管長測定検査は、電氣的抵抗を応用して根管長を測定するものであり、1歯につき1回に限り所定点数を算定する。ただし、2以上の根管を有する歯にあっては、2根管目以上については1根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

#### D001 細菌簡易培養検査

細菌簡易培養検査は、感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に、1歯1回につき算定する。なお、微生物学的検査判断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### D002 歯周組織検査

- (1) 歯周組織検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施するものである。また、2回目以降の歯周組織検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施するものである。歯周組織検査の実施については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。
- (2) 歯周基本検査及び歯周精密検査歯周組織検査の費用は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯（歯内療法、根面被覆処置を行って積極的に保存した残根を除く。）は歯数に数えない。
- (3) 歯周基本検査は、1点法以上の歯周ポケット測定及び歯の動揺度検査を行った場合に算定する。
- (4) 歯周精密検査は、4点法による歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。
- (5) 混合歯列期歯周組織検査は、混合歯列期の患者に対して、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態及び歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血の有無又は1点

法以上の歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療は、区分番号I011の1に掲げるスクレーリングにより算定する。また、混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯牙年齢等により当該検査以外の歯周組織検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上でを行い、その算定に当たっては、本区分の規定による。

~~D003 スタディモデル（1組につき）~~

- ~~(1) スタディモデルとは、患者の口腔内状況について、咬合関係、歯及び歯周組織の状態等を立体的に検査するものをいい、当該スタディモデルを用いて1口腔単位として検査を行った場合に算定し、製作されたスタディモデルには、患者氏名、製作年月日等必要事項を明記する。なお、作業模型はスタディモデルとはみなさない。~~
- ~~(2) 歯列及び咬合状態、歯肉縁上の歯冠・歯根の状態、歯の植立方向、欠損部の状態、顎堤、日蓋、小帯等の軟組織の形態等、スタディモデルを用いた検査結果を診療録に記載する。なお、スタディモデルの製作に当たっては、日本歯科医学会が作成した「スタディモデルの取扱い（平成19年11月日本歯科医学会）」を参考とすること。~~
- ~~(3) 製作したスタディモデルについては、一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。ただし、製作したスタディモデルの正面観、左右側面観、上下歯列の咬合面観等を患者氏名、製作年月日が判別できる状態でそれぞれ写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合には、スタディモデルの算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。~~
- ~~(4) 患者が持参したスタディモデルを用いて診断した場合は、算定できない。~~

D003-2 口腔内写真検査

- (1) 「口腔内写真検査（1枚につき）」は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）の「口腔内カラー写真」を参考とすること。
- (2) 口腔内カラー写真には、患者の氏名及び撮影した年月日を明記する。
- (3) フィルム代等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 撮影した口腔内カラー写真を、診療録に添付すること。

D004 平行測定（1装置につき）

平行測定検査は、ブリッジの支台歯形成に当たり、実施した場合にそれぞれ1装置について1回に限り、次の区分に従い所定点数を算定する。

- (1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合  
平行測定器を用いて支台歯間の平行関係の測定を行った場合には、「1支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」の所定点数により算定する。
- (2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合  
支台歯間の平行関係につき、模型を製作しサベイヤー等で測定した場合には、「2支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」の所定点数により算定する。なお、模型製作に要する費用は所定点数に含まれ別に算定できない。  
製作した模型については、欠損補綴が終了した日の属する月の翌月の初日から起算し



て3年を保存期間とする。ただし、製作した模型をサベイヤー等での測定結果、患者氏名及び製作年月日が判別できる状態で写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して3月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

#### D 0 0 9 顎運動関連検査

- (1) 顎運動関連検査とは、顎運動に関する一連の検査を評価したものであり、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法及びチェックバイト検査をいい、検査の種類及び回数にかかわらず、欠損補綴物一装置につき1回のみ算定とする。ただし、検査の種類・方法にかかわらず、1回の算定とすべき一連の顎運動関連検査の結果と同一の検査結果を活用して、複数の欠損補綴物を製作した場合にあって、1回の算定となる。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施すること。
- (2) 顎運動関連検査は、当該検査を実施することにより支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上のブリッジ、多数歯欠損に対する有床義歯の適切な製作が可能となる場合又は少数歯欠損において顎運動に係る検査を実施することにより適切な欠損補綴が可能となる場合に行うものである。
- (3) 下顎運動路描記法は、歯の欠損を有する患者に対して、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動路測定器を用いて、有床義歯製作時の下顎位を決定するためにマンディブラキネジオグラフを用いて行うものである。
- (4) ゴシックアーチ描記法は、上顎に対する下顎の位置が不明確な患者に対して、咬合採得時の水平的顎位を決めるためにゴシックアーチトレーサーを用いて、口外法又は口内法で描記するものである。
- (5) パントグラフ描記法は、全調節性咬合器を使用する場合にもた下顎の前方運動と側方運動を水平面と矢状面において、それぞれ連続的な運動路として描記するものである。
- (6) チェックバイト検査は、下顎の偏心運動時の歯による下顎の誘導状態が不明確な患者に対して、顔弓（フェイスボウ）を使用して顎関節に対する上顎の位置関係を記録し、ワックス等の記録材を用いて咬頭嵌合位又は中心位の他に前方位及び側方位での上下顎関係を採得した上で、上下顎模型を付着した半調節性咬合器を使用して顎路傾斜度を測定するものである。
- ~~(7) 少数歯欠損の症例において顎運動関連検査を実施した場合には、患者の咬合状態及び当該検査の必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

## 第4部 画像診断

### 通則

- 1 片側性の顎関節症で健側を対照として撮影する場合は、医科における耳・肘・膝等の対称器官と同様に、診断料、撮影料とも健側の撮影についても患側と同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。
- 2 歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則2」及び「通則3」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があつて埋伏歯に対し偏心投影を行った場合や~~う~~齶蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- ~~3 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影を行った場合又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合は、診断料及び撮影料に「通則4」に規定する加算を合算し、画像診断の費用を算定する。~~
- ~~4 デジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合における撮影料の算定方法については、「通則3」に準じて取り扱うものとする。~~
- ~~5 同一部位に対してデジタル映像化処理を伴うパノラマ断層撮影とデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を同時に行った場合は、歯科エックス線撮影に係るデジタル映像化処理の場合を除き、一連の撮影に係るデジタル映像化処理として、撮影枚数にかかわらず主たるエックス線撮影の所定点数に加算する。~~
- ~~3-6 全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものであり、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数で算定する。この場合、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。また、デジタル映像化処理についても撮影回数に応じ14回を限度として算定する。~~
- ~~4-7 全顎撮影に複数日を要した場合であっても、一連の全顎撮影として3-6と同様の方法で算定する。~~
- ~~5-8 デジタル~~撮影~~映像化処理を伴う歯科エックス線撮影とは、CCDセンサー又はイメージングプレートを用いたデジタルラジオグラフによるものをいう。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナ等でデジタル映像化処理を行った場合においてはデジタル映像化処理に伴う加算は算定できない。~~
- 6 「通則4」に規定する時間外緊急院内画像診断加算
  - (1) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、歯科医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。
  - (2) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号A000に掲げる初診料の時間外加算等における定義と同様であること。
  - (3) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。
  - (4) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は

この限りではない。

(5) 時間外緊急院内画像診断加算は他の保険医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。

(6) 緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような重篤な場合をいう。

#### 7-9 「通則5」に規定する電子画像管理加算

(1) 「通則5」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等で電子媒体に保存して管理した場合には、電子画像管理加算は算定できない。

(2) ~~10 「通則5」に規定する電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の所定点数のみ算定する。を算定した場合には、「通則4」に規定するデジタル映像化処理加算は算定できない。~~

(3) 電子画像管理加算は、他の保険医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

~~8-4~~ 「通則6」の画像診断管理加算は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

~~9-12~~ 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

~~10-13~~ 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号E301に掲げる造影剤料により算定する。

~~11-14~~ エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

## 第1節 診断料

### E000 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。
- (2) 歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。
- (3) 単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。
- (4) パナグラフィー、スタタスエックス2による場合は、診断料は「1の口 その他の場

- 合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1の口 その他の場合」により算定する。
- (5) デンタルゼロラジオグラフィー装置を用いた場合は、診断料は区分番号E000に掲げる写真診断の「1のイ その他の場合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1のイ その他の場合」により算定する。なお、フィルム料は標準型により算定する。
- (6) 単純撮影の「1の口 その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、2枚目までは所定点数により算定し、3枚目及び4枚目は「通則2」及び「通則3」により算定する。
- (7) 特殊撮影とは、断層撮影（パントモグラフィーを含む。）、立体撮影及びキモグラフィーをいう。なお、パントモグラフィーについては、歯科パノラマ断層撮影の所定点数により算定する。
- (8) 顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、顎関節疾患（発育異常、外傷、炎症、腫瘍、顎関節強直症、代謝異常、顎関節症）について、パノラマエックス線フィルム（オルソパントモ型フィルム）を使用して、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で分割撮影を行った場合は、分割数にかかわらず、一連につき、診断料は「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により算定する。
- (9) 顎関節の機能診断（下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較観察する方法）を目的とする一連の規格エックス線撮影の診断料は、「2の口 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2の口 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により算定する。
- (10) (9)の「規格エックス線撮影」は、特殊な顎関節規格撮影装置を用いて、主として各顎位（中心咬合位、安静咬合位、開口経過中の異音発生位、開口経過中の発痛位、最大開口位、後退位等）における顎関節を撮影し、異位相における関節窩と下顎頭との対応状況の変化をトレーシングペーパー上に描記したものを座標上に重ねて、下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較し経過の観察を行うものをいう。症状の変化を描記したトレーシングペーパーは診療録に添付する。
- (11) 顎関節疾患について、パノラマエックス線フィルムを使用し、パノラマ断層による分割撮影を行った場合は、顎関節を構成する骨の形態及び解剖学的な相対位置、下顎窩に対する下顎頭の位置、下顎頭の移動量等の所見を診療録に記載する。
- (12) 他の保険医療機関において撮影したフィルムについての診断料は、撮影方法別及び撮影部位別に1回に限り算定する。したがって、同一方法により同一部位に対して撮影したエックス線フィルムの診断については、撮影した枚数にかかわらず1回に限り算定する。
- (13) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1の口 その他の場合」、「2 特殊撮影」及び「3 造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50により算定する。



- (14) 第1節に掲げる診断料は、写真診断の所見を診療録に記載した場合にそれぞれの所定点数を算定する。
- (15) その他については、医科点数表の第2章第4部第1節に掲げるエックス線診断料の例により算定する。

## 第2節 撮影料

### E 1 0 0 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

- (1) 第1節診断料の区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の(1)から(10)までは、本区分についても同様であること。
- (2) 造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

### E 1 0 1 造影剤注入手技

造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

## 第3節 基本的エックス線診断料

### E 2 0 0 基本的エックス線診断料

医科点数表の区分番号E 0 0 4に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

## 第4節 フィルム及び造影剤料

### E 3 0 0 フィルム

6歳未満の乳幼児に対して撮影を行う場合は、損耗量を考慮して材料価格に1.1を乗じて算定する。

### < 画像診断の端数処理方法 >

- (1) 小数点以下の端数がある場合は、第1節診断料と第2節撮影料及び第4節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

(例) 同一部位に対し、同時にカビネ型2枚を使用して単純撮影(アナログ撮影)を行った場合

診断料 85点 + 85/2点 = 127.5点 128点

撮影料 65点 + 65/2点 = 97.5点 98点

カビネ2枚分のフィルム代 42円 × 2/10 = 8.4点 8点

請求点数 128点 + 98点 + 8点 = 234点

- (2) 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影(アナログ撮影)に限り、歯科用エックス線フィルム1枚を単位として第1節診断料、第2節撮影料及び第4節フィルム料を合算し、端数処理を行う。

(例) 1枚の場合

20点(診断料) + 25点(撮影料) + (28円/10)点(フィルム料) = 47.8点 48点

(例) 5枚の場合

48点(1枚当たりの請求点数) × 5枚 = 240点

## 第5部 投 薬

医科点数表の第2章第5部に掲げる投薬（区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）の例により算定する。

### 第5節 処方せん料

#### F400 処方せん料

- (1) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬する事は、原則として認められない。  
万一緊急やむを得ない事態が生じこのような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。
- (2) (1)にいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方せんによる投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方せんにより投薬した場合をいう。
- (3) 同一患者に対し処方せんを交付した同日に抜歯直後等の必要から屯服薬を投与する場合、当該処方料は処方せん料に含まれる。
- (4) その他については、医科点数表の区分番号F400に掲げる処方せん料（(6)、(7)を除く。）の例により算定する。

## 第6部 注射

### 通則

- 1 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第2節の薬剤料のみで算定する。
- 2 その他については、別添1の第2章第6部に掲げる通則の例により算定する。

### 第1節 注射料

医科点数表の第2章第6部第1節に掲げる注射料（医科点数表の区分番号G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、医科点数表の区分番号G005-4に掲げるカフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、医科点数表の区分番号G007に掲げる腱鞘内注射、医科点数表の区分番号G008に掲げる骨髄内注射、医科点数表の区分番号G009に掲げる脳脊髄腔注射、医科点数表の区分番号G011に掲げる気管内注入、医科点数表の区分番号G012に掲げる結膜下注射、医科点数表の区分番号G012-2に掲げる自家血清の眼球注射、医科点数表の区分番号G013に掲げる角膜内注射、医科点数表の区分番号G014に掲げる球後注射、~~及び~~医科点数表の区分番号G015に掲げるテノン氏嚢内注射 及び医科点数表の区分番号G016に掲げる硝子体内注射を除く。）の例により算定する。

## 第7部 リハビリテーション

### 通則

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

### 第1節 リハビリテーション料

#### H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

脳血管疾患等リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定できるものとする。

#### H001 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に月4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者に限っては、1日につき算定できる。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。
- (2) 摂食機能療法は、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容、使用用具等の名称等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、使用用具等の名称を記載すること。

- (3) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

#### H002 障害児(者)リハビリテーション料

障害児(者)リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できるものとする。

#### H003 がん患者リハビリテーション料

(1) がん患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

(2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、歯科医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の歯科医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、次のいずれかに該当する者をいい、当該患者の主治医である歯科医師と連携する医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

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

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

ハ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者

ニ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

(4) がん患者リハビリテーションを行う際には、歯科医師及び当該歯科医師と連携する医師の定期的な診察結果に基づき、歯科医師、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同して医科点数表の区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注に規定するリハビリテーション計画を作成していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

(5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

#### H 0 0 8 集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、医科点数表の区分番号H 0 0 8に掲げる集団コミュニケーション療法料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定できるものとする。

## 第8部 処置

### 通則

- 1 処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。
- 2 通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計で算定する。
- 3 処置の費用としては、第1節に規定してある所定点数によるほか、所定点数が120点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除いて処置に使用した特定薬剤の費用についても算定する。したがって、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、120点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第1節の処置料と第2節の特定薬剤料とを合算して算定する。この場合の薬剤については別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。
- 4 特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は1回に使用した総量の価格であって、注射液の1筒ごと等の特定単位にはこだわらない。
- 5 第1節に掲げられていない処置のうちラバーダム防湿法及び簡単な処置の費用は基本診療料に含まれ算定できないが、特殊な処置の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 6 「通則5」による6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算は、第1節の所定点数の100分の50を加算する。
- 7 「通則5」による著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 8 6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 9 「通則6」の所定点数が150点とは、各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる処置を行った場合には、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。
- 10 120点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数中に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第10部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（頤孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。  
なお、麻酔の部に規定してある区分番号K001に掲げる浸潤麻酔、圧迫麻酔については、120点以上の処置若しくは各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 11 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号M029に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
- 12 区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号I007 に掲げる根管貼薬処置及び区分番号I008に掲げる根管充填の一連の歯内療法において、



高周波療法、イオン導入法、根管拡大、根管形成、歯肉圧排、根管充填剤（材）の除去、隔壁、歯髄結石除去、根管開拡及び特定薬剤等の費用はそれぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

## 第1節 処置料

第1節の処置においては、区分番号I000に掲げるう齶蝕処置から区分番号I021に掲げる根管内異物除去の処置のために行った区分番号K001に掲げる浸潤麻酔、圧迫麻酔等の費用については、「通則7」に該当しない場合に限り各所定点数の算定単位ごとに算定する。

### I000 う齶蝕処置

(1) う齶蝕処置の費用は、1歯1回を単位として算定し、1回の処置歯数が2歯以上にわたる場合は、所定点数を歯数倍した点数により算定する。以下「1歯1回につき」等の規定のある場合の算定は、処置を行った歯数倍を乗じて算定する。

(2) 「う齶蝕処置」は、次の処置をいう。

イ う齶蝕歯の歯冠部に行った軟化象牙質の除去又は暫間充填

ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行った暫間充填

ハ 歯髄保護処置覆罩又は歯冠修復物の脱落時の再装着等を行うにあたって軟化象牙質等の除去又は燐酸セメント若しくはカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填

ニ 抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯には適切に保存処置を行い、鑄造歯冠修復により根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数を、鑄造歯冠修復の費用については区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復の「1のイ 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。また、歯科充填用材料により根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。

(3) う齶蝕処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成、区分番号M001-2に掲げるう齶蝕歯即時充填形成及び区分番号M001-3に掲げるう齶蝕歯インレー修復形成等において、軟化象牙質の検査を行った場合の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

(4) う齶蝕処置を算定する場合においては、算定部位ごとに、使用した保険医療材料名及び処置内容等を診療録に記載すること。

### I000-2 咬合調整

(1) 歯周炎疾患又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行った場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか歯数に応じて1回に限り所定点数により算定する。

(2) 過重圧を受ける歯牙の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科の保険医療機関院において製作された鑄造歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、「1 1歯以上10歯未満」



又は「2 10歯以上」のいずれかにより歯数に応じて所定点数を算定する。

- (3) 咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか歯数に応じて1回に限り所定点数により算定する。
- (4) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く。）を行った場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか所定点数を1回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に、歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載すること。
- (5) 歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療及び抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、区分番号I004に掲げる歯髄切断、区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術等の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### I001 歯髄保護処置覆罩

- (1) 歯髄保護処置（歯髄覆罩）とは、歯髄温存療法（非侵襲性歯髄覆罩）、直接歯髄保護処置（直接歯髄覆罩）及び間接歯髄保護処置（間接歯髄覆罩）をいう。
- (2) う齶窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄覆罩保護処置を行い暫間充填を行った場合は、う齶蝕処置と歯髄保護処置覆罩の所定点数をそれぞれ算定する。  
ただし、区分番号M001-2に掲げるう齶蝕歯即時充填形成、区分番号M001-3に掲げるう齶蝕歯インレー修復形成又は区分番号I004に掲げる歯髄切断を行った場合は歯髄保護処置覆罩の点数は算定できない。
- (3) ~~(2)~~ 同一歯牙に2箇所以上、例えば近心と遠心とにう齶窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置覆罩を行った場合には、同日又は日を異にして行った場合であっても、1歯1回に限り所定点数を算定する。
- (4) ~~(3)~~ 歯髄温存療法非侵襲性歯髄覆罩とは、臨床的に健康な歯髄又は可逆性歯髄炎であって、感染象牙質を全て除去すれば、露髄を招き抜髄に至る可能性のある深在性のう齶蝕を対象とするものであり、感染象牙質を残し、そこに水酸化カルシウム製剤などを貼付し、感染部の治癒を図るものであり、3月以上の期間を要するものである。本区分は、3月以上の期間内に2回程度の薬剤の貼付を行うことを含め、当該覆罩処置に係る一連の行為を包括的に評価するものであり、当該覆罩処置を行った最初の日に算定するものとする。
- (5) ~~(4)~~ 歯髄温存療法非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は、3月以上の経過観察期間を行った後に、歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して効果的に説明するとともに、その要点を診療録に記載する。~~また、診療報酬明細書の摘要欄に非侵襲性歯髄覆罩を行った年月日を記載する。~~
- (6) ~~(5)~~ 直接歯髄保護処置覆罩を行った場合は、1月以上の経過観察を行った後に歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して効果的に説明するとともに、その要点について診療録に記載

する。~~また、診療報酬明細書の摘要欄に直接歯髄覆罩を行った年月日を記載する。~~

#### I 0 0 2 知覚過敏処置

- (1) イオン導入法の費用は、知覚過敏処置の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 歯冠形成後、知覚過敏が生じた有髄歯に対する知覚鈍麻剤の塗布については、歯冠形成、印象採得、咬合採得、仮着及び装着と同時に行う場合を除き「1 3 歯まで」又は「2 4 歯以上」の所定点数により算定する。
- (3) 次のレーザー治療器を用いて、知覚過敏症の処置を行った場合は、知覚過敏処置の所定点数により算定する。

イ セミレーザー・ナノックス

ロ セミコンレーザMR - 180

ハ ヘリウム・ネオン・レーザー

ニ ベルビーム

ホ ソフトレーザー632

ヘ オサダダイオトロン(D L - S )

ト トリンブル - D

チ コンパクトレーザー

リ P A N A L A S 500

#### I 0 0 2 - 2 乳幼児う齲蝕薬物塗布処置

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

#### I 0 0 3 初期う齲蝕小窩裂溝填塞処置

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

#### I 0 0 4 歯髄切断

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

#### I 0 0 5 抜髄

- (1) 抜髄は1 歯につき1 回に限り算定する。
- (2) 抜髄は、歯髄炎等の場合に通常局所麻酔下において歯髄の除去を行った場合又は薬剤を用いて歯髄を壊死させ除去(失活抜髄)を行った場合に算定する。なお、麻酔、薬剤

の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

- (3) 抜髄の費用は、抜髄を行った歯について、抜髄が完了した日において算定する。この場合、失活抜髄の貼薬及び薬剤の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 区分番号I001に掲げる歯髄保護処置覆罩の「1 歯髄温存療法非侵襲性歯髄覆罩」を行った場合は、3月以上の経過観察を行うものであるが、やむを得ず経過観察中に抜髄を実施した場合は、「注1」に掲げる所定点数により算定する。
- (5) 区分番号I001に掲げる歯髄保護処置覆罩の「2 直接歯髄保護処置覆罩」を行った場合は、1月以上の経過観察を行うものであるが、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注2」に掲げる所定点数により算定する。

#### I006 感染根管処置

- (1) 感染根管処置とは、歯根膜炎等の場合に根管内容物の除去、根管清掃拡大等を行うことをいう。
- (2) 抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的とした根管拡大等は、根管数にかかわらず1歯につき1回に限り、「1 単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管拡大等に併せて行った消炎のための根管貼薬の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔があり、封鎖を行った場合は、区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。なお、形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。また、歯肉を剥離して行った場合は区分番号J006に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。
- (4) 感染根管処置は1歯につき1回に限り算定する。

#### I007 根管貼薬処置

- (1) 根管貼薬処置とは、根管の清拭、根管貼薬等をいう。
- (2) 区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号I008に掲げる根管充填と同時に行った根管貼薬の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 抜歯を前提とした消炎のための根管拡大後の根管貼薬は、根管数にかかわらず1歯につき1回に限り、「1 単根管」により算定する。

#### I008 根管充填

- (1) 根管充填は1歯につき1回に限り算定する。
- (2) 「注1」の加圧根管充填とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢化(根管形成)が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔外に根管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいう。なお、根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認した場合に算定する。
- (3) 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数日間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために、水酸化カルシウム系糊剤等により暫間的根管充填を行う場合は、1回に限り「1 単根管」、「2 2根管」又は「3 3根管以上」の所定点数により算定する。

ただし、「注1」の加圧根管充填に係る加算の算定はできない。なお、併せて当該歯に暫間充填を行った場合の費用は区分番号I000に掲げるう齶蝕処置により算定する。

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

#### I009 外科後処置

- (1) 口腔内より口腔外に通ずる手術創に対する外科後処置とし、「1 口腔内外科後処置」及び「2 口腔外外科後処置」を行った場合であっても、いずれかの所定点数のみを算定する。
- (2) 外科後処置とは、区分番号J047に掲げる腐骨除去手術の「2 顎骨に及ぶもの」、区分番号J010に掲げる顎堤形成術、区分番号J043に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号J003に掲げる歯根嚢胞摘出手術の「2 拇指頭大のもの」、区分番号J072に掲げる下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン(吸引ドレーン等)を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置については、基本診療料に含まれる。
- (3) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置の費用は、創傷の大小に関係なく、6歳以上の場合は区分番号J084に掲げる創傷処理の「4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)」により、6歳未満の場合は区分番号J084-2に掲げる小児創傷処理(6歳未満)の「6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)」により、それぞれ算定する。なお、区分番号J084に掲げる創傷処理又は区分番号J084-2に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置の費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

#### I009-2 創傷処置

医科点数表の区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

#### I010 歯周疾患処置

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

~~(2) 歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対する歯周疾患処置に併せて、同時に歯周基本治療を行った部位以外の部位に対して歯周疾患処置を行ったときの費用は、算定できない。ただし、歯周基本治療を行った部位について行う2回目以降の歯周疾患処置の費用は、算定できる。~~

- ~~(2)~~ (3) 歯周疾患処置を算定する歯周ポケット内への特定薬剤の注入とは、次に該当する場合をいう。なお、用法用量に従い使用した場合に限り特定薬剤料として別に算定できる。

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

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



入を行った場合。

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

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

#### I 0 1 1 歯周基本治療

- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいうものであり、歯周組織検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周組織検査が実施されていない場合は、本区分は算定できない。なお、歯周基本治療については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。
- (2) スケーリングとは、歯面に付着しているプラーク、歯石、その他の沈着物をスケーラー等で機械的に除去することをいう。
- (3) スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）を同一歯に対して同時に実施した場合においても、いずれかの所定点数により算定する。
- (4) 歯周基本治療を実施した後に同一部位に実施したスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）の費用は、所定点数の100分の~~50~~により算定する。
- (5) 2回目以降のスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）については、歯周組織検査の結果を踏まえ、その必要性、効果等を考慮した上で実施するものとする。
- (6) 区分番号 J 0 6 3 に掲げる歯周外科手術と同時に行われた歯周基本治療の費用は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

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

#### I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

- (1) 歯周病安定期治療は、区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 C 0 0 1 - ~~3~~ に掲げる 歯科疾患在宅療養管理料~~後期高齢者在宅療養口腔機能管理料~~を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。
- (2) 一時的に症状が安定した状態とは、歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる深い歯周ポケット、根分岐部病変の残存、歯の動揺が認められる状態をいう。
- (3) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周組織検査を行い、症状が一時的に安

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

- (4) 2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うこと。ただし、歯周外科手術を実施した場合であって、重度の歯周疾患を有する場合には、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。~~なお、歯周病安定期治療を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に歯周病安定期治療の内容及び実施年月日を記載する。~~
- (5) 歯周病安定期治療を開始した以降に実施した区分番号I011に掲げる歯周基本治療の費用及び、I010に掲げる歯周疾患処置及びI011-3に掲げる歯周基本治療処置の費用は、歯周病安定期治療の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、当該手術を歯周外科の実施した日以降においては、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な管理が必要であると判断されるまでの間は歯周病安定期治療の費用は算定できない。なお、歯周病安定期治療を実施した後に行う歯周外科手術は所定点数の100分の30で算定する。
- (7) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により必要があつて歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合及び暫間固定を実施した場合は、それぞれの費用は算定できる。

#### I011-3 歯周基本治療処置

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

#### I014 暫間固定

- (1) 暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治療を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）及びエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。
- (2) 「1 簡単なもの」とは、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。なお、1顎に2箇所以上行っても1回の算定とする。
- (3) 「2 困難なもの」とは、歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定をいう。なお、歯周外科手術に伴う4歯未満の暫間固定の費用は、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「3 著しく困難なもの」とは、連続鉤固定法及びレジン床固定法による暫間固定のことをいう。
- (5) 暫間固定に際して印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、副子と同様に算定する。
- (6) 暫間固定の固定源が有床義歯である場合は、「1 簡単なもの」の所定点数及び有床

義歯の費用を合算して算定する。

- (7) 歯周基本治療の際に暫間固定を行い、その後に歯周組織検査を実施し、その結果、歯周外科手術を行った場合に、当該手術後に暫間固定を行った場合は、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上のものに限り「2 困難なもの」の所定点数を算定する。
- (8) 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合は、「2 困難なもの」により算定する。
- (9) 区分番号J004-2に掲げる歯の再植術を行った場合であって、脱臼歯を暫間固定した場合には、「2 困難なもの」により算定する。
- (10) 両側下顎乳中切歯のみ萌出している患者であって、外傷により1歯のみ脱臼している場合であって、元の位置に整復固定した場合は「2 困難なもの」により算定する。なお、双方の歯が脱臼している場合に双方の歯を整復固定することは、歯科医学上認められない。
- (11) 区分番号J004-3に掲げる歯の移植手術に際して暫間固定を行った場合は、1歯につき「2 困難なもの」により算定する。
- (12) 暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「3 副子」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき装置の範囲に相当する歯数が8歯以下の場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(1) 少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は別に算定できない。
- (13) レジン床固定法及びレジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し修理した場合は、1装置につき区分番号I014-2に掲げる暫間固定装置修理の各区分の所定点数により算定する。

#### I014-2 暫間固定装置修理

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

#### I016 線副子

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

#### I017 床副子

- (1) 「1 簡単なもの」とは、次のものをいう。
  - イ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
  - ロ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

- ハ 手術にあたり製作したサージカルガイドプレート
- (2) 「2 困難なもの」とは、次のものをいう。
- イ 斜面板
- ロ 咬合挙上副子
- ハ 乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース
- ニ 固定用金属線による圍繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の高齢者  
老人や乳歯列を有する幼児などの顎骨骨髓炎において、腐骨摘出後欠損創に歯牙副子の応用ができない場合に限る。）
- ホ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のものを除く。）
- ヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除き、医科の保険  
医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。）
- (3) 「3 著しく困難なもの」とは、次のものをいう。
- イ 咬合床副子
- ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの。）
- ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科の保険  
医療機関等からの診療情報提供料に係る診療情報提供の算定に基づく場合に限る。）
- ニ 摂食機能療法に伴う舌接触補助床
- (4) 「(2)のヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除く。）」及び「(3)のハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式）」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定できる。
- (5) 咬合床副子、滑面板を顎間固定装置として用いた場合は、区分番号M003に掲げる印象採得及び区分番号M005に掲げる装着の費用は1顎を単位として別に算定できる。
- (6) 斜面板を製作する際の咬合採得は、斜面板の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロ 有床義歯」により算定する。
- (7) 咬合挙上副子の装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は1装置1回につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。ただし、区分番号M006に掲げる咬合採得の費用は算定できない。
- (8) 歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバトール式のもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のイの(2) 困難なもの」を、咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」を、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(2) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) 歯ぎしりに対する咬合床として（アクチバトール式のもの以外のもの）を製作するにあたり、区分番号M006に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「2のイの(1) 簡単なもの」により、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が簡単なもの」により算定する。



(10) 咬合床（アクチバートル式のもの）の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求については、第12部歯冠修復物及び欠損補綴物料の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

(11) 睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2の口 連合印象」を、咬合採得は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(3) 総義歯」を、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2の(3) 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

ただし、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定できる。

口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、1口腔装置につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付し、~~診療報酬明細書の摘要欄に紹介元保険医療機関名について記載すること。~~なお、医科歯科併設の病院である保険医療機関で算定した場合については、院内紹介を受けた情報提供の内容及び担当科名を診療録に記載するとともに、情報提供に係る文書を診療録に添付~~することし、診療報酬明細書の摘要欄に院内紹介を受けた担当科名を記載すること。~~

(12) 摂食機能療法に伴う舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。

(13) 舌接触補助床の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2の口 連合印象」を、咬合採得を行った場合は、区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(2) 多数歯欠損」を、装着を行った場合は、区分番号M005に掲げる装着の「2の口の(2) 多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床の所定点数には、人工歯、鉤及びバー等の費用が含まれ、別に算定できない。

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

#### I017-2 床副子調整

(1) 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、装着後1月以内に咬合床又は補助床の調整を行った場合は、1口腔1回に限り「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」により算定する。

- (2) 咬合挙上副子を装着後、咬合面にレジンを追加し調整した場合は1口腔1回につき「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。なお、咬合挙上副子の調整の費用は、月1回に限り算定できる。
- (3) 「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」及び「2 咬合挙上副子の場合」において調整を行った場合には、診療録に調整部位、調整方法等を記載した場合に限り算定できる。

#### I 0 1 7 - 3 顎外固定

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

#### I 0 1 8 歯周治療用装置

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

#### I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (1) 歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去の費用を算定できる歯冠修復物又は補綴物は、歯冠継続歯及び第12部に掲げる充填、鑄造歯冠修復、帯環金属冠、~~歯冠継続歯~~、ジャケット冠、支台築造であり、仮封セメント、ストップング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一の歯牙について2個以上の歯冠修復物(支台築造を含む。)又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物(支台築造を含む。)又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。
- (2) ポンティック(ダミー)及び歯冠継続歯破損の場合において、その一部の人工歯を撤去することにより修理可能な場合又は有床義歯の鉤を除去し調整を行うことにより義歯調整の目的が達成される場合に限り、所定点数を算定できる。
- (3) セメントの除去料は算定できない。
- (4) 鉤歯の抜歯後あるいは鉤の破損等のために不適合となった鉤を連結部から切断した場合には、修理又は床裏装を前提としても除去料を算定する。
- (5) 「2 困難なもの」の「困難なもの」とは、全部鑄造冠、当該歯牙が急性の歯髄炎若しくは歯根膜炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な鑄

造歯冠修復物の除去をいう。

- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、(5)の他、次のものをいう。
- イ 金属ピンの撤去(1本につき)
  - ロ 滑面板の撤去
  - ハ 整復装置の撤去(3分の1顎につき)
  - ニ ポンティック(ダミー)のみの除去(切断部位1箇所につき)
  - ホ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
  - ヘ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合
- (7) 「3 根管内ポストを有する鑄造体の除去」の「根管内ポストを有する鑄造体」とは、歯根の長さの3分の1以上のポストにより根管内に維持を求めるために製作された鑄造体をいう。
- (8) 根管内ポストを有する鑄造体の歯冠部が破折し、ポストのみを根管内に残留する状態にある鑄造体の除去についても、本区分の所定点数により算定する。
- ~~(9) 本区分を算定した場合は、除去した歯冠修復物又は補綴物の部位及び種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。~~

#### I 0 2 1 根管内異物除去

- (1) 当該費用を算定できる異物とは、根管内で破折したため除去が著しく困難なもの(リマー等)をいう。
- (2) 当該医療機関において行われた治療に基づく異物について除去を行った場合においては、当該点数を算定することはできない。

#### I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置(1顎につき)

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1顎1回につき算定する。なお、当該点数を算定している期間においては、区分番号B 0 1 3の2に掲げる有床義歯管理料及びB 0 1 3 - 2に掲げる有床義歯調整管理料は算定しない。

#### I 0 2 3 心身医学療法

- (1) 「心身医学療法」とは、心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの区分番号~~B 0 0 9~~に掲げる診療情報提供料(→)の算定に基づく歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療の依頼(医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書に基づく紹介)を受けて、確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して治療計画を策定し、当該治療計画に基づき身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る自律訓練法等をいう。
- (2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した歯科医師によって確定診断が可能な医科の保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。
- (3) 初診時には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時

間とは、歯科医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

- (4) 心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載し、摘要欄には確定診断を行った医科の保険医療機関名（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。

例 「舌痛症（心身症）」

- (5) 心身医学療法を行った場合は、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの診療情報提供料に基づき文書（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書）を添付するとともに、治療の方法、内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録に記載する。
- (6) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (7) 入院精神療法、通院精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

#### I 0 2 4 鼻腔栄養（1日につき）

医科点数表の区分番号 J 1 2 0 に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

#### I 0 2 5 酸素吸入（1日につき）

医科点数表の区分番号 J 0 2 4 に掲げる酸素吸入の例により算定する。

#### I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき）

- (1) 高気圧酸素治療は、次の疾患に対して行う場合に限り、1日につき所定点数を算定する。
- イ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
  - ロ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
  - ハ 皮膚移植又は皮弁移植
  - ニ 口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髓炎又は放射線壊死
- (2) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものについては、1日につき区分番号 I 0 2 5 に掲げる酸素吸入により算定する。
- (3) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考とすべきものである。
- (4) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (5) 高気圧酸素治療に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号 I 0 8 2 に掲げる酸素加算により算定する。

#### I 0 2 7 人工呼吸

- (1) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみによ



- り算定する。
- (2) 人工呼吸と医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号D 2 2 3に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号D 2 2 5 - 2に掲げる非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

#### I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

- (1) 術後専門的口腔衛生処置は、「注」に規定する手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 主治の歯科医師は、術後専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士に指示した内容を診療録に記載すること。また、当該処置を行った歯科衛生士は、歯科衛生士業務記録簿に当該処置内容を記録すること。

### 第2節 処置医療機器等加算

#### ~~I 0 8 1 周辺装置加算~~

- ~~(1) 周辺装置加算は、著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。なお、同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれかの加算を算定する。ただし、歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。~~
- ~~(2) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、歯科訪問診療料を算定しない場合であって、本区分に掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携帯し、処置等を行った場合は、本区分により算定する。~~

#### I 0 8 2 酸素加算

医科点数表の区分番号J 2 0 1に掲げる酸素加算の例により算定する。

### 第3節 特定薬剤料

#### I 1 0 0 特定薬剤

- (1) 1回の処置に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1回の処置又は手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円（4点）以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。
- (3) (1)及び(2)でいう1回の処置とは、処置の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を1回とする。
- (4) 歯科用フラジオマイシン貼布剤は、歯科領域における抗生物質の使用基準の第3適応

症並びに標準的使用法及び量の項のうち、「4 抜歯創（抜歯後の疼痛症を含む。）」及び「12 手術（手術後の処置の場合に限る。）」について使用する。なお、抜歯創に対する使用は、貼布剤1枚を標準とし、その他の適応症に際しては必要の限度において使用する。

- (5) テトラ・コーチゾン軟膏及びチヒドリン軟膏の使用量は、テラ・コートリル軟膏の場合と同様とする。
- (6) プレステロン軟膏及び~~テラ・コートリル軟膏~~を~~は~~抜歯窩に使用することは、軟膏の基剤が吸収されずに異物として残り~~治癒機転を妨げる~~ので、歯科医学的に妥当ではない。
- (7) 薬価基準第4部歯科用薬剤、外用薬(1)に記載されている薬剤のうち、軟組織疾患に使用する薬剤を外用薬として投与することは、歯科医師が自ら貼薬しなければ薬効が期待できない場合を除き認められる。
- (8) 智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤(パック)の費用は算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合に限り特定薬剤として算定できる。ただし、ドライソケットの場合はこの限りではない。

#### 第4節 特定保険薬剤料

##### I 2 0 0 特定保険医療材料料

特定保険医療材料は、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成22年厚生労働省告示第84号）の別表 及び に規定する特定保険医療材料により算定する。

## 第9部 手術

### 通則

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

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合(特定薬剤にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。)は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤の費用を算定できる。
- 6 「通則3」は、第1節に掲げられていない特殊な手術であって、同節に掲げられている手術のうち、最も近似する手術の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。なお、歯肉息肉除去手術及び簡単な手術の費用は基本診療料に含まれ算定できない。
- ~~7-6~~ 「通則5」による~~6-5~~歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算及び「通則6」による極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児に対する加算は、第1節の手術料の所定点数のみに対する加算である。
- ~~8-7~~ 「通則5」における著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものであり、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。
- ~~9-8~~ 「通則5」における加算において~~6-5~~歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- ~~10-9~~ 「通則5」、「通則6」及び「通則9」の適用範囲は、第1節の手術料に定める手術のみであって、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤料及び特定保険医療材料料に対しては適用されない。
- ~~11-10~~ この部における「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

- 12~~41~~** 「通則 8」の加算は、H I V - 1 抗体価 (ウエスタンブロット法) 精密測定~~若しくは~~ H I V - 2 抗体価 (ウエスタンブロット法) 精密測定によって H I V 抗体が陽性と認められた患者又は H I V - 1 核酸同定検査によって H I V - 1 核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に 1 回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- 13~~42~~** 「通則 9」の入院中の患者以外に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 14~~43~~** 「通則 9」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 15~~44~~** 「通則 9」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則 9」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則 5」の加算の取扱いと同様である。
- 16~~45~~** 緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に 1 日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術を行った場合においては時間外等の加算は認められない。
- 17~~46~~** 「通則 9」にいう「所定点数が 150 点」とは、各区分に規定してある所定点数が 150 点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる手術を行った場合には、個々の所定点数が 150 点に達しなくとも、それらの合算点数が 150 点以上のときは加算が認められる。
- 18~~47~~** 歯科領域における緊急疾病の場合（時間外）、例えば外傷時における手術で 2 本以上の歯を抜歯する場合であって、全体として一体と考えられる手術を行う場合においては、それぞれの抜歯の所定点数が 150 点に達しなくても、各抜歯の所定点数の合算点数が 150 点以上のときは、「通則 9」の加算が認められる。
- 19~~48~~** 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。
- 20~~49~~** 「通則 10」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に 1 回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- イ 感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）
  - ロ H B s 又は H B e 抗原精密測定によって抗原が陽性と認められた B 型肝炎患者
  - ハ H C V 抗体価 (定性、定量) 精密測定又は ~~H C V 抗体価検査~~によって H C V 抗体が陽性と認められた C 型肝炎患者
  - ニ 微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者
- 21~~20~~** 「通則 12」でいう「特に規定する場合」とは、各区分における手術名の末尾に両側と記入したものを指す。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片



側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定できる。

2224 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号M029に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

23 「通則13」の神経移植術とは区分番号J101に掲げる神経移植術をいう。

2422 「通則13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号J000に掲げる抜歯手術から区分番号J004-3に掲げる歯の移植手術を単独で行う場合については、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定を行うものとする。

2523 同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行った場合は、主たる手術の所定点数により算定し、従たる手術においては診療録に手術の名称、手術の内容、部位等を記載すること。

2624 第9部に規定する以外の項目については、医科点数表の第2章第10部に掲げる手術の例により算定する。

## 第1節 手術料

### J000 抜歯手術

(1) 抜歯の費用は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

(2) 歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号J073に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合には、区分番号K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

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

~~(4) 歯周疾患を原因とせず髓床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分岐部の病変に対して、歯根分割を行い分岐部病変の搔爬を行って歯の保存を図った場合は、1歯につき「3 臼歯」により算定する。~~

(4)~~(5)~~ 「4 難抜歯」とは、歯根肥大、骨の癒着歯等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合をいう。高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯にあたり注意を要する抜歯については、「4 難抜歯」に含まない。

(5)~~(6)~~ 難抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合における費用は、難抜歯の所定点数により算定する。

~~(7) 当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、抜歯窩より行う場合は、「4 難抜歯」の所定点数により算定する。また、犬歯窩を開さくして除去する場合は、区分番号J086に掲げる上顎洞開窓術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎等へ陥入した歯の除去に要する費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。~~

(6)~~(8)~~ 「5 埋伏歯」とは、骨性の完全埋伏歯又は歯冠部が3分の2以上の骨性埋伏である水平埋伏智歯をいう。

~~(7)(9)~~ 埋伏智歯の抜去に際し、第二大臼歯を抜去したのち当該埋伏智歯を抜去し、第二大臼歯を再植する術式は妥当でないので認められない。

~~(8)(10)~~ 埋伏智歯の隣接歯牙を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯牙が難抜歯であるときは当該隣接歯牙について、難抜歯の所定点数により算定する。

~~(11)~~ 当該保険医療機関において行った治療に基づかない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術に要する費用は区分番号J015に掲げる口腔底腫瘍摘出術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行った治療に基づく場合は当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

~~(9)(12)~~ 抜歯の際、局所麻酔と併せて使用した抗生物質製剤の注射については、第6部注射の費用の算定方法により算定する。この場合の局所麻酔の費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。~~その場合、抜歯を中止したことを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。~~

#### J000-2 歯根分割掻爬術

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

#### J000-3 上顎洞陥入歯除去術

(1) 「1 抜歯窩より行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、抜歯窩より行った場合に算定する。

(2) 「2 犬歯窩開さくによる場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、犬歯窩を開さくして行った場合に算定する。

(3) 当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎等へ陥入した歯の除去に要する費用は、区分番号J000に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J001 ヘミセクション（分割抜歯）

(1) 複根歯において必要があつて保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合の費用は、所定点数により算定する。

(2) ヘミセクション（分割抜歯）と同時に歯肉を剥離して、歯槽骨整形手術等を行った場合の費用は、ヘミセクション（分割抜歯）の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J002 抜歯窩再掻爬手術

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

#### J003 歯根嚢胞摘出手術

(1) 歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは、当該歯根嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。

(2) 歯根嚢胞摘出手術と歯槽骨整形手術を同時に行った場合は、当該歯槽骨整形手術の費用は、歯根嚢胞摘出手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J004 歯根端切除手術（1歯につき）

- (1) 歯根端切除手術は1歯単位に算定する。また、歯根端切除手術と同時にを行った根管充填については別に算定できる。
- (2) 歯根端切除手術を行うに際して、歯根端切除部の根管の閉鎖を行った場合の費用は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 次の手術は認められない。
  - イ 乳歯に対する歯根端切除手術
  - ロ 歯冠修復物のある歯の歯根端切除手術を行った際における、根尖孔にレジン充填を行う術式
  - ハ 歯根端搔爬手術
- (4) 当該保険医療機関において行った治療に基づかない、根管外に突出した異物又は顎骨内に存在する異物等を、骨の開さくを行って除去した場合は、同一の骨の開さくにおいて除去した異物の数にかかわらず、1回につき本区分の所定点数で算定する。なお、歯根端切除手術と同時にを行った顎骨内異物除去の費用は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (5) 歯内治療では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大白歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に部位及び算定の理由を記載し、本区分により算定する。~~また、診療報酬明細書の摘要欄に部位及び算定の理由を記載すること。~~なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

#### J 0 0 4 - 2 歯の再植術

- (1) 外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。
- (2) 歯の再植術と併せて、同時に行った抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄及び区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填~~のに掲げる~~所定点数に限り別に算定できる。
- (3) 幼若永久前歯の外傷性歯牙脱臼時に歯の再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合には歯内療法に係る費用は別に算定できる。
- (4) 診療録に、手術部位及び再植の理由を記載する。

#### J 0 0 4 - 3 歯の移植手術

- (1) 保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から抜歯と同時に抜去した埋伏歯又は智歯を抜歯と同時に移植した場合に限り算定する。
- (2) 歯の移植手術と一連で行った抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄及び区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填に掲げる所定点数に限り別に算定できる。
- (3) 診療録に、手術部位及び移植の理由を記載する。

#### J 0 0 6 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

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

#### J 0 0 7 顎骨切断端形成術

顎骨腫瘍の摘出等を行い、治癒後に口蓋補綴、顎補綴を行うに当たり顎骨断端の鋭縁等の整形手術を行った場合に算定する。

#### J 0 0 8 歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む）

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

#### J 0 0 9 浮動歯肉切除術

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

#### J 0 1 0 顎堤形成術

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

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

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

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

(5) 顎堤形成術の所定点数には、手術のために使用する床の製作に要する費用を含むものであるが、義歯を作成して手術のために使用した場合は別に有床義歯の所定点数を算定する。

#### J 0 1 1 上顎結節形成術

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

#### J 0 1 2 おとがい神経移動術

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

#### J 0 1 3 口腔内消炎手術

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

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

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

(4) 本区分の算定に当たっては、部位、症状及び術式を診療録に記載すること。なお、切

開排膿を行った場合の術式については、切開線の長さを記載する。

#### J 0 1 5 口腔底腫瘍摘出術

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

#### J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術

(1) 「口腔底迷入下顎智歯除去術」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術を行った場合に算定する。

(2) 当該保険医療機関において行った治療に基づく場合は、J 0 0 0 に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術

(1) 口腔底悪性腫瘍手術その他の悪性腫瘍手術の加算の対象となる頸部郭清術（ネックディセクション）とは、単なる病変部のリンパ節の清掃ではなく、片側又は両側の頸部領域組織の徹底的な清掃を行う場合をいう。

(2) 他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清の加算は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、単独に行った場合は、医科点数表の区分番号 K 6 2 7 に掲げるリンパ節群郭清術の「2 頸部（深在性）」により算定する。

#### J 0 1 7 舌腫瘍摘出術

「舌腫瘍摘出術」とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

#### J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術

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

#### J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術

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

#### J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

#### J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術

(1) ~~頬~~頬、口唇、舌小帯形成術~~は~~は、次の場合に算定する。

イ 頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合

ロ 頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合

ハ 小帯等を切除して開窓術を行った場合

ニ ピエール・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合

(2) (1) に掲げる手術を、複数の小帯に対して行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

#### J 0 3 0 口唇腫瘍摘出術

「口唇腫瘍摘出術」とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

#### J 0 3 3 頬腫瘍摘出術

(1) ~~頬腫瘍摘出術~~とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

(2) 下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔外より摘出を行った場合は、本区分により算定する。



#### J 0 3 4 頬粘膜腫瘍摘出術

「頬粘膜腫瘍摘出術」とは、頬粘膜に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

#### J 0 3 6 術後性上顎嚢胞摘出術

「2 篩骨蜂巣に及ぶもの」とは、術後性上顎嚢胞摘出術のうち、手術の範囲が篩骨蜂巣にまで及ぶものをいう。

#### J 0 3 7 上顎洞口腔瘻閉鎖術

- (1) 「2 困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。
- (2) 上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術については、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。
- (3) 「3 著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の製作・移動術及び口腔粘膜移植術の費用は「3 著しく困難なもの」の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「3 著しく困難なもの」について植皮術を併せて行った場合は区分番号 J 0 8 9 に掲げる全層一分層植皮術、J 0 8 9 - 2 に掲げる全層植皮術又は区分番号 J 0 9 0 に掲げる皮膚移植術（生体・培養）の所定点数を合算して算定する。
- (5) 「3 著しく困難なもの」について、口腔粘膜弁及び口腔粘膜移植以外の区分番号 J 0 9 1 に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術から区分番号 J 0 9 7 に掲げる粘膜移植術までの手術を併せて行った場合は主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50を加算して算定する。
- (6) 腫瘍摘出等により上顎洞又は鼻腔に比較的大きな穿孔を生じた場合の閉鎖術は「3 著しく困難なもの」により算定する。
- (7) 埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、後日二次的に創腔の閉鎖を行った場合は、「1 簡単なもの」により算定する。

#### J 0 4 1 下顎骨離断術

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

#### J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

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

#### J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

- (1) 「顎骨腫瘍摘出術」とは、顎骨内に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。
- (2) 萌出困難な歯牙に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合は、「1 長径3センチメートル未満」により算定する。
- (3) 顎骨腫瘍摘出術と同時に行った原因歯の抜歯手術に要する費用は、顎骨腫瘍摘出術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 濾胞性歯嚢胞の摘出とともに原因歯の抜去を行った場合の抜歯手術の費用は、顎骨腫

瘍摘出術の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J 0 4 4 顎骨嚢胞開窓術

鶏卵大に達した歯根嚢胞を摘出する手術を行った場合は、本区分の所定点数により算定する。

#### J 0 4 5 口蓋隆起形成術

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

#### J 0 4 6 下顎隆起形成術

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

#### J 0 4 7 腐骨除去手術

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

#### J 0 4 8 口腔外消炎手術

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

#### J 0 5 3 唾石摘出術

- (1) 「1 表在性のもの」とは、導管開口部分付近に位置する唾石をいう。
- (2) 「2 深在性のもの」とは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。
- (3) 外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものについては、「2 深在性のもの」により算定する。

#### J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

~~耳下腺腫瘍摘出術~~とは、耳下腺に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

#### J 0 6 3 歯周外科手術(1歯につき)

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬術及び歯周組織再生誘導手術をいう。なお、歯周外科手術の実施にあたっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」(平成~~19~~~~4~~~~9~~年~~11~~~~4~~~~4~~月日本歯科医学会)を参考とすること。
- (2) 歯周外科手術と同時に行われる区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) ~~歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、歯肉剥離搔爬術及び歯周組織再生誘導手術においては、縫合又はパットの費用はそれぞれの所定点数に含まれる。~~
- (4) 「注~~4~~~~2~~」の「簡単な暫間固定」とは、固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。
- (5) 歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定の費

用は、歯周外科手術とは別に区分番号I 0 1 4に掲げる暫間固定の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。

- (6) 暫間固定に当たって印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 副子」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき、装置の範囲に相当する歯数が8歯以下の場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2の口の(1) 少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2の口の(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2の口の(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合には1装置につき区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定できる。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。
- (7) 歯肉剥離掻爬手術と併せて、区分番号J 0 6 3 - 2に掲げる骨移植術(軟骨移植術を含む。)を行った場合は、歯肉剥離掻爬手術及び区分番号J 0 6 3 - 2に掲げる骨移植術(軟骨移植術を含む。)のそれぞれの所定点数を併せて算定する。
- (8) 「5 歯周組織再生誘導手術」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき、根分岐部病変又は垂直性骨欠損を有する歯に対して、吸収性膜又は非吸収性膜の固定を行った場合に、「イ 1次手術」の所定点数により算定する。また、「イ 1次手術」において、非吸収性膜を使用した場合であって、一定期間の経過観察後、非吸収性膜を除去した場合においては、「ロ 2次手術」の所定点数により算定する。なお、歯周組織再生材料料は、別に算定する。
- (9) 「5 歯周組織再生誘導手術」は、エックス線撮影等により得られた術前の対象歯の根分岐部病変又は垂直性骨欠損の状態、手術部位、手術内容及びその他療養上特記すべき事項について、診療録に記載した場合に算定する。
- (10) 「5 歯周組織再生誘導手術」を算定した場合は、「4 歯肉剥離掻爬手術」は別に算定できない。
- (11) 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数の100分の30により算定する。
- (12) 「注5」に規定する加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。

#### J 0 6 3 - 2 骨移植術(軟骨移植術を含む)

- (1) 「1のイ 簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (2) 「1のロ 困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (3) 「2 同種骨移植」とは、同種骨移植をいい、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。



- (4) 骨移植術を行った場合は、他の手術の所定点数に骨移植術の所定点数を併せて算定できる。なお、骨移植術の所定点数には、骨片切採術の手技料は含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があつて2箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該採取にかかる手技料は別に算定できない。
- (5) 移植術は、採取した骨片を複数箇所に移植した場合も、1回の算定とする。
- (6) 「1 自家骨移植」の「1 困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、本区分を算定せず、区分番号J063-3に掲げる骨（軟骨）組織採取術を算定する。
- (7) 自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「1の1 困難なもの」により算定する。
- (8) 同種骨移植を行うにあたっては、日本整形外科学会の作成した「整形外科移植に関するガイドライン」及び「冷凍ボーンバンクマニュアル」等のガイドラインを参考に、適切に行われることが望ましい。

#### J063-3 骨（軟骨）組織採取術

区分番号J063-2に掲げる骨移植術の「1の1 困難なもの」の実施にあたり、骨片採取のみに終わり骨移植に至らなかった場合に限り算定する。

#### J064 歯肉歯槽粘膜形成手術

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

#### J 0 6 6 齒槽骨骨折観血的整復術

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

#### J 0 6 9 上顎骨形成術

(1) 「単純な場合」とは上顎骨發育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症、過蓋咬合症等に対し、Le Fort 型切離 又は上顎骨部分切離により移動を図る場合をいう。

(2) 「複雑な場合及び2次的再建の場合」とは同様の症例に対し、Le Fort 型又はLe Fort 型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し2次的骨性再建を行う場合をいう。

#### J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術

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

#### J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術

下顎骨折非観血的整復術の「注」の加算は三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数中に含まれ別に算定できない。

#### J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術

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

#### J 0 7 3 口腔内軟組織異物（人工物）除去術

(1) 「簡単なもの」とは異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る ~~かかる~~費用は、「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。

(2) 「困難なもの」とは除去に当たって組織の剥離を必要とするものをいう。

(3) 「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。

(4) 口腔内軟組織異物（人工物）除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を1回に限り算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。

(5) 「1 簡単なもの」、「2 困難なもの」及び「3 著しく困難なもの」のうち、2以上を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

(6) 口腔組織にささっている魚骨を除去した場合の費用は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

#### J 0 7 4 顎骨内異物（挿入物 を含む。）除去術

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

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

#### J 0 7 5 下顎骨形成術

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

#### J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

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

#### Ｊ０７７ 顎関節脱臼非観血的整復術

顎関節脱臼非観血的整復術は、片側につき、所定点数を算定する。

#### Ｊ０８０ 顎関節授動術

- (1) 徒手的授動術（パンピングを併用した場合）とは顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。

なお、この場合において関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号Ｇ００７に掲げる関節腔内注射又は区分番号Ｇ００８に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。

- (2) 癥痕性顎関節強直症に対する手術の費用は「３ 開放授動術」により算定する。  
(3) 筋突起過長による顎運動障害等で、筋突起形成術を行った場合の費用は「３ 開放授動術」により算定する。

#### Ｊ０８２ 歯科インプラント摘出術

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

#### Ｊ０８３ 顎骨インプラント摘出術

- (1) 「顎骨インプラント」とは、腫瘍摘出後等による顎骨欠損に対して埋植した人工骨及び人工骨頭等の欠損補綴用人工材料（体内）をいう。  
(2) 埋植した顎骨インプラントを感染による化膿や破折等の理由で、やむを得ず摘出した場合に行った顎骨インプラント摘出術は算定できる。ただし、当該医療機関において行われた治療に基づく異物（骨折手術に用いられた金属内副子等を除く。）について除去を行っても区分番号Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術、区分番号Ｊ０７４に掲げる顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術及び区分番号Ｊ０８２に掲げる歯科インプラント摘出術においては、所定点数は算定できない。

#### Ｊ０８４ 創傷処理

- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことである。  
(2) 創傷が数か箇所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。  
(3) 「注２」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下（足底部を除く。）をいう。  
(4) 「注３」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定できる。  
(5) 当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時にを行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時にを行った場合はこの限りではない。  
(6) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置の費用は「４ 筋肉、臓器に達しないもの（長径５セ

ンチメートル未満)」により算定する。

(7) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

#### J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）

(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことである。

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

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

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

(5) 当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

(6) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置の費用は「6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）」により算定する。

(7) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術（顔面創傷等の場合）の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

#### J 0 8 5 デブリードマン

(1) 区分番号J 0 8 9に掲げる全層、分層植皮術から区分番号J 0 9 7に掲げる粘膜移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

(2) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮等の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄診療録に記入する。

(3) 「注2」の深部デブリードマン加算は、(2)でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。

(4) ~~(3)~~ 当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 0 8 6 上顎洞開窓術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 0 8 7 上顎洞根治本手術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合



はこの限りではない。

#### J 0 8 8 リンパ節摘出術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 0 8 9 分層植皮術及び J 0 8 9 - 2 全層植皮術

デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）

(1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。

(3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。~~なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。~~

~~(4) 死体皮膚を移植する場合においては、死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。~~

(4) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

#### J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体）

(1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(3) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

#### J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

~~区分番号 J 0 9 3 に掲げる~~遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うにあたり、微小血管自動縫合器を使用した場合、医科点数表の区分番号 K 9 3 6 - 3 に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

#### J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

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

#### J 0 9 8 血管結紮術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

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

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

#### J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

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

#### J 1 0 1 神経移植術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

#### J 1 0 2 交感神経節切除術

- (1) 疼痛等に対して、眼窩下孔部又はおとがい孔部で末梢神経遮断（挫滅又は切断）術を行った場合に算定する。
- (2) おとがい孔部における末梢神経遮断（挫滅又は切断）術と同時に行ったおとがい孔閉鎖に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

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

#### J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術

(1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。\_\_

(2) 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。\_\_

イ 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。\_\_

ロ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同意元素の薬剤料は、区分番号 J 2 0 1 に掲げる薬剤により算定する。\_\_

ハ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第14部病理診断の所定点数

により算定する。

#### J 1 0 5 瘻痕拘縮形成手術

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

#### J 1 0 6 気管切開術

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

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

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

#### J 1 0 7 気管切開孔閉鎖術

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

#### J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

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

### 第2節 輸血料

#### J 2 0 0 輸血

医科点数表の区分番号 K 9 2 0 に掲げる輸血の例により算定する。

#### J 2 0 0 - 2 輸血管理料

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

### 第3節 手術医療機器等加算

#### ~~J 2 0 0 - 3 周辺装置加算~~

~~(1) 周辺装置加算は、著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。なお、同時にエアータービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれかの加算を算定する。ただし、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。~~

~~(2) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、歯科訪問診療料を算定しない場合であって、本区分に掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携行し、処置等を行った場合は、本区分により算定する。~~

#### J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

(1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できな

い。

- (2) ナビゲーションによる支援とは、手術前又は手術中に得た画像を手術の一過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによる支援とは、手術前又は手術中に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

#### 第4節 薬剤料

##### J201 薬剤

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

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

#### 第5節 特定薬剤料

##### J300 特定薬剤

- (1) 1回の手術に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1回の手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円以下の場合、特定薬剤料は算定できない。
- (3) (1)でいう1回の手術とは、手術の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を1回とする。
- (4) 特定薬剤における生理食塩水及びアクリノールは、当該手術を行うに当たり入院を必要とする手術を行った際に、当該手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合に限り、当該手術の所定点数の他、その費用を算定する。
- (5) その他については、区分番号I100に掲げる特定薬剤の(4)から(8)の例により算定する。

#### 第6節 特定保険医療材料

##### J400 特定保険医療材料

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



## 第10部 麻 酔

### 通則

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

### 第1節 麻酔料

#### K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔

- (1) 第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成の所定点数には、浸潤麻酔の費用が含まれ別に算定できない。
- (2) う齲蝕症又は象牙質知覚過敏症等の歯に対する所定点数が120点未満の処置に浸潤麻酔を行った場合の費用は、術野又は病巣を単位として所定点数により算定する。

#### K002 吸入鎮静法

- (1) 吸入鎮静法は、笑気等を用いてゲーデルの分類の麻酔深度の第1期において歯科手術等を行う場合に算定する。
- (2) 吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用の算定については、別に定める「酸素及び窒素の価格」（平成2年厚生省告示第41号~~平成20年厚生労働省告示第60号~~）に基づき算定する。
- (3) 酸素又は窒素の価格は、区分番号I025に掲げる酸素吸入及び医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注3~~(6)~~のアの例により算定する。

#### K003 静脈内鎮静法

- (1) 静脈内鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象として、薬剤を静脈内投与することにより鎮静状態を得る方法であり、歯科手術等を行う場合に算定する。

- (2) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、「[歯科診療における静脈内鎮静法ガイドライン](#)」(平成21年9月日本歯科医学会)を参考にし、術前、術中及び術後の管理を十分に行い、当該管理記録を診療録に添付することを要す。
- (3) 静脈内鎮静法を算定した場合は、区分番号K002に掲げる吸入鎮静法に係る費用は別に算定できない。
- (4) 静脈内鎮静法において用いた薬剤に係る費用については、別途算定できる。
- (5) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、緊急時に適切な対応ができるよう、あらかじめ医科の保険医療機関と連携していること。

## 第2節 薬剤料

### K100 薬剤

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

## 第11部 放射線治療

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

## 第12部 歯冠修復及び欠損補綴

### 通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第1節中の各区分の注に「保険医療材料を含むものとする。」等と規定されているものを除き、第1節の各区分の所定点数に第3-2節の保険医療材料を合算して算定する。
- 2 歯冠修復及び欠損補綴を行った場合の費用の算定は、一連の歯冠修復及び欠損補綴の所定点数を併せて算定できる。
- 3 印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着については、それぞれの診療行為を行った際に算定する。
- 4 歯冠修復の当日に行うう齶蝕処置の費用については、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 5 ~~歯冠継続歯~~、有床義歯、ブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下同じ。）等において人工歯を使用した場合の当該人工歯の費用は人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は1組として、片側の場合は2分の1組として、それぞれ人工歯材料として算定する。
- 6 「通則3」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴であっても、この部に規定している歯冠修復及び欠損補綴のうち、最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。
- 7-6 「通則4」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算は、第1節の所定点数の100分の50を加算する。
- 8-7 「通則4」の著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 9-8 6-5歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合（100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。
- 10-9 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、特定薬剤等の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- 11-10 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）及び区分番号M029に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
- 12-11 「通則7」でいう検査とは、区分番号D004に掲げる平行測定から区分番号D009に掲げる顎運動関連検査までをいう。
- 13-12 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ補綴物維持管理料（補綴物維持管理料）の「注1」に係る地方厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行い装着した場合については、当該歯冠補綴物及びブリッジ等に係る補綴関連検査、歯冠修復及び欠損補綴に係る一連の費用の所定点数の100分の70に相当

する点数により算定する。また、当該歯冠補綴物等の製作に先立ち区分番号I008に掲げる根管充填を行った場合であっても、区分番号I008に掲げる根管充填の「注1」の加圧根管充填に係る加算の費用は算定できない。

**1443** 保険給付外診療で製作された歯冠修復物及び欠損補綴物であって、後日、脱落した際の再装着の費用及び破損した場合の修理の費用は保険給付の再装着、修理と同一の場合であっても保険給付の対象には認められない。なお、他院で製作された歯冠修復物及びブリッジであって、装着後、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の「注2」に規定する期間に相当する期間を経過したものについてはこの限りではない。

**1544** 有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合には、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、製作された区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるパーにあつては、各区分の所定点数並びに特定保険医療材料である人工歯の費用の請求を行うことができるものとする。また、区分番号M007に掲げる仮床試適、区分番号M005に掲げる装着の費用は算定できない。なお、請求に当たっては、試適の予定日から起算して1月以上経過した上で行うものとする。ただし、患者が死亡した場合であつて死亡が明らかな場合は、この限りでない。

**1645** 患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であつて支台築造物、鑄造歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、パー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着ができない場合は診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるパーの各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。また、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。なお、請求に当たっては、装着の予定日から起算して1月以上経過した上で行うものとする。ただし、患者が死亡した場合であつて死亡が明らかな場合は、この限りでない。

**1746** 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M



015に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）の各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。

1847 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの装着を行う場合は、前記に掲げる各区分に係る費用は別に算定できない。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

1948 火災等のために試適又は装着する前に消失した歯冠修復物及び欠損補綴物については、診療報酬として請求できない。

## 第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

### M000 補綴時診断料

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

### M000 - 2 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料

- (1) クラウン・ブリッジ補綴物の維持管理を実施する保険医療機関は、クラウン・ブリッジの補綴物維持管理を開始する前月までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。なお、届出を行う場合には、「特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の様式81を用いること。
- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラ

ウン・ブリッジ補綴物維持管理の対象としない。

- (3) 「注1」に規定する文書とは、当該補綴物維持管理の対象となる補綴物ごとに、保険医療機関名、開設者名、装着日、クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の趣旨、補綴部位等を明記したものをいう。なお、患者に対しクラウン・ブリッジ補綴物維持管理に係る説明を行い、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に限り算定できる。ただし、同一日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の補綴物維持管理料に係る文書に集約して記載し、患者に対して提供しても差し支えない。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (4) 「注2」の「補綴関連検査」とは、区分番号D004に掲げる平行測定及び区分番号D008に掲げる顎運動関連検査に定める各検査をいう。
- (5) クラウン・ブリッジ補綴物維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して、充填を行った場合の一連の費用は当該補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (6) クラウン・ブリッジ補綴物維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが離脱した場合の再装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、再度の装着に使用した装着材料料については、別に算定できる。なお、再度の装着を行った場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に再度の装着を行った歯の部位、再度の装着日を記載すること。
- (7) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して1年を経過した日以降2年を経過した日までの間に、外傷、腫瘍等によりやむを得ず隣在歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合には、その理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、その判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが区分番号D003に掲げるスタディモデルに準ずるが、添付フィルム又はその複製については区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

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

#### M001 歯冠形成

- (1) 歯冠形成は、同一歯牙について、1回に限り歯冠形成が完了した日において算定する。なお、簡単な支台築造の費用、歯冠形成に付随して行われる麻酔等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 歯冠形成完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔の費用は別に算定できる。
- (3) 「1 生活歯歯冠形成」の所定点数には歯冠形成に付随して行われる処置等の一連の費用は含まれるが、歯冠修復物の除去を行った場合の除去の費用は別に算定できる。
- (4) 「1のイ 鑄造冠」及び「2のイ 鑄造冠」の鑄造冠とは、全部鑄造冠、前装鑄造冠、

前歯の4分の3冠及び臼歯の5分の4冠をいう。

- (5) 「1のイ 鑄造冠」とは、全部鑄造冠、前装鑄造冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠等、全部鑄造冠方式又は全部鑄造冠に準ずる方式で製作する鑄造歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、4面又は5面の鑄造歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。
- (6) 「1のロ ジャケット冠」及び「2のロ ジャケット冠」のジャケット冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠をいう。
- (7) 「注1」に規定する接着ブリッジとは、いわゆる従来型ブリッジと同様に支台装置、ポンティック、連結部より構成されるが、支台歯のうち少なくとも1歯（以下「接着ブリッジ支台歯」という。）の切削をエナメル質にとどめ、咬合力に対する抵抗形態、脱離力に対する維持形態を付与し、接着性レジンを用いて支台歯に支台装置を装着するものをいう。
- (8) 接着ブリッジ支台歯に対する冠（以下「接着冠」という。）に係る歯冠形成は、「1のイ 鑄造冠」の前歯の4分の3冠に準じて算定する。
- (9) メタルコアで支台築造を行った前装鑄造冠、全部鑄造冠及びジャケット冠に係る失活歯歯冠形成に限り所定点数に「注2」又は「注3」の加算を加算する。
- (10) 「3 窩洞形成」の窩洞形成は1歯単位に算定する。したがって、同一歯牙に2箇所以上の窩洞の形成を行った場合も、窩洞の数にかかわらず所定点数を1回のみ算定する。
- (11) 「注5」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のための齶蝕除去及び窩洞形成が可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。
- (12) 「注5」の加算は、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、齶蝕歯の充填処置のための齶蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は、算定しない。~~なお、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に部位を記載すること。~~
- (13) 「3のイ 単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞をいう。
- (14) 「3のロ 複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞をいう。
- (15) 「1のハ 乳歯金属冠」及び「2のハ 乳歯金属冠」の乳歯金属冠は、既製の金属冠をいう。
- (16) 燐酸セメント又はカルボキシレートセメント等のセメントにより充填を行うための窩洞形成は、「3のイ 単純なもの」により算定する。
- (17) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置については、「3のロ 複雑なもの」により算定する。
- (18) 歯冠修復物の脱落時において、軟化象牙質を除去して再形成を行った場合の軟化象牙質の除去の費用は、区分番号I000に掲げる齶蝕処置により算定する。
- M001 - 2 齶蝕歯即時充填形成
- (1) 齶蝕歯即時充填形成は、齶蝕歯に対して1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合に限り算定し、次回来院の際、充填を行う場合は該当しない。



- (2) 2次う齲蝕によるう齲蝕症第1度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第2度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第3度において充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、う齲蝕歯即時充填形成により算定する。この場合の充填物の除去の費用は算定できない。
- (3) 当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は別に算定できない。
- (4) 「注1」の加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、充填処置のためのう齲蝕除去及び窩洞形成が可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。
- (5) 「注1」の加算は、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う齲蝕歯のう齲蝕歯即時充填形成のためのう齲蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は、算定しない。~~なお、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に部位を記載すること。~~

#### M001-3 う齲蝕歯インレー修復形成

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

#### M002 支台築造

- (1) 「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯に対して根管等により築造物を維持し、填塞又は被覆して支台歯形態に修復することをいう。
- (2) 「メタルコア」とは、鋳造物により築造するものをいう。
- (3) 「その他」とは、スクリューポスト(支台築造用)及び複合レジン(築造用)等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まれない。
- (4) 乳歯については、全部鋳造冠の歯冠形成、乳歯金属冠の歯冠形成及び窩洞形成における支台築造の費用は算定できない。
- (5) メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、装着の費用として区分番号M005に掲げる装着の「1の口 その他」及び装着に係る保険医療材料を算定できる。
- (6) 歯冠修復を行うに当たり、メタルコアと全部鋳造冠等を同一模型上で製作し、1日で患者に装着することは、歯科医学的に適切であると認められる場合に限り認められ、常態として行うことは認められない。なお、この場合における印象採得に係る費用は、全部鋳造冠等により算定するものとし、支台築造印象に係る費用は算定できない。

#### M002-2 支台築造印象

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

### M003 印象採得

- (1) 印象採得料は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物~~有床義歯、ブリッジ~~及び義歯修理に当たってそれぞれの製作物ごとに算定する。
- (2) ブリッジの印象採得料の算定の時期は、間接法の場合は最初の印象採得の日とし、直接法の場合は支台装置を試適して印象採得を行った日とする。
- (3) 印象採得の費用は、原則として歯冠修復及び欠損補綴に当たって印象採得又はろう型採得を行った際に製作物単位に算定する。ただし、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあつては、支台装置ごとに「1のイ 単純印象」を、又は1装置ごとに「2のイの(1) 簡単なもの」を算定する。
- (4) その他の印象採得は、次により算定する。
  - イ 「1のロ 連合印象」に該当するものは、鑄造歯冠修復、前装鑄造冠、硬質レジンジャケット冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものである。
  - ロ 「その他のブリッジ」の印象採得について、一部の支台装置が鑄造歯冠修復又は前装鑄造冠である場合にその支台歯につき連合印象を行った場合は「1のロ 連合印象」の所定点数を算定する。
  - ハ 「2のイの(1) 簡単なもの」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴(ワンピースキャストブリッジを除く。)及び有床義歯修理等である。
  - ニ 9歯以上の欠損補綴及びケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合、又は分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は「2のイの(2) 困難なもの」により算定する。
  - ホ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合、又は有床義歯床裏装の印象採得料は「2のロ 連合印象」により算定する。
  - ヘ 「2のハ 特殊印象」は、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いてろう義歯により咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニク又はマイオモニターによる印象も本区分で算定する。
  - ト ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「2のロ 連合印象」又は「2のハ 特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。
- (5) ワンピースキャストブリッジの印象採得の費用は、1装置における支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計により算定する。
- (6) ブリッジの製作に当たり、ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、やむを得ず複数個に分けて鑄造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「2のニ ワンピースキャストブリッジ」により算定する。
- (7) 欠損補綴に係る連合印象及び特殊印象については、顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

### M003 - 2 テンポラリークラウン

- (1) テンポラリークラウンとは、前歯部の歯冠修復において、前装鑄造冠、ジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠の装着までの間、暫間的に装着されるものをいう。
- (2) テンポラリークラウンの費用は、1歯につき所定点数1回の算定とする。なお、歯冠修復装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) テンポラリークラウンの製作及び装着に当たり使用される保険医療材料料は、所定点

数に含まれ別に算定できない。

(4) テンポラリークラウンの除去に係る費用は、別に算定できない。

#### M004 リテイナー

(1) リテイナーとは、ブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、後にブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。

(2) リテイナーの費用は、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテイナーを製作した場合に、当該歯の歯冠形成を算定した日からブリッジを装着するまでの期間において、1装置につき1回に限り算定する。なお、分割して製作した場合にあっても、~~ても~~ブリッジ1装置につき所定点数1回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(3) リテイナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料については、印象採得後リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限り算定が認められる。また、必要があつてブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

#### M005 装着

(1) 装着は次により算定する。

イ 「2の口の(1) 少数歯欠損」及び「2の八の(1) 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴をいう。

ロ 「2の口の(2) 多数歯欠損」及び「2の八の(2) 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴をいう。

ハ 「2の口の(3) 総義歯」及び「2の八の(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯をいう。

(2) 有床義歯修理を行った場合の装着の費用は、「2の八 有床義歯修理」の各区分により算定する。

(3) 装着の費用は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着した際に製作物ごとに算定する。

ただし、ブリッジにあつては、装着に係る保険医療材料料についてのみ支台装置ごとに算定ができる。

(4) 歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等の費用は、装着の所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 前装鑄造冠の装着を行った場合の費用は、「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」により算定する。

(6) 「注1」又は「注2」による加算は、ワンピースキャストブリッジの製作に当たって生体との調和性をみるために装着日以前に仮着を行った場合に算定する。なお、仮着物の除去の費用は、算定できない。

(7) ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、や

むを得ず複数個に分けて鑄造し連結の上、装着した場合の装着料は、「2のイの(1)の(一) 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が5歯以下の場合」又は「2のイの(1)の(二) 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が6歯以上の場合」により算定する。

(8) 咬合音検査の費用は、欠損補綴の装着の費用に含まれ別に算定できない。

#### M006 咬合採得

(1) 歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得については、製作物ごとに算定する。

イ 「1 歯冠修復」に該当するものは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復。

ロ 「2のイの(2) その他のブリッジ」に該当するものは、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジ。

ハ 「2のロの(1) 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴。

ニ 「2のロの(2) 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴。

ホ 「2のロの(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯。

(2) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における咬合採得については、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「2のロの(1) 少数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1」~~印象採得が困難なものを算定する場合は本区分の「2のロの(2) 多数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「2」印象採得が著しく困難なものを算定する場合は本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数をそれぞれ咬合採得として算定する。また、副子における咬合採得については、当該副子の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ 有床義歯」により算定する。

(3) 欠損補綴に係る咬合採得については、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

#### M007 仮床試適

(1) 仮床試適の費用は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。

(2) 仮床試適は次により算定する。

イ 「1 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴。

ロ 「2 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴。

ハ 「3 総義歯」に該当するものは、総義歯。

(3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における仮床試適については、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「2 多数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1」~~印象採得が困難なもの」又は「2」印象採得が著しく困難なものを算定する場合は本区分の「3 総義歯」の所定点数を算定する。

#### M008 ワンピースキャストブリッジの試適

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

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

< 歯冠修復 >

M009 充填

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

イ 単純なもの

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

ロ 複雑なもの

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

~~なお、印象採得又は咬合採得を行った場合は1個につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は1個につき区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」及び合着・接着材料をそれぞれ算定する。~~



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

イ 単純なもの

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

ロ 複雑なもの

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

~~なお、印象採得又は咬合採得を行った場合は1個につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は1個につき区分番号M005に掲げる装着の「1の口 その他」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。~~

- (12) 感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓床底に穿孔がある場合であって封鎖を行った場合は、区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」と保険医療材料料により算定する。なお、形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。

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

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

#### M010 鑄造歯冠修復

- (1) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に行うインレーをいう。
- (2) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に行うインレーをいう。
- (3) 全部鑄造冠、前装鑄造冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠とは、全部鑄造冠方式又は全部鑄造冠に準ずる方式で製作する鑄造歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、4面又は5面の鑄造歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。
- (4) 接着冠に係る鑄造歯冠修復及び保険医療材料料は、「2 4分の3冠」に準じて算定する。
- (5) 5分の4冠としての鑄造歯冠修復は小白歯への適用を原則とするが、ブリッジの製作に当たり、必要があって生活歯である大白歯を支台として使用する場合にはこの限りでない。
- (6) 乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する鑄造歯冠修復については、交換期を考慮して鑄造歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行うこと。
- (7) 可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置については、1装置につき

「1の口 複雑なもの」に準じて算定する。

- (8) 鑄造歯冠修復の欠損部を鑄造歯冠修復によって修復することは、全部鑄造冠の場合を除き認められない。
- (9) 智歯に対し必要がある場合には、鑄造歯冠修復を行って差し支えない。
- (10) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大白歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ鑄造冠を製作し連結して装着する場合には、歯内療法については当該歯を単位として算定し、歯冠修復については製作物ごとに算定する。

なお、歯冠修復における保険医療材料料については、それぞれ小白歯の材料料として算定する。

- (11) コンビネーション・インレーを製作した場合は、それぞれの所定点数により算定する。
- (12) 抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根を残す場合であって、根の**形態修正**~~削除~~のみを行う場合は、区分番号I 0 0 0 に掲げるう齶蝕処置により算定する。

ただし、歯内療法により根の保存可能なものに適切な保存処置の上、鑄造歯冠修復で根面を被覆した場合には、歯冠形成については区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、鑄造歯冠修復については本区分の「1のイ 単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。また、歯科充填用材料 により根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号M 0 0 9 に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。

- (13) 抜歯禁忌症以外であっても、必要があっても、根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に、義歯の装着を行うことは認められる。

#### M 0 1 1 前装鑄造冠

- (1) 前装鑄造冠とは、全部鑄造冠方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯に限り認められる。
- (2) 前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック（ダミー）の前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填は区分番号M 0 0 9 に掲げる充填の「1 単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、区分番号M 0 0 0 - 2 に掲げる**クラウン・ブリッジの補綴物**維持管理を算定している前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック（ダミー）の前装部分に行った修理の費用は、区分番号M 0 0 0 - 2 に掲げる**クラウン・ブリッジ補綴物**維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (3) 前装鑄造冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、1歯につき生活歯は区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「1のイ 鑄造冠」及び区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注1」の加算点数を、失活歯は区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「2のイ 鑄造冠」、区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注2」及び「注3」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は区分番号M 0 0 2 に掲げる支台築造の「1 メタルコア」又は「2 その他」及び保険医療材料料を算定する。

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

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」を算定する。

#### M014 ジャケット冠

(1) ジャケット冠はレジンジャケット冠のことをいう。

(2) 乳歯に対するジャケット冠についても所定点数を算定する。

(3) ジャケット冠を装着するに当たっては、次により算定する。

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

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

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

(4) 歯科射出成形樹脂（歯冠用）を用いて、単層成形を行った場合は、ジャケット冠により算定する。

(5) 乳歯の前歯又は永久歯の前歯の歯冠部全体のエナメル質の一層を削除し、エナメルエッチング法を実施した後、クラウンフォームのビニールキャップに複合レジンを入り、支台歯に圧接を行い、硬化後キャップを除去した上で、調整して歯冠修復を完成した場合は、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ ジャケット冠」により、また、歯冠修復の費用についてはジャケット冠の所定点数により算定する。なお、この場合、使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料 又は の「(1) 単純なもの」と「(2) 複雑なもの」を合算して算定する。

(6) 複合レジン冠を失活歯に行った場合は所定点数を算定する。なお、歯冠形成の費用は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ジャケット冠」により算定する。

#### M015 硬質レジンジャケット冠

(1) 硬質レジンジャケット冠を装着する場合は、次により算定する。

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

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

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」及び保険医療材料料を算定する。

(2) 応分の咬合圧に耐えうる場合等に限り、小臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合には所定点数により算定する。



- (3) 歯冠用強化ポリサルホン樹脂を用いて、歯科射出成形樹脂（歯冠用）とともに二層成形を行った場合は、硬質レジンジャケット冠により算定する。

#### M016 乳歯金属冠

- (1) 乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。
- (2) 乳歯金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。
- イ 歯冠形成を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1の八 乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2の八 乳歯金属冠」を算定する。
- ロ 印象採得を行った場合は1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定する。
- ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」及び保険医療材料料を算定する。

#### < 欠損補綴 >

#### M017 ポンティック（ダミー）

- (1) 臼歯部におけるポンティック（ダミー）にレジン歯を使用することは認められないが、咬合面を金属で製作し、他の部分にレジン前装を施した場合に所定点数を算定する。
- (2) 延長ブリッジの場合の7番ポンティック（ダミー）の保険医療材料料は小白歯（鑄造ポンティック（ダミー）の保険医療材料料の小白歯）に該当する保険医療材料料を算定する。
- (3) 前装鑄造ポンティック（ダミー）とは、鑄造方式により製作されたポンティック（ダミー）の唇面を硬質レジンにより前装したものをいう。
- (4) 前装鑄造ポンティック（ダミー）は、前歯の支台歯を前装鑄造冠又は4分の3冠により製作されたブリッジの前歯のものに限り認められる。ただし、3番、4番の2歯欠損については、小白歯の前装鑄造ポンティック（ダミー）は算定できる。
- (5) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置を使用した場合は、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復の「1のロ 複雑なもの」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」を算定する。
- (6) ブリッジの製作に当たり支台歯の植立方向によりポンティック（ダミー）を分割して製作することは、認められない。
- (7) ブリッジについては、次の適用による。
- イ ブリッジの給付について
- (イ) ブリッジは歯の欠損状況から「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に示す方法で支台歯数等を定め製作する。
- (ロ) 連続欠損の場合は、2歯までとする。ただし、中側切歯については連続4歯欠損まで認められる。
- (ハ) 延長ブリッジは原則として認められない。ただし、第二大臼歯欠損の場合に、咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し、半歯程度のポンティック（ダミー）を行う場合に限り認められる。
- (ニ) 隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合にあっては、側切歯及び小白歯1歯のみ認められる。

(ホ) 第三大臼歯をブリッジの支台歯とする場合は、歯冠、歯根の大きさや形態、傾斜、転位等を総合的に勘案した上で行うこと。

(ヘ) 接着ブリッジは、前歯部の1歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を前歯部の生活歯に求める場合に認められる。

ロ ブリッジ設計の考え方

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

(8) 分割抜歯後のブリッジの製作

イ 第1、第2大臼歯を分割抜歯してブリッジの支台歯とすることは、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）の「5 咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計、4）その他（歯根を分割抜去した大臼歯に対するブリッジの適用について）」の項を参照し、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。

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

ロ 分割抜歯を行った場合の指数は、次のとおりとする。

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

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

例 （第1大臼歯の遠心根を抜歯した場合）

指数	2	4	6		
歯種	6	6	7	$r = 8 - 4 = 4$	
				$F = 4$	
R	2		6	$4 / 3 = 1.3 \dots$	
F		4		6の残した根も7のRもFの1/3を超える	

ので、この場合条件を満たしている。

例 （第1大臼歯の遠心根と第2大臼歯を抜歯した場合）

指数	2	4	6	4	指数	4	2	4	6	4
歯種	6	6	7	8	歯種	5	6	6	7	8
R	2			4	R	4	2			4
F		4	6		F			4	6	

$r = 6 - 10 < 0$  で不可、5番も支台歯とする必要がある。

5番を支台歯として追加することで、 $r = 10 - 10 = 0$  で可、5と6の残した根の和も8のRもFの1/3を超える

のでこの場合条件を満たしている。

- 八 上顎の第1又は第2大臼歯を3根のうち2根残して分割抜歯してブリッジの支台歯とする場合は、頬側2根を残した場合は大臼歯として、又頬側いずれか1根と口蓋根を残した場合は、支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のポンティック（ダミー）として算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。
- 二 下顎の第1又は第2大臼歯を近遠心2根のうち1根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、1根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ポンティック（ダミー）として算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。
- (9) ブリッジを装着するに当たり、ワンピースキャスト法により印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2の二の(1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」又は区分「2の二の(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」を、それ以外の方法により支台装置の印象採得を行った場合は1歯につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」又は区分番号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を、ポンティック（ダミー）の印象採得を行った場合は1装置につき同区分「2のイの(1) 簡単なもの」を、咬合採得を行った場合は1装置につき区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(一) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(二) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着については1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」又は区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着については1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「2のイ ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。
- (10) 必要があって根を分離切断した下顎大臼歯を支台歯として使う場合の指数は「6」として大臼歯1歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて指数を減ずることを考慮すべきである。
- (11) インレーを支台装置とするブリッジについては、窩洞形成を行った場合の費用は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」により算定する。なお、インレーを支台装置とするブリッジについては、区分番号M000-2に掲げる[クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料](#)の対象としないことから、区分番号M000-2に掲げる[クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料](#)の算定はできない。
- (12) 「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）の判定条件におけるブリッジの1側の支台歯のRの総計が、隣接するダミーのF及びF・Sの総計の3分の1以上であるという判定条件bは延長ブリッジについては適用しない旨のただし書きは、延長したポンティック（ダミー）については片側に支台歯が存在しないのでそのポンティック（ダミー）のバランスは考慮しないとの意である。したがって、

2	1 2	の場合 2	部は判定条件 bにかかわっていない
---	-----	-------	-------------------

ので、基本となるブリッジ | 1 2 | において条件 b を判定することになる。この場合は判定条件 b を満たしていないので、

2 | 1 2 | もブリッジの設計としては不適である。

- (13) 「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）によると延長ブリッジの支台歯は2歯以上となっているが、これは回転力を軽減させるためであるから、支台歯が2歯以上であって条件が整っていれば、必ずしも支台歯は連続している必要はない。
- (14) 可動性ブリッジ又はインレーを支台とするブリッジの指数は、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に示した当該支台歯の歯種による指数を用いる。
- (15) 欠損ではなく、1歯相当分の間隙のある場合のブリッジの設計において、ポンティック（ダミー）は両隣接支台歯の何れかの形態を模して決定するが、その指数については実態に応じ近似の歯種の指数とする。＝  
なお、半歯程度の間隙の場合は隙とする。
- (16) 咬合緊密のため有床義歯が装着不可能な症例におけるブリッジの製作の必要性は、**歯科**医学的判断に待つべきものであるが、診療報酬請求の段階において個々の症例について客観的に妥当なものであるかどうかの判断が困難であるので、これが運用の円滑を期するため、(16)によりこの**歯科**医学的判断についてあらかじめ指導行政庁等の専門的意見によって調整を加えるものであり、保険者が承認を与えるものではない。
- (17) 有床義歯では目的が達せられないか或いは嚥下吸引等の事故を起こす恐れが極めて大である場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、当該ブリッジの適否を決する。
- ~~(18) (17)の場合において添付模型の製作料は、区分番号D-0-0-3に掲げるスタディモデルにより算定する。ただし、算定にあたっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。~~
- (18)** ~~(19)~~ 低位唇側転位の犬歯の抜歯後に生じた欠損部の間隙が側切歯、あるいはそれ以下しかない場合であっても、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）にあるポンティック（ダミー）の抵抗値（F値）を減じることは適切でない。  
欠損部の間隙が側切歯半歯以下の極めて小さい場合については、側切歯又は第一小臼歯、あるいは双方の歯冠幅を僅かずつ拡大して歯冠修復を行い、場合によっては補綴隙等を行うことにより対応する。  
犬歯のポンティック（ダミー）が必要な場合で、中切歯が既にブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限り、ブリッジの設計を「 3 」に変更することは差し支えない。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載すること。
- (19)** ~~(20)~~ 側切歯及び犬歯、あるいは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合に限りポンティック（ダミー）1歯

のブリッジとして差し支えない。

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

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

(20) (21) 矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は1歯分しかないような小臼歯2歯の欠損であって間隙が狭い場合及び第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうに1歯分程度小さく2歯分となる場合のブリッジについては、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

ただし、保険適用の有無を確認することになるので、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその適否を決するものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが区分番号D0003に掲げるスタディモデルにより算定するが、添付フィルム又はその複製については、区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムにより算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

(21) (22) 6及び6のような分割延長ブリッジは原則として認められないが、前者については隣接する第二小臼歯が前方ブリッジの支台歯となっているか又は同歯にメタルボンド冠が装着されている症例、後者については隣接する第二大臼歯に金合金又は白金加金の全部鑄造冠が装着されている症例であって、補綴物を除去し、当該歯をブリッジの支台歯として使用することが困難であるため、当該歯の補綴物にレストを設定することによりブリッジの維持を求める構造となる場合はこの限りではない。

ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

#### M018 有床義歯

- (1) 有床義歯については、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。
- (2) 欠損補綴に当たっての歯数の数え方については、欠損歯数によるものではなく、人工歯の数による。欠損歯が4歯であっても、人工歯の排列上5歯となる場合には、その歯数は5歯とする。
- (3) 局部義歯のうち12歯から14歯については、あくまで残存歯があり、局部義歯として補綴を行った場合に限り算定する。なお、1床14歯の局部義歯の場合もあり得る。
- (4) 欠損部の後方に天然歯のない場合に製作した義歯を遊離端義歯といい、また、遊離端義歯と中間義歯（欠損部の前後又は左右に天然歯のある場合に製作した義歯をいう。）とが混合している義歯を複合義歯という。
- (5) 上顎左側第二大臼歯から上顎右側第二大臼歯が欠損している（欠損歯数14歯）症例において、歯冠の一部が露出した状態の埋伏智歯が残存している場合又は当然抜歯すべき



症例のうち何らかの理由で抜歯不可能な場合は、智歯と無関係に総義歯同様の義歯を製作したときは、総義歯として算定する。

- (6) 抜歯後1月を経過していなくても歯科医学的にみて適当であると認められる場合に限り、義歯の製作の費用は所定点数により算定する。
- (7) 抜歯禁忌症以外の場合で、残根歯に対して歯内療法及び根面被覆処置が完了したものについて、必要があって義歯を製作した場合には、その費用は算定できる。
- (8) 残根上の義歯をやむを得ず製作するに際し、残根歯の歯内療法後に行う根面被覆処置として、複合レジンを使用することは差し支えない。この場合、歯冠形成については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填については区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」及び保険医療材料を算定する。
- (9) 骨植堅固で保存可能な残根歯を利用したアタッチメントを使用した総義歯については算定できない。
- (10) 前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の隙により補綴することは歯科医学的に適切でない。
- (11) 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症~~児~~、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。なお、小児義歯に係る費用を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に義歯の装着年月日、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名を記載すること。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、予め理由書及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の適否を決するものとする。
- (12) 模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。ただし、即時義歯とは長期的に使用できるものをいい、暫間義歯は算定できない。

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、区分番号M029に掲げる有床義歯修理により算定する。

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

#### M019 熱可塑性樹脂有床義歯

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

#### M 0 2 0 鑄造鉤

- (1) 14カラット金合金による鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定できる。
- (2) 保険医療材料料については、別に定める鑄造鉤の使用材料料により算定する。
- (3) ローチのパークラスプ及び鑄造によるバックアクション鉤は両翼鉤として算定し、2歯以上にわたるパークラスプは、双歯鉤として算定する。  
なお、保険医療材料料については、別に定める鑄造鉤の使用材料料の双歯鉤の大・小臼歯により算定する。

#### M 0 2 1 線鉤

バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「1 双歯鉤」により算定する。

#### M 0 2 3 バー

- (1) 保持装置とは、孤立した中間欠損部分を補綴するため、局部義歯の鑄造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。
- (2) 鑄造バー、屈曲バーに保持装置を装着した場合は、その使用個数に応じて算定する。
- (3) 緩圧式バーは「1 鑄造バー」又は「2 屈曲バー」により算定し、ケネディバーは「1 鑄造バー」により算定する。
- (4) バー義歯が破損し、バーの取替えが必要な症例に限り新たなバーに要する費用は算定できる。  
また、有床義歯修理の際に、新たにバーを付与した場合も歯科医学上適切な場合に限り算定できる。
- (5) 有床義歯及び熱可塑性樹脂有床義歯の製作や床修理に際し、補強線を使用した場合の当該補強線に係る費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。  
なお、補強線は、歯牙欠損部、残存歯牙の植立状態、対咬関係、顎堤の形態及び粘膜の性状等を勘案し、義歯の破損防止のために使用するものをいう。

#### M 0 2 4 臼歯金属歯

局部義歯又は総義歯において臼歯金属歯を使用した場合には、区分番号M 0 1 8に掲げる有床義歯の所定点数及び区分番号M 0 2 4に掲げる臼歯金属歯の所定点数を合算して算定する。

#### M 0 2 5 口蓋補綴、顎補綴

- (1) 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴を行った場合の費用は、義歯の費用と口蓋補綴又は顎補綴の費用をそれぞれ算定する。
- (2) 口蓋裂に起因する鼻咽腔閉鎖機能不全による言語療法のため鼻咽腔閉鎖機能改善の必要があり、いわゆるスピーチエイド等の発音補整装置を装着した場合は本区分により算定する。  
なお、当該装置の調整に要する費用は1回につき区分番号M 0 2 9に掲げる~~係る~~有床義歯修理により算定する。
- (3) 濾胞性歯嚢胞の摘出の際、術前にあらかじめ製作しておいた口蓋板の装着を行った場合は、「1 印象採得が~~困難~~簡単なもの」により算定する。
- (4) 舌の切除等の外科的療法を行った後の発音障害に対して、必要があつて有床義歯に発音補助装置を付加して製作し装着した場合は、当該発音補助装置については「~~1~~印象採得が困難なもの」により算定する。ただし、区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の費

用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (5) 区分番号 J 0 2 2 に掲げる顎・口蓋裂形成術を実施する患者に対して必要があってホツツ床(哺乳床)を装着した場合は、当該区分の「1 印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して3回を限度として算定する。ただし、印象採得、材料、装着、修理、調整等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合には、当該所定点数の各区分により算定する。

<その他の技術>

(ろう着)

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

M 0 2 6 補綴隙

- (1) 補綴隙は、必要と認められる場合に限り前歯部にはレジン隙を、臼歯部には金属隙の使用が認められるが、その費用は、いずれも補綴隙の所定点数により算定する。なお、総義歯については認められない。
- (2) 間隙が広く補綴物を必要とする場合は、金属冠に使用しても差し支えない。

<修理>

M 0 2 9 有床義歯修理

- (1) 有床義歯の修理の費用は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤の費用については、鉤の所定点数により算定する。
- (2) 有床義歯修理の場合において、例えば陶歯の破折脱落のため陶歯を新たに使用した場合、又は1歯を抜歯し、旧義歯床を延長して新たに1歯分の補綴をした場合の費用は、有床義歯修理と人工歯料の所定点数を合算して算定する。
- (3) 破損した有床義歯を修理した後、新たに有床義歯を製作した場合の費用は、それぞれ所定点数により算定する。
- (4) 鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。

(5) 「注3」に規定する加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、破損した有床義歯に係る診療を行い、修理のために患者から当該有床義歯を預かった場合であって、当該患者の求めに応じて、当該有床義歯を預かった日(以下「預かり日」という。)から起算して2日以内において、当該保険医療機関内に配置されている歯科技工士を活用して修理を行い、装着した場合に所定点数に加算する。なお、当該加算の算定に当たっては、預かり日、当該有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した文書を作成し、診療録に添付すること。

M 0 3 0 有床義歯内面適合法床裏装

- (1) 有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)は、アクリリック樹脂又は熱可塑性樹脂で製作された義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行った場合に当該義歯



の人工歯数に応じ所定点数を算定する。

- (2) 義歯が不適合で有床義歯を新たに製作することを前提に行った床裏装は、有床義歯修理の所定点数により算定する。
- (3) 義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、修理及び有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の点数をそれぞれ算定する。ただし、同一日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯床裏装の所定点数に含まれる。
- (4) 床裏装に際しての印象採得料は、区分番号M003に掲げる印象採得の「2の口 連合印象」により算定する。
- (5) 口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「2 総義歯」により算定する。
- (6) 有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

#### M032 帯環金属冠修理

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

#### M033 金合金鉤修理

金合金鉤修理の所定点数は、14カラット金合金鑄造鉤以外の金合金鉤（従来の金鉤）について修理を行った場合に算定し、14カラット金合金鑄造鉤の修理は算定できない。

#### M034 歯冠継続歯修理

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

~~第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算~~

~~M-0-9-1 周辺装置加算~~

- ~~(1) 周辺装置加算は、著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。なお、同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれかの加算を算定する。ただし、区分番号C-0-0-0に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。~~
- ~~(2) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、歯科訪問診療料を算定しない場合であって、本区分に掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携行し、処置等を行った場合は、本区分により算定する。~~

## 第13部 歯科矯正

### 通則

- 1 歯科矯正は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。
- 2 歯科矯正の費用は、第1節の各区分の注に「保険医療材料料を含むものとする。」等と規定されている場合を除き、第1節の各区分の所定点数に第2節の保険医療材料料を合算して算定する。
- 3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。
- 4 印象採得、咬合採得及び装着については、それぞれの診療行為を行った日に算定する。
- 5 歯科矯正料の項に掲げられていない歯科矯正のうち、特殊な歯科矯正の歯科矯正料は、その都度当局に内議し、最も近似する歯科矯正として準用が通知された算定方法により算定する。
- 6 歯科矯正においては、患者が任意に診療を中止し、1月を経過した後、再び同一症状又は同一病名で当該保険医療機関に受診した場合は、初診料は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める疾患とは、次のものをいう。
  - (1) 唇顎口蓋裂
  - (2) ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）
  - (3) 鎖骨・頭蓋骨異形成
  - (4) クルーゾン症候群
  - (5) トリチャーコリンズ症候群
  - (6) ピエールロバン症候群
  - (7) ダウン症候群
  - (8) ラッセルシルバー症候群
  - (9) ターナー症候群
  - (10) ベックウィズ・ヴィードマン症候群
  - (11) 尖頭合指症
  - (12) ロンベルグ症候群
  - (13) 先天性ミオパチー
  - (14) 顔面半側肥大症
  - (15) エリス・ヴァン・クレベルド症候群
  - (16) 軟骨形成不全症
  - (17) 外胚葉異形成症
  - (18) 神経線維腫症
  - (19) 基底細胞母斑症候群

- (20) ヌーナン症候群
- (21) マルフアン症候群
- (22) プラダーウィリー症候群
- (23) 顔面裂
- (24) 筋ジストロフィー
- (25) 大理石骨病
- (26) 色素失調症
- (27) 口 顔 指症候群
- (28) メービウス症候群
- (29) カブキ症候群
- (30) クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群
- (31) ウィリアムズ症候群
- (32) ピンダー症候群
- (33) スティックラー症候群

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

## 第1節 歯科矯正料

### N 0 0 0 歯科矯正診断料

- (1) 歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる場合であって、当該疾患の治療を行った医科の保険医療機関又は患者若しくはその家族からの情報及び資料により、当該患者が当該疾患を現に有することが確認された場合に限り算定する。
- (2) 歯科矯正診断料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析するとともに、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真等を行い、これらの分析結果や評価等と過去に行った治療内容の評価と併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N 0 0 3に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N 0 0 4に掲げる模型調製の費用は別に算定できる。
- (3) 別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者であって、顎切除等の手術を必要とするものに係る歯科矯正診断料については、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名を治療計画書に記載する。
- (4) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
  - イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
  - ロ 口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態等）及びヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
  - ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等

## 二 保険医療機関名、担当保険医氏名等

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (6) 歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載すること。
- (7) 歯科矯正診断料を算定した後、「注2」に掲げる歯科矯正診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合には、歯科矯正診断料は、算定できない。
- (8) 歯科矯正診断料の算定に係る歯列矯正は、歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び別に厚生労働大臣が定める疾患に係る育成医療及び更生医療等当該疾患に係る手術等を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師との十分な連携を図り行うこと。

### N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関に限り算定する。
- (2) 顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする顎変形症の患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等について、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真及び予測模型等による評価又は分析を行い、これらの結果と既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製の費用は別に算定できる。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
  - イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
  - ロ 口腔領域の症状及び所見(咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等)及びヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
  - ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
  - ニ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等
  - ホ 顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名
  - ヘ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当保険医氏名等
- (4) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点等を記載すること。
- (6) 顎口腔機能診断料を算定した後、「注2」に掲げる顎口腔機能診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合には、顎口腔機能診断料は算定できない。
- (7) 顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関

で実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行い、これら一連の治療に関する記録は、当該療養を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管すること。

#### N 0 0 2 歯科矯正管理料

- (1) 「注1」に規定する「計画的な歯科矯正管理」とは、歯と顎の変化及び移動の把握並びにそれに基づく治療計画の点検及び修正をいう。

また、「注1」に規定する「経過模型による歯の移動等の管理」とは、経過模型を製作し、過去に製作した経過模型と対比し、歯の移動等を把握することをいう。

- (2) 「注1」に規定する「療養上必要な指導」とは、区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づいた矯正装置の取扱い、口腔衛生、栄養、日常生活その他療養上必要な指導等をいう。

なお、療養上必要な指導を行った場合には、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。

- (3) 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」若しくは区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合には、歯科矯正管理料は算定できない。

- (4) 「注1」の「文書」とは、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況（治療計画の策定及び変更年月日を含む。）、保険医療機関名、当該管理を行った主治の歯科医師の氏名、~~顎切離顎変形症、顎離断等の手術を必要とするものに限る。~~の療養を行うの場合においては、~~当該顎切除、顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当~~保険医~~歯科医師の~~氏名等を記載したものをいう。

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

- (6) 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した文書の要点を記載すること。

- (7) 再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科矯正管理料は算定できない。

- (8) 歯科矯正管理を行った場合の説明等に使用した経過模型、口腔内写真、顔面写真等の費用は、歯科矯正管理料に含まれ別に算定できない。

- (9) 保定における保定装置の調整の費用は、歯科矯正管理料に含まれる。

#### N 0 0 3 歯科矯正セファログラム

- (1) 歯科矯正セファログラムとは、焦点と被写体の中心及びフィルム面が常に一定の距離を保持し、かつ、エックス線の主線が両耳樫の延長線に対して、0度、90度又は45度に保てる規格の機器を用いて撮影したものをいう。

なお、常に一定の距離とは、個々の患者につき、焦点と被写体の中心及びフィルム面の距離が経年的に一定であることをいう。

- (2) 一連とは、側貌、前後像、斜位像等の撮影を全て含むものである。

- (3) 歯科矯正セファログラムに用いたフィルム及びデジタル映像化処理に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### N 0 0 4 模型調製



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

#### N 0 0 5 動的処置

- (1) 動的処置とは、区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づき策定された区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「注1」又は「注3」に規定する力系に関するチャートに基づき、矯正装置に用いた主線、弾線、スクリュー等の調整並びに床の削除及び添加により、歯及び顎の移動・拡大等を計画的に行うものとする。
- (2) 動的処置の費用は、区分番号N 0 0 8に掲げる装着の「1 装置」を算定した場合においては、当該費用に含まれ別に算定できない。なお、保定装置の使用期間中においても算定できない。
- (3) 同一月内における装置の装着と日を異にして行った動的処置は、同一月内の第1回目として取り扱う。

#### N 0 0 6 印象採得

- (1) 歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバトル（FKO）等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の印象採得をステップ、ステップ、ステップ及びステップの各ステップにおいて行った場合は、各ステップにつき1回に限り算定する。
- (3) 「2のイ 印象採得が簡単なもの」に該当するものは、先天性異常が軟組織に限局している場合をいう。
- (4) 「2のロ 印象採得が困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合をいう。なお、硬組織に及ぶ場合とは、先天性異常として骨の欠損及び癒合不全、著しい顎の過成長及び劣成長を伴うものをいう。
- (5) 「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、(4)に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合をいう。
- (6) リトラクター又はプロトラクターを製作するために顎顔面の採型を行った場合は、

「2の八 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

- (7) 双線弧線装置を使用して歯科矯正を行う場合の第1回目の装置の印象採得の費用は本区分の「1 マルチブラケット装置」を、装着の費用は区分番号N008に掲げる装着の「1の口 固定式装置」及び装置の費用は区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1の口 4装置目以降の場合」により算定するものとし、第2回目以降の装置の費用については区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1の口 4装置目以降の場合」のみを算定する。なお、区分番号N008に掲げる装着の「注1」又は「注3」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定できる。

#### N007 咬合採得

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

#### N008 装着

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

#### N009 撤去

ポータータイプの拡大装置の撤去の費用は、同装置を最終的に撤去する場合に1回に限り帯環の数に応じて算定する。

#### N010 セパレイティング

- (1) セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する2歯間の接触面を1箇所として算定する。なお、これに使用した真鍮線等の撤



去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (2) 叢生(クラウディング)について、唇顎口蓋裂に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、区分番号I 0 0 0 - 2に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

#### N 0 1 1 結紮

マルチブラケット装置において結紮を行った場合にのみ算定する。

#### N 0 1 2 床装置

マルチブラケット装置以外の装置については、次により算定する。

- イ 「1 簡単なもの」については、顎の狭窄を伴わない場合に装着する装置について算定する。
- ロ 「2 複雑なもの」については、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

#### N 0 1 3 リトラクター

- (1) 本区分に該当するものは、マンディブラリトラクター及びマキシラリトラクターである。
- (2) 「注」のスライディングプレートの製作のために行う印象採得、咬合採得、保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### N 0 1 4 プロトラクター

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

#### N 0 1 5 拡大装置

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

#### N 0 1 6 アクチバートル(FKO)

本区分に該当するものは、アクチバートル及びダイナミックポジショナーである。

#### N 0 1 7 リンガルアーチ

- (1) 本区分に該当するものは、リンガルアーチ(舌側弧線装置)及びレビアルアーチ(唇側弧線装置)である。
- (2) リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合は、区分番号N 0 2 8に掲げる床装置修理により算定する。

#### N 0 1 8 マルチブラケット装置

マルチブラケット装置については、次により算定する。

- イ マルチブラケット装置とは、帯環及びダイレクトボンドブラケットを除いたアーチワイヤーをいう。
- ロ ステップが進んだ場合には、前のステップに戻って算定できない。
- ハ ステップ とは、レベリングを行うことをいう。
- ニ ステップ とは、主として直径0.014~0.016インチのワイヤーを用いた前歯部の歯科矯正又は犬歯のリトラクションを行うことをいう。
- ホ ステップ とは、主として直径0.016~0.018インチのワイヤー又は角ワイヤーを用いた側方歯部の歯科矯正を行うことをいう。

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

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

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

#### N019 保定装置

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

#### N020 鉤

「2 複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。

#### N021 帯環

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

#### N023 フック

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

#### N024 弾線

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

#### N025 トルキングアーチ

トルキングアーチについては、装着、結紮等の費用は別に算定できない。

#### N026 附加装置

- (1) 附加装置には、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）の費用を含む。
- (2) 超弾性コイルスプリングを用いて顎間又は顎内固定を行った場合は、1箇所1個につき、「2 コイルスプリング」及び「4 アップライトスプリング」に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

#### N027 矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気溶接する場合には、1個につき1 **か**箇所として算定する。

#### N 0 2 8 床装置修理

本区分に該当するものは、床装置の破損等であるが、床装置において動的処置の段階で床の添加を行う場合の床の添加に要する費用は、区分番号N 0 0 5に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。

## 第14部 病理診断

### 通則

第14部に規定する病理診断に係る費用以外の費用の算定は、医科点数表の例により算定する。

### 病理診断・判断料

#### 0001 口腔病理診断料

- (1) 口腔病理診断料を算定できる保険医療機関は、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院でなければならないが、年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしている~~程度の保険医療機関である~~ことが望ましい。
- (2) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う歯科医師又は医師が、保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、**口腔**病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の保険医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断~~のみ~~を行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合（テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

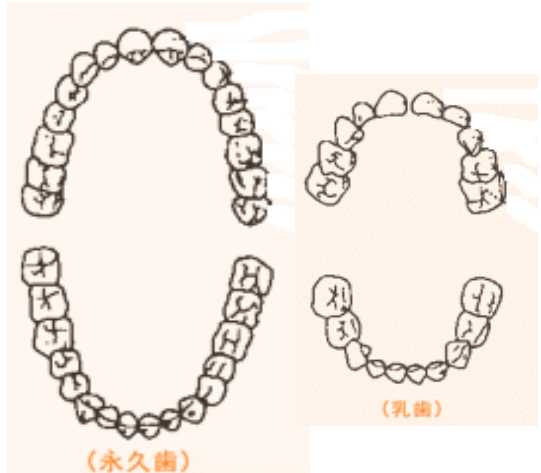
[患者記入欄]

年 月 日

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

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

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

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



別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

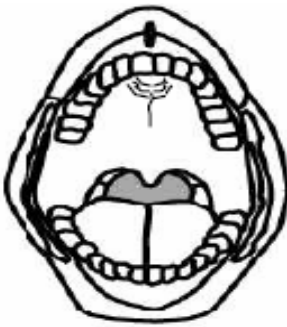
平成 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
------	--------	-----	------	--------------------

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名: )
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名: )
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	う蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし 義歯製作(修理等)の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係る管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		軟口蓋機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	構音機能	パの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		タの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		カの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
3	咀嚼運動	1. 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 3. 下顎の上下運動のみ	2. 下顎および舌の上下運動 4. ほとんど下顎の動きがない
4	食形態	1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. ころみ付き刻み食 5. ミキサー食 6. 流動食 7. ゼリー 8. その他	
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1. ない 2. ある→胃ろう 3. 経鼻 4. その他
		座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頸部可動性	1. 十分 2. 不十分 3. 不可
		開口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
		口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(フクフクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

## 調剤報酬点数表に関する事項

## &lt; 通則 &gt;

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

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

- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方せんに薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方せんを患者に返却すること。

4 「区分番号00」の「注3」の後発医薬品調剤体制加算、「区分番号01」の「注8」の加算（以下「後発医薬品調剤加算」という。）及び「区分番号14」の後発医薬品情報提供料の算定対象となる後発医薬品については、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成 年 月 日保医発 第号）を参照すること。

- 5-4 保険薬局は、薬局内の見やすい場所に調剤報酬点数表の一覧等を掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。

## &lt; 調剤技術料 &gt;

## 区分00 調剤基本料

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



- ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんと歯科の処方せんとを別受付として算定できる。
- (3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんと同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。
- (4) 処方せんの受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。ただし、受付回数の計算に当たり、「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算若しくは「区分番号01」の「注5」の夜間・休日等加算を算定する調剤料に係る処方せん、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん又は介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費の口の(2)若しくは指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費の口の(2)の基となる調剤に係る処方せんを受け付けた場合には、当該処方せんの受付は受付回数に含めないものとする。
- ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について  
前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が48,000回を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。
- イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について  
指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの受付回数が4,000回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。
- ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について  
指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が12,000回を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は40点を算定する。
- (5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。
- ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について  
前年3月1日から当年2月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。
- イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について  
指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。
- ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について  
指定の日の属する月の翌月1日から3か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数

で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は40点を算定する。

- (6) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。
- (7) 「注4」については、長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、1処方せんの2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。
- (8) 「注4」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
- (9) 「注5」については、後発医薬品への変更が可能な処方せんを提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方せんの2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料及び「区分番号11」の薬剤情報提供料（~~後期高齢者である患者にあっては、「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料~~）を算定できる。
- (10) 「注5」に係る分割調剤を行った場合は、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。
- (11) 1処方せんについて、「注4」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注5」に係る分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

#### 区分01 調剤料

##### (1) 内服薬

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

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

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

算定する。

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

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

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

配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

内服用固形剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合

内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

ウ 内服薬の調剤料は、1回の処方せん受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬については調剤数を、一包化薬については、内服薬に準じて内服薬の剤数に含めることとする。

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

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

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

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」(平成 年 月 日保医発 第号)に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第2の4を参照すること。

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

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

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

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

サ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、一包化加算及び自家製剤加算は算

定できないものであること。

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

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

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

ソ 一包化加算は、処方せんの受付1回につき1回算定できるものであり、投与日数が56日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算した点数を、投与日数が57日分以上の場合には、投与日数にかかわらず270点を所定点数に加算する。

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

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

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

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

ト 時間外加算、休日加算及び深夜加算の加算額を算定する場合の基礎額には、嚥下困難者用製剤加算及び一包化加算に係る加算分は含めないものであること。

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

(2) 屯服薬

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

(3) 浸煎薬

ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ 浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。



ウ 浸煎薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

(4) 湯薬

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

イ 湯薬の調剤料は、1調剤につき投薬日数に応じて所定点数をかかわらず、1調剤につき算定する。

ウ 湯薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

~~(5) 一包化薬~~

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

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

~~ウ 一包化薬の調剤料は、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。~~

~~エ 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。~~

~~オ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包した場合等も算定できるが、別に一包化薬の調剤料は算定できない。~~

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

(5) 注射薬

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

イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナド

トロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンE<sub>2</sub>製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリブタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H<sub>2</sub>遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコポラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン及び~~及び~~ダルベポエチン~~及び~~遺伝子組換え型血液凝固第一因子製剤)に限る。

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

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

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

#### (7) 外用薬

ア 外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

イ 外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

ウ トローチについては、外用薬として算定する。

#### (8) 注射薬の無菌製剤処理

ア 「注2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。

イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を1日分製剤する毎にそれぞれ40点又は50点を加算する。

ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品(平成16

年厚生労働省告示第185号)において指定されたものをいう。

- エ 無菌製剤処理加算は、2以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは2以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、それぞれ40点若しくは50点又は50点を算定するものとする。
- オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。
- (9) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算
- ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第6号の規定に基づく同法別表第3に掲げる向精神薬をいう。
- イ 本加算は、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに1調剤行為につき70点、それ以外の場合に1調剤行為につき8点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。
- ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚せい剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚せい剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。
- エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は1調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は1調剤につき8点を算定する。
- オ 本加算は、内服薬のほか、屯服薬、~~一包化薬~~、注射薬、外用薬についても算定できる。
- (10) 調剤技術料の時間外加算等
- ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。
- イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額(調剤基本料+調剤料)には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤体制加算並びに~~後発医薬品調剤加算注8に係る加算分~~は含まれ、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算~~に係る加算分~~は含まれない。
- ウ 時間外加算
- (イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。
- (ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。
- (ハ) 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示する。
- (ニ) 「注4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保

険薬局に限られる。

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

#### エ 休日加算

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

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

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

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

#### オ 深夜加算

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

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

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

#### (11) 調剤料の夜間・休日等加算

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

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

#### (12) 自家製剤加算



- ア 「注6」の自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）を自家製剤の上調剤した場合には、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。
- イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。
- (イ) 錠剤を粉碎して散剤とすること。
  - (ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。
  - (ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。
- ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。
- エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。
- (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合
  - (ロ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合
- オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。
- カ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。
- キ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方せん受付時に当該製剤を投与することをいう。
- ク 「注6」のイ及びロの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、6歳未満の乳幼児（以下、「乳幼児」という。）に薬剤を調剤するときに、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるように特別な工夫を施して製剤した場合をいう。
- ケ 通常、成人又は6歳以上の小児に対しても行うような製剤を乳幼児に対して自家製剤として行った場合は、「注6」の「イ」により算定する。なお、通常、成人又は6歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を乳幼児に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注6」の「ロ」を算定できる。
- コ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。
- サ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。
- (13) 計量混合調剤加算

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

- (イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注6の自家製剤加算を算定した場合
- (ロ) 薬価基準に記載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

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

ウ 「注7」のイの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、乳幼児に薬剤を調剤するときに、処方された医薬品が微量のため、そのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合をいう。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合はこの限りではない。

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

#### (14) 後発医薬品調剤加算

ア 「注8」の後発医薬品調剤加算は、一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合であって、保険薬局において患者の同意を得た上で後発医薬品を調剤した場合又は処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合（後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、患者の同意を得た上で、処方せんに記載された後発医薬品と異なる別銘柄の後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合を含む。）のいずれの場合においても算定できる。

イ 内服薬（内服用滴剤を除く。）については1剤につき、その他のものについては1調剤につき、2点を加算する。なお、1剤に複数の後発医薬品が含まれている場合についても2点を加算するものとする。

ウ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、処方せんに記載された先発医薬品を後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）に変更して調剤した場合又は処方せんに記載された後発医薬品と異なる別銘柄の後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合であって、後発医薬品調剤加算を算定する場合には、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。）等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

なお、処方せんに記載された医薬品を後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）に変更して調剤する場合は、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成 年 月 日保医発 第号）を参照

すること。

< 薬学管理料 >

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

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

区分10 薬剤服用歴管理指導料

(1) 薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、患者に対して~~（後期高齢者を除く。以下この区分において同じ。）~~について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。

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

(ロ) 用法、用量、効能、効果

(ハ) 副作用及び相互作用

(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項

(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

(ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

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

(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。

(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。

ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録

イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録

ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録

オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点

カ 服薬状況

キ 患者の服薬中の体調の変化

ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報

ケ 合併症を含む既往歴に関する情報

コ 他科受診の有無

サ 副作用が疑われる症状の有無

シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等

ス 後発医薬品の使用に関する患者の意向

## セ 服薬指導の要点

### ソセ 指導した保険薬剤師の氏名

(4) (3)のイからスまでの事項については、処方せんの受付後、薬を取りそろえる前に、患者等に確認するよう努めること。

- (5~~イ~~) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。
- (6~~イ~~) 薬剤に関する情報提供は、文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。
- (7~~イ~~) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音その他のものをいう。
- (8~~イ~~) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。
- (9~~イ~~) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (10~~イ~~) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。
- (11~~イ~~) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。
- (12~~イ~~) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。
- (13~~イ~~) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱い方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。
- (14~~イ~~) 重複投薬・相互作用防止加算
- ア 重複投薬・相互作用防止加算は、薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方

の変更が行われた場合に「注3」のイを算定し、処方に変更が行われなかった場合は「注3」のロを算定する。

なお、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

- イ 薬剤の追加、投与期間の延長が行われた場合は、「注3」のイは算定できない。
- ウ 重複投薬・相互作用防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。
- エ 複数の保険医療機関又は複数の診療科で処方せんを交付された患者について、処方せんの受付時点が異なる場合であっても所定の要件を満たした場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定できる。
- オ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方せんを受け付け、複数の処方せんについて薬剤を変更した場合であっても、1回に限り「注3」のイを算定する。
- カ 院内投薬と院外処方せんによる投薬に係る処方変更についても、重複投薬・相互作用防止加算は算定できる。

#### (15) 特定薬剤管理指導加算

ア 特定薬剤管理指導加算（「注4」に規定する加算をいう。以下同じ。）は、処方せんの受付の際に、特に安全管理が必要な医薬品について、患者の服用状況、効果の発現状況、注意すべき副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況、注意すべき併用薬の有無等について確認するとともに、過去の薬剤服用歴の記録を参照した上で、服用に際して注意すべき副作用やその対処方法、服用及び保管に係る取扱い上の注意事項等について詳細に説明し、必要な指導を行った場合に算定する。

なお、具体的な薬学的管理及び指導の内容については、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照すること。

イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬をいう。

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

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

#### 区分11 薬剤情報提供料

- (1) 薬剤情報提供料は、1回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者（~~後期高齢者を除く。以下この区分において同じ。~~）等に対して、当該患者の求めに応じて、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量及び相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載した場合に、月4回（当該薬局において継続して調剤を受けている患者であって、処方内容に変更があった場合には、上記にかかわらず処方ごとに月4回）を限度として算定する。



- (2) 薬剤情報提供料は、調剤を行ったすべての薬剤についての情報提供を行った場合に算定する。また、類似する効能・効果を有する薬剤への変更の場合は算定できるが、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、処方内容の変更には該当せず、算定できない。
- (3) 「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。
- (4) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
  - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
  - イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
  - ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録
- (5) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。
- (6) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (7) 情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には、医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行うこと。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合には、次回の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。
- (8) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、新たに手帳を交付して薬剤情報提供料を算定するのではなく、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付するとともに、次回、当該シール等が貼付されていることを確認するよう努めること。なお、手帳を持参しなかった患者にシール等を交付した場合は、薬剤情報提供料は算定できない。
- (9) 薬剤情報提供料を算定する場合は、その旨を薬剤服用歴等に記録する。
- (10) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

### 区分13 長期投薬情報提供料

#### (1) 長期投薬情報提供料1

ア 長期投薬情報提供料1は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

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

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

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

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

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

(イ) 医薬品緊急安全性情報

(ロ) 医薬品・医療機器等安全性情報

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

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

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

## (2) 長期投薬情報提供料2

ア 長期投薬情報提供料2は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。

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

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

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

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

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

エ 長期投薬情報提供料2は、長期投薬に係る処方せんの初回受付時には算定できない。また、次回の処方せん受付日に薬剤服用歴管理指導料を算定した場合にあっては、同日に行った当該情報提供料に係る服薬状況等の確認及び必要な指導については、当該情報提供料は算定できない。ただし、同日前に行った確認及び指導については、算定できる。

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

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

## 区分14 後発医薬品情報提供料

(1) 一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合において、次に掲げる事項その他の事項を、保険薬剤師が作成した文書（保険薬剤師が記載した手帳でも可とする。）又はこれに準ずるものにより交付し、患者の同意を得て、後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合にその種類数にかかわらず10点を算定する。

ア 一般名

イ 剤形

ウ 規格

エ 内服薬にあっては、製剤の特性（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ 備蓄医薬品の一覧とその品質（溶出性等）に関する情報

カ 先発医薬品との薬剤料の差に係る情報

キ 保険薬局の名称並びに保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(2) 後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。）等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

(3) 過去に処方せんに記載された先発医薬品を後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）に変更して調剤し、後発医薬品情報提供料を算定した患者に対して、過去に提供した情報と同じ内容の情報を提供した場合は、算定できない。

(4) 後発医薬品情報提供料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

#### 区分14の2 外来服薬支援料

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

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



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

#### 区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~であるもの患者を除く。）に対して、「2」は、在宅での療養を行っている患者であって同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~であるもの患者に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (3) 在宅での療養を行っている患者とは、~~保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいい、自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者及び居住系施設入居者等である患者をいう。~~ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成2048年厚生労働省告示第128476号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
- (4) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。~~居住系施設入居者等とは、次に掲げる患者をいう。~~
  - ア 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者
  - イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規

定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

~~ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者~~

~~（イ）老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム  
（（ホ）に規定する施設を除く。）~~

~~（ロ）同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（（ホ）に規定する施設を除く。）~~

~~（ハ）同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（（ホ）に規定する施設を除く。）~~

~~（ニ）同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム~~

~~（ホ）特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）~~

~~（ヘ）高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（（ホ）に規定する施設を除く。）~~

~~イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者~~

~~（イ）介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第9項に規定する短期入所生活介護~~

~~（ロ）同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~（ハ）介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護~~

~~（ニ）同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護~~

~~（ホ）同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~(ハ) 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護~~

- (5) 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。
- (6) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存すること。
- (7) 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。
- (8) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行うこと。
- (9) 薬学的管理指導計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行うこと。
- (10) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供すること。
- (11) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。
- (12) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回以上算定する場合（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (13) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
  - イ 処方医から提供された情報の要点
  - ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）
  - エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
  - オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあつては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点
- (14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的処方せんによって調剤を行った場合を除く。）、「区分番号11」の薬剤情報提供料、「区分番号13」の長期投薬情報提供料、「区分番号14」の後発医薬品情報提供料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号16」の調剤情報提供料又は「区分番号17」の服薬情報提供料又は~~「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料~~

(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合を除く。)は算定できない。

(15) 麻薬管理指導加算

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

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

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15」の(13)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

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

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

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

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

(16) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

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

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

ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

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

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

エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(3) 麻薬管理指導加算

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

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

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

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

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

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

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

(4) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

#### 区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

(1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等(居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。)が一堂に会しカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。

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

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

- (4) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った薬剤師の氏名並びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名
  - イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から要請があって患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由
  - ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）
  - エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (5) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。
- (6) 麻薬管理指導加算
- ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
  - イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。
  - ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の3」の(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
    - (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）
    - (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
    - (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
    - (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）

#### 区分15の4 退院時共同指導料

- (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。



なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付すること。
- (4) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

#### 区分16 調剤情報提供料

- (1) 調剤情報提供料は、受け付けた処方せんが次に掲げる場合に該当し、調剤するに当たって薬学的な観点から疑義が生じた場合等において、当該処方せんを発行した医療機関等に情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該医療機関等に対し照会を行い、かつ、文書によりこの情報を提供した場合に算定する。
  - ア 投与日数が長期にわたる処方であって、吸湿性等の理由により薬剤の長期にわたる保存の困難性等から分割して調剤を行う必要を認める場合
  - イ 粉砕等の特殊な技術工夫により薬剤の体内動態への影響を認める場合
- (2) 処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。
- (3) 調剤情報提供料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

#### 区分17 服薬情報提供料

- (1) 服薬情報提供料は、患者の服薬に関する情報を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。
- (2) 服薬情報提供料は、次の場合において患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況について文書により提供したときに算定する。
  - ア 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合
  - イ 薬剤服用歴に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合
- (3) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含むものであること。
- (4) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報提供を行った場合においても、月1回のみを算定とする。ただし、2以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。
- (5) 情報提供に当たっては、別紙様式1又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。
- (6) 服薬指導情報提供加算  
服薬指導情報提供加算は、患者の同意を得て、服薬状況に併せて現に患者が受診してい

る保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等を示す文書を添えて薬剤の適正使用に必要な情報を提供したときに算定する。この場合において、患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

- (7) 服薬情報提供料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

#### ~~区分18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料~~

- ~~(1) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、後期高齢者である患者について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「区分番号11」の(4)に掲げる手帳をいう。以下同じ。）等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。~~

~~ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。~~

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

~~(ロ) 用法、用量、効能、効果~~

~~(ハ) 副作用及び相互作用~~

~~(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項~~

~~(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名~~

~~(ヘ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等~~

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

~~ウ 1回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更改が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量及び相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。~~

- ~~(2) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。~~

- ~~(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。~~

~~ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録~~

~~イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録~~

~~ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録~~

~~エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録~~

~~オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点~~



- ~~カ 服薬状況~~
  - ~~キ 患者の服薬中の体調の変化~~
  - ~~ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報~~
  - ~~ケ 合併症の情報~~
  - ~~コ 他科受診の有無~~
  - ~~ク 副作用が疑われる症状の有無~~
  - ~~シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等~~
  - ~~ス 服薬指導の要点~~
  - ~~セ 指導した保険薬剤師の氏名~~
- ~~(4) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。~~
- ~~(5) (1)のアの薬剤に関する情報提供は、文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。~~
- ~~(6) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダへの録音その他のものをいう。~~
- ~~(7) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。~~
- ~~(8) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。~~
- ~~(9) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副作用に係る自覚症状の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。~~
- ~~(10) (1)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。~~
- ~~(11) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には、医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行うこと。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するととも~~

~~に、所有している場合には、次回の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。~~

~~(12) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合でも算定できる。したがって、やむを得ない場合を除き、新たに手帳を交付して算定することのないようにすること。なお、シール等を交付した場合は、次回、当該シール等が貼付されていることを確認すること。~~

~~(13) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。~~

~~(14) 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。~~

~~(15) 麻薬管理指導加算~~

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

~~イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。~~

~~(16) 重複投薬・相互作用防止加算~~

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

~~なお、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。~~

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

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

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

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

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

~~区分19 後期高齢者終末期相談支援料~~

~~(1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心して療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者が終末期における療養につい~~

- て十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものである。
- ~~(2) 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し、患者及び主に患者の介護を行う家族等とともに、薬物治療等の診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。~~
- ~~(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重することとし、保険医が終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならない。~~
- ~~(4) 話し合う内容には、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあつては搬送先の医療機関等を含む。）が含まれるものであること。~~
- ~~(5) 話し合いの内容をとりまとめ患者に交付した文書等の写しを当該患者の薬剤服用歴の記録に添付すること。~~
- ~~(6) 終末期における診療方針等については、時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化等に応じて、また、患者の意思の変化により変更されるものであることに留意するとともに、状況等の変化の都度、患者に説明し、患者の十分な理解を得ること。ただし、終末期における診療方針等の変更があつた際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。~~
- ~~(7) 後期高齢者終末期相談支援料は、患者の死亡時に算定する。~~

## < 薬剤料 >

### 区分20 使用薬剤料

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

- (4) 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。
- (5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

< 特定保険医療材料 >

区分 30 特定保険医療材料

- (1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表 1 に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。
  - ア 別表 2 に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器
  - イ 自己連続携行式腹膜灌流以外の目的で患者が使用する腹膜透析液交換セット
  - ウ 在宅中心静脈栄養法以外の目的で患者が使用する在宅中心静脈栄養用輸液セット
  - エ 在宅成分栄養経管栄養法以外の目的で患者が使用する在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイカテーテル
- (2) 「在宅中心静脈栄養用輸液セット」とは、体外式カテーテル又は埋込式カテーテルに接続して使用するチューブセット（輸液バッグ、輸液ライン（フィルター、プラグ、延長チューブ、フーバー針を含む。）、注射器及び穿刺針を含む。）をいう。

別表 1

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 Ⅲ 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 Ⅲ 因子製剤、乾燥人血液凝固第 Ⅲ 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 Ⅲ 因子製剤、乾燥人血液凝固第 Ⅲ 因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジン C 製剤、ペグピソマント製剤、スマトリプタン製剤及びグリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L - システイン塩酸塩配合剤の自己注射のために用いるディスプレイカテーテル（針を含む。）

万年筆型注入器用注射針

自己連続携行式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット

在宅中心静脈栄養用輸液セット

在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイカテーテル

携帯型ディスプレイカテーテル注入ポンプセット

別表 2

インスリン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅲ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅲ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅲ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅲ因子製剤

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

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

性腺刺激ホルモン製剤

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體

ソマトスタチンアナログ

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

ブトルファノール製剤

ブプレノルフィン製剤

抗悪性腫瘍剤

グルカゴン製剤

ヒトソマトメジンC製剤

エタネルセプト製剤

ベグピソマント製剤

スマトリブタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤

(別紙様式1)

情報提供先医療機関名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

( F A X )

保険薬剤師氏名

印

患者氏名 性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生( 歳) 職業 住所 電話番号
--

処方せん発行日 平成 年 月 日	調剤日 平成 年 月 日
処方薬剤の服薬状況(コンプライアンス)に関する情報	
併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の有無(有・無) 薬剤名等:	
患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報	
症状等に関する家族、介護者等からの情報	
その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)	

注意1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

2. わかりやすく記入すること。

3. 必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）が公布され、平成22年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305001号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、[「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）](#)による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとする。



- 5 短期滞在手術基本料の施設基準等は別添5のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令(昭和23年政令第326号)及び医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりである。

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

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

## 第2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生(支)局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書(届出書添付書類を含む。以下同じ。)を正副2通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内(提出者の補正に要する期間は除く。)とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症患者回復病棟加算の施設基準については届出前6か月の実績を有していること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。
- 5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合には当該届出の受理は行わないものであること。
  - (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがある保険医療機関である場合。
  - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等(平成18年厚生労働省告示第107号)に違反したことがある保険医療機関である場合。
  - (3) 地方厚生(支)局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法(平成18年厚生労働省告示



第104号) に該当している保険医療機関である場合。

- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「高齢者医療確保法」という。)第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」(平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

夜間・早朝等加算	(夜朝) 第 号
<del>電子化加算</del>	<del>(電子化) 第 号</del>
地域医療貢献加算	(地域貢献) 第 号
明細書発行体制等加算	(明細) 第 号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診) 第 号
歯科外来診療環境体制加算	(外来環) 第 号
障害者歯科医療連携加算	(障連) 第 号
一般病棟入院基本料	(一般入院) 第 号
療養病棟入院基本料	(療養入院) 第 号
結核病棟入院基本料	(結核入院) 第 号
精神病棟入院基本料	(精神入院) 第 号
特定機能病院入院基本料	(特定入院) 第 号
専門病院入院基本料	(専門入院) 第 号
障害者施設等入院基本料	(障害入院) 第 号
有床診療所入院基本料	(診入院) 第 号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第 号
<del>総合入院体制加算</del> <del>入院時医学管理加算</del>	<del>(総合加算)</del> <del>入時加算</del> 第 号
臨床研修病院入院診療加算	(臨床研修) 第 号
救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	(救急加算) 第 号
超急性期脳卒中加算	(超急性期) 第 号
妊産婦緊急搬送入院加算	(妊産婦) 第 号
診療録管理体制加算	(診療録) 第 号
医師事務作業補助体制加算	(事務補助) 第 号
急性期看護補助体制加算	(急性看補) 第 号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第 号
<del>新生児入院医療管理加算</del>	<del>(新入) 第 号</del>
看護配置加算	(看配) 第 号
看護補助加算	(看補) 第 号

療養環境加算	(療) 第 号
重症者等療養環境特別加算	(重) 第 号
療養病棟療養環境加算 1	(療養 1) 第 号
療養病棟療養環境加算 2	(療養 2) 第 号
療養病棟療養環境加算 3	(療養 3) 第 号
療養病棟療養環境加算 4	(療養 4) 第 号
診療所療養病床療養環境加算 1	(診療養 1) 第 号
診療所療養病床療養環境加算 2	(診療養 2) 第 号
重症皮膚潰瘍管理加算	(重皮潰) 第 号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第 号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第 号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第 号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第 号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第 号
児童・思春期精神科入院医療管理加算	(児春) 第 号
<u>強度行動障害入院医療管理加算</u>	<u>(強度行動) 第 号</u>
<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>	<u>(重アル) 第 号</u>
<u>摂食障害入院医療管理加算</u>	<u>(摂食障害) 第 号</u>
がん診療連携拠点病院加算	(がん拠点) 第 号
栄養管理実施加算	(栄養管理) 第 号
<u>栄養サポートチーム加算</u>	<u>(栄養チ) 第 号</u>
医療安全対策加算	(医療安全) 第 号
<u>感染防止対策加算</u>	<u>(感染防止) 第 号</u>
褥瘡患者管理加算	(褥) 第 号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第 号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第 号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第 号
<u>慢性期病棟等退院調整加算 1</u>	<u>(慢性退院 1) 第 号</u>
<u>慢性期病棟等退院調整加算 2</u>	<u>(慢性退院 2) 第 号</u>
<u>急性期病棟等退院調整加算 1</u>	<u>(急性退院 1) 第 号</u>
<u>急性期病棟等退院調整加算 2</u>	<u>(急性退院 2) 第 号</u>
<u>新生児特定集中治療室退院調整加算</u>	<u>(新生児退院) 第 号</u>
<u>救急搬送患者地域連携紹介加算</u>	<u>(救急紹介) 第 号</u>
<u>救急搬送患者地域連携受入加算</u>	<u>(救急受入) 第 号</u>
<del>後期高齢者総合評価加算</del>	<del>(後期総合評価) 第 号</del>
<del>後期高齢者退院調整加算</del>	<del>(後期退院) 第 号</del>
<u>呼吸ケアチーム加算</u>	<u>(呼吸チ) 第 号</u>
<u>後発医薬品使用体制加算</u>	<u>(後発使) 第 号</u>
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第 号
救命救急入院料 <u>1</u>	(救 <u>1</u> ) 第 号

救命救急入院料 2	(救 2) 第 号
救命救急入院料 3	(救 3) 第 号
救命救急入院料 4	(救 4) 第 号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第 号
特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第 号
ハイケアユニット入院医療管理料	(ハイケア) 第 号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第 号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第 号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第 号
<del>広範囲熱傷特定集中治療室管理料</del>	<del>(熱) 第 号</del>
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第 号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第 号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第 号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第 号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第 号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第 号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第 号
亜急性期入院医療管理料 1	(亜 1) 第 号
亜急性期入院医療管理料 2	(亜 2) 第 号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第 号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第 号
緩和ケア病棟入院料	(緩) 第 号
精神科救急入院料	(精救) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第 号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第 号
精神療養病棟入院料	(精療) 第 号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第 号
認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第 号
<del>診療所後期高齢者医療管理料</del>	<del>(診管) 第 号</del>
短期滞在手術基本料 1	(短手 1) 第 号
短期滞在手術基本料 2	(短手 2) 第 号

- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、平成 22 年 4 月 14 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるも

のとする。~~また、平成20年10月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。~~

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

### 第3 届出受理後の措置等

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

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
- ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合
- 当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲
- イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(2)、四の(2)及び六の(3)の場合
- 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上
- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (5) 算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- (7) 亜急性期入院医療管理料の算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、3か月間（暦月）の平均実績が6割未満としない範囲の一時的な変動。
- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の

翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（掲示例）

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

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

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

（2）有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が5人以上勤務しています。」

#### 第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成~~2220~~年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成~~2220~~年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成~~2220~~年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成~~22~~20年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域医療貢献加算

明細書発行体制等加算

障害者歯科医療連携加算

一般病棟看護必要度評価加算

精神病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。）

特定機能病院入院基本料（精神病棟の13対1入院基本料に限る。）

有床診療所一般病床初期加算

医師配置加算 1

救急・在宅等支援療養病床初期加算

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

医師事務作業補助体制加算（15対1補助体制加算及び20対1補助体制加算に限る。）

急性期看護補助体制加算

強度行動障害入院医療管理加算

重度アルコール依存症入院医療管理加算

摂食障害入院医療管理加算

栄養サポートチーム加算

医療安全対策加算 2

感染防止対策加算

慢性期病棟等退院調整加算 1

急性期病棟等退院調整加算 1

新生児特定集中治療室退院調整加算

救急搬送患者地域連携紹介加算

救急搬送患者地域連携受入加算

呼吸ケアチーム加算

後発医薬品使用体制加算

救命救急入院料 3 及び 4

救命救急入院料注 4 に掲げる加算

救命救急入院料注 7 に掲げる小児加算

特定集中治療室管理料 2

新生児特定集中治療室管理料 2

新生児治療回復室入院医療管理料

小児入院医療管理料 2

回復期リハビリテーション病棟入院料注 3 に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算

回復期リハビリテーション病棟入院料注 4 に掲げるリハビリテーション充実加算

亜急性期入院医療管理料注 2 に掲げるリハビリテーション提供体制加算

認知症治療病棟入院料注 2 に掲げる退院調整加算

~~夜間・早朝等加算~~

~~歯科外来診療環境体制加算~~

~~超急性期脳卒中加算~~



~~妊産婦緊急搬送入院加算~~

~~医師事務作業補助体制加算~~

~~精神科地域移行実施加算~~

~~看護補助加算 2 及び 3 (平成20年 3 月31日において現に 7 対 1 入院基本料を算定している病棟であって、平成20年 4 月 1 日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限る。)~~

~~精神科身体合併症管理加算~~

~~児童・思春期精神科入院医療管理加算 (治療室単位での届出を行う場合に限る。)~~

~~ハイリスク妊娠管理加算~~

~~退院調整加算~~

~~後期高齢者総合評価加算~~

~~後期高齢者退院調整加算~~

~~地域歯科診療支援病院入院加算~~

~~小児入院医療管理料 1~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料 1~~

~~亜急性期入院医療管理料 2~~

~~精神科救急・合併症入院料~~

表 2 施設基準の改正により、平成~~22~~20年 3 月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成~~22~~20年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

~~精神病棟入院基本料 (10対1入院基本料に限り、平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~特定機能病院入院基本料 (精神病棟の 7 対 1 及び10対1入院基本料に限り、平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~有床診療所入院基本料 1、2 及び 3~~

~~緩和ケア診療加算 (平成23年 4 月 1 日以降に限る。)~~

~~救命救急入院料注 3 に掲げる加算~~

~~小児入院医療管理料 1 (平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 (平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~緩和ケア病棟入院料 (平成23年 4 月 1 日以降に限る。)~~

~~地域歯科診療支援病院歯科初診料~~

~~電子化加算 (ただし、第 2 の 1 (2) のウ以外の要件を満たす保険医療機関を除く。)~~

~~一般病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~結核病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~専門病院入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~障害者施設等入院基本料 (平成20年10月 1 日以降 (7 対 1 入院基本料については平成20年 4 月 1 日以降) に限る。)~~

~~有床診療所入院基本料の注 2 から注 4 までに掲げる加算~~

~~入院時医学管理加算~~

~~特殊疾患入院施設管理加算 (平成20年10月 1 日以降に限る。)~~

~~緩和ケア診療加算~~

~~医療安全対策加算~~

~~ハイリスク分娩管理加算~~

~~特殊疾患入院医療管理料（平成20年10月1日以降に限る。）~~

~~特殊疾患病棟入院料（平成20年10月1日以降に限る。）~~

~~精神科救急入院料~~

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<u>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割以上の療養病棟入院基本料</u>	→	<u>療養病棟入院基本料1</u>
<u>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割未満の療養病棟入院基本料</u>	→	<u>療養病棟入院基本料2</u>
<u>医師配置加算</u>	→	<u>医師配置加算2</u>
<u>看護配置加算2</u>	→	<u>看護配置加算1</u>
<u>看護配置加算1</u>	→	<u>看護配置加算2</u>
<u>夜間看護配置加算2</u>	→	<u>夜間看護配置加算1</u>
<u>夜間看護配置加算1</u>	→	<u>夜間看護配置加算2</u>
<u>入院時医学管理加算</u>	→	<u>総合入院体制加算</u>
<u>退院調整加算</u>	→	<u>慢性期病棟等退院調整加算2</u>
<u>後期高齢者総合評価加算</u>	→	<u>総合評価加算</u>
<u>後期高齢者退院調整加算</u>	→	<u>急性期病棟等退院調整加算2</u>
<u>特定集中治療室管理料</u>	→	<u>特定集中治療室管理料1</u>
<u>新生児特定集中治療室管理料</u>	→	<u>新生児特定集中治療室管理料1</u>
<u>小児入院医療管理料2、3、4</u>	→	<u>小児入院医療管理料3、4、5</u>
<u>認知症病棟入院料1、2</u>	→	<u>認知症治療病棟入院料1、2</u>

<del>療養病棟入院基本料2</del>	⇒	<del>療養病棟入院基本料</del>
<del>有床診療所療養病床入院基本料2</del>	→	<del>有床診療所療養病床入院基本料</del>
<del>小児入院医療管理料1、2、3</del>	→	<del>小児入院医療管理料2、3、4</del>
<del>亜急性期入院医療管理料</del>	→	<del>亜急性期入院医療管理料1</del>
<del>老人性認知症疾患治療病棟入院料</del>	→	<del>認知症病棟入院料</del>
<del>診療所老人医療管理料</del>	→	<del>診療所後期高齢者医療管理料</del>

~~表4 回復期リハビリテーション病棟入院料2（平成20年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた病棟であって、平成20年10月1日以降において回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行わない場合には、回復期リハビリテーション病棟入院料2の届出がされたものとみなす。）~~

~~1の2 第2及び第3の規定にかかわらず、平成20年12月31日現在においてハイリスク妊娠管理加~~



~~算又はハイリスク分娩管理加算の届出が受理されている保険医療機関については、平成21年4月1日以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要であること。~~

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
- 3 基本診療料の施設基準等第十一の三の三、~~五の三~~、~~六の五~~、~~七の六~~の規定は、次の場合について、平成24~~22~~年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであり、~~その取扱いについては、次の場合も含まれるものであること。~~なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に平成22年3月31日までの間に転棟又は転院した場合

イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合 (~~イ~~ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合 を含む。)

- 4 基本診療料の施設基準等第十一の四の規定は、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた別表第十二の患者であって、当該病棟を平成18年7月1日から平成20年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換し、医療区分2又は3の患者とみなされていた患者のうち、次の患者について、平成20年4月1日以降も、平成24~~22~~年3月31日までの間に限り、引き続き医療区分2又は3の患者とみなすことを規定したものである。

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

## 初・再診料の施設基準等

### 第1 夜間・早朝等加算

#### 1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

(1) 1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。  
なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

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

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

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

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

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

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

#### 2 届出に関する事項

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

### ~~第2 電子化加算~~

#### ~~1 電子化加算に関する施設基準等~~

~~許可病床数が400床未満の保険医療機関(平成21年4月1日以降は、許可病床数が400床未満の病院のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるもの以外の病院)のうち、次のいずれにも該当していること。~~

~~(1) 次のいずれにも該当していること。~~

~~ア 診療報酬の請求に係る電算処理システムを導入していること。~~

~~イ 個別の費用ごとに区分して記載した領収証(医科診療報酬点数表又は歯科診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの)を無償で交付していること。~~

~~＝~~  
~~(2) 次のいずれかに該当していること。~~

~~ア フレキシブルディスク又は光ディスクを提出することにより診療報酬の請求を行っていること。~~

~~イ 試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っていること。~~

~~ウ 患者から求めがあったときに、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えており、その旨を院内のわかりやすい場所及び支払窓口に表示していること。~~

~~エ バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っていること。~~

~~オ インターネットを活用した予約システムが整備されていること。~~

~~カ 診療情報（紹介状を含む。）を電子的に提供していること。~~

~~キ 検査、投薬等に係るオーダーリングシステムが整備されていること。~~

~~ク 電子カルテによる診療録管理を行っていること。~~

~~ケ フォルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピュータの表示装置等を活用し画像診断を行っていること。~~

~~コ 遠隔医療支援システムを活用し、離島若しくはへき地における医療又は在宅医療を行っていること。~~

## ~~2 届出に関する事項~~

~~電子化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

## 第2 地域医療貢献加算

### 1 地域医療貢献加算に関する施設基準

(1) 診療所であること。

(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。又は、当該診療所の職員が対応に当たる場合であっても、医師に電話を転送できる体制を備えていること。

(3) 複数の診療所が連携してあらかじめ当番医を定めて対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等について、あらかじめ患者に周知していること。

### 2 届出に関する事項

地域医療貢献加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第2の2 明細書発行体制等加算

### 1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

(1) 診療所であること。

(2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。

(3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患

者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

## 2 届出に関する事項

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

### 第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

#### 1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。

(3) 歯科医療を担当する別の保険医療機関において「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）別表2に規定する歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて外来診療部門において歯科医療を行った月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。

(4) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。

(5) ~~(3)~~ (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。

(6) ~~(4)~~ 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成2220年3月5日保医発第0305001号）の別添1第1章第2部通則07の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。

(7) ~~(5)~~ 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

#### 2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式3を用いること。

届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について別添7の様式3による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

### 第4 歯科外来診療環境体制加算

## 1 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
  - ア 自動体外式除細動器（AED）
  - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
  - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
  - エ 血圧計
  - オ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）
  - カ 歯科用吸引装置
- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- (5) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

## 2 届出に関する事項

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

## 第4の2 障害者歯科医療連携加算

### 1 障害者歯科医療連携加算に関する施設基準

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

携体制が整備されていること。

## 2 届出に関する事項

障害者歯科医療連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。



## 入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料（特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

### 1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、参考様式の項目すべてが含まれている場合は、各保険医療機関が適当とする様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

### 2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。
- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有するすべての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感知情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

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

### 3 医療安全管理体制の基準

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

### 4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。

## 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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

- 1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、~~一般病棟のみにより及び結核病棟を合わせて（ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料の場合は、一般病棟のみにより）~~計算するものとし、一般病棟及び結核病棟が7対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、一般病棟及び結核病棟を合わせて看護必要度の評価を行うものとする。

- 2 1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。



- (1) 1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。
  - (2) (1)の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。
  - (3) 複数階で1病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて1病棟を構成する場合についても上記(1)及び(2)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。
- 3 平均在院日数については次の点に留意すること。
- (1) 平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。
  - (2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。
- 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。
- (1) 入院患者の数については、次の点に留意する。
    - ア 入院患者の数には、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。
    - イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年から6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあつては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

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

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近1年間の入院患者数が0であっても、感染症病床数の5%をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。
    - ウ 届出前1年間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が3か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から3か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもって~~とも~~届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後3か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。
    - エ 病棟単位で算定する特定入院料、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治

療室、病室及び短期滞在手術基本料1に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。

(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

ア 看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。

イ 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしていること。

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

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

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

なお、パート勤務者の人員換算の方法は、

$$\frac{\text{パート勤務者の1か月間の実労働時間}}{\text{常勤職員の所定労働時間}}$$

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

なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。

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

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

ク 看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えな

い。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす場合には、次のいずれかの方法によって人員換算のうえ計上すること。

(イ) 看護補助者とみなす看護職員は、看護職員に係る勤務計画表から除外し、その人員を看護補助者として計上する。

(ロ) 看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の~~暦月平均の1日当たり~~総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の~~同~~総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。~~常勤職員の所定労働時間で除することによって換算した人員をもって計上する。~~

また、小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保護に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。

ケ 1か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

(3) 夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。

ア 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下とすること。

イ 看護要員の名簿及び勤務計画表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。

(イ) 看護要員は、常時2人以上であること。

(ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を2人以上配置していること。（精神病棟入院基本料の特別入院基本料を除く。）

(ハ) 療養病棟においては、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上の配置であっても差し支えない。

(ニ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟において、看護職員を2人以上配置している場合にあっては、緊急時等やむを得ないときは、看護補助者が夜勤を行うことができる。

(ホ) (イ)から(ニ)の要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

ウ 特定入院料（小児入院医療管理料~~4~~<sup>5</sup>、亜急性期入院医療管理料1又は2、特殊疾患入院医療管理料を除く。）を算定している病棟~~、治療室及び病室~~に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。 ただし、小児入院医療管理料4、亜急性期入院医療管理料1又は2、特殊疾患入院医療管理料を病棟単位で算定する場合には、当該病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。

エ 夜勤に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の月当たり延夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体~~第5~~

~~の3に基づき、包括的に届出を行う場合には、当該包括的に届出を行う複数の病棟を合わせた病棟~~ で~~ごと~~に届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあっては看護要員）の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、次の療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護要員については、この限りではないこと。

(イ) 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添2において「別表第五の三の患者」という。）~~と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添2において「別表第五の三の患者」という。）の合計が8割以上である病棟~~

(ロ) 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟（以下「介護保険移行準備病棟」という。）

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。

キ 月平均夜勤時間数の計算における夜勤時間帯の従事者数に含まれる看護要員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護要員の病棟勤務の時間を常勤職員の所定労働時間により除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。時間割比例計算により従事者数を計算すること。

ク 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ケ 夜勤専従者のそれぞれの夜勤時間数は、72時間の概ね2倍以内であること。

コ 上記(2)のアからケまで及び(3)のアからケまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とすること。

(4) 看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で~~ごと~~に1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。

なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理す



ること。

ウ 特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の2割を看護師とすることが望ましい。

(5) 看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア 各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ アの掲示については、第3「届出受理後の措置等」の7の掲示例によること。

(6) 看護の実施は、次の点に留意する。

ア 看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。

イ ①病状の観察、②病状の報告、③身体的清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。

ウ 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。

エ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の別紙6に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ 当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

4の2 7対1入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合が1割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児科患者は測定対象から除外する。

- (2) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- (3) 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟及び結核病棟に限る。）及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の7対1入院基本料を算定する病棟については、当該入院基本料を算定している全ての患者の重症度・看護必要度等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- (4) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）の~~(1)又は(3)の~~測定結果を別添7の様式10の3により地方厚生（支）局長に報告すること。~~（ただし、平成20年7月は報告を要しないこと。）~~
- 4の3 7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数について
- (1) 7対1入院基本料に係る患者数
- 4の(1)によること。
- (2) 常勤の医師の数
- ア 医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
- イ ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。
- ウ 7対1入院基本料に係る医師数の計算方法
- (イ) 一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数
- 医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数から7対1入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病床に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数
- (ロ) 結核病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数
- 医療法上の一般病床（感染症病床を含む）に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数
- (3) 「基本診療料の施設基準等」第五の二の (1)イの⑤及び六の (2)イの⑤については以下のとおりとする。
- (2)のウの(イ)による医師数が、(1)による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。
- (4) 「基本診療料の施設基準等」第五の四の (1)イの④については以下の通りとする。
- (2)のウの(ロ)による医師数が、(1)による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

4の4 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留

意する。

- (1) 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、7対1特別入院基本料又は10対1特別入院基本料（以下「7対1特別入院基本料等」という。）を最後に算定した月から起算して1年以内は、7対1特別入院基本料等を算定できないものであること。
- (2) 本通知の第3の1の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなった直近3月に限り、算定できるものであること。
- (3) 7対1特別入院基本料等を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。なお、保険医療機関及び保険医療養担当規則第11条の2に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、7対1特別入院基本料等の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

#### 4の5 一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。
- (2) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
  - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
  - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
    - (イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
    - (ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- (3) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）の測定結果を別添7の様式10の3により地方厚生（支）局長に報告すること。

#### 4の6~~4~~ 障害者施設等入院基本料に係る7対1入院基本料を算定する病棟について

「基本診療料の施設基準等」第五の七の(2)のイの③については、直近1か月における当該病棟に入院する超重症児(者)及び準超重症児(者)の数の和の1日平均を、直近1か月における当該病棟に入院する患者数の1日平均で除して算出する。

#### 4の7 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

- (1) 7対1入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。ただし、経過措置として、平成22年3月31日に

現に7対1入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対1入院基本料に係る届出を行っている病棟については、平成22年9月30日までは当該基準を満たすものとみなすものであること。

当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5割以上が入院時においてGAF尺度30以下であること。

(2) 13対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

5 療養病棟入院基本料1を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添2において「医療区分3の患者」という。）及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添2において「医療区分2の患者」という。）患者の割合の算出方法等

(1) 医療区分3別表第五の三及び医療区分2別表第五の三の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成22年6月までの間は、以下のア及びイ中「直近3か月」とあるのは、「直近1か月」と読み替えて適用するものとする。なお、当該経過措置は3か月間のみであるため、以下のア及びイの平成22年4月から6月の実績を算出した結果、当該基準を満たさなくなった場合には、平成22年7月1日に速やかに変更の届出を行うこと。

ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分3別表第五の三の患者及び医療区分2別表第五の三の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

~~(2) 当該病棟の入院患者のうち、別表第五の三と別表第五の三の患者の合計が8割以上となった場合は、療養病棟入院基本料にあつては「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「20対1配置病棟」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日に遡って受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、20対1配置病棟の実績を有する必要はないこと。~~

(2) 医療区分3別表第五の三及び医療区分2別表第五の三の患者の割合の算出に当たっては、次に掲げる患者を含めるものであること。

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であつて医療区分3別表第五の三の患者若しくは医療区分2別表第五の三の患者、又は医療区分3別表第五の三の患者若しくは医療区分2別表第五の三の患者以外の患者（以下別添2において「医療区分1の患者」という。）については、医療区分3別表第五の三の患者又は医療区分2別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であつて、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者（療養病棟入院基本料1を算定する平成20年4月1日以降は、20対1配置病棟に入院する患者であつて仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）又は平成18年6月30日において



現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者（医療区分3別表第五の三の患者を除く。）（~~療養病棟入院基本料1を算定する平成20年4月1日以降は、20対1配置病棟に入院する患者であって仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。~~）については、それぞれ医療区分3別表第五の三の患者又は医療区分2別表第五の三の患者

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分3別表第五の三の患者

エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等については、医療区分3別表第五の三の患者

オ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）（医療区分3別表第五の三の患者を除く。）については、医療区分2別表第五の三の患者

~~(34)~~ (29) の患者には、次の患者が含まれるものであること。

ア 当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料を算定する療養病棟へ転棟した患者

イ 当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、28日以内に再度療養病棟入院基本料を算定する療養病棟に入院した患者

~~(5) 当該病棟の入院患者のうち、別表第五の三と別表第五の三の患者の合計が8割以上となった場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあつては、入院基本料Eを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日に遡って受理したものとして処理すること。~~

~~ア 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、1以上であること。~~

~~イ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師であること。~~

~~ウ 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。~~

6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のイに規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。評価すること。

7 療養病棟入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算についての施設基準

「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1日につき15点を所定点数に加算する。また、別添6の別紙8のADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添6の別紙9の「治療・ケアの評価の手引き」、別添6の別紙10の褥瘡及びADLに係る「治療・ケアの確認リスト」を用いて参考にして現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを

診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記録すること。

- 8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑤及びロの④⇒に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

~~別添6の別紙9の「治療・ケアの評価の手引き」を参考にして評価することとし、その結果を別添6の別紙11の「治療・ケアの内容の評価表」にまとめ病棟単位で備え付けるとともに、診療録等に記載又は添付すること。~~

- 9 介護保険移行準備病棟に係る当該病棟の入院患者に対する医療区分1「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の患者又は別表第五の三の患者以外の患者の割合の算出方法等

- (1) 医療区分1別表第五の三の患者又は別表第五の三の患者以外の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの「基本診療料の施設基準等」の医療区分1別表第五の三の患者又は別表第五の三の患者以外の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

- (2) 介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方厚生（支）局長に届け出る際に、当該届出以降3か月において(1)により算出する割合が6割以上となることが見込まれる場合にあっても届出を行うことができるものであること。ただし、3か月間の実績において、(1)により算出する割合が6割を下回るようになった場合には、療養病棟入院基本料2当該病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の患者と別表第五の三の患者との合計が8割未満である病棟等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。また、介護保険移行準備病棟の届出を行った病棟であっても、将来において介護保険施設への移行を行わないことが明らかになった場合には、同様に変更の届出を翌月速やかに行うこと。

- (3) 介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟には、介護療養型医療施設（経過型介護療養型医療施設を含む。）の指定を受けた病床が混在できるものであること。なお、その場合には、当該病棟の病床のうち、介護保険移行準備病棟に係る病床として指定するものについては、介護保険移行準備病棟の施設基準を満たしていればよいものであること。

- 10 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する移行準備計画には、介護老人保健施設等への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画などについて記載すること。

- 11 「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等には、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)及び認知症高齢者グループホーム等が含まれるものであること。

- 12 精神病棟入院基本料の注4及び特定機能病院入院基本料の注4⇒に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

- (1) 精神病棟入院基本料の注4の施設基準等

ア 「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の(4⇒)のイの基準を満たしていること。

イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「認知症である老人の日常生活自立度判定基

準」の活用について」（平成5年10月26日老健第135号。別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

(2) 特定機能病院入院基本料の注~~4-9~~の基準

(1)のイの基準を満たしていること。

13 「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の(1)の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

(1) 悪性腫瘍に係る専門病院について

ア 200床以上の一般病床を有していること。

イ 一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に100分の6を乗じて得た数以上であること。

ウ リニアック等の機器が設置されていること。

エ 一般病棟の入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者であること。

オ 外来患者の3割以上が紹介患者であること。

(2) 循環器疾患に係る専門病院について

ア 特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。

イ 一般病棟の入院患者の7割以上が循環器疾患患者であること。

ウ (1)のア、イ及びオを満たしていること。

14 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7対1入院基本料の対象となる病棟は、次の(1)のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、(2)の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添7の様式19を用いること。

(1) 次のいずれかに該当する一般病棟

ア 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設

イ 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設

ウ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター

エ 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定する医療機関

(2) 次のいずれにも該当する一般病棟

ア 重度の肢体不自由児(者)（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児(者)」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

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

- (ロ) 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- イ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることとする。

### 第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準

診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」及び第2の4の(1)のア及びイ、(2)のア、オ、カ、ク及びケ並びに(6)のア及びイの他、下記のとおりとする。

- 1 看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。
- 2 看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。
- 3 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。
- 4 有床診療所入院基本料1 又は2の届出をしている診療所にあつては、看護師を1人以上配置することが望ましいこと。
- 5 夜間（当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後6時から午前8時をいう。）における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を1人以上配置していること。

#### 6 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

- (1) 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- (2) 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
- (3) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
- (4) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
- (5) 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
- (6) 注5に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

#### 7 ~~6~~ 医師配置加算~~医師の配置に係る加算~~の施設基準

- (1) 医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。
  - ア 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
  - イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
  - ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
  - エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
  - オ 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。



カ 注5に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保していること。

- (2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

8 ~~7~~ 看護配置に係る加算の基準

(1) 看護配置加算1については、看護職員の数、看護師3名を含む10名以上であること。

(2) 看護配置加算2については、看護職員の数、10名以上であること。ただし、看護配置加算1に該当する場合を除く。

(3) 夜間看護配置加算1 ~~2~~ については、夜間の看護要員の数、看護職員1名を含む2名以上であること。なお、2名のうち1名は当直で良いが、看護職員が1名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。

(4) 夜間看護配置加算2については、夜間の看護職員の数、1名以上であること。ただし、夜間看護配置加算1に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。

(5) 看護配置加算1と看護配置加算2は併算定できないものであること。また、夜間看護配置加算1と夜間看護配置加算2も同様に併算定できないものであること。

9 ~~8~~ 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。

10 ~~9~~ 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分3別表第五の三の患者及び医療区分2別表第五の三の患者の割合の算出方法等

(1) 医療区分3別表第五の三及び医療区分2別表第五の三の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分3別表第五の三の患者及び医療区分2別表第五の三の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

(2) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3別表第五の三と医療区分2別表第五の三の患者の合計が8割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロの「4対1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日に遡って受理したもとして処理すること。また、当該変更の届出前において、4対1配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。

(3) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3別表第五の三と医療区分2別表第五の三の患者の合計が8割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあつては、入院基本料Eを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日に遡って受理したもとして処理すること。

ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

11 ~~10~~ 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分

別添2の第2の7 ~~6~~と同様に取り扱うものであること。

~~12~~ 有床診療所療養病床入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算の施設基準  
別添2の第2の8と同様に取り扱うものであること。

#### 13 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

~~14~~ 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。別添6の別紙9の「治療ケアの評価の手引き」を参考にして評価することとし、その結果を別添6の別紙11の「治療ケアの内容の評価表」にまとめ施設単位（療養病床に限る。）で備え付けるとともに、診療録等に記載又は添付すること。

~~15~~ 「基本診療料の施設基準等」の第十一の六の規定は、別添2の第2の9から11までと同様に取り扱うものであること。この場合において、「介護保険移行準備病棟」とあるのは「介護保険移行準備病床」と、「当該病棟」とあるのは「当該病床」と、「各病棟」とあるのは「各病床」と、「病棟」とあるのは「病床」と読み替えるものとする。

## 第4 削除

### 第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から11までを用いること。ただし、別添7の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限り、別添7の様式10から様式10の3までについては、7対1入院基本料を届け出る場合に限る。なお、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添7の様式8を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料の届出は、別添7の様式6及び様式7を用いること。
- 2 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の5までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用いること。
- 3 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に届出を行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。ただし、療養病棟入院基本料の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち療養病棟入院基本料1又は2を算定する病棟「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の患者と別表第五の三の患者との合計が8割未満である病棟、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の患者と別表第五の三の患者との合計が8割以上である病棟、療養病棟入院基本料の注2の規定「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)の本の②に基づき届け出る病棟又は介護保険移行準備病棟ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が2以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。
- 4 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療

- 管理料、小児入院医療管理料3及び亜急性期入院医療管理料を算定している病床を除く。)は、これらの病床以外の病棟全体(複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体)を単位として行う。
- 5 有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病床(療養病床に係る病床を除く。)について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。
  - 6 入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行おうとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。なお、届出前1か月の実績は、例えば一般病床である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1又は2の届出を行う場合の届出前1か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。
  - 7 平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件をすべて満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の3か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の3か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。
  - 8 新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料~~3~~の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料~~3~~の届出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
  - 9 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届け出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届け出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
  - 10 第2の2の(1)の1病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。
    - (1) 第2の2の(2)に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。
    - (2) 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第2の2の(2)の①から③に掲げたやむを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。
  - 11 医療法(昭和23年法律第205号)及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)(以下「感染症法」という。)の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

## 入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

### 第1 総合入院体制加算~~入院時医学管理加算~~

#### 1 総合入院体制加算~~入院時医学管理加算~~に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
  - ア 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日 医発第692号）に定める第5「第2次救急医療体制」、第8「救命救急センター」、第9「高度救命救急センター」又は「周産期医療対策事業実施要綱」（平成8年5月10日 児発第488号）に定める総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
  - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。
  - ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
  - イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4割以上であること。
- (5) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として~~に対す~~、次の体制を整備していること。
  - ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
  - イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
  - ウ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安



全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。

エ イに規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画（例：~~医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取り組み等~~）を策定し、職員等に対して周知徹底していること。 　

（病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例）

- ・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（静脈採血の検査部における実施　〇年〇月より実施予定、病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等）
- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 短時間正規雇用医師の活用
- ・ 地域の他の保険医療機関との連携体制
- ・ 交代勤務制の導入
- ・ 外来縮小の取り組み　等

~~イ~~ ~~特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）~~

- (6) 全身麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。
- ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上
  - イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
  - ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
  - エ 放射線治療（体外照射法）4000件／年以上
  - オ 化学療法 4000件／年以上
  - カ 分娩件数 100件／年以上
- (7) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。
- (8) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- (9) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。~~なお、平成20年6月30日までの間は、平成20年3月31日以前の区分番号「B-0-9」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者を含むものであること。~~
- (2) 総合入院体制加算~~入院時医学管理加算~~の施設基準に係る届出は、別添7の様式13及び様式13の2を用いること。また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。
- (3) 別添7の様式13の2 ~~の2(2)及び3(2)~~については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、~~効果評価についてはその指~~

~~標について検討する必要がある、今後の検討を踏まえて提出事項等について見直すこととして  
している。~~

~~このため、現時点においては、届出時に当該欄に記載がなくても受け付けることとし、この  
場合においては、各病院は当該欄の内容を把握している旨を「(2)」の文字を○で囲んで  
表示することとする。~~

~~なお、~~効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

## 第2 臨床研修病院入院診療加算

### 1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

#### (1) ~~基幹型単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院~~の施設基準

ア 指導医は臨床経験を7年以上有する医師であること。

イ 研修医2.5人につき、指導医1人以上であること。

ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている~~基幹型単独型臨床研修病院又は管理型臨床研修病院~~（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）~~又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）~~（~~大学病院を含む。~~）であること。

オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

#### (2) ~~協力型臨床研修病院~~の施設基準

ア 協力型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1の(1)のアからウまで及びカを満たしていること。

イ 研修医が~~基幹型単独型臨床研修病院又は管理型臨床研修病院~~又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

### 2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

#### (1) ~~単独型又は管理型単独型臨床研修施設及び管理型臨床研修施設~~の施設基準

ア 指導歯科医は歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。

イ 研修歯科医2人につき、指導歯科医1人以上であること。

- ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第3条第1号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは~~又は~~管理型臨床研修施設（同条第2号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。））~~（大学病院を含む。）~~であること。
- オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

(2) ~~協力型臨床研修施設~~の施設基準

- ア 協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第3号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）病院である保険医療機関であって、2の(1)のアからウまでを満たしていること。
- イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは~~又は~~管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算に係る届出は、別添7の様式14又は様式14の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

---

第2の2 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

1 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
- イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

## 2 届出に関する事項

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式14の3を用いること。

### 第3 超急性期脳卒中加算

#### 1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。

(2) 薬剤師が常時配置されていること。

(3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。

(4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

(5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

(6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

(7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

#### 2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式15を用いること。

### 第3の2 妊産婦救急搬送入院加算

#### 1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

(1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること

(2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。

(3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩に

も対応できる十分な設備を有していること。

## 2 届出に関する事項

妊産婦救急搬送入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式16を用いること。

## 第4 診療録管理体制加算

### 1 診療録管理体制加算に関する施設基準

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録並びに過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されていること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (6) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (7) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。

### 2 届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

## 第4の2 医師事務作業補助体制加算

### 1 ~~通則~~医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

- (1) 急性期医療を行う病院（特定機能病院を除く。）であること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されてとられていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。  
~~ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を別添7の様式13の2の例により策定し、職員等に周知していること。~~  
~~イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）~~
- (3) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という）を、15対1補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床に限る。以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は届出病床数20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は届出病床数25床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わ



ない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。

(4) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。

(5) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。なお、平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

(6) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担（1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成18年4月21日医政発第0421005号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成19年3月30日医政発第0330033号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事

務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

2 15対1及び20対1~~25対1~~補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

(1) 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の確保対策整備事業の実施について」（平成22年1月26日医政発0126第1号）の別添2「周産期医療体制整備指針対策事業実施要綱」（平成8年5月10日児発第488号）に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

(2) 年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院であること。

3 25対1及び50対1~~75対1及び100対1~~補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

(1) 「2 15対1又は20対1~~25対1~~補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

(2) ~~又は~~「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成8年5月10日健政発第435号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院~~又は~~地域医療支援病院の指定を受けていること。

(3) ~~若しくは~~年間の緊急入院患者数が200名以上~~又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上~~の実績を有する病院であること。なお、「~~周産期医療対策整備事業の実施について~~」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

4 75対1及び100対1補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

(1) 「2 15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

(2) 年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

~~5-4~~ ~~3~~の緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷

- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

#### 6 届出に関する事項

(1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式18及び様式18の2を用いること。また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

(2) 別添7の様式13の2の2(2)及び3(2)については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価についてはその指標について検討する必要がある、今後の検討を踏まえて提出事項等について見直すこととしている。

~~このため、現時点においては、届出時に当該欄に記載がなくても受け付けることとし、この場合においては、各病院は当該欄の内容を把握している旨を「(2)」の文字を○で囲んで表示することとする。~~

~~なお、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。~~

### 第4の3 急性期看護補助体制加算

#### 1 通則

(1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日医政発第0126第1号）の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の5と同様に取り扱うものであること。

(2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

(3) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。

(4) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合が7対1入院基本料においては1割5分以上、10対1入院基本料においては1割以上であること。ただし、産科患者及び15歳未満の小児患者は測定対象から除外する。

(5) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法



(ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

(6) 急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報の保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

(7) 看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある「2. 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月 日保医発第 号）別添2 入院基本料等の施設基準等第2の4（6）に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

(8) 看護要員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(9) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

2 急性期看護補助体制加算1の施設基準

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

3 急性期看護補助体制加算2の施設基準

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

4 届出に関する事項

急性期看護補助体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の2及び様式18の3を用いること。

また、毎年4月において、前年度における病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

第5 特殊疾患入院施設管理加算

1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

(1) 病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。） 又は精神病棟

は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。

- (2) 当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）~~（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）~~、~~脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）~~、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。
- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。~~なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態にある場合には、重度の意識障害者となる。~~
- ア 意識障害レベルがJCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態が2週以上持続している患者
- イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

## 2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

## 第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

- 1 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。
- 2 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。
- 3 「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添6の別紙14を参照のこと。

## ~~第7 新生児入院医療管理加算~~

### ~~1 新生児入院医療管理加算に関する施設基準~~

- ~~(1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。~~
- ~~(2) 当該治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、新生児入院医療管理が必要な状態にある新生児であること。~~
- ~~(3) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師が常時1名以上いること。~~

~~(4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。~~

~~ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）~~

~~イ 新生児用呼吸循環監視装置~~

~~ウ 新生児用人工換気装置~~

~~エ 微量輸液装置~~

~~オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置~~

~~カ 酸素濃度測定装置~~

~~キ 光線治療器~~

~~(5) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。~~

## ~~2 届出に関する事項~~

~~新生児入院医療管理加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式21及び様式42を用いること。~~

## 第7 看護補助加算

看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。また、看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9を用いること。

## 第8 地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙のとおりであること。

## 第9 療養環境加算

### 1 療養環境加算に関する施設基準

- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。
- (3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る**病床病室**又は特定入院料を算定している**病床もしくは病室**については、本加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師並びに看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

### 2 届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第10 重症者等療養環境特別加算

### 1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。
- (2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。
  - ア 個室又は2人部屋である。
  - イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。（心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合、又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）
  - ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。
  - エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。
- (3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の概ね7%以内とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、一般病棟における平均入院患者数の10%を超えないこと。

### 2 届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第11 療養病棟療養環境加算

### 1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

#### (1) 療養病棟療養環境加算1に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。
- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- オ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

(2) 療養病棟療養環境加算2に関する施設基準

(1)のアからキまでを満たしていること。

(3) 療養病棟療養環境加算3に関する施設基準

(1)のア、イ及びエからキまでを満たしていること。

(4) 療養病棟療養環境加算4に関する施設基準

ア (1)のオからキまでを満たしていること。

イ 当該病棟に係る病室の床面積は、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。

ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。

2 届出に関する事項

療養病棟療養環境加算1から療養病棟療養環境加算4の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第12 診療所療養病床療養環境加算

1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。

(1) 診療所療養病床療養環境加算1に関する施設基準

ア 当該療養病床に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

イ 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ 当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。

エ 当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

オ 療養病床に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

カ 当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに定める食堂と兼用であっても差し支えない。

キ 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

(2) 診療所療養病床療養環境加算2に関する施設基準

ア 当該療養病床に係る病室の床面積は、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。

イ 当該診療所に機能訓練室を有していること。

2 届出に関する事項

診療所療養病床療養環境加算1及び診療所療養病床療養環境加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図（当該加算を算定する病床の面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

(1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。

(2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式26を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性にかんがみて、当該専任の医師以外の医師にあっても、入院中に緩和ケアチームによる診療を受けた患者のみを対象として、当該患者の退院後に継続的に外来で診療を行う場合については、緩和ケア診療加算を算定すべき診療に影響のない範囲においては専従とみなすことができる。

なお、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診察することについては、差し支えないものとする。（ただし、所定労働時間の2分の1以下であること。）

(3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

(4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経

験を有する者であること。

(5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、経過措置として、平成22年3月31日において現に緩和ケア診療加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなすものであること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

~~(6)~~ (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

~~(7)~~ (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

~~(8)~~ (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

~~(9)~~ 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

~~(10)~~ 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

~~(11)~~ 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。――

(12) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。



がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

## 2 届出に関する事項

- (1) 緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式27を用いること。
- (2) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添 7 の様式20を用いて提出すること。

## 第15 精神科応急入院施設管理加算

### 1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の4第1項及び同法第34条第項から第3項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。
- (2) 当該病院の病床について、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の8割以上であり、かつ、看護職員の数2割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に1床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

## 2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第33条の4第1項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第16 精神病棟入院時医学管理加算

### 1 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療



局長通知にのっとして実施されたい。

## 2 届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式29を用いること。

### 第16の2 精神科地域移行実施加算

#### 1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（15対1精神病棟入院基本料に限る。）、区分番号「A312」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年以上の入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1月から12月までの1年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の4月1日から翌々年の3月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。  
ア 1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数  
イ 1月1日において入院期間が5年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って1年間における退院に係る実績が5%以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。 —
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

#### 2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式30を用いること。

## 第16の3 精神科身体合併症管理加算

### 1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

### 2 届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

## 第17 児童・思春期精神科入院医療管理加算

### 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）であること。
- (3) 当該各病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 病院内に学習室が設けられていること。
- (5) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。

### 2 届出に関する事項

児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9及び様式32を用いること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図につき添付すること。

## 第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

### 1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の4に規定する重症心身障害児施設又は同法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

ロ 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟であること。

### 2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別

添6の様式14の2を参照のこと。

### 3 届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の2を用いること。

#### 第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

##### 1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師、研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

##### 2 届出に関する事項

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。

#### 第17の4 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

##### 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること
- (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、臨床心理技術者、管理栄養士等が当該保険医療機関に配置されていること。
- (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

##### 2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の4を用いること。

#### 第18 がん診療連携拠点病院加算

##### 1 がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、がん診療連携拠点病院については、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

##### 2 届出に関する事項

がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式33を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

#### 第19 栄養管理実施加算

##### 1 栄養管理実施加算に関する施設基準

当該保険医療機関内に、栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 栄養管理実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34を用いること。
- (2) 栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

## 第19の2 栄養サポートチーム加算

### 1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) (1)のアにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 栄養不良がもたらす影響

イ 栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング

エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

(3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

(イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）

(ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導

(ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘

(ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得

(ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング

(ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導

(ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング

(チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解

(ニ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応

(ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出

(ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導

(ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

ウ (1)のイ、ウ又はエに規定される従事者のうち、専従者でない従事者については、当該

従事者が平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることで差し支えない。当該保険医療機関が複数の栄養サポートチームを有する場合も、各チームにつき、同様の取り扱いとする。なお、当該研修を修了していない従事者が研修を修了した際には、改めて修了した旨を届け出ること。

(4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

## 2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34の2及び様式13の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

## 第20 医療安全対策加算

### 1 医療安全対策加算 1に関する施設基準

#### (1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国及び医療関係団体等（医療安全管理者の養成を目的とした医療安全管理者養成研修を行っている国立保健医療科学院や日本医療機能評価機構等）が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。



- エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員が配置されていること。
- オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。
- カ 専任の院内感染管理者が配置されていること。なお、アの医療安全管理者とは兼任できないこと。
- キ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項

- ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
- ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
- エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

- ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
- イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
- ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからキの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 感染防止対策加算の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。ただし、医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としてもよい。

(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機

関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

(ロ) 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

(ハ) 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(a) 感染予防・管理システム

(b) 医療関連感染サーベイランス

(c) 感染防止技術

(d) 職業感染管理

(e) 感染管理指導

(f) 感染管理相談

(g) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。

当該保険医療機関内に上記のアからエに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は1の(1)のウに掲げる院内感染管理者(医療安全対策加算に規定するもの)を兼ねることができる。また、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは院内感染防止対策チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。

(8) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

#### 4-2 届出に関する事項

医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35を用いること。感染防止対策加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。

## 1 褥瘡患者管理加算の施設基準

- (1) 褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者に対し、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の臨床経験を有する専任の看護師が別添6の別紙15を参考として褥瘡対策に関する診療計画を作成の上、褥瘡対策を実施し、その評価を行っていること。なお、当該加算は、その褥瘡対策の実施に当たり、当該医師及び当該看護師以外の者が作成する診療計画に基づく場合は算定できないが、当該医師及び当該看護師が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護師以外であっても算定できる。
- (2) (1)に定める看護師は、診療報酬の算定方法第1章第2部通則7に定める褥瘡対策を行う専任の看護職員を兼務することができる。
- (3) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

## 2 届出に関する事項

褥瘡患者管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

## 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

### 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。
  - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる通算して6か月程度の研修
  - イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修
- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。
- (3) 別添6の様式16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的



な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

## 2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2) (1)の結果、とくに重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4) (1)から(3)の他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う保険医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

## 3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第22の2 ハイリスク妊娠管理加算

### 1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

### 2 届出に関する事項

ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

## 第23 ハイリスク分娩管理加算

### 1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されてとられていること。当該体制については、第1の1の(5)と同様であること。

~~ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を策定し、職員等に周知していること。~~

~~イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。~~

~~こと。(例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等)~~

- (5) 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

## 2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2及び別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

- (4) 別添7の様式13の2の2(2)及び3(2)については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、~~効果評価についてはその指標について検討する必要がある、今後の検討を踏まえて提出事項等について見直すこととしている。~~

~~このため、現時点においては、届出時に当該欄に記載がなくても受け付けることとし、この場合においては、各病院は当該欄の内容を把握している旨を「(2)」の文字を○で囲んで表示することとする。~~

~~なお、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。~~

## 第24 慢性期病棟等退院調整加算

### 1 慢性期病棟等退院調整加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。

### 2 慢性期病棟等退院調整加算2に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。ただし、有床診療所の場合は部門の設置は必要としない。
- (2) 病院の場合には、入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されており、当該退院調整部門に、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。ただし、区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する退院調整を行う場合には、

社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。

- (3) 有床診療所の場合には、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

## 2 届出に関する事項

退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いて提出すること。

### 第24の2 ~~26~~ 後期高齢者急性期病棟等退院調整加算

#### 1 急性期病棟等退院調整加算1の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。

- (2) 当該退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には退院調整に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。

- (3) 当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

- (4) 退院調整を行うにつき十分な体制として、次に掲げる退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていること。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号A240に掲げる総合評価加算で実施する総合的な機能評価を行うことが望ましい。

ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。

イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。

#### 2 ~~27~~ 後期高齢者急性期病棟等退院調整加算2の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。ただし、有床診療所の場合は部門の設置は必要としない。

- (2) 病院の場合、当該退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

- (3) ~~ただし、有床診療所の場合は、退院調整を主に担当する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が配置されていること。~~

- (4) ~~退院調整を行うにつき十分な体制として、次に掲げる退院困難な要因を有する患者を抽出する体制が整備されていることとは次のことをいうこと。なお、退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号「A240」後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい。~~

~~ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。~~

~~イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。~~

- ~~(4) 退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号「A240」後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい。~~

## 2 届出に関する事項

後期高齢者退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。――

#### 第24の3 新生児特定集中治療室退院調整加算

##### 1 新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されていること。
- (2) 当該退院調整部門に退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

##### 2 届出に関する事項

新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。

#### 第24の4 救急搬送患者地域連携紹介加算

##### 1 救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。
- (2) 区分番号A205救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、区分番号A300救命救急入院料、区分番号A301特定集中治療室管理料、区分番号A301-2ハイケアユニット入院医療管理料又はA301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていないこと。

##### 2 届出に関する事項

救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の2を用いること。

#### 第24の5 救急搬送患者地域連携受入加算

##### 1 救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

- (1) 救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携を取っていること。
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていないこと。

##### 2 届出に関する事項

救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の2を用いること。

#### 第25 後期高齢者総合評価加算

##### 1 後期高齢者総合評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が1名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
  - ア 日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するものであること。

イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。

ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。

~~オ ただし、平成21年3月31日までの期間においては、イ又はウのいずれかを満たす研修であって、1日8時間又は通算して8時間程度の研修を修了していることで差し支えないこととする。なお、その場合には、平成22年3月31日までに、不足する内容を補足する研修を追加で受講する旨届け出ることとし、研修を修了した際には、改めて修了した旨届け出ること。~~

(3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること。

## 2 届出に関する事項

~~後期高齢者総合評価加算の施設基準に係る届出に関しては別に別添7の様式40を用いること。~~

### ~~第26 後期高齢者退院調整加算~~

#### ~~1 後期高齢者退院調整加算の施設基準~~

~~(1) 当該保険医療機関内に入院患者の退院に係る調整に関する部門が設置されていること。ただし、有床診療所の場合は部門の設置は必要としない。~~

~~(2) 退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上いること。なお、当該看護師又は社会福祉士は、週30時間以上退院調整に係る業務に従事していること。ただし、有床診療所の場合は、退院調整を主に担当する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士であること。~~

~~(3) 退院困難な要因を有する患者を抽出する体制とは次のことをいうこと~~

~~ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。~~

~~イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っていること。~~

~~(4) 退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、区分番号「A-240」後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい。~~

#### ~~2 届出に関する事項~~

~~後期高齢者退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。~~

### ~~第26 呼吸ケアチーム加算~~

#### ~~1 呼吸ケアチーム加算の施設基準~~

~~(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。~~

~~ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師~~

~~イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師~~

~~ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士~~

~~エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士~~

~~(2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該~~



当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ）呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

（ロ）呼吸機能障害の病態生理及びその治療

（ハ）呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）

（ニ）患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

（ホ）呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）

（ヘ）安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）

（ト）呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

（チ）呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（リ）コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

（3）当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

（4）呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

（5）病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の（5）と同様であること。

（6）呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

## 2 届出に関する事項

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式13の2を用いること。

また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

## 第26の2 後発医薬品使用体制加算

### 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

（1）病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されてい

ること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上であること。なお、採用品目数とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目数をいう。

なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成 年 月 日保医発 第 号）を参照すること。

(3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(4) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

## 2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第27 地域歯科診療支援病院入院加算

### 1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

(1) 歯科診療報酬点数表の区分番号「A000」初診料の注2に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った地域歯科診療支援病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している行っている患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。

(2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

### 2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式41を用いること。





(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。  
~~5(6)~~ 救命救急入院料の「注3」に掲げる加算の施設基準対象となるのは、

(1) 「救命救急センターの新しい評価基準について」(平成21年3月31日医政指発第03311001号。以下、「新評価基準」という。)の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。なお、当該評価の結果が出るまでの間は、「医療施設運営費等補助金、地域医療対策費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」(平成10年6月24日厚生省発健政第137号)別紙2の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。

(2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。

6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bであるものであること。

~~7(7)~~ 救命救急入院料の「注5-4」に掲げる加算の施設基準対象となるのは、

「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)第9に規定する高度救命救急センターであること。

8 救命救急入院料の「注7」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

~~9~~ 届出に関する事項

救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42を用いること。また、当該センターの配置図及び平面図(面積等のわかるもの。)を添付すること。なお、当該センターに勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

また、「注3」に掲げる加算の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

## 第2 特定集中治療室管理料

1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。
- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。
  - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)

- イ 除細動器
  - ウ ペースメーカー
  - エ 心電計
  - オ ポータブルエックス線撮影装置
  - カ 呼吸循環監視装置
- (4) 新生児用の特定集中治療室にあつては、(3)に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。
- ア 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
  - イ 酸素濃度測定装置
  - ウ 光線治療器
- (5) 自家発電装置を有している病院であつて、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (6) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。
- (7) 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。
- (8) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が9割以上いること。
- (9) 「重症度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
  - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
    - (イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
    - (ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

## 2 特定集中治療室管理料2に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

## 3 特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

## 4 届出に関する事項

特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び43を用いること。また、当該センターの配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。なお、当該センターに勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。救命救急入院料の例による。

~~患者の重症度に係る届出については、別添7の様式43を用いること。~~

## 第3 ハイケアユニット入院医療管理料

## 1 ハイケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時1名以上いること。
- (2) 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
  - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
  - イ 除細動器
  - ウ 心電計
  - エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (5) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の様式18の「重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。
- (6) 「重症度・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
  - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
  - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
    - (イ) 看護必要度の考え方、重症度・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
    - (ロ) 重症度・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

## 2 届出に関する事項

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式44を用いること。  
また、当該治療室に勤務する従事者については、別添7の様式20を用いること。

## 第4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

### 1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師が常時1名以上いること。
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
  - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
  - イ 除細動器
  - ウ 心電計
  - エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

- (5) 脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。
- (6) 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。
- (8) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式45を用いること。
- (2) 1の(1)及び(5)に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)、(4)及び(5)に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

## 第5 新生児特定集中治療室管理料

### 1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは1床当たり7平方メートル以上であること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。
  - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット)
  - イ 新生児用呼吸循環監視装置
  - ウ 新生児用人工換気装置
  - エ 微量輸液装置
  - オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
  - カ 酸素濃度測定装置
  - キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。
- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟(正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。)以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。 \_\_

### 2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応

できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。

(2) 1の(2)から(5)の施設基準を満たしていること。

(3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

(1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護配置であること。

(2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなってから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。

(3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

### 3-2 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式20を用いること。救命救急入院料の例による。

## 第6 総合周産期特定集中治療室管理料

### 1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

#### (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。

イ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、1床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に3床以上設置されていること。

ウ 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師、その他の各職員が配置されていること。

エ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。

(イ) 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

(ロ) 心電計

(ハ) 呼吸循環監視装置

(ニ) 分娩監視装置

(ホ) 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）

オ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

カ 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

キ 当該治療室勤務の医師及び看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。

(2) 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 第5の1の(1)から(6)までを全て満たしていること。

イ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること。

2 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）は、第5の3の規定と同様に取り扱うものであること。

3 届出に関する事項

総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2及び様式20を用いること。~~救命救急入院料の例による。~~

第7 新生児治療回復室入院医療管理料

1 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

(1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。

(2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師が常時1名以上配置されていること。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ 新生児用呼吸循環監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ 酸素濃度測定装置

キ 光線治療器

(4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

2 届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添7の様式45の2、様式20及び様式42の2を用いること。

~~第7 広範囲熱傷特定集中治療室管理料~~

~~1 広範囲熱傷特定集中治療室管理料に関する施設基準~~

~~(1) 専任の医師が常時、広範囲熱傷特定集中治療室内に勤務していること。~~

~~(2) 広範囲熱傷特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の広範囲熱傷特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、1床当たり15平方メートル以上であること。~~

~~(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。~~



~~ア 熱傷用空気流動ベッド~~

~~イ 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）~~

~~ウ 除細動器~~

~~エ ペースメーカー~~

~~オ 心電計~~

~~カ 心電図モニター装置~~

~~（４） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査、血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。~~

## ~~2 届出に関する事項~~

~~救命救急入院料の例による。~~

## 第8 一類感染症患者入院医療管理料

### 1 一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第6条第13~~12~~項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14~~13~~項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

### 2 届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式46を用いること。

## 第9 特殊疾患入院医療管理料

### 1 特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

(1) 当該病室の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

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

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

(2) 当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。

(3) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。

### 2 届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式47を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

## 第10 小児入院医療管理料

### 1 小児入院医療管理料に関する施設基準

(1) 小児入院医療管理料1、2、~~又は3~~又は4と小児入院医療管理料~~5~~4の双方を算定するこ

とはできないものであること。

- (2) 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- (3) 小児入院医療管理料において、少なくとも所定労働時間が週24時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、10名までに限る。

## 2 小児入院医療管理料1、2、~~及び3~~及び4の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料1、~~及び2~~及び3を算定しようとする保険医療機関であつて、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。
- (2) 当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。
- (3) 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料1、~~及び2~~及び3を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料4~~を~~を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。
- (4) 小児入院医療管理料1を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。ただし、経過措置として、平成22年3月31日に現に小児入院医療管理料1の届出を行っている保険医療機関については、平成22年9月30日までの間は、以下のイ及びウの要件は満たしているものとみなすものであること。

ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。

イ 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。

ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。

(イ) 救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した15歳未満の患者数

(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者であつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた15歳未満の患者数

(ハ) 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数

エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。

- (5) 小児入院医療管理料2を算定しようとする保険医療機関では、以下に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。

イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(5)と同様であること。

## 3 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準

- (1) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。



(2) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料4においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

(3) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

#### 4 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式48から様式48の3までを用いること。\_\_

小児入院医療管理料1又は2の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。別添7の様式13の2については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関して効果評価を行うために記載を求めるものであるが、効果評価のための指標については、さらに多面的な指標を用いる可能性があり、また、病院勤務医の勤務時間や当直回数等については、今後、報告を求める可能性があるため、各病院は勤務医ごとに把握し、その記録を2年間は保管すること。

### 第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

#### 1 通則

(1) リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)若しくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)若しくは(II)又は呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること。

(3) 回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。

(4) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

(5) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。

(6) 別添6の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。

(7) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価は、別添6の別紙21を用いて測定すること。また、当該日常生活機能評価表の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法

(ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

(8) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間。）に当該入院料を算定する病棟

に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。~~ただし、平成20年7月の報告は要しないこと。~~

(9) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数

イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

(10) 平成22年3月31日に現に回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟であって、平成22年4月1日以降に新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っていないものについては、平成22年9月30日までの間は、なお従前の例による。

## 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

(1) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症の患者(別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上の患者をいう。以下この項において同じ。)が新規入院患者のうち~~2割~~2割1割5分以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうちの重症の患者数

イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。)

(2) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者~~及び死亡退院した患者~~を除く。)のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。)での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出すること。)

## 3 注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準

重症の患者のうち3割以上の者が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善していること。

なお、その割合は、次の(1)に掲げる数を(2)に掲げる数で除して算出するものであること。

(1) 直近6か月間に退院した入院時の判定で重症であった~~の~~患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)であって、入院時と比較し日常生活機能評価が

3点以上改善した患者数

(2) 直近6か月間に当該病棟を退院した入院時の判定で入院していた重症であったの患者数

#### 4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(2) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

(3) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

#### 5 リハビリテーション充実加算の施設基準

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。計算式は第11の1の(9)に示した式を用いること。

#### 4 届出に関する事項

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20、様式49から様式49の第6までを用いること。

### 第12 亜急性期入院医療管理料

#### 1 通則~~亜急性期入院医療管理料の施設基準~~

(1) 同一の保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料1及び亜急性期入院医療管理料2の届出を行うことはできないこと。

(2) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。

(3) 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。~~なお、~~当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A238に掲げる慢性期病棟等退院調整加算、区分番号A238-2に掲げる急性期病棟等退院調整加算又は区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算に規定する退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を兼ねることができる。

(4) 診療記録を適切に管理する体制がとられている保険医療機関とは、診療録管理体制加算を算定している保険医療機関であること。

(5) 当該病室における直近1か月間（当該管理料の算定開始後3月目以降は、直近3か月間）の退院患者のうち6割以上が他の保険医療機関へ転院した者等以外の者であること。なお、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該管理料に係る病室以外へ転室した患者及び他の保険医療機関へ転院した患者をいうこと。

#### 2 亜急性期入院医療管理料1の施設基準

(1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割（一般病床の数が400床を超える病院にあつては40床、一般病床の数が100床未満の病院にあつては10床）以下とする。

ただし、回復期のリハビリテーションを必要とする患者であつて、主たる疾患あるいは合併症に対して継続してリハビリテーション以外の医療が必要な患者、中心静脈栄養を行っている患者、重度の認知症の患者、気管切開を有する患者（以下「合併症を有する患者」という）の割合が回復期のリハビリテーションを必要とする患者の1割以上である場合については、一般病床の数の3割（一般病床の数が200床を超える病院の場合は60床、一般病床の数が100床未満の病院にあつては30床）までとすることができる。なお、患者数の割合については以下のアをイで除して算出すること。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とし合併症を有する患者の数

イ 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料1を算定する病室に入室した回復期のリハビリテーションを必要とする患者の数

### 3 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

(1) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、当該病室に入院する患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者、当該保険医療機関の他の病棟から転棟してきた患者又は当該病棟の他の病床から転床してきた患者であつて、転院前、転棟前又は転床前の保険医療機関において区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算、区分番号A300に掲げる救命救急入院料、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定し、当該病室に入院した時点でこれらを算定するに至った負傷又は疾病に対して急性期治療が提供された日から起算して3週間が経過していない者（以下「急性期治療を経過した患者」という。）の数が3分の2以上であること。

(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（一般病床の数が100床未満の病院にあつては30床）以下であること。ただし、当該病室において、急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は、5割（一般病床の数が100床未満の病院にあつては50床）以下であることと。

### 4 リハビリテーション提供体制加算の施設基準

注2の加算を算定する病室においては、当該病室に入院し、リハビリテーションを行う患者に対する心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション（以下、この項において「リハビリテーション」という）を1人1週間あたり平均16単位以上行っていること。なお、1人1週間あたりの平均単位数については、以下に示すアをイで除した数に7を乗じて得た数により計算するものとする。

ア 直近3か月間に亜急性期入院医療管理料を算定する病床に入室する患者に対し提供されたリハビリテーションの総単位数

イ 直近3か月間に当該亜急性期入院医療管理料を算定する病床において一度でもリハビリテーションを提供された患者の延入院日数

5 届出に関する事項

亜急性期入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式50から様式50の6までを用いること。~~なお、亜急性期入院医療管理料2については、別添7の様式50の3を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。~~

第13 特殊疾患病棟入院料

1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

(1) 特殊疾患病棟入院料1又は2の施設基準

ア 当該病棟に専任の医師が常勤していること。

イ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。

ウ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

(2) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

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

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

(3) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

(イ) 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設

(ロ) 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設

(ハ) 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター

(ニ) 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定する医療機関

イ 当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクB以上に限る。）等の重度の障害者（ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者（平成20年10月1日以降に限る。）を除く。）であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式24の2及び様式



51を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等のわかるもの。）を添付すること。

#### 第14 緩和ケア病棟入院料

##### 1 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等

- (1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
- (2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- (3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- (4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。

(5) (4)に掲げる医師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、経過措置として、平成22年3月31日に現に緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなすものであること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

- ~~(6)~~ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。
- ~~(7)~~ 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
- ~~(8)~~ 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。
- ~~(9)~~ 入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われていること。
- ~~(10)~~ 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11) がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年3月1日健発第0301001号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

##### 2 届出に関する事項

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式52を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

#### 第15 精神科救急入院料

##### 1 精神科救急入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の

入院患者を入院させていないこと。

- (2) 当該病院には、精神保健指定医が5名以上常勤していること。
- (3) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2名以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、CT撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- (11) 精神科救急医療システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のア及びイのいずれをも満たしていること。
  - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。
    - (イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
    - (ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
  - イ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。
- (12) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）のいずれかに係るものであること。
- (13) 以下の地域における1年間（当該保険医療機関が精神科救急入院料に係る届出を行う前年度1年間とする。）における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。
  - ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
  - イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
- (14) 精神科救急入院料1の施設基準

措置入院患者、医療観察法第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。

(15) 精神科救急入院料2の施設基準

措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。

2 届出に関する事項

精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式54を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(1) 同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料1を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することはできない。

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準

ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

イ 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1人以上は看護師である。

ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

エ 当該各病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤している。

オ 当該病院が精神科救急医療システムに参加していること。

~~カ 当該病院の全病床数の7割以上又は200床以上が精神病床である若しくは特定機能病院である。~~

カキ 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下である。

キタ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下である。

クタ 当該病棟に隔離室がある。

ケタ 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。

コタ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規患者のうち4割以



上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。在宅へ移行するとは、患家又は精神障害者施設へ移行することである。

## 2 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式53を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

## 第16の2 精神科救急・合併症入院料

### 1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神科医師が5名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占める。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。
  - ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。
  - イ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。
    - (イ) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）
    - (ロ) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
    - (ハ) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
    - (ニ) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症）
    - (ホ) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）
    - (ヘ) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
    - (ト) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期、敗血症）
    - (チ) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
    - (リ) 悪性症候群、横紋筋融解症

- (ヌ) 広範囲(半肢以上)熱傷
  - (ル) 手術、化学療法又は放射線療法を要する悪性腫瘍
  - (ヲ) 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
  - (ワ) 手術室での手術を必要とする状態
  - (カ) 合併症妊娠・出産
  - (ヨ) 膠原病(専門医による管理を必要とする状態)
- ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。
- (イ) 救急蘇生装置
  - (ロ) 除細動器
  - (ハ) 心電計
  - (ニ) 呼吸循環監視装置
- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にある。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- (11) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。「在宅へ移行する」とは、患家又は障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。
- (12) 精神科救急医療システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。
- ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)
- イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域
- (13) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。
- (14) 以下の地域における1年間(当該保険医療機関が精神科救急・合併症入院料に係る届出を行う前年度1年間とする。)における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること
- ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)
- イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域

## 2 届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式55を用いること。また、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

## 第17 精神療養病棟入院料

### 1 精神療養病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該病棟に精神保健指定医である常勤の医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。  
なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (3) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (4) 当該病院には、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が常勤していること。
- (5) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (6) 当該病棟に係る病室の病床数は、1病室につき6床以下であること。
- (7) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で18平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、5.8平方メートル以上であること。  
なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。
- (8) 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。
- (9) 当該病棟に鉄格子がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後1年間の経過措置を認める。
- (10) 当該病院に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。
- (11) 病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。

## 2 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については指定番号を作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積、並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等がわかるもの。）を添付すること。

## 第18 削除

## 第19 認知症治療病棟入院料

### 1 認知症治療病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法第70条に規定する精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。

(2) 同一保険医療機関内に認知症~~治療~~病棟入院料1を算定すべき病棟と認知症~~治療~~病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することはできない。

(3) 認知症~~治療~~病棟入院料1の施設基準

ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務していること。~~ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、平成21年3月31日までは精神科医師の勤務のみで足りることとする。~~

イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。

ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。

エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する臨床心理技術者がいずれか1人以上勤務していること。

オ 当該病棟における1看護単位は、概ね40～60床を上限とすること。

カ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、18平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

キ 認知症病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。

ク 認知症病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上の専用の生活機能回復訓練室（平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

(イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

(ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

(ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。

(4) 認知症~~治療~~病棟入院料2の施設基準

ア (3)のイからエまでを満たしている。

イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が1人以上勤務する認知症病棟にあつては、作業療法士が週1回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が1人以上勤務していることとみ

なす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ 当該病棟における1看護単位は、概ね60床を上限とする。

エ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、18平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

オ 認知症病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上の専用の生活機能回復訓練室（平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。

（イ） 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ） 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ） 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。

#### （5） 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。

#### 2 届出に関する事項

認知症病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

#### ~~第20 診療所後期高齢者医療管理料~~

##### ~~1 診療所後期高齢者医療管理料の施設基準等~~

~~（1） 診療所後期高齢者医療管理の施設基準に係る届出の受理は、当該診療所の病室を単位として行うこと。~~

~~（2） 夜間における緊急時の体制を整備することとし、当該診療所内に、看護職員又は看護補助者を1人以上配置していること。~~

~~（3） 当該診療所後期高齢者医療管理を行う病床の1人当たり病室面積は6.4平方メートル以上であること。~~

~~（4） 食堂及び浴室を有すること。~~

~~（5） 機能訓練ができること。~~

##### ~~2 届出に関する事項~~

~~診療所後期高齢者医療管理に係る施設基準の届出は、別添7の様式57及び様式57の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。~~

## 短期滞在手術基本料の施設基準等

短期滞在手術基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

### 1 短期滞在手術基本料 1 に関する施設基準

- (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
- (2) 看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
- (4) 短期滞在手術基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
- (5) 術前に患者に十分に説明し、別添 6 の別紙 22 を参考として同意を得ること。

### 2 短期滞在手術基本料 2 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が、病院にあっては 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料 1 の基準を満たしていること。
- (2) 1 の(3)及び(4)を満たしていること。
- (3) 術前に患者に十分に説明し、別添 6 の別紙 22 を参考として同意を得ること。

### 3 届出に関する事項

短期滞在手術基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9 及び様式 58 を用いること。

別添6  
別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称  
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別	男	・	女
患者住所				
電話番号				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 ( 歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。



## 入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他の ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。

注4) ◇印は、後期高齢者である入院患者に対して、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

\_\_\_\_\_(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_(本人・家族) \_\_\_\_\_

入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

\_\_\_\_\_(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_(本人・家族) \_\_\_\_\_

## 褥瘡に関する危険因子評価票

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 評価実施日 \_\_\_\_\_

明・大・昭・平 年 月 日 生 ( 歳) \_\_\_\_\_ 記入担当者名 \_\_\_\_\_

褥瘡の有無

1. 現在      なし      あり      (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部)

2. 過去      なし      あり      (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部)

褥瘡発生日 \_\_\_\_\_

危険因子の評価	日常生活自立度	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)
	・ 基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)  (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)		できる	できない	
・ 病的骨突出		なし	あり		
・ 関節拘縮		なし	あり		
・ 栄養状態低下		なし	あり		
・ 皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)		なし	あり		
・ 浮腫 (局所以外の部位)		なし	あり		

**[記載上の注意]**

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について (平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 2 日常生活自立度がJ 1～A 2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

## 平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数+当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2

なお、小数点以下は切り上げる。

- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。
- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該 3 か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数(以下「新入院患者」という。)及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における 1 回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。
- また、病棟種別の異なる病棟が 2 つ以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の入棟のみを新入棟患者として数える。
- 当該 3 か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。
- 当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。
- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該 3 か月間に当該病棟から退院(死亡を含む。)した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における 1 回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。
- 病棟種別の異なる病棟が 2 以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。
- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は 1 の①及び②から除く。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

1 一般病棟の場合

【 1 病棟（1 看護単位）入院患者数40人で一般病棟入院基本料の10対1 入院基本料の届出を行う場合 】

- 1 勤務帯8時間、1 日3 勤務帯を標準として、月平均1 日当たり必要となる看護職員の数  
が12人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1 日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及  
び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均1 日当たりの看護師の比率が70%以  
上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師1 人を含む2 人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が21日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

① 各勤務帯に従事している看護職員の1 人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。  
 $(40人 \times 1 / 10) \times 3 =$  当該病棟に1 日当たり12人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員  
 が勤務していること。

② 月平均1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1  
 日当たりの看護師の比率が70%を満たすこと。

当該病棟の月平均1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数  
 が12人の場合、実際に勤務する月平均1 日当たりの看護師は8.4人以上であること。

$$12人 \times 70\% = 8.4人$$

(2) 看護職員1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

○ 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員1 人当たりの月平均夜勤時間数が72時間  
 以下であること。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

※ 夜勤専従者及び夜勤16時間以下の看護職員を除く

① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝8時まで（16時間）

② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。

16時～24時30分（看護師3 人、計3 人）

0 時～8 時30分（看護師2 人、准看護師1 人 計3 人）

③ 1 月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23人（8 人+11人+ 4 人）

8 人×72時間 = 576時間 (a)

11人×64時間 = 704時間 (b)

4 人×40時間 = 160時間 (c)

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分）は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

④ 月延夜勤時間数：1,440時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。

$$1,440\text{時間} \div 23\text{人} = 62.6\text{時間} \text{ (小数点2位以下切り捨て)}$$

## 2 療養病棟の場合

【 1病棟（1看護単位）入院患者数40人で療養病棟入院基本料2の届出を行う場合 】

- 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たり必要となる看護職員の数が5人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が5人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上であってもよい。

### (1) 看護要員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。  
(40人×1/25)×3=当該病棟に1日当たり5人(小数点以下切り上げ)以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%を満たすこと。  
当該病棟の月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が5人の場合、実際に勤務する月平均1日当たりの看護師は1人以上であること。  
 $5\text{人} \times 20\% = 1\text{人}$
- ③ 1日に従事している看護補助者の1人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。  
(40人×1/25)×3 = 5人(小数点以下切り上げ)

### (2) 看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。
  - ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝9時まで（16時間）
  - ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護要員が配置されている。

17時～23時30分	(准看護師1人、看護補助者1人 計2人)
23時～9時30分	(看護師1人、看護補助者1人 計2人)
7時～12時(夜勤は7時～9時)	(准看護師1人 看護補助者1人 計2人)
17時～9時	(夜勤専従者1人、月64時間勤務)

③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：18人(2人+7人+8人+1人)

$$2\text{人} \times 72\text{時間} = 144\text{時間} \quad (\text{a})$$

$$7\text{人} \times 68\text{時間} = 476\text{時間} \quad (\text{b})$$

$$8\text{人} \times 54\text{時間} = 432\text{時間} \quad (\text{c})$$

$$1\text{人} \times 28\text{時間} = 28\text{時間} \quad (\text{d})$$

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間(23時から23時30分)は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。  
※ 夜間専従者及び夜勤16時間以下の者を除く。

④ 月延夜勤時間数：1,080時間((a)～(d)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。

$1,080\text{時間} \div 18\text{人} = 60.0\text{時間}$  (小数点2位以下切り捨て)

## 入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

### 1 患者の個人記録

#### (1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

#### (2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

### 2 看護業務の計画に関する記録

#### (1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

#### (2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。



## 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

( 配点 )

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	
2	血圧測定	0～4回	5回以上	
3	時間尿測定	なし	あり	
4	呼吸ケア	なし	あり	
5	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6	心電図モニター	なし	あり	
7	シリンジポンプの使用	なし	あり	
8	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
				A得点

B	患者の状況等	0点	1点	2点
10	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11	起き上がり	できる	できない	
12	座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
13	移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
14	口腔清潔	できる	できない	
15	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
				B得点

注) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。

## 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、7対1入院基本料、一般病棟看護必要度評価加算又は急性期看護補助体制加算を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で24時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、あらかじめ設定した一定の時刻以降に急変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外での評価は含めない。

### A モニタリング及び処置等

#### 1 創傷処置

##### 項目の定義

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

##### 選択肢の判断基準

「なし」

創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

##### 判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない。

なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。

（参考）

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上

DESIGN 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

#### 2 血圧測定

##### 項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

##### 選択肢の判断基準

過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。

血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。

また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。

### 3 時間尿測定

項目の定義

時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去24時間で3回以上ある場合を評価する。

選択肢の判断基準

「なし」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の場合、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。

「あり」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

### 4 呼吸ケア

項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

呼吸ケアを1回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数の条件はない。

### 5 点滴ライン同時3本以上

項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、同時に3本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」  
同時に3本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
同時に3本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に3本以上あれば「あり」とする。  
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。  
ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手で静脈注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。  
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。  
記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

### 6 心電図モニター

#### 項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」  
持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。  
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。  
心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

### 7 シリンジポンプの使用

#### 項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」  
静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

## 8 輸血や血液製剤の使用 項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

## 9 専門的な治療・処置 項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
専門的な治療・処置を実施しなかった場合、又はその記録がない場合を言う。  
「あり」  
専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

### ① 抗悪性腫瘍剤の使用

【定義】

抗悪性腫瘍剤は、悪性腫瘍細胞の増殖や生存を、細胞分裂に必要な核酸や蛋白の合成を阻害することにより直接的に、又は免疫機構等を介して間接的に阻害して腫瘍細胞の死滅をはかる薬である。作用機序や由来から、1) アルキル化薬、2) 代謝拮抗薬、3) 抗腫瘍性抗生物質、4) 植物アルカロイド、5) ホルモン、6) その他（インターフェロン製剤含む）に分類される。

【留意点】

固形腫瘍、血液系腫瘍を含み、抗悪性腫瘍剤を投与されている患者の管理を評価する。投与の方法は、静脈内、動注、皮下注、体腔、局所への投与がある。内服、外用は含まない。

抗悪性腫瘍剤を投与した日のみを評価し、休薬中は評価しない。臨床試験を含む。但し、これらの薬剤があくまでも抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限る。

## ② 麻薬注射薬の使用

### 【定義】

麻薬注射薬は、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤である。「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

### 【留意点】

麻薬の注射薬を使用している場合に限り評価する。投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下への投与がある。内服、外用は含まない。

## ③ 放射線治療

### 【定義】

放射線治療は、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を根絶させる局所療法である。外部照射と内部照射(腔内照射、小線源治療)がある。

### 【留意点】

放射線治療には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器(リニアック)による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を含む。外部照射の場合は照射日のみを評価する。管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価する。

### 【参考】

- (1) 放射線外部照射  
直線加速器装置(リニアック)からX線、電子線等を体表、体内の腫瘍等に向けて照射する方法。コバルト60のγ線を使う方法もある。ガンマナイフも含まれる。
- (2) 密封小線源照射  
放射線同位元素を病巣部に直接刺入又は挿入して照射を行う。内部照射であるが、治療室内で終了する方法と一定期間隔離する方法がある。組織内照射法と腔内照射法がある。遠隔式後充填法(RALS)も腔内照射の一つである。
- (3) 非密封小線源照射  
放射線同位元素を投与し、体内から照射する内部照射である。退出基準に達するまで、放射線治療病室での管理が必要ながある。
- (4) 定位放射線照射  
高線量の放射線を多方向から標的に向かって正確に照射する。外部照射の一つである。

## ④ 免疫抑制剤の使用

### 【定義】

免疫抑制剤の使用は、自己免疫疾患の治療と臓器移植時の拒絶反応防止の目的で使用された場合を評価する。主な免疫抑制薬は、(1)代謝拮抗薬、(2)カルシニューリン阻害薬、(3)生物学的製剤、(4)副腎皮質ホルモンに分類される。

### 【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を評価する。(ただし、内服については患者が自己管理している場合を除く)免疫抑制剤を投与した日のみを評価し、休薬中は評価しない。また、外用は含まない。

【参考】

- (1) 代謝拮抗薬
  - プリン拮抗薬
    - アザチオプリン、ミゾリビン、ミコフェノール酸モフェチル、レフルノミド
  - 葉酸拮抗薬
    - メトトレキサート
- (2) カルシニューリン阻害薬
  - シクロスポリン、タクロリムス
- (3) 生物学的製剤
  - ムロモナブー CD3、バシリキシマブ
- (4) 副腎皮質ホルモン
  - プレドニゾロン

⑤ 昇圧剤の使用

【定義】

昇圧剤は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の場合に血圧を上昇させる薬剤であり、交感神経β刺激作用による心拍出量の増大や、α刺激作用による全末梢抵抗の増加により昇圧作用を示す注射剤である。塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、エピネフリン、ノルエピネフリン、塩酸イソプロテノール。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑥ 抗不整脈剤の使用

【定義】

抗不整脈剤は、不整脈に対して電気生理学的特性からそれぞれ Na<sup>+</sup>チャンネル抑制作用、交感神経β受容体遮断作用、K<sup>+</sup>チャンネル抑制作用、Ca<sup>2+</sup>拮抗作用を有する薬に分類される注射剤である。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑦ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的で手術創や体腔に誘導管を置いて滲出液や血液等を体外へ持続的に除去する方法をいう。閉鎖式、開放式の違いは問わない（ペンローズドレーンも含む）。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含まない。

【留意点】

定義に基づく下記のドレーンが留置されている場合に評価する。但し、留置されていれば、クランプしていてもよいとする。

- (1) 脳・脊椎：脳室、脳槽、脊椎ドレーン等
- (2) 胸腔内：胸腔、心嚢、前縦隔ドレーン等
- (3) 腹腔内：横隔膜下、肝下面、ウィンスロー孔、ダグラス窩、後腹膜ドレーン等
- (4) 肝・胆・膵：PTCD、PTGBD、ENBD、胆管、膵管チューブ等
- (5) 腎・尿管：腎盂、尿管カテーテル等
- (6) 消化管：経鼻胃管、イレウス管等
- (7) 創部：創部ドレーン

## B 患者の状況等

### B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、「寝返り」「起き上がり」の動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
6. 「B 患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

### 10 寝返り

#### 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

#### 選択肢の判断基準

「できる」  
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。  
「何かにつかまればできる」  
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。  
「できない」  
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

### 11 起き上がり

#### 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

#### 選択肢の判断基準

「できる」  
1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。  
「できない」  
介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である



場合も含まれる。

#### 判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

### 1.2 座位保持

#### 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。  
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

#### 選択肢の判断基準

「できる」  
支えなしで座位が保持できる場合をいう。  
「支えがあればできる」  
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。  
「できない」  
支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。  
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

#### 判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。  
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ60度以上を目安とする。

### 1.3 移乗

#### 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

#### 選択肢の判断基準

「できる」  
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。  
「見守り・一部介助が必要」  
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。  
「できない」  
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

## 判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 1.4 口腔清潔

### 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

### 選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

## 判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

但し、口腔清潔が制限されていないに関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 1.5 食事摂取

### 項目の定義

食事介助の状況の評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

### 選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすい

ように配慮する行為)等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。但し、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

## 1.6 衣服の着脱

### 項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

### 選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。

自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

### 判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さやは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

## 別紙 8

### 医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

#### I. 算定期間に限りがある区分

##### (1) 【医療区分3(別表第五の二)】

###### 1. 24時間持続して点滴を実施している状態

###### 項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

###### 評価の単位

1日毎

###### 留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)

また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

##### (2) 【医療区分2(別表第五の三)】

###### 2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

###### 項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

###### 評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。  
尿量減少、体重減少、BUN/Cre比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。  
連続した7日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。  
嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態(せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。

- a. 注意がそらされやすい
- b. 周囲の環境に関する認識が変化する
- c. 支離滅裂な会話が時々ある
- d. 落ち着きがない
- e. 無気力
- f. 認知能力が1日の中で変動する

7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。  
連続する7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

## II. 算定期間に限りがない区分

### (1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スモン

項目の定義

スモン(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

11. 省略

12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）  
動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

13. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限る。経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態



評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第二章第9部の「J045 人工呼吸」の「3 5時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

17. 酸素療法を実施している状態

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態  
なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー症

項目の定義

筋ジストロフィー症に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

—

20. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

21. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の難病(スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))を除く。)

項目の定義

その他の難病(特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

その他の難病とは、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患以外の疾患で、「特定疾患治療研究事業実施要綱」に定める疾患を指す。また、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

—

26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月1回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

27, 28 省略

29. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第2段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

—

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2カ所以上に認められる状態に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)

第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

—

### 33. うつ症状に対する治療を実施している状態

#### 項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態(うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第二章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

#### 評価の単位

1日毎

#### 留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

- a. 否定的な言葉を言った
- b. 自分や他者に対する継続した怒り
- c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
- d. 健康上の不満を繰返した
- e. たびたび不安、心配事を訴えた
- f. 悲しみ、苦悩、心配した表情
- g. 何回も泣いたり涙もろい

本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

### 34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

#### 項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

#### 評価の単位

1日毎

#### 留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

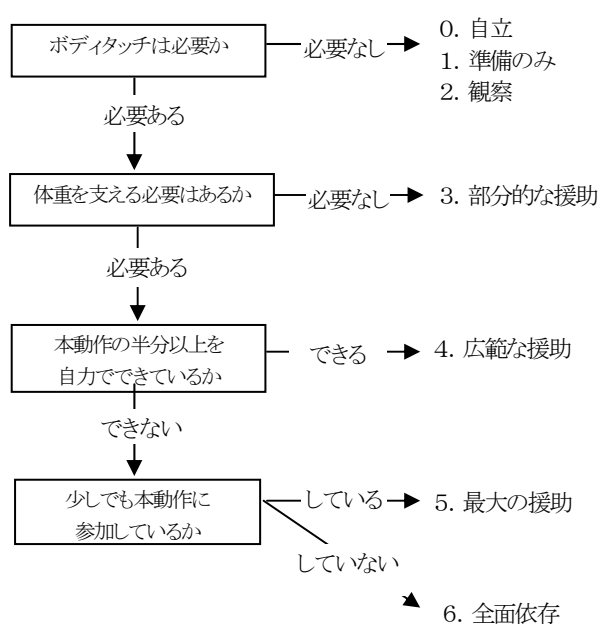


### III. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a. ~d.)に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
(合計点)		

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1~2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 :まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



別紙10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( __年__月__日) 患者氏名 ( _____ ) ( __才) <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
評価日 ( __年__月__日) 評価日の医療区分 ( ____ ) 評価日のADL区分 ( ____ )
記載者サイン ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 サイン _____ )

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )
- 2 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )
- 3 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 大きさ ( \_\_\_\_\_ ) 数 ( \_\_\_\_\_ ) ステージ\* ( \_\_\_\_\_ )

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施  
あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(3) スキンケアの実施 あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(4) 栄養治療の実施 あり (具体策: \_\_\_\_\_) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり ( \_\_\_\_\_ 単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 ( \_\_年 \_\_月 \_\_日)

\* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策  
( \_\_\_\_\_ )

※褥瘡のステージ

第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)

第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

## 尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日 ( __年__月__日 )	患者氏名 ( _____ ) ( __才 )	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日 ( __年__月__日 )	評価日の医療区分 ( ____ )	評価日のADL区分 ( ____ )	
記載者サイン ( <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		サイン _____ )	

### (1) 診断名

- 急性膀胱炎
- 急性腎盂腎炎
- 慢性膀胱炎
- 慢性腎盂腎炎
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

### (2) 診断時の患者の排尿状況

- カテーテルあり ( 膀胱留置カテーテル 膀胱瘻又は腎瘻 )
- おむつあり
- 上記のいずれもなし

### (3) 診断時の症状 ( \_\_月 \_\_日 )

- ①自覚症状 排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

- ②バイタルサイン： 血圧 ( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ) 脈拍 ( \_\_\_\_ )
- 呼吸数 ( \_\_\_\_ ) 体温 ( \_\_\_\_ )

#### ③検査値等

- ア) 血液検査： ( \_\_月 \_\_日 )： 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
- イ) 尿検査： ( \_\_月 \_\_日 ) 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
- ウ) 尿グラム染色： ( \_\_月 \_\_日 ) 主な所見 ( \_\_\_\_\_ )
- エ) 尿培養： ( \_\_月 \_\_日 )
- オ) 起炎菌： 大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチア菌
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

### (4) 実施した治療・ケア

- ①抗生剤の投与： 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_月 \_\_日 ) から ( \_\_\_\_ ) 日間
- ②水分補給： 経口 ( \_\_\_\_ ml / 日 ) 点滴 ( \_\_\_\_ ml / 日 )

## 身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（\_\_年\_\_月\_\_日） 患者氏名（\_\_\_\_\_）（\_\_才） 男性 女性  
評価日（\_\_年\_\_月\_\_日） 評価日の医療区分（\_\_） 評価日のADL区分（\_\_）  
記載者サイン（医師 看護師 看護補助者 サイン\_\_\_\_\_）

### （1）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- 四肢の抑制
- 体幹部の抑制
- ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- 介護衣（つなぎ服）の着用
- 車いすや椅子から立ち上がれないようにする  
（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）
- ミトンの着用（手指の機能抑制）
- 自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

### （2）身体抑制の実施に係る3つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

- ①要件への該当状況 あり なし
- ②該当状況に関する記録 あり なし

### （3）本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法  文書のみ  
 口答のみ  
 文書と口答の両方

### ② 説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- 実施した身体抑制の行為
- 目的（\_\_\_\_\_）
- 理由（\_\_\_\_\_）
- 抑制の時間帯および時間（時間帯：\_\_\_\_\_）  
（抑制時間：\_\_\_\_\_）
- 実施する期間（概ね\_\_\_\_\_日間を予定）

## 認知症である老人の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日老健第135号） 厚生省老人保健福祉局長通知

## 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

## 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合<sup>※1</sup>に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで	
2. 判定スコア	(スコア)
(1) レスピレーター管理 <sup>※1</sup>	= 10
(2) 気管内挿管, 気管切開	= 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4) O <sub>2</sub> 吸入又は SaO <sub>2</sub> 90%以下の状態が 10%以上	= 5
(5) 1 回/時間以上の頻回の吸引	= 8
6 回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6) ネブライザー 6 回以上/日または継続使用	= 3
(7) IVH	= 10
(8) 経口摂取 (全介助) <sup>※3</sup>	= 3
経管 (経鼻・胃ろう含む) <sup>※3</sup>	= 5
(9) 腸ろう・腸管栄養 <sup>※3</sup>	= 8
持続注入ポンプ使用 (腸ろう・腸管栄養時)	= 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を 3 回以上/日	= 3
(11) 継続する透析 (腹膜灌流を含む)	= 10
(12) 定期導尿 (3 回/日以上) <sup>※4</sup>	= 5
(13) 人工肛門	= 5
(14) 体位交換 6 回/日以上	= 3

## 〈判定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

<sup>※1</sup> 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

<sup>※2</sup> 毎日行う機械的気道加圧を要するカマシ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

<sup>※3</sup> (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

<sup>※4</sup> 人工膀胱を含む

## 強度行動障害児(者)の医療度判定基準

## I 強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	1点	3点	5点
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
2 ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
4 激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6 食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄つに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに入る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9 通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていられない状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難



## II 医療度判定スコア

1 行動障害に対する専門医療の実施の有無	
① 向精神薬による治療	5点
② 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点
2 神経・精神疾患の合併状態	
① 著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	
② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往	5点
③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	5点
④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点 5点
3 身体疾患の合併状態	
① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内に）	
② 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（6ヶ月以内に1ヶ月以上継続）	3点
③ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	3点
④ 呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば）	3点
⑤ その他の身体疾患での検査・治療 （定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば）	3点 3点
4 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
① 行動障害のため常に一対一の対応が必要	
② 行動障害のため個室対応等が必要（一対一の対応でも開放処遇困難）	3点
③ 行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険） ※) いずれか一つを選択	5点 10点
5 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
① 食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	
② 排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	3、5点
③ 移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	3、5点
④ 入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険）	3、5点
⑤ 更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険） ※) 次により配点 ・常時一対一で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5点） ・時に一対一で医療的観察が必要な場合（3点）	3、5点 3、5点

注) 「強度行動障害児(者)の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。  
「I」が10点以上、かつ「II」が24点以上。

## 「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

### I 強度行動障害スコア

- 1 行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から6カ月以前の行動であれば該当しない。
- 2 定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）。
- 3 頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- 4 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。
- 5 評価は年1回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。
- 6 項目別留意点
  - (1) 「1 ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具（ヘッドギアなど）は着用していない状態を想定して評価する。
  - (2) 「4 はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。
  - (3) 「5 睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があつて個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。
  - (4) 「6 食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定してする。
  - (5) 「7 排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。
  - (6) 「8 著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

### II 医療度判定スコア

- 1 患者特性に応じた個別の治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点
  - (1) 多面的な治療を計画的に提供するため、精神科医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。
  - (2) 当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記載。

- (3) 患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

## 2 行動障害に対する専門医療の実施有無

- (1) ①の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬 (mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。
- (2) ②は行動療法・動作法・TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

## 3 神経・精神疾患の合併状態

- (1) ①の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。
- (2) ②の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は2－(1)と同様。

## 4 身体疾患の合併状態

- (1) ①は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。
- (2) ④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。
- (3) ⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折以外の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

## 5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (1) ①、②、③はいずれか一つをチェックする。
- (2) ②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

## 6 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は5点とみなす。

## 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男 女 病棟 \_\_\_\_\_ 計画作成日 \_\_\_\_\_  
 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 記入医師名 \_\_\_\_\_  
 記入看護師名 \_\_\_\_\_

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( )) 褥瘡発生日 \_\_\_\_\_  
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ( ))

危険因子の評価	日常生活自立度	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)	対処
	・ 基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる	
・ 病的骨突出				できる	できない	
・ 関節拘縮				なし	あり	
・ 栄養状態低下				なし	あり	
・ 皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)				なし	あり	
・ 浮腫 (局所以外の部位)				なし	あり	

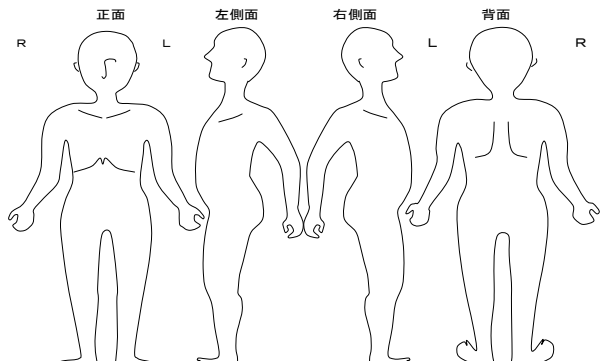
褥瘡の状態の評価	深さ	(0)なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔にいたる損傷又は、深さ判定不能の場合
	滲出液	(0)なし (1)少量：毎日の交換を要しない (2)中等量：1日1回の交換 (3)多量：1日2回以上の交換
	大きさ (cm <sup>2</sup> ) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし (1)4未満 (2)4以上16未満 (3)16以上36未満 (4)36以上64未満 (5)64以上100未満 (6)100以上
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (2)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (3)全身的影響あり (発熱など)
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能 (1)創面の90%以上を占める (2)創面の50%以上90%未満を占める (3)創面の10%以上50%未満を占める (4)創面の10%未満を占める (5)全く形成されていない
	壊死組織	(0)なし (1)柔らかい壊死組織あり (2)硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット (cm <sup>2</sup> ) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)－潰瘍面積	(0)なし (1)4未満 (2)4以上16未満 (3)16以上36未満 (4)36以上

看護計画	留意する項目	計画の内容		
	圧迫、ズレカの排除  (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
		イス上		
	スキンケア			
	栄養状態改善			
リハビリテーション				

**[記載上の注意]**

日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏名： _____ 様	病棟 _____	評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日： _____ ( _____ 歳)	性別 男・女 _____	評価者名 _____
診断名： _____	褥瘡の有無 (現在) 有・無 _____	褥瘡の有無 (過去) 有・無 _____
<p>褥瘡ハイリスク項目 [該当すべてに○]</p> <p>ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術 (全身麻酔下、特殊体位)、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱 (低出生体重児、GVHD、黄疸等)、褥瘡の多発と再発</p>		
<p>その他の危険因子 [該当すべてに○]</p> <p>床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)、浮腫 (局所以外の部位)</p>		
<p>褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位</p> 		<p>リスクアセスメント結果</p>
		<p>重点的な褥瘡ケアの必要性</p> <p style="text-align: right;">要 ・ 不要</p>
		<p>褥瘡管理者名 _____</p>
<p>褥瘡予防治療計画 [褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日]</p>		
<p>褥瘡ケア結果の評価 [褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日]</p>		

## 重症度に係る評価票

( 配点 )

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 心電図モニター	なし	あり
2 輸液ポンプの使用	なし	あり
3 動脈圧測定 (動脈ライン)	なし	あり
4 シリンジポンプの使用	なし	あり
5 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	なし	あり
6 人工呼吸器の装着	なし	あり
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
8 肺動脈圧測定 (スワングアンツカテーテル)	なし	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定)	なし	あり
		A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	できる	できない	/
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	/
			B得点

注) 重症度に係る評価票の記入にあたっては、「重症度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

## &lt;重症度に係る基準&gt;

モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が3点以上、または患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。

## 重症度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、あらかじめ設定した一定の時刻以降に急変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

### A モニタリング及び処置等

#### 1 心電図モニター

##### 項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

##### 選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

##### 判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。

心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

#### 2 輸液ポンプの使用

##### 項目の定義

輸液ポンプの使用は、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

##### 選択肢の判断基準

「なし」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

### 3 動脈圧測定（動脈ライン）

#### 項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

### 4 シリンジポンプの使用

#### 項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

### 5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

#### 項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。  
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。



## 6 人工呼吸器の装着

### 項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。  
NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

## 7 輸血や血液製剤の使用

### 項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

## 8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

### 項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈測定についても「あり」となる。

## 9 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定）

### 項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

## B 患者の状況等

### B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、「寝返り」「起き上がり」の動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする
6. 「B 患者の状態等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

## 10 寝返り

### 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

### 選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

### 判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

る。

## 1.1 起き上がり

### 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

### 選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

### 判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

## 1.2 座位保持

### 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

### 選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

### 判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

### 1 3 移乗

#### 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

#### 選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗できないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

### 1 4 口腔清潔

#### 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

#### 選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類

似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 重症度・看護必要度に係る評価票

( 配点 )

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 血圧測定	0～4回	5回以上
4 時間尿測定	なし	あり
5 呼吸ケア	なし	あり
6 点滴ライン同時3本以上	なし	あり
7 心電図モニター	なし	あり
8 輸液ポンプの使用	なし	あり
9 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
10 シリンジポンプの使用	なし	あり
11 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
12 人工呼吸器の装着	なし	あり
13 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
14 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
15 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定）	なし	あり
		A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
16 床上安静の指示	なし	あり	
17 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
18 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
19 起き上がり	できる	できない	
20 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
21 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
22 移動方法	介助を要しない 移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
23 口腔清潔	できる	できない	
24 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
25 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
26 他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
27 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
28 危険行動	ない	ある	
			B得点

注) 重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<重症度・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上、または患者の状況等に係る得点（B得点）が7点以上。

## 重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、あらかじめ設定した一定の時刻以降に急変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

### A モニタリング及び処置等

#### 1 創傷処置 項目の定義

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」  
創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡は NPUAP 分類 II 度以上又は DESIGN 分類 d2 以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置は含まない。

なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。

(参考)

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) II 度以上  
DESIGN 分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

#### 2 蘇生術の施行 項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

「なし」

蘇生術の施行がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

蘇生術の施行があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ「なし」となる。

蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-5呼吸ケア」「A-12 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

### 3 血圧測定

項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

過去24時間に当該治療室で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。

血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。

また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。

### 4 時間尿測定

項目の定義

時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去24時間で3回以上ある場合を評価する。

選択肢の判断基準

「なし」

時間尿量測定を実施していない場合、あるいは1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の測定、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。

「あり」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。



## 5 呼吸ケア 項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」  
呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
呼吸ケアを1回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数の条件はない。

## 6 点滴ライン同時3本以上 項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、同時に3本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」  
同時3本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
同時に3本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に3本以上あれば「あり」とする。  
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。  
ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈注射をした場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。  
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。  
記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

## 7 心電図モニター 項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

### 選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。  
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。  
心電図モニター装着時間や記録の書式、回数は問わない。

## 8 輸液ポンプの使用

項目の定義

輸液ポンプの使用は、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

## 9 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。  
「あり」  
動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

## 10 シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

### 1.1 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録がある場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。  
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

### 1.2 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。  
NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

### 1.3 輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

#### 1 4 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワングアンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。  
「あり」  
肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても「あり」となる。

#### 1 5 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」  
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。  
「あり」  
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

### B 患者の状況等

#### B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。

5. ただし、「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」「寝返り」「起き上がり」の動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
6. 「B 患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

## 1.6 床上安静の指示

### 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

### 選択肢の判断基準

「なし」

床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。

「あり」

床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

### 判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

## 1.7 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

### 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

### 選択肢の判断基準

「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」

調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

### 判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

## 18 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

### 選択肢の判断基準

「できる」  
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。  
「何かにつかまればできる」  
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。  
「できない」  
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

### 判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

## 19 起き上がり 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

### 選択肢の判断基準

「できる」  
1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。  
「できない」  
介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

### 判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

## 20 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。  
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

## 選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

## 判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

## 2.1 移乗

### 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

## 選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

## 判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 2.2 移動方法

### 項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

## 選択肢の判断基準

### 「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

### 「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

## 判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

## 2.3 口腔清潔

### 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

## 選択肢の判断基準

### 「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

### 「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

## 判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

但し、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 2.4 食事摂取

### 項目の定義

食事介助の状況の評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

## 選択肢の判断基準

### 「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。



「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。但し、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

## 2 5 衣服の着脱

### 項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

### 選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

### 判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

## 2 6 他者への意思の伝達

### 項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

### 選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」  
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」  
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

## 2.7 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」  
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」  
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

## 2.8 危険行動 項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」  
過去1週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」  
過去1週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生してい

る危険行動の有無を評価するものではない。  
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。  
なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。



基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加 「主目標」	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容: ) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動 (すべて実行状況)	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等: ) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類: ) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所: ) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: ) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り:	
心身機能 ・構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(別紙1-3)

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクI, J, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランク I, II a, II b, III a, III b, IV 又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

## リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名： 男・女		生年月日(西暦) 年 月 日( 歳)		利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：		合併症(コントロール状態)：		リハビリテーション歴：	
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2		認知症である老人の日常生活自立度判定基準： I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M			

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)	短期目標 ( ___ヶ月後)	具体的アプローチ																																																																															
<p><b>心身機能・構造</b></p> <p><input type="checkbox"/>意識障害 (JCS、GCS)：</p> <p><input type="checkbox"/>見当識障害：</p> <p><input type="checkbox"/>記銘力障害：</p> <p><input type="checkbox"/>運動障害：</p> <p><input type="checkbox"/>感覚障害：</p> <p><input type="checkbox"/>摂食障害：</p> <p><input type="checkbox"/>排泄障害：</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸、循環障害：</p> <p><input type="checkbox"/>音声、発話障害(構音、失語)：</p> <p><input type="checkbox"/>関節可動域制限：</p> <p><input type="checkbox"/>筋力低下：</p> <p><input type="checkbox"/>褥瘡：</p> <p><input type="checkbox"/>疼痛：</p> <p><input type="checkbox"/>半側空間無視：</p> <p><input type="checkbox"/>注意力障害：</p> <p><input type="checkbox"/>構成障害：</p> <p><input type="checkbox"/>その他：</p> <p><b>基本動作</b></p> <p>寝返り ( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 )：</p> <p>起き上がり ( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 )：</p> <p>座位 ( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 )：</p> <p>立ち上がり ( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 )：</p> <p>立位 ( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 )：</p>																																																																																	
<p><b>活動度</b> (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)</p>																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ADL (B, I.)</th> <th>自立</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>使用用具(杖、装具)、介助内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>食事</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>15</td> <td>10 ←監視下</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>座れるが移れない→</td> <td></td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ動作</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平地歩行</td> <td>15</td> <td>10←歩行器等</td> <td></td> <td>歩行：</td> </tr> <tr> <td>車椅子操作が可能</td> <td></td> <td>→ 5</td> <td>0</td> <td>車椅子：</td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>排便管理</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>排尿管理</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計(0~100点)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">点</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">コミュニケーション</td> <td>理解</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>表出</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	食事	10	5	0		移乗	15	10 ←監視下			座れるが移れない→		5	0		整容	5	0	0		トイレ動作	10	5	0		入浴	5	0	0		平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：	階段	10	5	0		更衣	10	5	0		排便管理	10	5	0		排尿管理	10	5	0		合計(0~100点)	点				コミュニケーション	理解				表出				<b>短期目標</b>	<b>具体的アプローチ</b>
ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容																																																																													
食事	10	5	0																																																																														
移乗	15	10 ←監視下																																																																															
座れるが移れない→		5	0																																																																														
整容	5	0	0																																																																														
トイレ動作	10	5	0																																																																														
入浴	5	0	0																																																																														
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：																																																																													
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：																																																																													
階段	10	5	0																																																																														
更衣	10	5	0																																																																														
排便管理	10	5	0																																																																														
排尿管理	10	5	0																																																																														
合計(0~100点)	点																																																																																
コミュニケーション	理解																																																																																
	表出																																																																																

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他） 復職（ <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望：	
		家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：		外泊訓練計画：	
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）			
退院後の社会参加の見込み：			説明者署名：

本人・家族への説明： 年 月 日	説明を受けた人：本人、家族（ ） 署名：
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。

## 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点



## 日常生活機能評価 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病棟で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. ただし、「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」「寝返り」「起き上がり」の動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
10. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

### 1 床上安静の指示 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

#### 選択肢の判断基準

「なし」  
床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。  
「あり」  
床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

### 2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。  
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定

める。座位、臥位等の体位は問わない。

#### 選択肢の判断基準

「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」

調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

### 3 寝返り

#### 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

#### 選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

### 4 起き上がり

#### 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

## 選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

## 判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

## 5 座位保持

### 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

## 選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

## 判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

## 6 移乗

### 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

## 選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼスライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 7 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

## 8 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

## 判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

## 9 食事摂取

### 項目の定義

食事介助の状況の評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

### 選択肢の判断基準

#### 「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

#### 「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

#### 「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

## 判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

## 10 衣服の着脱

### 項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

### 選択肢の判断基準

#### 「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

#### 「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分でやっているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

#### 「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

#### 判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

### 1 1 他者への意思の伝達 項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

#### 選択肢の判断基準

##### 「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

##### 「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

##### 「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

#### 判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

### 1 2 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

#### 選択肢の判断基準

##### 「はい」

診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

##### 「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、

あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

### 1.3 危険行動

#### 項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

#### 選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

#### 判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。





## 別紙

## 人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

## 人事院規則九一四九第2条に規定する地域

級地区分	都道府県	地 域
1 級地	東京都	特別区
2 級地	茨城県	取手市
	埼玉県	和光市
	千葉県	成田市、印西市
	東京都	武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市、厚木市
	大阪府	大阪市、守口市、門真市
	兵庫県	芦屋市
3 級地	茨城県	つくば市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	船橋市、浦安市、袖ヶ浦市
	東京都	八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市
	神奈川県	横浜市、川崎市、海老名市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市
	大阪府	吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市
	兵庫県	西宮市、宝塚市
	奈良県	天理市
	4 級地	茨城県
埼玉県		鶴ヶ島市
千葉県		千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市
東京都		三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
神奈川県		藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市
愛知県		豊明市
三重県		鈴鹿市
滋賀県		大津市、草津市
京都府		京都市
大阪府		豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市
兵庫県		神戸市、尼崎市
奈良県		奈良市、大和郡山市
広島県		広島市
福岡県		福岡市
5 級地		宮城県
	茨城県	日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
	栃木県	宇都宮市

	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
	千葉県	茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
	神奈川県	平塚市、秦野市
	山梨県	甲府市
	静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
	愛知県	瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
	三重県	津市、四日市市
	滋賀県	守山市
	京都府	宇治市、亀岡市、京田辺市
	大阪府	河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市
	兵庫県	伊丹市、三田市
	奈良県	大和高田市、橿原市
6 級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市、多賀城市
	茨城県	龍ヶ崎市、筑西市
	栃木県	鹿沼市、小山市、大田原市
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	東京都	武蔵村山市
	神奈川県	小田原市、三浦市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	福井県	福井市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市
	岐阜県	岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市
	愛知県	豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町
	三重県	桑名市、名張市、伊賀市
	滋賀県	彦根市、長浜市
	京都府	向日市、木津川市
	大阪府	柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町
	兵庫県	姫路市、明石市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市

岡山県	岡山市
広島県	廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
山口県	周南市
香川県	高松市
福岡県	筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡粕屋町

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則九一四九附則第2条に規定する地域

級地区分	都道府県	暫定指定地域
4級地	神奈川県	横須賀市
	大阪府	堺市、東大阪市
5級地	神奈川県	三浦郡葉山町
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市
6級地	福岡県	北九州市
	長崎県	長崎市

備考 この表の「暫定指定地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市又は町の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
4級地	茨城県	石岡市
	千葉県	習志野市
	東京都	羽村市、日の出町、檜原村、東久留米市、小金井市
	神奈川県	愛川町、座間市、綾瀬市
	大阪府	島本町、摂津市
	広島県	府中町
5級地	茨城県	那珂市、東海村、阿見町
	埼玉県	羽生市、鳩ヶ谷市、蕨市、富士見市、新座市、三芳町、狭山市
	千葉県	我孫子市、鎌ヶ谷市、八千代市、長柄町、長南町、木更津市、君津市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	伊勢原市、逗子市、清川村、寒川町、山北町
	愛知県	尾張旭市、長久手町
	滋賀県	栗東市
	京都府	南丹市、久御山町、八幡市、城陽市、宇治田原町

	大阪府	松原市、大阪狭山市、豊能町
	兵庫県	猪名川町、川西市
	奈良県	御所市
6 級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町、村田町
	茨城県	稲敷市、河内町、利根町、つくばみらい市、常総市、坂東市、境町、五霞町、下妻市、八千代町、結城市、桜川市
	栃木県	日光市、さくら市、壬生町、下野市、栃木市、二宮町、野木町
	群馬県	伊勢崎市、玉村町、吉岡町、大泉町、千代田町、板倉町
	埼玉県	嵐山町、滑川町、大利根町、騎西町、菖蒲町、鷲宮町、幸手市、宮代町、白岡町、蓮田市、松伏町、吉川市、八潮市、川島町、吉見町、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町、深谷市、桶川市
	千葉県	大網白里町、山武市、富里市、印旛村、本埜村
	東京都	瑞穂町、東大和市
	神奈川県	中井町、大井町
	長野県	大町市、筑北村、上田市、長和町、下諏訪町、岡谷市
	岐阜県	坂祝町、関市、可児市、土岐市、各務原市、笠松町、羽島市、海津市
	静岡県	小山町、裾野市、島田市、長泉町、清水町、富士川町、芝川町、川根本町、藤枝市、岡部町、森町
	愛知県	扶桑町、大口町、岩倉市、北名古屋市、春日町、清須市、甚目寺町、美和町、七宝町、蟹江町、日進市、東郷町、東浦町、阿久比町、常滑市、新城市、豊川市、幸田町、高浜市
	三重県	いなべ市、東員町、朝日町、川越町、亀山市、木曾岬町
	滋賀県	米原市、多賀町
	京都府	長岡京市、井手町、精華町
	大阪府	大東市、岬町
	兵庫県	加西市、加東市、小野市、高砂市、稲美町、播磨町
	奈良県	生駒市、山添村、安堵町、川西町、河合町、上牧町、広陵町、田原本町、葛城市、明日香村、吉野町、曽爾村、平群町、三郷町、五條市
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	広島県	安芸太田町、熊野町、呉市
	福岡県	飯塚市、志摩町、篠栗町、志免町、須恵町、大野城市、那珂川町
	佐賀県	佐賀市

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。



- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1	夜間・早朝等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
2	地域医療貢献加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の2	明細書発行体制等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の2
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	障害者歯科医療連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式12～12の6
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13及び13の2
2	臨床研修病院入院診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14又は14の2
2の2	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14の3
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
3の2	妊産婦緊急搬送入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式16
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の2, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式24, 24の2
11	療養病棟療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
12	診療所療養病床療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12	診療所療養病床療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
13	重症皮膚潰瘍管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	児童・思春期精神科入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 32
17の2	強度行動障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式33
19	栄養管理実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
19の2	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 34の2
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35
20	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式335の2
21	褥瘡患者管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 38
24	慢性期病棟等退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の2	急性期病棟等退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の3	新生児特定集中治療室退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の4	救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
24の5	救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
25	総合評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 42
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 45
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 21, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の2, 48~48の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
10	小児入院医療管理料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	}
10	小児入院医療管理料 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49～49の6
12	亜急性期入院医療管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 50～50の6
12	亜急性期入院医療管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
13	特殊疾患病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 53
16	精神科急性期治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53, 55
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2
19	認知症治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
	短期滞在手術基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 58
	短期滞在手術基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	



様式 1

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療時間の状況	
曜日	表示している診療時間 (AM00:00~PM00:00)
日曜	
月曜	
火曜	
水曜	
木曜	
金曜	
土曜	

2 1週間の総診療時間	時間
-------------	----

3 救急医療の確保に関する協力	有・無
-----------------	-----

[記載上の注意]

- 「2」については、週により標榜時間が異なる場合には、4週間における1週平均時間を記載すること。
- 「3」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

様式 2

地域医療貢献加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科		
2 当該診療所の 対応医師の氏名		
3 当該診療所の標榜 診療時間		
4 あらかじめ患者に 伝えてある電話に 応答できない場合の 体制  ※該当するものに○（複数可）		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他 <span style="font-size: 2em;">{</span>
5 他の医療機関との 連携 ※	連携 医療 機関 名	
6 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)		
7 備考		

※ やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。また、その具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）。

様式2の2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療所である	1 はい 2 いいえ
2 レセプト電子請求を行っている	1 オンライン請求 2 電子媒体による請求
3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている	1 はい 2 いいえ

※) 該当するものに○を記載すること。

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1	常勤歯科医師・看護職員・ 歯科衛生士の数 年・月	常勤歯科 医師数	看護職員数	歯科衛生士数
	年 月	名	名	名

2 次の(1)～(4)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率

年・月	初診の患者 の数①	文書により 紹介された 患者の数②	紹介率  (=②/①×100) %
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 \_\_\_\_\_ 件

歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72の2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

(3)

別の保険医療機関において基本診療料に係る障害者加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

年 月 ~ 年 月	障害者加算 _____ 名	歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名	

(4)

基本診療料に係る障害者加算を算定している患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)及び(4)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。

## 歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（常勤歯科医師名）

2 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

氏 名 （常勤・非常勤）	氏 名 （常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

3 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素ボンベ及び酸素マスク		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
そ の 他		

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数：	台
滅菌器（製品名等）：	

6 院内掲示の例を添付

様式4の2

障害者歯科医療連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている  
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年 月 日
--	----------------------------	-------

(2) 歯科診療所である保険医療機関

	基本診療料に係る障害者加算を算定している患者の数	
	届出前3か月間 年 月 ~ 年 月	_____名 (月平均_____名)

2 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数(セット数)
自動体外式除細動器(AED)		
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		

3 別の医科診療の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

様式 5

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

1 入院診療計画については、別添6の別紙2及び別紙2の2を参考として作成した例を添付すること。

2 院内感染防止対策に係る内容

①院内感染防止対策委員会の活動状況 ※院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」 ※成分ごとに記載のこと	・ 室 ・ 室
③感染情報レポートの作成・活用状況	
作成回数	回／週
活用状況	

3 医療安全管理体制に係る内容

①安全管理のための指針の整備状況 ※安全管理のための指針等を添付すること	
指針の主な内容	
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況	
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 ※安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年 回
研修の主な内容等	

4 褥瘡対策に係る内容

褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する危険因子 の実施例を添付		

※別紙3を参考として作成した「褥瘡に関する危険因子評価書」の実施例を添付すること。



様式 6

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策及び褥瘡対策について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。

【備考】適合する場合は、□に「」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書（様式5（例）を参照のこと）を添付し届出ること。

	今回の届出		区分	病棟数	病床数	入院患者数		平均在院日数
	病棟数	病床数				届出時	1日平均入院患者数	
総病床数								
一般病棟入院基本料								
療養病棟入院基本料								
結核病棟入院基本料								
精神病棟入院基本料								
特定機能病院入院基本料								
一般病棟								
結核病棟								
精神病棟								
専門病院入院基本料								
障害者施設等入院基本料								
救命救急入院料								
特定集中治療室管理料								
ハイケアユニット入院医療管理料								
脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
新生児特定集中治療室管理料								
総合周産期特定集中治療室管理料	母体・胎児							
	新生児							
新生児治療回復室入院医療管理料								
一類感染症患者入院医療管理料								
特殊疾患入院医療管理料（再掲）								
小児入院医療管理料（5は再掲）								
回復期リハビリテーション病棟入院料								
亜急性期入院医療管理料（再掲）								
特殊疾患病棟入院料								
緩和ケア病棟入院料								
精神科救急入院料								
精神科急性期治療病棟入院料								
精神科救急・合併症入院料								
精神療養病棟入院料								
認知症治療病棟入院料								

※ 1日平均入院患者数の算出期間

年 月 日 ~

年 月 日

※平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。

※1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。

2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別, 7対1特別, 10対1特別
療養病棟入院基本料	1, 2, 移行, 特別
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 7対1特別, 10対1特別
精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 10対1特別
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1

注)療養病棟入院基本料の区分等は次のとおりであること。

・「移行」とは、「基本診療料の施設基準等」の第十一の八の介護保険移行準備病棟のことをいう。

3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2
亜急性期入院医療管理料	1, 2
特殊疾患病棟入院料	1, 2
精神科救急入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2

4 療養病棟入院基本料の「1」又は「移行」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。

5 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。

6 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。



○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

区 分	看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算	緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師	
がん診療連携拠点病院加算	がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算	栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算 1	医療安全対策に係る専従の看護師	
	院内感染管理者である専任の看護師	
医療安全対策加算 2	医療安全対策に係る専任の看護師	
	院内感染管理者である専任の看護師	
感染防止対策加算	感染管理に従事した経験のある専従の看護師	
	感染管理に従事した経験のある専任の看護師	
褥瘡患者管理加算	褥瘡看護に関して5年以上経験を有する専任看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡管理者である専従看護師	
慢性期病棟等退院調整加算 1	退院調整に関する経験を有する専従の看護師	
急性期病棟等退院調整加算 1	退院調整に関する経験を有する専任の看護師	
慢性期病棟等退院調整加算 2	退院調整に関する経験を有する専従の看護師	
急性期病棟等退院調整加算 2		
新生児特定集中治療室退院調整加算		
呼吸ケアチーム加算	人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師	
亜急性期入院医療管理料	専任の在宅復帰支援を担当する看護師	
ウイルス疾患指導料	HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上ある専従看護師	
喘息治療管理料	専任看護師	
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師	
がん患者カウンセリング料	がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師	
ニコチン依存症管理料	禁煙治療に係る専任看護職員	
外来化学療法加算	当該治療室専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する専従の看護師	
精神科ショート・ケア	専従看護師	
精神科デイ・ケア	専従看護師	
精神科ナイト・ケア	専従看護師	
精神科デイ・ナイト・ケア	専従看護師	
重度認知症患者デイ・ケア	専従看護師	

勤 務 体 制						
3交代制	日 勤	( : ~ : )	準夜勤	( : ~ : )	深夜勤	( : ~ : )
2交代制	日 勤	( : ~ : )	夜 勤	( : ~ : )		
その他	日 勤			( : ~ : )		( : ~ : )
その他	日 勤			( : ~ : )		( : ~ : )

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算は有無を記入する。
- 2 看護補助加算は下表の例により記載すること。

看護補助加算	①看護補助加算 1, ②看護補助加算 2, ③看護補助加算 3
--------	---------------------------------

- 3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数

を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、看護師の欄に含めて記載すること。

4 病棟勤務欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。

5 「病棟以外との兼任」欄には、治療棟、外来等と兼任の者の数を記載すること。

6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記入し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記入すること。

7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。



入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 \_\_\_\_\_ 病棟数 \_\_\_\_\_ 病床数 \_\_\_\_\_

届出区分 \_\_\_\_\_ 届出時入院患者数 \_\_\_\_\_ 人

看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 \_\_\_\_\_ 人（算出期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

① 月平均1日当たり看護配置数 \_\_\_\_\_ 人

② 看護職員中の看護師の比率 \_\_\_\_\_ %（月平均1日当たり配置数：看護師 \_\_\_\_\_ 人）

③ 平均在院日数 \_\_\_\_\_ 日（算出期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

④ 夜勤時間帯（16時間） \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D-E）／B〕 \_\_\_\_\_ 時間

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 \_\_\_\_\_ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数) 看護師 \_\_\_\_\_ 人 准看護師 \_\_\_\_\_ 人 看護補助者 \_\_\_\_\_ 人

勤務計画表

種別 <sup>※1</sup>	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 <sup>※2</sup>	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 <sup>※5</sup>					月勤務時間数 (延べ時間数)	(再掲)夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数
					(該当する一つに○) <sup>※3</sup>	夜勤従事者数 <sup>※4</sup>	1日 曜	2日 曜	3日 曜	...	日 曜		
看護師				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
准看護師				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
				常勤・非常勤・兼務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計					[B] ※4	月延べ勤務時間数の計					[C]		
月延べ夜勤時間数				[D-E]		月延べ夜勤時間数の計					[D]	[E]	
1日看護配置数 <sup>※6</sup>		[(A/届出区分の数 <sup>※7</sup> ) × 3]				月平均1日当たり看護配置数					[C/(日数 × 8)]		

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔F〕	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔G〕	〔C〕－〔1日看護配置数×8×日数〕
1日看護補助配置数 <sup>※6</sup>	〔（A／届出区分の数 <sup>※7</sup> ）×3〕
月平均1日当たり看護補助者配置数	〔F＋G／（日数×8）〕

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※2 病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者は、無に○を記入すること。
- ※4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は1を記入し、病棟兼務及び非常勤職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。  
なお、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。
- ※5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※6 小数点以下切り上げとする。
- ※7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算1の場合「50」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1ヶ月の各病棟毎の勤務計画表（勤務実績）及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。



7 対 1 入院基本料  
 一般病棟看護必要度評価加算  
 急性期看護補助体制加算

の施設基準に係る患者の重症度・  
 看護必要度に係る届出書添付書類

(いずれかを○で囲むこと)

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ 数の算出期間  (1ヶ月)
			①入院患 者延べ数	② ①のう ち重症度・看 護必要度の 基準を満た す患者の延 べ数	③重症度・ 看護必要度 の基準を満 たす患者の 割合 (②/①)	
一般病棟 入院基本料  又は 専門病院 入院基本料		床	名	名	%	年 月
結核病棟 入院基本料		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 入院患者延べ数とは、算出期間中に7対1入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び15歳未満の小児の患者数は含めない。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 2 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 3 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算する。
- 4 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式 10 の 2

7 対 1 入院基本料における常勤の医師の員数に係る届出書添付書類

届出する入院基本料の欄にチェックし、(A) ~ (D) に係る事項について記載すること。

欄	届出入院料	(A) 病棟数	(B) 病床数	(C) 1 日平均 入院患者数 ※ 1	(C) × (10/100)	(D) 医師数※ 2
	一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料					
	結核病棟 入院基本料					

※ 1 算出に係る期間を記入 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)

※ 2 (D) 医師数 ① - ②

① = 当該病院における全体の常勤の医師数 \_\_\_\_\_ 名

② = 7 対 1 入院基本料以外の病床に係る医師数 \_\_\_\_\_ 名

(1) 一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の②の計算方法

$$\{ \frac{\text{ア-イ}}{16} + \frac{\text{ウ}}{16} + \frac{\text{エ}}{48} + \frac{\text{オ}}{48} \}$$

ア 一般病床 (感染床病床も含む。) に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

イ 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

ウ 結核病床に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

エ 療養病床に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

オ 精神病床に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

(2) 結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法

$$\{ \frac{\text{ア}}{16} + \frac{\text{イ}}{48} + \frac{\text{ウ}}{48} \}$$

ア 一般病床 (感染床病床も含む。) に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

イ 療養病床に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

ウ 精神病床に入院する患者数 \_\_\_\_\_ 名

7 対 1 入院基本料  
 一般病棟看護必要度評価加算  
 急性期看護補助体制加算

の施設基準に係る患者の重症度・  
 看護必要度に係る届出書添付書類

(いずれかを○で囲むこと)

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ 数の算出期間 (1ヶ月)
			①入院患者 延べ数	② ①のうち 重症度・看護 必要度の基準 を満たす患者 の延べ数	③重症度・看 護必要度の基 準を満たす患 者の割合 (②/①)	
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 入院患者延べ数とは、算出期間中に7対1入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び15歳未満の小児の患者数は含めない。
- 2 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 3 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算する。

様式 10 の 4

一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

次の区分のいずれかに該当するものを○で囲むこと。

- ① 一般病棟入院基本料（10対1）
- ② 特定機能病院入院基本料（10対1（一般病棟に限る。））
- ③ 専門病院入院基本料（10対1）

[届出上の注意]

届出に当たっては、様式 10 を添付すること。

様式 10 の 5

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料  
(精神病棟に限る。)の施設基準に係る届出書添付書類

1 7対1入院基本料及び10対1入院基本料に係る施設基準

① 当該病棟の直近3か月の新規入院患者数	名
② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下の患者数	名
$② \div ① \times 100$ (50%以上)	%

2 13対1入院基本料に係る施設基準

① 当該病棟の直近3か月の新規入院患者数	名
② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下又は区分番号「A230-3」に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象の患者数	名
$② \div ① \times 100$ (40%以上)	%

感染症病床を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院 日数
				届出時	1日平均 入院患者数	
病及 棟び ・平 病均 床在 ・院 入日 院患 者数		感染症病床	床	名	名	}
		一般病床	床	名	名	
		一般病棟	床	名	名	
	合計	一般病棟	合計	合計	合計	
看及 護び 師看 ・護 准補 看助 護者 師数	看護要員現員数					
	看護師		准看護師		看護補助者	
	病棟勤務	病棟以外 との兼任	病棟勤務	病棟以外 との兼任	病棟勤務	病棟以外 との兼任
	感染症病床を有する 一般病棟	名	名	名	名	名
	一般病棟	名	名	名	名	名
一般病棟 合計	合計		名		名	

\* 1日平均入院患者数の算出期間                      年    月    日    ~    年    月    日

\* 平均在院日数の算出期間                              年    月    日    ~    年    月    日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、感染症病床を有する一般病棟における感染症病床以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、一般病棟（感染症病床を含む。）を包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、感染症病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。
- 4 感染症病床を有する一般病棟について、別添7の様式9を記載し添付すること。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床  
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

		区 分	病 床 数	入 院 患 者 数		備 考
				届 出 時	1 日 平 均 入 院 患 者 数	
入 病 院 床 数 者 及 び 数	総 数		床	名	名	1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日
	内 訳	一般病床	床	名	名	
		療養病床	床	名	名	
看 護 要 員 数			看 護 師 ・ 准 看 護 師		看 護 補 助 者	
			入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務	入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務
	総 数	名	名	名	名	
	内 訳	一般病床	名	名		
		療養病床	名	名	名	名
上記以外の勤務		名		名		
勤 務 形 態 (該当するものに○印) (時間帯を記入)		時 間 帯 区 分 当直制 ・ 交代制 ・ その他 ( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : )				
有床診療所入院基本料の 夜間緊急体制確保加算に 係る夜間の緊急体制確保 の実施の有無		( 有 ・ 無 )				

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には 1, 2 又は 3 を記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。
- 3 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 4 様式 12 の 2 を添付すること。
- 5 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式 12 の 3 から 12 の 6 までを添付すること。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料  
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

	職 種	氏 名	勤 務 形 態	勤 務 時 間
一 般 病 床				
療 養 病 床				

[記載上の注意]

- 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
- 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
- 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。



有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

No	保険医登録番号	医療機関名※	氏 名	担当する曜日・時間帯

〔記載上の注意〕

- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
- 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。

## 有床診療所入院基本料の医師配置加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しているおり、夜間の診療応需体制を確保している。

2 医師の名簿（2 名以上）

No.	保険医登録番号	氏 名	勤務の態様	週平均勤務時間数	1 日平均勤務時間数
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		

所定労働時間 \_\_\_\_\_ 時間／週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 5

有床診療所入院基本料の看護配置加算及び  
夜間看護配置加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 看護配置加算

一般病床に係る看護職員の配置数を記入すること。

看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の配置数もあわせて記入すること。

看護職員数	
	(再掲) 看護師数
名	名

2 夜間看護配置加算

夜間の看護職員の配置数を記入すること。

夜間看護配置加算 1 を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

夜間の看護職員数	夜間の看護補助者数	(再掲) 当直の看護要員数
名	名	名

[記載上の注意]

- 1 夜間看護職員が 1 名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。
- 2 有床診療所入院基本料 1 又は 2 の届出書の写しを添付すること。

様式 12 の 6

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援  
療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算1又は2を算定しているおり、夜間の診療応需体制を確保している。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。
--	-------------------------------------

[届出上の注意]

1又は2において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜し、入院医療を提供している診療科	該当するものに○で囲むこと。 1 内科    2 精神科    3 小児科    4 外科    5 整形外科 6 脳神経外科    7 産科又は産婦人科
2 精神科医師が24時間対応できる体制	次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。 1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： 2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称 ・ 担当精神科医師名
3 24時間の救急医療体制	1 第2次救急医療機関    2 救命救急センター    3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター    5 その他
4 外来縮小体制	1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 （ 有                  無 ） 2 診療情報提供料等を算定する割合 $(②+③) / ① \times 10$ (                  ) 割 ① 総退院患者数 (                  ) 件 ② 診療情報提供料（I）の注「7」の加算を算定する退院患者数 (                  ) 件 ③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 (                  ) 件
5 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制	様式13の2に記載すること。
6 全身麻酔による手術件数	件
7 地域連携室の設置	( 有                  無 )
8 24時間の画像及び検査体制	( 有                  無 )
9 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	( 有                  無 )
10 その他	ア 人工心肺を用いた手術 (                  ) 件 イ 悪性腫瘍手術 (                  ) 件 ウ 腹腔鏡手術 (                  ) 件 エ 放射線治療（体外照射法） (                  ) 件 オ 化学療法 (                  ) 件 カ 分娩 (                  ) 件

【記載上の注意】

- 1 「2」については、「1」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「3」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること
- 3 様式13の2を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・4月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画

医師・看護師等の業務分担

医師に対する医療事務作業補助体制

短時間正規雇用の医師の活用

地域の他の医療機関との連携体制

交代勤務制の導入

外来縮小の取組み

ア 初診における選定療養の額 \_\_\_\_\_円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 \_\_\_\_\_割

その他

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間 (平均週 \_\_\_\_\_時間(うち、残業 \_\_\_\_\_時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 \_\_\_\_\_回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮( 当直翌日は休日としている  当直翌日の業務内容の配慮を行っている  その他(具体的に: \_\_\_\_\_))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他

(3) 職員等に対する周知 (有 \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_)

具体的な周知方法( \_\_\_\_\_ )

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度 ( \_\_\_\_\_ 回/年)

イ 参加人数 (平均 \_\_\_\_\_ 人/回) 参加職種( \_\_\_\_\_ )

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減に対する体制について、実施しているものにチェックを行い、その具体的な計画についてその写し(様式自由)を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

## 臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

臨床研修病院の種別 (該当するものに○)	基幹型                      協力型
指 定 年 月 日 (大学病院は不要)	年                      月                      日
① 医療法に定める医師の標準数及び届出時の医師数	
② 病床数	床 (病床数を10で除した数_____)
③ 年間入院患者数	人 (年間入院患者数を100で除した数_____)
④ 研修医の数	1年目                      人、2年目                      人、計_____人
⑤ 指導医の数 (臨床経験が7年目以上の者)	人
⑥ 研修医と指導医の比率(③/④)	
⑦ 研修管理委員会の設置の有無	
⑧ 保険診療に関する講習年月日 (協力型臨床研修病院を除く。)	1回目                      年                      月                      日 2回目                      年                      月                      日 3回目                      年                      月                      日 ※以下、実施年月日を同様に記載

## [記載上の注意]

- 届出前1年間における研修医受け入れ実績(期間、人数)が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降1年間における研修医受け入れ状況(予定期間、予定人数)が確認できる文書を添付すること。
- 基幹型臨床研修病院である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降1年間における講習予定年月を記載すること。

臨床研修病院入院診療加算（歯科診療に係るもの）の施設基準に係る届出書添付書類

臨床研修施設の種別 (該当するものに○)	単独型臨床研修施設・管理型臨床研修施設・協力型臨床研修施設		
指 定 年 月 日 (大学病院は不要)	年	月	日
① 医療法に定める歯科医師の標準数及び届出時の歯科医師数			
② 研修歯科医の数	計	人	
③ 指導歯科医の数	人		
④ 研修歯科医と指導歯科医の比率 (③/④)			
⑤ 研修管理委員会の設置の有無			
⑥ 保険診療に関する講習年月日 (協力型臨床研修施設を除く。)	1 回目	年	月 日
	2 回目	年	月 日
	3 回目	年	月 日
	※以下、実施年月日を同様に記載		

[記載上の注意]

- 届出前 1 年間における研修歯科医受け入れ実績（期間、人数）が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降 1 年間における研修歯科医受け入れ状況（予定期間、予定人数）が確認できる文書を添付すること。
- 単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降 1 年間における講習予定年月を記載すること。



様式 14 の 3

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算に係る届出書

※該当する区分を○で囲うこと。

区分
ア 地域医療支援病院
イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または 共同利用型病院
エ 都道府県知事の指定する精神科救急医療機関

## 超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項	医 師 氏 名	脳卒中の診断及び治療の経験年数
		年
薬剤師の常時配置の有無	有 ・ 無	
診療放射線技師の常時配置の有無	有 ・ 無	
臨床検査技師の常時配置の有無	有 ・ 無	
脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等		
救急蘇生装置		台
除細動器		台
心電計		台
呼吸循環監視装置		台
当該医療機関に常設されているCT撮影装置、MRI撮影装置、脳血管造影装置の名称・台数等		
CT撮影装置		台
MRI撮影装置		台
脳血管造影装置		台

## [記載上の注意]

- 1 専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる文書を添付すること。

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 分娩室

分娩室	有 ・ 無
-----	-------

※ 分娩室は、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 中央病歴管理室

場 所	
-----	--

2 診療録管理部門の有無（有 ・ 無）

3 診療規則管理委員会の設置

開催回数	参加メンバー
回／月	

4 診療記録の保管・管理のための規定の有無（有 ・ 無）

5 専任の診療録管理者

氏 名	
-----	--

6 用いる疾病分類

--

7 全患者に対する退院時要約の作成の有無（有 ・ 無）

8 患者に対する診療情報の提供

--

[記載上の注意]

- 1 中央病歴管理室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 「2」で有とした場合は、当該診療録管理部門がわかる組織図を添付すること。
- 3 「3」は、「2」で無とした場合に記載すること。
- 4 診療記録の保管・管理のための規定を添付すること。
- 5 「8」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に○をつけること。)

15 対 1, 20 対 1, 25 対 1, 50 対 1, 75 対 1, 100 対 1

2 医師事務作業補助者の配置

① 保険医療機関の届出病床数 (一般病床) ※一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。	床
② 医師事務作業補助者の数	名
③ 医師事務作業補助者の配置 (①/②)	: 1

3 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名

4 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低6ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に32時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

5 院内規定の整備について (満たしているものに○をつける)

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
② 院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。
④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
⑥ 院内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、6の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している (次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。)

電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

- 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）
- 電子カルテシステムのみ
- オーダリングシステムのみ

## 6 急性期医療に関する事項

①第三次救急医療機関		
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
③小児救急医療拠点病院		
④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院	年間	名
⑤災害拠点病院		
⑥へき地医療拠点病院		
⑦地域医療支援病院		
⑧年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間	名
⑨年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間	件
⑩年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院	年間	名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

### [記載上の注意]

- 1 「2」については、様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 2 「4」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 3 「5」の①については、様式 13 の 2 「病院勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 4 「5」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 5 「5」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 6 15 対 1 又は 20 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「6」の①～④のいずれかを満たすこと。25 対 1 又は 50 対 1 補助体制加算を届け出る場合には、①～⑨のいずれかを満たすこと。75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。
- 7 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 8 「6」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。



様式 18 の 3

急性期看護補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 次の区分のいずれかに該当する病院（該当する区分の全てに○をつけること。）	
① 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院 期        間        :        年    月～    年    月 緊急入院患者数 :  名	
② 総合周産期母子医療センターを有する医療機関	

2 年間の救急自動車及び 救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数	人／年
うち入院患者数	人／年
3 急性期看護補助体制加算の区分	50 対 1 , 75 対 1
4 急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況	実施日： 月 日（複数日ある場合は複数日）
研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・	

[記載上の注意]

- 「1」の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。
- 「1」の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことので分かる資料を添付すること。
- 「4」の急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類を添付すること。
- 看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。
- 急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる書類を添付すること。



障害者施設等入院基本料  
 特殊疾患入院施設管理加算

 の施設基準に係る届出書添付書類

届 出 区 分 (届け出をする項目に○をすること)		( ) 障害者施設等入院基本料				
		( ) 特殊疾患入院施設管理加算				
病棟の状況	病 棟 名					
	病 床 種 別					
	入院基本料区分					
	病 床 数		床	床	床	
入院患者の状況	1 日平均入院患者数 ①		名	名	名	
	①の再掲	重度肢体不自由児等		名	名	名
		脊 髄 損 傷 等		名	名	名
		重 度 意 識 障 害		名	名	名
		筋ジストロフィー		名	名	名
		神 経 難 病		名	名	名
		小 計 ②		名	名	名
	割 合 ②／①		%	%	%	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。  
 なお、有床診療所（一般病床に限る。）については、「病棟の状況」の「病床数」のみ記載すること。
- 2 入院患者の状況は、1日平均入院患者数は直近1年間、特殊疾患の患者数は直近1ヶ月間の実績を用いること。
- 3 届出に係る病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）ごとに様式9を添付すること。
- 4 当該届出を行う病棟の配置図及び平面図を添付すること。



## 療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	病棟数	病床数
届出に係る病棟	病棟 (病棟の種別 : )	床
病院の全病棟	病棟 (病棟の種別 : )	床
届出に係る病棟の概要	病室の総床面積	1床当たり 病床面積
	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
医師の数	(1) 現員数	_____名
	(2) 医療法における標準の医師の数	_____名
看護師及び 准看護師の数	(1) 現員数	_____名
	(2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数	_____名
看護補助者の数	(1) 現員数	_____名
	(2) 医療法における標準の看護補助者の数	_____名

## [記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 保険医療機関の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの)を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	届出病床の内訳	
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個室 床	
	2人部屋 床	
入院患者数及び重症者数	①一般病棟における1日平均入院患者数  名	(届出前1年月) 年月 ～年月
	②一般病棟における1日平均重症者数  名	(直近1ヶ月間) 年月 ～年月
	割合 $(②/①) \times 100$ %	

[記載上の注意]

- 1 様式 23 の 2 を添付すること。
- 2 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

期間 年 月 日 ~ 年 月 日

No.	性別	年齢	主たる傷病名	入院期間	転帰	① 重症者とした 直接の原因	② 重症者とした 期間	③ 重症者で看護上担 送扱いとした期間	療養上の必要から 個室又は2人部屋 に入院させた期間
期間中の入院患者の延べ数				人日	<p>備 考</p> <p>1 記載に当たっては、重症者についてのみ届出時直近1か月に限って記載すること。</p> <p>2 ①の欄には、その原因が手術によるものである場合は手術名、その他の場合は、例えば呼吸不全、肝不全のように記載すること。</p> <p>3 ③の欄には、重症者に該当する者の期間についてのみ記載すること。</p> <p>4 ②及び③の欄の記載に当たっては、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室に入室していた期間については（ ）内に別掲し、④及び⑤の欄の記入に当たっては、その期間を除いた期間について算定すること。</p>				
④ 期間中の重症者の延べ数				人日					
⑤ 期間中の重症者で看護上担送扱いとされた患者の延べ数				人日					

療養病棟療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

<p>医 師 の 数</p>	<p>(1) 現員数 _____ 名                      (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名</p>
<p>看 護 師 及 び 准 看 護 師 の 数</p>	<p>(1) 現員数 _____ 名                      (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名</p>
<p>看 護 補 助 者 の 数</p>	<p>(1) 現員数 _____ 名                      (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名</p>

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 届出に係る療養病棟の概要等について、様式 24 の 2 を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 24 の 2

1 届出に係る [ ] 病棟の概要（病棟ごとに記載すること。）

病 棟 名	( ) 病床数	床
病 室 の 状 況	個 室 室 2人室 室 3人室 室 4人室 室 5人室 室 6人室以上 室 〔うち特別の療養環境の 個 室 室 2人室 室〕 提供に関する病室 3人室 室 4人室 室〕	
病 棟 面 積	平方メートル (うち患者1人当たり	平方メートル)
病室部分に係る 病 棟 面 積	平方メートル (うち患者1人当たり	平方メートル)
廊 下 幅	片側室部分	メートル 両側室部分
食 堂	平方メートル	
談 話 室	有 ・ 無 (	と共用)
浴 室	有 ・ 無	

2 届出に係る病棟設備の概要（精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。）

鉄格子の有無	有 ・ 無	改造計画 着工予定 年 月 完成予定 年 月
面 会 室	有 ・ 無	
公 衆 電 話	有 ・ 無	

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備 されている器具・器械	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病室部分に係る病棟面積の患者1人当たり面積については、最小となる室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 従事者の概要

医師の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名
看護師及び准看護師の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名
看護補助者の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 当該届出に係る病床の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

2 届出に係る病床の概要

病床の状況	届出に係る病床 〔 特別の療養環境の提供に関する病室 床（全病床） 個室 3人室 2人室 4人室 室 室 室 〕
病床部分に係る病棟面積	平方メートル（うち患者1人当たり _____ 平方メートル）
廊下幅	片側室部分 _____ メートル 両側室部分 _____ メートル
食堂	平方メートル
談話室	有 ・ 無 （ _____ と共用）
浴室	有 ・ 無

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備されている器具・器械	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病床部分に係る面積の患者1人当たり面積については、最小となる病室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。



重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 重症皮膚潰瘍管理を行う、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師氏名	

褥瘡対策の実施状況		
①褥瘡対策チームの設置状況等		
従事者	専任医師名	
	専任看護職員名	
活動状況（施設内での指導状況等）		
②褥瘡に関する危険因子の評価の実施状況 （日常生活の自立度が低い入院患者対象）		

[記載上の注意]

- 1 「1」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。
- 2 褥瘡対策については届出前1か月の状況を記載すること。

## 緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 緩和ケアに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師			□
イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師			□
ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師			□
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師			□

### 2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

### 3 患者に対する情報提供

### 4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価	
イ がん診療の拠点となる病院	ウ イに準じる病院

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。  
また、ウは5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。  
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。（平成22年3月31日現在で届出を行っている保険医療機関の医師については、平成23年3月31日までの間に研修を修了したことが確認できる文書を添付して届出をし直すこと。）
- 2 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 3 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 4 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 5 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

応急入院等に係る精神保健指定医	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院等に係る看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
応急入院等に係るその他の者	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院患者等のための病床	常時	床				
当該管理のために必要な設備（機器等）の一覧（製品名及び台数）						
コンピューター断層撮影装置						
脳波計						
酸素吸入装置						
吸引装置						
血液検査のための機器・器具						
その他						

[記載上の注意]

- 1 精神保健福祉法第 33 条の 4 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知の写しを添付すること。
- 2 当該加算を算定する病室を含む病棟について、様式 9 を添付すること。
- 3 応急入院に係る精神保健指定医、看護師及びその他の者について、様式 23（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）を添付すること。
- 4 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）を添付すること。

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

医 師 の 数	(1) 現員数	名
	(2) 医療法における標準の医師の数	名
	（算定の基礎となる1日平均入院患者数	名)
	（算定の基礎となる1日平均外来患者数	名)

	病 棟 数	病 床 数
届出に係る病棟	病棟	床

[記載上の注意]

- 1 医師の現員数は、届出時の数を記入すること。
- 2 医療法における標準の医師数は、医療法施行規則第19条第1項第一号（同号中「精神病床及び療養病床」とあるのは「療養病床」とする。）に定める医師の員数を記入すること。  
（精神病床において16名の入院患者に対して医師1名として計算すること。）
- 3 平成7年9月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に定められた精神科救急医療施設であることを示す書類を添付すること。

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
地域移行推進室に配置されている精神保健福祉士名（1名以上）	

2 実績に係る要件

① 当該病院において、1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数	人
② 当該病院において、1月1日において入院期間が5年以上である患者数	人
①/②	%

## 精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関に専任の内科又は外科の医師名（1名以上）	
必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

### [記載上の注意]

必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること（他の保険医療機関の場合は当該保険医療機関名も併せて記載すること。）。

## 児童・思春期精神科入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

病棟（又は治療室）名				備考	
入院基本料区分				1日平均 入院患者数 算出期間	
病	床	床	床		
入院 患者 の 状 況	① 1日平均入院患者数	名	名	名	年 月 日 ～ 年 月 日
	② ①のうち当該加算の 算定対象となる患者数	名	名	名	
	入院患者の比率 ( ② / ① )	%	%	%	
当該病棟（又は治療室） の従事者	常勤の医師	名	名	名	
	うち精神保健指定医	名	名	名	
	常勤の精神保健福祉士	名	名	名	
	常勤の臨床心理技術者	名	名	名	

## [記載上の注意]

- 1 届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。
- 2 当該加算を算定する病棟又は治療室ごとに様式9を添付すること。
- 3 当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。
- 4 当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する区分を○で囲うこと。

区分
ア 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 43 条の 4 に規定する重症心身障害児施設
イ 児童福祉法第 7 条第 6 項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟
ウ 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟



## 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る

### 届出書添付書類

1 当該保険医療機関常勤の精神保健指定医師の氏名（2名以上）	
2 アルコール依存症に係る研修を修了した医師の氏名	
3 アルコール依存症に係る研修を修了した看護師の氏名	
4 アルコール依存症に係る研修を修了した作業療法士の氏名	
5 アルコール依存症に係る研修を修了した精神保健福祉士又は臨床心理技術者の氏名	
6 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

#### [記載上の注意]

- 1 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。
- 2 「2」、「3」、「4」及び「5」については、アルコール依存症に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

## 摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する臨床心理技術者名	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名	

### 2 実績に係る要件

当該保険医療機関における前年度の摂食障害の入院患者数	
----------------------------	--

#### [記載上の注意]

実績に係る要件の患者数は届出前 1 年間の患者数を記載すること。

様式 33

がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出書添付書類

指定年月日	年	月	日
-------	---	---	---

[記載上の注意]

平成 20 年 3 月 1 日健発第 0301001 号厚生労働省健康局長通知に定められたがん診療連携拠点病院であることを示す書類を添付すること。

## 栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士

氏 名	勤 務 時 間	備 考

### 2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

ア 患者の状態ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養管理、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を策定している。

イ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録している。

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

**[記載上の注意]**

栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

## 栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 基本情報

入院基本料の区分	看護配置	稼働病床数
一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床
特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合)	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床
専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床

### 2 栄養サポートチームに係る構成員

区 分	氏 名	区 分
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		専従・専任
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		専従・専任
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		専従・専任
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		専従・専任
オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載)		

### 3 栄養管理に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり 平均所要時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね          分	

### 4 栄養管理に係る回診

開催頻度	1日当たり 平均症例数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね          症例	

### 5 患者に対する情報提供体制

--

### 6 保険医等からの相談に応じる体制

体制
----

### 7 他チームとの合同カンファレンスの実施状況

チーム	開催頻度	構成メンバー
褥瘡対策チーム	概ね    回/月	
感染対策チーム	概ね    回/月	
緩和ケアチーム	概ね    回/月	
摂食・嚥下対策チーム	概ね    回/月	
その他(    )チーム	概ね    回/月	

#### [記載上の注意]

- 1 「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。ただし、医師以外の専任の従事者が研修を終了していない場合にあっては、余白に研修未受講者である旨を記載すれば届出を行うことができるものとし、この場合、平成23年3月31日までに研修を終了した旨を再度届け出ること。
- 2 3及び4については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 3 「5」「6」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にカンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出にあたり必須ではない。
- 5 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 6 第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
- 7 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

ア 医療安全対策加算 1
イ 医療安全対策加算 2

	氏 名	勤務時間	職 種	専従・専任
1 医療安全管理者				

	氏 名	勤務時間	職 種
2 院内感染管理者			

3 患者に対する情報提供	
--------------	--

[記載上の注意]

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲うこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を終了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

## 感染防止対策加算に係る届出書添付書類

### 1 感染防止対策チーム

区分	氏 名	専従・専任	経験年数
ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師			年
			年
			年
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、研修を修了している看護師			年
			年
			年
区分	氏 名		勤務年数
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の臨床薬剤師			年
			年
			年
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師			年
			年
			年

### 2 院内感染管理者

氏 名	職 種

### 3 抗菌薬適正使用のための方策

#### [記載上の注意]

- 1 感染防止対策チームのアに掲げる医師の感染症対策に係る3年以上の経験が確認できる文書、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 3 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに院内感染防止対策チームの業務内容が明記された文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 4 「3」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。
- 5 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。

褥瘡患者管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 褥瘡対策チームの設置状況等		
従事者	専任医師名	
	専任看護職員名	
	うち、専任の褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師名	
活動状況 (施設内での指導状況等)		
2. 褥瘡患者管理の実施状況		
① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者		
② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは既に褥瘡を有していた患者数		
③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		
④ 褥瘡に関する診療計画を実施・評価した患者数		
3. 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		

[記載上の注意]

届出前1か月の実績、状況を記載すること。



褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 専従の褥瘡管理者

氏 名	勤 務 時 間	所属部署・診療科等

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。

イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。

ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。

エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。

オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

[記載上の注意]

- 1 専従の褥瘡管理者の5年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を終了したことが確認できる文書を添付すること。
- 2 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を2人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。

〔ハイリスク妊娠管理加算  
ハイリスク分娩管理加算〕

の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 年間分娩件数

年間分娩件数	件
--------	---

〔記載上の注意〕

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	氏名	診療科	勤務形態
1			常勤・非常勤
2			常勤・非常勤
3			常勤・非常勤
4			常勤・非常勤
5			常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、1名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、3名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

4 常勤の助産師

	氏名
1	
2	
3	
4	
5	

5 財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書(産科医療補償責任保険加入者証の写し等)を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

慢性期病棟等退院調整加算 1 慢性期病棟等退院調整加算 2 急性期病棟等退院調整加算 1 急性期病棟等退院調整加算 2 新生児特定集中治療室退院調整加算	)	の施設基準に係る届出書添付書類
--	---	-----------------

※該当する届出事項を○で囲むこと。

退院に係る調整及び支援に関する部門の設置の有無	( 有      無 )
-------------------------	--------------

	氏 名	専従・専任	職 種	経験年数
退院調整に関する 経験を有する者				

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整に関する経験を認める文書を添付すること。
- 3 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 4 急性期病棟等退院調整加算の届け出の際には、2年以上の退院調整に関する経験を要するものであること。

様式39の2

〔 救急搬送患者地域連携紹介加算  
救急搬送患者地域連携受入加算 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

1 紹介元医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名

2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。

- ・ A 205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- ・ A 300 救命救急入院料
- ・ A 301 特定集中治療室管理料
- ・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料
- ・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

2 受入医療機関

1 受入医療機関について	
・ 保険医療機関の名称	・ 連絡先
・ 開設者名	・ 担当医師名

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

## 総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

常勤医師の氏名等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	常勤医師の氏名	高齢者の診療に関する経験年数	研修受講	ワークショップ受講
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計人数	名			

## [記載上の注意]

- 1 高齢者の診療に関する経験年数については、介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数を記載すること。
- 2 総合評価加算に係る研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。なお、届け出に当たっては、当該研修を修了していることを確認できる文書を添付すること。

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸ケアに係る専任チーム

区 分	氏 名	経験年数
ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師		年
イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師		年
ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士		年
エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する理学療法士		年

2 呼吸ケアチームによる活動状況 ( 年 月～ 年 月 ( カ月間))

①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数	人
②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数	回
③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数	人
④③の患者の1人あたり平均人工呼吸器装着日数	平均 日/人

[記載上の注意]

- 1 「1」のア、ウ、エはそれぞれの経験が確認できる文書を添付すること。  
また、イは5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 専任チームの医師、看護師、臨床工学技士または理学療法士が複数名いる場合は、それぞれについて全て必要な文書を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①～④は実績がある場合に記載すること。

## 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

### 2. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

① 全ての医薬品の採用品目数 （ ②+③ ）	品目
② 後発医薬品の採用品目数	品目
③ 後発医薬品以外の採用品目数	品目
後発医薬品の採用割合 （ ②／① ）	%

#### [記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表 2. ②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表 2. ③に該当する品目の一覧表）を添付すること。  
 なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。  
 また、2の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（保医発 第 号）を参照すること。
- 3 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格 A 列 4 番の用紙 1 枚当たり、50 品目程度を目安に記載して添付すること。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏 名	職 種 名

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	



[ ] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日 勤 名	当 直 名	そ の 他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看 護 師		日 勤 名	準 夜 勤 名	そ の 他 名
当該治療室 の 概 要	病 床 面 積	病 床 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの)					
救 急 蘇 生 装 置					
除 細 動 器					
ペ ー ス メ ー カ ー					
心 電 計					
ポータブルエックス線撮影装置					
呼 吸 循 環 監 視 装 置					
人 工 呼 吸 装 置					
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置					
酸 素 濃 度 測 定 装 置					
光 線 療 法 器					
微 量 輸 液 装 置					
超 音 波 診 断 装 置					
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置					
* 自 家 発 電 装 置					
* 電 解 質 定 量 検 査 装 置					
* 血 液 ガ ス 分 析 装 置					
救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。)					
1 高度救命救急センターである。					
2 充実段階がAである。					
3 充実段階がBである。					
4 新規開設のため、充実度評価を受けていない。					
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項(施設基準に該当する場合○をすること。)					
( ) 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。					
(再掲) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名					
小児加算に係る事項 (小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。)					
( ) 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 (再掲) 専任の小児科医師数 名					

[記載上の注意]

- [ ] 内には、届出事項の名称(救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2のいずれか)を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。  
なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式20の備考欄へそれぞれ「熱傷」又「小児科医」と記載すること。
- 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの配置図及び平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

様式 42 の 2

[ ] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日勤 名	当直 名	その他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看 護 師		日勤 名	準夜勤 名	その他 名
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの)					
救 急 蘇 生 装 置					
除 細 動 器					
ペ ー ス メ ー カ ー					
心 電 計					
ポータブルエックス線撮影装置					
呼 吸 循 環 監 視 装 置					
人 工 呼 吸 装 置					
新生児用人工換気装置					
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置					
酸素濃度測定装置					
光 線 療 法 器					
微 量 輸 液 装 置					
分 娩 監 視 装 置					
超 音 波 診 断 装 置					
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置					
* 自 家 発 電 装 置					
* 電 解 質 定 量 検 査 装 置					
* 血 液 ガ ス 分 析 装 置					

[記載上の注意]

- [ ] 内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別業とすること。
- 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

治療室名			備考
病床数		床	入室患者延べ数の算出期間 (1か月)  年 月
入室患者の状況	① 入室患者延べ数	名	
	② ①のうち重症度等の延べ数	名	
	重症度等の割合 (②/①)	%	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに作成すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入室患者延べ数に含めない。
- 3 重症者等とは、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、又は患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 4 重症度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

## ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 ( $\leq 19$ 日であること)	日 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入院患者の状況	入室患者延べ数の算出期間 (1 カ月) 年 月
入室患者延べ数①	名
①のうち重症度・看護必要度の基準を延べ数 ②	名
重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合 ②/①	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	

## [記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近 1 か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添 6 の別紙 18 の「重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3 点以上」、又は患者の状況等に係る得点が「7 点以上」である患者をいう。
- 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。
- 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 重症度・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

## 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の常勤医師名							
当該治療室の病床数		床					
当該治療室の入院患者の状況		入室患者延べ数の算出期間 年 月 日～ 年 月 日					
入室患者延べ数①		名					
①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数②		名					
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合(②/①)		%					
当該治療室の従事者	看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
	理学療法士 又は 作業療法士	名					
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等							
救急蘇生装置							
除細動器							
心電計							
呼吸循環監視装置							
当該治療室に常設されているCT、MRT、脳血管造影装置の名称・台数等							
CT							
MRI							
脳血管造影装置							
当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無		脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）有・無					

## [記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出書の写しを添付すること。
- 4 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟名及び治療回復室（番号）			
病 床 数		床	床
専任の小児科の常勤医師数		名	
看 護 師 現 員 数	治 療 室 勤 務	人	人
	治療室以外との兼任	人	人
	合 計	人	人

2 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況 届出を行っているものに○をすること。	
	新生児特定集中治療室管理料
	総合周産期特定集中治療室管理料

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

指定年月日	
-------	--

[記載上の注意]

- 1 様式 5 から 9 を添付すること。なお、様式 9 に合わせ日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 2 感染症法第 6 条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の状況	病棟名及び病室名(番号)					備考 1日平均入院患者数算出期間 年月日 ~ 年月日
	入院基本料区分					
	病床数		床	床	床	
	1日平均入院患者数 ①		名	名	名	
当該病室の再入院患者の状況	1日平均入院患者数 ②		名	名	名	
	②	脊髄損傷等	名	名	名	
		重度意識障害	名	名	名	
		筋ジストロフィー	名	名	名	
		神経難病	名	名	名	
		小計 ③	名	名	名	
特殊疾患の割合 ③/②		%	%	%		

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 1日平均入院患者数は直近1年間、脊髄損傷等の患者数は直近1月間の実績を用いること。
- 3 当該届出病室を含む病棟ごとに様式9を記載し添付すること。



小児入院医療管理料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科			
2 小児科の常勤医師の氏名			
氏名	勤務の形態	氏名	勤務の形態
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
	常勤・非常勤		常勤・非常勤
3 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数_____件			
4 年間小児緊急入院患者数_____例			

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の経歴（小児科担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 小児入院医療管理料1の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式9に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 3 小児入院医療管理料2の届出の際には24時間365日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。
- 4 小児入院医療管理料5の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

小児入院医療管理料 4 の施設基準に係る届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
				届出時	1 日 平 均 入院患者数	
及 び 平 均 在 院 日 数 入 院 患 者 数	当 該 病 棟	小児入院医 療管理病室	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		小 計	床	名	名	
	そ の 他 の 病 棟	一般病棟	床	名	名	
	合 計	一般病棟	合計 床	合計 名	合計 名	

\* 1日平均入院患者数（直近1年間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

\* 平均在院日数（直近3月間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
- 4 当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式9を記載し添付すること。

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

区分	病棟名	保育士名	プレイルーム面積(m <sup>2</sup> )

〔記載上の注意〕

- 1 プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 2 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の構成	平均数算出期間	年 月 日～ 年 月 日
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①	名
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③	名
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤	名
	②～⑤に準ずるもの（再掲） ⑥	名
	小計（②+③+④+⑤+⑥） ⑦	名
	入院患者の比率 ⑦/①	%
	専従・常勤従業者	職 種
医 師		・
理学療法士		・ ・
作業療法士		・
病棟の面積	平方メートル（1床当たり面積	平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（1床当たり面積	平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル	

[記載上の注意]

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写しを添付すること。
- 5 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 6 様式5から9及び様式○を添付すること。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 他の回復期リハビリテーション病棟	名
	(4) (3)を除く病院、有床診療所	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%

## 〔記載上の注意〕

「①」の「(1) 在宅」とは「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」中の区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(2)ア及びイに掲げる施設等と同様である。

回復期リハビリテーション病棟入院料の注2に規定する  
重症患者回復病棟加算の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
②	上記①のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者	名
③	日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ②／①	%

[記載上の注意]

- 1 「①」について、地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合に当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価として見なす。
- 2 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

## 回復期リハビリテーション病棟に係る報告書

① 1年間の総退院患者数 ( 年 月 日～ 年 月 日)	名
② うち、入院時に日常生活機能評価が 10点以上の重症患者の数	名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日 常生活機能評価が3点以上改善した人数	名
④ 重症患者回復率(③/②)	%
⑤ 在宅復帰率	%

[記載上の注意]

「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。  
ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。



回復期リハビリテーション病棟入院料における  
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

①	直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv)	単位
再掲	i 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	iv 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)

2. 「注4」に掲げるリハビリテーション充実加算の届出

① 届出あり      ②届出なし
-------------------

[記載上の注意]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が2単位以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料「注3」に掲げる  
休日リハビリテーション提供体制加算に係る届出書添付書類

1. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

2. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
①	直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 2 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

亜急性期入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

一般病床の状況	当該病床届出病棟	病棟数		棟	棟
		病床数	当該入院医療管理病床数及び病室番号	( 床号室)	( 床号室)
	一般病床数 ① (上記を含む)		床	床	
	その他の一般病棟	病棟数		棟	
		病床数 ②		床	
	一般病床合計 ①+②				床
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名				(専任となった年月: 年 月)	(専任となった年月: 年 月)
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		(1床当たり面積 m <sup>2</sup> )	(1床当たり面積 m <sup>2</sup> )	
	当該病棟の1日平均入院患者数		名	名	
	当該入院医療管理届出病床の退室患者数(死亡退院を除く) ③		名		
	当該入院医療管理届出病床の在宅等への退院患者数 ④ (③の再掲)		名		
	内訳	居宅		名	
		介護老人保健施設		名	
		介護老人福祉施設		名	
その他 (転室、転棟及び転院を除く。)		名			
在宅等へ退出した患者の割合④/③		%			
1日平均入院患者数・在宅等への退院患者数の算出期間			年 月 日	年 月 日	

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 診療録管理体制加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 当該入院医療管理病床の配置図及び平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- ④には当該医療機関内における亜急性期入院医療管理を算定する病床以外の病床への転床、他医療機関への転院は含まない。

## 亜急性期入院医療管理料1の施設基準に関する届出書添付書類

算出期間		年 月 日～ 年 月 日	
当該病室の新規入室患者数		①	名
上記のうち回復期リハビリテーションを必要とする患者（i + ii + iii + iv + v）		②	
再掲	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	i	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	ii	名
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	iii	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	iv	名
	股関節又は膝関節の置換術後の状態	v	名
②の患者のうち、合併症を有する患者（vi + vii + viii + ix）		③	名
再掲	中心静脈栄養を行っている患者	vi	名
	重度の認知症の患者	vii	名
	気管切開を有する患者	viii	名
	主たる疾患あるいは合併症に対して継続してリハビリテーション以外の医療が必要な患者（上記に掲げる患者は除く）	ix	名
当該病室における回復期リハビリテーションを必要とする新規入室患者のうち、合併症を有する患者の割合（③/②）			%

亜急性期入院医療管理料1の施設基準届出に係る退室患者の退室先一覧

※退室先番号 ①転室・転棟・転院 ②居宅 ③介護老人保健施設 ④介護老人福祉施設 ⑤その他

No	入室期間	退室先番号
1	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
2	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
3	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
4	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
5	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
6	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
7	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
8	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
9	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
10	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
11	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
12	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
13	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
14	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
15	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

〔記載上の注意〕

患者番号と患者が確認できるように整理しておくこと。

亜急性期入院医療管理料2の施設基準に関する届出書添付書類

当該入院医療管理料届出病床における新規入院患者数		①	名
再掲	自宅等から直接の入院	/	名
	当該保険医療機関の亜急性期入院医療管理料を算定する病床以外からの転床	/	名
	(再掲) 7対1入院基本料等から転床してきた患者数	②	名
	当該保険医療機関以外からの転院	/	名
	(再掲) 7対1入院基本料等から転院してきた患者数	③	名
新規入院患者のうち、急性期治療を経過した患者の割合 $((②+③)/①)$			%
急性期治療を経過した患者のうち、他院からの転院の割合 $(③/(②+③))$			%
算出期間	( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		

[記載上の注意]

- 直近3カ月間の数値を記載すること。ただし、当該管理料の算定期間が3カ月に満たない場合は直近1カ月間の値を記載すること。
- 7対1入院基本料等から転棟又は転院してきた入院患者数とは、7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数のこと。

様式50の5

亜急性期入院医療管理料2の施設基準届出に係る入院患者の入院前の病床一覧

※入室前番号 ①7対1入院基本料 ②欠番 ③10対1入院基本料 ④総合入院体制加算 ⑤救命救急入院料 ⑥特定集中治療室管理料 ⑦ハイケアユニット入院医療管理料 ⑧脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ⑨その他

No	入室期間	入室前番号
1	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
2	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
3	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
4	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
5	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
6	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
7	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
8	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
9	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
10	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
11	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
12	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
13	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
14	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
15	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
・	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

〔記載上の注意〕

患者番号と患者が確認できるように整理しておくこと。

亜急性期入院医療管理料「注2」に規定する  
リハビリテーション提供体制加算の施設基準に係る届け出書添付書類

①	直近3か月間に亜急性期入院医療管理料を算定する病床において1単位でもリハビリテーションを提供された患者数	名	
②	直近3か月間における上記患者の亜急性期入院医療管理料を算定する病床における入院延べ日数	日	
③	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	
再掲	i	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	単位
③	1週間当たりリハビリテーション提供単位数 ( (③/②) × 7 )	単位	

(算出期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)



特殊疾患病棟入院料 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

		病棟数	病床数	1日平均入院患者数	備 考	
病棟・病床及び入院患者数	総 病 棟	病棟	床	名	1日平均入院患者数算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	内 訳	一 般 病 棟	病棟	床		名
		精 神 病 棟	病棟	床		名
		療 養 病 棟	病棟	床		名
		その他 ( ) 病棟	病棟	床		名
	特殊疾患病棟の届出に係る病棟 (再掲)		病棟	床		名
入院患者数の構成			入 院 患 者 数			
	当該届出に係る病棟①				名	
	脊 髄 損 傷 等 (再掲) ②				名	
	重 度 意 識 障 害 (再掲) ③				名	
	筋ジストロフィー (再掲) ④				名	
	神 経 難 病 (再掲) ⑤				名	
	小 計 (②+③+④+⑤) ⑥				名	
	重 度 肢 体 不 自 由 児 (者) ⑦ *日常生活自立度のランクB以上				名	
	入 院 患 者 の 比 率 (⑥/①又は③+⑦/①)				%	

[記載上の注意]

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照すること。
- 2 ①には、直近1年間の当該病棟の1日平均入院患者数を、②~⑤及び⑦には、直近1月間のそれぞれの1日平均入院患者数を記載すること。
- 3 当該届出に係る病棟ごとに様式9及び様式20を記載し添付すること。
- 4 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の状況	当該病棟の1日平均入院患者数		名	算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日			
	内 訳	悪性腫瘍	名				
		後天性免疫不全症候群	名				
医師数	病院全体の医療法標準数 （届出日時点）		名	従事医師数 （届出日時点）	名	配置割合	%
	当該病棟勤務医師数		常勤者数	名	非常勤者数（常勤換算）		名
常勤医師名				研修の有無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
				有 ・ 無			
病室の状況			病室数	病床数①	特別の療養環境の提供に係る病室		②/① (%)
					病室数	病床数②	
	当該病棟総数		室	床	室	床	
	内 訳	個室	室	床	室	床	
		2人室	室	床	室	床	
		3人室	室	床	室	床	
4人室		室	床	室	床		
5人室以上		室	床				
当該病棟の面積			㎡（1床当たり				㎡）
病室部分の面積			㎡（1床当たり				㎡）
家族の控え室			㎡				
患者専用台所			㎡				
面談室			㎡				
談話室			㎡				

連携体制	連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無	有 ・ 無

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価	
イ がん診療の拠点となる病院	ウ イに準じる病院

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。（平成 22 年 3 月 31 日現在で届出を行っている保険医療機関の医師については、平成 23 年 3 月 31 日までの間に研修を修了したことが確認できる文書を添付して届出をし直すこと。）

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
年 月 ①	日	日
3月前の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く）⑤		
年 月 ④	名	
上記の患者のうち、3月以内に退院し在宅へ移行した患者数 ⑥		
名		

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の3月前の年月を記入する。例えば①が平成18年7月であれば、④は平成18年4月となる。平成18年4月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$\frac{\text{②}}{\text{②}+\text{③}} \geq 0.4$$

- 4 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

(1) 精神科救急入院料 1

$$\frac{\text{⑥}}{\text{⑤}} \geq 0.6$$

(2) 精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料

$$\frac{\text{⑥}}{\text{⑤}} \geq 0.4$$

- 5 当該届出に係る病棟について、様式9を記載し添付すること。
- 6 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

## 精神科救急入院料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（5名以上）			
必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

### 2 実績に係る要件

① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数			人		
② 当該病棟の新規患者数			人		
(②の再掲)	③ 措置入院	人	④ 緊急措置入院	人	
	⑤ 医療保護入院	人	⑥ 応急入院	人	
	⑦ 鑑定入院	人	⑧ 医療観察法入院	人	
⑨ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数			人		
$\frac{\textcircled{3} + \textcircled{4} + \textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8}}{\textcircled{2}}$	(a)	%	$\frac{\textcircled{3} + \textcircled{4} + \textcircled{6}}{\textcircled{9}}$	(b)	%

**[記載上の注意]**

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)  $\geq 60\%$   
(b)  $\geq 25\%$
- 4 ⑧については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（3名以上）			
必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

2 実績に係る要件

① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数		人	又は	人 /万人
② 当該病棟の新規患者数		人		
(②の再掲)	③ 措置入院	人	④ 緊急措置入院	人
	⑤ 医療保護入院	人	⑥ 応急入院	人
	⑦ 鑑定入院	人	⑧ 医療観察法入院	人
⑨ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数		人		
$\frac{\text{③}+\text{④}+\text{⑤}+\text{⑥}+\text{⑦}+\text{⑧}}{\text{②}}$	(a) %	$\frac{\text{③}+\text{④}+\text{⑥}}{\text{⑨}}$	(b) %	%
⑩合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合		%		

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)  $\geq 60\%$  (b)  $\geq 25\%$  又は、 $\text{③}+\text{④}+\text{⑥} \geq 30$  人
- 4 ⑧については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。
- 5 ⑩の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第16の2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

様式 56

認知症治療病棟入院料 1, 2 の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科	
退院調整加算の届出の有無	( 有 ・ 無 )
精神科医師氏名	
作業療法士氏名	
精神保健福祉士氏名	
臨床心理技術者氏名	

短期滞在手術基本料の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医				
氏名	麻酔科標榜許可書		勤務開始日	
	許可年月日	登録番号		
	年月日		年月日	
自院における緊急対応	可・不可			
(不可の場合、密接に提携している保険医療機関名) _____				
当該回復室の概要	回復室の面積	病床数	1床当たり床面積	1日平均患者数
	m <sup>2</sup>	床	m <sup>2</sup>	名
当該回復室の従事者	看護師		日勤 名	準夜勤 名

[記載上の注意]

- 1 当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術基本料1に係る届出の場合のみ記入すること。
- 2 当該届出に係る回復室ごとに、病院については様式9を、診療所については看護職員の配置状況がわかる書類を添付すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。(短期滞在手術基本料2の届出の場合に限る。)



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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

#### 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）が公布され、平成22年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305003号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

#### 記

##### 第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）の定めるものの他、別添1のとおりとする。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、特に規定する場合を除

き、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等（~~平成20年厚生労働省告示第63号~~）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。

## 第2 届出に関する手続き

- 1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を正副2通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

### (1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

### (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図及び光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る施設共同利用率及び輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、

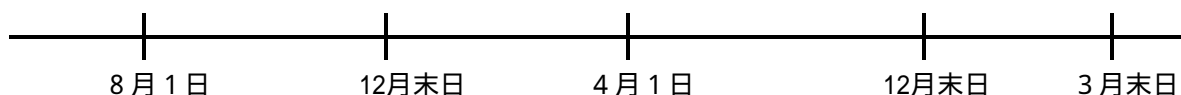
月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

#### 新規届出の場合

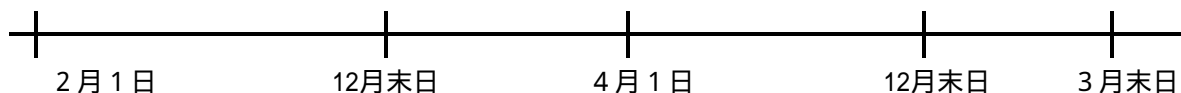
例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（の前日）までは算定可
- ・ ~ までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、の翌日から までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年の3月末（の前日）までは算定可
- ・ ~ までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、の翌日から までの期間における実績で判断する。



(3) 人工内耳埋込術、生体部分肺移植、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、生体部分肝移植術、生体腎移植術、高エネルギー放射線治療並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。な

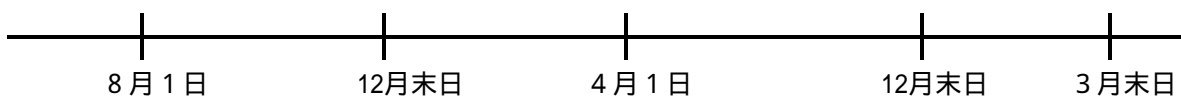
お、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

#### 新規届出の場合

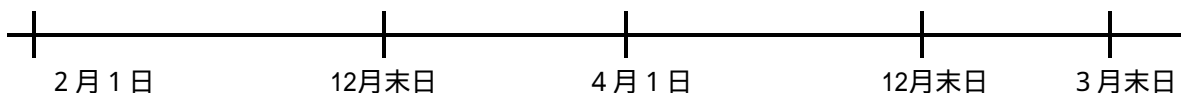
例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（ の前日）までは算定可
- ・ ~ までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、 ~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（ の前日）までは算定可
- ・ ~ までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、 ~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



#### (4) コンタクトレンズ検査料1に係る検査割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後

6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績)をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

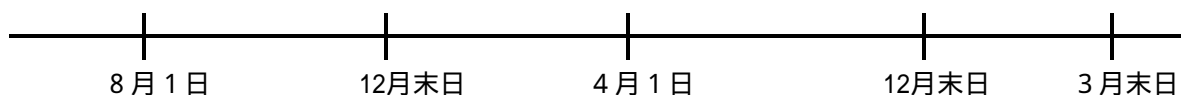
エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査)を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績)をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績)をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査)に係る患者数の割合が、暦月1月間で33%(又は44%)を超えた場合又は30%(又は40%)以上33%(又は44%)未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

#### 新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

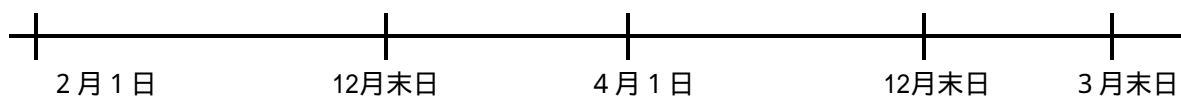
- ・ 翌年3月末(の前日)までは算定可
- ・ ~ までの実績により適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、 ~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末(の前日)までは算定可
- ・ ~ までの実績により適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可

- ・ 施設基準に適合していない場合は、～ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

- 5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。
- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
  - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成\_\_年厚生労働省告示第\_\_号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
  - (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
  - (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	(ウ指)第	号
高度難聴指導管理料	(高)第	号
喘息治療管理料	(喘管)第	号
糖尿病合併症管理料	(糖管)第	号
<u>がん性疼痛緩和指導管理料</u>	<u>(がん疼)第</u>	<u>号</u>
<u>がん患者カウンセリング料</u>	<u>(がん力)第</u>	<u>号</u>
小児科外来診療料	(小外)第	号
地域連携小児夜間・休日診療料1	(小夜1)第	号
地域連携小児夜間・休日診療料2	(小夜2)第	号
<u>地域連携夜間・休日診療料</u>	<u>(夜)第</u>	<u>号</u>
ニコチン依存症管理料	(ニコ)第	号



開放型病院共同指導料	(開)第	号
在宅療養支援診療所	(支援診)第	号
地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料( )及び( )	(地連携)第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料( )	(ハイ)第	号
がん診療連携計画策定料	(がん計)第	号
がん治療連携指導料	(がん指)第	号
認知症専門診断管理料	(認知診)第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎)第	号
薬剤管理指導料	(薬)第	号
医療機器安全管理料 1	(機安1)第	号
医療機器安全管理料 2	(機安2)第	号
医療機器安全管理料(歯科)	(機安歯)第	号
<del>後期高齢者診療料</del>	<del>(高齢診)第</del>	<del>号</del>
歯科治療総合医療管理料	(医管)第	号
在宅患者歯科治療総合医療管理料	(在歯管)第	号
在宅療養支援歯科診療所	(歯援診)第	号
在宅療養支援病院	(支援病)第	号
在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料	(在医総管)第	号
在宅末期医療総合診療料	(在総)第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連)第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液)第	号
血液細胞核酸増幅同定検査	(血)第	号
H P V 核酸同定検査	(HPV)第	号
検体検査管理加算( )	(検)第	号
検体検査管理加算( )	(検)第	号
検体検査管理加算( )	(検)第	号
検体検査管理加算( )	(検)第	号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝力)第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内)第	号
埋込型心電図検査	(埋心電)第	号
胎児心エコー法	(胎心エコー)第	号
人工臍臓	(臍)第	号
皮下連続式グルコース測定	(皮グル)第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長)第	号
光トポグラフィ及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(光ト)第	号
神経磁気診断	(神磁診)第	号
神経学的検査	(神経)第	号
補聴器適合検査	(補聴)第	号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1)第	号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検)第	号
内服・点滴誘発試験	(誘発)第	号

<b>センチネルリンパ節生検</b>	<b>(セ)第 号</b>
画像診断管理加算 1	(画1)第 号
画像診断管理加算 2	(画2)第 号
画像診断管理加算(歯科)	(画歯)第 号
遠隔画像診断	(遠画)第 号
ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポジ)第 号
C T撮影及びM R I撮影	(C・M)第 号
冠動脈C T撮影加算	(冠動C)第 号
<b>外傷全身C T加算</b>	<b>(外傷C)第 号</b>
心臓M R I撮影加算	(心臓M)第 号
<b>抗悪性腫瘍剤処方管理加算</b>	<b>(抗悪処方)第 号</b>
外来化学療法加算 1	(外化1)第 号
外来化学療法加算 2	(外化2)第 号
無菌製剤処理料	(菌)第 号
心大血管疾患リハビリテーション料( )	(心)第 号
心大血管疾患リハビリテーション料( )	(心)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(脳)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(脳)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料( )	(脳)第 号
運動器リハビリテーション料( )	(運)第 号
運動器リハビリテーション料( )	(運)第 号
<b>運動器リハビリテーション料( )</b>	<b>(運)第 号</b>
呼吸器リハビリテーション料( )	(呼)第 号
呼吸器リハビリテーション料( )	(呼)第 号
難病患者リハビリテーション	(難)第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障)第 号
<b>がん患者リハビリテーション料</b>	<b>(がんリハ)第 号</b>
集団コミュニケーション療法料	(集コ)第 号
精神科作業療法	(精)第 号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(シヨ大)第 号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(シヨ小)第 号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大)第 号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小)第 号
精神科ナイト・ケア	(ナ)第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ)第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ)第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護)第 号
エタノールの局所注入(甲状腺)	(エタ甲)第 号
エタノールの局所注入(副甲状腺)	(エタ副甲)第 号
<b>透析液水質確保加算</b>	<b>(透析水)第 号</b>
<b>一酸化窒素吸入療法</b>	<b>(NO)第 号</b>



う 齶蝕歯無痛の窩洞形成加算	(う 齶蝕無痛) 第 号
手術時歯根面レーザー応用加算	(手術歯根) 第 号
歯科技工加算	(歯技工) 第 号
悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	(黒セ) 第 号
内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方切除術に限る。)	(内椎後) 第 号
内視鏡下椎間板摘出(切除)術(前方摘出術に限る。)、内視鏡下脊椎固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	(内椎前) 第 号
頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)	(頭移) 第 号
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術	(脳刺) 第 号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	(脊刺) 第 号
治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。))	(角膜切) 第 号
人工内耳埋込術	(人) 第 号
上顎骨形成術(骨移動に伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)	(顎移) 第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及び 2	(乳セ) 第 号
同種死体肺移植術	(肺植) 第 号
生体部分肺移植術	(生肺) 第 号
経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	(経高) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	(両ペ) 第 号
埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	(除) 第 号
両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	(両除) 第 号
大動脈バルーンパンピング法( I A B P 法)	(大) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
埋込型補助人工心臓	(埋補心) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
経皮的大動脈遮断術	(大遮) 第 号
ダメージコントロール手術	(ダメ) 第 号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第 号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第 号
生体部分肝移植術	(生) 第 号
同種死体肝移植術	(肝植) 第 号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	(膵植) 第 号
腹腔鏡下小切開副腎摘出術	(腹小副) 第 号

体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎)第 号
腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	(腹小泌)第 号
同種死体腎移植術	(腎植)第 号
生体腎移植術	(生腎)第 号
<u>膀胱水圧拡張術</u>	<u>(膀胱)第 号</u>
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超)第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前)第 号
腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小前)第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)に掲げる手術	(通手)第 号
輸血管理料	(輸血I)第 号
輸血管理料	(輸血)第 号
歯周組織再生誘導手術	(GTR)第 号
麻酔管理料( )	(麻管)第 号
<u>麻酔管理料( )</u>	<u>(麻管)第 号</u>
放射線治療専任加算	(放専)第 号
外来放射線治療加算	(外放)第 号
高エネルギー放射線治療	(高放)第 号
強度変調放射線治療(I MRT)	(強度)第 号
<u>画像誘導放射線治療(I G R T)</u>	<u>(画誘)第 号</u>
直線加速器による定位放射線治療	(直定)第 号
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	(テ組織)第 号
<u>テレパソロジーによる術中迅速細胞診</u>	<u>(テ細胞)第 号</u>
<u>クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料</u>	<u>(補管)第 号</u>
歯科矯正診断料	(矯診)第 号
顎口腔機能診断料(顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診)第 号
基準調剤	(調)第 号
後発医薬品調剤体制加算	(後発調)第 号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌)第 号

7 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成22年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

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

### 第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目的）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。
- 7 1の規定にかかわらず、別添1の第89の後発医薬品調剤体制加算の1から3までにおける施設基準のうち後発医薬品の規格単位数量の割合に関する要件について平成22年1月から同年3月までの実績に基づきいずれかの要件を満たすものとして、同年4月14日までに届出があった保険薬局は、同年10月までの間、当該要件に係る実績が要件の1割以内の変動である場合に限り、変更の届出を行わなくてよいものとする。

#### 第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成~~22~~20年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成~~22~~20年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料（表~~2~~3を含む。）を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成~~22~~20年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成~~22~~20年4月以降において当該点数を算定す

るに当たり届出の必要なもの

がん性疼痛緩和指導管理料（研修要件を満たしていない場合には、平成23年3月31日まで  
に改めて届出が必要であること。）

がん患者カウンセリング料

院内トリアージ加算

地域連携夜間・休日診療料

地域連携診療計画退院時指導料( )

がん治療連携計画策定料

がん治療連携指導料

認知症専門診断管理料

肝炎インターフェロン治療計画料

医薬品安全性情報等管理体制加算

在宅血液透析指導管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

H P V 核酸同定検査

検体検査管理加算( )

埋込型心電図検査

胎児心エコー法

皮下連続式グルコース測定

内服・点滴誘発試験

センチネルリンパ節生検

外傷全身C T 加算

抗悪性腫瘍剤処方管理加算

運動器リハビリテーション料( )

がん患者リハビリテーション料

透析液水質確保加算

一酸化窒素吸入療法

歯科技工加算

手術時歯根面レーザー応用加算

悪性黒色腫センチネルリンパ節加算

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性  
に係るものに限る。））

乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及び 2

経皮的動脈遮断術

ダメージコントロール手術

腹腔鏡下肝切除術

膀胱水圧拡張術

麻酔管理料( )

画像誘導放射線治療（ I G R T ）

テレパソロジーによる術中迅速細胞診

~~糖尿病合併症管理料~~  
~~在宅療養支援病院~~  
~~地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（脳卒中に係るものに限る。）~~  
~~医療機器安全管理料1及び2、医療機器安全管理料（歯科）~~  
~~後期高齢者診療料~~  
~~在宅療養支援歯科診療所~~  
~~血液細胞核酸増幅同定検査~~  
~~検体検査管理加算（一）~~  
~~遺伝カウンセリング加算~~  
~~神経学的検査~~  
~~冠動脈CT撮影加算~~  
~~心臓MR-T撮影加算~~  
~~無菌製剤処理料~~  
~~外来化学療法加算1~~  
~~脳血管疾患等リハビリテーション料（一）~~  
~~集団コミュニケーション療法料~~  
~~障害者（者）リハビリテーション料（ただし、リハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の三に該当する患者である医療機関として届け出る場合に限る。）~~  
~~齶蝕歯無痛的高洞形成加算~~  
~~頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）~~  
~~上顎骨形成術（骨移動を伴うものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）~~  
~~生体部分肺移植術~~  
~~両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術~~  
~~腹腔鏡下小切開副腎摘出術~~  
~~腹腔鏡下小切開腎部分切開術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術~~  
~~同種死体腎移植術~~  
~~生体腎移植術~~  
~~焦点高エネルギー超音波療法~~  
~~腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術~~  
~~歯周組織再生誘導手術~~  
~~外来放射線治療加算~~  
~~強度変調放射線治療~~

表2 施設基準の改正により、平成~~22~~~~20~~年3月31日において現に当該点数を算定していた~~保険薬~~  
~~局~~~~保険医療機関~~であっても、平成~~22~~~~20~~年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出  
 の必要なもの

~~後発医薬品調剤体制加算1、2及び3~~

~~検体検査管理加算( )、( )~~

~~心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算~~

~~大王臍臓~~

~~コンタクトレンズ検査料~~

~~画像診断管理加算2~~

~~外来化学療法加算2~~

~~脳血管疾患等リハビリテーション料( )~~

~~医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)~~

~~に掲げる手術~~

表3 ~~施設基準等~~の名称が変更されたが、平成~~22~~<sup>20</sup>年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

<del>地域連携診療計画退院時指導料</del>	<del>—</del>	<del>地域連携診療計画退院時指導料( )</del>
<del>運動器リハビリテーション料( )、( )</del>	<del>—</del>	<del>運動器リハビリテーション料( )、( )</del>
<del>麻酔管理料</del>	<del>—</del>	<del>麻酔管理料( )</del>
<del>補綴物維持管理料</del>	<del>—</del>	<del>クラウン・ブリッジ維持管理料</del>
<del>在宅時医学総合管理料</del>		<del>在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料</del>
<del>テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査</del>		<del>テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製</del>
<del>単純CT撮影及び単純MRI撮影</del>		<del>CT撮影及びMRI撮影</del>
<del>生体部分肝移植</del>		<del>生体部分肝移植術</del>

## 特掲診療料の施設基準等

### 第1 ウイルス疾患指導料

#### 1 ウイルス疾患指導料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) HIV感染者の診療に従事した経験を5年以上有する専任の医師が1名以上配置されていること。
- (2) HIV感染者の看護に従事した経験を2年以上有する専従の看護師が1名以上配置されていること。
- (3) HIV感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が1名以上配置されていること。
- (4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) ウイルス疾患指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式1を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

### 第2 高度難聴指導管理料

#### 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) 人工内耳埋込術の施設基準を満たしていること。
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) 高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式2を用いること。
- (2) 1の(1)に該当する保険医療機関については、第61の人工内耳埋込術の施設基準の届出をもって高度難聴指導管理料の施設基準の届出に代えることができる。

### 第3 喘息治療管理料

#### 1 喘息治療管理料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

#### 2 届出に関する事項



- (1) 喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式3を用いること。
- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

#### 第4 糖尿病合併症管理料

##### 1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上又は2日間程度のものであること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び(2)に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

#### 第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

##### 1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。ただし、経過措置として、平成23年3月31日までの間は、研修要件については満たしているものとみなすものであること。

- (1) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会
- (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

##### 2 届出に関する事項

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の2を用いること。
- (2) 1に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

#### 第4の3 がん患者カウンセリング料

##### 1 がん患者カウンセリング料に関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。  
なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。
- (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。



ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

(3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要

(ロ) 臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）

(ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践

(ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ

(ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

(4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

## 2 届出に関する事項

(1) がん患者カウンセリング料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の3を用いること。

(2) 1の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

## 第5 小児科外来診療料の届出に関する事項

小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式6を用いること。

## 第6 地域連携小児夜間・休日診療料

### 1 地域連携小児夜間・休日診療料1に関する施設基準

(1) 小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

(2) 夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）としてが3名以上を届け出ており、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

(3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

(4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

## 2 地域連携小児夜間・休日診療料2に関する施設基準

- (1) 小児を24時間診療することができる体制を有していること。
- (2) 専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上を届け出ていること。
- (3) 地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が6歳未満の小児を24時間診療することが周知されていること。
- (4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

## 3 院内トリアージ加算に関する施設基準

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ トリアージ分類

ウ トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

- (3) 専任の医師又は小児看護や救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

## 4 届出に関する事項

- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料1及び2の施設基準及び院内トリアージ加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式7を用いること。
- (2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規定等を記載すること。
- ~~(3) 医師の氏名及び当該医師が所属する保険医療機関の一覧を別添2の様式7を用いて提出すること。~~
- ~~(3-4)~~ 2の(1)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

## 第6の2 地域連携夜間・休日診療料

### 1 地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

- (1) 救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が2名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。
- (3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。
- (4) 緊急時に患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に入院できる体制が整備されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時

実施できること。

## 2 届出に関する事項

(1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の2を用いること。

(2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規定等を記載すること。

## 第7 ニコチン依存症管理料

### 1 ニコチン依存症管理料に関する施設基準

- (1) 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。
- (3) 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していること。
- (4) 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- (5) 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち、喫煙を止めたものの割合等を、別添2の様式8の2を用いて、地方厚生局長等に報告していること。

### 2 届出に関する事項

- (1) ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式8を用いること。
- (2) 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

## 第8 開放型病院共同指導料

### 1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

- (1) 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意（契約等）があり、かつ、病院の運営規定等にこれが明示されていること。
- (2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。
  - ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録しているか、又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。
  - イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること、又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）
- (3) 開放病床は概ね5床以上あること。
- (4) 次の項目に関する届出前30日間の実績を有すること。
  - ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。
  - イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。
  - ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が2割以上である。ただし、

地域医療支援病院においてはこの限りではない。

$$\begin{aligned} \text{開放病床利用率} &= (\text{30日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療} \\ &\quad \text{所の保険医の紹介による延べ入院患者数}) \\ &\div (\text{開放病床} \times \text{30日間}) \end{aligned}$$

(5) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までを満たしているものとして取り扱う。

## 2 届出に関する事項

- (1) 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式9を用いること。
- (2) 届出前30日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基準の1の(4)のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。
- (3) 開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規定等を記載すること。
- (4) 登録医師又は歯科医師の名簿(登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。)を別添2の様式10を用いて提出すること。
- (5) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(開放病床が明示されていること。)を記載すること。
- (6) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

## 第9 在宅療養支援診療所の施設基準

### 1 在宅療養支援診療所

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

- (1) 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
- (2) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。
- (5) 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション(以下この項において「連携保険医療機関等」という。)において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書(電子媒

体を含む。)により随時提供していること。

- (6) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (8) 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

## 2 届出に関する事項

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を用いること。

## 第10 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料( )及び( )

### 1 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料( )及び( )に関する施設基準

~~(1) 地域連携診療計画は、あらかじめ計画管理病院において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関(特別の関係であっても差し支えない。)との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間(以下本区分において「総治療期間」という。)、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。~~

~~(2) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の対象疾患は、大腿骨頸部骨折(大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。)又は脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。)である。~~

~~(3) 脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。~~

(1) あらかじめ計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関と共有されていること。

(2-4) 計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年3回程度定期的に行われ、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが行われていること。

(3-5) 複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。

(4-6) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

(5-7) 計画管理病院における一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内であることの要件については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動である場合には、要件を満たすものであること。

## 2 届出に関する事項

(1) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に係る届出は、別



添2の様式12、及び様式12の2 及び様式12の3又はこれに準じた様式を用いること。これに添付する地域連携診療計画は様式12の4に準じた様式を用いること。なお、~~様式12及び様式12の2の連携する保険医療機関に係る事項についても、計画管理病院が作成し届け出ること。~~

(2) 計画管理病院及び連携する保険医療機関は、それぞれ、次に掲げる事項を毎年度地方厚生(支)局長に報告すること。なお、報告に当たっては計画管理病院が連携する保険医療機関の分も併せて行うこと。

ア 計画管理病院

- (イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
- (ホ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数(連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。)及び連携する保険医療機関に転院した患者数

イ 連携する保険医療機関

- (イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、退院した患者数

#### 第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

1 ハイリスク妊産婦共同管理料( )及び( )に関する施設基準

ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク妊産婦共同管理料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式13を用いること。

3 都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体(各地域の産婦人科医会等)の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行っていれば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、1の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワーク名を院内に掲示すること。

4 ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

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

イ 妊娠三十週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

- (イ) 前期破水を合併したもの
- (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症を合併したもの

- (八) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (二) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの
- (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

[早産指数 ( tocolysis index )]

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

ウ 妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

#### 第11の2 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

##### 1 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

##### 2 がん治療連携計画策定料の施設基準

がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

##### 3 届出に関する事項

- (1) がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の2を用いること。がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の3を用いること。
- (2) がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添2の様式13の4を参考にすること。

#### 第11の3 認知症専門診断管理料

##### 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成20年3月31日障発第0331009号)における認知症疾患医療センターであること又はそれに準じた機能を有する保険医療機関であること。

##### 2 届け出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の5を用いること。

#### 第11の4 肝炎インターフェロン治療計画料

##### 1 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

- (1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断(活動度及び病期を含む。)と治療方

針の決定が行われていること。

(2) インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

(3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

## 2 届け出に関する事項

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の6を用いること。

### 第12 薬剤管理指導料

#### 1 薬剤管理指導料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。
- (2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。
- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
- (6) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

#### 2 薬剤管理指導料の対象患者

- (1) 薬剤管理指導料の「1」に掲げる「救命救急入院料等を算定している患者」とは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料又は~~広範囲熱傷特定集中治療室管理料~~のいずれかを算定している患者をいう。
- (2) 薬剤管理指導料の「2」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者をいう。

#### 3 医薬品安全性情報等管理体制加算に関する施設基準

(1) 医薬品情報管理室において、次のアからウに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。また、入院患者への投薬及び注射並びに外来受診患者の院内処方のみならず、院外処方せんの情報を含む。）

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用、ヒヤリハット、インシデント



#### 等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）

- (2) 医薬品安全性情報等（(1)アからウに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師は、当該保険医療機関の各病棟において薬学的管理指導を行う薬剤師と定期的にカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が薬学的管理指導を行うにつき必要な情報を提供すること。
- (4) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (5) 上記加算の要件に規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それによって必要な措置が実施されていること。

#### 4㉜ 届出に関する事項

- (1) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式14を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。
- (5) 医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式14の2を用いること。

#### 第12の2 医療機器安全管理料

##### 1 医療機器安全管理料1に関する施設基準

- (1) 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (2) 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。
- (3) 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。
- (5) 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

##### 2 医療機器安全管理料2に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）並びに放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管

理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）がそれぞれ1名以上いること。なお、当該医師については、区分番号M000の注2に規定する放射線治療専任加算における医師との兼任は可能であるが、当該技術者については放射線治療専任加算における技術者との兼任はできないこと。

(2) 当該保険医療施設に於いて高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

### 3 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料2に準じて行うこと。

## ~~第12の3 後期高齢者診療料~~

### ~~1 後期高齢者診療料の施設基準~~

~~(1) 後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師が1名以上配置されていること。~~

~~(2) 療養を行うにつき必要な研修とは、次のものを含めたものであること。~~

~~ア 高齢者及びその家族を支えるための基本的な診察方法~~

~~イ 高齢者の病態の一般的特徴~~

~~ウ 高齢者の生活機能を含めた評価~~

~~(3) なお、既に受講した研修がこれらの要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。~~

~~(4) 高齢者の生活機能を含めた評価を行うにあたって十分な体制を整えていること。~~

### ~~2 届出に関する事項~~

~~(1) 後期高齢者診療料の施設基準に係る届出については別添2の様式10に定める形式を用いること。~~

~~(2) 療養を行うにつき必要な研修を修了していることを届出するに当たっては、届出書に研修の名称、主催者、受講日を記入するか、研修会等の修了証の写しを添付することで良いこと。  
なお、平成20年度の届出に当たっては、平成17年4月1日以降の研修を対象とする。また、平成21年度以降の届出に当たっては、届出日から3年以内の研修を対象とする。~~

＝

## 第13 歯科治療総合医療管理料

### 1 歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。

イ 常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が1名以上配置されていること。

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

## 2 届出に関する事項

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

## 第14 在宅療養支援歯科診療所

### 1 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

以下の要件のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

- (1) 歯科訪問診療料を算定している実績があること。
- (2) **後期**高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (3) 歯科衛生士が配置されていること。
- (4) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- (5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- (7) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (8) 年に1回、歯科訪問診療の回数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（~~支~~）局長等に報告していること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。
- (2) 在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出を行う場合の研修に係る記載については、訪問歯科診療に係る診療実績が1年を超える保険医療機関の保険医に限り、医療機関団体が主催した在宅歯科診療及び口腔機能の向上に係る研修を受講していることをもって足りるものとし、その旨が確認できる文書を添付すること。ただし、この場合であっても、1(2)に規定するとおり、当該保険医は、**地方自治体及び医療関係団体等**が主催する高齢者の心身の特性、緊急時の対応及び高齢者の口腔機能の在り方（管理計画の立案等を含む。）を含む研修を速やかに追加して受講することとなるものであり、当該研修の受講後は、**当該研修**を受講したことが確認できる文書を添付して各地方厚生（支）局長に届け出ること。

## 第14の2 在宅療養支援病院の施設基準

### 1 在宅療養支援病院

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保してい

ること。

- (1) 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

- (2) 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
- (3) 当該病院において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び(5)に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- (4) 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
- (5) 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び(3)に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- (6) 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

## 2 届出に関する事項

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。

### 第14の3 在宅患者歯科治療総合医療管理料

#### 1 在宅患者歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療

前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。

イ 常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が1名以上配置されていること。

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

## 2 届出に関する事項

在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

### 第15 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

#### 1 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

(2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

(3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

#### 2 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式19を用いること。

### 第16 在宅末期医療総合診療料

#### 1 在宅末期医療総合診療料に関する施設基準

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。

(2) 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。

(3) 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。

(4) 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

(5) 上記(3)における訪問看護及び(4)については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

#### 2 届出に関する事項

(1) 在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20を用いること。

(2) 当該保険医療機関において主として在宅末期医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を



記載すること。

- (3) 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。
- (4) 悪性腫瘍患者の過去1か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。
  - ア 入院患者数(延べ患者数)
  - イ 外来患者数(延べ患者数)
  - ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数(延べ患者数)

## 第16の2 在宅血液透析指導管理料

### 1 在宅血液透析指導管理料の施設基準

- (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。
- (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

### 2 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式20の2を用いること。

## 第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

### 1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
  - ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。
    - 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
    - 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
    - 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
  - イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
- (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。
- (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

### 2 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第18 血液細胞核酸増幅同定検査

1 血液細胞核酸増幅同定検査に関する施設基準

検体検査管理加算( )、~~及び~~( )又は( )の施設基準に準ずる。

2 届出に関する事項

血液細胞核酸増幅同定検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。

第18の2 HPV核酸同定検査

1 HPV核酸同定検査に関する施設基準

(1) 産婦人科の経験を5年以上有している医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

2 届出に関する事項

HPV核酸同定検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式22の2を用いること。

第19 検体検査管理加算( )

1 検体検査管理加算( )に関する施設基準

検体検査管理加算( ＝ )の施設基準のうち(3)から(6)までのすべてを満たしていること。

2 届出に関する事項

(1) 検体検査管理加算( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。(「1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名」を除く。)

(2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第19の2 検体検査管理加算( )

1 検体検査管理加算( )に関する施設基準

(1) 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

(2) 検体検査管理加算( ＝ )の施設基準のうち(3)から(6)までのすべてを満たしていること。

2 届出に関する事項

(1) 検体検査管理加算( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。

(2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20 検体検査管理加算( )

1 検体検査管理加算( )に関する施設基準

(1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しな

い。

(2) 検体検査管理加算( )の施設基準のうち(2)から(6)までのすべてを満たしていること。

## 2 届出に関する事項

(1) 検体検査管理加算( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。

(2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

## 第20の2 検体検査管理加算( )

### 1 検体検査管理加算( )に関する施設基準

(1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。

(2) 院内検査に用いる検査機器及び試薬のすべてが受託業者から提供されていないこと。

(3) 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査

イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチニン・~~チオホスホキナーゼ~~(CK)、~~ナトリウム~~及び~~クロール~~、~~カリウム~~、~~カルシウム~~、~~アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ~~、~~グルタミン~~、~~オキサロアセティック・トランスアミナーゼ~~(AST)、~~アラニンアミノトランスフェラーゼ~~、~~グルタミン・ピルピク~~・トランスアミナーゼ(ALT)、血液ガス分析

ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

A B O血液型、R h ( D )血液型、クームス試験(直接、間接)

エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のものに限る。)

(4) 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

(5) 外部の精度管理事業に参加していること。

(6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

### 2 届出に関する事項

(1) 検体検査管理加算( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。

(2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

## 第21 遺伝カウンセリング加算

### 1 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

(1) 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。



(2) 遺伝カウンセリングを年間合計20例以上実施していること。

2 届出に関する事項

遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式23を用いること。

第22 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

1 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

(1) 循環器科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。

(2) 当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第22の2 埋込型心電図検査

1 埋込型心電図検査に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

イ 区分番号「K597」ペースメーカー移植術及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術

ロ 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術

ハ 区分番号「K599」埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」埋込型除細動器交換術

ニ 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

埋込型心電図検査の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の2を用いること。

第22の3 胎児心エコー法

1 胎児心エコー法に関する施設基準

(1) 循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

(3) 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の2及び様式4を用いること。

## 第23 人工臓臓

### 1 人工臓臓に関する施設基準

- (1) 人工臓臓を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を敷いていること。
- (2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上並びに少なくとも15年以上の経験を有する常勤の指導医が1名以上配置されていること。
- (3) 人工臓臓を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。
  - ア 血液学的検査
  - イ 生化学的検査
- (4) 100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。
- (5) 入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。
- (6) 前記各項でいう「常時」とは、勤務様態の如何にかかわらず、午前0時より午後12時までの間のことである。
- (7) 医療法第30条の3第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 人工臓臓の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の4を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- (4) 当該地域における必要性を記載すること。（理由書）

## 第23の2 皮下連続式グルコース測定

### 1 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

### 2 届出に関する事項

- 皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

## 第24 長期継続頭蓋内脳波検査

### 1 長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 脳神経外科の常勤医師が1名以上配置されていること。

### 2 届出に関する事項

- 長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式25を用いること。

## 第25 光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図

### 1 光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図に関する施設基準

施設共同利用率について別添2の様式26に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。

### 2 届出に関する事項

光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添2の様式26を用いること。

## 第26 神経磁気診断

### 1 神経磁気診断に関する施設基準

(1) 神経磁気診断の経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

### 2 届出に関する事項

神経磁気施設基準に係る届出は、別添2の様式27を用いること。

## 第26の2 神経学的検査

### 1 神経学的検査に関する施設基準

(1) 神経内科、~~又は脳神経外科~~又は小児神経科（神経小児科）を標榜している保険医療機関であること。

(2) 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科、~~又は脳神経外科~~又は小児神経科（神経小児科）を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。

### 2 届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式28を用いること。

## 第27 補聴器適合検査

### 1 補聴器適合検査に関する施設基準

(1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) 当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。

ア 音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置（スピーカー法による聴覚検査が可能なオージオメータ等）

イ 騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置

ウ 補聴器周波数特性測定装置

### 2 届出に関する事項

補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式29又はそれに準ずる様式を用いること。

## 第28 コンタクトレンズ検査料

### 1 コンタクトレンズ検査料に関する施設基準

(1) コンタクトレンズ検査料1又は2に関する施設基準

次の基準を満たしていること。

ア 次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、保険医療機関の外来受付（複数診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科の外来受付）及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していること。

初診料及び再診料（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあつては外来診療料）の点数

当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨

当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数

当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療経験

以上の項目について、患者の求めがあつた場合には、説明を行う旨

イ アについて、患者の求めがあつた場合には説明を行っていること。

## (2) コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準

次のうちいずれかの基準を満たしていること。

ア コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用の場合を含む。以下同じ。）に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が3割未満であること。

イ コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が4割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師（眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。）が配置されていること。

## 2 届出に関する事項

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出は、別添2の様式30を用いること。

## 第29 小児食物アレルギー負荷検査

### 1 小児食物アレルギー負荷検査に関する施設基準

(1) 小児科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式31を用いること。
- (2) 小児科を担当する医師の小児アレルギーの診断及び治療経験がわかるものを添付すること。

## 第29の2 内服・点滴誘発試験

### 1 内服・点滴誘発試験に関する施設基準

- (1) 皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 薬疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の2を用いること。
- (2) 皮膚科を担当する医師の薬疹の診断及び治療の経験がわかるものを添付すること。

## 第29の3 センチネルリンパ節生検

### 1 センチネルリンパ節生検に関する施設基準

- (1) 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

### 2 届出に関する事項

センチネルリンパ節生検の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の3を用いること。

## 第30 画像診断管理加算（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

### 1 画像診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、日本医学放射線学会が行う医師の専門性に関する認定を受けた当該療養に係る医師（以下「専門医」という。）に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 2 画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの

又は専門医に限る。)が1名以上配置されていること。

- (3) 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 3 届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2の届出をもってこれに代えることができる。

## 第31 画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）

### 1 画像診断管理加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の区分番号「~~A000~~」初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院 歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者を行い、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 2 届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式33を用いること。

## 第32 遠隔画像診断

### 1 遠隔画像診断に関する施設基準

- (1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。
- (2) 受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準をすべて満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）の要件を満たしていれば足りるものであること。
  - ア 画像診断管理加算1又は画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
  - イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

### 2 届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

## 第33 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- 1 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る費用を算定する



#### ための施設基準

- (1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。
  - (2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。
- 2 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準
- ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること(ただし、特定機能病院、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成20年法律第93号)第4条第1項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。)。
- 3 届出に関する事項
- ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式36を用いること。

#### 第34 CT撮影及びMRI撮影

- 1 CT撮影及びMRI撮影に関する施設基準
- 16列以上若しくは2列以上のマルチスライスCT装置又は1.5テスラ以上のMRI装置のいずれかを有していること。
- 2 届出に関する事項
- (1) CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。
  - (2) 当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数(MRIの場合)を記載すること。

#### 第35 冠動脈CT撮影加算

- 1 冠動脈CT撮影加算に関する施設基準
- (1) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
  - (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
- 2 届出に関する事項
- 冠動脈CT撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

#### 第35の2 外傷全身CT加算

- 1 外傷全身CT加算に関する施設基準
- (1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。
  - (2) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
  - (3) 画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- 外傷全身CT加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

### 第36 心臓MRI撮影加算

#### 1 心臓MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。

#### 2 届出に関する事項

心臓MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

### 第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

#### 1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

### 第37 外来化学療法加算

#### 1 外来化学療法加算1に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

#### 2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。



- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

### 3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第37の2 無菌製剤処理料

### 1 無菌製剤処理料に関する施設基準

- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

### 2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
  - ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者
  - イ 中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

### 3 届出に関する事項

- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置され

ている場合はその位置を明示すること。)を添付すること。

### 第38 心大血管疾患リハビリテーション料( )

#### 1 心大血管疾患リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。こと。
- (3) 専用の機能訓練室(少なくとも、病院については30平方メートル以上、診療所については20平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、~~当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できないが、~~当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。
- (4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
  - ア 酸素供給装置
  - イ 除細動器
  - ウ 心電図モニター装置
  - エ トレッドミル又はエルゴメータ
  - オ 血圧計
  - カ 救急カートまた、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること  
運動負荷試験装置
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者

等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士及び看護師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等及び勤務時間について別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、従事者が心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する者である場合には、勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第39 心大血管疾患リハビリテーション料( )

### 1 心大血管疾患リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務していること。ただし、専従者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。~~こと。~~
- (3) 専用の機能訓練室(少なくとも、病院については30平方メートル以上、診療所については20平方メートル以上。)を有していること。専用の機能訓練室は、~~当該療法を実施する時間帯については、他とは兼用できないが、~~当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したものの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

- (4) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
- ア 酸素供給装置
  - イ 除細動器
  - ウ 心電図モニター装置
  - エ トレッドミル又はエルゴメータ
  - オ 血圧計
  - カ 救急カート
- また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること
- 運動負荷試験装置
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (7) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び理学療法士又は看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）~~等及び勤務時間~~について別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、従事者が心大血管疾患リハビリテーションの経験を有するものである場合には、勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第40 脳血管疾患等リハビリテーション料( )

### 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのうち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。
- (2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。
- ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料( )、又は( )又は( )、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。
  - イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーショ

ン病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料( )、~~又は( )又は( )~~呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能であること。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、~~集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。~~

エ アからウまでの専従の従事者が合せて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。~~なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、160平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、~~なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。す場合にあつては、それぞれ専用の機能訓練室は別の空間として区別する必要はない。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~なお、ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。

(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。  
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短 下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備 等

(5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料( )の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

イ 専従の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

(6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。



## 2 届出に関する事項

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。
- (4) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

### 第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション料( )

#### 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。
  - ア 専従の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料( )、~~又は( )又は( )~~、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、~~及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料~~における常勤理学療法士との兼任は可能である。
  - イ 専従の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、運動器リハビリテーション料( )、~~又は( )又は( )~~、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、~~及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料~~における常勤作業療法士との兼任は可能である。
  - ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。~~なお、~~  
集団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。
  - エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。~~なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関の専用の機能訓練室で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは

~~差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なおただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（8平方メートル以上）1室以上を別に有していること。~~

- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。  
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、  
血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短  
下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備 等
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者  
ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用い  
ること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常  
勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）~~等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を~~  
用いて提出すること。~~なお、その他の従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有  
する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第41 脳血管疾患等リハビリテーション料( )

### 1 脳血管疾患等リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務して  
いること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤の従事者との兼任はできな  
いが、運動器リハビリテーション料( )、~~又は( )又は( )~~、呼吸器リハビリテーション料  
( )又は( )、~~及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料~~、  
における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合にあっては、集  
団コミュニケーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任  
は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血  
管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハ  
ビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場  
合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。  
~~なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当  
該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については100平方メー  
トル以上、診療所については45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能  
訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差  
し支えない。また、~~なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害~~

児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、~~同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。なお、ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(8平方メートル以上)1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。~~

- (4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。  
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。
  - (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
  - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、その他の従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
  - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第42 運動器リハビリテーション料( )

##### 1 運動器リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該専従の従事者は、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。



(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

(5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

(1) 運動器リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第42の2 運動器リハビリテーション料( )

### 1 運動器リハビリテーション料( )に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。

(2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。

ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合せて2名以上勤務していること。

また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料( )等との兼任はできないこと。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、及び障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。~~ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。  
各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 運動器リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任、非専任の別)等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、従事者が運動器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第43 運動器リハビリテーション料( )

### 1 運動器リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、呼吸器リハビリテーション料( )又は( )、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーシ

ン（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。~~なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関の専用の機能訓練室で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。~~が、できる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。~~また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。  
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 運動器リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、従事者が運動器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第44 呼吸器リハビリテーション料( )

### 1 呼吸器リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士1名については、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、運動器リハビリテーション料( )、又は( )又は( )、及び障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障

害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。 ~~なお、ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。 ~~また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料を実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。~~ ~~とができる。~~ ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。 ~~また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~
- (4) 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。  
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (5) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別) 等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。 ~~なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第45 呼吸器リハビリテーション料( )

### 1 呼吸器リハビリテーション料( )に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、運動器リハビリテーション料( )、又は( )又は( )、及び障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。 なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。 ~~なお、ここでいう「専従」と~~



~~は、当該保険医療機関で行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。~~

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、及び障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ができる。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- (4) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。  
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間を別添2の様式44の2~~4~~を用いて提出すること。~~なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第46 難病患者リハビリテーション料

### 1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。
- (2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。
- (3) 取り扱う患者数は、従事者1人につき1日20人を限度とすること。
- (4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とすること。なお、専用の機能訓練室には疾患別リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。
  - ア 訓練マットとその付属品
  - イ 姿勢矯正用鏡
  - ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

## 2 届出に関する事項

- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。~~なお、従事者が難病患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第47 障害児（者）リハビリテーション料

### 1 障害児（者）リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。
  - ア 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設
  - イ 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
  - ウ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター
  - エ 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
  - オ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね8割であることの要件については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）
- (2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (3) ア又はイのいずれかに該当していること。
  - ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。
  - イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。

ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料( )又は( )、脳血管疾患等リハビリテーション料( )、( )又は( )、運動器リハビリテーション料( )又は( )及び呼吸器リハビリテーション料( )又は( )における常勤従事者との兼任は可能であること。
- (4) 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。
- (5) 障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室（少なくとも、病院60平方メートル以上、診療所45平方メートルとする。）を有すること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。~~また、なお、当該専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、及び障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、同一の時間帯において疾患別リハビリテーション、又は障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを同時に行うことは差し支えない。~~が

~~できる。ただし、また、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（8平方メートル以上）1室以上を別に有していること。~~

- (6) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。
- ア 訓練マットとその付属品
  - イ 姿勢矯正用鏡
  - ウ 車椅子
  - エ 各種杖
  - オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）
- (7) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (8) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）~~等及び勤務時間を別添2の様式44の2-4を用いて提出すること。なお、従事者が障害児（者）リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第47の2 がん患者リハビリテーション料

### 1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことを言う。
- ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
  - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を終了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものを言う。
    - (イ) 「がんのリハビリテーション研修」（厚生労働省委託事業）その他関係団体が主催するものであること。
    - (ロ) 研修期間は通算して14時間程度のものであること。
    - (ハ) 研修内容に以下の内容を含むこと。
      - (a) がんのリハビリテーションの概要
      - (b) 周術期リハビリテーションについて
      - (c) 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて
      - (d) がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて
      - (e) がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

(f) 進行癌患者に対するリハビリテーションについて

(二) 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

(ホ) リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものであること。

(2) 当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、(1)のイに規定する研修を終了した者のことをいう。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも100平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 当該療法を行うために必要な施設及び機械・器具として、以下のものを具備していること。歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

## 2 届出に関する事項

(1) がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の2を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。なお、当該従事者ががん患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

## 第47の3 ~~㉜~~ 集団コミュニケーション療法料

### 1 集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従する常勤言語聴覚士が1名以上勤務すること。
- (3) 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

#### ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室(8平方メートル以上)を1室以上有していること(言語聴覚療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする)。

#### イ 必要な器械・器具(主なもの)

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語



・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- (4) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2 届出に関する事項

- (1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44を用いること。  
 (2) 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）~~等及び勤務時間~~を別添2の様式~~44の2-4~~を用いて提出すること  
 (3) 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること

第48 精神科作業療法

1 精神科作業療法に関する施設基準

- (1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。  
 (2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50人を標準とすること。  
 (3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して50平方メートルを基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。  
 (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて次のとおり具備すること。 —

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

<del>作業名</del>	<del>器具等の基準（例示）</del>
<del>手王芸</del>	<del>織機、編機、ミシン、ろくろ等</del>
<del>木王</del>	<del>作業台、塗装具、工具等</del>
<del>印刷</del>	<del>印刷機具、ラージロ（又はこれに代わるもの）等</del>
<del>日常生活動作</del>	<del>各種日常生活動作用設備</del>
<del>農耕又は園芸</del>	<del>農具又は園芸用具等</del>

- (5) 精神病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料をく。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式45を用いること。

- (2) 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第49 精神科ショート・ケア「大規模なもの」

##### 1 精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
  - ア 精神科の医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術者、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。）の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1回50人を限度とすること。
  - イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1回70人を限度とすること。
- (2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

##### 1 精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対しては1回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。
- (2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ30平方メートル以上とし、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第51 精神科デイ・ケア「大規模なもの」

##### 1 精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
  - ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術者、精神保健福祉士の1人）の4人で構成される場合にあつては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。
  - イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあつては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。
- (2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は4.0平方メートルを標準とすること。
- (3) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第52 精神科デイ・ケア「小規模なもの」

##### 1 精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人、看護師1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。
- (2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の

広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とするものであること。

- (3) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

## 2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

## 第53 精神科ナイト・ケア

### 1 精神科ナイト・ケアに関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては、1日20人を限度とすること。
- (2) 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。
- (3) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

### 2 届出に関する事項

- (1) 精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

## 第54 精神科デイ・ナイト・ケア

### 1 精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1

人)の3人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。

イ 精神科医師及び専従する3人の従事者(作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人)の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。

ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を超えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護補助者をもって充てることことができる。

(2) 精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

## 2 届出に関する事項

(1) 精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

## 第55 重度認知症患者デイ・ケア料

### 1 重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

(1) 次に掲げる要件のいずれをも満たしていること。

ア 精神科医師が1人以上勤務していること。

イ 専従する作業療法士及び専従する看護師がそれぞれ1人以上勤務していること。

ウ 専従する精神病棟に勤務した経験を有する看護師、専従する精神保健福祉士又は専従する臨床心理技術者がいずれか1人以上勤務していること。

エ 患者数は、従事者4人に対し、1単位25人以内とし1日2単位を限度とするものであること。

(2) 重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、60平方メートル以上とし、かつ、1単位の患者1人当たりの面積は、4.0平方メートルを基準とすること。

(3) 重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添2の様式47を用いること。
- (2) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

#### 第56 医療保護入院等診療料

##### 1 医療保護入院等診療料に関する施設基準

- (1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。
- (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
  - ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。
  - イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。
  - ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員すべてを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施。

##### 2 届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添2の様式48を用いること。

#### 第57 エタノールの局所注入

##### 1 甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラー Doppler エコー（解像度 7.5MHz 以上）を備えていること。

##### 2 副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 副甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラー Doppler エコー（解像度 7.5MHz 以上）を備えていること。

##### 3 届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添2の様式49又は様式49の2を用いること。

#### 第57の2 透析液水質確保加算

##### 1 透析液水質確保加算の施設基準

- (1) 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。
- (2) 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

##### 2 届出に関する事項

透析液水質確保加算の施設基準に係る届出は別添2の様式49の3を用いること。また、透析機器安全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。

#### 第57の3 一酸化窒素吸入療法

1 一酸化窒素吸入療法に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の4を用いること。

第57の4 ~~㉜~~ ㉝ 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算

1 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 無痛的に充填のための齶蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

齶蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の5 歯科技工加算

1 歯科技工加算に関する施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士が勤務していること。
- (2) 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。
- (3) 歯科技工に必要な機器を有していること。
- (4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

2 届出に関する事項

歯科技工加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

第57の6 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

1 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準

- (1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 皮膚悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第58 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）

1 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）に関する施設基準

- (1) 整形外科を標榜している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 区分番号「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）を合わせて30例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）が合わせて20例以上実施されていること。
- (6) 関係学会から示されている指針に準じて、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術に限る。）に係る届出は、別添2の様式51及び様式52を用いること。
- (2) 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第59 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）

1 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）に関する施設基準

- (1) 整形外科を標榜している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 区分番号「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として、300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）を合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関において内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上実施されていること。
- (6) 関係学会から示されている指針に準じて、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）に係る届出は、別添2の様式52及び様式53を用いること。
- (2) 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専



任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第59の2 頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)

1 頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)に関する施設基準

- (1) 形成外科及び脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 当該手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54を用いること。
- (2) 形成外科又は脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

1 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術に関する施設基準

- (1) 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術  
第24の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。
- (2) 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術  
脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜している病院であり、当該診療科の常勤医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式25を用いること。 \_\_

第60の2 治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるものに限る。)

1 治療的角膜切除術に関する施設基準(エキシマレーザーによるものに限る。)

- (1) 眼科の経験を5年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が3名以上配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。

2 届出に関する事項

治療的角膜切除術に係る届出は、別添2の様式54の2を用いること。



常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「注2」の乳がんセンチネルリンパ節加算2のみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

(3) 麻酔科標榜医が配置されていること。

(4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

## 2 届出に関する事項

乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1及び乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式56の2を用いること。

### 第62 同種死体肺移植術

#### 1 同種死体肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。

#### 2 届出に関する事項

(1) 同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。

(2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

### 第62の2 生体部分肺移植術

#### 1 生体部分肺移植術に関する施設基準

(1) 肺切除術が年間20例以上あること。

(2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師が5名以上配置されており、このうち少なくとも1名は臓器移植の経験を有していること。

(3) 生体部分肺移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。

#### 2 届出に関する事項

(1) 生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式58を用いること。

(2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

### 第63 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）

#### 1 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）に関する施設基準

(1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

(2) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を年間30例以上実施しており、かつ、経皮的冠動脈形成術を年間200例以上実施していること。

(3) 5年以上の循環器科の経験を有する医師が1名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

#### 2 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミーカテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式59を用いて提出すること。

#### 第64 経皮的中隔心筋焼灼術

##### 1 経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

- (1) 循環器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。ただし、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (4) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (5) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計100例以上実施していること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前1年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添2の様式52及び様式60を用いて提出すること。
- (2) 経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により1の(3)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。

なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

#### 第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

##### 1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準

循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

##### 2 届出に関する事項

ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

#### 第65の2 埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術

##### 1 埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

- (1) 区分番号「K597」ペースメーカー移植術及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術
- (2) 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術

(3) 区分番号「K599」埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」埋込型除細動器交換術

(4) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術

## 2 届出に関する事項

埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術に係る届出は、別添2の様式24の2を用いること。

### 第66 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

#### 1 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間50例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
- (4) 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。
- (5) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
- (6) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
  - ア 血液学的検査
  - イ 生化学的検査
  - ウ 画像診断

#### 2 届出に関する事項

- (1) 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式61を用いること。
- (2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

### 第67 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術

#### 1 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
- (4) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
- (5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

- ア 血液学的検査
- イ 生化学的検査
- ウ 画像診断

## 2 届出に関する事項

- (1) 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式62を用いること。
- (2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

### 第67の2 両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術

#### 1 両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施しており、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
- (4) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は所定の研修を修了していること。
- (5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

- ア 血液学的検査
- イ 生化学的検査
- ウ 画像診断

## 2 届出に関する事項

- (1) 両室ペースング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式63を用いること。
- (2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

### 第68 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

#### 1 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）に関する施設基準

循環器科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。

#### 2 届出に関する事項

大動脈バルーンパンピング法（IABP法）の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

### 第69 補助人工心臓



## 1 補助人工心臓に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の症例が年間50例以上あること。
- (3) 常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
- (4) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
  - ア 血液学的検査
  - イ 生化学的検査
  - ウ 画像診断

## 2 届出に関する事項

- (1) 補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式64を用いること。
- (2) 心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4により提出すること。

## 第70 埋込型補助人工心臓

### 1 埋込型補助人工心臓に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 開心術の症例が年間100例以上であること。
- (3) 常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
- (4) 補助人工心臓の装着経験が5例以上あり、うち3例は過去3年間に経験していること。そのうち1例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。
- (5) 移植関係学会合同委員会において、心臓移植手術を実施するものとして選定された施設であること。
- (6) 所定の研修を修了している常勤医師が2名以上配置されていること。
- (7) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
  - ア 血液学的検査
  - イ 生化学的検査
  - ウ 画像診断
- (8) 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。
- (9) 体外設置型補助人工心臓駆動装置を有し、緊急時の装着がいつでも施行可能であること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 埋込型補助人工心臓の施設基準に関する届出は、別添2の様式52及び様式65を用いること。
- (2) 心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4により提出すること。

- (3) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

#### 第71 同種心移植術

##### 1 同種心移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 同種心移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。  
(2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

#### 第72 同種心肺移植術

##### 1 同種心肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設であること。

##### 2 届出に関する事項

- (1) 同種心肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。  
(2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。 \_

#### 第72の2 経皮的動脈遮断術

##### 1 経皮的動脈遮断術に関する施設基準

区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料を届出を行った保険医療機関であること。

##### 2 届出に関する事項

経皮的動脈遮断術の施設基準に係る届出は、別添2の様式65の2を用いること。

#### 第72の3 ダメージコントロール手術

##### 1 ダメージコントロール手術に関する施設基準

区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

##### 2 届出に関する事項

ダメージコントロール手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式65の2を用いること。

#### 第73 体外衝撃波胆石破碎術

##### 1 体外衝撃波胆石破碎術に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波胆石破碎術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波腎・尿管結石破碎術を行う専用の室と体外衝撃波胆石破碎術を行う専用の室とは同一のものであって差し支えない。  
(2) 担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。



(3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できる  
よう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

(4) 医療法第30条の3第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術  
に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

## 2 届出に関する事項

(1) 体外衝撃波胆石破碎術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専  
任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

(4) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。――

## 第73の2 腹腔鏡下肝切除術

### 1 腹腔鏡下肝切除術に関する施設基準

(1) 専ら消化器外科に従事しており、腹腔鏡下肝切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の  
下に、術者として、10例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医  
師が3名以上配置されていること。

(3) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

(4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

### 2 届出に関する事項

腹腔鏡下肝切除術に係る届出は、別添2の様式66の2を用いること。

## 第74 生体部分肝移植術

### 1 生体部分肝移植術に関する施設基準

(1) 肝切除術が年間20例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上  
の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間10例以上ある  
こと。

(2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が5名以上配置されており、このうち少なくとも  
1名は臓器移植の経験を有していること。

(3) 生体部分肝移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイド  
ライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植  
学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手  
術に関する指針」を遵守していること。

### 2 届出に関する事項

(1) 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67を用いること。

- (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

#### 第75 同種死体肝移植術

- 1 同種死体肝移植術に関する施設基準  
移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
  - (1) 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
  - (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

#### 第76 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術

- 1 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術に関する施設基準  
移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
  - (1) 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
  - (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

#### 第76の2 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

- 1 腹腔鏡下小切開副腎摘出術に関する施設基準
  - (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
  - (2) 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。
  - (3) 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること。
  - (4) 当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること。
  - (5) 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
  - (1) 当該手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式68を用いること。
  - (2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

#### 第77 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術

- 1 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室と体外衝撃波胆石破砕術を行う専用の室とは同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
  - ア 生化学的検査
  - イ 血液学的検査
  - ウ 微生物学的検査
  - エ 画像診断
- (4) なお、医療法第30条の3第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- (4) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

## 第77の2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開副腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第76の2腹腔鏡下小切開副腎摘出術の例による。

## 第77の3 同種死体腎移植術

### 1 同種死体腎移植術に関する施設基準

腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
- (2) （社）日本臓器ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

## 第77の4 生体腎移植術

### 1 生体腎移植術に関する施設基準

- (1) 腎尿路系手術（区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）が年間10例以上あること。
- (2) 当該手術を担当する診療科の常勤の医師が2名以上配置されており、このうち少なくとも

1名は、1例以上の死体腎移植又は5例以上の生体腎移植の経験を有していること。

- (3) 生体腎移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69を用いること。
- (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。 \_\_

## 第77の5 膀胱水圧拡張術

### 1 膀胱水圧拡張術に関する施設基準

- (1) 泌尿器科の経験を5年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、5例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

### 2 届出に関する事項

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出は、別添2の様式69の2を用いること。

## 第77の6 ~~5~~ 焦点式高エネルギー超音波療法

### 1 焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
- (2) 当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ5例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 当該手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式70を用いること。
- (2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

## 第78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

### 1 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
- (2) 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を、術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有

する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること。

(4) 当該保険医療機関において腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術が10例以上実施されていること。

(5) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

## 2 届出に関する事項

(1) 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71を用いること。

(2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

## 第78の2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第76の2 腹腔鏡下小切開副腎摘出術の例による。

## 第79 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術

1 手術を受けるすべての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。

2 患者への説明を要するすべての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われるすべての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書(書式様式は自由)で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

3 当該手術について、以下の区分ごとに前年(1月から12月)の手術件数を院内掲示すること。

### (1) 区分1に分類される手術

ア 頭蓋内腫瘍摘出術等(頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)、脊髄刺激装置植込術及び脳神経手術(開頭して行うもの)をいう。)

イ 黄斑下手術等(黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術(表在性)、眼窩内腫瘍摘出術(深在性)、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物除去術(表在性)、眼窩内異物除去術(深在性)、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。)

ウ 鼓室形成手術等(鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳的聴神経腫瘍摘出術及び経迷路的内耳道開放術をいう。)

エ 肺悪性腫瘍手術等(肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、膿胸胸膜、胸膜肺切除術(通常のものと同様に胸腔鏡下のもの)、胸膜外肺皮剥皮術、胸腔鏡下膿胸腔搔爬術、膿胸腔有茎筋肉弁充填術、胸郭形成手術(膿胸手術の場合)及び気管支形成手術をいう。)

オ 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(2) 区分2に分類される手術

ア 靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、関節鏡下靭帯断裂形成手術（~~関節鏡下~~）、観血的関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

イ 水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント抜去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）

ウ 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等（涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）

エ 尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道の手術を除く。）をいう。）

オ 角膜移植術

カ 肝切除術等（肝切除術、臍体尾部腫瘍切除術、臍頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）

キ 子宮附属器悪性腫瘍手術等（子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管鏡下卵管形成術、腔壁悪性腫瘍手術、造腔術、腔閉鎖症術（拡張器利用によるものを除く。）及び女子外生殖器悪性腫瘍手術をいう。）

(3) 区分3に分類される手術

ア 上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成手術、頬骨変形治癒骨折矯正術及び顔面多発骨折観血の手術をいう。）

イ 上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）

ウ バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

エ 母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄付植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ 内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ 食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後2次的再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

(4) その他の区分

ア 人工関節置換術

イ 1歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）に関する施設基準

ウ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術



エ 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

4 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

5 届出に関する事項

- (1) 施設基準の届出は別添 2 の様式72を用いること。
- (2) 届出に用いる手術の実施件数は、当該保険医療機関で1年間に行われた手術の件数であり、院内に掲示した手術件数と同じ数字を用いること。
- (3) 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

## 第80 輸血管理料

1 輸血管理料 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤（加熱人血漿たん白を含む。）の一元管理がなされていること。
- (4) 次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。  
A B O血液型、R h（D）血液型、血液交叉試験又は間接クームス検査、不規則抗体検査
- (5) 輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実施に当たっての適正化の取組がなされていること。
- (6) 輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。
- (7) (5)、(6)及び血液製剤の使用に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日付薬食発第0906002号厚生労働省医薬食品局長通知）を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。
- (8) 当該保険医療機関において、新鮮凍結血漿（F F P）の使用量を赤血球濃厚液（M A P）の使用量で除した値が~~0.50~~未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（M A P）の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿（F F P）の使用量を赤血球濃厚液（M A P）の使用量で除した値は次により算出すること。

赤血球濃厚液（MAP）の使用量  
新鮮凍結血漿（FFP）の全使用量  
血漿交換療法における新鮮凍結血漿（FFP）の使用量  
アルブミン製剤の使用量

$$\left( \frac{\quad}{\quad} / 2 \right) / \quad = 0.5 \text{ 未満}$$
$$/ \quad = 2 \text{ 未満}$$

## 2 輸血管理料 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。
- (4) 当該保険医療機関において、新鮮凍結血漿（FFP）の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値が0.25未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿（FFP）の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値は次により算出すること。

赤血球濃厚液（MAP）の使用量  
新鮮凍結血漿（FFP）の全使用量  
血漿交換療法における新鮮凍結血漿（FFP）の使用量  
アルブミン製剤の使用量

$$\left( \frac{\quad}{\quad} / 2 \right) / \quad = 0.25 \text{ 未満}$$
$$/ \quad = 2 \text{ 未満}$$

- (5) 輸血管理料 の施設基準のうち、(4)から(7)までのすべてを満たしていること。

## 3 輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料 及び の施設基準に係る届出は、別添2の様式73を用いること。

## 第80の2 歯周組織再生誘導手術

### 1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

### 2 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添2の様式74を用いること。

## 第80の3 手術時歯根面レーザー応用加算

### 1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。
- (3) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対



象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

## 2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添2の様式74の2を用いること。

### 第81 麻酔管理料( )の届出に関する事項

~~麻酔管理料を算定する医療機関は、当該点数を算定する常勤の麻酔科標榜医の氏名、麻酔科標榜許可書の許可年月日及び登録番号等を、別添2の様式75を用いて届け出ること。~~

#### 1 麻酔管理料( )の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

#### 2 届出に関する事項

麻酔管理料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。

### 第81の2 麻酔管理料( )

#### 1 麻酔管理料( )の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。
- (4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。
- (5) 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。

#### 2 届出に関する事項

麻酔管理料( )の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いて届け出ること。

### 第82 放射線治療専任加算

#### 1 放射線治療専任加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する**常勤の**診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師**又は**診療放射線技師は、外来放射線治療加算、直接加速器による定位放射線治療、強度変調放射線治療(IMRT)、**画像誘導放射線治療加算**に係る常勤の医師、~~を、当該診療放射線技師は、外来放射線治療加算に係る診療放射線技師を兼任することができる。~~
- (2) 当該管理を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
  - ア 高エネルギー放射線治療装置
  - イ X線あるいはCTを用いた位置決め装置
  - ウ 放射線治療計画システム

#### 2 届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76を用いること。

## 第82の2 外来放射線治療加算

### 1 外来放射線治療加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、直線加速器による定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算に係る常勤の医師、~~を、当該診療放射線技師は、放射線治療専任加算に係る診療放射線技師を兼任することができる。~~
- (2) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
  - ア 高エネルギー放射線治療装置
  - イ X線あるいはCTを用いた位置決め装置
  - ウ 放射線治療計画システム
  - エ 患者が休憩できるベッド等

### 2 届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76を用いること。

## 第83 高エネルギー放射線治療

### 1 高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計100例以上実施していること。

### 2 届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式77を用いること。

## 第83の2 強度変調放射線治療（IMRT）

### 1 強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該放射線治療の経験を5年以上有する者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、直線加速器による定位放射線治療、画像誘導放射線治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、直線加速器による定位放射線治療、画像誘導放射線治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、直線加速器による定位放射線治療及び画像誘導放射線治療加算に係る担当者を兼任することができる。
- (5) 強度変調放射線治療（IMRT）を年間10例以上実施していること。
- (6) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

- ア 直線加速器
  - イ 治療計画用CT装置
  - ウ インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム
  - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
  - オ 平面上の照射強度を変化させることができる装置
  - カ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム
  - キ 二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器
- (7) 当該保険医療機関において、強度変調放射線治療（IMRT）に関する機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。
- 2 届出に関する事項
- 強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出は、別添2の様式78を用いること。

### 第83の3 画像誘導放射線治療加算

#### 1 画像誘導放射線治療加算に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）及び放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、直線加速器による定位放射線治療、強度変調放射線治療（IMRT）に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、直線加速器による定位放射線治療及び強度変調放射線治療（IMRT）に係る担当者を兼任することができる。
- (4) 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。
  - ア 2方向以上の透視が可能な装置
  - イ 画像照合可能なCT装置
  - ウ 画像照合可能な超音波診断装置
- (5) 当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療（IGRT）に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

#### 2 届出に関する事項

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の2を用いること。

### 第84 直線加速器による定位放射線治療

#### 1 直線加速器による定位放射線治療に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）、放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師又は診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算に係る常勤の医師、診療放射線技師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、強度変調放射線治療（IMRT）及び画像誘導放射線治療加算に係る担当者を兼任することができる。
- (4) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
  - ア 直線加速器
  - イ 治療計画用CT装置
  - ウ 三次元放射線治療計画システム
  - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
  - オ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

## 2 届出に関する事項

直線加速器による定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式79を用いること。

### 第84の2 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

#### 1 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

- (1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上を有し、凍結切片を作成することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。
- (2) 受信側（画像診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

#### 2 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添2の様式80を用いること。

### 第84の3 テレパソロジーによる術中迅速細胞診

#### 1 テレパソロジーによる術中迅速細胞診に関する施設基準

- (1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上を有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。
- (2) 受信側（画像診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

## 2 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

### 第85 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の届出に関する事項

- 1 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されていること。
- 2 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式81を用いること。

### 第86 歯科矯正診断料

#### 1 歯科矯正診断料に関する施設基準

- ~~(1) 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。ただし、更生医療として歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。~~
- (1) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
  - ア 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。
  - イ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること。
- (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

#### 2 届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

### 第87 顎口腔機能診断料

#### 1 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

- (1) 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。
- (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
  - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
  - イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

#### 2 届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。

### 第88 基準調剤



## 1 基準調剤加算 1 の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として500品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴管理記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における調剤に対応できる体制が整備されていること。緊急時等の調剤に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること、又は調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうものである。
- (4) 基準調剤加算を算定する保険薬局は、時間外、休日、夜間における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、患者又はその家族等に交付するとともに、調剤した薬剤についての問合せ等への対応ができるように、自局についても同様の事項を記載した文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）を交付すること。また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
- (5) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示していること。
- (6) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (7) 薬局内にコンピューターを設置し、インターネットを通じて定期的に医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (8) 次に掲げる情報（当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。
  - ア 一般名
  - イ 剤形
  - ウ 規格
  - エ 内服薬にあつては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ 医薬品緊急安全性情報

カ 医薬品・医療機器等安全性情報

## 2 基準調剤加算 2 の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。
- (3) 上記(2)に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が1月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。
- (4) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
- (5) 1の(2)から(8)までの基準を満たしていること。

## 3 届出に関する事項

- (1) 基準調剤加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。
- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。

## 第89 後発医薬品調剤体制加算

### 1 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)について、当該薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量における直近3か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が20%30%以上であること。  
なお、平成22年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成 年 月 日保医発 第 号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。
- (2) 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見えやすい場所に掲示していること。

### 2 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が25%以上であること。  
なお、平成22年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成 年 月 日保医発 第 号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。
- (2) 1の(2)の基準を満たすこと。

### 3 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量に占め

る後発医薬品の規格単位数の割合が30%以上であること。

なお、平成22年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成 年 月 日保医発 第 号）において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。

(2) 1の(2)の基準を満たすこと。

#### 4 後発医薬品の規格単位数の割合を算出する際に除外する医薬品

##### (1) 経腸成分栄養剤

エレンタール、エレンタールP、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン、ハーモニック - M、ハーモニック - F及びラコール

##### (2) 特殊ミルク製剤

雪印新フェニルアラニン除去ミルク及び雪印新ロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク

#### 5 届出に関する事項

~~(4)~~後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式85を用いること。

### 第90 保険薬局の無菌製剤処理加算

#### 1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師（常勤の保険薬剤師は1名以上）がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式86を用いること。
- (2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。



特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

連絡先  
担当者氏名：  
電話番号：

(届出事項)

[ ] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  
2 □には、適合する場合「√」を記入すること。  
3 届出書は、正副2通提出のこと。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
5	小児科外来診療科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	院内トリアージ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の2	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の2, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の3, 12の4
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の4
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の3, 13の4
11の3	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
11の4	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12	医薬品安全性情報等管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14	在宅療養支援歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅末期医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
17	歯科訪問診療に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
18	血液細胞核酸増幅同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
18の2	HPV核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の2	埋込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2, 4
22の3	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3
23	人工臓腑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
26	神経磁気診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
28	コンタクトレンズ検査料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43の2	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
48	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショートケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショートケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイトケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイトケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
55	重度認知症患者デイケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	透析液水質加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
57の3	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の5	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の6	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3, 52, 4
58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
59の2	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2, 4
61	人工内耳埋込術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の3	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミカテールによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
64	経皮的中隔心筋焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 60
65	ヘースメーカー移植術及びヘースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
65の2	埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
66	両心室ヘースメーカー移植術及び両心室ヘースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
67の2	両室ヘーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ヘーシング機能付き埋込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
69	補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64, 4
70	埋込型補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 4
71	同種心移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72	同種心肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
72の3	ダメージコントロール手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
73	体外衝撃波胆石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67
75	同種死体肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
77の3	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の4	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の5	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2, 4
77の6	焦点式高エネルギー超音波療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の3	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の2
81	麻酔管理料（Ⅰ）、麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の3	画像誘導放射線治療（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84	直線加速器による定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	テレパノゾーによる術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の3	テレパノゾーによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
85	補綴物維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	基準調剤加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
88	基準調剤加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
89	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4



様式 2

高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 K328人工内耳埋込術の施設基準（様式52号及び様式55号）の届出年月日	
平成            年            月            日	
2 耳鼻咽喉科に配置されている常勤医師	
常勤医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

[記載上の注意]

「2」の医師は、5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有し、耳鼻咽喉科に配置されている常勤の医師であること。



様式 3

喘息治療管理料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名
2 必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制 (1) 患者に提供する計測器等  (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） ア 酸素吸入設備 イ 気管内挿管又は気管切開の器具 ウ レスピレーター エ 気道内分泌物吸引装置 オ 動脈血ガス分析装置 カ スパイロメトリー用装置 キ 胸部エックス線撮影装置 (3) 緊急時の入院体制 ア 自院                      イ 連携
3 連携保険医療機関の体制 (1) 名称等 ア 連携保険医療機関の名称  イ 開設者名  ウ 所在地  (2) 具備する器械・器具（○で囲む。） ア 酸素吸入設備 イ 気管内挿管又は気管切開の器具 ウ レスピレーター エ 気道内分泌物吸引装置 オ 動脈血ガス分析装置 カ スパイロメトリー用装置 キ 胸部エックス線撮影装置 (3) 緊急時の入院体制

[記載上の注意]

- 「1」の専任の看護師又は准看護師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 喘息治療管理を 24 時間実施できる体制の概要を添付すること。

[ ] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専	{任 {非任	

[記載上の注意]

- 1 [ ] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

区 分	氏 名	経験年数
1 糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師		
2 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」の常勤看護師について、糖尿病足病変の指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 5 の 2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

緩和ケアの経験を有する医師の氏名等	氏 名	研修の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケアの指導に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。ただし、当該医師が研修を修了していない場合にあつては、「研修の有無」欄の「無」に○をつけた上で届出を行うことができるものとする。この場合、平成 23 年 3 月 31 日までの間に研修を修了したことが確認できる文書を添付して届出をし直すこと。

様式5の3

がん患者カウンセリング料の施設基準に係る届出書添付書類

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 に従事した経験を5 年以上有する専任の 看護師		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 6

小児科外来診療料の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1  
 地域連携小児夜間・休日診療料 2  
 院内トリアージ加算
 
 の施設基準に係る届出書添付書類  
 ※ 該当する届出事項を○で囲むこと

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)

3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関    イ 連携医療機関    (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地（上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

4 院内トリアージ加算

区 分	氏 名	職 種
院内トリアージを行う 専任の医師又は専任の看護師		

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。
- 3 「4 院内トリアージ加算」の専任の看護師については、小児看護や救急医療に 3 年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 4 院内トリアージ加算の届出を行う場合は、トリアージの実施基準を添付すること。

様式7の2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

--

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関      イ 連携医療機関      (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地 (上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。



様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

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

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本管理料を算定した患者数 (期間： 年 4 月～ 年 3 月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに 12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5 回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ①  %

[記載上の注意点]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療の終了時点で、4 週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

## 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

### 2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

- (1) 地域医療支援病院                      (2) 地域医療支援病院以外の病院

### 3 開放病床利用率(届出前30日間)

開放型病院に入院した患者の診療を担当している  
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

(            %) = (            名) ÷ [ (            床) × 30日間 ]

### 4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師                                      名(うち常勤                                      名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式10を併せて添付すること。

登録医師・歯科医師の名簿

氏名	主たる 診療科	所属医療機関			届出前 の利用
		医療機関名	開設者氏名	住 所	

[記載上の注意]

- 1 名簿は、4の(3)の区分に係る当該医療機関と同一2次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前30日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 当該診療所における24時間の直接連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）</p> <p>(1) 担当者が固定している場合</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当医師名：</li> <li>・看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
<p>2 24時間往診が可能な体制（次のいずれかに○をつけ、(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当医師名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・担当医師名：</li> </ul>
<p>3 24時間訪問看護が可能な体制（(2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul> <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> <li>・担当看護職員名：</li> <li>・連絡先：</li> </ul>
<p>4 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul> <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・名称：</li> <li>・開設者：</li> </ul>
<p>5 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> <p>(1) 「2」及び「3」により、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書（電子媒体を含む。）により随時提出すること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>

[記載上の注意]

- 1 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 2 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料（様式19）」及び「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 許可病床数_____床</p>
<p>2 当該病院における24時間の直接連絡を受ける体制          (1) 担当部門の連絡先          (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差しつかえない。）          ・担当医師名：          ・看護職員名：          ・連絡先：</p>
<p>3 24時間往診が可能な体制          当該病院の担当医師名：</p>
<p>4 24時間訪問看護が可能な体制（(2)の場合には名称等を記入すること。）          (1) 当該診療所の担当看護職員名          (2) 連携訪問看護ステーションの名称等          ・名称：          ・開設者：          ・担当看護職員名：          ・連絡先：</p>
<p>5 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。          (1) 「3」により、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書（電子媒体を含む。）により随時提出すること。          (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。          (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>

[記載上の注意]

- 1 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 2 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料（様式19）」及び「在宅末期医療総合管理料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。



地域連携診療計画管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

(1) 地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料の区分		(※17日以内であること。) (算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

大腿骨頸部骨折 連携先 ( )件			脳卒中 連携先 ( )件		
連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

(2) (1)の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 ( )件		脳卒中 連携先 ( )件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

大腿骨頸部骨折			脳卒中		
会合の名称	出席医療機関	開催頻度	会合の名称	出席医療機関	開催頻度

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の4を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 4 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。



地域連携診療計画退院時指導料( I )の施設基準に係る届出書添付書類

1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

2. 連携する医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

(2) 退院後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先 ( )件		脳卒中 連携先 ( )件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

3. 脳卒中についての届け出

1 届け出あり 2 届け出なし
--------------------

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 3 脳卒中について届け出の場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

2. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

[記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式 12 の 4

地域連携診療計画書（様式例）

説明日 \_\_\_\_\_  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
 病名（検査・手術名）： \_\_\_\_\_

月日	/	/	/	/		/	/	/		/
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						（転院基準）				（退院基準）
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置 検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

退院時の日常生活機能評価 合計点 _____ 点
-----------------------------

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連絡方法</li> </ul>	

[記載上の注意]

「3」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について(いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	・	②がん診療連携拠点病院に準じる病院
-------------	---	-------------------

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内)がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 1 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 2 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 3 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の4を参考にすること。
- 4 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

〇〇〇治療に関する連携計画書

様 計画策定病院(A): 担当医師: 連絡先:  
 連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月	...	術後1年	...	術後3年	...				
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日	...	×月×日	...						
医療機関		A	B	B	B	A	B	...				
達成目標												
患者自覚 症状	具体的な項目											
	...											
診察	具体的な項目											
	...											
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等)											
	...											
説明・指 導	画像診断項目											
	...											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

1 認知症疾患医療センターの指定	有 ・ 無
2 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を担当する医師の氏名	
3 専任の臨床心理技術者の氏名	
4 医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の氏名	
氏名	職種
5 検査体制	
コンピュータ断層撮影装置（CT）	有 ・ 無
磁気共鳴画像装置（MRI）	有 ・ 無
脳血流シンチグラフィ（SPECT）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 認知症疾患医療センターについては、「1」の記載のみで足りること。
- 2 「2」については医師の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 3 「3」の専任の臨床心理技術者の当該保険医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「4」の医療相談室に配置されている精神保健福祉士又は保健師等の当該医療機関における勤務状況のわかる文書を添付すること。
- 4 「5」の検査体制について、MRI又はSPECTを有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確認できる文書を添付すること。



肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

[記載上の注意]

当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 2 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

様式14の2

医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握する方法

- 2 収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

- 3 医薬品情報管理室の薬剤師と薬学的管理指導を行う薬剤師の情報共有の方法

- 4 医薬品情報管理室で管理している情報を容易に入手する方法

- 5 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「1」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載すること。
- 2 「2」については、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 3 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 4 「4」については、データベースの概要等、情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 5 「5」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 6 上記「1」から「5」に係る業務手順書を添付すること。

医療機器安全管理料 1  
 医療機器安全管理料 2  
 医療機器安全管理料（歯科）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

1 常勤の臨床工学技士の氏名	
2 医療安全管理部門の有無	有 ・ 無
3 医療機器安全管理責任者の氏名	
4 医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有 ・ 無
5 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
6 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

[記載上の注意]

- 1 医療機器安全管理料 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「1」、「2」、「3」、「4」を記載すること。
- 2 医療機器安全管理料 2 の施設基準に係る届出に当たっては、「5」、「6」を記載すること。
- 3 「1」の常勤の臨床工学技士の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 「6」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料

の施設基準に係る届出書

- 1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

- 3 歯科衛生士等の氏名等(常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと)

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

- 4 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種等

- 5 緊急時の連絡・対応方法

--

6 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

7 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		
その他		

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)	
研 修 名	
受 講 年 月 日	
研 修 の 主 催 者	
講 習 の 内 容 等	
<p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	
氏 名	常 勤 / 非 常 勤
1)	常 勤 / 非 常 勤
2)	常 勤 / 非 常 勤
3)	常 勤 / 非 常 勤
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制:対応体制	__名で担当、交代制(有・無)
・ 担当者の氏名及び職種	・ 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制:対応体制	__名で担当、交代制(有・無)
・ 担当医の氏名	
5. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 氏名、連絡先</li> <li>・ 資格、主な業務内容</li> </ul>	
7. 後方支援医療機関(歯科医療機関)	
(1) 医療機関の名称	
(2) 開設者名	(4) 担当医の氏名
(3) 所在地	(5) 連絡先

在宅療養支援歯科診療所に係る報告書

1 直近 1 年間に在宅歯科療養を担当した患者について

- ・ 合計患者数 \_\_\_\_\_ 名
- ・ 平均診療期間 ( \_\_\_\_\_ )ヶ月

2 直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

歯科訪問診療の回数 の合計	歯科訪問診療1	歯科訪問診療 2
回	回	回
歯科疾患在宅療養管理料 の算定状況	人	回
口腔機能管理加算 の算定状況	人	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅歯科療養を担当した患者数は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として診療している患者について、患者1人当たりの在宅歯科診療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「2」は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を行う保険医として担当している患者に対して実施した歯科訪問診療の回数、歯科訪問診療1の算定回数及び歯科訪問診療2の算定回数を記載すること。なお、平成22年6月30日までの間は、歯科疾患在宅療養管理料の算定状況に、平成21年3月31日以前の後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定状況を含む。



在宅時医学総合管理料  
特定施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）：                      年                      月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の1の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。



在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）

- (1) 当該医療機関のみで確保
- (2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保
  - ・ 名称：
  - ・ 開設者：
- (3) 連携保険医療機関のみで確保
  - ・ 名称：
  - ・ 開設者：

2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）

- (1) 担当者が固定している場合
- (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）
  - ・ 担当医師名：
  - ・ 看護職員名：
  - ・ 臨床工学技士名：
  - ・ 連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行なっている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行なうこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行なうこと。
  2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

血液細胞核酸増幅同定検査  
 検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 <span style="float: right;">名</span>	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 <span style="float: right;">実施している ・ 実施していない</span>	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 <span style="float: right;">有 ・ 無</span>	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の経歴(臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの)を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
- 2 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料(従事者の勤務状況など具体的にわかるもの)を添付すること。
- 3 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 4 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料(実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの)を添付すること。
- 5 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

様式 22 の 2

HPV 核酸同定検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
2 産婦人科の経験を5年以上有した 常勤の医師の氏名等	医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。



遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項	
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数
	年
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）	
件	

[記載上の注意]

- 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。

様式24

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算  
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術  
大動脈バルーンポンピング法（IABP法）

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

<p>1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p>	科
<p>2 担当医師の状況</p> <p>(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 40px;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p> <p>(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p> <p>(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p>	
<p>3 連携保険医療機関</p> <p>(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名</p> <p>(2) 5年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名</p> <p style="margin-left: 40px;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p style="margin-left: 20px;">(常 勤) 年</p> <p style="margin-left: 20px;">(非常勤) 年</p>	

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「3」を記載すること。

埋込型心電図検査  
埋込型心電図記録計移植術  
埋込型心電図記録計摘出術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に○をつけること。

<p>次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関 (該当する区分の全てに○をつけること。)</p>
<p>1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術</p>
<p>2 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術</p>
<p>3 埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術</p>
<p>4 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術</p>

様式 24 の 3

心臓超音波検査胎児心エコー法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 産婦人科、循環器内科又は小児科の経験を5年以上有するとともに当該検査を20例以上の経験を有する医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 産婦人科、循環器内科又は小児科の常勤医師の氏名等（産婦人科の場合は、2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	
4 倫理委員会の設置状況		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、医師が経験した当該検査の症例数がわかる書類を添付すること。
- 3 「3」については、産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

人工臓器の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室		平方メートル	
緊急検査が可能な検査体制		有・無	
担当医師の状況			
常時(午前0時より午後12時までの間)待機医師	日勤	名	当直
	その他( )		名
5年以上の経験を有する専門の医師	常勤	名	非常勤
			名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等			
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
病理学的検査			
検査技師及び放射線技師等の勤務体制			
	人	数	勤務形態
検査技師		名	
放射線技師		名	
糖尿病管理患者数	実患者数		算定期間
		名	年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
 なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・人工臓器を担当する医師
  - ・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
  - ・糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも15年以上の経験を有する指導医
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式 24 の 5

皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 常勤医師の氏名及び経験年数		
常勤医師の氏名	経験年数	
		年
		年
		年
		年
		年
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績		
新規導入患者数（過去一年間）		名
通院患者数		名

【記載上の注意】

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも5年以上の経験を有すること。また、その経験年数及び実績のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。

様式25

長期継続頭蓋内脳波検査  
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術  
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 2 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

〔 光トポグラフィー  
中枢神経時期刺激による誘発筋電図 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間</li> <li>・再度の届出（実績期間</li> <li>・機器増設による届出（実績期間</li> </ul>	年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
			年	月～	年	月）
2	届出年月日	平成	年	月	日	
3	施設共同利用率の算定					
	① 当該検査機器を使用した全患者数	_____名				
	② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数	_____名				
	③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____名				
	④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%					
	= <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %					

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の④による施設利用率が20%以上であること。  
なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。



神経磁気診断の施設基準に係る届出書添付書類

3年以上の神経磁気診断の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	神経磁気診断の経験年数
	年

[記載上の注意]

3年以上の神経磁気診断の経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

神経学的検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科	当該診療科の経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の経歴（研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。
- 2 当該検査を施行する医師全て（常勤非常勤に係わらず）について提出すること。

補聴器適合検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 補聴器適合検査に関する所定の研修を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤医師の氏名	
当該検査を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置	
騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置	
補聴器周波数特性測定装置	

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

コンタクトレンズ検査料1の施設基準に係る届出添付書

1 外来患者の数	①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 ②/① × 100% =                      %	
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏 名	経 験 年 数
5 その他（次の事項のうち該当するものに○をつけること）	
ア 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が30%未満	
イ 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合が40%未満、かつ眼科診療を専ら担当する常勤医師が勤務している	

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。

## 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

- 2 10年以上の小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を有する小児科の常勤医師の氏名等（1名以上）

常勤医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（小児食物アレルギーの診断及び治療経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

## 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

- 2 薬疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師の氏名等  
（1名以上）

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（薬疹の診断及び治療の経験及び当該保険医療機関における勤務状況のわかるもの）を添付すること。

様式 31 の 3

センチネルリンパ節生検の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 併用法      2 単独法		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2単独法」のみを届出する場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

〔 画像診断管理加算 1  
画像診断管理加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	①  件	  件
CT撮影及びMRI撮影	②  件	  件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が診断を翌診療日までにを行った件数	
核医学診断	③  件	
コンピューター断層診断	④  件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100\%$ = <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %		



[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」に専門医の氏名を記入する場合には、氏名の下に「（専門医）」と記入すること。また、団体による認定証等の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」及び「4」は記載する必要はないこと。

様式33

画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）
常勤歯科医師の氏名
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日
平成      年      月      日

[記載上の注意]

「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。）  画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院                      承認年月日      年      月      日</li> <li>・ 臨床研修指定病院              指定年月日      年      月      日</li> <li>・ へき地医療拠点病院              指定年月日      年      月      日</li> <li>・ へき地中核病院                   指定年月日      年      月      日</li> <li>・ へき地医療支援病院              指定年月日      年      月      日</li> </ul>
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式35

遠隔画像診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出年月日（ 年 月 日）	
3 地域歯科支援診療支援病院歯科初診料の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

ポジトロン断層撮影  
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○囲むこと。

1	届出種別	・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数	年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の放射線技師	放射線技師の氏名	診断撮影機器	
3 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数		_____名	
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数		_____名	
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数		_____名	
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%		= <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %	
4 施設共同利用率の計算除外対象保険医療機関（該当するものを○で囲むこと。）			
1 特定機能病院			
2 がん診療連携拠点病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること
- 3 「3」については、施設共同利用率が20%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1 撮影に使用する機器について  
(使用する機器に○印をつける)

- ・ 16列以上のマルチスライスCT
- ・ 16列未満のマルチスライスCT
- ・ MRI (1.5テスラ以上)

2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等  
(MRIの場合はテスラ数も記載すること。)

(機種名)

(型番)

(メーカー名)

(テスラ数等)

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。

冠動脈CT撮影加算  
 外傷全身CT加算  
 心臓MRI撮影加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

<p>1 撮影に使用する機器について                  (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マルチスライスCT (64列以上)</li> <li>・MRI (1.5テスラ以上)</li> </ul>	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等                  (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(列数又はテスラ数)</p>	
<p>3 救命救急入院料の届出について</p>	<p>有 ・ 無</p>

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「3」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。



抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の 専任の常勤医師 の氏名		

[記載上の注意]

- 1 届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 2 常勤医師の経歴、勤務状況を添付すること。

〔 外来化学療法加算 1  
 外来化学療法加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する項目事項を○で囲むこと。

1 専用の治療室	専用の治療室の面積	平方メートル
	-----	
	専用の病床数	床
2 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
3 当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名		
4 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
5 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制  可 ・ 不可	(不可の場合、連携保険医療機関名)

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「2」の医師、「3」の看護師及び「4」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「2」については、外来化学療法加算 1 に係る届出の場合のみ記入すること。
- 4 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤（2名以上）	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）				平方メートル	
無 菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット （番号に○をつけること。）				
	形 式 ・ 規 格				
	空 気 清 浄 度、集 塵 効 率 等				
	台 数 等				
無 菌 製 剤 処 理 用 器 具 ・ 備 品 等 の 一 覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

様式41

〔 心大血管疾患リハビリテーション(I) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類  
 〔 心大血管疾患リハビリテーション(II) 〕

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していただかなければならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- 6 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(II)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

## 廃用症候群に係る実績報告書

① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数	名
② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数	名
③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①)	%
④ 廃用症候群以外の患者に対して提供されたりハビリテーション総単位数	単位
⑤ 廃用症候群の患者に対して提供されたりハビリテーション総単位数	単位
⑥ 廃用をもたらすに至った要因	1
	2
	3

**[記載上の注意]**

- 1 「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。ただし、新規に脳血管疾患等リハビリテーションの届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。
- 2 廃用症候群に係る実績等を算出する際には、月ごとの評価に用いている「廃用症候群の評価表」を参考にすること。
- 3 ⑥の廃用をもたらすに至った要因は、新規算定患者についての廃用症候群の評価表1の項目に記載された要因を最も多い順から記載すること。



〔 難病患者リハビリテーション  
障害児（者）リハビリテーション 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非 専 任	名		非 専 任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	専用施設の面積		平方メートル					
	当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
訓練マットとその付属品      姿勢矯正用鏡      車椅子      各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計）      その他（      ）								
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設</li> <li>・ 児童福祉法第43条の4に規定する重度心身障害児施設</li> <li>・ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関</li> <li>・ リハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関</li> </ul>								

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療教室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 4 「障害児(者)リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 5 その他、障害児(者)リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）	A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数B（再掲））	B	名	
脳性麻痺		名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		名	
顎・口蓋の先天異常		名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		名	
先天性又は進行性の神経筋疾患		名	
神経障害による麻痺及び後遺症		名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		名	
当該施設における障害児（者）患者の割合	B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料						
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名					リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名					リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積		専用施設面積				平方メートル		
		言語聴覚療法専用施設の面積				平方メートル		

## 当該療法を行うための機械・器具の一覧

### [記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類  
がん患者のリハビリテーションについて研修を終了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

集団コミュニケーション療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための機械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 2 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。



精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積							平方メートル
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
手工芸							
木工							
印刷							
日常生活動作							
農耕又は園芸							
<p>病院の種別（該当する方に○をつけること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科病院</li> <li>・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院</li> </ul>							

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科 [ ] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経 験 を 有 す る 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積						平方メートル	
		患者1人当たり				平方メートル	

〔記載上の注意〕

- 1 [ ] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・精神科医師
  - ・作業療法士
  - ・看護師
  - ・臨床心理技術者
  - ・精神保健福祉士
  - ・栄養士
  - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 3 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。



重度認知症デイ・ケアの施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名： ) (職名： )	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症デイ・ケア科の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。



エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類  
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等(1名以上)	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5Mhz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類  
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数（5年以上）	_____年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5Mhz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3

透析液水質確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		

[記載上の注意]

- 1 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 2 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 3 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出書添付書類

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関  
(該当する区分に○をつけること。)

- 1 新生児特定集中治療室管理料
- 2 総合周産期特定集中治療室管理料

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

様式 50 の 2

歯科技工加算の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内の歯科技工室の構造設備の概要（平面図及び配置図を含む。）がわかる資料を添付



様式 50 の 3

皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名		
4 麻酔科標榜医の氏名				
5 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 51

内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術  
（後方切除術に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 常勤の整形外科の医師の氏名（2名以上）	
常勤医師の氏名	
3 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	脊椎手術の経験症例数
	例
	例
4 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）を合わせて 30 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数（合わせて 20 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術であること。
- 2 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の整形外科の医師
  - ・脊椎手術を術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
  - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）を合わせて30例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
- 3 「3」から「5」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

[ 検査・手術症例一覧 ]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

様式 53

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下  
 脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 常勤の整形外科の医師の氏名（2名以上）	
常勤医師の氏名	
3 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
4 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）を合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数（合わせて 20 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131」、「K132」から「K134」まで、「K135」、「K136」、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術であること。
- 2 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の整形外科の医師
  - ・脊椎手術を術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
  - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）を合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
- 3 「3」から「5」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
			例
			例
			例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）			例

[記載上の注意]

- 「2」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の形成外科の医師
  - ・常勤の脳神経外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の 2

角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。))の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 (3名以上)		
4 麻酔科標榜医の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 眼科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。



人工内耳埋込術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>		
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p>		
<p>3 内耳又は中耳に対する手術の実施数</p> <p style="text-align: right;">例</p>		
<p>4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等 (3名以上)</p>		
<p>常勤医師の氏名</p>	<p>耳鼻咽喉科の経験年数</p>	<p>人工内耳埋込術の経験症例数</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
	<p>年</p>	<p>例</p>
<p>5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>		
<p>6 人工内耳埋込術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合</p>		
<p>連携医療機関の名称</p>		
<p>開設者名</p>		
<p>所在地</p>		
<p>耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名</p>		
<p>言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に15例以上、再度の届出の場合には実績期間内に30例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」及び「6」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「5」及び「6」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
  - ・1例以上の人工内耳埋込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・言語聴覚療法に専従する職員
  - ・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
  - ・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び耳鼻咽喉科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・常勤の形成外科の医師
  - ・常勤の耳鼻咽喉科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
  - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
  - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
  
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
  
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の 2

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 乳がんセンチネルリンパ節加算 1（併用法） 2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）」のみを届出する場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。





[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出（実績期間      年      月～      年      月）</li> <li>・ 再度の届出（実績期間      年      月～      年      月）</li> </ul>			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数			例
4 経皮的冠動脈形成術の実施症例数			例
5 当該診療科の医師の氏名等			
医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」及び「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が15例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が100例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が30例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が200例以上が必要であること。また、開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「5」は、次の従事者について記載すること。
  - ・ 5年以上の循環器科の経験を有する医師
  - ・ 5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式60

経皮的中心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・新規届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
3 当該診療科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈血栓除去術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年
4 臨床工学技士の氏名 (1名以上)			
5 連携医療機関			
医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴 (経験年数を含む)	
6 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的動脈ステント留置術の実施症例数			
例			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は次の医師について記載すること。
  - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術又は経皮的動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
  - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 3 「5」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴(経験年数を含む。)」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。
- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓除去又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術  
の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>
2	標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	科
3	心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの	例 例
4	開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数	例 例
5	体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数	例
6	当該診療科の医師の氏名等	
	常勤医師の氏名	診療科名
		所定の研修終了年月日
7	当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称)	(承認番号)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて25例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて50例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「6」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を終了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式62

埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																										
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>	<p>例</p> <p>例</p>																									
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">ペースメーカー移植術の実施症例数</p>	<p>例</p> <p>例</p>																									
<p>5 当該診療科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">診療科名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">所定の研修終了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																								
<p>6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) <span style="float: right;">(承認番号)</span></p> <p>(1) 血液学的検査</p> <p>(2) 生化学的検査</p> <p>(3) 画像診断</p>																										

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を終了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																										
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例</p> <p>例</p>																								
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例</p> <p>例</p>																								
<p>5 当該診療科の常勤医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">診療科名</th> <th style="width: 33%;">所定の研修終了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日																								
<p>6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) <span style="float: right;">(承認番号)</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 血液学的検査</li> <li>(2) 生化学的検査</li> <li>(3) 画像診断</li> </ul>																										



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・循環器科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・所定の研修を終了している常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科及び心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・ 再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																							
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 開心術 (冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。) の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>4 心臓血管外科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名等</th> <th style="width: 33%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">補助人工心臓の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例
常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) <span style="float: right;">(承認番号)</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血液学的検査</li> <li>・ 生化学的検査</li> <li>・ 画像診断</li> </ul>																							

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

埋込型補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>																															
<p>2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</p> <p style="text-align: right;">科</p>																															
<p>3 開心術の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																															
<p>4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち過去3年間の経験症例数</p> <p style="padding-left: 20px;">うち90日以上連続した補助を行った症例数</p> <p style="text-align: right;">例 例 例</p>																															
<p>5 移植関係学会合同委員会に選定された年月日</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p>																															
<p>6 心臓血管外科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 20%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 20%;">補助人工心臓の実施症例数</th> <th style="width: 40%;">所定の研修終了年月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修終了年月		年	例			年	例			年	例			年	例			年	例			年	例	
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修終了年月																												
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
	年	例																													
<p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認番号)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血液学的検査</li> <li>・生化学的検査</li> <li>・画像診断</li> </ul>																															
<p>8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 (有・無)</p> <p>補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無 (有・無)</p>																															
<p>9 体外設置型補助人工心臓駆動装置の有無 (有・無)</p> <p>緊急時の装着の施行 (可能・不可能)</p>																															

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「6」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・心臓血管外科の常勤医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
  - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

〔 経皮的動脈遮断術  
ダメージコントロール手術 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関  
(該当する区分に○をつけること。)

- 1 救命救急入院料
  
- 2 特定集中治療室管理料

様式66

{

 体外衝撃波胆石破碎術  
 体外衝撃波・尿管結石破碎術
 
}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等		
緊急時のための手術室		平方メートル		
緊急検査が可能な検査体制		( 有 ・ 無 )		
当該診療科の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	胆石症に関する		腎・尿管結石に関する	
	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
常時(午前0時より午後12時までの間)待機医師		日勤 名 当直 名 その他 ( ) 名		
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器				
検査	一般的名称	承認番号	台数	
生化学的検査				
血液学的検査				
微生物学的検査				
画像診断				

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。  
なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・体外衝撃波胆石破碎術を担当する医師
  - ・胆石治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
  - ・体外衝撃波・尿管結石破碎術を担当する医師
  - ・腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



様式 66 の 2

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 専ら消化器外科に従事しているとともに腹腔鏡下肝切除術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏 名	経験年数	経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 消化器外科の常勤医師の氏名 (3名以上)			
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 病理部門の病理医氏名			
6 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 消化器外科の担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて5例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上（小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて10例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 4 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 68

腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術  
 腹腔鏡下小切開腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術  
 腹腔鏡下小切開腎前立腺悪性腫瘍手術
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について合わせて20例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に、術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下小切開泌尿器手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下小切開泌尿器手術の実施症例数（10例以上）	
例	

注： 腹腔鏡下小切開泌尿器手術とは腹腔鏡下小切開副腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎部分切除術・腹腔鏡下小切開腎摘出術・腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術・腹腔鏡下小切開腎前立腺悪性腫瘍手術のことをいう。

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・ 腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下副腎摘出術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術についてあわせて20例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師
  - ・ 腹腔鏡下小切開泌尿器手術に習熟した医師の指導の下に術者として腹腔鏡下小切開泌尿器手術を10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
- 2 「2」から「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> <li>・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)</li> </ul>			
<p>2 標榜診療科 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">科</p>			
<p>3 腎尿路系手術 (K757からK823-2まで) の実施数</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">例</p>			
<p>4 生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等 (2名以上)</p>			
常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、次の常勤医師について記載すること。
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師
  - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 69 の 2

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 泌尿器科の経験を5年以上有するとともに膀胱水圧拡張術を術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏	名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名			
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 泌尿器科の担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。



焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	年	例
	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）		
例		

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次に該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・当該手術について5例以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
	科
2 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を術者として合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術の症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の実施症例数（10 例以上）	
	例

[記載上の注意]

- 1 「2」から「4」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
  - ・ 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術を術者として合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
  - ・ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

## 様式72

医科点数表第2表第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）及び6に掲げる手術の施設基準に係る届出書添付書類

1. 次の事項を満たしている場合には、○を付けること。

ア	手術（医科点数表第2表第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術を含む当該保険医療機関において実施する全ての手術）を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書（書式様式は任意）で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。

2. 院内掲示をする手術件数

・区分1に分類される手術

手術の件数

ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

・区分2に分類される手術

手術の件数

ア	靭帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

・区分3に分類される手術

手術の件数

ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

・その他の区分に分類される手術

手術の件数

人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 経皮的冠動脈ステント留置術	

備考 1. 院内掲示する文書の写しを添付すること。

2. 同種腎移植術等（移植用腎採取術（生体）及び同種腎移植術をいう。）の実施について、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

輸血管理料 I 及び II の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名	
2 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等	
氏名	
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
3 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況	
日勤名、	当直名
4 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況	
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない
5 輸血用血液検査を常時実施できる体制	
	あり ・ なし
6 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況	
年間開催回数	回 / 年
取組内容	
7 輸血に係る副作用監視体制	
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない
8 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況	
	遵守している ・ 遵守していない
9 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況	
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量	① 単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量	② 単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量	③ 単位
④アルブミン製剤の使用量	④ 単位
FFP/MAP比	( ② - ③ / 2 ) / ① =
アルブミン/MAP比	④ / ① =

[記載上の注意]

- 「3」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 「6」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 「9」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200 mLを赤血球濃厚液1単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120 mLを1単位相当とみなす。

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師

氏 名	経歴(経歴年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

様式 74 の 2

手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

4 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日（当該届出を行っている場合のみ記載）

平成	年	月	日
----	---	---	---





放射線治療専任加算  
外来放射線治療加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目を○で囲むこと。

1 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
X線あるいはCTを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無 （ 有 ・ 無 ）	
※ 外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。



強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> <li>・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</li> </ul>	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数	
例	
7 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・直線加速器（名称））</li> <li>・治療計画用CT装置（名称））</li> <li>・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称））</li> <li>・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称））</li> <li>・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称））</li> <li>・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称））</li> <li>・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称））</li> </ul>	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。
- 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
2方向以上の透視が可能な装置	
画像照合可能なCT装置	
画像照合可能な超音波診断装置	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「4」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

直線加速器による定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用CT装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「3」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製  
テレパソロジーによる術中迅速細胞診

の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 届出区分（該当する届出区分に○をする）
- （    ） テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製
- （    ） テレパソロジーによる術中迅速細胞診

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

- 2 当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

- 3 病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名

- 4 病院種別（該当するものに○をする）

・ 特定機能病院	承認年月日	年	月	日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地中核病院	指定年月日	年	月	日
・ へき地医療支援病院	指定年月日	年	月	日

[記載上の注意]

- 「2」の常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製とテレパソロジーによる術中迅速細胞診の両方を届出する場合は、それぞれ別に作成すること。





歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機器	機器名:	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏名	経歴(経歴年数を含む。)	
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 平成		
検査機器の設置状況等 (設置している機器を○で囲むこと)	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤加算の種類	( ) 基準調剤加算 1 ( ) 基準調剤加算 2 (いずれかに○を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
4	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
5	在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	備蓄品目数 ( ) (1の場合は500以上、2の場合は700以上)
7	全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ~ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合(②/①)：
8	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「2」については、情報の入手手段(インターネット、書籍等)及び患者等からの連絡を受ける手段(電話、FAX、Eメール等)の一覧を添付すること。
- 3 「3」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書(他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載)の見本を添付すること。
- 4 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 5 「5」については、地方社会保険事務局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「7」及び「8」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

後発医薬品調剤体制加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る後発医薬品調剤体制加算 の区分 (いずれかに○を付す)	( )	後発医薬品調剤体制加算 1 (20%以上)
	( )	後発医薬品調剤体制加算 2 (25%以上)
	( )	後発医薬品調剤体制加算 3 (30%以上)

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間：1か 月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近3か月間の 合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品の規格単位数量 (②)				
割合 (②/① % )				

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（平成 年 月 日保医発 第 号）を参照すること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 (5平方メートル以上)				平方メートル	
無 菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること。)				
	形 式 ・ 規 格				
	空気清浄度、集塵効率等				
	台 数 等				
無 菌 製 剤 処 理 用 器 具 ・ 備 品 等 の 一 覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

地方厚生（支）局長  
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長

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

本日、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号）及び「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 号。以下「基準告示」という。）が公布され、平成22年4月1日から適用されることとされたことに伴い、標記について、平成22年4月1日から下記のとおり取り扱うこととしたので、その実施に遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。なお、「「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の制定等について」（平成20年3月5日保発第0305003号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

記

第1 通則に関する事項

- 1 健康保険法（大正11年法律第70号）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」という。）に係る指定訪問看護の費用の額は、訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費の額に、訪問看護情報提供療養費、~~後期高齢者終末期相談支援療養費~~及び又は訪問看護ターミナルケア療養費の額を加えた額とすること。
- 2 指定訪問看護の費用の額は、基準告示第4の1に規定する場合を除き、介護保険法（平成9年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定の対象としないこと。

第2 訪問看護基本療養費について

- 1 訪問看護基本療養費（ ）は、指定訪問看護を受けようとする者（訪問看護基本療養費（ ）又は（ ）を算定する者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。（但し、介護老人保健施設の医師については「退所時の場

合」に限る。) )が交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護師等」という。)が、当該指示書に記載された有効期間内(6か月を限度とする。)に行った指定訪問看護について、利用者一人につき週3日を限度として算定すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等(末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態をいう。)の利用者については、週4日以上算定でき、この場合において、週4日以降の日については、訪問看護基本療養費( )のイ(2)又はロ(2)(~~イ(1)~~)(~~ニ~~)又は(~~2~~)(~~三~~)の所定額を算定すること。

- 2(1) 訪問看護基本療養費( )は、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者であって、障害者自立支援法(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設若しくは福祉ホーム又は同法附則第48条の規定によりなお従前の例による運営をすることができることとされた同条に規定する精神障害者社会復帰施設(以下「精神障害者施設」という。)に入所している複数の者に対して、それらの者の主治医(精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師に限る。)が交付した精神訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、精神障害を有する者に対して指定訪問看護を行うにつき必要な体制が整備されているものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師又は作業療法士(精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有する者に限る。)が、当該指示書に記載された有効期間内(6か月を限度とする。)に行った指定訪問看護について、週3日を限度として算定すること。

ここにいう「精神障害者施設」とは、精神障害を有する者が入所する施設であって、次に掲げるものをいうものであること。

ア グループホーム及びケアホーム(障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。)

イ 障害者支援施設(障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第6項に規定する生活介護を行うものを除く。)

~~ウ 障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号)第6条の7第2項に規定する自立訓練(生活訓練)を行う事業所~~

~~エ 障害者自立支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所~~

~~オ 障害者自立支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所~~

ウカ 障害者自立支援法第5条第22項に規定する福祉ホーム

エキ 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神保健福祉法第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設

- (2) 訪問看護基本療養費( )は、(1)に規定する施設の了解を得て、当該施設に入所している精神障害を有する複数の者に対して **同時に** 指定訪問看護を行った場合に算定できること。

なお、当該者の看護を担当する者に対する社会復帰指導に要する費用については、所定額に含まれること。

(3) 訪問看護基本療養費( )に係る保健師、看護師又は作業療法士とは、次のいずれかに該当する者をいうこと。

ア 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者

イ 精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者

ウ 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者

エ 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

(4) 訪問看護基本療養費( )については、1人の保健師、看護師又は作業療法士が1日に訪問する利用者の数は5名程度を標準とし、8名を超えることはできないこと。

3 (1) 訪問看護基本療養費( )は、指定訪問看護を受けようとする者であつて、同一建物居住者居住系施設入居者等に対して、その主治医(保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。)が交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内(6か月を限度とする。)に同一日に行った指定訪問看護について、利用者一人につき週3日を限度として算定すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者については、週4日以上算定でき、この場合において、週4日以降の日については、訪問看護基本療養費( )のイ(2)又はロ(2)(イ)(三)又は(エ)(三)の所定額を算定すること。\_\_

(2) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような利用者のことをいう。

ア 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者

イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

~~ここにいう居住系施設入居者等とは、次に掲げる利用者いう。~~

~~ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している利用者~~

~~老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム(に規定する施設を除く。)~~

~~同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(に規定する施設を除く。)~~

~~同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(に規定する施設を除く。)~~

~~老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム~~

~~特定施設(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成14年厚生省令第37号)第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第1~~



~~09条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている利用者が入居する施設を含む。）~~

~~高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（に規定する施設を除く。）~~

~~イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている利用者~~

~~介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第9項に規定する短期入所生活介護~~

~~介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護~~

~~介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護~~

~~介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）~~

~~介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護~~

4 指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者を除く。）であって注4に規定する特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該特別訪問看護指示書の交付の日から起算して14日以内に行った場合は、月1回に限り（基準告示第2の2に規定する者については1月に2回に限り）、14日を限度として訪問看護基本療養費（ ）又は（ ）を算定できること。

なお、特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあった日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週3日を限度として算定すること。また、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。

基準告示第2の2に規定する者は以下の者である。

ア 気管カニューレを使用している状態にある者

イ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類 度又は 度

DESIGN分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5

5 注5に規定する難病等複数回訪問加算は、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者又は4の特別訪問看護指示書が交付された利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を実施した場合に所定額に加算すること。

6 注6に規定する延長時間加算は、訪問看護基本療養費（ ）について、指定訪問看護の時間が3時間を超えた場合に、3時間を超えた時間について、5時間を限度として1時間又はその端数を増すごとに所定額に加算すること。

7(1) 注7に規定する特別地域訪問看護加算は、基準告示第3に規定する地域（以下「厚生

労働大臣が定める地域」という。)に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、所定額に相当する額を加算すること。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できないこと。

(2) 特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地が厚生労働大臣の定める地域に該当するか否かについては、地方厚生(支)局に確認すること。

8(1) 注8に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。8において同じ。)の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。当該加算は、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員(以下「連絡担当者」という。)の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

(2) 緊急訪問看護加算に係る緊急訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

9(1) 注9に規定する長時間訪問看護加算は、訪問看護基本療養費( )又は( )について、基準告示第2の3に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が2時間を超えた場合、1人の利用者に対して週1回に限り所定額に加算すること。

(2) 長時間訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」(平成12年厚生労働省告示第602号)第1に規定する利用料を受け取ることができること。

10 注10に規定する乳幼児加算及び幼児加算は、3歳未満又は3歳以上6歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合に1日につき1回に限り加算すること。

11(1) 注11に規定する複数名訪問看護加算は、訪問看護基本療養費( )又は( )について、基準告示第2の4に規定する同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、同時に複数の看護師等による指定訪問看護を実施した場合、1人の利用者に対して週1回に限り所定額に加算すること。

(2) 同時に複数の看護師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得ること。

(3) 単に2人の看護師等が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって複数名訪問看護加算を算定することはできない。

(4) 同時に複数の看護師等による指定訪問看護とは、1人以上は看護職員(保健師、助産師、看護師又は准看護師)であること。

12(1) 利用者について、次のいずれかに該当する場合は所定額は算定しないこと。ただし、基準告示第4の2に定める場合についてはこの限りではないこと。

ア 病院、診療所及び介護老人保健施設等の医師又は看護師等が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

イ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ウ ~~他の訪問看護ステーション（基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者については、他の2つの訪問看護ステーション）から現に指定訪問看護を受けている場合（当該利用者がエ又はオに規定する利用者である場合を除く。）~~

エ 次に掲げる利用者が、他の2つ以上の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者（オに規定する者を除く。）

特別訪問看護指示書の交付を受けた訪問看護ステーションからの指定訪問看護を受けている利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されているもの

オ 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものが、他の3つ以上の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合

(2) (1)のエ及びオにおいて、1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれの訪問看護ステーションで訪問看護療養費は算定できないこと。

(3) (1)のエの に該当する利用者に対して2つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、特別訪問看護指示書の指示期間中であって、週4日以上指定訪問看護が計画されている週に限ること。ただし、特別訪問看護指示期間の開始の日の属する週及び当該指示期間の終了日の属する週においては、当該週で週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

(4) (1)のオに該当する利用者に対して3つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、週7日の指定訪問看護が計画されている期間に限ること。

~~(5)~~ 訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費を算定できないこと。

ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。

ア 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、保険医療機関等が往診を行って往診料を算定した場合

イ 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定した場合

ウ 利用者が保険医療機関等を退院後1月を経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合

~~(6)~~ ~~(5)~~の「特別の関係」とは、「診療報酬の算定方法の一部改正制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発第0305004号）の別添1第1章第2部通則7の(3)に規定する関係をいうこと。

~~134~~ 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費( )及び( )については30分から1時間30分程度、訪問看護基本療養費( )については1時間から3時間程度を標準とすること。

~~144~~ 初回の訪問時においては、訪問看護記録書に、病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入するこ



と。

1549 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要及び訪問に要した時間（7（1）の特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。

### 第3 訪問看護管理療養費について

1（1）訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に算定すること。

（2）（1）の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものであること。

ア 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

イ 訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

（3）訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居宅における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理（他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。）に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれること。

（4）利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができること。

（5）1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う場合は、訪問看護ステーション間において十分に連携を図ること。

（6）指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所又は精神保健福祉センター（以下「市町村等」という。）において実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮すること。

2（1）ア 注2のイに規定する24時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算すること。

イ 24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

ウ 24時間対応体制加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受け

ていないか確認すること。

エ 24時間対応体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合及び緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(2)ア 注2の口に規定する24時間連絡体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあるものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、保健師又は看護師が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算すること。

イ 24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

ウ 24時間連絡体制加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

エ 24時間連絡体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

オ 24時間連絡体制加算を算定する場合については、24時間対応体制を整備するように努めること。

(3) 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算は、1つの訪問看護ステーションにおいていずれか一方のみを算定するものであり、当該訪問看護ステーションにおける利用者によって24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を選択的に算定することができないものであること。

3(1) 注3に規定する重症者管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、かつ月4日以上指定訪問看護を行った場合に、月1回に限り所定額に~~4月につき~~加算すること。

(2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第2の5-4に規定する状態等にある利用者であって、下記のいずれかに該当するものであること。

ア 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある利用者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある利用者

イ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理若しくは在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある利用者

ウ ドレーンチューブを使用している状態にある利用者

エ 人工肛門若しくは人工膀胱を設置している状態にある利用者

オ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者

カ 真皮を越える褥瘡の状態にある者

NPUP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類 度又は 度

DESIGN分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5

ただし、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、アに掲げるものをいうこと。

- (3) (2)のオの「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」に対して重症者管理加算を算定する場合は、当該管理指導に係る指示書による点滴注射が終了した日及びその他必要が認められる場合には、主治医への連絡を速やかに行うこと。また、訪問看護記録書に在宅患者訪問点滴注射指示書を添付の上、点滴注射の実施内容を記録すること。
- (4) (2)のカの「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して重症者管理加算を算定する場合は、定期的(1週間に1回以上)に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価(褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット)を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものであること。
- (5) 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。
- 4(1) 注4に規定する退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、当該主治医又はその所属する保険医療機関又は介護老人保健施設(当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。)の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費のイの所定額に加算すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者及び同告示第2の5-4に規定する状態等にある利用者については、複数日に指導を実施した場合に限り、2回に限り加算ができる。~~(複数日に指導を実施した場合に限る。)~~この場合、当該2回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に加算する。
- なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できること。
- (2) 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関又は介護老人保健施設において行われた退院時共同指導については、所定額は算定しないこと。
- (3) 退院時共同指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーションが退院時指導を行った場合は、合わせて2回まで算定できること。このため退院時共同指導を行う場合には、主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設に対し、他の訪問看護ステーションとの退院時共同指導の有無について確認すること。
- (4) 退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。
- (5) 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- 5(1) 注6に規定する退院支援指導加算は、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者及び同告示第2の5-4に規定する状態等にある利用者に対して、保険医療機関から退院す



るに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算すること。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導加算を行った場合においても算定できること。

- (2) 退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定すること。
  - (3) 訪問看護ステーションと特別の関係のある保険医療機関からの退院の場合に行われた退院支援指導の場合については、所定額は算定しないこと。
  - (4) 退院支援指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、退院支援指導を行う場合には、主治医の所属する保険医療機関に対し、他の訪問看護ステーションとの退院支援指導の有無について確認すること。
  - (5) 退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- 6(1) [注7に規定する](#)在宅患者連携指導加算は、在宅での療養を行っている利用者の診療情報等を、当該利用者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。
- (2) 在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難な者について、利用者又はその家族等の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等(電子メール、ファクシミリでも可)により共有された診療情報を基に、利用者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月1回に限り加算すること。
  - (3) 単に医療関係職種間で当該利用者に関する診療情報を交換したのみの場合は算定できない。
  - (4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに利用者又はその家族等への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該利用者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
  - (5) 当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護を行った場合は、所定額を算定できない。
  - (6) 訪問看護ステーションと特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定額は算定しないこと。
  - (7) 在宅患者連携指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから在宅患者連携指導加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。
  - (8) 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日、並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を訪問看護記録書に記載すること。
- 7(1) [注8に規定する](#)在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、在宅での療養を行っている利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該利用者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、利用者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価を行うものである。
- (2) 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して

療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定すること。なお、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対して、複数の訪問看護ステーションが指導を行った場合は、合わせて2回まで算定できること。（同一回のカンファレンスに複数の訪問看護ステーションが参加した場合は、1つの訪問看護ステーションのみ算定できること。）また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

- (3) カンファレンスの目的のみをもって利用者の居住する場を訪問しカンファレンスの結果を受けた指導以外特段の指導を行わなかった場合、訪問看護基本療養費（ ）又は（ ）は併せて算定できないこと。（この場合、カンファレンスを実施した後に実施した指定訪問看護の実施時に加算すること。）
- (4) 当該利用者に対する診療を担う保険医療機関の保険医と当該利用者の訪問看護ステーションの看護師等と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある関係者のみとカンファレンスを行った場合は算定できないこと。
- (5) カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、利用者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を訪問看護記録書に記載すること。

#### 第4 訪問看護情報提供療養費について

- 1 訪問看護情報提供療養費は、訪問看護ステーションと市町村等の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とするものであること。
- 2 訪問看護情報提供療養費は、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該市町村等が利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス（入浴、洗濯等のサービスも含む。）等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定すること。  
なお、指定訪問看護を行った日から2週間以内に、別紙様式1又は2の文書により、市町村等に対して情報を提供した場合に算定すること。
- 3 市町村等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。
- 4 市町村等が指定訪問看護事業者である場合には、当該市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費は算定できないものであること。
- 5 訪問看護情報提供療養費は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、市町村等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて市町村等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

#### 第5 ~~削除~~後期高齢者終末期相談支援療養費について

- ~~1 後期高齢者終末期相談支援療養費は、後期高齢者である利用者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師や看護師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて利用者が医療関係職種と話し合いを行い、利用者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。~~
- ~~2 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期にお~~



~~る療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、利用者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に利用者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを訪問看護記録書に添付すること。~~

- ~~3 利用者の十分な理解が得られない場合又は利用者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、利用者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した利用者であるからといって、利用者に意思の決定を迫ってはならないこと。~~
- ~~4 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあつては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。~~
- ~~5 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また利用者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し利用者の十分な理解を得ること。ただし、変更があつた際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。~~
- ~~6 利用者の死亡時に算定すること。~~
- ~~7 終末期相談支援の目的のみをもつて利用者の居住する場を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかつた日にあつては、訪問看護基本療養費（ ）又は（ ）は算定できないこと。~~
- ~~8 後期高齢者終末期相談支援療養費は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、後期高齢者終末期相談支援療養費に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから後期高齢者終末期相談支援療養費に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。~~

## 第6 訪問看護ターミナルケア療養費について

- 1 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。
- 2 訪問看護ターミナルケア療養費は、訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）について、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定すること。
- 3 訪問看護ターミナルケア療養費は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。
- 4 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、死亡した場所及び死亡時刻等を訪問看護記録書に記録すること。

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

#### 特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について

「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第64号）が本日付けをもって公布されたところであるが、材料価格の算定に当たっての留意事項については、下記のとおりとすることとしたので、関係者に対し周知徹底を図られたく通知する。

なお、この通知は、平成22年4月1日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305005号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

#### 記

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

#### 1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

(1) 療養に要する費用の額の算定に当たって、保険診療に用いられる医療機器・材料(薬

事法（昭和35年法律第145号）上の承認又は認証を得たものであって、超音波診断装置、CT、MRI等の装置類は除く。以下「保険医療材料」という。）に係る費用を手技料及び薬剤料と別途算定する場合は、当該医療機器の費用の額は、材料価格基準別表の各項（関係通知において準用する場合を含む。）に規定されている材料価格により算定する。

- (2) 特掲診療料の各部において、特定保険医療材料を算定する場合には、特定保険医療材料の材料価格を10円で除して得た点数となるが、この場合において端数が生じた場合は端数を四捨五入して得た点数とする。
- (3) 特定保険医療材料以外の保険医療材料については、当該保険医療材料を使用する手技料の所定点数に含まれており、別途算定できない。また、特定保険医療材料以外の保険医療材料を処方せんにより給付することは認められない。さらに、保険医療材料を患者に持参させ、又は購入させてはならない。
- (4) 特定保険医療材料は、薬事法上承認又は認証された使用目的以外に用いた場合は算定できない。

## 2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

### (1) 腹膜透析液交換セット

ア 交換キットは、キャップ又はクラムシエルの場合は1個を、ウエハーの場合は2枚を1キットとし、1交換当たり1キットを限度として算定する。

イ 交換キットは、自動腹膜透析装置を使用する場合は、APDセット1個当たり4キット分を限度として算定する。

ウ 交換キットは、バッグ再利用式（排液バッグ付き腹膜透析液又は回路を使用しない方法）により腹膜透析液を交換した場合は、1交換当たり2キット分を限度として算定する。

### (2) 在宅中心静脈栄養用輸液セット

夜間の中心静脈栄養等で、在宅中心静脈栄養用輸液セットを1月につき7組以上用いる場合において、7組目以降の中心静脈栄養用輸液セットについて算定する。

### (3) 在宅血液透析用特定保険医療材料

在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記 の3の(29)に準じる。 \_\_

### (4) 携帯型ディスプレイ注入ポンプ

疼痛管理又は化学療法を目的として使用した場合に限り算定できる。疼痛管理においてPCA(Patient Controlled Analgesia)用装置を併用(一体型製品を含む。)した場合の費用も当該材料価格に含まれる。携帯型ディスプレイ注入ポンプは、頻回の疼痛管理等で1月につき7個以上用いる場合において、7個目以降の携帯型ディスプレイ注入ポンプについて算定する。 \_\_

### (5) 皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

本材料は区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。 \_\_

皮膚欠損用創傷被覆材について、同一の部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。 \_\_

## 3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

- (1) 血管造影用シースイントロデューサーセット
- ア 血管造影用シースイントロデューサーセットの材料価格には、ダイレーター、カテテルシース及びガイドワイヤーの材料価格が含まれ別に算定できない。ただし、ダイレーターのみ使用する場合は、ダイレーターとして算定する。
- イ ペースメーカー用カテテル電極用シースイントロデューサーセットは、血管造影用シースイントロデューサーセットの蛇行血管用として算定する。
- ウ 胸水・腹水シャントバルブの静脈側カテテル、腹腔側カテテル及び胸腔側カテテルを挿入するシースイントロデューサーは、血管造影用シースイントロデューサーセットの蛇行血管用として算定する。
- エ 遠位端可動型は、経皮的カテテル心筋焼灼術を実施する際に頻脈性の治療を目的として使用した場合に限り算定できる。
- (2) ダイレーター
- ダイレーターは、カテテルシース及びガイドワイヤーを用いず単独使用した場合にのみ算定できる。
- (3) 体外式連続心拍出量測定用センサー
- 一人の患者について、体外式連続心拍出量測定用センサーとサーモダイリレーション用カテテル又は血管内手術用カテテルの連続心拍出量測定用カテテルを同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。
- (4) 血管内超音波プローブ
- ア 血管内超音波プローブは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定できる。
- イ 血管内超音波プローブの特定( )又は特定( )は、当該手技に伴って使用された場合に算定する。
- (5) 血管造影用カテテル
- 心臓マルチパーパス型は、1回の造影につき1本のみ算定できる。なお、他の血管造影用カテテルと同時に使用した場合はいずれか主たるもののみ算定する。
- (6) テクネシウム<sup>99m</sup>ガス吸入装置用患者吸入セット
- ア テクネシウム<sup>99m</sup>ガス吸入装置用患者吸入セットは、テクネシウム<sup>99m</sup>ガス吸入装置(薬事法承認番号04B輸第1045号)に使用される患者吸入セットを使用した場合に算定できる。
- イ テクネシウム<sup>99m</sup>ガス吸入装置用患者吸入セットには超微粒子発生槽、呼気フィルター及び連結チューブが含まれており、別に算定できない。
- (7) 3管分離逆止弁付バルーン直腸カテテル
- ア 3管分離逆止弁付バルーン直腸カテテルは区分番号「E003」の「6」の「イ」注腸を実施した場合に算定できる。
- イ 一般的名称が「腸用滅菌済みチューブ及びカテテル」でカテテルを固定するバルーンが内側のみのものは、3管分離逆止弁付バルーン直腸カテテルとして算定できる。
- (8) 携帯型ディスポーザブルPCA用装置及び携帯型ディスポーザブル~~PCA~~用注入ポンプ
- ア 携帯型ディスポーザブルPCA用装置及び携帯型ディスポーザブル~~PCA~~用注入ポンプは、注射又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは硬膜外

ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、PCA ( Patient Controlled Analgesia ) のために組み合わせて用いた場合に算定できる。ただし、外来化学療法後に抗悪性腫瘍剤を持続注入する目的とする場合に限り、一般型のみを算定することができる。

なお、本材料を算定する場合には、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。

イ PCAライン及び持続注入ラインで構成されている携帯型ディスポーザブルPCA用注入ポンプは、PCAラインに接続し使用している場合に算定できる。

ウ 一体型を使用した場合は、携帯型ディスポーザブルPCA用装置は別に算定できない。

(9) プラスチックカニューレ型静脈内留置針

プラスチックカニューレ型静脈内留置針は、おおむね24時間以上にわたって経皮的静脈確保を必要とする場合又は6歳未満の乳幼児、ショック状態若しくはショック状態に陥る危険性のある症例で翼状針による静脈確保が困難な場合に限り算定できる。

(10) 中心静脈用カテーテル

ガイドワイヤーは、別に算定できない。

(11) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材

抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材は、マイトマイシンCと混和して肝動脈に注入する場合に限り算定できる。ただし、使用量を決定する目的で注入する場合は、この限りではない。

(12) 涙液・涙道シリコンチューブ

ア 涙液・涙道シリコンチューブについては、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

イ ブジー付チューブは、涙嚢鼻腔吻合術又は涙小管形成術に使用した場合は算定できない。

(13) 脳・脊髓腔用カニューレ

脳・脊髓腔用カニューレは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

(14) 套管針カテーテル

套管針カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

(15) 栄養カテーテル

栄養カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

(16) 気管内チューブ

気管内チューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。ただし、やむを得ず24時間未満で使用した場合は、1個を限度として算定できる。

(17) 胃管カテーテル

胃管カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。

(18) 吸引留置カテーテル

吸引留置カテーテルは、24時間以上体内(消化管内を含む。)に留置し、ドレナージを行う場合に算定できる。

(19) イレウス用ロングチューブ

- ア イレウス用ロングチューブは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (20) 腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット
- ア 膀胱瘻用カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ 腎瘻用カテーテルは、腎瘻術又はカテーテル交換術を行う際、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- ウ 膀胱瘻用カテーテルを交換した場合は、交換用セットは別に算定できない。
- エ ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (21) 経鼓膜換気チューブ
- 経鼓膜換気チューブは、24時間以上体内留置し、滲出性中耳炎の治療を行う場合に算定できる。
- (22) 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット
- ア 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (23) 胆道ステントセット
- ア 胆道ステントセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (24) 尿管ステントセット
- ア 尿管ステントセットは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ 外科的手術により尿管の再建を行う場合に算定できる。
- ウ ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (25) 尿道ステント
- ア 一時留置(交換)型尿道ステントは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ 一時留置(交換)型尿道ステントを留置する際に使用するガイドワイヤーは、別に算定できない。
- ウ 永久留置型尿道ステントは、1回の手術に対し1個を限度として算定する。
- (26) 交換用胃瘻カテーテル
- ア 交換用胃瘻カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- イ バンパー型の交換用胃瘻カテーテルは、4か月に1回を限度として算定できる。
- (27) 気管切開後留置用チューブ
- T型カニューレは、気管切開を行った場合に算定できる。
- (28) 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。
- (29) 人工腎臓用特定保険医療材料
- ア 吸着型血液浄化器(2-ミクログロブリン除去用)は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下のaからcまでのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓(血液透析に限る。)を行う際に用いた場合に、初回の使用日から1年を限度として算定する。
- また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下のb及びcの要件を満たすことを確認した場



合に限り、更に1年を限度として算定できる。3度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

- a 手術又は生検により、 $\gamma_2$ -ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。
- b 透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放術を受けている。
- c 画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、本材料を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本材料の使用開始日を記載する。

イ 人工腎臓用特定保険医療材料の材料価格には、回路の材料価格が含まれ別に算定できない。

(30) 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル

緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルは1週間に1本を限度として算定できる。~~なお、当該カテーテルを設置するための手技料は、区分番号「J038」大腎臓（1日につき）に含まれ別に算定できない。~~

(31) 血漿交換療法用特定保険医療材料

ア 血漿交換用血漿分離器

血漿交換用血漿分離器の材料価格には、回路の材料価格が含まれる。

イ 血漿交換用血漿成分分離器

- a 劇症肝炎及び薬物中毒の場合にあっては、二重濾過血漿交換療法は実施されることがなく、したがって膜型血漿成分分離器は請求できない。
- b 回路は別に算定できない。

ウ 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

- a 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器として算定できるのは、以下の各々のものである。

劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合

難治性の家族性高コレステロール血症、巣状系球体硬化症又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（LDL吸着器）

重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症又は慢性炎症性脱髄性多発根神経炎に対して使用した場合

- b 回路は別に算定できない。

(32) 吸着式血液浄化用浄化器

ア 回路は別に算定できない。

イ 吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）は2個を限度として算定する。

ウ 肝性昏睡又は薬物中毒の際に行う吸着式血液浄化法において血漿分離及び吸着式血液浄化を行う場合、吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）とセットになっている血漿分離器は血漿交換用血漿分離器として算定できる。

(33) 白血球吸着用材料、~~遠心分離式白血球除去用材料~~

ア 回路は別に算定できない。

イ 1日につき1個を限度として算定する。

(34) 腹膜透析用カテーテル

ガイドワイヤー及び穿刺針は別に算定できない。

(35) 副鼻腔炎治療用カテーテル

副鼻腔炎治療用カテーテルは3本を限度として算定する。

(36) 副木

ア 副木は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り算定することができる。他の患者に対し何回も使用し得るもの、又は器具と認められる副木について算定することは認められない。

副木には、矯正包帯などに用いる厚紙などは含まない。

イ クラメル副子は副木に含まれる。

ウ 下肢のヒール付ギプス包帯を行った場合のヒールは、特定保険医療材料として算定する。

エ クラメル副子、指アルミ副子については、特定保険医療材料として算定し、外転シーネ、腕関節及び指能動副子については、専門技工家の組立その他複雑な製作を要すると考えられるので療養費払いとする。

オ 区分番号「K144」体外式脊椎固定術のベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用により消耗する程度のものに限り算定できる。

(37) 人工股関節用材料及び人工膝関節用材料

ア 人工股関節用材料及び人工膝関節用材料に併用される部品は、特に規定する場合を除き、所定点数に含まれるものであり、別途特定保険医療材料として算定できない。

イ 臼蓋形成用カップ及びライナーが組み合わされ一体化されている製品であって、固定方法が直接固定である製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

ウ バイポーラカップとステムヘッドが組み合わされ一体化されている製品を使用した場合は、それぞれ算定する。

(38) オプション部品

人工関節固定強化部品として算定できるのは、臼蓋用及び脛骨コンポーネント用のスクリューであり、固定用内副子であるスクリューを使用した場合は、固定用内副子として算定する。

(39) 大腿骨外側固定用内副子

ア スラストプレート人工股関節システムを使用して人工股関節置換術を行った場合は、ラグスクリュー（生体用合金）及びつばなしプレート（生体用合金）により算定する。

イ スラストプレート人工股関節システムを固定するために用いるスクリューは、一般スクリューとして算定できる。

(40) 脊椎固定用材料

ア U字型脊椎ロッドは、脊椎ロッド2本とトランスバース固定器1本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。また、レクタングル型脊椎ロッドは、脊椎ロッド2本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

イ 脊椎ロッドと脊椎プレートの機能を併せて持つものについては、主たる機能に係るもののみを算定する。

ウ 脊椎ロッドと椎体フックが組み合わされ一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。



エ トランスバース固定器と椎体フックの機能を併せて持つものについては、それぞれ算定して差し支えない。

オ U字型プレート（後頭骨を支持する機能を有するものに限る。）は、脊椎プレート（S）2枚を組み合わせたものとして算定できる。

- (41) 上肢再建用人工関節用材料、下肢再建用人工関節用材料並びにカスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨

上肢再建用人工関節用材料、下肢再建用人工関節用材料並びにカスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨については、原則として悪性腫瘍、再置換等の症例に限って使用できる。なお、当該保険医療材料を使用した場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

- (42) 固定用金属線

ア 高分子ポリエチレン製のケーブルは、脊椎の固定に使用した場合に、固定用金属線として算定する。

イ ワイヤーについては、使用した長さにより算定する。

- (43) 固定用金属ピン

骨接合用器具器械（類別許可品目）として届出されたガイドピンは算定できない。

- (44) 人工骨

人工骨は、それぞれ以下の場合に算定できる。

ア 骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患若しくは骨腫瘍の病巣搔爬後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合、頭蓋欠損部若しくは骨窓部の充填に使用した場合又は鼓室形成術に使用した場合

イ 汎用型・非吸収型・骨形成促進型については、新鮮な長管骨の骨折で骨欠損の著しい場合において、欠損部位の補填に使用した場合

ウ 椎弓・棘間用、椎体固定用については、原発性脊椎悪性腫瘍若しくは悪性腫瘍の脊椎転移後の際の脊椎固定又は脊椎症、椎間板ヘルニア若しくは脊椎分離・すべり症に対する脊椎固定を行う場合

エ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうちトルコ鞍プレートについては、下垂体又は視床下部の腫瘍摘除の結果としてトルコ鞍の欠損部補填を行う場合

オ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち眼窩底スペーサについては、眼窩床骨折整復を行う場合

カ 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用のうち下顎骨補綴材については、下顎骨腫瘍又は下顎骨外傷の治療として欠損補填を行う場合

キ 骨盤用腸骨稜用については、腸骨稜を移植骨として採取した後の欠損補填を行う場合

ク キールボンについては、骨移植に使用した場合

- (45) 骨セメント

ア 頭蓋骨用については、頭蓋骨に用いた場合に算定する。

イ 頭蓋骨用以外については、人工関節（股関節、膝関節）置換術を行う際の固定を目的として用いた場合に算定する。

- (46) 脊髄刺激装置用リードセット、埋込型脳・脊髄電気刺激装置

ア 脊髄刺激装置用リードセット

8 極用脊髄刺激装置用リードセットは、4 極用脊髄刺激装置用リードセット 2 本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

イ 埋込型脳・脊髄電気刺激装置

a 埋込型脳・脊髄電気刺激装置（振戦軽減用）は、パーキンソン病又は本態性振戦に伴う薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等の症状の軽減を目的に使用した場合に、1 回の手術に対し 2 個を限度として算定できる。

b 埋込型脳・脊髄電気刺激装置の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種交換等の場合は算定できない。

~~ウ 脊髄刺激装置用リードセット~~

~~8 極用脊髄刺激装置用リードセットは、4 極用脊髄刺激装置用リードセット 2 本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。~~

(47) 人工内耳用材料

ア 人工内耳用材料の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種の交換等の場合は算定できない。

イ 携帯型又は耳掛け型の選択できる人工内耳用音声信号処理装置については、いずれか一方を選択し算定できる。

なお、耳掛け型を選択した場合は、人工内耳用音声信号処理装置及び人工内耳用ヘッドセットの材料価格を合算して算定する。

ウ 人工内耳用ヘッドピースは、マイクロホン、送信コイル、送信ケーブル、マグネットを合算して算定する。人工内耳用ヘッドピースケーブルは、接続ケーブルで算定する。

エ 耳掛け型のケーブル付き送信コイルは、送信コイルと送信ケーブルを合算して算定する。

(48) 気管・気管支ステント

気管・気管支ステントは、1 回の手術に対し 1 個を限度として算定する。

(49) 食道用ステント

食道用ステントは、1 回の手術に対し 1 個を限度として算定する。

(50) 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット

ア 実際に使用したセット数にかかわらず、1 日につき 1 個のみ算定する。

イ 内視鏡的食道静脈瘤結紮セットの材料価格には、デバイス（ワイヤー、アダプタ及びリング）及びオーバーチューブの費用が含まれ別に算定できない。

(51) 組織代用人工繊維布

生体由来材料は、開心根治術の場合に算定できる。

(52) 合成吸収性癒着防止材

合成吸収性癒着防止材を、女子性器手術後の卵管及び卵管采の通過・開存性の維持以外の目的で使用した場合には、373.38cm<sup>2</sup>を限度として算定できる。

(53) 皮膚欠損用創傷被覆材

ア 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ 皮膚欠損用創傷被覆材は、いずれも 2 週間を標準として、特に必要と認められる場合については 3 週間を限度として算定できる。また、同一部位に対し複数の創傷被覆材を用いた場合は、主たるもののみ算定する。

ウ 皮膚欠損用創傷被覆材は、以下の場合には算定できない。

- a 手術縫合創に対して使用した場合
- b 真皮に至る創傷用を真皮に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
- c 皮下組織に至る創傷用・標準型又は皮下組織に至る創傷用・異形型を皮下組織に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合
- d 筋・骨に至る創傷用を筋・骨に至る創傷又は熱傷以外に使用した場合

(54) 真皮欠損用グラフト

ア 真皮欠損用グラフトについては、1局所に2回を限度として算定する。

なお、縫縮可能な小さな創に用いた場合は算定できない。

イ 真皮欠損用グラフトについては、口蓋裂手術創の口腔粘膜欠損の修復に用いた場合又は熱傷、外傷、手術創の骨、腱、筋肉等が露出した重度の真皮・軟部組織欠損創の修復に用いた場合に算定できる。

(55) ゼラチンスポンジ止血材

ゼラチンスポンジ止血材については痔疾患術後における直腸肛門部の止血のために用いた場合に算定できる。

(56) デキストラノマー

デキストラノマーは、下腿潰瘍、第 度熱傷、第 度熱傷若しくは消化管瘻周囲皮膚炎の浸出性創面、褥瘡又は術創に対して、2週間（改善傾向が明らかな場合は、3週間）を限度として算定できる。

(57) 微線維性コラーゲン

ア 微線維性コラーゲンは、肝、脾、脾、脳、脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、心臓切開縫合閉鎖部、心臓表面、A Cバイパス吻合部、胸骨断面、肺切離面、胸膜湊離面及び縦隔リンパ節郭清部、関節手術における骨切り面、子宮実質、膀胱・骨盤内腹膜・直腸湊離面、傍大動脈リンパ節郭清部、骨盤内リンパ節郭清部、骨盤底又は骨盤壁からの出血で、結紮、レーザーメス又は通常の処置による止血が無効又は実施できない場合において、止血に使用した場合に算定する。

イ 微線維性コラーゲンは、粉末状のもの、シート状のもの又は綿状のものにかかわらず算定できる。

ウ ゼラチン止血・接着剤は、解離性大動脈瘤の解離腔、大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む。）、A Cバイパス吻合部又は肺若しくは肝切離面に対し、結紮、レーザーメス又は通常の処置による止血・閉鎖が無効又は実施できない場合において、止血・閉鎖のために使用した場合に算定できる。

(58) 経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料

経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5 Fr以上のイントロデューサーシースを使用した症例であって、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り1セットについてのみ算定できる。

ただし、手術後1週間以内に入院した場合は算定できない。

(59) 頭・静脈、腹腔シャントバルブ

カテーテル、バルブ、リザーバー、コネクタのいずれかが組み合わされ、一体化されたものについては、それぞれ算定して差し支えない。

(60) 植込み埋込式心臓ペースメーカー用リード、体外式ペースメーカー用カテーテル電極

ア 埋込式心臓ペースメーカー用リード

~~植込み埋込~~式心臓ペースメーカー用リードを~~植込み埋込~~型除細動器に接続し使用した場合は、経静脈リードの標準型として算定する。――

イ 体外式ペースメーカー用カテーテル電極

心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」を算定する場合は、K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術の三次元カラーマッピング加算は算定できない。

(61) 遠心式体外循環用血液ポンプ

ア 遠心式体外循環用血液ポンプは、人工心肺回路セットに併用される場合、胸部若しくは胸腹部の大動脈瘤手術時における病変部大動脈の一時的バイパスを行う場合又は経皮的な心肺補助法（PCPS）を行う場合に算定できる。

イ 流量測定に用いるセルは別に算定できない。

(62) 体外循環用カニューレ

付加機能のうち加算の対象となる付加されている生体適合性とは、ヘパリンコーティング及び抗血栓性セグメント化ポリウレタンをいう。また、付加機能のうち、密封・固定、圧モニター及びベント（心筋保護カニューレにおけるもの）は加算の対象とならない。

(63) 人工心肺回路

人工心肺と同時に行われた選択的冠灌流の際の回路については、人工心肺回路として算定できる。

(64) 補助人工心臓セット

ア 体外型の材料価格には、補助人工心臓血液ポンプ、送血用カニューレ、脱血用カニューレ、駆動用チューブ、心房カフ、スキンカフ、タイバンド及びシリコン栓の材料価格が含まれ別に算定できない。

イ 体外型は左心補助、右心補助についてそれぞれ1個を限度として算定できる。

ウ ~~植込み埋込~~型を~~植込み埋込~~から3年以内に再度~~埋込~~植込む必要が生じた場合の材料価格は所定の価格に含まれ別に算定できない。

エ ~~植込み埋込~~型の材料価格には、血液ポンプ、送血用人工血管、脱血用人工血管、送血用生体由来人工心臓弁、脱血用生体由来人工心臓弁、コントロールユニットの材料価格が含まれ別に算定できない。

(65) 心臓手術用カテーテル

ア 心臓手術用カテーテルに併用されるガイドワイヤー等の特定保険医療材料は別途算定できる。

イ 特定保険医療材料以外の保険医療材料であって心臓手術用カテーテルに併用されるもの（三方活栓、延長チューブ、インデフレーター等）は算定できない。

ウ 冠動脈用ステントセット救急処置型は、対象血管内径2.75mmから5.0mmの冠動脈又は伏在静脈グラフトに穿孔が生じ、心嚢内への止血が困難な血液漏出がある患者に対する救命の為の緊急処置に使用された場合のみ算定できる。

- エ 冠動脈用ステントセット救急処置型は、本医療材料による処置が不成功となった場合に適切な処置が行えるよう、心臓外科的処置のできる施設若しくは近隣の医療機関との連携により緊急事態に対応できる施設で使用された場合のみ算定できる。
- オ 冠動脈用ステントセット救急処置型は、血管造影法、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術に熟練し、かつ、本医療材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用すること。
- カ 冠動脈狭窄部貫通用カテーテルは慢性完全狭窄症例や冠動脈完全閉塞の急性心筋梗塞等ガイドワイヤー通過困難な症例において、経皮的冠動脈形成術の施行時に使用した場合に算定できる。
- キ 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの材料価格には、同時に使用されるモータードライブユニット等（アドバンサー、カッターカテーテル、止血弁等）の費用が含まれ別に算定できない。
- (66) ガイディングカテーテル
- ア 冠動脈用は、冠動脈形成術を施行する際に使用した場合のみ算定できる。
- イ 腹部四肢末梢用は、経皮的四肢血管拡張術及び血栓除去術を行う際に使用した場合にのみ算定できる。
- ウ 脳血管用は、脳血管の手術の際に使用した場合のみ算定できる。
- (67) 血管内手術用カテーテル
- ア 経皮的脳血管形成術用カテーテルは、頭蓋内血管の経皮的形成術に使用した場合に算定できる。
- イ 下大静脈留置フィルターセット
- a フィルター、フィルター・デリバリー・カテーテル、ガイドワイヤー、ダイレーター、シース、ローディング・コーン及びローディング・ツールは、別に算定できない。
- b 留置後抜去することを前提としたテンポラリー下大静脈留置フィルターは算定できない。
- ウ 塞栓用コイル・コイル・特殊型については、所定の研修を終了した医師が実施した場合に限り算定できる。
- (68) 胆道結石除去用カテーテルセット
- ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (69) 腎・尿管結石除去用カテーテルセット
- ガイドワイヤーは、別に算定できない。
- (70) 輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）
- 輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）は、1日当たり、1,000mL以上の輸血を行う場合（体重40kg以下の患者については、体重1kg当たり25mL以上の輸血を行う場合）に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。
- (71) 輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）
- 輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）は、白血病、再生不良性貧血、慢性腎不全等同一の疾患に

対して10回以上の反復輸血が行われる場合(行われることが予想される場合を含む。)に算定できる。ただし、血漿製剤中の白血球の除去を目的とするものは算定できない。

(72) スピードギプス包帯は特定保険医療材料として認められない。

(73) 両室ペーシング機能付き~~植込み埋込~~型除細動器

ア 両室ペーシング機能付き~~植込み埋込~~型除細動器は、施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、以下のいずれにも該当する患者に対して実施した場合に算定する。

a 次のいずれにも該当すること。

N Y H Aクラス 又は

左室駆出率35%以下

Q R S 幅130ms以上

b 次のいずれかに該当すること。

致死性不整脈による心停止に伴う意識消失の既往を有する患者

血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の既往を有する患者

非持続性心室頻拍が確認され、かつ電気生理学的検査により心室頻拍又は心室細動が誘発される患者

イ 両室ペーシング機能付き~~植込み埋込~~型除細動器の移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(74) 肝動脈塞栓材

肝動脈塞栓材は、肝細胞癌患者に対する肝動脈塞栓療法において使用した場合に限り算定できる。

(75) 大動脈用ステントグラフト

ア 大動脈用ステントグラフトは腹部大動脈瘤及び胸部大動脈瘤に対して外科手術による治療が第一選択とならない患者で、かつ、当該材料の解剖学的適応を満たす患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合にのみ算定できる。

なお、~~腹部大動脈瘤の治療として~~外科手術を比較的安全に行うことが可能な患者に対しては、外科手術を第一選択として治療方法を選択すること。算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要」欄に外科手術が第一選択とならない旨、及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

イ 大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準拠すること。

ウ 胸部大動脈用ステントグラフトは、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。なお、以下の場合には1回の手術に対して2個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要」欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

a 1個のステントグラフトで治療が可能な長さを超えるため、複数個の使用が必要な場合

b 中枢側及び末梢側の固定部位の血管径が異なり、1個のステントグラフトで許容できる範囲を超えるため、複数個の組み合わせによる使用が必要な場合

~~エ 胸部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準拠すること。~~

(76) カプセル型内視鏡



ア カプセル型内視鏡は、消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されており、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

イ 事前に上部消化管検査及び下部消化管検査を実施し、原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断を行うために使用した場合に算定できる。

ウ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(77) 血管内光断層撮影用カテーテル

ア 血管内超音波(IVUS)で観察が困難であるが、血管内腔及び血管壁表層の観察が必要な場合にのみ算定できる。

イ 血管内光断層撮影用カテーテルは、一連の検査、画像診断又は手術につき1本のみ算定~~参手~~いできる。

~~ウ 血管内光断層撮影用カテーテルを使用した場合は、区分「D206」心臓カテーテル法による諸検査の「注3」の血管内超音波加算に準じて算定する。~~

(78) ヒト自家移植組織

ア 自家植皮のための患皮面積が確保できない重篤な広範囲熱傷で、かつ、受傷面積として深達性 度熱傷創及び 度熱傷創の合計面積が体表面積の30%以上の熱傷の場合であって、創閉鎖を目的として使用した場合に、一連につき20枚を限度として算定する。

イ 深達性 度熱傷創への使用は、 度熱傷と深達性 度熱傷が混在し、分けて治療することが困難な場合に限る。

ウ 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4又は特定集中治療室管理料2~~広範囲熱傷特定集中治療室管理料~~の施設基準の届け出を行っている保険医療機関において実施すること。

エ ヒト自家移植組織を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(79) 胸郭変形矯正用材料

ア セットを使用する場合は、脊椎固定用材料に属する特定保険医療材料及び固定クリップ(伸展術時交換用)の費用は所定点数に含まれ、別途算定できない。

イ セットは1回の手術につき2セットを限度として算定できる。なお、医学的根拠に基づきこれ以上のセットを算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的根拠を詳細に記載すること。

ウ 固定クリップ(伸展術時交換用)は1セットあたり2個を上限として算定できる。

エ 固定クリップ(伸展術時交換用)は伸展術時のみ算定できる。

~~オ セットの設置又は既に設置されたセットの交換を行うための手技料は、区分番号「K142-2」脊椎側彎症手術を算定する。~~

~~カ 固定クリップ(伸展術時交換用)を用いた伸展術の手技料は、区分番号「K058-4」骨延長術(指(手、足)以外)に準じて算定する。なお、当該手術に限り「K930」脊髄誘発電位測定加算は算定できる。~~

(80) 経皮的動脈管閉鎖セット

経皮的動脈管閉鎖セットを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。

(81) 脳動静脈奇形術前塞栓材

ア 脳動静脈奇形術前塞栓材は、脳動静脈奇形摘出術を予定している患者に対して、術前処置としての血管塞栓術を目的として使用した場合に限り算定できる。この場合の手技料は区分番号「K615」血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管）にて算定する。

イ 脳動静脈奇形術前塞栓材を使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準じること。

(82) 植込み埋込型心電図記録計

短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター心電図を含む。）等によりその原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

~~イ 下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関において算定できる。~~

~~a 区分番号「K597」ペースメーカー移植術及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術~~

~~b 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術~~

~~c 区分番号「K599」埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」埋込型除細動器交換術~~

~~d 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術~~

~~ウ 植込み型心電図記録計を挿入する場合の手技料は、区分番号「K000」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）に準じて算定する。また当該機器を摘出する場合の手技料は、区分番号「K001」皮膚切開術の「1」長径10センチメートル未満に準じて算定する。~~

~~エ 植込み型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が植え込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じて区分番号「D210」ホルター型心電図検査（解析料を含む。）を算定する。~~

(83) 合成吸収性硬膜補強材

本材料は5mlを一単位とする。

(84) 局所陰圧閉鎖処置用材料

ア 局所陰圧閉鎖処置用材料は以下の場合にのみ算定できる。

a 外傷性裂開創（一次閉鎖が不可能なもの）

b 外科手術後離開創・開放創

c 四肢切断端開放創

d デブリードマン後皮膚欠損創

イ 主として創面保護を目的とする被覆材の費用は、当該材料を使用する手技料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ 局所陰圧閉鎖処置用材料は局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を標準として算定できる。特に必要と認められる場合については4週間を限度として算定できる。3週間を超えて算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的



な根拠を詳細に記載すること。

工 局所陰圧閉鎖処置用材料を使用した場合は、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### 4 フィルムに係る取扱いについて

- (1) 1枚のフィルムを半分ずつ使用して2回撮影した場合のフィルム料は、当該フィルムの材料価格によって算定する。即ち実際に使用したフィルムの価格による。
- (2) 6歳未満の乳幼児の胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合には、損耗量が多いことを考慮して材料価格に1.1を乗じて算定するものである。
- (3) マンモグラフィー用フィルム以外の軟部組織撮影用フィルムについては、一般の直接撮影用フィルムとして算定する。
- (4) マンモグラフィー用フィルムの撮影対象部位は乳房のみである。
- (5) 画像記録用フィルムとは、コンピューター断層撮影、コンピューテッド・ラジオグラフィー法撮影、シンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影又はデジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法に用いるフィルムをいう。
- (6) コンピューター断層撮影又はコンピューテッド・ラジオグラフィー用の乾式イメージャーを用いる非銀塩感熱記録式フィルム、非銀塩高安定ラミネート方式フィルムは、画像記録用フィルムとして算定して差し支えない。
- (7) ロールフィルムのうち、フィルムの幅が告示に定められている規格と同様であるか又は類似している場合（35.6センチメートル、30.5センチメートル及び10.5センチメートル等）にあつては、告示に定められている規格の枚数に換算し、算出した額を限度とする。
- (8) 心臓又は血管の動態を把握するために使用したロールフィルム（シネフィルム）については、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (9) 画像診断に係る手技料を別に算定できない検査、処置、手術を行った場合においても、使用したフィルムに要する費用については、区分番号「E400」に掲げるフィルム料を算定できる。また、特定保険医療材料及び造影剤を使用した場合は、各部に掲げる特定保険医療材料及び薬剤料を算定できる。
- (10) フィルムの規格が定められていないフィルムにあつては、定められている規格のうちで最も近似するフィルムの規格の材料価格により算定する。

#### 5 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて

- (1) 臨床試用特定保険医療材料に係る保険請求上の取扱い  
臨床試用特定保険医療材料は、算定方法告示に規定され、医療保険上の給付対象となる「特定保険医療材料」には該当しないものであり、したがって、臨床試用特定保険医療材料に係る特定保険医療材料料については、保険請求は認められない。
- (2) 臨床試用特定保険医療材料を使用した場合の手技料等の取扱い  
臨床試用特定保険医療材料が材料価格基準に記載されている特定保険医療材料である限り、当該臨床試用特定保険医療材料に係る手技料については、保険請求が認められる。

#### 6 経過措置について

(1) 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」(平成20年2月13日保発第0213003号)第4章2の規定に基づき、再算定が行われた~~胆道ステントセット、交換用胃瘻カテーテル、大骨関節用材料、固定用内副子(スクリュー)、固定用内副子(プレット)、大腿骨外側固定用内副子、下肢再建用人工関節用材料、~~髄内釘、固定用金属線、生体弁、弁付きグラフト(生体弁)、人工心肺回路、大骨骨、組織代用大骨繊維布、皮膚欠損用創傷被覆材、頭・静脈、腹腔シャントバルブ、植込み式心臓ペースメーカー用リード、植込み型除細動器用カテーテル電極、機械弁、バルーンパンピング用バルーンカテーテル、心臓手術用カテーテル、ガイディングカテーテル、血管内手術用カテーテル、人工血管及び胆道結石除去用カテーテルセットについて、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

(2) 次に掲げる留意事項は、原則として平成~~23~~24年3月31日をもって廃止する。 \_\_

遠心分離式白血球除去用材料

ア 回路は別に算定できない。

イ 1日につき1個を限度として算定する。

~~ア 子宮頸管留置カテーテル~~

~~子宮頸管留置カテーテルは、24時間以上体内留置した場合に算定できる。~~

~~イ 大骨腎臓用特定保険医療材料~~

~~吸着型血液浄化器(腎補助用)は、急性腎不全(腎前性、腎性)のうち乏尿又は無尿を呈し、血清クレアチニン値5.0mg/dL以上となり、保存療法に抗するもので多臓器障害の一部症としての発症が明らかに認められる患者又は明らかに多臓器障害を併発している患者に対し、単独に用いられ又はダイアライザーと併用された場合において、透析導入から3週間以内7回を限度として算定する。~~

~~ウ 脳深部又は脊髄刺激装置用受信器(8極用)~~

~~脳深部又は脊髄刺激装置用受信器(8極用)は、疼痛部位が広範囲であるか又は点在する場合であって、脳深部刺激装置用受信器(4極用)又は脊髄刺激装置用受信器(4極用)1台による治療では疼痛緩和が困難な場合に限り算定できる。~~

~~エ アテレクトミーカテーテル( )及びアテレクトミーカテーテル( )の材料価格には、同時に使用されるモータードライブユニット等(アドバンサー、カッターカテーテル、止血弁等)の費用が含まれ別に算定できない。~~

算定方法告示別表第二歯科診療報酬点数表に関する事項

1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項

の1と同様であること。

2 特定保険医療材料(フィルムを除く。)に係る取扱い

(1) 中心静脈用カテーテル

の3の(10)と同様であること。

(2) プラスチックカニューレ型静脈内留置針

の3の(9)と同様であること。

(3) 栄養カテーテル

の3の(15)と同様であること。

- (4) 気管内チューブ  
の3の(16)と同様であること。
- (5) 胃管カテーテル  
の3の(17)と同様であること。
- (6) 吸引留置カテーテル  
の3の(18)と同様であること。
- (7) 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル  
の3の(28)と同様であること。
- (8) 固定用金属ピン  
の3の(43)と同様であること。
- (9) 人工骨  
汎用型・非吸収型のうち、顆粒・フィラー、多孔体、形状賦形型及び吸収型については、骨髄炎、骨・関節感染症、慢性関節疾患、代謝性骨疾患、外傷性骨疾患、骨腫瘍の病巣掻爬後の補填若しくは顎変形症の顎離脱後の補填に用いた場合、これらの疾患の治療のために自家骨移植を行った結果その欠損部位の補填を目的として使用した場合に算定する。
- (10) 皮膚欠損用創傷被覆材  
の3の(53)と同様であること。
- (11) 真皮欠損用グラフト  
の3の(54)と同様であること。
- (12) 輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）  
の3の(70)と同様であること。
- (13) 輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）及び輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）  
の3の(71)と同様であること。
- (14) スピードギプス包帯  
の3の(72)と同様であること。

### 3 フィルムに係る取扱いについて

の4と同様であること。ただし、(2)の「胸部単純撮影又は腹部単純撮影」は「単純撮影」と読み替えるものであること。

### 4 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて の5と同様であること。

算定方法告示別表第三調剤報酬点数表に関する事項

#### 1 特定保険医療材料の算定に係る一般的事項 の1と同様であること。

### 2 特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

#### (1) 腹膜透析液交換セット

の2の(1)と同様であること。

(1) 在宅中心静脈栄養用輸液セット

の2の(2)と同様であること。

(1) 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

の2の(4)と同様であること。

3 臨床試用特定保険医療材料に係る取扱いについて  
の5と同様であること。

診療報酬明細書における略称の使用に関する事項

別紙に掲げる特定保険医療材料については、診療報酬明細書に記載する場合に、同表に定める略称を使用して差し支えない。

(別紙)

告示名	略称
003 動脈圧測定用カテーテル (1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル (2) 末梢動脈圧測定用カテーテル	動脈圧モニターカテ肺動脈用 動脈圧モニターカテ末梢動脈用
004 冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	C S採血カテ
005 サーマダイリレーション用カテーテル (1) 一般型・(標準型・標準型) (2) 一般型・(標準型・輸液又はペーシングリード用ルーメンあり) (3) 一般型・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり (4) 一般型・ペーシング機能あり (5) 右室駆出率測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり (6) 右室駆出率測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし (7) 連続心拍出量測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり (8) 連続心拍出量測定機能あり・混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし (9) 一側肺動脈閉塞試験機能あり	サーモ標準 サーモ(標準・ルーメン) サーモ(標準・オキシ) サーモ(標準・ペーシング) サーモ(REF・オキシ) サーモREF サーモ(CCO・オキシ) サーモCCO サーモUPAO
010 血管造影用マイクロカテーテル (1) オーバーザワイヤー・選択的アプローチ型・ブレードあり (2) オーバーザワイヤー・選択的アプローチ型・ブレードなし (3) オーバーザワイヤー・造影能強化型 (4) オーバーザワイヤー・デタッチャブルコイル用 (5) フローダイレクト	マイクロカテ・OSB マイクロカテ・OS マイクロカテ・OZ マイクロカテ・Oコイル マイクロカテ・フローダイレクト
021 中心静脈用カテーテル (1) 標準型・シングルルーメン・スルーザカニューラ型 (2) 標準型・シングルルーメン・セルジンガー型 (3) 標準型・マルチルーメン・スルーザカニューラ型 (4) 標準型・マルチルーメン・セルジンガー型 (5) 抗血栓性型 (6) 極細型 (7) カフ付き (8) 酸素飽和度測定機能付き <u>(9) 末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き</u>	中心静脈カテ・標準・I 中心静脈カテ・標準・II 中心静脈カテ・標準・III 中心静脈カテ・標準・IV 中心静脈カテ・抗血栓 中心静脈カテ・極細 中心静脈カテ・カフ 中心静脈カテ・オキシ <u>中心静脈カテ・末梢留置</u>
023 涙液・涙道シリコンチューブ	涙道チューブ
024 脳・脊髄腔用カニューレ (1) 排液用・皮下・硬膜外用 (2) 排液用・頭蓋内用 (3) 排液用・脊髄クモ膜下腔用 (4) 脳圧測定用	脳・脊髄カニューレ・I 脳・脊髄カニューレ・II 脳・脊髄カニューレ・III 脳・脊髄カニューレ・IV
026 栄養カテーテル (1) 経鼻用・一般用 (2) 経鼻用・乳幼児用・一般型 (3) 経鼻用・乳幼児用・非DEHP型 (4) 経鼻用・経腸栄養用 (5) 経鼻用・特殊型 (6) 腸瘻用	栄養カテ・経鼻・一般型 栄養カテ・経鼻・乳児1 栄養カテ・経鼻・乳児2 栄養カテ・経鼻・経腸型 栄養カテ・経鼻・特殊型 栄養カテ・腸瘻型
027 気管内チューブ	

(1) カフあり・カフ上部吸引機能あり	気管内・吸引あり
(2) カフあり・カフ上部吸引機能なし	気管内・吸引なし
(3) カフなし	気管内・カフなし
028 胃管カテーテル	
(1) シングルルーメン	胃管カテ・シングル型
(2) ダブルルーメン・標準型	胃管カテ・ダブル・標準型
(3) ダブルルーメン・特殊型	胃管カテ・ダブル・特殊型
(4) マグネット付き	胃管カテ・特殊型
029 吸引留置カテーテル	
(1) 能動吸引型・胸腔用・一般型・軟質型	吸引留置カテ・胸腔用 I
(2) 能動吸引型・胸腔用・一般型・硬質型	吸引留置カテ・胸腔用 II
(3) 能動吸引型・胸腔用・抗血栓性	吸引留置カテ・胸腔用抗血栓
(4) 能動吸引型・心嚢・縦隔穿刺用	吸引留置カテ・穿刺型
(5) 能動吸引型・肺全摘術後用	吸引留置カテ・肺全摘用
(6) 能動吸引型・創部用・軟質型	吸引留置カテ・創部用 I
(7) 能動吸引型・創部用・硬質型	吸引留置カテ・創部用 II
(8) 能動吸引型・サンプドレーン	吸引留置カテ・サンプ
(9) 受動吸引型・フィルム・チューブドレーン・フィルム型	吸引留置カテ・フィルム・チューブ I
(10) 受動吸引型・フィルム・チューブドレーン・チューブ型	吸引留置カテ・フィルム・チューブ II
(11) 受動吸引型・胆膵用・胆管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 I
(12) 受動吸引型・胆膵用・胆嚢管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 II
(13) 受動吸引型・胆膵用・膵管チューブ	吸引留置カテ・胆膵用 III
030 イレウス用ロングチューブ	
(1) 標準型・経鼻挿入型	イレウス経鼻
(2) 標準型・経肛門挿入型	イレウス経肛門
(3) スプリント機能付加型	イレウススプリント
031 腎瘻又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット	
(1) 腎瘻用カテーテル・ストレート型	腎瘻・膀胱瘻カテストレート
(2) 腎瘻用カテーテル・ピッグテイル型	腎瘻・膀胱瘻カテピッグテイル
(3) 腎瘻用カテーテル・マレコ型	腎瘻・膀胱瘻カテマレコ
(4) 腎瘻用カテーテル・カテーテルステント型	腎瘻・膀胱瘻カテカテーテルステント
(5) 腎瘻用カテーテル・腎盂バルーン型	腎瘻・膀胱瘻カテ腎盂バルーン
(6) 膀胱瘻用カテーテル	腎瘻・膀胱瘻カテ膀胱瘻用
(7) 造設用セット	腎瘻・膀胱瘻造設用
(8) 交換用セット	腎瘻・膀胱瘻交換用
033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用カテーテルセット	
(1) ワンステップ法・ダイレクト法セット	P T C Dカテ 1
(2) ツーステップ法・内外瘻法セット	P T C Dカテ 2
(3) 外筒法セット	P T C Dカテ外筒法
(4) 経鼻法セット	P T C Dカテ E N B D
(5) 追加・交換用セット	P T C Dカテ追加交換
034 胆道ステントセット	
(1) 一般型・永久留置型・ステント・ロング	胆道ステント・一般・永久・ステント長
(2) 一般型・永久留置型・ステント・ショート	胆道ステント・一般・永久・ステント短
(3) 一般型・永久留置型・デリバリーシステム	胆道ステント・一般・永久・デリバリー
(4) 一般型・一時留置型・ステント	胆道ステント・一般・一時・ステント

(5) 一般型・一時留置型・デリバリーシステム	胆道ステント・一般・一時・デリバリー
(6) 自動装着システム付・永久留置型・カバーあり	胆道ステント・自動・永久・カバー有
(7) 自動装着システム付・永久留置型・カバーなし	胆道ステント・自動・永久・カバー無
(8) 自動装着システム付・一時留置型	胆道ステント・自動・一時
035 尿管ステントセット	
(1) 一般型・標準型	尿管ステント一般Ⅰ
(2) 一般型・異物付着防止型	尿管ステント一般Ⅱ
(3) 外瘻用・腎盂留置型・標準型	尿管ステント外瘻Ⅰ
(4) 外瘻用・腎盂留置型・異物付着防止型	尿管ステント外瘻Ⅱ
(5) 外瘻用・尿管留置型	尿管ステント外瘻Ⅲ
(6) エンドパイロトミー用	尿管ステントエンドパイロトミー
036 尿道ステント	
(1) 永久留置型	尿道ステントⅠ
(2) 一時留置（交換）型・長期留置型	尿道ステントⅡ
(3) 一時留置（交換）型・短期留置型	尿道ステントⅢ
037 交換用胃瘻カテーテル	
(1) 胃留置型・バンパー型・ガイドワイヤーあり	胃瘻カテⅠ－１
(2) 胃留置型・バンパー型・ガイドワイヤーなし	胃瘻カテⅠ－２
(3) 胃留置型・バルーン型	胃瘻カテⅡ
(4) 小腸留置型	胃瘻カテⅢ
038 気管切開後留置用チューブ	
(1) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能あり・一重管	気管切開・吸引あり・一重管
(2) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能あり・二重管	気管切開・吸引あり・二重管
(3) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能なし・一重管	気管切開・吸引なし・一重管
(4) 一般型・カフ付き気管切開チューブ・カフ上部吸引機能なし・二重管	気管切開・吸引なし・二重管
(5) 一般型・カフなし気管切開チューブ	気管切開・カフなし
(6) 輪状甲状膜切開チューブ	気管切開・輪状甲状膜用
(7) 保持用気管切開チューブ	気管切開・保持用
039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
(1) ２管一般（Ⅰ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅰ）
(2) ２管一般（Ⅱ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅱ）
(3) ２管一般（Ⅲ）	膀胱留置カテ２管一般（Ⅲ）
(4) 特定（Ⅰ）	膀胱留置カテ特定（Ⅰ）
(5) 特定（Ⅱ）	膀胱留置カテ特定（Ⅱ）
(6) 圧迫止血	膀胱留置カテ圧迫止血
042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	
(1) シングルルーメン・一般型	ブラッドアクセスカテS一般
(2) シングルルーメン・交換用	ブラッドアクセスカテS交換
(3) ダブルルーメン以上・一般型	ブラッドアクセスカテD一般
<del>(4) ダブルルーメン以上・特殊型</del>	<del>ブラッドアクセスカテD特殊</del>
<del>(4)(5)</del> ダブルルーメン以上・カフ型	ブラッドアクセスカテDカフ
044 血漿交換用血漿分離器	血漿分離器
045 血漿交換用血漿成分分離器	血漿成分分離器
047 吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）	吸着式血液浄化（エンドトキシン）
048 吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）	吸着式血液浄化（肝性昏睡・薬物）
056 副木	

(1) 軟化成形使用型・手指・足指用	副木・F 1 0-a-1
(2) 軟化成形使用型・上肢用	副木・F 1 0-a-2
(3) 軟化成形使用型・下肢用	副木・F 1 0-a-3
(4) 軟化成形使用型・鼻骨用	副木・F 1 0-a-4
(5) 形状賦形型・手指・足指用	副木・F 1 0-b-1
(6) 形状賦形型・上肢用	副木・F 1 0-b-2
(7) 形状賦形型・下肢用	副木・F 1 0-b-3
(8) 形状賦形型・鼻骨用	副木・F 1 0-b-4
(9) ハローベスト（ベスト部分）	副木・F 1 0-c
(10) ヒール	副木・F 1 0-d
057 人工股関節用材料	
(1) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅰ）	人工股関節HA - 1
(2) 骨盤側材料・臼蓋形成用カップ（Ⅱ）	人工股関節HA - 2
<del>(2-2) 骨盤側材料・カップ・ライナー一体型（Ⅱ）</del>	<del>人工股関節HA - 2 - 2</del>
(3) 骨盤側材料・ライナー（Ⅰ）	人工股関節HA - 3
(3-2) 骨盤側材料・ライナー（Ⅲ）	人工股関節HA - 3 - 2
(4) 大腿骨側材料・大腿骨ステム（Ⅰ）	人工股関節HF - 4
(5) 大腿骨側材料・大腿骨ステム（Ⅱ）	人工股関節HF - 5
(6) 大腿骨側材料・大腿骨ステムヘッド	人工股関節HF - 6
(7) 大腿骨側材料・人工骨頭用・モノポーラカップ	人工股関節HM - 7
(8) 大腿骨側材料・人工骨頭用・バイポーラカップ	人工股関節HB - 8
(9) 単純人工骨頭	人工股関節HE - 9
058 人工膝関節用材料	
(1) 大腿骨側材料・全置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節KF - 1
(2) 大腿骨側材料・全置換用材料（Ⅱ）	人工膝関節KF - 2
(2-2) 大腿骨側材料・全置換用材料（Ⅲ）	人工膝関節KF - 2 - 2
(3) 大腿骨側材料・片側置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節KH - 3
(4) 大腿骨側材料・片側置換用材料（Ⅱ）	人工膝関節KH - 4
(5) 脛骨側材料・全置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節KT - 5
(6) 脛骨側材料・全置換用材料（Ⅱ）	人工膝関節KT - 6
(7) 脛骨側材料・片側置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節KH - 7
(8) 脛骨側材料・片側置換用材料（Ⅱ）	人工膝関節KH - 8
(9) 膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅰ）	人工膝関節KP - 9
(10) <del>削除膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅱ）</del>	<del>人工膝関節KP - 1 0</del>
(10-2) 膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅲ）	人工膝関節KP - 1 0 - 2
(10-3) <del>削除膝蓋骨材料・膝蓋骨置換用材料（Ⅳ）</del>	<del>人工膝関節KP - 1 0 - 3</del>
(11) インサート（Ⅰ）	人工膝関節KI - 1 1
(12) インサート（Ⅱ）	人工膝関節KI - 1 2
059 オプション部品	
(1) 人工股関節用部品	オプション部品・OH - 1
(2) 人工膝関節用部品	オプション部品・OK - 2
(3) 人工関節固定強化部品	オプション部品・OF - 3
(4) 再建用強化部品	オプション部品・OR - 4
060 固定用内副子（スクリュー）	
(1) 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・FA - 1
(2) 一般スクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・FA - 2



(3) 一般スクリュー（アルミナセラミック）	固定用内副子・F A - 3
(4) 中空スクリュー（生体用合金Ⅰ・S）	固定用内副子・F B - 1 - S
(5) 中空スクリュー（生体用合金Ⅰ・L）	固定用内副子・F B - 1 - L
(6) 中空スクリュー（生体用合金Ⅱ・S）	固定用内副子・F B - 2 - S
(7) 中空スクリュー（生体用合金Ⅱ・L）	固定用内副子・F B - 2 - L
(8) その他のスクリュー	
① 標準型・小型スクリュー（頭蓋骨・顔面・上下顎骨用）	固定用内副子・F 1-a
② 特殊型・軟骨及び軟部組織用・スーチャーアンカー型	固定用内副子・F 1-b-1
③ 特殊型・軟骨及び軟部組織用・インターフェアレンス型	固定用内副子・F 1-b-2
④ 特殊型・軟骨及び軟部組織用・座金型	固定用内副子・F 1-b-3
⑤ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・大腿骨頸部用	固定用内副子・F 1-c-1
⑥ 特殊型・圧迫調整固定用・両端ねじ型・一般用	固定用内副子・F 1-c-2
⑦ 特殊型・義眼等人工物固定用	固定用内副子・F 1-d
061 固定用内副子（プレート）	
(1) ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）	固定用内副子・F C - 1 - S
(2) ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）	固定用内副子・F C - 1 - L
(3) ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・S）	固定用内副子・F C - 2 - S
(4) ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・L）	固定用内副子・F C - 2 - L
(5) 有角プレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F D - 1
(6) 有角プレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F D - 2
(7) 骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F E - 1
(8) 骨端用プレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F E - 2
(9) その他のプレート	
① 標準・指骨・頭蓋骨・顔面骨・上下顎骨用・ストレート型・異形型	固定用内副子・F 2-a-1
② 標準・指骨・頭蓋骨・顔面骨・上下顎骨用・メッシュ型	固定用内副子・F 2-a-2
③ 標準・下顎骨・骨盤再建用	固定用内副子・F 2-b
④ 標準・人工顎関節用	固定用内副子・F 2-c
⑤ 標準・頭蓋骨閉鎖用・バーホール型	固定用内副子・F 2-d-1
⑥ 標準・頭蓋骨閉鎖用・クランプ型	固定用内副子・F 2-d-2
⑦ 特殊・骨延長用	固定用内副子・F 2-e
⑧ 特殊・スクリュー非使用型	固定用内副子・F 2-f
062 大腿骨外側固定用内副子	
(1) つばなしプレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F F - 1
(2) つばなしプレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F F - 2
(3) つばつきプレート（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F G - 1
(4) つばつきプレート（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F G - 2
(5) ラグスクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F H - 1
(6) ラグスクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F H - 2
(7) スライディングラグスクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F I - 1
(8) 圧迫固定スクリュー（生体用合金Ⅰ）	固定用内副子・F J - 1
(9) 圧迫固定スクリュー（生体用合金Ⅱ）	固定用内副子・F J - 2
063 固定用内副子用ワッシャー、ナット類	
(1) ワッシャー（Ⅰ）	固定用内副子・F K - 1
(2) ワッシャー（Ⅱ）	固定用内副子・F K - 4
(3) ナット	固定用内副子・F L
064 脊椎固定用材料	

(1) 脊椎ロッド	固定用内副子・FM
(2) 脊椎プレート (S)	固定用内副子・FO - S
(3) 脊椎プレート (L)	固定用内副子・FO - L
(4) 椎体フック	固定用内副子・FP
(5) 脊椎スクリュー (固定型)	固定用内副子・FQ - F
(6) 脊椎スクリュー (可動型)	固定用内副子・FQ - V
(7) 脊椎コネクター	固定用内副子・FS
(8) トランスバース固定器	固定用内副子・FT
(9) 椎体ステーブル	固定用内副子・FU
(10) 椎体ワッシャー	固定用内副子・F3-a
065 人工肩関節用材料	
(1) 肩甲骨側材料	人工肩関節・SG-1
(2) 上腕骨側材料	人工肩関節・SH-2
066 人工肘関節用材料	
(1) 上腕骨側材料	人工肘関節・EH-1
(2) 尺骨側材料	人工肘関節・EU-2
(3) 橈骨側材料	人工肘関節・ER-3
067 人工手関節・足関節用材料	
(1) 人工手関節用材料・橈骨側材料	人工手関節・WR-1
(2) 人工手関節用材料・中手骨側材料	人工手関節・WM-2
(3) 人工手関節用材料・一体型	人工手関節・WO-3
(4) 人工足関節用材料・脛骨側材料	人工足関節・AT-1
(5) 人工足関節用材料・距骨側材料	人工足関節・AT-2
068 人工指関節用材料	
(1) 人工手指関節用材料・人工手根中手関節用材料・大菱形骨側材料	人工手指関節・PF-1
(2) 人工手指関節用材料・人工手根中手関節用材料・中手骨側材料	人工手指関節・PM-2
(3) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・近位側材料	人工手指関節・PP-3
(4) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・遠位側材料	人工手指関節・PD-4
(5) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・一体型	人工手指関節・PO-5
(6) 人工手指関節用材料・その他の人工手指関節用材料・人工手根骨用	人工手指関節・PC-6
(7) 人工足指関節用材料・近位側材料	人工足指関節・TP-7
(8) 人工足指関節用材料・遠位側材料	人工足指関節・TD-8
(9) 人工足指関節用材料・一体型	人工足指関節・TO-9
069 上肢再建用人工関節用材料	
(1) 再建用上腕骨近位補綴用材料	上肢再建関節・UL-1
(2) 再建用上腕骨遠位補綴用材料	上肢再建関節・UL-2
(3) 再建用尺骨側材料	上肢再建関節・UL-3
070 下肢再建用人工関節用材料	
(1) 再建用白蓋形成カップ	下肢再建関節・LL-1
(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料	下肢再建関節・LL-2
(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料	下肢再建関節・LL-3
(4) 再建用大腿骨表面置換用材料	下肢再建関節・LL-4
(5) 再建用脛骨近位補綴用材料	下肢再建関節・LL-5
(6) 再建用脛骨表面置換用材料	下肢再建関節・LL-6
071 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
(1) カスタムメイド人工関節	カスタムメイド人工関節・CP-1

(2) カスタムメイド人工骨 ① カスタムメイド人工骨 (S) ② カスタムメイド人工骨 (M) ③ カスタムメイド人工骨 (L)	カスタム人工骨・CP-2S カスタム人工骨・CP-2M カスタム人工骨・CP-2L
072 人工骨頭帽	骨頭帽・RS-1
073 髄内釘 (1) 髄内釘・一般型 (2) 髄内釘・横止め型 (3) 髄内釘・大腿骨頸部型 (4) 髄内釘・集束型 (5) 髄内釘・可変延長型 (6) 横止めスクリュー・標準型 (7) 横止めスクリュー・大腿骨頸部型 (8) ワッシャー・ナット	髄内釘・F4-a 髄内釘・F4-b 髄内釘・F4-c 髄内釘・F4-d 髄内釘・F4-e 髄内釘・F4-f-1 髄内釘・F4-f-2 髄内釘・F4-j
074 固定釘 (1) 平面型 (2) 立体特殊型 (3) 高位脛骨骨切り用	固定釘・F5-a 固定釘・F5-b 固定釘・F5-c
075 固定用金属線 (1) 金属線・ワイヤー (2) 金属線・ケーブル (3) 金属線・バンド (4) 大転子専用締結器	金属線・F6-a-1 金属線・F6-a-2 金属線・F6-a-3 金属線・F6-b
076 固定用金属ピン (1) 創外固定器用・標準型 (2) 創外固定器用・抗緊張ピン・一般型 (3) 創外固定器用・抗緊張ピン・特殊型 (4) 一般用	金属ピン・F7-a 金属ピン・F7-b-1 金属ピン・F7-b-2 金属ピン・F7-c
077 人工靭帯 (1) 固定器具なし (2) 固定器具つき	靭帯・F8-a 靭帯・F8-b
078 人工骨 (1) 汎用型・非吸収型・顆粒・フィラー (2) 汎用型・非吸収型・多孔体 (3) 汎用型・非吸収型・骨形成促進型 (4) 汎用型・非吸収型・形状賦形型 (5) 汎用型・吸収型・顆粒・フィラー (6) 汎用型・吸収型・多孔体 (7) 専用型・人工耳小骨 (8) 専用型・開頭穿孔術用 (9) 専用型・頭蓋骨・喉頭気管用 (10) 専用型・椎弓・棘間用 (11) 専用型・椎体固定用・1椎体用 (12) 専用型・椎体固定用・その他 (13) 専用型・骨盤用・腸骨稜用 (14) 専用型・骨盤用・その他	人工骨・AB-01 人工骨・AB-02 人工骨・AB-03 人工骨・AB-04 人工骨・AB-05 人工骨・AB-06 人工骨・AB-07 人工骨・AB-10 人工骨・AB-11 人工骨・AB-13 人工骨・AB-14 人工骨・AB-15 人工骨・AB-16 人工骨・AB-17

(15) 専用型・肋骨・胸骨・四肢骨用	人工骨・A B-1 9
079 骨セメント	
(1) 頭蓋骨用	セメント・F 1 1-a
(2) 頭蓋骨用以外	セメント・F 1 1-b
080 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー・一般用	吸収性接合材・F 9-a-1
(2) スクリュー・頭蓋・顎・顔面・小骨用	吸収性接合材・F 9-a-2
(3) 中空スクリュー	吸収性接合材・F 9-a-3
(4) ストレートプレート	吸収性接合材・F 9-b
(5) その他のプレート	吸収性接合材・F 9-c
(6) インターフェランススクリュー	吸収性接合材・F 9-d
(7) スーチャーアンカー	吸収性接合材・F 9-e
(8) ボタン	吸収性接合材・F 9-f
(9) ワッシャー	吸収性接合材・F 9-g
(10) ピン・一般用	吸収性接合材・F 9-h-1
(11) ピン・胸骨・肋骨用	吸収性接合材・F 9-h-2
(12) シート・メッシュ型 (I)	吸収性接合材・F 9-i
(13) シート・メッシュ型 (II)	吸収性接合材・F 9-j
093 人工喉頭	
(1) 音声回復用人工補装具	音声補装具
(2) 呼気弁	呼気弁
099 組織代用人工繊維布	
(1) 心血管系用・血管用フェルト・ファブリック	繊維布・心血管・フェルト
(2) 心血管系用・心膜シート	繊維布・心血管・心膜
(3) 心血管系用・心血管修復パッチ	繊維布・心血管・パッチ
(4) ヘルニア修復・胸壁補強用・一般	繊維布・ヘルニア・一般
(5) ヘルニア修復・胸壁補強用・形状付加型	繊維布・ヘルニア・形状付加
(6) ヘルニア修復・胸壁補強用・腹膜欠損用	繊維布・ヘルニア・腹膜欠損
(7) 臓器欠損補強用	繊維布・臓器欠損
(8) 自動縫合器対応用	繊維布・自動縫合器
(9) プレジエット・チューブ	繊維布・プレジエット
101 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	被覆材・真皮用
(2) 皮下組織に至る創傷用・標準型	被覆材・皮下組織用(標準)
(3) 皮下組織に至る創傷用・異形型	被覆材・皮下組織用(異形)
(4) 筋・骨に至る創傷用	被覆材・筋骨用
103 非固着性シリコンガーゼ	
(1) 広範囲熱傷用	シリコンガーゼ(広範囲)
(2) 平坦部位用	シリコンガーゼ(平坦)
(3) 凹凸部位用	シリコンガーゼ(凹凸)
108 頭・静脈、腹腔シャントバルブ	
(1) 標準型・標準機能・近位カテーテル・標準型	脳シャント・近位カテ I
(2) 標準型・標準機能・近位カテーテル・内視鏡型	脳シャント・近位カテ II
(3) 標準型・標準機能・リザーバー	脳シャント・リザーバー
(4) 標準型・標準機能・バルブ・圧固定式	脳シャント・バルブ I
(5) 標準型・標準機能・バルブ・流量調節・圧可変式	脳シャント・バルブ II

(6) 標準型・標準機能・遠位カテーテル・標準型	脳シャント・遠位カテ I
(7) 標準型・標準機能・遠位カテーテル・細径一体型	脳シャント・遠位カテ II
(8) 標準型・標準機能・コネクタ・ストレート	脳シャント・コネクタ I
(9) 標準型・標準機能・コネクタ・スリーウェイ	脳シャント・コネクタ II
(10) 標準型・特殊機能	脳シャント・特殊機能
(11) ワンピース型	脳シャント・ワンピース
114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極	
(1) 一時ペーシング型	カテ電極・一時ペーシング型
(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・標準型	カテ電極・機能付加型・I
(3) 心臓電気生理学的検査機能付加型・冠状静脈洞型	カテ電極・機能付加型・II
(4) 心臓電気生理学的検査機能付加型・房室弁輪部型	カテ電極・機能付加型・III
(5) 心臓電気生理学的検査機能付加型・心房内・心室内全域型	カテ電極・機能付加型・IV
(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・アブレーション機能付き	カテ電極・機能付加型・V
116 体外式ペースメーカー用心臓埋込ワイヤー	
(1) 単極・固定機能あり	心臓埋込ワイヤー・単極・固定機能あり
(2) 単極・固定機能なし	心臓埋込ワイヤー・単極・固定機能なし
(3) 双極以上	心臓埋込ワイヤー・双極以上
124 ディスポーザブル人工肺	
(1) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能あり）	人工肺・体外・Rあり
(2) 膜型肺・体外循環型（リザーバー機能なし）	人工肺・体外・Rなし
(3) 膜型肺・補助循環型	人工肺・補助
<del>(4) 気泡型肺</del>	<del>人工肺・気泡</del>
125 遠心式体外循環用血液ポンプ	
(1) 一般型・抗血栓性あり	遠心ポンプ a
(2) 一般型・抗血栓性なし	遠心ポンプ b
(3) 長期使用型	遠心ポンプ c
127 人工心肺回路	
(1) メイン回路・抗血栓性あり	心肺回路・メイン a
(2) メイン回路・抗血栓性なし	心肺回路・メイン b
(3) 補助循環回路・抗血栓性あり	心肺回路・補助 c
(4) 補助循環回路・抗血栓性なし	心肺回路・補助 d
(5) 心筋保護回路	心肺回路・保護 e
(6) 血液濃縮回路	心肺回路・濃縮 f
(7) 分離体外循環回路	心肺回路・分離 g
(8) 個別機能品・貯血槽	心肺回路・個別 h
(9) 個別機能品・カーディオトミーリザーバー	心肺回路・個別 i
(10) 個別機能品・ハードシェル静脈リザーバー	心肺回路・個別 j
(11) 個別機能品・心筋保護用貯液槽	心肺回路・個別 k
(12) 個別機能品・ラインフィルター	心肺回路・個別 l
(13) 個別機能品・回路洗浄用フィルター	心肺回路・個別 m
(14) 個別機能品・血液学的パラメーター測定用セル	心肺回路・個別 n
(15) 個別機能品・熱交換器	心肺回路・個別 o
(16) 個別機能品・安全弁	心肺回路・個別 p
128 バルーンポンピング用バルーンカテーテル	
(1) 一般用標準型	I A B Pカテ標準型
(2) 一般用末梢循環温存型	I A B Pカテ末梢循環温存型

(3) 一般用センサー内蔵型	I A B Pカテセンサー内蔵型
(4) 小児用	I A B Pカテ小児型
132 ガイディングカテーテル	
(1) 冠動脈用	ガイディングカテ・冠動脈
(2) 腹部四肢末梢用	ガイディングカテ・腹部四肢
(3) 脳血管用	ガイディングカテ・脳血管
133-(3) P T Aバルーンカテーテル	
(1) 一般型・標準型	P T Aカテ・一般・標準
(2) 一般型・特殊型	P T Aカテ・一般・特殊
(3) カッティング型	P T Aカテ・カッティング
(4) 脳血管攣縮治療用	P T Aカテ・スバズム治療
(5) 大動脈用ステントグラフト用・血流遮断型	P T Aカテ・血流遮断型
(6) <del>(5-2)</del> 大動脈用ステントグラフト用・血流非遮断型	P T Aカテ・血流非遮断型
(7) <del>(6)</del> スリッピング防止型	P T Aカテ・スリッピング防止
133-(9) 血栓除去用カテーテル	
(1) バルーン付き・一般型	血栓除去カテ・バルーン一般
(2) バルーン付き・極細型	血栓除去カテ・バルーン極細
(3) バルーン付き・ダブルルーメン	血栓除去カテ・バルーンDL
(4) 残存血栓除去用	血栓除去カテ・残存
(5) 経皮的血栓除去用	血栓除去カテ・経皮
134 人工血管	
(1) 永久留置型・大血管用・分岐なし	人工血管・ストレート
(2) 永久留置型・大血管用・1分岐	人工血管・1分岐
(3) 永久留置型・大血管用・2分岐以上	人工血管・2分岐以上
(4) 永久留置型・大血管用・腹大動脈分岐用	人工血管・Y字
(5) 永久留置型・小血管用・標準型・外部サポートあり	人工血管・サポートあり
(6) 永久留置型・小血管用・標準型・外部サポートなし	人工血管・サポートなし
(7) 永久留置型・小血管用・セルフシーリング	人工血管・セルフシーリング
(8) 一時留置型	人工血管・バイパスチューブ
135 尿路拡張用カテーテル	
(1) 尿管用	尿路拡張カテ・尿管
(2) 腎瘻用	尿路拡張カテ・腎瘻
(3) 尿道用	尿路拡張カテ・尿道
136 胆道結石除去用カテーテルセット	
(1) 経皮的バルーンカテーテル	胆道結石カテ・経皮バルーン
(2) 経内視鏡バルーンカテーテル・ダブルルーメン	胆道結石カテ・ダブルバルーン
(3) 経内視鏡バルーンカテーテル・トリプルルーメン	胆道結石カテ・トリプルバルーン
(4) 経内視鏡バルーンカテーテル・十二指腸乳頭拡張機能付き	胆道結石カテ・E P B Dバルーン
(5) 経内視鏡バルーンカテーテル・十二指腸乳頭切開機能付き	胆道結石カテ・E S Tバルーン
(6) 採石用バスケットカテーテル	胆道結石カテ・採石バスケット
(7) 砕石用バスケットカテーテル・全ディスプレイ型	胆道結石カテ・砕石バスケ・全ディスプレイ
(8) 砕石用バスケットカテーテル・一部ディスプレイ型	胆道結石カテ・砕石バスケ・一部ディスプレイ

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

） 殿

厚生労働省保険局歯科医療管理官

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

「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成2220年厚生労働省告示第 号。以下「材料価格基準」という。）が本日付けをもって公布されたところであるが、  
「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）同告示の 及び に規定する特定保険医療材料料の算定については、下記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう配慮されたい。

なお、本通知は、平成2220年4月1日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成2018年3月5日保医発第03050060306006号）貴職あて通知は、平成2220年3月31日限り廃止する。

## 記

### 1 特定保険医療材料料について

特定保険医療材料料については、「特定保険医療材料の定義について」（平成2220年3月5日保医発第0305008号。以下「定義通知」という。）の各号に規定する定義のいずれかに該当する医療機器のうち、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成2220年2月1213日医政発0212第60213006号、保発0212第110213004号）に規定する手続を経たものを使用した場合に限り算定できるものであり、その取扱いについては、以下によるものであること。

### 2 材料価格基準 に規定する特定保険医療材料について

歯周組織再生材料とは、定義通知別 に規定するものであり、歯周組織の再生を図る目的で、被覆、塗布又は充填等によって口腔内の患部に適用される材料であって、歯周組織再生誘導手術が可能なものであること

### 3 材料価格基準の に規定する特定保険医療材料について

- (1) 歯冠修復及び欠損補綴に係る材料料点数は、別紙 1 に示すものを標準として算定する取扱いであること。
- (2) 歯科用コバルトクロム合金線（バー用）及び歯科用ステンレス鋼線（バー用）とは、定義通知別表 022及び 024に規定するものであり、屈曲バー用をいうものであること。
- (3) スルフォン樹脂レジン歯とは、定義通知別表 033及び 034に規定するものであり、ポリサルフォン樹脂レジン歯及びレニング人工歯をいうものであること。
- (4) 硬質レジン歯とは、定義通知別表 035及び 036に規定するものであり、一般的名称が「硬質レジン歯」であり、かつ、2層又は3層構造を有し、エナメル質部の硬さが21HV0.2以上のレジン歯をいうものであること。
- (5) 義歯床用熱可塑性樹脂とは、定義通知別表 045に規定するものであり、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルフォン樹脂、義歯床用ポリカーボネート樹脂及びアクリリック樹脂であって、当該材料により作製された有床義歯が臨床上使用できる強度を有しているものであること。
- (6) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 046に規定するものであり、接着性セメント及びグラスアイオノマー系レジンセメントをいうものであること。
- (7) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 047に規定するものであり、グラスアイオノマーセメント（接着用）及び接着性複合レジンセメントをいうものであること。
- (8) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 048に規定するものであり、歯科用磷酸亜鉛セメント、ハイボンド磷酸亜鉛セメント、カルボキシレートセメント、水硬性セメント及び仮着用セメントをいうものであること。
- (9) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 049に規定するものであり、光重合型複合レジン（充填用・硬化後フィラー60%以上）及び光重合型充填用レジン強化グラスアイオノマー並びに初期齶蝕小窩裂溝充填塞材で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (10) 歯科充填用材料 の保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の保険医療材料を算定するものは、クリアフィルCRインレー、バルフィーク インレー、クルツァーインレーCSセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルCRインレーをいうものであること。
- (11) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 050に規定するものであり、グラスアイオノマーセメント（充填用）及び複合レジン（充填用・硬化後フィラー60%以上）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (12) 歯科充填材料 の保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の保険医療材料を算定するものは、SR-イソシットインレーをいうものであること。
- (13) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 051に規定するものであり、歯科用硅酸セメント、硅磷酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンを用いるものであること。
- (14) 複合レジン築造用とは、定義通知別表 052に規定するものであり、歯科充填用コンポジットレジン（支台築造用・硬化後フィラー60%以上）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (15) スクリューポストとは、定義通知別表 057に規定するものであり、支台築造用に用いるスクリュー型の合釘をいうものであること。
- (16) その他の金属とは、銀合金及びニッケルクロム合金をいうものであること。
- (17) ガリウムアロイGF及びガリウムアロイGF については、銀錫アマルガムと同様の取り扱いとすること。
- (18) その他の保険医療材料料の算定については、昭和43年6月26日保険発第30号の2の通知によること。

### 4 材料価格基準の に規定する特定保険医療材料について

- (1) 歯科矯正に係る材料料点数は、別紙 2 に示すものを標準として算定する取扱いであること。
- (2) その他の1と共通の項目については1と同様であること。



(別紙1)

材料料

M002 支台築造(1歯につき)

1 メタルコア

- (1) 大白歯 4647点
- (2) 小白歯・前歯 29点

2 その他

- (1) 大白歯 32点
- (2) 小白歯・前歯 21点

M005 装着

1 歯冠修復物(1個につき)

- (1) 歯科用合着・接着材料 16点
- (2) 歯科用合着・接着材料 12点
- (3) 歯科用合着・接着材料 4点

2 仮着(1歯につき)

4点

3 副子の装着の場合(1歯につき)

- (1) 歯科用合着・接着材料 16点
- (2) 歯科用合着・接着材料 12点
- (3) 歯科用合着・接着材料 又は歯科充填用即時硬化レジン 4点

M009 充填(1窩洞につき)

[金属小釘を使用した場合は次の材料料と金属小釘料との合計により算定する。]

1 銀錫アマルガム

- (1) 単純なもの 13点
- (2) 複雑なもの 2829点

2 歯科充填用材料

- (1) 単純なもの 11点
- (2) 複雑なもの 28点

注 クリアフィルCRインレー、パルフィークインレー、クルツァーインレーCSセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルCRインレーを用いて、インレー修復の単純なものを行った場合の保険医療材料は(2)により、インレー修復の複雑なものを行った場合の保険医療材料は(1)及び(2)を合算し算定する。

3 歯科充填用材料

- (1) 単純なもの 5点
- (2) 複雑なもの 11点

注 SR-イソシットインレーを用いてインレー修復の単純なものを行った場合の保険医療材料は(2)により、インレー修復の複雑なものを行った場合の保険医療材料は(1)及び(2)を合算し算定する。

4 歯科充填用材料

2点

M010 鑄造歯冠修復(1個につき)

1 14カラット金合金

- (1) インレー  
複雑なもの 374469点
- (2) 4分の3冠 467586点

2 金銀パラジウム合金(金12%以上)

- (1) 大白歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 74~~77~~点
    - b 複雑なもの 138~~142~~点
  - ロ 5分の4冠 173~~178~~点
  - ハ 全部鑄造冠 218~~225~~点

- (2) 小白歯・前歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 51~~52~~点
    - b 複雑なもの 101~~104~~点
  - ロ 4分の3冠 124~~128~~点
  - ハ 5分の4冠 124~~128~~点
  - ニ 全部鑄造冠 156~~161~~点

### 3 鑄造用ニッケルクロム合金

- (1) 大白歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 4点
    - b 複雑なもの 4点
  - ロ 5分の4冠 8点
  - ハ 全部鑄造冠 10~~11~~点

- (2) 小白歯・前歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 4点
    - b 複雑なもの 4点
  - ロ 4分の3冠 6点
  - ハ 5分の4冠 6点
  - ニ 全部鑄造冠 8点

### 4 銀合金

- (1) 大白歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 12~~13~~点
    - b 複雑なもの 22~~23~~点
  - ロ 5分の4冠 28~~30~~点
  - ハ 全部鑄造冠 34~~36~~点

- (2) 小白歯・前歯・乳歯
- イ インレー
    - a 単純なもの 8点
    - b 複雑なもの 16~~17~~点
  - ロ 4分の3冠（乳歯を除く。） 20~~21~~点
  - ハ 5分の4冠（乳歯を除く。） 20~~21~~点
  - ニ 全部鑄造冠 25~~27~~点

### M011 前装鑄造冠（1歯につき）

- 1 金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合 194~~200~~点
- 2 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合 17~~18~~点
- 3 銀合金を用いた場合 56~~59~~点

M014 ジャケット冠 ( 1 歯につき )	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
1 歯につき	2 点
M015 硬質レジンジャケット冠 ( 1 歯につき )	
1 歯冠用加熱重合硬質レジン	8 点
2 歯冠用光重合硬質レジン	213 点
M016 乳歯金属冠 ( 1 歯につき )	<u>29</u> <del>39</del> 点
M017 ポンティック ( ダミー ) ( 1 歯につき )	
1 鑄造ポンティック ( ダミー )	
(1) 金銀パラジウム合金 ( 金12%以上 )	
イ 大白歯	<u>251</u> <del>259</del> 点
ロ 小白歯	<u>189</u> <del>195</del> 点
(2) 銀合金又はニッケルクロム合金	
大白歯・小白歯	<u>30</u> <del>32</del> 点
2 金属裏装ポンティック ( ダミー )	
〔次の材料料 ( 金属材料料とレジン材料料を含む。 ) と人工歯料との合計により算定する。〕	
(1) 14カラット金合金	<u>351</u> <del>440</del> 点
(2) 金銀パラジウム合金 ( 金12%以上 )	
イ 前歯	<u>102</u> <del>105</del> 点
ロ 小白歯	<u>128</u> <del>132</del> 点
(3) 銀合金又はニッケルクロム合金	
前歯・小白歯	<u>20</u> <del>24</del> 点
3 前装鑄造ポンティック ( ダミー )	
(1) 金銀パラジウム合金 ( 金12%以上 ) を用いた場合	<u>151</u> <del>155</del> 点
(2) 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合	<u>38</u> <del>40</del> 点
M018 有床義歯	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
1 局部義歯 ( 1 床につき )	
(1) 1 歯から 4 歯まで	2 点
(2) 5 歯から 8 歯まで	3 点
(3) 9 歯から 11 歯まで	5 点
(4) 12 歯から 14 歯まで	<u>8</u> <del>7</del> 点
2 総義歯 ( 1 顎につき )	<u>10</u> <del>7</del> 点
M019 熱可塑性樹脂有床義歯 ( 1 床につき )	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
熱可塑性樹脂有床義歯 ( 1 床につき )	<u>48</u> <del>50</del> 点
M020 鑄造鉤 ( 1 個につき )	
1 14カラット金合金	
(1) 双歯鉤	
イ 大・小白歯	<u>569</u> <del>474</del> 点
ロ 犬歯・小白歯	<u>463</u> <del>385</del> 点
(2) 両翼鉤 ( レストつき )	
イ 大白歯	<u>463</u> <del>385</del> 点
ロ 犬歯・小白歯	<u>355</u> <del>296</del> 点
ハ 前歯 ( 切歯 )	<u>274</u> <del>228</del> 点

2	金銀パラジウム合金（金12%以上）	
(1)	双歯鉤	
	イ 大・小白歯	201 <del>207</del> 点
	ロ 犬歯・小白歯	157 <del>162</del> 点
(2)	両翼鉤（レストつき）	
	イ 大白歯	138 <del>142</del> 点
	ロ 犬歯・小白歯	120 <del>123</del> 点
	ハ 前歯（切歯）	111 <del>114</del> 点
3	鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金	5点
M021	線鉤（1個につき）	
1	不銹鋼及び特殊鋼	10点
2	14カラット金合金	
(1)	双歯鉤	427 <del>364</del> 点
(2)	両翼鉤（レストつき）	330 <del>235</del> 点
M022	フック、スパー（1個につき）	
	不銹鋼及び特殊鋼	7点
M023	バー（1個につき）	
1	鑄造バー	
(1)	金銀パラジウム合金（金12%以上）	322 <del>334</del> 点
(2)	鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金	19点
2	屈曲バー	
(1)	不銹鋼及び特殊鋼	46点
(2)	金銀パラジウム合金（金12%以上）	
	イ パラタルバー	542 <del>485</del> 点
	ロ リンガルバー	498 <del>399</del> 点

(別紙2)

材料料

N008	装着	
1	帯環(1個につき)	
(1)	歯科用合着・接着材料	16点
(2)	歯科用合着・接着材料	12点
(3)	歯科用合着・接着材料	4点
2	ダイレクトボンドブラケット(1個につき)	
	ダイレクトボンド用ボンディング材料	8点
N012	床装置(1装置につき)	15点
N013	リトラクター(1装置につき)	1,114点
N014	プロトラクター(1装置につき)	1,174点
N015	拡大装置(1装置につき)	
1	床拡大装置	125点
2	ポータータイプ(装着材料料との合計により算定する。)	14点
3	スケルトンタイプ(装着材料料との合計により算定する。)	227点
N016	アクチバトール(FKO)(1装置につき)	
1	アクチバトール	19点
2	ダイナミックポジショナー	40点
N017	リンガルアーチ(1装置につき)	223点
N018	マルチブラケット(1装置につき)	
1	矯正用線(丸型)	192点
2	矯正用線(角型)	13点
3	矯正用線(特殊丸型)	19点
4	矯正用線(特殊角型)	22点
5	超弾性矯正用線(丸型及び角型)	26点
N019	保定装置(1装置につき)	
1	プレートタイプリテーナー(大王歯料との合計により算定する。)	15点
2	メタルリテーナー(大王歯料との合計により算定する。)	108点
3	スプリングリテーナー	14点
4	リンガルアーチ	223点
5	リンガルバー	
	不銹鋼及び特殊鋼	49点
6	ツースポジショナー	40点
N020	鉤(1個につき)	
1	簡単なもの	
	不銹鋼及び特殊鋼	8点
2	困難なもの	
	不銹鋼及び特殊鋼	15点
N021	帯環(1個につき)	
1	帯環のみ	
(1)	切歯	17点
(2)	犬歯・臼歯	18点
2	ブラケット付帯	

(1) 切歯	35点
(2) 犬歯・臼歯	36点
3 チューブ付帯環 臼歯	60点
N022 ダイレクトボンド用ブラケット(1個につき)	29点
N024 弾線(1本につき)	5点
N025 トルキングアーチ(1本につき)	24点

各 地 方 厚 生 ( 支 ) 局 長  
各 都 道 府 県 知 事

} 殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 長

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

標記については、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第 号）並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第 号）により、平成22年 4 月 1 日より、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされたところである。

これに併せ、医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付については下記のとおり取り扱うこととするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成18年 3 月 6 日保発第0306005号。）については、平成22年 3 月31日限り廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式 1 を、歯科診療報酬については別紙様式 2 を、調剤報酬については別紙様式 3 を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第 9 項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、~~後期高齢者終末期相談支援療養費及び訪問看護ターミ~~

ナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。

3 ~~電子情報処理組織の~~使用による請求~~もて又は光ディスク等を用いた請求により~~療養の給付費等の請求を行うこと(以下「レセプト電子請求」という。)が義務付けられた~~を行うこととされた~~保険医療機関及び保険薬局については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、患者から求められたときは、明細書を無償で交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨(明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。)を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生(支)局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局とは、以下に該当する保険医療機関又は保険薬局であること。また、平成22年4月1日現在においてレセプト電子請求が義務付けられている保険医療機関及び保険薬局が当該届出を行う場合には、平成22年4月14日までにを行うこと。

(1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。

(2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

5 ~~4~~ 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目(投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。)が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収書に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

6 ~~レセプト電子請求が義務付けられていない~~保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。)を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。

7 ~~5~~ 平成21年1月診療分より、患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則が望



~~ましいもの~~とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。

~~8-6-3に規定する保険医療機関以外の保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者において~~  
~~も~~は、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

~~9-7~~ 明細書の発行の際の費用については、現時点では~~保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者と患者との間の関係にゆだねられているものと解することができるが、~~仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額の料金を設定してはならないものであること。

院内掲示例

平成 年 月  
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 年 月 日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

**院内掲示例 ( 正当な理由に該当する場合 )**

平成 年 月  
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は 番窓口までお申し出下さい。発行手数料は 1 枚 円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

院内掲示例 (電子請求を行っていないが明細書を発行している場合)

平成 年 月  
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるもので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は 番窓口までお申し出下さい。発行手数料は 1 枚 円になります。

院内掲示例(明細書を発行していない場合)

平成 年 月  
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしていません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認下さい。

(別紙届出様式)

## 明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書

平成 年 月 日

保険医療機関又は保険  
薬局の所在地及び名称

殿

開設者名

印

### 1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

1	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している
2	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要

### 2. 明細書発行についての状況

1	希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載)
(1) 発行場所	① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他( )
(2) 発行のタイミング	① 即時発行 ②その他( )
2	費用徴収の有無 有・無
3	費用徴収を行っている場合その金額 円

### 3. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者に無料で発行していない保険医療機関及び保険薬局が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3) 本届出書を提出した後、領収証の交付に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関又は保険薬局は、取り下げの届出を行うこと。

保医発 第 号  
平成 22 年 月 日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

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

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成 22 年厚生労働省令第 号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成 22 年厚生労働省告示第 号）が公布され、平成 22 年 4 月 1 日から適用されることとされたところであるが、その実施に伴う留意事項は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第 1 後発医薬品の使用に関する事項（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号。以下「療担規則」という。）第 20 条第 2 号二及び第 21 条第 2 号二並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号。以下「療担基準」という。）第 20 条第 3 号二及び第 21 条第 3 号二関係）

保険医である医師又は歯科医師は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めるとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならないものとしたこと。

患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応としては、例えば、診察時に後

発医薬品の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等をいう。

第2 明細書の交付に関する事項（療担規則第5条の2第2項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第4条の2第2項及び療担基準第5条の2第2項関係）

療養の給付等に係る一部負担金等の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の交付については、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成22年3月5日保発 第 号）によるものであること。

第3 処方せん様式に関する事項（療担規則様式第2号関係）

処方せん様式に以下の記載を加えることとする。なお、平成22年9月30日までの間は、なお従前の様式によることができるものとする。

- 1 都道府県番号（都道府県別の2桁の番号）
- 2 点数表番号（医科は1、歯科は3）
- 3 医療機関コード（医療機関別の7桁の番号）



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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

### 処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について

標記については、後発医薬品の使用促進の一環として、平成22年4月1日より、一定の要件の下において、処方せんに記載された医薬品（以下「処方薬」という。）について保険薬局において処方医に事前に確認することなく含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤すること（以下「変更調剤」という。）を認めることとされたところであるが、その具体的な方法については下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

### 記

#### 第1 変更調剤の方法について

処方せんの「備考」欄中の「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた保険薬局においては、処方薬の後発医薬品への変更調剤について、次のそれぞれの場合に応じて取扱うものとする。

- 1 処方薬の銘柄名の近傍に「変更不可」、「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載がないこと等により、後発医薬品への変更、含量規格の異なる後発医薬品への変更又は類似する別剤形の後発医薬品への変更が可能であることが明らかな場合  
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤することができる。

- 2 処方薬の銘柄名の近傍に「変更不可」の記載があること等により、後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合  
処方薬を後発医薬品には変更できない。
- 3 処方薬の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」の記載があること等により、含量規格の異なる後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合  
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が同一のものに限り、類似する別剤形のものを含む。）を調剤することができる。
- 4 処方薬の銘柄名の近傍に「剤形変更不可」の記載があること等により、類似する別剤形の後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合  
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が異なるものを含み、同一の剤形のものに限る。）を調剤することができる。
- 5 処方薬の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載があること等により、含量規格の異なる後発医薬品への変更又は類似する別剤形の後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合  
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が同一であり、かつ、同一の剤形のものに限る。）を調剤することができる。

（参考）

	含量規格が同一の後発医薬品への変更調剤	含量規格が異なる後発医薬品への変更調剤	類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤
「変更不可」等の記載なし	可	可	可
「変更不可」の記載あり	不可	不可	不可
「含量規格変更不可」の記載あり	可	不可	可
「剤形変更不可」の記載あり	可	可	不可
「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載あり	可	不可	不可

## 第2 変更調剤を行う際の留意点について

- 1 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤が可能な処方せんを受け付けた保険薬局の保険薬剤師は、患者に対して後発医薬品に関する説明を適切に行うとともに、後発医薬品を調剤するよう努めなければならないものであること。
- 2 処方薬から後発医薬品（含量規格が異なるものを含む。）への変更調剤（類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤を除く。）は、処方薬と同一の剤形の後発医薬品が対象となるものであること。
- 3 含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であるものに限り、対象となるものであること。  
また、含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は、規格又は剤形の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる場合には対象外とするものであること。
- 4 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいうものであること。
  - ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
  - イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）
  - ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）
- 5 後発医薬品への変更調剤を行うに当たり、保険薬局の保険薬剤師は、当該保険薬局において当該後発医薬品を選択した基準（例えば、当該後発医薬品に係る薬価、製造販売業者における製造、供給、情報提供に係る体制及び品質に関する情報開示の状況等）を患者に対して説明すること。
- 6 保険薬局において、後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合にあっては含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合にあっては剤形を含む。）等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供すること。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

### 第3 その他

処方せんにおける変更調剤に関する記載方法については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)別紙2の第5「処方せんの記載上の注意事項」によるものであること。

# 平成22年度診療報酬改定関係資料 ( DPC )

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

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

# 目 次

## 第1部 急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）の概要 . . . .

## 第2部 告示（案）

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の  
額の算定方法 . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の  
額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定  
める者 . . . . .

厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名 . . . . .

厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める  
病院、調整係数及び機能評価係数 . . . . .

## 第3部 通知（案）

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の  
額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について . . . . .

# 第1部

## 急性期医療に係る 診断群分類別包括評価（DPC）の概要

# 急性期医療に係る診断群分類別包括評価（DPC）について

（下線部は、見直し項目）

## 1. 対象病院

### ○ DPC対象病院としての基準

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できること。
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間（10ヶ月）の調査期間の（データ／病床）比が8.75以上であること。

## 2. 対象患者

- 一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類【別紙1】に該当するもの。ただし、以下のものを除く。

入院後24時間以内の死亡患者、生後7日以内の新生児の死亡、治験の対象者、臓器移植患者、先進医療の対象患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者、その他厚生労働大臣が定める者

## 3. 診療報酬の額

診療報酬の額は、以下に掲げる額の合計額とする。【図1】

### （1）診断群分類による包括評価

- 診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数×10円

### （2）出来高評価

- 入院基本料等加算（総合評価体制加算等を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療、画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技、カテーテル法による諸検査の一部、内視鏡検査、診断穿刺、処置（基本点数1,000点以上のもの）、病理診断・判断料、術中迅速病理組織標本作製、無菌製剤処理料、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流について、出来高により算定した額



## 4. 診断群分類による包括評価の算定方法

### (1) 診断群分類毎の1日当たり点数【図2】

- 診断群分類毎の1日当たり点数は入院日数に応じて3段階の点数を設定。(診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで(入院期間Ⅰ)は、平均点数に15%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。ただし、入院期間Ⅰの医療資源の投入量が、非常に大きい又は小さい場合には、この限りではない。

### (2) 医療機関別係数【図3】【図4】

- 医療機関別係数は次の①と②を合算したもの。

#### ① 機能評価係数

- ・ 機能評価係数Ⅰ

入院基本料等加算(医療安全対策加算、臨床研修病院入院診療加算等)等の医科点数表の項目を置き換えて設定した係数

- ・ 機能評価係数Ⅱ

今回導入する新たな機能評価係数【図5】

#### ② 調整係数

- ・ 従来 of 計算方法による調整係数を一定割合で減じた係数

※ 一定割合により減じられる診療報酬は、DPC対象病院全体の従来 of 調整係数による“上積み相当部分”の25%と等しくなるように設定。

### (3) その他

#### ① 特定入院料の取り扱い

- ・ 救命救急入院料等の急性期の特定入院料の算定対象の患者については、診断群分類による包括評価の対象とし、所定点数の加算を行う。

#### ② 入院期間が著しく長い場合の取扱い

- ・ 入院期間が診断群分類毎の特定入院期間(平均在院日数から標準偏差の2倍を超えた場合、その超えた日以降は、出来高により算定する。

#### ③ 3日以内に再入院した場合の取扱い

- ・ 診断群分類番号の上6桁が同一の傷病名で3日以内に再入院した場合については、前回入院と一連の入院とみなす。

## 5. 診療報酬の請求

- 退院時の診断群分類が入院中のものとは異なる場合には、退院時に診療報酬の差額を調整する。
- 診療報酬明細書については、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も記載する(特定入院料を算定する期間も含む)。

## 6. 実施時期等

平成22年4月1日

## 診断群分類について

### （診断群分類について）

- 本包括評価制度の基礎となる診断群分類（Diagnosis Procedure Combination）は、専門家による臨床的観点からの検討と調査参加病院から収集したデータとに基づき開発された、日本独自の分類。
- 日本における診断群分類は、まず、傷病名（「医療資源を最も投入した傷病名（※）」）により分類し、次に診療行為（手術・処置等）等により分類。
  - ※ 「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病名であり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病名」は1つに限って決定。
- 傷病名は、国際疾病分類（ICD：International Classification of Disease）に基づいて定義。また、手術、処置等は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義。

### （診断群分類の見直しについて）

- 臨床専門家により構成される診断群分類調査研究班における見直し案の報告及び平成20年7月から12月と平成21年7月から12月の退院患者に係る調査のうち合計10か月分のデータに基づき診断群分類の見直しを実施。
  - ・ がん化学療法の主要な標準レジメンによる分岐の追加
  - ・ 副傷病による分岐の精緻化 等

（見直し前）

506疾患

1, 572診断群分類（告示）

（見直し後）

→ 507疾患

→ 1, 880診断群分類（告示）

### （診断群分類ごとの包括評価について）

- 見直し後の診断群分類のうち1, 880の診断群分類について、1日当たりの包括評価の診療報酬点数を設定。

## 急性期入院医療の包括評価の算定について

<出来高での積算内訳>

入院基本料
検査（内視鏡検査等を除く）
画像診断（画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く）
投薬
注射（無菌製剤処理料を除く）
処置（基本点数1,000点以上を除く）
病理診断（判断料等を除く）

手術・麻酔
放射線治療
医学管理（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
基本点数1,000点以上の処置
リハビリテーション（薬剤料を除く）
精神科専門療法（薬剤料を除く）
内視鏡検査等



包括評価

$$\text{診断群分類毎の1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

- 診断群分類毎の1日当たり点数：診断群毎の入院日数に応じて3段階で設定。
  - ・ 入院期間 I は平均点数に15%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
  - ・ 特に、入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合は、入院期間 I は、その間での平均点数とし、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
  - ・ 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合は、入院期間 I は平均点数に10%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の90%で算定。
  - ・ 入院期間が著しく長期になる場合（平均在院日数+2標準偏差）には、出来高により算定。
- 医療機関別係数：機能評価係数（I及びII）と調整係数を合算したもの

+

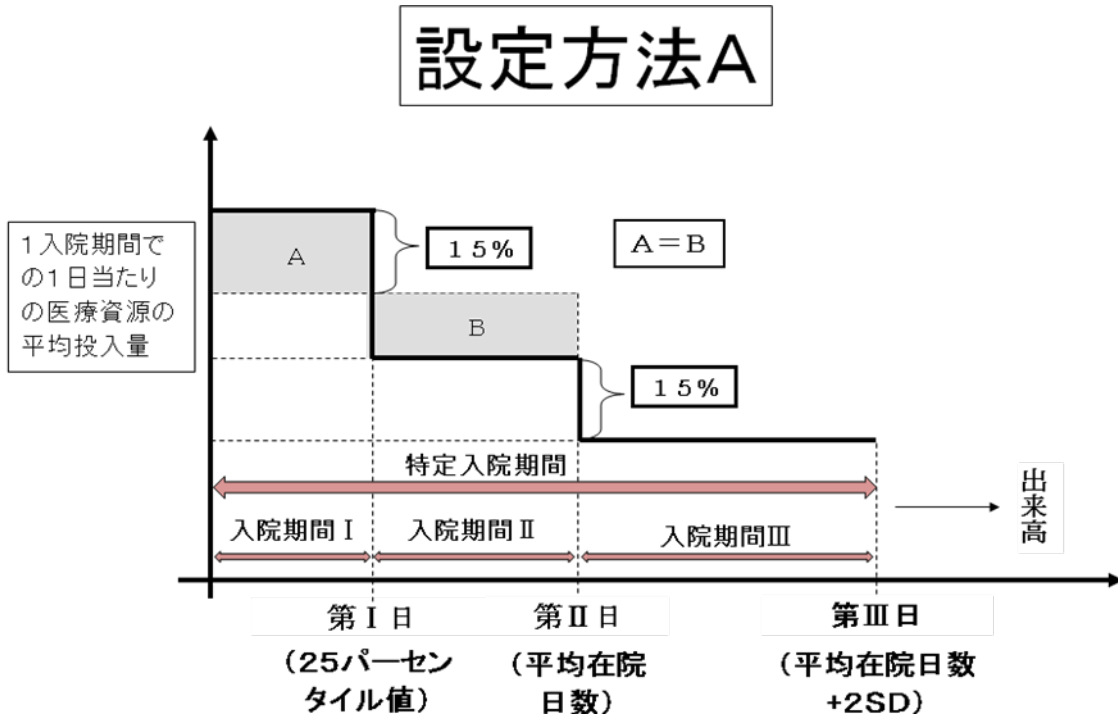
出来高評価

- 出来高により算定

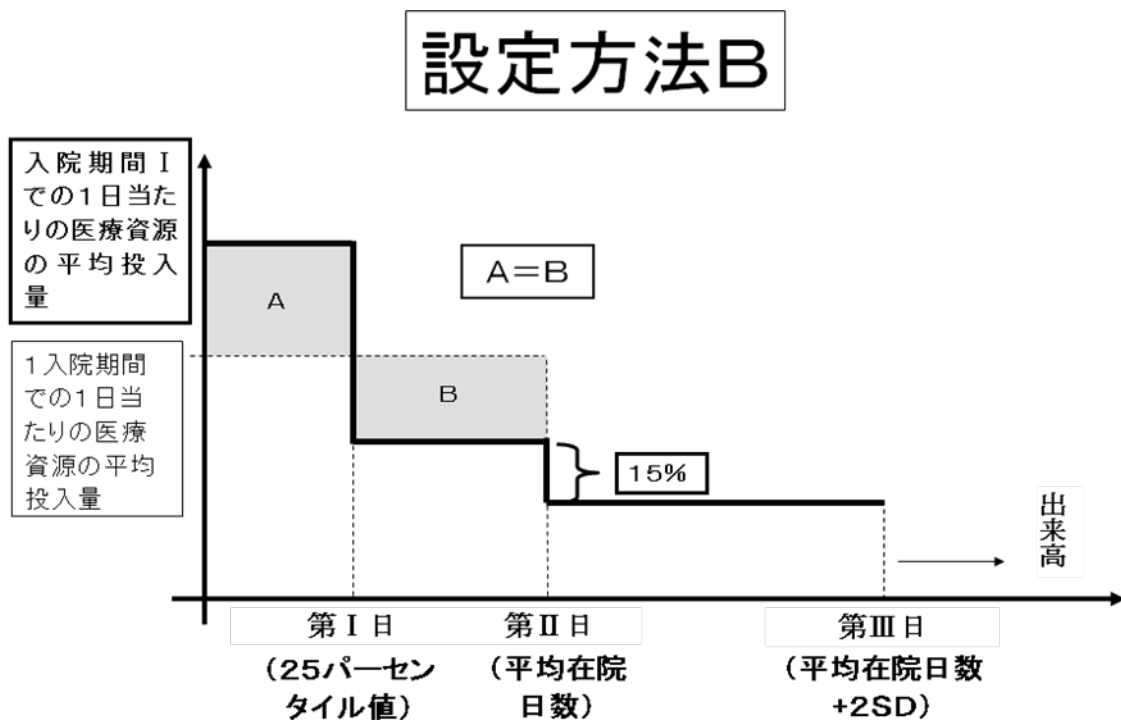
※ 24時間以内の死亡者、臓器移植患者、生後7日以内の新生児の死亡、治験対象者、先進医療の対象者等については、診断群分類による包括評価の対象外とし、従来どおり出来高で算定。

1日当たり点数の設定について

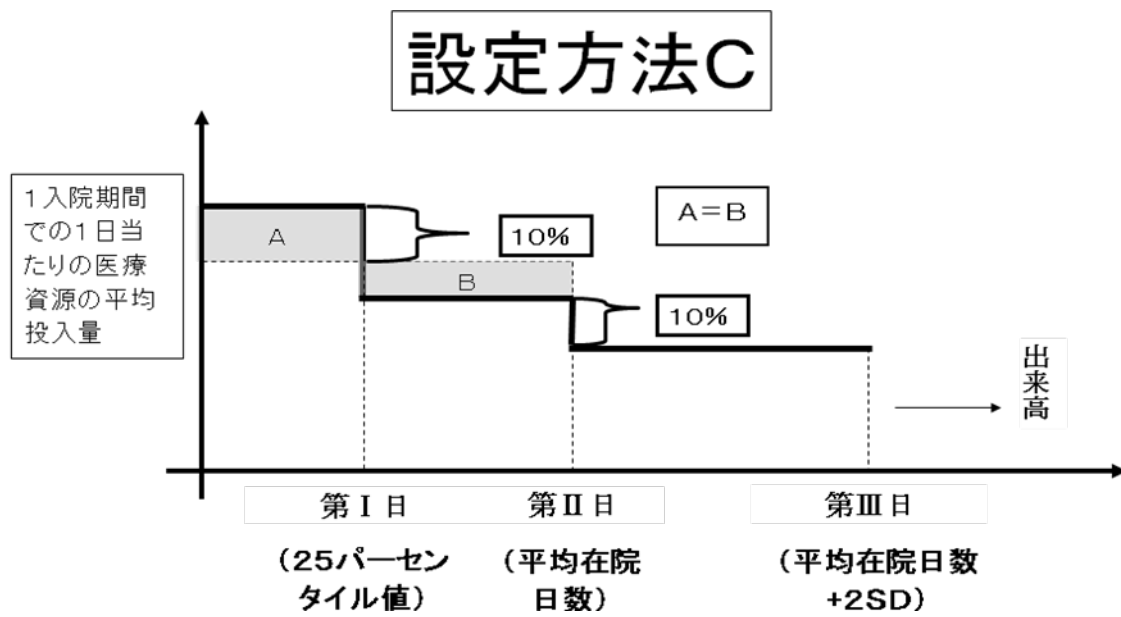
(従来と同じ設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合の設定方法)

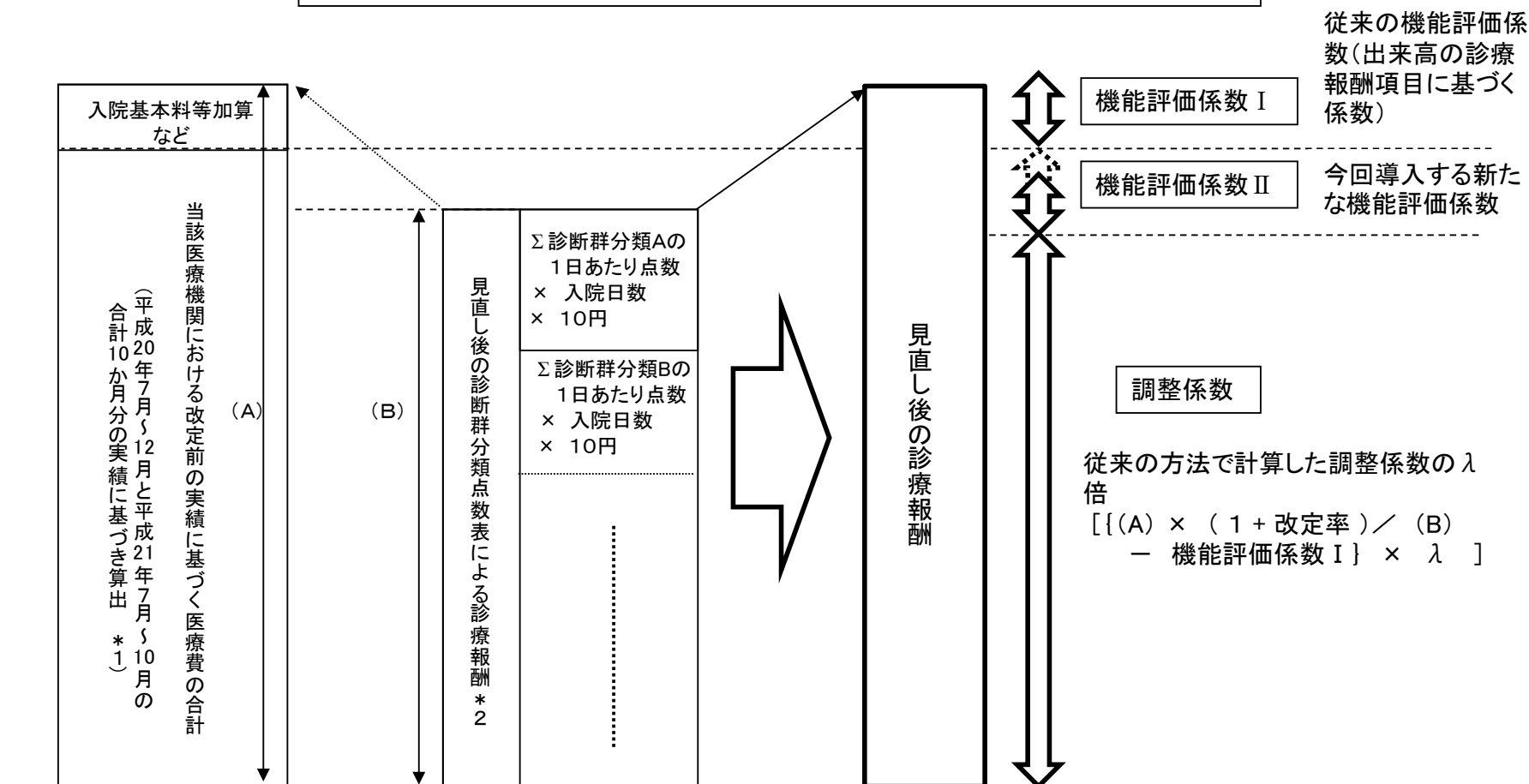


(入院初期の医療資源の投入量が小さい場合の設定方法)



# 【平成22年度診療報酬改定における医療機関別係数】

$$\text{医療機関別係数} = \text{調整係数} + \text{機能評価係数 I} + \text{機能評価係数 II}$$



\*1 改定前の実績に基づく医療費の合計には、平成22年度診療報酬改定における入院基本料や包括範囲の見直し等を反映したものの。

\*2 見直し後の診断群分類による診療報酬については、当該医療機関における平成20年7月～12月と平成21年7月～10月の入院実績に基づき算出している。



## 今回導入する新たな機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）

項目	名称	評価の考え方	評価方法
1	データ提出指数	対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価	〔指数〕 ①「データ提出の遅滞」については、翌々月に当該評価を50%・1ヶ月の間、減じる。 ②「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、当該評価を5%・1年の間、減じる。（平成23年4月より評価） ※ 非必須項目の入力状況による評価は行わない。
2	効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{全DPC対象病院の平均在院日数}}{\text{当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
3	複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{当該医療機関の包括点数（一入院当たり）を、診断群分類ごとに全病院の平均包括点数に置き換えた点数}}{\text{全病院の平均一入院あたり包括点数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
4	カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり（種類の多さ）により評価	〔指数〕 ＝ $\frac{\text{当該医療機関で一定症例数以上算定している診断群分類数}}{\text{全診断群分類数}}$ ※ 当該医療機関において、10症例（10か月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。
5	地域医療指数	地域医療への貢献による評価	〔指数〕 ＝ 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数（0～7ポイント）（平成22年8月より評価） ①「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価 ②「がん」について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価 ③「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価 ④「救急医療」について、医療計画上定められている二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型若しくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価 ⑤「災害時における医療」について、DMAT（災害派遣医療チーム）指定の有無を評価 ⑥「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 ⑦「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価
6	救急医療係数	包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価	〔指数〕 ＝ 緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関ごとに診断群分類及び救急患者の数に応じて評価

※ なお、「5 地域医療指数」については、今後速やかに調査を行い、その結果に基づき8月より評価を行う。



## 急性期入院医療の包括評価制度の見直しに係る 4月1日以前から入院している患者の取り扱いについて

### 【原則】

- 3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。

### 【具体例】

診断群分類の見直しに伴う変更の取り扱い。(医療資源を最も投入した傷病名の変更や診療内容の見直しによる算定の変更については従来どおりの取り扱いとする。)

#### (包括→包括の場合)

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

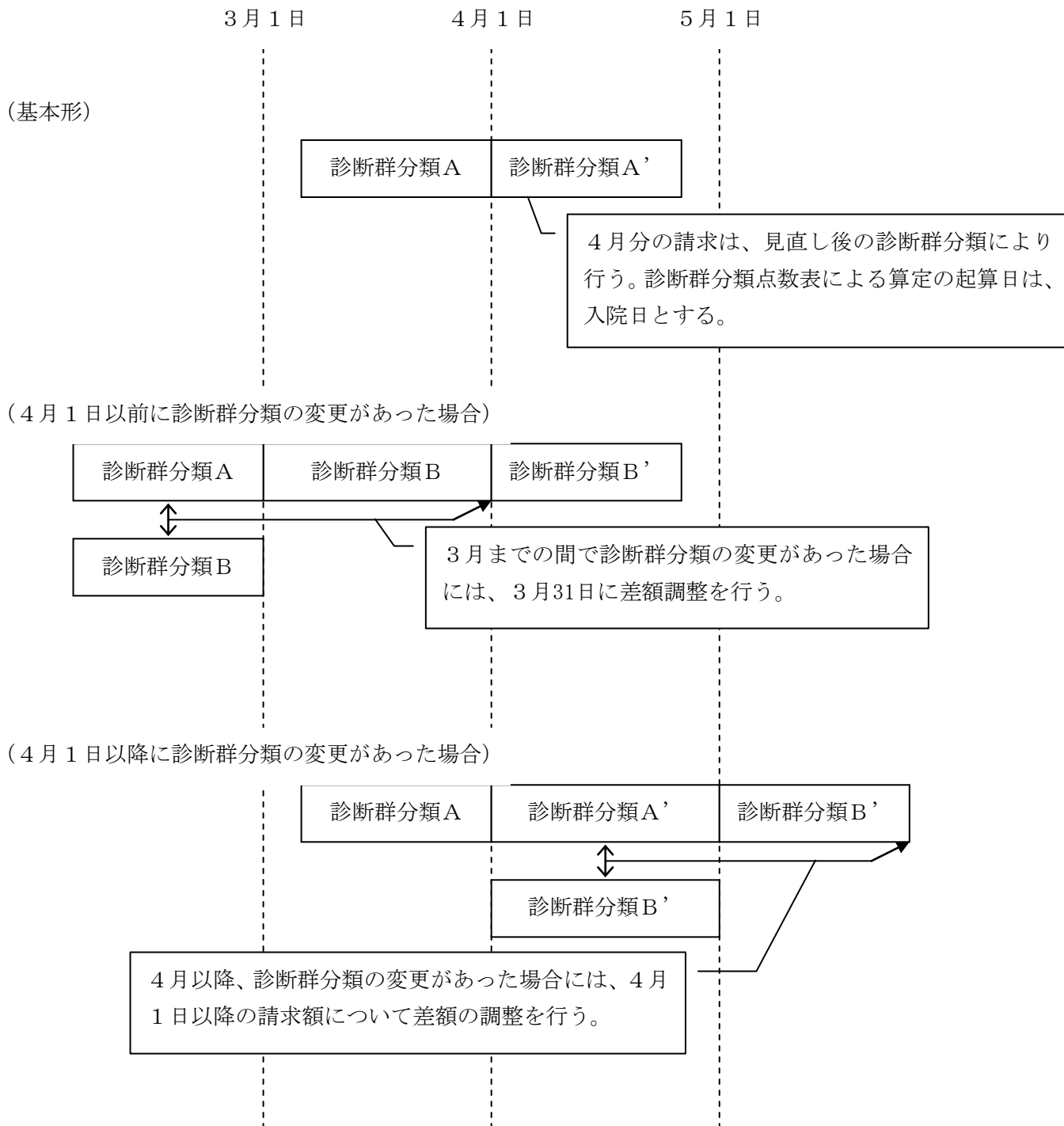
#### (包括→出来高の場合)

- 4月分の請求は、出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。

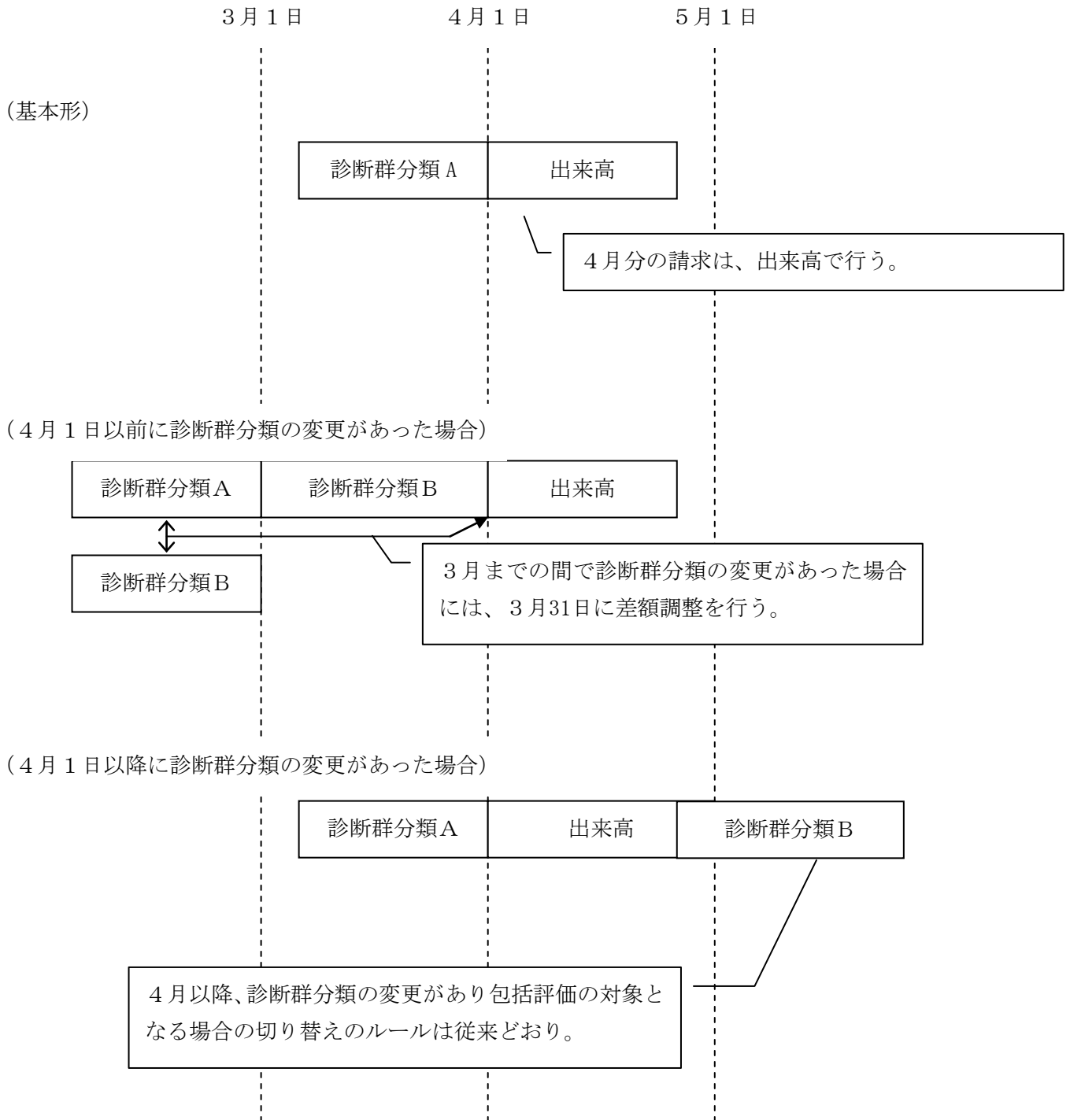
#### (出来高→包括の場合)

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

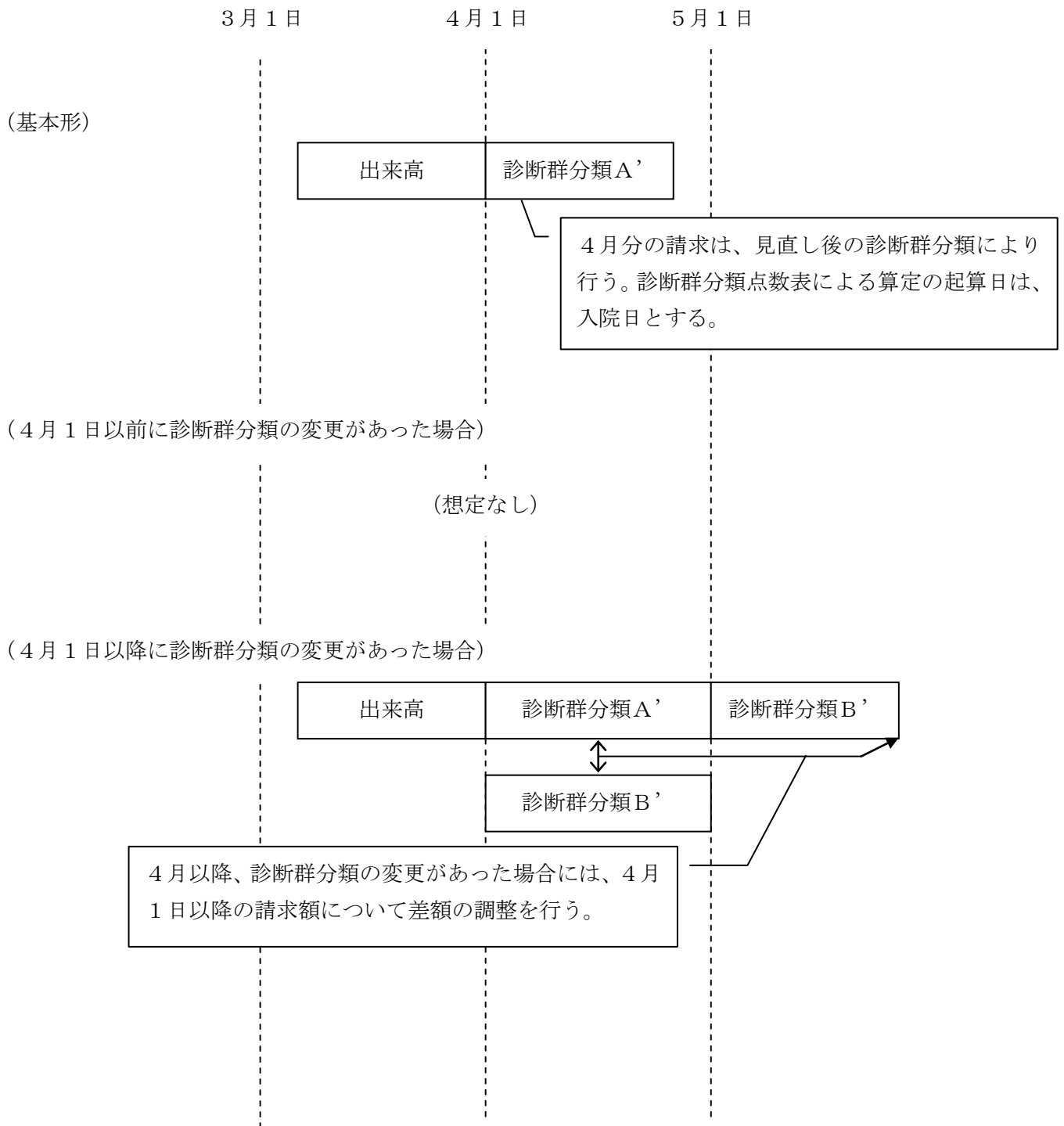
## 1. 包括→包括の場合



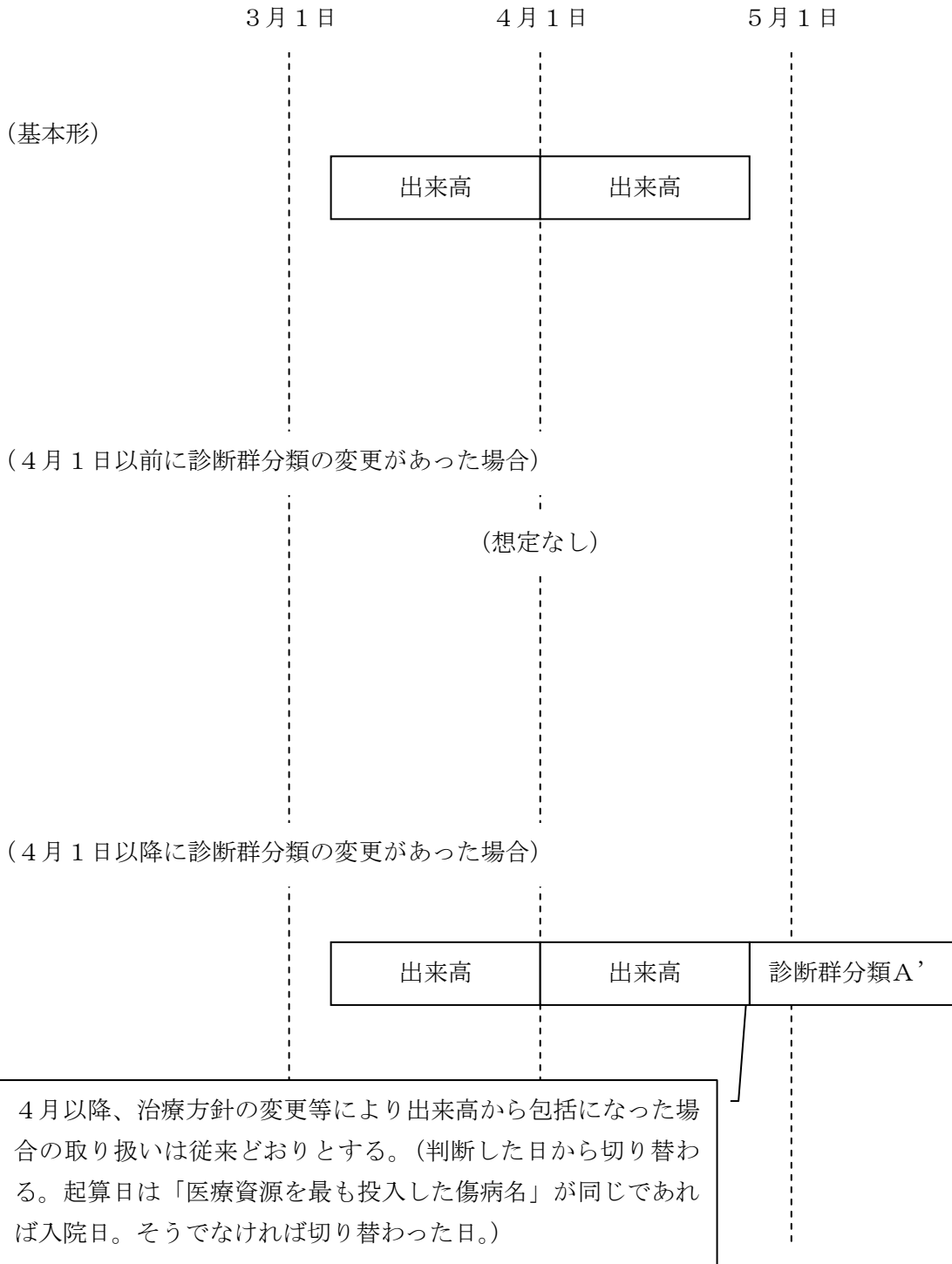
## 2. 包括→出来高の場合



### 3. 出来高→包括の場合



(参考) 出来高→出来高の場合



# 請求方法について

- 包括評価の対象患者に関する診療報酬の請求については、包括評価用の診療報酬明細書を使用する。包括評価用の診療報酬明細書は出来高の診療報酬明細書と異なり、診断群分類を決定するために必要な情報等を記載するための患者基礎情報を記載する欄がある。
- 平成22年4月からは、特定入院料等を算定する場合であっても、コーディングの確認に必要な情報は、コーディングデータに入力しなければならない。

## (記載のイメージ)

診療報酬明細書 (医科入院医療機関別包括評価用)		都道府県番号	医療機関コード	1 社・国 3 老人 1 単独 1 本入   7 高入 9 2 公費 4 退職 3 併 3 三入   5 家入   9 高入 8								
平成 年 月 分		市町村		老人医療の受給者番号		保険者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		10 9 8 7 ( )		
氏名	[x]の代わりに定義テーブルに基づき数字で差し支えない。		特記事項		保険医療機関の所在地及び名称		職務上の事由		1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		性別	
分類番号	0100103002010x		診断群分類区分		脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等 処置等1なし 処置等2あり 副傷病なし		診療日		診療日		診療日	
傷病名	ICD 10		傷病名		副傷病名		診療日		診療日		診療日	
傷病情報	「傷病名」欄には、診断群分類に該当する根拠となった「医療資源を最も投与した傷病名」(「医療資源を最も投与した傷病名」が確定していない場合には、「入院の契機となった傷病名」とその対応しているICD-10コードを記載すること。		副傷病情報		「副傷病名」欄には、「副傷病あり」の診断群分類に該当している場合に、副傷病ありと判断した根拠となった傷病名及びその対応しているICD-10コードを記載すること。		包括評価詳細部分		例1: 脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等あり 処置1なし 処置2あり 副傷病なし (6月診療分) 4月3日入院、6月10日退院の場合 入I未済 3,113×20=小計...① 入II未済 2,320×8=小計...② 4月請求分4月医療機関別係数×(①+②)=合計 入II未済 2,320×13=小計...③ 入II以上 1,972×18=小計...④ 5月請求分5月医療機関別係数×(③+④)=合計 入II以上 1,972×10=小計...⑤ 6月請求分 6月医療機関別係数×(⑤)=合計		診療行為別コード	
患者基礎情報	例2: 「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 あり 処置1あり 処置2なし」から「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等あり 処置1あり 処置2あり」に変更の場合 (5月診療分) 4月16日入院、5月診断群分類変更、5月8日退院の場合 入I未済 4,215×12=小計...①' 入II未済 3,158×8=小計...②' 4月請求分4月医療機関別係数×(①'+②')=合計...A 入II未済 5,672×8=小計...③' 5月分 5月医療機関別係数×③'=合計...B 4月調整分 入I未済 6,918×8=小計...④' 入II未済 5,672×7=小計...⑤' (4月医療機関別係数×(④'+⑤'))-A=小計...⑥' 1 93 5月請求分 B+⑥'=合計		診療関連情報		出来高部分		※高額療養費		円 基準		円 標準負担額	
請求点	※ 決定点		負担金額		円		請求日		※ 決定日		円 (標準負担額) 円	
療養の給付	※ 点		減額割(円)免除・支払額		円		療養費①		円		円	
療養費	※ 点		減額割(円)免除・支払額		円		療養費②		円		円	

様式第九(第二条関係)

## 第2部

### 告示（案）

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。ただし、同年二月二十八日以前に診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院し改正前の別表により費用を算定した者であつて、同年四月一日以降引き続きこの告示による改正後の別表により費用を算定する者について、同年三月三十日以前における療養に適用した別表11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）と同月三十一日における療養に適用する診断群分類区分とが異なる場合には、同年二月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について同年三月三十一日における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、同日の点数において調整する。また、当該者について同表8の規定を適用する場合においては、同表8中「前月までに」とあるのは「平成二十二年四月から前月までに」と、「同月までの」とあるのは「平成二十二年四月から同月までの」と読み替えるものとし、入院期間の起算日は入院の日とする。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭



本則を次のように改める。

1 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者であつて、別表11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養及び同項第四号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、別表により算定するものとする。

一 当該病院に入院した後二十四時間以内に死亡した患者又は生後一週間以内に死亡した新生児  
二 治験（薬事法（昭和三十五年法律第四百十五号）第二条第十六項に規定する治験をいう。）の対象患者

三 臓器の移植術を受ける患者であつて、診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）のうち次に掲げる区分番号の点数を算定するもの

イ	K 0 1 4	皮膚移植術（生体・培養）
ロ	K 0 1 4 ・ 2	皮膚移植術（死体）
ハ	K 5 1 4 ・ 4	同種死体肺移植術
ニ	K 5 1 4 ・ 6	生体部分肺移植術
ホ	K 6 0 5 ・ 2	同種心移植術
ヘ	K 6 0 5 ・ 4	同種心肺移植術
ト	K 6 9 7 ・ 5	生体部分肝移植術
チ	K 6 9 7 ・ 7	同種死体肝移植術
リ	K 7 0 9 ・ 3	同種死体膵移植術
ヌ	K 7 0 9 ・ 5	同種死体膵腎移植術
ル	K 7 8 0	同種死体腎移植術
ヲ	K 7 8 0 ・ 2	生体腎移植術
ワ	K 9 2 2	造血幹細胞移植

四 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第

一条第一号に規定する先進医療である療養を受ける患者

五 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者

- イ A106 障害者施設等入院基本料
- ロ A306 特殊疾患入院医療管理料
- ハ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ニ A308・2 亜急性期入院医療管理料
- ホ A309 特殊疾患病棟入院料
- ヘ A310 緩和ケア病棟入院料
- ト A400 短期滞在手術基本料（3を除く。）

六 その他厚生労働大臣が別に定める者

- 2 前項に規定する療養以外の療養に要する費用の額は、医科点数表若しくは診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）により算定する。

- 3 第一項の規定による療養に要する費用の額の算定を開始する日の前日までに入院した患者に係る療養のうち、当該開始する日から二月以内に行ったものに要する費用の額の算定については、前項の規定の例による。

4 第一項の規定により療養に要する費用の額の算定を行う病院において医師又は歯科医師の員数が医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しなればならないこととされている員数に百分の七十を乗じて得た数以下である場合には、第一項に規定する患者に係る療養に要する費用の額の算定については、第一項の規定にかかわらず、第二項の規定の例による。

別表を次のように改める。

別表

- 1 1日当たりの療養に要する費用の額は、11の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）及び入院期間の区分に応じ、同表の点数の欄に掲げる点数に12の医療機関別係数を乗じて得た点数（以下「所定点数」という。）に基づき算定するものとする。
- 2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。

イ 所定点数に含まれる費用

- (1) 第1章第2部第1節入院基本料
- (2) 第1章第2部第2節入院基本料等加算
- (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術基本料
- (4) 第2章第1部医学管理等の費用
- (5) 第2章第3部検査の費用
- (6) 第2章第4部画像診断の費用
- (7) 第2章第5部投薬の費用
- (8) 第2章第6部注射の費用
- (9) 第2章第7部第2節薬剤料
- (10) 第2章第8部第2節薬剤料
- (11) 第2章第9部処置の費用
- (12) 第2章第13部第1節病理標本作製料

ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用

- (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4、A104の注5及びA105の注3に規定する費用
- (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A218からA233-2まで及びA235からA243までに掲げる費用
- (3) 短期滞在手術基本料のうち、短期滞在手術基本料1及び2に掲げる費用
- (4) 医学管理等の費用のうち、区分番号B000からB001-3-2まで及びB001-6からB014までに掲げる費用
- (5) 検査の費用のうち、区分番号D206、D295からD325まで及びD401からD419までに掲げる費用
- (6) 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003（3のイに限る。）に掲げる費用
- (7) 注射の費用のうち、区分番号G020に掲げる費用
- (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003（1に限る。）、J010-2、J017、J017-2、J027（1に限る。）、J038からJ042まで、J047、J049、J052-2、J054-2、J062、J122（5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J123からJ128まで（既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）、J129（4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。）並びにJ129-2（2に限る。）に掲げる処置料並びにJ038（1に限る。）に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料（特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。）別表 区分040(1)に掲げる材料に限る。）並びにJ042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）に当たって使用した薬剤（腹膜灌流液に限る。）及び保険医療材料（材料価格基準別表 区分051から区分053までに掲げる材料に限る。）に係る費用
- (9) 病理標本作製料のうち、区分番号N003に掲げる費用
- (10) HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用
- (11) 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤

及び乾燥人血液凝固第 因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体<sup>3</sup>迂回活性複合体を含む。）に係る費用

3 所定点数に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

4 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「4に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料1	
	（3日以内の期間）	7,688点
	（4日以上7日以内の期間）	6,763点
	（8日以上14日以内の期間）	5,478点
	救命救急入院料2	
	（3日以内の期間）	9,188点
	（4日以上7日以内の期間）	8,128点
	（8日以上14日以内の期間）	6,878点
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	（3日以内の期間）	7,688点
	（4日以上7日以内の期間）	6,763点
	（8日以上14日以内の期間）	5,478点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	（3日以内の期間）	7,688点
	（4日以上7日以内の期間）	6,763点
	（8日以上14日以内の期間）	5,878点
	（15日以上30日以内の期間）	6,383点
	（31日以上60日以内の期間）	6,590点
	救命救急入院料4	
	イ 救命救急入院料	
	（3日以内の期間）	9,188点
	（4日以上7日以内の期間）	8,128点
（8日以上14日以内の期間）	6,878点	
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
（3日以内の期間）	9,188点	
（4日以上7日以内の期間）	8,128点	
（8日以上14日以内の期間）	6,878点	
（15日以上30日以内の期間）	6,383点	
（31日以上60日以内の期間）	6,590点	
注1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。		
2 基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)		

	<p>第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1,000点を加算する。</p> <p>3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、500点を加算する。</p> <p>4 基本診療料の施設基準等第九の二の(6)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。</p> <p>5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。</p> <p>6 基本診療料の施設基準等第九の二の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。</p>
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	<p>特定集中治療室管理料</p> <p>特定集中治療室管理料1 （7日以内の期間） 7,188点 （8日以上14日以内の期間） 5,688点</p> <p>特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料 （7日以内の期間） 7,188点 （8日以上14日以内の期間） 5,688点</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 （7日以内の期間） 7,188点 （8日以上14日以内の期間） 5,878点 （15日以上30日以内の期間） 6,383点 （31日以上60日以内の期間） 6,590点</p> <p>注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。 （7日以内の期間） 1,500点 （8日以上14日以内の期間） 1,000点</p>
区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間） 2,488点 （15日以上21日以内の期間） 2,993点</p>
区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 （14日以内の期間） 3,688点</p>
区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1 （14日以内の期間） 7,988点 （15日以上30日以内の期間） 8,493点</p>

	( 31日以上90日以内の期間 )	8,700点
	新生児特定集中治療室管理料 2	
	( 14日以内の期間 )	3,988点
	( 15日以上30日以内の期間 )	4,493点
	( 31日以上90日以内の期間 )	4,700点
区分番号 A 3 0 3 に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料	
	総合周産期特定集中治療室管理料 1	
	( 14日以内の期間 )	4,988点
	総合周産期特定集中治療室管理料 2	
	( 14日以内の期間 )	7,988点
	( 15日以上30日以内の期間 )	8,493点
	( 31日以上90日以内の期間 )	8,700点
区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院管理料	新生児治療回復室入院管理料	
	( 14日以内の期間 )	3,388点
	( 15日以上30日以内の期間 )	3,893点
	( 31日以上120日以内の期間 )	4,100点
区分番号 A 3 0 5 に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料	
	( 7日以内の期間 )	6,878点
	( 8日以上14日以内の期間 )	5,678点
医療区分 A 3 0 7 に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料	
	小児入院医療管理料 1	
	( 14日以内の期間 )	2,488点
	( 15日以上30日以内の期間 )	2,993点
	( 31日以上90日以内の期間 )	3,200点
	小児入院医療管理料 2	
	( 14日以内の期間 )	1,988点
	( 15日以上30日以内の期間 )	2,493点
	( 31日以上90日以内の期間 )	2,700点
	小児入院医療管理料 3	
	( 14日以内の期間 )	1,588点
	( 15日以上30日以内の期間 )	2,093点
	( 31日以上90日以内の期間 )	2,300点
	小児入院医療管理料 4	
	( 14日以内の期間 )	988点
	( 15日以上30日以内の期間 )	1,493点
	( 31日以上90日以内の期間 )	1,700点
	小児入院医療管理料 5	
	( 14日以内の期間 )	88点
	( 15日以上30日以内の期間 )	593点
	( 31日以上90日以内の期間 )	800点
	注 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、100点を加算する。	

5 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（医科点数表第1章第2部第1節入院基本料区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料に係る届出を行った病院に限る。以下「5に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右



欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	7,888点
	(4日以上7日以内の期間)	6,963点
	(8日以上14日以内の期間)	5,678点
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	9,388点
	(4日以上7日以内の期間)	8,328点
	(8日以上14日以内の期間)	7,078点
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	7,888点
	(4日以上7日以内の期間)	6,963点
	(8日以上14日以内の期間)	5,678点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	7,888点
	(4日以上7日以内の期間)	6,963点
	(8日以上14日以内の期間)	6,078点
	(15日以上30日以内の期間)	6,383点
	(31日以上60日以内の期間)	6,590点
	救命救急入院料4	
	イ 救命救急入院料	
	(3日以内の期間)	9,388点
	(4日以上7日以内の期間)	8,328点
	(8日以上14日以内の期間)	7,078点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(3日以内の期間)	9,388点
	(4日以上7日以内の期間)	8,328点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	
注1	病院において、自殺企図等による重篤な患者であつて、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
2	基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1,000点を加算する。	
3	基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、500点を加算する。	
4	基本診療料の施設基準等第九の二の(6)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。	
5	注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。	
6	基本診療料の施設基準等第九の二の(7)に規定する基準に	

	適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。
区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料	<p>特定集中治療室管理料</p> <p>特定集中治療室管理料1 (7日以内の期間) 7,388点 (8日以上14日以内の期間) 5,888点</p> <p>特定集中治療室管理料2</p> <p>イ 特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) 7,388点 (8日以上14日以内の期間) 5,888点</p> <p>ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 (7日以内の期間) 7,388点 (8日以上14日以内の期間) 6,078点 (15日以上30日以内の期間) 6,383点 (31日以上60日以内の期間) 6,590点</p> <p>注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。 (7日以内の期間) 1,500点 (8日以上14日以内の期間) 1,000点</p>
区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	<p>ハイケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 2,688点 (15日以上21日以内の期間) 2,993点</p>
区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<p>脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 3,888点</p>
区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	<p>新生児特定集中治療室管理料</p> <p>新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) 8,188点 (15日以上30日以内の期間) 8,493点 (31日以上90日以内の期間) 8,700点</p> <p>新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) 4,188点 (15日以上30日以内の期間) 4,493点 (31日以上90日以内の期間) 4,700点</p>
区分番号A303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	<p>総合周産期特定集中治療室管理料</p> <p>総合周産期特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) 5,188点</p> <p>総合周産期特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) 8,188点 (15日以上30日以内の期間) 8,493点 (31日以上90日以内の期間) 8,700点</p>
区分番号A303-	新生児治療回復室入院管理料

2に掲げる新生児治療回復室入院管理料	(14日以内の期間)	3,588点
	(15日以上30日以内の期間)	3,893点
	(31日以上120日以内の期間)	4,100点
区分番号A305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	(7日以内の期間)	7,078点
	(8日以上14日以内の期間)	5,878点
医療区分A307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料	
	小児入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	2,688点
	(15日以上30日以内の期間)	2,993点
	(31日以上30日以内の期間)	3,200点
	小児入院医療管理料2	
	(14日以内の期間)	2,188点
	(15日以上30日以内の期間)	2,493点
	(31日以上30日以内の期間)	2,700点
	小児入院医療管理料3	
	(14日以内の期間)	1,788点
	(15日以上30日以内の期間)	2,093点
	(31日以上30日以内の期間)	2,300点
	小児入院医療管理料4	
	(14日以内の期間)	1,188点
	(15日以上30日以内の期間)	1,493点
	(31日以上30日以内の期間)	1,700点
小児入院医療管理料5		
(14日以内の期間)	288点	
(15日以上30日以内の期間)	593点	
(31日以上30日以内の期間)	800点	
注 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、100点を加算する。		

- 6 3の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める病院（4及び5に規定する病院を除く。以下「6に規定する病院」という。）であって、医科点数表第1章第2部第3節特定入院料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行ったものの病棟における療養に要する費用の額の算定については、同欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数に加算するものとする。

区分番号A300に掲げる救命救急入院料	救命救急入院料	
	救命救急入院料1	
	(3日以内の期間)	7,950点
	(4日以上7日以内の期間)	7,025点
	(8日以上14日以内の期間)	5,740点
	救命救急入院料2	
	(3日以内の期間)	9,450点
	(4日以上7日以内の期間)	8,390点
	(8日以上14日以内の期間)	7,140点
	救命救急入院料3	
	イ 救命救急入院料	
(3日以内の期間)	7,950点	
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	

	( 8 日以上14日以内の期間)	5,740点
	□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	( 3 日以内の期間)	7,950点
	( 4 日以上7日以内の期間)	7,025点
	( 8 日以上14日以内の期間)	6,140点
	( 15日以上30日以内の期間)	6,398点
	( 31日以上60日以内の期間)	6,590点
	救命救急入院料 4	
	イ 救命救急入院料	
	( 3 日以内の期間)	9,450点
	( 4 日以上7日以内の期間)	8,390点
	( 8 日以上14日以内の期間)	7,140点
	□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	( 3 日以内の期間)	9,450点
	( 4 日以上7日以内の期間)	8,390点
	( 8 日以上14日以内の期間)	7,140点
	( 15日以上30日以内の期間)	6,398点
	( 31日以上60日以内の期間)	6,590点
	注 1 病院において、自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、当該病院の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、当該精神保健指定医による最初の診療時に限り、所定点数に3,000点を加算する。	
	2 基本診療料の施設基準等第九の二の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、1,000点を加算する。	
	3 基本診療料の施設基準等第九の二の(5)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において救命救急医療が行われた場合には、500点を加算する。	
	4 基本診療料の施設基準等第九の二の(6)に規定する基準に該当する場合には、100点を加算する。	
	5 注 4 に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、5,000点を加算する。	
	6 基本診療料の施設基準等第九の二の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。	
区分番号 A 3 0 1 に掲げる特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料	
	特定集中治療室管理料 1	
	( 7 日以内の期間)	7,450点
	( 8 日以上14日以内の期間)	5,950点
	特定集中治療室管理料 2	
	イ 特定集中治療室管理料	
	( 7 日以内の期間)	7,450点
	( 8 日以上14日以内の期間)	5,950点
	□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	( 7 日以内の期間)	7,450点

	( 8 日以上14日以内の期間 )	6,140点
	( 15日以上30日以内の期間 )	6,398点
	( 31日以上60日以内の期間 )	6,590点
	注 基本診療料の施設基準等第九の三の(4)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。	
	( 7日以内の期間 )	1,500点
	( 8 日以上14日以内の期間 )	1,000点
区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上21日以内の期間 )	2,750点 3,008点
区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ( 14日以内の期間 )	3,950点
区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料	新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料1 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 ) ( 31日以上90日以内の期間 ) 新生児特定集中治療室管理料2 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 ) ( 31日以上90日以内の期間 )	8,250点 8,508点 8,700点 4,250点 4,508点 4,700点
区分番号A303に掲げる総合周産期特定集中治療室管理料	総合周産期特定集中治療室管理料 総合周産期特定集中治療室管理料1 ( 14日以内の期間 ) 総合周産期特定集中治療室管理料2 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 ) ( 31日以上90日以内の期間 )	5,250点 8,250点 8,508点 8,700点
区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院管理料	新生児治療回復室入院管理料 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 ) ( 31日以上120日以内の期間 )	3,650点 3,908点 4,100点
区分番号A305に掲げる一類感染症患者入院医療管理料	一類感染症患者入院医療管理料 ( 7日以内の期間 ) ( 8 日以上14日以内の期間 )	7,140点 5,940点
医療区分A307に掲げる小児入院医療管理料	小児入院医療管理料 小児入院医療管理料1 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 ) ( 31日以上の期間 ) 小児入院医療管理料2 ( 14日以内の期間 ) ( 15日以上30日以内の期間 )	2,750点 3,008点 3,200点 2,250点 2,508点

	( 31日以上の期間 )	2,700点
	小児入院医療管理料 3	
	( 14日以内の期間 )	1,850点
	( 15日以上30日以内の期間 )	2,108点
	( 31日以上の期間 )	2,300点
	小児入院医療管理料 4	
	( 14日以内の期間 )	1,250点
	( 15日以上30日以内の期間 )	1,508点
	( 31日以上の期間 )	1,700点
	小児入院医療管理料 5	
	( 14日以内の期間 )	350点
	( 15日以上30日以内の期間 )	608点
	( 31日以上の期間 )	800点
	注 基本診療料の施設基準等第九の九の(7)に規定する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院の病棟において小児入院医療管理が行われた場合には、100点を加算する。	

- 7 11の診断群分類点数表に掲げる特定入院期間の欄に掲げる期間を超えた入院期間における療養に要する費用の額については、1から6まで及び8から10までの規定にかかわらず、第2項の規定の例により算定するものとする。
- 8 退院の日又は一般病棟以外の病棟への転棟等の前日(以下「退院の日等」という。)における療養に適用する診断群分類区分と退院の日等の前日までににおける療養に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、前月までに療養に要する費用の額として算定した額と同月までの療養について退院の日等における療養に適用する診断群分類区分により算定した額との差額を、退院の日等の点数において調整する。
- 9 この表により算定する費用の額は、1点の単価を10円として、それぞれこの表により算定した点数に乗じて得た額とする。
- 10 この表により病院が保険者(高齢者の医療の確保に関する法律第7条第2項に規定する保険者をいう。)又は後期高齢者医療広域連合(同法48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。)ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。
- 11 診断群分類点数表は、次のとおりとし、同表に掲げる傷病名、手術、処置等及び副傷病名については、別に厚生労働大臣の定めるところによる。

診断群分類点数表

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1	010010xx99000x	脳腫瘍	なし	なし	なし	なし		3	10	27	3,070	2,498	2,123
2	010010xx99001x	脳腫瘍	なし	なし	なし	あり		7	18	47	2,843	2,236	1,901
3	010010xx9901xx	脳腫瘍	なし	なし	1あり			12	34	87	3,018	2,409	2,048
4	010010xx9902xx	脳腫瘍	なし	なし	2あり			5	13	35	4,310	3,396	2,887
5	010010xx9904xx	脳腫瘍	なし	なし	4あり			16	32	69	3,029	2,239	1,903
6	010010xx99050x	脳腫瘍	なし	なし	5あり	なし		5	14	38	4,072	3,246	2,759
7	010010xx99051x	脳腫瘍	なし	なし	5あり	あり		8	23	60	3,604	2,883	2,451
8	010010xx9906xx	脳腫瘍	なし	なし	6あり			7	18	53	4,661	3,666	3,116
9	010010xx9907xx	脳腫瘍	なし	なし	7あり			15	33	72	4,281	3,257	2,768
10	010010xx9910xx	脳腫瘍	なし	あり	なし			2	4	10	4,052	2,995	2,546
11	010010xx9912xx	脳腫瘍	なし	あり	2あり			6	11	23	4,849	3,458	2,939
12	010010xx97x0xx	脳腫瘍	その他の手術あり		なし			8	20	53	2,848	2,229	1,895
13	010010xx97x1xx	脳腫瘍	その他の手術あり		1あり			22	47	105	3,086	2,329	1,980
14	010010xx97x3xx	脳腫瘍	その他の手術あり		3あり			19	38	84	2,666	1,970	1,675
15	010010xx97x4xx	脳腫瘍	その他の手術あり		4あり			30	60	118	3,014	2,228	1,894
16	010010xx97x5xx	脳腫瘍	その他の手術あり		5あり			20	40	92	3,361	2,484	2,111
17	010010xx01x0xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		なし			11	22	41	2,878	2,127	1,808
18	010010xx01x1xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		1あり			16	31	63	3,041	2,221	1,888
19	010010xx01x2xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		2あり			17	33	62	3,428	2,217	1,884
20	010010xx01x3xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		3あり			26	51	94	2,648	1,943	1,652
21	010010xx01x4xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		4あり			33	66	108	3,158	2,334	1,984
22	010010xx01x5xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		5あり			20	40	84	3,218	2,379	2,022
23	010010xx01x6xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		6あり			24	47	103	3,192	2,341	1,990
24	010010xx01x7xx	脳腫瘍	頭蓋内腫瘍摘出術等		7あり			33	66	110	3,461	2,832	2,549
25	010020x099x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	なし		あり			5	18	50	4,899	3,506	2,980
26	010020x097x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	その他の手術あり		なし			12	29	72	3,008	2,145	1,823
27	010020x003x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳血管内手術		なし			13	25	45	3,841	2,186	1,858
28	010020x003x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳血管内手術		あり			14	28	55	4,698	2,422	2,059
29	010020x002x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ術等		なし			19	37	76	3,351	2,107	1,791
30	010020x002x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ術等		あり			21	42	90	4,670	2,586	2,198
31	010020x001x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		なし			16	32	58	3,959	2,055	1,747
32	010020x001x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30未満)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		あり			21	41	82	4,313	2,222	1,889
33	010020x199x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	なし		あり			3	6	13	5,120	3,784	3,216

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
34	010020x197x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	その他の手術あり		あり			10	32	87	4,870	3,382	2,875
35	010020x103x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳血管内手術		あり			8	29	70	5,418	3,298	2,803
36	010020x102x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ術等		なし			19	47	104	3,812	2,202	1,872
37	010020x102x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ術等		あり			10	35	87	5,574	3,340	2,839
38	010020x101x0xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		なし			23	45	86	3,679	2,000	1,700
39	010020x101x1xx	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤(JCS30以上)	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等		あり			24	48	107	4,726	2,389	2,031
40	010030xx9900xx	未破裂脳動脈瘤		なし	なし			2	4	11	3,756	2,776	2,360
41	010030xx9910xx	未破裂脳動脈瘤		あり	なし			2	3	4	3,986	2,426	2,062
42	010030xx97x0xx	未破裂脳動脈瘤	その他の手術あり		なし			6	16	40	3,093	2,448	2,081
43	010030xx03x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術		なし			5	10	18	2,953	2,183	1,856
44	010030xx03x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳血管内手術		あり			10	21	54	3,357	2,521	2,143
45	010030xx01x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等		なし			8	16	27	2,818	2,083	1,771
46	010030xx01x1xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等		あり			11	21	45	3,061	2,222	1,889
47	010040x099x00x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)		なし	なし	なし		8	17	40	2,814	2,121	1,803
48	010040x099x01x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)		なし	なし	あり		15	29	58	2,597	1,895	1,611
49	010040x099x10x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)		なし	あり	なし		3	17	50	3,551	2,554	2,171
50	010040x099x11x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)		なし	あり	あり		18	36	79	3,292	2,433	2,068
51	010040x097x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	その他の手術あり		なし			12	34	79	2,747	2,005	1,704
52	010040x097x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	その他の手術あり		あり			27	54	114	3,162	2,337	1,986
53	010040x002x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ術等		なし			21	41	80	2,860	1,918	1,630
54	010040x002x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	穿頭脳室ドレナージ術等		あり			12	40	103	4,061	2,975	2,529
55	010040x001x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	脳血管内手術+脳動脈奇形摘出術等		なし			16	32	58	2,917	1,895	1,611
56	010040x001x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30未満)	脳血管内手術+脳動脈奇形摘出術等		あり			19	38	79	3,473	2,200	1,870
57	010040x199x00x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)		なし	なし	なし		3	15	44	3,785	2,661	2,262
58	010040x199x01x	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)		なし	なし	あり		12	30	69	3,137	2,225	1,891
59	010040x197x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	その他の手術あり		なし			26	51	96	2,561	1,880	1,598
60	010040x197x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	その他の手術あり		あり			25	50	110	3,387	2,503	2,128
61	010040x102x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ術等		なし			21	41	86	3,103	2,090	1,777
62	010040x102x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	穿頭脳室ドレナージ術等		あり			10	36	95	4,496	3,049	2,592
63	010040x101x0xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	脳血管内手術+脳動脈奇形摘出術等		なし			20	40	78	2,939	1,944	1,652
64	010040x101x1xx	非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)(JCS30以上)	脳血管内手術+脳動脈奇形摘出術等		あり			20	42	95	3,836	2,422	2,059
65	010050xx99x0xx	非外傷性硬膜下血腫		なし	なし			3	11	30	3,078	2,382	2,025
66	010050xx02x0xx	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等		なし			5	10	21	2,844	2,102	1,787
67	010050xx02x1xx	非外傷性硬膜下血腫	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術等		あり			11	28	76	3,245	2,548	2,166



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
68	010050xx01x0xx	非外傷性硬膜下血腫	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜下のもの		なし			12	24	54	2,814	2,080	1,768
69	010060x099000x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	なし	なし		4	11	26	3,261	2,391	2,032
70	010060x099001x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	なし	あり		9	22	51	2,865	2,091	1,777
71	010060x099010x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	1あり	なし		8	23	59	3,246	2,597	2,207
72	010060x099011x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	1あり	あり		20	40	86	3,060	2,261	1,922
73	010060x099020x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	2あり	なし		6	14	32	4,268	3,078	2,616
74	010060x099021x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	2あり	あり		17	33	66	3,239	2,102	1,787
75	010060x099030x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	3あり	なし		9	17	37	4,186	2,356	2,003
76	010060x099031x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	3あり	あり		15	29	59	3,779	2,129	1,810
77	010060x09904xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし	なし	4あり			13	25	51	5,785	2,448	2,081
78	010060x09910xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし	あり	なし			2	4	12	3,855	2,849	2,422
79	010060x09912xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし	あり	2あり			3	8	21	5,643	4,465	3,795
80	010060x099130x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	あり	3あり	なし		10	20	39	4,595	2,610	2,219
81	010060x099131x	脳梗塞(JCS30未満)	なし	あり	3あり	あり		16	31	56	4,209	2,165	1,840
82	010060x09914xx	脳梗塞(JCS30未満)	なし	あり	4あり			13	26	51	6,044	2,540	2,159
83	010060x097x00x	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		なし	なし		8	21	55	2,563	2,023	1,720
84	010060x097x01x	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		なし	あり		19	40	89	2,520	1,894	1,610
85	010060x097x1xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		1あり			26	51	108	2,850	2,092	1,778
86	010060x097x2xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		2あり			17	36	80	3,170	2,387	2,029
87	010060x097x3xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		3あり			24	48	95	3,332	2,094	1,780
88	010060x097x4xx	脳梗塞(JCS30未満)	その他の手術あり		4あり			25	49	96	4,369	2,319	1,971
89	010060x002x0xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		なし			5	10	19	2,971	2,196	1,867
90	010060x002x1xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		1あり			9	18	41	3,312	2,448	2,081
91	010060x002x2xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		2あり			8	15	34	3,902	2,811	2,389
92	010060x002x3xx	脳梗塞(JCS30未満)	経皮的脳血管形成術等		3あり			11	22	51	3,907	2,509	2,133
93	010060x001x0xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		なし			8	16	27	2,778	2,054	1,746
94	010060x001x1xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		1あり			9	18	32	3,207	2,370	2,015
95	010060x001x2xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		2あり			11	22	42	3,442	2,544	2,162
96	010060x001x30x	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		3あり	なし		17	33	72	3,690	2,309	1,963
97	010060x001x31x	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		3あり	あり		26	52	102	3,833	2,326	1,977
98	010060x001x4xx	脳梗塞(JCS30未満)	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等		4あり			28	55	120	5,092	2,688	2,285
99	010060x199x00x	脳梗塞(JCS30以上)	なし		なし	なし		3	13	38	3,568	2,549	2,167
100	010060x199x01x	脳梗塞(JCS30以上)	なし		なし	あり		9	25	61	3,011	2,252	1,914
101	010060x199x1xx	脳梗塞(JCS30以上)	なし		1あり			5	24	69	4,091	3,059	2,600

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
102	010060x199x2xx	脳梗塞(JCS30以上)		なし				16	32	67	3,478	2,144	1,822
103	010060x199x30x	脳梗塞(JCS30以上)		なし				6	20	52	4,744	2,919	2,481
104	010060x199x31x	脳梗塞(JCS30以上)		なし				16	32	71	3,933	2,352	1,999
105	010060x199x4xx	脳梗塞(JCS30以上)		なし				13	26	58	6,139	2,738	2,327
106	010060x197x00x	脳梗塞(JCS30以上)		その他の手術あり				11	32	79	2,672	1,987	1,689
107	010060x197x01x	脳梗塞(JCS30以上)		その他の手術あり				29	57	108	2,447	1,797	1,527
108	010060x197x1xx	脳梗塞(JCS30以上)		その他の手術あり				25	50	108	3,291	2,433	2,068
109	010060x197x3xx	脳梗塞(JCS30以上)		その他の手術あり				28	56	105	3,248	2,035	1,730
110	010060x197x4xx	脳梗塞(JCS30以上)		その他の手術あり				28	55	100	4,532	2,351	1,998
111	010060x102x3xx	脳梗塞(JCS30以上)		経皮的脳血管形成術等				12	30	73	4,736	2,582	2,195
112	010060x101x3xx	脳梗塞(JCS30以上)		動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等				20	48	111	4,783	2,576	2,190
113	010070xx99xx0x	脳血管障害(その他)		なし				3	11	32	3,042	2,371	2,015
114	010070xx99xx1x	脳血管障害(その他)		なし				8	20	52	2,828	2,213	1,881
115	010070xx97xxxx	脳血管障害(その他)		あり				7	16	44	2,592	1,991	1,692
116	010080xx99x00x	脳脊髄の感染を伴う炎症		なし				4	8	18	2,818	2,083	1,771
117	010080xx99x01x	脳脊髄の感染を伴う炎症		なし				7	17	42	3,061	2,382	2,025
118	010080xx99x1xx	脳脊髄の感染を伴う炎症		なし				14	30	70	3,788	2,525	2,146
119	010080xx99x4xx	脳脊髄の感染を伴う炎症		なし				13	25	56	4,393	2,668	2,268
120	010080xx97x0xx	脳脊髄の感染を伴う炎症		あり				17	33	73	2,818	2,060	1,751
121	010080xx97x1xx	脳脊髄の感染を伴う炎症		あり				31	62	127	3,456	2,554	2,171
122	010080xx97x4xx	脳脊髄の感染を伴う炎症		あり				30	59	123	4,245	2,710	2,304
123	010083xxxxxxxx	結核性髄膜炎、髄膜脳炎						12	33	89	3,752	2,653	2,255
124	010090xxxx0xx	多発性硬化症						7	16	37	2,981	2,290	1,947
125	010090xxxx3xx	多発性硬化症						19	38	86	4,496	3,323	2,825
126	010090xxxx4xx	多発性硬化症						10	19	43	3,090	2,239	1,903
127	010100xxxx0xx	脱髄性疾患(その他)						8	20	50	3,069	2,181	1,854
128	010110xxxx0xx	免疫介在性・炎症性ニューロパチー						5	13	33	2,782	2,192	1,863
129	010110xxxx3xx	免疫介在性・炎症性ニューロパチー						11	21	46	5,613	4,076	3,465
130	010110xxxx40x	免疫介在性・炎症性ニューロパチー						11	23	54	10,499	7,067	6,007
131	010110xxxx41x	免疫介在性・炎症性ニューロパチー						25	50	112	7,980	4,152	3,529
132	010111xxxx0xx	遺伝性ニューロパチー						8	15	33	2,665	1,920	1,632
133	010120xx99xxxx	特発性(単)ニューロパチー		なし				2	6	17	2,818	2,267	1,927
134	010120xx97xxxx	特発性(単)ニューロパチー		その他の手術あり				6	12	27	2,407	1,779	1,512
135	010120xx01xxxx	特発性(単)ニューロパチー		三叉神経節後線維切截術等				8	15	25	2,671	1,924	1,635

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
136	010130xx99x0xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	なし		なし			8	20	52	2,694	2,109	1,793
137	010130xx99x3xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	なし		3あり			12	38	104	5,114	3,838	3,262
138	010130xx97x0xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	その他の手術あり		なし			13	28	73	2,504	1,894	1,610
139	010130xx01x0xx	重症筋無力症、その他の神経筋障害	縦隔腫瘍、胸腺摘出術等		なし			15	41	100	2,435	1,934	1,644
140	010140xxxx0xx	筋疾患(その他)			なし			4	10	25	2,933	2,295	1,951
141	010140xxxx1xx	筋疾患(その他)			あり			7	19	55	3,396	2,695	2,291
142	010155xxxx0xx	運動ニューロン疾患等			なし			7	14	33	2,844	2,102	1,787
143	010155xxxx10x	運動ニューロン疾患等			あり	なし		7	19	51	3,384	2,685	2,282
144	010155xxxx11x	運動ニューロン疾患等			あり	あり		16	38	93	3,386	2,623	2,230
145	010160xx99x00x	パーキンソン病	なし		なし	なし		8	17	41	2,535	1,911	1,624
146	010160xx99x01x	パーキンソン病	なし		なし	あり		12	27	61	2,683	2,053	1,745
147	010160xx99x10x	パーキンソン病	なし		あり	なし		11	21	45	3,131	2,273	1,932
148	010160xx99x11x	パーキンソン病	なし		あり	あり		19	38	86	3,095	2,288	1,945
149	010160xx97x00x	パーキンソン病	あり		なし	なし		11	24	57	2,524	1,916	1,629
150	010160xx97x01x	パーキンソン病	あり		なし	あり		20	41	93	2,565	1,912	1,625
151	010160xx97x1xx	パーキンソン病	あり		あり			24	48	101	2,882	2,130	1,811
152	010170xx99x0xx	基底核等の変性疾患	なし		なし			8	15	34	2,697	1,943	1,652
153	010170xx99x1xx	基底核等の変性疾患	なし		あり			10	19	39	3,328	2,412	2,050
154	010170xx97x0xx	基底核等の変性疾患	あり		なし			13	27	61	2,542	1,903	1,618
155	010170xx97x1xx	基底核等の変性疾患	あり		あり			25	49	104	2,926	2,147	1,825
156	010180xx99x0xx	不随意運動	なし		なし			4	8	21	2,905	2,147	1,825
157	010180xx99x1xx	不随意運動	なし		あり			2	5	13	3,244	2,538	2,157
158	010190xxxx0xx	遺伝性運動失調症			なし			6	13	31	2,827	2,142	1,821
159	010200xx99x0xx	水頭症	なし		なし			3	8	21	2,741	2,169	1,844
160	010200xx97x0xx	水頭症	その他の手術あり		なし			7	20	57	2,513	2,009	1,708
161	010200xx01x0xx	水頭症	水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)等		なし			11	21	45	2,573	1,868	1,588
162	010200xx01x1xx	水頭症	水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)等		あり			26	52	117	3,046	2,251	1,913
163	01021xxxx0x0x	認知症		なし		なし		5	14	37	2,643	2,107	1,791
164	01021xxxx0x1x	認知症		なし		あり		14	29	70	2,551	1,908	1,622
165	01021xxxx1xxx	認知症		あり				8	15	34	3,642	2,624	2,230
166	010220xxxxxxx	その他の変性疾患						4	10	27	2,990	2,340	1,989
167	010230xx99x00x	てんかん	なし		なし	なし		2	5	14	2,981	2,333	1,983
168	010230xx99x01x	てんかん	なし		なし	あり		4	11	28	2,752	2,188	1,860
169	010230xx99x10x	てんかん	なし		1あり	なし		5	14	36	3,611	2,573	2,187

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)			
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III	
170	010230xx99x11x	てんかん		なし		1あり	あり		9	23	60	3,396	2,460	2,091
171	010230xx99x20x	てんかん		なし		2あり	なし		7	14	34	3,682	2,721	2,313
172	010230xx99x21x	てんかん		なし		2あり	あり		13	31	73	3,496	2,391	2,032
173	010230xx97x0xx	てんかん		あり		なし			8	23	58	2,794	2,236	1,901
174	010230xx97x1xx	てんかん		あり		1あり			26	52	117	3,171	2,343	1,992
175	010230xx97x2xx	てんかん		あり		2あり			22	44	95	2,800	2,070	1,760
176	010240xxxxxxx	片頭痛、頭痛症候群(その他)							2	4	11	3,143	2,323	1,975
177	010260xxxxxxx	ウェルニツケ脳症							8	22	55	2,907	2,113	1,796
178	010280xxxx0xx	ジストニー、筋無力症				なし			6	14	34	2,656	2,050	1,743
179	010290xxxxxxx	自律神経系の障害							2	6	15	3,315	2,534	2,154
180	010300xxxxxxx	睡眠障害							2	3	9	3,778	2,748	2,473
181	010310xx99x0xx	脳の障害(その他)		なし		なし			3	9	23	2,945	2,369	2,014
182	010310xx99x1xx	脳の障害(その他)		なし		あり			4	12	37	5,060	3,668	3,118
183	010310xx97x0xx	脳の障害(その他)		あり		なし			10	19	38	2,604	1,887	1,604
184	010310xx97x1xx	脳の障害(その他)		あり		あり			23	46	104	4,059	2,724	2,315
185	02001xxx97x0xx	角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍		あり		なし			5	9	21	2,435	1,721	1,463
186	020040xx99x0xx	網膜芽細胞腫		なし		なし			2	3	5	2,858	2,079	1,871
187	020040xx97x0xx	網膜芽細胞腫		あり		なし			2	4	7	2,450	1,811	1,539
188	02006xxx97xxxx	眼の良性腫瘍		あり					2	4	8	2,394	1,959	1,763
189	020080xx97xxxx	眼窩腫瘍		あり					4	8	17	2,579	1,906	1,620
190	020110xx99xxxx	白内障、水晶体の疾患		なし					1	2	4	2,159	1,767	1,590
191	020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患		あり			片眼		2	3	6	2,237	1,627	1,464
192	020110xx97xxx1	白内障、水晶体の疾患		あり			両眼		4	7	12	2,228	1,756	1,580
193	020120xx99xxxx	急性前部ぶどう膜炎		なし					4	11	26	2,652	2,109	1,793
194	020120xx97xxxx	急性前部ぶどう膜炎		あり					6	13	32	2,470	1,872	1,591
195	020130xx99xxxx	原田病		なし					8	16	32	2,636	1,948	1,656
196	020150xx99xxxx	斜視(外傷性・癒着性を除く。)		なし					3	11	27	3,120	2,296	1,952
197	020150xx97xxxx	斜視(外傷性・癒着性を除く。)		あり					2	3	5	2,121	1,542	1,388
198	020160xx99xxxx	網膜剥離		なし					2	5	13	2,496	1,954	1,661
199	020160xx97xxx0	網膜剥離		あり			片眼		7	13	23	2,372	1,702	1,447
200	020160xx97xxx1	網膜剥離		あり			両眼		8	15	26	2,384	1,718	1,460
201	020180xx99xxxx	糖尿病性増殖性網膜症		なし					2	4	10	2,350	1,923	1,731
202	020180xx97xxx0	糖尿病性増殖性網膜症		あり			片眼		6	11	21	2,287	1,830	1,647
203	020180xx97xxx1	糖尿病性増殖性網膜症		あり			両眼		11	22	42	2,344	1,733	1,473

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
204	020190xx97xxxx	未熟児網膜症	あり					5	17	42	2,447	1,995	1,696
205	020200xx99x0xx	黄斑、後極変性	なし		なし			1	2	5	2,205	1,804	1,624
206	020200xx99x3xx	黄斑、後極変性	なし		3あり			1	2	3	11,440	4,262	3,623
207	020200xx99x4xx	黄斑、後極変性	なし		4あり			1	2	4	9,811	7,251	6,163
208	020200xx9700xx	黄斑、後極変性	あり	なし	なし			5	9	18	2,202	1,752	1,577
209	020200xx9701xx	黄斑、後極変性	あり	なし	1あり			7	13	21	2,217	1,780	1,602
210	020200xx9702xx	黄斑、後極変性	あり	なし	2あり			2	4	5	2,047	1,674	1,507
211	020200xx9703xx	黄斑、後極変性	あり	なし	3あり			2	3	5	4,190	2,550	2,168
212	020200xx9704xx	黄斑、後極変性	あり	なし	4あり			2	5	9	5,566	2,506	2,130
213	020200xx9710xx	黄斑、後極変性	あり	あり	なし			6	11	18	2,195	1,756	1,580
214	020200xx9711xx	黄斑、後極変性	あり	あり	1あり			7	14	25	2,346	1,734	1,474
215	020210xx99xxxx	網膜血管閉塞症	なし					3	6	12	2,999	2,217	1,884
216	020210xx97xxxx	網膜血管閉塞症	その他の手術あり					5	9	18	2,233	1,776	1,598
217	020210xx01xxxx	網膜血管閉塞症	増殖性硝子体網膜症手術					7	14	26	2,341	1,731	1,471
218	020220xx99xx0x	緑内障	なし			なし		2	3	5	2,279	1,658	1,492
219	020220xx99xx1x	緑内障	なし			あり		2	5	10	2,557	2,001	1,701
220	020220xx97xxx0	緑内障	あり				片眼	6	11	21	2,227	1,781	1,603
221	020220xx97xxx1	緑内障	あり				両眼	8	16	31	2,217	1,814	1,633
222	020230xx97xxxx	眼瞼下垂	あり					2	4	8	2,065	1,690	1,521
223	020240xx99xxxx	硝子体疾患	なし					2	4	9	2,416	1,786	1,518
224	020240xx97xxx0	硝子体疾患	あり				片眼	5	10	18	2,263	1,851	1,666
225	020240xx97xxx1	硝子体疾患	あり				両眼	10	19	39	2,328	1,687	1,434
226	020250xx97xxxx	結膜の障害	あり					2	3	7	2,170	1,578	1,420
227	020280xx99xxxx	角膜の障害	なし					7	13	29	2,545	1,826	1,552
228	020280xx97xxxx	角膜の障害	あり					6	12	25	2,403	1,776	1,510
229	020290xx99xxxx	涙器の疾患	なし					4	7	14	2,585	1,798	1,528
230	020290xx97xxxx	涙器の疾患	あり					3	6	11	2,183	1,786	1,607
231	020320xx99xxxx	眼瞼、涙器、眼窩の疾患	なし					4	8	18	2,720	2,011	1,709
232	020320xx97xxxx	眼瞼、涙器、眼窩の疾患	あり					2	3	6	2,122	1,543	1,389
233	020340xx99xxxx	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	なし					4	10	24	2,693	2,108	1,792
234	020340xx97xxxx	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	あり					4	9	21	2,466	1,887	1,604
235	020350xx99xxxx	脈絡膜の疾患	なし					2	4	9	2,346	1,920	1,728
236	020350xx97xxxx	脈絡膜の疾患	あり					4	8	17	2,252	1,842	1,658
237	020360xx99xxxx	眼球の障害	なし					6	12	25	2,655	1,962	1,668

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
238	020360xx97xxxx	眼球の障害	あり					7	14	28	2,648	1,957	1,663
239	020370xx99xxxx	視神経の疾患	なし					5	11	23	2,873	2,186	1,858
240	020380xx99xxxx	眼球運動障害	なし					3	9	23	3,088	2,484	2,111
241	020400xx99xxxx	眼、付属器の障害	なし					4	14	33	2,639	2,157	1,833
242	03001xxx99x0xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		なし			4	13	35	2,785	2,260	1,921
243	03001xxx99x1xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		1あり			13	29	65	3,100	2,367	2,012
244	03001xxx99x2xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		2あり			17	33	70	2,175	1,590	1,352
245	03001xxx99x3xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		3あり			25	50	95	2,543	1,880	1,598
246	03001xxx99x4xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		4あり			9	17	36	3,408	2,464	2,094
247	03001xxx99x5xx	頭頸部悪性腫瘍	なし		5あり			23	47	97	3,564	2,653	2,255
248	03001xxx97x00x	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		4	8	20	2,559	1,891	1,607
249	03001xxx97x01x	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		7	19	51	2,678	2,125	1,806
250	03001xxx97x1xx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			15	35	87	3,103	2,395	2,036
251	03001xxx97x2xx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			29	58	105	2,340	1,730	1,471
252	03001xxx97x3xx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			37	73	121	2,605	1,916	1,629
253	03001xxx97x4xx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり			17	35	81	3,051	2,278	1,936
254	03001xxx97x5xx	頭頸部悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり			31	62	115	3,141	2,322	1,974
255	03001xxx01000x	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	なし	なし		6	12	27	2,490	1,840	1,564
256	03001xxx01001x	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	なし	あり		10	19	44	2,514	1,822	1,549
257	03001xxx0101xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	1あり			20	40	75	2,787	2,060	1,751
258	03001xxx0102xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	2あり			33	66	113	2,223	1,643	1,397
259	03001xxx0103xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	3あり			38	76	130	2,451	1,812	1,540
260	03001xxx0104xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	なし	4あり			21	42	87	2,633	1,946	1,654
261	03001xxx01100x	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	なし	なし		6	12	25	2,366	1,749	1,487
262	03001xxx01101x	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	なし	あり		12	27	63	2,427	1,857	1,578
263	03001xxx0111xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	1あり			22	43	81	2,948	1,975	1,679
264	03001xxx0112xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	2あり			36	72	124	2,337	1,727	1,468
265	03001xxx0113xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	3あり			50	100	158	2,500	1,848	1,571
266	03001xxx0114xx	頭頸部悪性腫瘍	頭部悪性腫瘍手術等	あり	4あり			31	62	116	2,694	1,991	1,692
267	030150xx99xxxx	耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍	なし					2	6	15	2,844	2,288	1,945
268	030150xx97xxxx	耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍	あり					4	8	14	2,487	1,838	1,562
269	030160xxxxxxx	大唾液腺の良性腫瘍						5	9	13	2,432	1,718	1,460
270	030180xx99xxxx	口内炎、口腔疾患	なし					3	6	12	2,677	1,979	1,682
271	030180xx97xxxx	口内炎、口腔疾患	あり					3	6	14	2,580	1,907	1,621

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
272	030190xx99xxxx	唾液腺炎、唾液腺膿瘍		なし				4	7	13	2,791	1,942	1,651
273	030190xx97xxxx	唾液腺炎、唾液腺膿瘍		あり				5	10	19	2,678	1,980	1,683
274	030200xxxxxxxx	腺内唾石						4	7	13	2,416	1,681	1,429
275	030220xxxxxxxx	ガマ腫						3	6	12	2,393	1,769	1,504
276	030230xxxxxxxx	扁桃、アデノイドの慢性疾患						4	8	12	2,318	1,713	1,456
277	030240xx99xxxx	扁桃周囲膿瘍		なし				3	6	9	2,927	2,164	1,839
278	030240xx97xxxx	扁桃周囲膿瘍		あり				3	6	10	2,946	2,178	1,851
279	030245xxxxxxxx	伝染性単核球症						4	8	14	2,568	1,898	1,613
280	030250xx990xxx	睡眠時無呼吸		なし				2	3	5	2,163	1,573	1,416
281	030250xx970xxx	睡眠時無呼吸		あり				5	9	12	2,296	1,622	1,379
282	030270xxxxxxxx	上気道炎						2	4	8	2,421	1,790	1,522
283	030280xxxxxxxx	声帯ポリープ、結節						3	6	11	2,426	1,793	1,524
284	030290xx97xxxx	声帯麻痺		あり				6	11	26	2,259	1,807	1,626
285	030300xx99xxxx	声帯の疾患(その他)		なし				3	5	10	2,797	1,885	1,602
286	030300xx97xxxx	声帯の疾患(その他)		その他の手術あり				4	8	18	2,446	1,808	1,537
287	030300xx01xxxx	声帯の疾患(その他)		喉頭・声帯ポリープ切除術等				3	5	10	2,390	1,846	1,661
288	030320xxxxxxxx	鼻中隔彎曲症						4	8	11	2,220	1,816	1,634
289	030330xx99xxxx	急性副鼻腔炎		なし				3	6	10	2,734	2,021	1,718
290	030330xx97xxxx	急性副鼻腔炎		あり				6	12	22	2,789	2,061	1,752
291	030340xxxxxxxx	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>						4	7	12	2,212	1,742	1,568
292	030350xxxxxxxx	慢性副鼻腔炎						4	8	12	2,440	1,804	1,533
293	030360xxxxxxxx	副鼻腔嚢胞、鼻前庭嚢胞						4	8	13	2,403	1,776	1,510
294	030370xxxxxxxx	鼻ポリープ						3	5	10	2,353	1,818	1,636
295	030380xxxxxxxx	鼻出血						3	6	13	2,546	1,882	1,600
296	030390xx99xxxx	顔面神経障害		なし				5	10	16	2,666	1,971	1,675
297	030390xx970xxx	顔面神経障害		あり	なし			6	12	22	2,538	1,876	1,595
298	030390xx971xxx	顔面神経障害		あり	あり			6	12	20	2,327	1,720	1,462
299	030400xx99xxxx	前庭機能障害		なし				3	5	11	2,987	2,013	1,711
300	030400xx97xxxx	前庭機能障害		あり				6	11	21	2,560	1,825	1,551
301	030410xxxxxxxx	めまい(末梢前庭以外)						3	5	12	3,007	2,026	1,722
302	030425xx99xxxx	聴覚の障害(その他)		なし				5	9	15	2,689	1,900	1,615
303	030425xx97xxxx	聴覚の障害(その他)		あり				6	12	21	2,348	1,735	1,475
304	030428xxxxxxxx	突発性難聴						5	10	16	2,798	2,068	1,758
305	030430xx99xxxx	滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞		なし				2	4	9	2,330	1,722	1,464





番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
340	040040xx9910xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	なし			2	3	8	3,452	2,101	1,786
341	040040xx9911xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	1あり			12	26	61	3,537	2,680	2,278
342	040040xx9912xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	2あり			20	39	77	2,633	1,928	1,639
343	040040xx9913xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	3あり			27	54	94	2,903	2,146	1,824
344	040040xx9914xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	4あり			18	35	71	3,097	2,265	1,925
345	040040xx9915xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	5あり			22	43	83	3,249	2,381	2,024
346	040040xx9916xx	肺の悪性腫瘍	なし	あり	6あり			21	42	85	4,460	3,649	3,284
347	040040xx97x0xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	17	42	2,842	2,211	1,879
348	040040xx97x1xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			17	33	75	3,414	2,495	2,121
349	040040xx97x2xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			22	44	85	2,753	2,035	1,730
350	040040xx97x3xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			31	61	110	2,992	2,198	1,868
351	040040xx97x4xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり			17	34	75	3,228	2,386	2,028
352	040040xx97x5xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり			23	46	98	3,280	2,424	2,060
353	040040xx97x6xx	肺の悪性腫瘍	その他の手術あり		6あり			19	38	84	4,985	3,685	3,132
354	040040xx01x0xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		なし			7	14	24	2,742	2,027	1,723
355	040040xx01x1xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		1あり			10	20	37	2,941	2,174	1,848
356	040040xx01x4xx	肺の悪性腫瘍	肺悪性腫瘍手術等		4あり			12	24	47	2,787	2,060	1,751
357	040050xx99x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		なし			5	13	31	2,899	2,284	1,941
358	040050xx99x1xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		1あり			10	21	51	3,309	2,485	2,112
359	040050xx99x3xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		3あり			11	21	46	2,926	2,125	1,806
360	040050xx99x4xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	なし		4あり			7	14	33	8,087	5,978	5,081
361	040050xx97x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	その他の手術あり		なし			8	17	41	2,867	2,161	1,837
362	040050xx97x3xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	その他の手術あり		3あり			18	36	78	2,986	2,207	1,876
363	040050xx01x0xx	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	肺切除術 1側肺全摘等		なし			6	12	26	2,759	2,040	1,734
364	040060xx99xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	なし					3	5	9	2,643	1,781	1,514
365	040060xx97xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	その他の手術あり					5	9	14	2,451	1,732	1,472
366	040060xx01xxxx	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	咽後膿瘍切開術等					8	15	29	2,953	2,128	1,809
367	040070xxxxxxxx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎						3	5	8	2,361	1,825	1,643
368	040080xx99x00x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		なし	なし		5	9	20	2,652	1,873	1,592
369	040080xx99x01x	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		なし	あり		9	17	37	2,933	2,120	1,802
370	040080xx99x1xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	なし		あり			8	20	51	3,811	2,983	2,536
371	040080xx97x0xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	あり		なし			16	36	83	2,740	2,097	1,782
372	040080xx97x1xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	あり		あり			26	51	111	3,954	2,902	2,467
373	040090xxxxxxxx	下気道感染症(その他)						4	7	16	2,664	1,853	1,575

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
374	040100xxxx00x	喘息			なし	なし		3	6	10	2,497	1,846	1,569
375	040100xxxx01x	喘息			なし	あり		6	11	24	2,774	1,978	1,681
376	040100xxxx1xx	喘息			1あり			7	13	29	3,421	2,454	2,086
377	040110xxxx0xx	間質性肺炎			なし			8	19	47	2,928	2,269	1,929
378	040110xxxx1xx	間質性肺炎			あり			13	30	73	4,613	3,551	3,018
379	040120xx9900xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	なし			7	14	31	2,757	2,038	1,732
380	040120xx9901xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	あり			12	23	53	3,351	2,437	2,071
381	040120xx9910xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	あり	なし			10	20	41	3,253	2,404	2,043
382	040120xx97x0xx	慢性閉塞性肺疾患	その他の手術あり		なし			13	32	76	2,665	2,079	1,767
383	040120xx97x1xx	慢性閉塞性肺疾患	その他の手術あり		あり			28	55	120	4,426	3,250	2,763
384	040120xx01x0xx	慢性閉塞性肺疾患	肺切除術等		なし			7	14	28	2,732	2,019	1,716
385	040130xx99x00x	呼吸不全(その他)	なし	なし	なし	なし		5	11	28	2,816	2,143	1,822
386	040130xx99x01x	呼吸不全(その他)	なし	なし	なし	あり		10	21	53	2,925	2,197	1,867
387	040130xx99x1xx	呼吸不全(その他)	なし	なし	あり			8	18	46	3,516	2,690	2,287
388	040130xx97x0xx	呼吸不全(その他)	あり	なし	なし			10	27	67	2,783	2,206	1,875
389	040130xx97x1xx	呼吸不全(その他)	あり	あり	あり			21	46	106	3,856	2,930	2,491
390	040140xx99xxxx	気道出血(その他)	なし					3	7	17	3,108	2,399	2,039
391	040140xx97xxxx	気道出血(その他)	あり					6	11	27	3,052	2,176	1,850
392	040150xx99x0xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	なし	なし	なし			11	21	46	3,118	2,264	1,924
393	040150xx99x1xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	なし	あり	あり			10	28	73	4,746	3,783	3,216
394	040150xx97x0xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	あり	なし	なし			15	31	71	3,043	2,274	1,933
395	040150xx97x1xx	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	あり	あり	あり			29	58	119	4,159	3,074	2,613
396	040160xxxxxxxx	呼吸器の結核						4	15	43	3,045	2,504	2,128
397	040170xxxxxxxx	抗酸菌関連疾患(肺結核以外)						3	12	34	2,895	2,391	2,032
398	040180xx99xxxx	気管支狭窄など気管通過障害	なし					2	7	17	2,791	2,282	1,940
399	040180xx97xxxx	気管支狭窄など気管通過障害	あり					5	14	37	2,614	2,083	1,771
400	040190xx99xxxx	胸水、胸膜の疾患(その他)	なし					7	15	36	2,912	2,200	1,870
401	040190xx97xxxx	胸水、胸膜の疾患(その他)	あり					14	33	77	2,876	2,224	1,890
402	040200xx99x00x	気胸	なし	なし	なし	なし		4	7	14	2,861	1,990	1,692
403	040200xx99x01x	気胸	なし	なし	なし	あり		7	13	29	2,810	2,016	1,714
404	040200xx99x1xx	気胸	なし	あり	あり			6	20	57	4,003	3,056	2,598
405	040200xx97x00x	気胸	その他の手術あり		なし	なし		7	13	30	2,912	2,089	1,776
406	040200xx97x01x	気胸	その他の手術あり		なし	あり		11	23	56	2,831	2,123	1,805
407	040200xx01x00x	気胸	肺切除術等		なし	なし		5	9	18	2,954	2,087	1,774

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
408	040200xx01x01x	気胸	肺切除術等		なし	あり		8	16	32	2,850	2,107	1,791
409	040200xx01x1xx	気胸	肺切除術等		あり			16	31	69	3,255	2,378	2,021
410	040210xx99xxxx	気管支拡張症	なし					6	11	24	2,878	2,052	1,744
411	040210xx97xxxx	気管支拡張症	あり					7	14	28	2,871	2,122	1,804
412	040220xx99x0xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	なし		なし			4	9	21	2,856	2,186	1,858
413	040220xx97x0xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	あり		なし			9	18	39	2,698	1,994	1,695
414	040220xx97x1xx	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	あり		あり			19	39	90	3,940	2,556	2,173
415	040230xx99xxxx	血胸、血気胸、乳び胸	なし					5	10	24	3,088	2,282	1,940
416	040230xx97xxxx	血胸、血気胸、乳び胸	あり					6	12	29	3,268	2,415	2,053
417	040240xx99x0xx	肺循環疾患	なし		なし			5	14	38	3,259	2,597	2,207
418	040240xx99x1xx	肺循環疾患	なし		あり			7	18	44	4,531	3,085	2,622
419	040240xx97x0xx	肺循環疾患	あり		なし			5	14	40	2,950	2,352	1,999
420	040240xx97x1xx	肺循環疾患	あり		あり			19	37	88	4,995	3,281	2,789
421	040250xx99x0xx	急性呼吸促進症候群	なし		なし			6	17	46	4,074	3,253	2,765
422	040250xx99x1xx	急性呼吸促進症候群	なし		あり			8	21	52	5,632	4,171	3,545
423	040250xx97x0xx	急性呼吸促進症候群	あり		なし			13	35	93	4,439	3,518	2,990
424	040250xx97x1xx	急性呼吸促進症候群	あり		あり			22	43	100	5,900	4,324	3,675
425	040260xx99x0xx	原発性肺高血圧	なし		なし			5	14	37	3,558	2,836	2,411
426	040260xx99x1xx	原発性肺高血圧	なし		1あり			7	22	57	3,753	3,035	2,580
427	040260xx97x2xx	原発性肺高血圧	あり		2あり			20	47	114	8,121	6,836	6,152
428	040310xxxxxxx	その他の呼吸器の障害						4	11	28	2,905	2,309	1,963
429	050020xx99xxxx	心臓の良性腫瘍	なし					3	8	21	3,717	2,942	2,501
430	050020xx01xxxx	心臓の良性腫瘍	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術					12	24	41	3,331	2,262	1,923
431	050030xx99000x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	なし	なし		2	10	28	3,967	2,898	2,463
432	050030xx99001x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	なし	あり		6	18	47	3,825	2,905	2,469
433	050030xx9902xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	なし	2あり			9	17	37	3,691	2,668	2,268
434	050030xx9910xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	あり	なし			3	8	19	4,096	2,998	2,548
435	050030xx9912xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	なし	あり	2あり			8	15	31	4,052	2,919	2,481
436	050030xx97x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	その他の手術あり		なし			10	23	57	3,417	2,629	2,235
437	050030xx97x2xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	その他の手術あり		2あり			17	33	73	3,485	2,547	2,165
438	050030xx97x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	その他の手術あり		4あり			3	14	40	5,302	3,992	3,393
439	050030xx03x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		なし			7	14	26	3,013	2,227	1,893
440	050030xx03x10x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	なし		10	19	45	3,499	2,535	2,155
441	050030xx03x11x	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり	あり		16	36	88	4,017	2,760	2,346

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
442	050030xx03x2xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		2あり			9	18	31	3,544	2,620	2,227
443	050030xx03x3xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		3あり			8	16	29	3,844	2,523	2,145
444	050030xx03x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	経皮的冠動脈ステント留置術等		4あり			10	19	39	3,554	2,575	2,189
445	050030xx02x0xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		なし			16	31	61	3,703	2,705	2,299
446	050030xx02x4xx	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		4あり			17	33	68	4,641	2,881	2,449
447	050040xx97xxxx	急性心筋梗塞の続発性合併症	その他の手術あり					7	26	71	5,995	4,118	3,500
448	050040xx01xxxx	急性心筋梗塞の続発性合併症	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術					17	34	75	6,568	3,761	3,197
449	050050xx9900xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	なし			2	6	15	3,253	2,616	2,224
450	050050xx9901xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	1あり			3	7	18	3,416	2,636	2,241
451	050050xx9902xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	なし	2あり			6	11	23	4,126	2,942	2,501
452	050050xx9910xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	なし			2	3	5	3,877	2,360	2,006
453	050050xx9911xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	1あり			2	4	7	4,303	3,181	2,704
454	050050xx9912xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	なし	あり	2あり			4	7	15	5,325	3,704	3,148
455	050050xx97x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		なし			6	15	37	3,179	2,488	2,115
456	050050xx97x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		2あり			13	26	56	3,558	2,630	2,236
457	050050xx97x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	その他の手術あり		4あり			2	4	11	3,882	2,870	2,440
458	050050xx03x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		なし			3	5	11	2,669	1,799	1,529
459	050050xx03x1xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		1あり			4	7	18	3,134	2,180	1,853
460	050050xx03x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		2あり			7	13	29	3,811	2,734	2,324
461	050050xx03x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	経皮的冠動脈ステント留置術等		4あり			5	11	25	3,008	2,289	1,946
462	050050xx02x0xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		なし			13	25	42	3,285	2,392	2,033
463	050050xx02x1xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		1あり			17	33	66	3,889	2,843	2,417
464	050050xx02x2xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		2あり			19	37	68	3,494	2,557	2,173
465	050050xx02x4xx	狭心症、慢性虚血性心疾患	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等		4あり			15	29	53	3,632	2,651	2,253
466	050060xx9900xx	心筋症	なし	なし	なし			5	12	31	2,919	2,266	1,926
467	050060xx9902xx	心筋症	なし	なし	2あり			8	16	34	3,838	2,837	2,411
468	050060xx9910xx	心筋症	なし	あり	なし			3	6	14	4,400	3,252	2,764
469	050060xx9912xx	心筋症	なし	あり	2あり			7	14	29	4,856	3,589	3,051
470	050060xx97x0xx	心筋症	あり		なし			10	20	44	3,004	2,221	1,888
471	050065xx9900xx	拡張型心筋症	なし	なし	なし			7	15	36	2,880	2,176	1,850
472	050065xx9902xx	拡張型心筋症	なし	なし	2あり			10	20	42	3,551	2,625	2,231
473	050065xx9910xx	拡張型心筋症	なし	あり	なし			3	10	24	4,258	3,125	2,656
474	050065xx9912xx	拡張型心筋症	なし	あり	2あり			9	18	38	4,197	3,102	2,637
475	050065xx97x0xx	拡張型心筋症	あり		なし			11	22	51	2,905	2,147	1,825

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
476	050065xx97x2xx	拡張型心筋症	あり		2あり			19	38	82	3,306	2,443	2,077
477	050065xx97x4xx	拡張型心筋症	あり		4あり			13	26	61	4,633	3,425	2,911
478	050070xx99000x	頻脈性不整脈	なし	なし	なし	なし		2	6	16	3,036	2,442	2,076
479	050070xx99001x	頻脈性不整脈	なし	なし	なし	あり		4	11	30	3,012	2,394	2,035
480	050070xx99100x	頻脈性不整脈	なし	1あり	なし	なし		3	8	20	4,431	3,506	2,980
481	050070xx99101x	頻脈性不整脈	なし	1あり	なし	あり		7	15	35	4,253	3,213	2,731
482	050070xx9920xx	頻脈性不整脈	なし	2あり	なし			3	7	19	10,573	8,891	8,002
483	050070xx97x0xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		なし			9	18	38	2,878	2,127	1,808
484	050070xx97x1xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		1あり			13	28	69	3,515	2,659	2,260
485	050070xx97x4xx	頻脈性不整脈	その他の手術あり		4あり			10	20	43	3,280	2,424	2,060
486	050070xx01x0xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術		なし			3	6	12	2,872	2,123	1,805
487	050070xx01x1xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術		1あり			5	9	21	3,187	2,252	1,914
488	050070xx01x4xx	頻脈性不整脈	経皮的カテーテル心筋焼灼術		4あり			7	17	45	2,877	2,239	1,903
489	050080xx9900xx	弁膜症	なし	なし	なし			5	10	25	2,924	2,161	1,837
490	050080xx9910xx	弁膜症	なし	あり	なし			3	5	12	4,515	3,043	2,587
491	050080xx9911xx	弁膜症	なし	あり	1あり			3	6	17	4,742	3,505	2,979
492	050080xx97x0xx	弁膜症	その他の手術あり		なし			6	20	54	3,197	2,601	2,211
493	050080xx03x0xx	弁膜症	経皮的僧帽弁拡張術等		なし			6	13	32	2,833	2,146	1,824
494	050080xx02x0xx	弁膜症	弁置換術等		なし			14	27	48	3,165	2,308	1,962
495	050080xx02x1xx	弁膜症	弁置換術等		1あり			18	36	68	3,878	2,866	2,436
496	050080xx02x4xx	弁膜症	弁置換術等		4あり			15	30	55	3,378	2,497	2,122
497	050080xx01x0xx	弁膜症	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)等		なし			14	27	46	3,437	2,267	1,927
498	050085xx9900xx	連合弁膜症	なし	なし	なし			5	14	36	3,283	2,617	2,224
499	050085xx9910xx	連合弁膜症	なし	あり	なし			3	6	15	4,481	3,312	2,815
500	050085xx01x0xx	連合弁膜症	弁置換術 3弁のもの等		なし			15	30	54	3,391	2,264	1,924
501	050085xx01x4xx	連合弁膜症	弁置換術 3弁のもの等		4あり			18	36	73	4,166	3,080	2,618
502	050090xx99x0xx	心内膜炎	なし		なし			9	24	57	3,154	2,496	2,122
503	050090xx97x0xx	心内膜炎	あり		なし			25	49	98	3,607	2,646	2,249
504	050090xx97x1xx	心内膜炎	あり		あり			26	52	112	4,720	3,488	2,965
505	050100xx99xxxx	心筋炎	なし					5	10	23	3,551	2,625	2,231
506	050100xx97xxxx	心筋炎	あり					11	28	69	7,112	3,924	3,335
507	050110xx99xxxx	急性心膜炎	なし					5	10	23	3,296	2,436	2,071
508	050120xx99xxxx	収縮性心膜炎	なし					5	14	35	3,492	2,783	2,366
509	050120xx97xxxx	収縮性心膜炎	あり					17	34	73	3,591	2,654	2,256

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
510	050130xxxx00xx	心不全		なし	なし			10	19	42	2,854	2,068	1,758
511	050130xxxx01xx	心不全		なし	1あり			8	25	66	3,330	2,691	2,287
512	050130xxxx02xx	心不全		なし	2あり			13	25	50	3,318	2,417	2,054
513	050130xxxx04xx	心不全		なし	4あり			14	30	72	3,991	3,015	2,563
514	050130xxxx10xx	心不全		あり	なし			9	18	40	3,383	2,500	2,125
515	050130xxxx11xx	心不全		あり	1あり			11	25	64	3,624	2,780	2,363
516	050130xxxx12xx	心不全		あり	2あり			15	29	57	3,543	2,586	2,198
517	050130xxxx14xx	心不全		あり	4あり			18	35	81	3,982	2,912	2,475
518	050140xxxx00x	高血圧性疾患			なし	なし		4	10	24	2,865	2,242	1,906
519	050140xxxx01x	高血圧性疾患			なし	あり		9	18	40	2,963	2,190	1,862
520	050161xx9900xx	解離性大動脈瘤	なし	なし	なし			7	17	40	3,638	2,480	2,108
521	050161xx9901xx	解離性大動脈瘤	なし	なし	1あり			11	22	46	4,180	2,815	2,393
522	050161xx9910xx	解離性大動脈瘤	なし	あり	なし			3	14	35	4,195	2,910	2,474
523	050161xx97x0xx	解離性大動脈瘤	その他の手術あり		なし			13	31	74	3,966	2,682	2,280
524	050161xx04x0xx	解離性大動脈瘤	ステントグラフト内挿術		なし			10	19	40	3,255	2,359	2,005
525	050161xx02x0xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等		なし			18	36	71	3,809	2,574	2,188
526	050161xx01x0xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		なし			16	32	64	4,720	2,617	2,224
527	050161xx01x1xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		1あり			21	42	88	6,497	3,501	2,976
528	050161xx01x4xx	解離性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		4あり			16	32	73	6,307	3,407	2,896
529	050162xx97x0xx	破裂性大動脈瘤	その他の手術あり		なし			3	16	45	4,935	3,589	3,051
530	050162xx04x0xx	破裂性大動脈瘤	ステントグラフト内挿術		なし			10	21	53	4,283	2,954	2,511
531	050162xx03x0xx	破裂性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		なし			12	24	52	4,962	2,754	2,341
532	050162xx02x0xx	破裂性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等		なし			17	33	81	5,579	3,616	3,074
533	050162xx01x0xx	破裂性大動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		なし			18	35	78	5,220	2,961	2,517
534	050163xx9900xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	なし	なし	なし			4	8	20	3,563	2,634	2,239
535	050163xx9910xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	なし	あり	なし			3	5	11	3,897	2,626	2,232
536	050163xx97x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	その他の手術あり		なし			5	15	38	2,940	2,365	2,010
537	050163xx04x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	ステントグラフト内挿術		なし			7	14	25	2,797	2,289	2,060
538	050163xx04x1xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	ステントグラフト内挿術		1あり			11	22	51	3,542	2,618	2,225
539	050163xx03x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		なし			11	22	37	3,049	2,254	1,916
540	050163xx03x1xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等		1あり			16	31	63	3,805	2,779	2,362
541	050163xx02x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等		なし			17	34	66	3,623	2,394	2,035
542	050163xx01x0xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		なし			16	31	58	3,663	2,387	2,029
543	050163xx01x4xx	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等		4あり			19	37	74	4,001	2,928	2,489

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
544	050170xx99000x	閉塞性動脈疾患	なし	なし	なし	なし		3	10	27	3,308	2,691	2,287
545	050170xx99001x	閉塞性動脈疾患	なし	なし	なし	あり		9	21	53	3,037	2,344	1,992
546	050170xx9901xx	閉塞性動脈疾患	なし	なし	1あり			3	12	33	3,926	3,243	2,757
547	050170xx9910xx	閉塞性動脈疾患	なし	あり	なし			2	4	8	4,032	2,980	2,533
548	050170xx9911xx	閉塞性動脈疾患	なし	あり	1あり			2	4	11	4,516	3,338	2,837
549	050170xx97x00x	閉塞性動脈疾患	その他の手術あり		なし	なし		7	13	31	3,039	2,180	1,853
550	050170xx97x01x	閉塞性動脈疾患	その他の手術あり		なし	あり		12	26	62	3,060	2,319	1,971
551	050170xx97x1xx	閉塞性動脈疾患	その他の手術あり		1あり			12	32	84	3,822	3,024	2,570
552	050170xx03x00x	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		なし	なし		3	6	13	2,600	1,922	1,634
553	050170xx03x01x	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		なし	あり		4	12	32	2,799	2,251	1,913
554	050170xx03x1xx	閉塞性動脈疾患	四肢の血管拡張術・血栓除去術		1あり			3	8	22	3,092	2,446	2,079
555	050170xx02x0xx	閉塞性動脈疾患	四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等		なし			21	42	94	2,563	1,895	1,611
556	050170xx02x1xx	閉塞性動脈疾患	四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等		1あり			26	51	113	2,998	2,201	1,871
557	050170xx01x0xx	閉塞性動脈疾患	血管移植術、バイパス移植術等		なし			11	21	45	2,890	2,099	1,784
558	050170xx01x10x	閉塞性動脈疾患	血管移植術、バイパス移植術等		1あり	なし		12	24	56	3,309	2,446	2,079
559	050170xx01x11x	閉塞性動脈疾患	血管移植術、バイパス移植術等		1あり	あり		21	47	107	3,298	2,521	2,143
560	050180xx99xxxx	静脈・リンパ管疾患	なし					7	13	29	2,801	2,009	1,708
561	050180xx97xxxx	静脈・リンパ管疾患	その他の手術あり					9	19	45	2,973	2,236	1,901
562	050180xx01xx0x	静脈・リンパ管疾患	下肢静脈瘤手術等			なし		2	4	9	2,209	1,807	1,626
563	050180xx01xx1x	静脈・リンパ管疾患	下肢静脈瘤手術等			あり		3	7	17	2,337	1,804	1,533
564	050190xx99x0xx	肺塞栓症	なし		なし			7	15	34	3,340	2,523	2,145
565	050190xx99x2xx	肺塞栓症	なし		2あり			9	18	37	3,518	2,601	2,211
566	050190xx99x3xx	肺塞栓症	なし		3あり			10	19	38	5,259	2,653	2,255
567	050190xx97x0xx	肺塞栓症	あり		なし			11	21	47	3,226	2,342	1,991
568	050190xx97x2xx	肺塞栓症	あり		2あり			14	28	59	3,470	2,565	2,180
569	050190xx97x3xx	肺塞栓症	あり		3あり			12	23	46	4,643	2,746	2,334
570	050200xx99xxxx	循環器疾患(その他)	なし					2	7	18	3,326	2,516	2,139
571	050200xx97xxxx	循環器疾患(その他)	あり					4	10	27	2,811	2,200	1,870
572	050210xx9900xx	徐脈性不整脈	なし	なし	なし			3	7	17	3,552	2,741	2,330
573	050210xx9910xx	徐脈性不整脈	なし	1あり	なし			3	6	16	4,620	3,415	2,903
574	050210xx9920xx	徐脈性不整脈	なし	2あり	なし			3	6	15	9,007	7,370	6,633
575	050210xx97x0xx	徐脈性不整脈	あり		なし			6	12	23	2,693	1,990	1,692
576	050210xx97x1xx	徐脈性不整脈	あり		1あり			8	16	37	3,158	2,334	1,984
577	050340xx99xxxx	その他の循環器の障害	なし					3	9	23	3,290	2,646	2,249

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
578	050340xx97xxxx	その他の循環器の障害	あり					6	16	39	2,924	2,314	1,967
579	060010xx99x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	なし		なし			5	10	25	2,849	2,106	1,790
580	060010xx99x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	なし		1あり			10	22	52	3,169	2,411	2,049
581	060010xx99x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	なし		2あり			15	35	78	2,684	2,072	1,761
582	060010xx99x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	なし		3あり			6	11	23	3,417	2,437	2,071
583	060010xx97x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	その他の手術あり		なし			7	15	35	2,782	2,101	1,786
584	060010xx97x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	その他の手術あり		1あり			18	35	79	3,144	2,300	1,955
585	060010xx97x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	その他の手術あり		2あり			30	59	108	2,710	1,991	1,692
586	060010xx97x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	その他の手術あり		3あり			12	26	62	3,201	2,426	2,062
587	060010xx02x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	内視鏡的食道粘膜切除術等		なし			6	11	23	2,618	1,867	1,587
588	060010xx02x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	内視鏡的食道粘膜切除術等		1あり			18	35	77	2,968	2,171	1,845
589	060010xx02x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	内視鏡的食道粘膜切除術等		2あり			33	66	121	2,657	1,964	1,669
590	060010xx02x30x	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	内視鏡的食道粘膜切除術等		3あり	なし		11	23	56	3,075	2,307	1,961
591	060010xx02x31x	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	内視鏡的食道粘膜切除術等		3あり	あり		18	43	100	3,125	2,424	2,060
592	060010xx01x0xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)		なし			14	27	48	2,824	2,059	1,750
593	060010xx01x1xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)		1あり			19	37	67	3,305	2,193	1,864
594	060010xx01x2xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)		2あり			45	90	147	2,750	2,033	1,728
595	060010xx01x3xx	食道の悪性腫瘍(頭部を含む。)	食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)		3あり			31	62	113	3,013	2,227	1,893
596	060020xx99x0xx	胃の悪性腫瘍	なし		なし			5	10	24	2,792	2,064	1,754
597	060020xx99x1xx	胃の悪性腫瘍	なし		1あり			11	23	54	2,995	2,246	1,909
598	060020xx99x2xx	胃の悪性腫瘍	なし		2あり			16	32	69	2,769	2,047	1,740
599	060020xx99x30x	胃の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		3	7	19	3,411	2,633	2,238
600	060020xx99x31x	胃の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		5	18	48	3,265	2,676	2,275
601	060020xx97x0xx	胃の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			8	16	38	2,744	2,028	1,724
602	060020xx97x1xx	胃の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			17	33	71	2,966	2,168	1,843
603	060020xx97x2xx	胃の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			26	51	103	2,910	2,136	1,816
604	060020xx97x30x	胃の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	なし		10	25	62	3,000	2,348	1,996
605	060020xx97x31x	胃の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	あり		18	37	85	3,086	2,302	1,957
606	060020xx04x0xx	胃の悪性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術		なし			5	9	15	2,595	1,833	1,558
607	060020xx03x0xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		なし			6	11	20	2,613	1,863	1,584
608	060020xx03x1xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		1あり			19	37	72	2,926	2,142	1,821
609	060020xx03x3xx	胃の悪性腫瘍	試験開腹術等		3あり			18	35	70	2,815	2,059	1,750
610	060020xx01x0xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		なし			10	20	32	2,636	1,949	1,657
611	060020xx01x1xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		1あり			16	32	62	2,849	2,106	1,790



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
612	060020xx01x3xx	胃の悪性腫瘍	胃全摘術 悪性腫瘍手術等		3あり			18	36	65	2,689	1,987	1,689
613	060030xx99x0xx	小腸の悪性腫瘍	なし		なし			3	10	25	2,876	2,340	1,989
614	060030xx99x1xx	小腸の悪性腫瘍	なし		1あり			10	26	65	3,122	2,460	2,091
615	060030xx99x2xx	小腸の悪性腫瘍	なし		2あり			14	27	58	2,498	1,821	1,548
616	060030xx99x3xx	小腸の悪性腫瘍	なし		3あり			3	8	20	4,840	3,588	3,050
617	060030xx97x0xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			7	14	32	2,708	2,001	1,701
618	060030xx97x1xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			21	42	82	3,052	2,256	1,918
619	060030xx97x3xx	小腸の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			14	28	68	3,428	2,534	2,154
620	060030xx01x0xx	小腸の悪性腫瘍	小腸切除術等		なし			9	18	32	2,690	1,988	1,690
621	060030xx01x1xx	小腸の悪性腫瘍	小腸切除術等		1あり			16	32	62	3,010	2,225	1,891
622	060030xx01x3xx	小腸の悪性腫瘍	小腸切除術等		3あり			21	42	84	3,037	2,245	1,908
623	060035xx99x00x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		なし	なし		2	5	14	2,736	2,141	1,820
624	060035xx99x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		なし	あり		2	11	30	2,798	2,352	1,999
625	060035xx99x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		1あり			9	21	51	3,024	2,334	1,984
626	060035xx99x2xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		2あり			15	29	60	2,551	1,862	1,583
627	060035xx99x30x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		2	4	8	5,036	2,611	2,219
628	060035xx99x31x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		3	8	24	4,059	3,212	2,730
629	060035xx99x4xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		4あり			2	4	6	8,445	2,910	2,474
630	060035xx99x5xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	なし		5あり			2	4	7	13,875	3,962	3,368
631	060035xx97x00x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		2	8	22	2,761	2,281	1,939
632	060035xx97x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		12	23	50	2,772	2,016	1,714
633	060035xx97x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			18	35	74	2,982	2,181	1,854
634	060035xx97x30x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	なし		6	17	47	3,380	2,698	2,293
635	060035xx97x31x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり	あり		19	38	84	3,143	2,323	1,975
636	060035xx97x40x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	なし		5	10	28	4,607	3,770	3,393
637	060035xx97x41x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	あり		14	31	73	3,676	2,801	2,381
638	060035xx97x5xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり			5	14	38	6,195	5,319	4,787
639	060035xx03x00x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術		なし	なし		2	4	9	2,720	2,010	1,709
640	060035xx03x01x	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術		なし	あり		4	8	16	2,781	2,056	1,748
641	060035xx03x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術		1あり			4	13	38	3,028	2,458	2,089
642	060035xx02x0xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	腸吻合術等		なし			12	24	51	2,684	1,984	1,686
643	060035xx02x1xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	腸吻合術等		1あり			20	40	77	2,876	2,126	1,807
644	060035xx02x4xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	腸吻合術等		4あり			21	42	91	3,233	2,645	2,381
645	060035xx0100xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	なし			9	18	30	2,672	1,975	1,679

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)			
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III	
646	060035xx0101xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	1あり			15	29	1あり	53	2,924	2,134	1,814
647	060035xx0103xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	3あり			16	31	55	55	2,726	1,991	1,692
648	060035xx0104xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	なし	4あり			18	36	61	61	3,093	2,530	2,277
649	060035xx0110xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	なし			14	28	51	51	2,841	1,913	1,626
650	060035xx0111xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	1あり			22	43	81	81	3,029	2,220	1,887
651	060035xx0113xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	3あり			21	41	74	74	2,829	2,073	1,762
652	060035xx0114xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	4あり			18	36	61	61	3,043	2,489	2,240
653	060035xx0115xx	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	あり	5あり			24	48	87	87	3,365	2,754	2,479
654	060040xx99x00x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	なし	なし	なし		3	7	20	20	2,867	2,212	1,880
655	060040xx99x01x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	なし	あり	あり		6	14	37	37	2,797	2,159	1,835
656	060040xx99x1xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	1あり				8	20	50	50	3,045	2,383	2,026
657	060040xx99x2xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	2あり				12	28	62	62	2,631	2,030	1,726
658	060040xx99x3xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	3あり				2	4	8	8	5,155	2,690	2,287
659	060040xx99x4xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	4あり				2	4	6	6	8,644	2,914	2,477
660	060040xx99x5xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	なし	5あり				2	4	6	6	14,125	4,095	3,481
661	060040xx97000x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし	なし		3	10	27	27	2,712	2,207	1,876
662	060040xx97001x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし	あり		10	23	55	55	2,792	2,148	1,826
663	060040xx9701xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	1あり			17	35	81	81	3,018	2,253	1,915
664	060040xx9702xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	2あり			22	44	85	85	2,698	1,994	1,695
665	060040xx9703xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	3あり			6	21	56	56	3,381	2,763	2,349
666	060040xx9705xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	5あり			5	14	41	41	6,276	5,389	4,850
667	060040xx97100x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	なし	なし		6	13	29	29	2,467	1,869	1,589
668	060040xx97101x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	なし	あり		12	24	49	49	2,590	1,914	1,627
669	060040xx9711xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	1あり			17	34	67	67	2,844	2,102	1,787
670	060040xx9712xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	2あり			23	45	82	82	2,607	1,911	1,624
671	060040xx9713xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	3あり			5	18	50	50	3,348	2,743	2,332
672	060040xx97140x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり	なし		5	10	26	26	4,655	3,809	3,428
673	060040xx97141x	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり	あり		16	35	83	83	3,621	2,751	2,338
674	060040xx9715xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	5あり			5	13	37	37	6,531	5,566	5,009
675	060040xx03x0xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術		なし			3	5	11	11	2,689	1,812	1,540
676	060040xx02x0xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)等		なし			5	9	18	18	2,556	1,806	1,535
677	060040xx0100xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	なし			10	20	34	34	2,619	1,936	1,646
678	060040xx0101xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	1あり			16	31	57	57	2,820	2,060	1,751
679	060040xx0103xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	3あり			17	34	60	60	2,687	1,986	1,688

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
680	060040xx0104xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	なし	4あり			21	42	73	2,979	2,438	2,194
681	060040xx0110xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	なし			14	28	49	2,545	1,881	1,599
682	060040xx0111xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	1あり			21	42	76	2,813	2,079	1,767
683	060040xx0113xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	3あり			22	44	79	2,641	1,952	1,659
684	060040xx0114xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	4あり			20	40	72	2,974	2,433	2,190
685	060040xx0115xx	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	骨盤内臓全摘術等	あり	5あり			26	51	87	3,372	2,746	2,471
686	060050xx99x0xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし	なし				4	11	27	3,062	2,434	2,069
687	060050xx99x1xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし	1あり				10	22	51	3,101	2,360	2,006
688	060050xx99x2xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし	2あり				14	28	59	2,681	1,982	1,685
689	060050xx99x3xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	なし	3あり				4	10	25	4,078	3,191	2,712
690	060050xx9700xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	なし			8	18	43	2,890	2,212	1,880
691	060050xx9701xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	1あり			15	30	71	3,245	2,398	2,038
692	060050xx9702xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	2あり			24	47	96	2,978	2,184	1,856
693	060050xx9703xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	なし	3あり			13	28	66	3,311	2,505	2,129
694	060050xx9710xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	なし			6	12	23	2,584	1,910	1,624
695	060050xx9711xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	1あり			12	27	66	3,137	2,400	2,040
696	060050xx9712xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	2あり			20	39	77	2,650	1,940	1,649
697	060050xx9713xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	その他の手術あり	あり	3あり			9	18	40	2,898	2,142	1,821
698	060050xx0300xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	なし			5	10	19	2,866	2,119	1,801
699	060050xx0301xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	1あり			8	16	35	3,114	2,302	1,957
700	060050xx0303xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	なし	3あり			10	19	37	3,397	2,462	2,093
701	060050xx0310xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	あり	なし			10	19	32	2,708	1,962	1,668
702	060050xx0311xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	あり	1あり			15	30	61	3,256	2,407	2,046
703	060050xx0313xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)等	あり	3あり			12	23	43	2,920	2,124	1,805
704	060050xx0200xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	なし			9	18	30	2,787	2,060	1,751
705	060050xx0201xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	1あり			11	22	38	3,077	2,274	1,933
706	060050xx0203xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	なし	3あり			16	31	64	3,070	2,243	1,907
707	060050xx0210xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	なし			10	20	35	2,775	2,051	1,743
708	060050xx0211xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	1あり			12	24	46	3,086	2,281	1,939
709	060050xx0213xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 部分切除等	あり	3あり			17	34	67	3,091	2,285	1,942
710	060050xx0100xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	なし	なし			12	23	41	2,871	2,088	1,775
711	060050xx0101xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	なし	1あり			14	27	51	3,172	2,313	1,966
712	060050xx0110xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	あり	なし			13	25	48	2,913	2,121	1,803
713	060050xx0111xx	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む。)	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	あり	1あり			16	31	63	3,161	2,309	1,963

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
714	060060xx99x0xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		なし			5	12	30	2,848	2,212	1,880
715	060060xx99x1xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		1あり			14	27	60	3,011	2,196	1,867
716	060060xx99x2xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		2あり			14	28	62	2,275	1,682	1,430
717	060060xx99x3xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		3あり			18	35	70	2,586	1,891	1,607
718	060060xx99x4xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	なし		4あり			4	13	33	3,302	2,680	2,278
719	060060xx9700xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	なし			9	17	40	2,770	2,002	1,702
720	060060xx9701xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	1あり			17	34	73	3,003	2,220	1,887
721	060060xx9704xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	なし	4あり			16	31	69	2,946	2,152	1,829
722	060060xx9710xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	なし			10	19	42	2,793	2,024	1,720
723	060060xx9711xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	1あり			22	44	91	3,070	2,269	1,929
724	060060xx9712xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	2あり			27	53	105	2,506	1,840	1,564
725	060060xx9713xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	3あり			32	63	117	2,603	1,913	1,626
726	060060xx9714xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	その他の手術あり	あり	4あり			18	35	74	2,853	2,086	1,773
727	060060xx0400xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	なし			7	14	26	2,716	2,008	1,707
728	060060xx0300xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)等	なし	なし			10	19	36	2,671	1,936	1,646
729	060060xx0301xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)等	なし	1あり			15	29	57	2,906	2,121	1,803
730	060060xx0311xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)等	あり	1あり			28	56	100	3,003	2,220	1,887
731	060060xx0200xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	なし	なし			15	29	56	2,738	1,998	1,698
732	060060xx0201xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	なし	1あり			20	40	72	2,982	2,204	1,873
733	060060xx0204xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	なし	4あり			23	45	81	2,895	2,122	1,804
734	060060xx0210xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	あり	なし			24	47	76	2,683	1,968	1,673
735	060060xx0211xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	あり	1あり			30	60	100	3,014	2,228	1,894
736	060060xx0214xx	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	膵頭部腫瘍切除術等	あり	4あり			36	71	118	2,951	2,170	1,845
737	06007xxx99x00x	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		なし	なし		4	10	25	2,929	2,292	1,948
738	06007xxx99x01x	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		なし	あり		10	19	43	2,943	2,132	1,812
739	06007xxx99x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		1あり			13	25	56	3,118	2,271	1,930
740	06007xxx99x2xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		2あり			14	27	58	2,566	1,871	1,590
741	06007xxx99x3xx	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		3あり			19	37	68	2,590	1,896	1,612
742	06007xxx99x40x	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		4あり	なし		5	15	38	3,224	2,593	2,204
743	06007xxx99x41x	膵臓、脾臓の腫瘍	なし		4あり	あり		14	27	57	3,059	2,230	1,896
744	06007xxx97x00x	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		9	17	39	2,799	2,023	1,720
745	06007xxx97x01x	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		15	29	62	3,002	2,191	1,862
746	06007xxx97x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		1あり			19	38	79	3,058	2,261	1,922
747	06007xxx97x3xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		3あり			28	56	99	2,673	1,976	1,680

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
748	06007xxx97x4xx	膵臓、脾臓の腫瘍	その他の手術あり		4あり			17	34	72	2,927	2,164	1,839
749	06007xxx03x0xx	膵臓、脾臓の腫瘍	脾縫合術(部分切除を含む。)		なし			8	15	30	2,879	2,074	1,763
750	06007xxx02x0xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術等		なし			12	24	44	2,746	2,029	1,725
751	06007xxx02x1xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術等		1あり			16	32	62	3,013	2,227	1,893
752	06007xxx02x4xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵体尾部腫瘍切除術等		4あり			21	41	70	2,903	2,126	1,807
753	06007xxx0100xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	なし			17	33	58	2,700	1,974	1,678
754	06007xxx0101xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	1あり			19	38	66	3,009	2,224	1,890
755	06007xxx0104xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	なし	4あり			26	51	85	2,925	2,147	1,825
756	06007xxx0110xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	あり	なし			24	47	81	2,696	1,977	1,680
757	06007xxx0111xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	あり	1あり			27	53	86	2,925	2,147	1,825
758	06007xxx0114xx	膵臓、脾臓の腫瘍	膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	あり	4あり			29	57	87	2,932	2,153	1,830
759	060080xx02xxxx	食道の良性腫瘍	食道腫瘍摘出術 内視鏡によるもの					4	8	15	2,660	1,966	1,671
760	060090xx99xxxx	胃の良性腫瘍	なし					2	4	11	3,000	2,217	1,884
761	060090xx97xxxx	胃の良性腫瘍	その他の手術あり					6	12	25	2,708	2,002	1,702
762	060090xx02xxxx	胃の良性腫瘍	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 その他のポリープ・粘膜切除術等					4	7	13	2,631	1,830	1,556
763	060090xx01xxxx	胃の良性腫瘍	胃全摘術 単純全摘術等					7	14	24	2,689	1,987	1,689
764	060100xx99xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	なし			なし		2	4	10	2,671	1,974	1,678
765	060100xx99xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	なし			あり		4	8	17	2,820	2,084	1,771
766	060100xx97xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	その他の手術あり			なし		3	7	16	2,631	2,031	1,726
767	060100xx97xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	その他の手術あり			あり		7	14	28	2,772	2,049	1,742
768	060100xx03xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	直腸切除・切断術等					11	22	42	2,648	1,957	1,663
769	060100xx02xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等			なし		2	3	5	2,776	1,690	1,437
770	060100xx02xx1x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等			あり		2	5	11	2,789	2,183	1,856
771	060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	結腸切除術等					9	18	35	2,825	2,088	1,775
772	060130xx99x00x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	なし		なし	なし		3	7	15	2,823	2,179	1,852
773	060130xx99x01x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	なし		なし	あり		5	10	24	2,795	2,066	1,756
774	060130xx99x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	なし		あり			7	19	51	3,098	2,459	2,090
775	060130xx97x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	その他の手術あり		なし			6	12	26	2,817	2,082	1,770
776	060130xx97x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	その他の手術あり		あり			11	24	59	3,305	2,509	2,133
777	060130xx02x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		なし			5	10	21	2,653	1,961	1,667
778	060130xx02x10x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		あり	なし		10	20	48	3,167	2,341	1,990
779	060130xx02x11x	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	内視鏡的消化管止血術等		あり	あり		15	33	79	3,306	2,515	2,138
780	060130xx01x0xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	食道アカラシア形成手術等		なし			7	14	27	2,660	1,966	1,671
781	060130xx01x1xx	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	食道アカラシア形成手術等		あり			16	31	65	3,050	2,228	1,894

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
782	060140xx99x00x	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	なし		なし	なし		5	9	18	2,828	1,998	1,698
783	060140xx99x01x	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	なし		なし	あり		8	15	36	2,822	2,033	1,728
784	060140xx99x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	なし		あり			12	23	47	3,072	2,234	1,899
785	060140xx97x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	その他の手術あり		なし			6	12	25	2,823	2,086	1,773
786	060140xx97x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	その他の手術あり		あり			14	28	62	3,278	2,423	2,060
787	060140xx02x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	内視鏡的消化管止血術		なし			6	11	20	2,758	1,967	1,672
788	060140xx02x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	内視鏡的消化管止血術		あり			13	25	59	3,265	2,378	2,021
789	060140xx01x0xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	胃切除術 単純切除術等		なし			8	15	28	3,164	2,086	1,773
790	060140xx01x1xx	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	胃切除術 単純切除術等		あり			17	33	68	3,339	2,441	2,075
791	060150xx99xx0x	虫垂炎	なし			なし		3	5	10	3,142	2,118	1,800
792	060150xx99xx1x	虫垂炎	なし			あり		5	9	18	3,120	2,204	1,873
793	060150xx97xxxx	虫垂炎	その他の手術あり					7	14	27	3,080	2,276	1,935
794	060150xx02xx0x	虫垂炎	虫垂切除術等			なし		3	6	11	3,482	2,095	1,781
795	060150xx02xx1x	虫垂炎	虫垂切除術等			あり		6	11	23	3,142	2,240	1,904
796	060150xx01xxxx	虫垂炎	結腸切除術 小範囲切除術					8	15	28	3,227	2,073	1,762
797	060160x099xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	なし					2	3	7	2,983	1,816	1,544
798	060160x003xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)					3	5	10	2,372	1,833	1,650
799	060160x002xx0x	鼠径ヘルニア(15歳以上)	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア			なし		3	5	10	2,163	1,672	1,505
800	060160x002xx1x	鼠径ヘルニア(15歳以上)	ヘルニア手術 鼠径ヘルニア			あり		4	8	16	2,493	1,843	1,567
801	060160x001xxxx	鼠径ヘルニア(15歳以上)	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等					7	14	31	3,193	2,139	1,818
802	060160x199xxxx	鼠径ヘルニア(15歳未満)	なし					1	2	3	2,169	1,775	1,598
803	060170xx99xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	なし					2	6	14	3,324	2,337	1,986
804	060170xx97xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	その他の手術あり					6	12	28	2,702	1,997	1,697
805	060170xx02xx0x	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	ヘルニア手術 腹壁癒痕ヘルニア等			なし		4	8	17	2,409	1,780	1,513
806	060170xx02xx1x	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	ヘルニア手術 腹壁癒痕ヘルニア等			あり		7	14	27	2,789	2,062	1,753
807	060170xx01xxxx	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術					9	17	34	3,062	1,989	1,691
808	060180xx99x0xx	クローン病等	なし		なし			3	9	23	2,955	2,377	2,020
809	060180xx99x1xx	クローン病等	なし		1あり			14	28	60	2,990	2,210	1,879
810	060180xx97x0xx	クローン病等	その他の手術あり		なし			6	13	32	2,706	2,050	1,743
811	060180xx97x1xx	クローン病等	その他の手術あり		1あり			19	37	83	2,983	2,183	1,856
812	060180xx97x3xx	クローン病等	その他の手術あり		3あり			16	33	76	4,750	3,912	3,521
813	060180xx01x0xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		なし			6	15	34	2,711	2,122	1,804
814	060180xx01x1xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		1あり			19	38	73	2,846	2,104	1,788
815	060180xx01x3xx	クローン病等	結腸切除術+人工肛門造設術等		3あり			19	38	85	4,379	3,582	3,224

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
816	060185xx99x00x	潰瘍性大腸炎		なし		なし		4	13	33	2,784	2,260	1,921
817	060185xx99x01x	潰瘍性大腸炎		なし		あり		10	20	47	2,965	2,191	1,862
818	060185xx99x1xx	潰瘍性大腸炎		なし		1あり		18	35	66	2,907	2,127	1,808
819	060185xx97x0xx	潰瘍性大腸炎		その他の手術あり		なし		7	17	42	2,720	2,117	1,799
820	060185xx97x1xx	潰瘍性大腸炎		その他の手術あり		1あり		20	40	85	3,084	2,279	1,937
821	060185xx01x0xx	潰瘍性大腸炎		結腸切除術+人工肛門造設術等		なし		10	19	34	2,622	1,900	1,615
822	060185xx01x1xx	潰瘍性大腸炎		結腸切除術+人工肛門造設術等		1あり		18	36	70	3,037	2,245	1,908
823	060190xx99x0xx	虚血性腸炎		なし		なし		5	9	16	2,793	1,973	1,677
824	060190xx99x1xx	虚血性腸炎		なし		あり		10	19	43	3,476	2,519	2,141
825	060190xx97x0xx	虚血性腸炎		あり		なし		7	14	28	2,838	2,097	1,782
826	060190xx97x1xx	虚血性腸炎		あり		あり		18	36	85	4,142	2,763	2,349
827	060200xx99xxxx	腸重積		なし				2	3	8	2,752	1,675	1,424
828	060200xx97xxxx	腸重積		その他の手術あり				8	16	33	3,067	2,267	1,927
829	060200xx02xxxx	腸重積		腸重積症整復術 観血的なもの				4	8	14	2,660	1,966	1,671
830	060200xx01xxxx	腸重積		腸重積症整復術 非観血的なもの				2	3	5	2,259	1,643	1,479
831	060210xx99x0xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞		なし		なし		5	9	18	2,972	2,100	1,785
832	060210xx99x1xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞		なし		あり		11	22	50	3,277	2,422	2,059
833	060210xx97x0xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞		あり		なし		9	18	36	2,962	2,189	1,861
834	060210xx97x1xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞		あり		あり		18	35	71	3,196	2,337	1,986
835	060220xx99xxxx	直腸脱、肛門脱		なし				3	6	15	2,586	1,912	1,625
836	060220xx97xxxx	直腸脱、肛門脱		あり				5	10	19	2,200	1,800	1,620
837	060230xx99xxxx	肛門周囲膿瘍		なし				3	8	20	2,698	2,135	1,815
838	060230xx97xxxx	肛門周囲膿瘍		あり				3	7	18	2,712	2,093	1,779
839	060235xx97xxxx	痔瘻		あり				4	7	14	2,169	1,709	1,538
840	060240xx97xxxx	外痔核		あり				3	5	11	2,240	1,731	1,558
841	060245xx99xxxx	内痔核		なし				2	3	7	2,401	1,461	1,242
842	060245xx97xxxx	内痔核		あり				3	6	13	2,156	1,764	1,588
843	060250xx97xxxx	尖圭コンジローム		あり				2	3	6	2,396	1,743	1,569
844	060260xx97xxxx	肛門狭窄、肛門裂溝		あり				3	7	16	2,303	1,777	1,510
845	060270xx99x0xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎		なし		なし		7	14	29	2,706	2,000	1,700
846	060270xx99x1xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎		なし		1あり		9	21	52	4,090	3,156	2,683
847	060270xx99x4xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎		なし		4あり		11	22	54	10,231	6,784	5,766
848	060270xx97x0xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎		あり		なし		11	25	56	2,877	2,207	1,876
849	060270xx97x1xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎		あり		1あり		11	32	83	5,189	4,158	3,534

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
850	060270xx97x4xx	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	あり		4あり			14	31	74	12,616	9,615	8,173
851	060280xxxxxxx	アルコール性肝障害						8	15	35	2,716	1,957	1,663
852	060290xx99x1xx	慢性肝炎(慢性C型肝炎を除く。)	なし		1あり			8	15	30	3,209	2,584	2,326
853	060290xx97x0xx	慢性肝炎(慢性C型肝炎を除く。)	あり		なし			14	28	61	2,773	2,050	1,743
854	060295xx99x0xx	慢性C型肝炎	なし		なし			3	6	18	2,991	2,210	1,879
855	060295xx99x1xx	慢性C型肝炎	なし		1あり			6	11	20	3,109	2,487	2,238
856	060295xx99x2xx	慢性C型肝炎	なし		2あり			7	13	21	5,396	4,333	3,900
857	060295xx99x3xx	慢性C型肝炎	なし		3あり			11	22	41	6,303	4,659	3,960
858	060295xx97x0xx	慢性C型肝炎	あり		なし			8	19	50	2,715	2,103	1,788
859	060295xx97x1xx	慢性C型肝炎	あり		1あり			10	19	38	2,895	2,340	2,106
860	060300xx99x00x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		なし	なし		6	14	35	2,782	2,147	1,825
861	060300xx99x01x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		なし	あり		12	23	53	2,793	2,031	1,726
862	060300xx99x1xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	なし		1あり			12	27	66	3,212	2,458	2,089
863	060300xx97000x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	なし	なし	なし		10	22	55	2,868	2,182	1,855
864	060300xx97001x	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	なし	なし	あり		18	35	79	2,864	2,095	1,781
865	060300xx9701xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	なし	1あり			16	36	86	3,646	2,790	2,372
866	060300xx9710xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	あり	なし			9	17	34	2,693	1,946	1,654
867	060300xx9711xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	その他の手術あり	あり	1あり			12	26	63	3,640	2,759	2,345
868	060300xx0101xx	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	食道・胃静脈瘤手術等	なし	1あり			18	36	84	3,070	2,269	1,929
869	060310xx99xxxx	肝膿瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	なし					9	18	37	3,038	2,246	1,909
870	060310xx97xxxx	肝膿瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	あり					15	29	58	2,982	2,176	1,850
871	060320xx99xxxx	肝嚢胞	なし					4	8	20	2,924	2,161	1,837
872	060320xx97xxxx	肝嚢胞	あり					8	16	34	2,722	2,012	1,710
873	060330xx99xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	なし					3	6	14	3,173	2,345	1,993
874	060330xx97xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	その他の手術あり					7	14	31	2,788	2,061	1,752
875	060330xx02xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	腹腔鏡下胆嚢摘出術等					4	7	12	2,698	1,877	1,595
876	060330xx01xxxx	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	胆嚢摘出術					7	13	24	2,659	1,908	1,622
877	060335xx99x0xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	なし		なし			6	11	22	3,044	2,171	1,845
878	060335xx99x1xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	なし		あり			14	27	62	3,142	2,291	1,947
879	060335xx97x0xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	その他の手術あり		なし			10	19	38	2,953	2,140	1,819
880	060335xx97x1xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	その他の手術あり		あり			20	39	84	3,156	2,311	1,964
881	060335xx0200xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	なし			4	8	16	2,788	2,061	1,752
882	060335xx0201xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	あり			10	19	42	3,161	2,290	1,947
883	060335xx0210xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	なし			11	21	40	2,927	2,126	1,807



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
884	060335xx0211xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	あり			19	37	75	3,153	2,308	1,962
885	060335xx0100xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	なし	なし			8	15	27	2,877	2,073	1,762
886	060335xx0101xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	なし	あり			14	27	57	3,248	2,368	2,013
887	060335xx0110xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	あり	なし			14	28	51	2,937	2,015	1,713
888	060335xx0111xx	胆嚢水腫、胆嚢炎等	胆嚢摘出術	あり	あり			21	41	80	3,124	2,288	1,945
889	060340xx99x0xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	なし		なし			5	9	20	2,977	2,103	1,788
890	060340xx99x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	なし		あり			11	22	51	3,190	2,358	2,004
891	060340xx97x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎	その他の手術あり		なし	なし		6	12	28	2,796	2,067	1,757
892	060340xx97x01x	胆管(肝内外)結石、胆管炎	その他の手術あり		なし	あり		11	23	56	2,978	2,234	1,899
893	060340xx97x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	その他の手術あり		あり			19	37	78	3,065	2,243	1,907
894	060340xx03x0xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	限局性腹腔膿瘍手術等		なし			7	13	27	2,862	2,053	1,745
895	060340xx03x1xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	限局性腹腔膿瘍手術等		あり			15	31	70	3,166	2,366	2,011
896	060340xx0200xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	なし			9	18	37	2,689	1,988	1,690
897	060340xx0201xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	なし	あり			17	34	61	2,888	2,135	1,815
898	060340xx0210xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	なし			12	24	46	2,753	2,035	1,730
899	060340xx0211xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	あり	あり			22	44	84	2,981	2,203	1,873
900	060340xx0100xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	肝切除術 部分切除等	なし	なし			12	23	41	2,613	1,900	1,615
901	060340xx0101xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	肝切除術 部分切除等	なし	あり			17	33	66	2,943	2,151	1,828
902	060340xx0110xx	胆管(肝内外)結石、胆管炎	肝切除術 部分切除等	あり	なし			18	35	61	2,621	1,917	1,629
903	060350xx99x0xx	急性膵炎	なし		なし			6	12	23	3,227	2,385	2,027
904	060350xx99x1xx	急性膵炎	なし		あり			12	24	49	4,079	2,517	2,139
905	060350xx97x0xx	急性膵炎	その他の手術あり		なし			9	17	34	3,159	2,284	1,941
906	060350xx97x1xx	急性膵炎	その他の手術あり		あり			20	39	85	4,033	2,737	2,326
907	060350xx01x0xx	急性膵炎	急性膵炎手術等		なし			10	20	40	2,988	2,208	1,877
908	060350xx01x1xx	急性膵炎	急性膵炎手術等		あり			22	44	89	3,557	2,436	2,071
909	060360xx99x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	なし		なし			5	10	23	2,993	2,212	1,880
910	060360xx99x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	なし		あり			13	25	51	3,214	2,340	1,989
911	060360xx97x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	その他の手術あり		なし			5	13	33	2,832	2,232	1,897
912	060360xx97x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	その他の手術あり		あり			21	42	88	3,119	2,305	1,959
913	060360xx01x0xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合等		なし			6	14	33	2,837	2,189	1,861
914	060360xx01x1xx	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)の場合等		あり			20	40	78	2,995	2,214	1,882
915	060370xx99x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	なし		なし			6	11	24	3,115	2,221	1,888
916	060370xx99x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	なし		あり			14	27	62	3,411	2,487	2,114
917	060370xx97x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	その他の手術あり		なし			9	18	38	2,907	2,148	1,826

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
918	060370xx97x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	その他の手術あり		あり			19	38	83	3,666	2,477	2,105
919	060370xx01x0xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	急性汎発性腹膜炎手術等		なし			8	16	32	3,178	2,112	1,795
920	060370xx01x1xx	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	急性汎発性腹膜炎手術等		あり			17	34	74	3,899	2,490	2,117
921	060565xxxx0xx	顎変形症			なし			6	11	22	2,450	1,747	1,485
922	060570xx99xxxx	その他の消化管の障害	なし					3	7	17	2,785	2,150	1,828
923	060570xx97xxxx	その他の消化管の障害	あり					5	10	24	2,553	1,887	1,604
924	070010xx99xxxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	なし					2	5	12	2,959	2,316	1,969
925	070010xx970xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	その他の手術あり	なし				5	9	22	2,557	1,807	1,536
926	070010xx010xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等	なし				3	5	12	2,509	1,691	1,437
927	070010xx011xxx	骨軟部の良性腫瘍(脊椎脊髄を除く。)	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等	あり				5	10	24	2,446	1,808	1,537
928	070020xx99xxxx	神経の良性腫瘍	なし					2	6	17	3,148	2,532	2,152
929	070020xx97xxxx	神経の良性腫瘍	その他の手術あり					8	16	34	2,628	1,942	1,651
930	070020xx02xxxx	神経の良性腫瘍	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等					3	7	16	2,476	1,911	1,624
931	070020xx01xxxx	神経の良性腫瘍	四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術等					4	8	16	2,485	1,837	1,561
932	070030xx97x0xx	脊椎・脊髄腫瘍	その他の手術あり		なし			14	28	63	2,603	1,924	1,635
933	070030xx97x1xx	脊椎・脊髄腫瘍	その他の手術あり		あり			20	43	108	3,399	2,570	2,185
934	070030xx01x0xx	脊椎・脊髄腫瘍	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの等		なし			12	23	41	2,515	1,829	1,555
935	070040xx99x00x	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		なし	なし		5	13	35	2,963	2,335	1,985
936	070040xx99x01x	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		なし	あり		8	24	67	2,792	2,246	1,909
937	070040xx99x1xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		1あり			11	29	72	3,127	2,470	2,100
938	070040xx99x2xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		2あり			13	25	52	2,588	1,884	1,601
939	070040xx99x3xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		3あり			5	15	40	3,804	3,060	2,601
940	070040xx99x4xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	なし		4あり			7	19	46	8,312	5,603	4,763
941	070040xx97x0xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	その他の手術あり		なし			9	20	49	2,751	2,099	1,784
942	070040xx97x1xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	その他の手術あり		1あり			18	37	82	3,108	2,318	1,970
943	070040xx97x2xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	その他の手術あり		2あり			24	48	93	2,741	2,026	1,722
944	070040xx97x3xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	その他の手術あり		3あり			16	32	76	3,394	2,509	2,133
945	070040xx03x0xx	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	骨悪性腫瘍手術等		なし			13	26	57	2,453	1,813	1,541
946	070041xx99x0xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		なし			3	9	27	3,014	2,424	2,060
947	070041xx99x2xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		2あり			17	33	66	2,421	1,770	1,505
948	070041xx99x3xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	なし		3あり			6	12	28	4,304	3,181	2,704
949	070041xx97x00x	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		なし	なし		6	11	26	2,559	1,825	1,551
950	070041xx97x01x	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		なし	あり		10	21	49	2,597	1,951	1,658
951	070041xx97x1xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		1あり			18	36	82	3,068	2,267	1,927

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
952	070041xx97x2xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		2あり			31	62	123	2,697	2,207	1,986
953	070041xx97x3xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	その他の手術あり		3あり			13	31	78	3,693	2,863	2,434
954	070041xx01x0xx	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術		なし			10	19	41	2,403	1,741	1,480
955	070050xx99xxxx	肩関節炎、肩の障害(その他)	なし					6	13	29	2,661	2,016	1,714
956	070050xx97xxxx	肩関節炎、肩の障害(その他)	あり					11	21	45	2,304	1,673	1,422
957	070060xx99xxxx	手肘の関節炎	なし					1	8	23	5,802	4,376	3,720
958	070070xx99xxxx	骨髄炎	なし					10	19	42	2,676	1,939	1,648
959	070070xx97xxxx	骨髄炎	その他の手術あり					15	30	71	2,510	1,855	1,577
960	070070xx01xxxx	骨髄炎	骨部分切除術等					13	32	82	2,462	1,922	1,634
961	070080xx99xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢)	なし					5	9	19	2,545	1,798	1,528
962	070080xx97xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢)	あり					2	6	18	2,323	1,869	1,589
963	070085xx99xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	なし					6	12	29	2,608	1,928	1,639
964	070085xx97xxxx	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	あり					5	11	28	2,354	1,791	1,522
965	070090xx99xxxx	筋炎(感染性を含む。)	なし					4	10	23	2,784	2,179	1,852
966	07010xxx99xxxx	化膿性関節炎(下肢)	なし					7	14	33	2,574	1,903	1,618
967	07010xxx97xxxx	化膿性関節炎(下肢)	あり					18	37	82	2,486	1,854	1,576
968	070140xx99x0xx	脳性麻痺	なし		なし			2	6	15	2,945	2,369	2,014
969	070140xx99x1xx	脳性麻痺	なし		あり			9	22	55	2,516	1,960	1,666
970	070140xx97x0xx	脳性麻痺	あり		なし			6	12	24	2,467	1,823	1,550
971	070140xx97x1xx	脳性麻痺	あり		あり			13	28	68	2,432	1,840	1,564
972	070150xx99xxxx	上肢神経障害(胸郭出口症候群含む。)	なし					6	14	37	2,670	2,061	1,752
973	070150xx97xxxx	上肢神経障害(胸郭出口症候群含む。)	あり					7	15	36	2,391	1,806	1,535
974	070160xx99xxxx	上肢末梢神経麻痺	なし					3	7	19	2,828	2,183	1,856
975	070160xx01xxxx	上肢末梢神経麻痺	手根管開放手術等					3	6	14	2,218	1,814	1,633
976	070170xx99xxxx	下肢神経疾患	なし					3	12	32	2,741	2,114	1,797
977	070170xx97xxxx	下肢神経疾患	あり					6	11	24	2,320	1,654	1,406
978	070180xx99xxxx	脊椎変形	なし					2	4	11	3,039	2,246	1,909
979	070180xx97xxxx	脊椎変形	あり					11	22	42	2,451	1,812	1,540
980	070190xx97xxxx	上肢・手の変形(偽関節を除く。)	その他の手術あり					2	3	8	2,388	1,737	1,563
981	070190xx01xxxx	上肢・手の変形(偽関節を除く。)	巨指症手術等					3	5	11	2,166	1,674	1,507
982	070200xx97xxxx	手関節症(変形性を含む。)	あり					4	10	22	2,379	1,862	1,583
983	070210xx97xxxx	下肢の変形	その他の手術あり					5	15	40	2,259	1,817	1,544
984	070210xx01xxxx	下肢の変形	骨切り術 前腕、下腿等					11	22	46	2,215	1,637	1,391
985	070220xx99xxxx	股関節症(変形性を含む。)	なし					3	9	22	2,411	1,939	1,648

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
986	070220xx97xxxx	股関節症(変形性を含む。)	その他の手術あり					3	6	15	3,056	2,259	1,920
987	070220xx02xxxx	股関節症(変形性を含む。)	大腿骨頭回転骨切り術等					21	42	79	2,125	1,570	1,335
988	070220xx010x0x	股関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	なし		なし		14	27	45	2,268	1,653	1,405
989	070220xx010x1x	股関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	なし		あり		23	45	84	2,158	1,583	1,346
990	070220xx011xxx	股関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	あり				13	26	47	2,293	1,695	1,441
991	070230xx99xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	なし					5	11	28	2,321	1,766	1,501
992	070230xx97xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	その他の手術あり					2	7	17	2,666	2,179	1,852
993	070230xx02xxxx	膝関節症(変形性を含む。)	関節滑膜切除術 肩、股、膝等					8	17	43	2,234	1,683	1,431
994	070230xx010xxx	膝関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	なし				14	27	45	2,236	1,630	1,386
995	070230xx011xxx	膝関節症(変形性を含む。)	人工関節再置換術等	あり				14	27	46	2,251	1,641	1,395
996	070240xx97xxxx	動揺関節症	あり					6	12	23	2,147	1,757	1,581
997	070250xx97xxxx	関節内障、関節内遊離体	あり					3	6	15	2,334	1,910	1,719
998	070270xx97xxxx	膝蓋骨の障害	あり					9	17	37	2,241	1,620	1,377
999	070280xx99xxxx	骨端症、骨軟骨障害・骨壊死、発育期の膝関節障害	なし					4	12	29	2,575	2,071	1,760
1000	070280xx97xxxx	骨端症、骨軟骨障害・骨壊死、発育期の膝関節障害	あり					5	14	36	2,349	1,873	1,592
1001	070290xx99xxxx	上肢関節拘縮・強直	なし					4	12	31	2,480	1,995	1,696
1002	070290xx97xxxx	上肢関節拘縮・強直	あり					5	12	30	2,309	1,793	1,524
1003	070310xx97xxxx	下肢関節拘縮・強直	あり					9	18	41	2,212	1,635	1,390
1004	070330xx99xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	なし					15	32	73	2,601	1,963	1,669
1005	070330xx97xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	その他の手術あり					27	54	111	2,665	1,970	1,675
1006	070330xx01xxxx	脊椎感染(感染を含む。)	脊椎固定術等					30	59	117	2,564	1,883	1,601
1007	07034xxx99xx0x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	なし			なし		2	7	20	2,984	2,439	2,073
1008	07034xxx99xx1x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	なし			あり		7	17	43	2,646	2,059	1,750
1009	07034xxx97xx0x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	その他の手術あり			なし		11	21	37	2,361	1,715	1,458
1010	07034xxx97xx1x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	その他の手術あり			あり		18	36	76	2,337	1,727	1,468
1011	07034xxx02xxxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	内視鏡下椎弓切除術					8	15	26	2,463	1,775	1,509
1012	07034xxx01xxxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	脊椎固定術					13	26	48	2,354	1,740	1,479
1013	070350xx99xxxx	椎間板変性、ヘルニア	なし					3	8	22	2,689	2,127	1,808
1014	070350xx97xxxx	椎間板変性、ヘルニア	その他の手術あり					9	18	33	2,396	1,771	1,505
1015	070350xx01xxxx	椎間板変性、ヘルニア	内視鏡下椎間板摘出(切除)術					6	12	21	2,527	1,868	1,588
1016	070360xx99xxxx	不安定椎	なし					2	4	12	3,209	2,372	2,016
1017	070360xx97xxxx	不安定椎	その他の手術あり					4	10	23	2,741	2,145	1,823
1018	070360xx01xxxx	不安定椎	椎弓切除術等					12	23	38	2,337	1,700	1,445
1019	070370xx99xxxx	脊椎骨粗鬆症	なし					11	21	45	2,343	1,701	1,446

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1020	070370xx97xxxx	脊椎骨粗鬆症	あり					16	32	72	2,425	1,793	1,524
1021	070380xx97xxxx	ガングリオン	その他の手術あり					3	7	16	2,465	1,902	1,617
1022	070380xx01xxxx	ガングリオン	関節滑膜切除術等					3	5	11	2,337	1,806	1,625
1023	070390xx97xxxx	線維芽細胞性障害	あり					4	9	21	2,370	1,813	1,541
1024	070395xx99xxxx	壊死性筋膜炎	なし					7	15	36	3,198	2,416	2,054
1025	070395xx97xxxx	壊死性筋膜炎	あり					21	42	95	2,841	2,100	1,785
1026	070400xx99xxxx	股関節骨頭壊死	なし					5	15	40	2,415	1,943	1,652
1027	070400xx97xxxx	股関節骨頭壊死	その他の手術あり					7	16	40	2,473	1,900	1,615
1028	070400xx010xxx	股関節骨頭壊死	人工関節再置換術等	なし				14	28	49	2,279	1,685	1,432
1029	070400xx011xxx	股関節骨頭壊死	人工関節再置換術等	あり				15	29	51	2,285	1,667	1,417
1030	070420xx97xxxx	大腿骨頭すべり症	あり					6	18	49	2,255	1,813	1,541
1031	070430xx99xxxx	神経栄養症、骨成長障害、骨障害(その他)	なし					3	13	34	2,353	1,954	1,661
1032	070430xx97xxxx	神経栄養症、骨成長障害、骨障害(その他)	その他の手術あり					5	12	32	2,358	1,831	1,556
1033	070430xx01xxxx	神経栄養症、骨成長障害、骨障害(その他)	骨部分切除術等					3	6	13	2,272	1,859	1,673
1034	070440xx97xxxx	色素性絨毛結節性滑膜炎	あり					7	13	27	2,393	1,717	1,459
1035	070470xx99x0xx	関節リウマチ	なし		なし			7	14	35	2,869	2,120	1,802
1036	070470xx99x1xx	関節リウマチ	なし		1あり			3	21	62	5,665	4,803	4,083
1037	070470xx99x2xx	関節リウマチ	なし		2あり			14	27	60	2,455	1,790	1,522
1038	070470xx99x3xx	関節リウマチ	なし		3あり			6	14	35	3,017	2,328	1,979
1039	070470xx99x4xx	関節リウマチ	なし		4あり			4	13	37	3,843	3,338	3,004
1040	070470xx99x6xx	関節リウマチ	なし		6あり			1	2	4	11,922	9,754	8,779
1041	070470xx97x0xx	関節リウマチ	その他の手術あり		なし			5	17	44	2,692	2,195	1,866
1042	070470xx97x2xx	関節リウマチ	その他の手術あり		2あり			18	35	81	2,380	1,741	1,480
1043	070470xx03x0xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		なし			5	10	24	2,441	1,804	1,533
1044	070470xx03x2xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		2あり			11	22	46	2,242	1,657	1,408
1045	070470xx03x3xx	関節リウマチ	筋肉内異物摘出術等		3あり			15	29	59	2,424	1,769	1,504
1046	070470xx02x0xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等		なし			9	18	38	2,348	1,735	1,475
1047	070470xx02x2xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等		2あり			14	28	48	2,248	1,661	1,412
1048	070470xx02x3xx	関節リウマチ	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等		3あり			17	33	55	2,399	1,753	1,490
1049	070510xx99xxxx	痛風、関節の障害(その他)	なし					6	11	25	2,595	1,850	1,573
1050	070510xx97xxxx	痛風、関節の障害(その他)	あり					7	19	50	2,490	1,976	1,680
1051	070520xx99xxxx	リンパ節、リンパ管の疾患	なし					4	8	15	2,661	1,967	1,672
1052	070520xx97xxxx	リンパ節、リンパ管の疾患	あり					5	10	22	2,664	1,969	1,674
1053	070560xx99x0xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		なし			7	20	53	2,869	2,293	1,949

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1054	070560xx99x1xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		1あり			17	39	93	3,301	2,538	2,157
1055	070560xx99x2xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	なし		2あり			18	42	102	5,074	3,542	3,011
1056	070560xx97x0xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		なし			12	33	82	2,704	2,149	1,827
1057	070560xx97x1xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		1あり			30	60	128	3,457	2,556	2,173
1058	070560xx97x2xx	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	あり		2あり			26	52	114	6,776	5,008	4,257
1059	070570xx99xxxx	癰疽拘縮	なし					8	19	47	2,444	1,894	1,610
1060	070570xx970xxx	癰疽拘縮	その他の手術あり	なし				3	10	27	2,224	1,935	1,742
1061	070570xx971xxx	癰疽拘縮	その他の手術あり	1あり				8	15	35	2,121	1,707	1,536
1062	070570xx972xxx	癰疽拘縮	その他の手術あり	2あり				5	10	22	2,180	1,784	1,606
1063	070570xx020xxx	癰疽拘縮	創傷処理等	なし				6	20	58	2,379	1,935	1,645
1064	070570xx021xxx	癰疽拘縮	創傷処理等	1あり				13	26	61	2,222	1,642	1,396
1065	070570xx022xxx	癰疽拘縮	創傷処理等	2あり				10	23	55	2,329	1,791	1,522
1066	070570xx010xxx	癰疽拘縮	癰疽拘縮形成手術等	なし				3	7	14	2,141	1,801	1,621
1067	070570xx011xxx	癰疽拘縮	癰疽拘縮形成手術等	1あり				8	15	28	2,170	1,563	1,329
1068	070570xx012xxx	癰疽拘縮	癰疽拘縮形成手術等	2あり				6	12	25	2,138	1,749	1,574
1069	070580xx99xxxx	斜頸	なし					3	7	15	2,362	1,823	1,550
1070	070580xx97xxxx	斜頸	あり					4	9	23	2,184	1,827	1,644
1071	070590xx99x0xx	血管腫、リンパ管腫	なし		なし			2	5	12	2,945	2,305	1,959
1072	070590xx99x2xx	血管腫、リンパ管腫	なし		2あり			2	3	4	2,060	1,498	1,348
1073	070590xx97x00x	血管腫、リンパ管腫	あり		なし	なし		3	7	15	2,438	1,882	1,600
1074	070590xx97x01x	血管腫、リンパ管腫	あり		なし	あり		10	19	42	2,734	1,981	1,684
1075	070600xx99xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	なし					7	17	43	2,442	1,901	1,616
1076	070600xx97xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	その他の手術あり					10	25	61	2,329	1,823	1,550
1077	070600xx01xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	骨長調整手術等					12	26	63	2,226	1,687	1,434
1078	070610xx97xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢)	その他の手術あり					3	7	17	2,294	1,929	1,736
1079	070610xx01xxxx	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢)	変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿等					5	10	22	2,445	1,808	1,537
1080	071030xx99xxxx	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	なし					3	8	21	2,671	2,113	1,796
1081	071030xx97xxxx	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	あり					5	14	40	2,341	1,866	1,586
1082	080005xx99x0xx	黒色腫	なし		なし			3	8	21	3,144	2,488	2,115
1083	080005xx99x1xx	黒色腫	なし		あり			5	9	17	5,006	3,537	3,006
1084	080005xx97x0xx	黒色腫	その他の手術あり		なし			6	12	29	2,573	1,902	1,617
1085	080005xx97x1xx	黒色腫	その他の手術あり		あり			13	26	56	3,569	2,638	2,242
1086	080005xx01x0xx	黒色腫	皮膚悪性腫瘍切除術等		なし			9	17	37	2,441	1,765	1,500
1087	080005xx01x1xx	黒色腫	皮膚悪性腫瘍切除術等		あり			16	31	62	3,060	2,485	2,237

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1088	080006xx99x0xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		なし				3	7	20	2,703	2,086	1,773
1089	080006xx99x2xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		なし				18	36	75	2,375	1,755	1,492
1090	080006xx99x3xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		なし				7	13	30	3,571	2,562	2,178
1091	080006xx97x0xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		その他の手術あり				6	12	27	2,410	1,781	1,514
1092	080006xx01x0xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		皮膚悪性腫瘍切除術等				5	11	24	2,395	1,822	1,549
1093	080006xx01x3xx	皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)		皮膚悪性腫瘍切除術等				9	21	48	2,946	2,274	1,933
1094	080007xx99xxxx	皮膚の良性新生物		なし				2	3	5	2,221	1,615	1,454
1095	080007xx97xxxx	皮膚の良性新生物		その他の手術あり				3	6	13	2,474	1,829	1,555
1096	080007xx010xxx	皮膚の良性新生物		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等				2	4	9	2,453	1,813	1,541
1097	080007xx011xxx	皮膚の良性新生物		皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等				4	8	19	2,344	1,733	1,473
1098	080011xx99xxxx	急性膿皮症		なし				5	10	20	2,599	1,921	1,633
1099	080011xx970x0x	急性膿皮症		あり				8	16	38	2,621	1,937	1,646
1100	080011xx970x1x	急性膿皮症		あり				12	27	64	2,671	2,044	1,737
1101	080011xx971xxx	急性膿皮症		あり				15	29	64	2,338	1,706	1,450
1102	080020xxxxxxxx	帯状疱疹						4	8	13	2,858	2,112	1,795
1103	080030xxxxxxxx	疱疹(帯状疱疹を除く。)、その類症						3	6	11	2,846	2,104	1,788
1104	080040xxxxxxxx	ウイルス性急性発疹症						3	6	10	2,626	1,941	1,650
1105	080050xxxxxxxx	湿疹、皮膚炎群						5	10	22	2,481	1,834	1,559
1106	080070xx99xxxx	慢性膿皮症		なし				3	12	34	2,567	2,120	1,802
1107	080070xx97xxxx	慢性膿皮症		あり				5	10	21	2,389	1,766	1,501
1108	080080xxxxxxxx	痒疹、蕁麻疹						3	5	12	2,581	1,739	1,478
1109	080090xxxxxxxx	紅斑症						5	10	23	2,565	1,896	1,612
1110	080100xxxxxxxx	薬疹、中毒疹						5	10	23	2,555	1,889	1,606
1111	080105xxxx0xx	重症薬疹						9	17	36	2,635	1,905	1,619
1112	080110xxxx0xx	水疱症						15	30	66	2,439	1,803	1,533
1113	080140xxxxxxxx	炎症性角化症						10	20	43	2,635	1,948	1,656
1114	080150xx97xxxx	爪の疾患		あり				2	5	11	2,088	1,772	1,595
1115	080180xx99xxxx	母斑、母斑症		なし				2	3	4	2,111	1,536	1,382
1116	080180xx970xxx	母斑、母斑症		あり				2	4	9	2,275	1,861	1,675
1117	080180xx971xxx	母斑、母斑症		あり				4	8	18	2,326	1,719	1,461
1118	080190xxxxxxxx	脱毛症						2	4	8	2,554	1,888	1,605
1119	080210xxxxxxxx	ざ瘡、皮膚の障害(その他)						3	6	14	2,533	1,872	1,591
1120	080220xx97xxxx	エクリン汗腺の障害、アポクリン汗腺の障害		あり				4	7	12	2,075	1,635	1,472
1121	080230xx97xxxx	皮膚色素異常症		あり				3	5	13	2,204	1,703	1,533

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1122	080240xx97xxxx	多汗症	あり					2	3	5	2,594	1,886	1,697
1123	080245xx97xxxx	放射線皮膚障害	あり					3	7	16	2,356	1,818	1,545
1124	080250xx99x0xx	褥瘡潰瘍	なし		なし			12	27	66	2,443	1,870	1,590
1125	080250xx99x1xx	褥瘡潰瘍	なし		あり			16	32	72	2,519	1,862	1,583
1126	080250xx9700xx	褥瘡潰瘍	あり	なし	なし			11	30	75	2,437	1,935	1,645
1127	080250xx9701xx	褥瘡潰瘍	あり	なし	あり			19	43	102	2,538	1,945	1,653
1128	080250xx971xxx	褥瘡潰瘍	あり	あり				25	49	103	2,211	1,622	1,379
1129	080260xxxxxxx	その他の皮膚の疾患						5	10	24	2,420	1,788	1,520
1130	080270xxxx0xxx	食物アレルギー		なし				1	2	4	2,319	1,714	1,457
1131	090010xx99x00x	乳房の悪性腫瘍	なし		なし	なし		2	6	17	2,771	2,229	1,895
1132	090010xx99x01x	乳房の悪性腫瘍	なし		なし	あり		5	12	29	2,784	2,161	1,837
1133	090010xx99x1xx	乳房の悪性腫瘍	なし		1あり			7	16	40	3,184	2,446	2,079
1134	090010xx99x2xx	乳房の悪性腫瘍	なし		2あり			15	29	52	2,148	1,568	1,333
1135	090010xx99x30x	乳房の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		3	6	17	3,302	2,441	2,075
1136	090010xx99x31x	乳房の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		6	18	45	3,066	2,466	2,096
1137	090010xx99x4xx	乳房の悪性腫瘍	なし		4あり			2	5	12	5,648	3,140	2,669
1138	090010xx99x5xx	乳房の悪性腫瘍	なし		5あり			2	3	9	9,136	5,561	4,727
1139	090010xx9700xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	なし			5	9	17	2,677	1,892	1,608
1140	090010xx9701xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	1あり			9	18	43	2,940	2,173	1,847
1141	090010xx9702xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	2あり			16	31	65	2,436	1,779	1,512
1142	090010xx9703xx	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	3あり			9	17	37	2,659	1,922	1,634
1143	090010xx97040x	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	4あり	なし		6	16	36	3,368	2,665	2,265
1144	090010xx97041x	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	4あり	あり		10	26	69	3,288	2,591	2,202
1145	090010xx97050x	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	5あり	なし		4	13	34	4,556	3,958	3,562
1146	090010xx97051x	乳房の悪性腫瘍	あり	なし	5あり	あり		6	29	85	4,006	3,546	3,191
1147	090010xx9710xx	乳房の悪性腫瘍	あり	あり	なし			7	14	26	2,456	1,815	1,543
1148	090010xx9713xx	乳房の悪性腫瘍	あり	あり	3あり			12	23	49	2,454	1,785	1,517
1149	090020xx97xxxx	乳房の良性腫瘍	あり					2	4	8	2,580	2,111	1,900
1150	090030xx99xxxx	乳房の炎症性障害	なし					3	5	9	2,505	1,936	1,742
1151	090030xx97xxxx	乳房の炎症性障害	あり					3	6	13	2,583	1,909	1,623
1152	090040xx97xxxx	乳房の形態異常、女性化乳房、乳腺症など	その他の手術あり					3	5	10	2,424	1,873	1,686
1153	100020xx99x00x	甲状腺の悪性腫瘍	なし		なし	なし		2	6	17	2,848	2,291	1,947
1154	100020xx99x01x	甲状腺の悪性腫瘍	なし		なし	あり		6	17	46	2,874	2,295	1,951
1155	100020xx99x1xx	甲状腺の悪性腫瘍	なし		1あり			12	24	57	2,759	2,039	1,733



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1156	100020xx99x2xx	甲状腺の悪性腫瘍		なし	2あり			4	7	14	5,628	4,435	3,992
1157	100020xx97x0xx	甲状腺の悪性腫瘍		その他の手術あり	なし			8	15	38	2,601	1,874	1,593
1158	100020xx01x0xx	甲状腺の悪性腫瘍		甲状腺悪性腫瘍手術 切除等	なし			5	10	16	2,636	1,948	1,656
1159	100030xx99x0xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍		なし	なし			2	7	20	3,673	3,002	2,552
1160	100030xx99x1xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍		なし	あり			3	17	45	3,521	2,759	2,345
1161	100030xx97x0xx	内分泌腺および関連組織の腫瘍		あり	なし			14	27	56	2,945	2,147	1,825
1162	100040xxxx00x	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡			なし	なし		7	14	32	2,655	1,962	1,668
1163	100040xxxx01x	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡			なし	あり		12	24	55	2,655	1,962	1,668
1164	100040xxxx1xx	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡			あり			14	28	65	3,100	2,291	1,947
1165	100050xxxxxxx	低血糖症(糖尿病治療に伴う場合)						2	5	13	2,962	2,318	1,970
1166	100060xxxxxxx	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)						8	15	30	2,463	1,775	1,509
1167	100070xxxx00x	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				なし		8	15	29	2,480	1,787	1,519
1168	100070xxxx1xx	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				あり		15	32	75	2,514	1,897	1,612
1169	100080xxxx00x	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				なし		9	17	38	2,516	1,819	1,546
1170	100080xxxx1xx	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)				あり		13	26	60	2,614	1,932	1,642
1171	100100xx99x0xx	糖尿病足病変		なし	なし			12	24	55	2,426	1,793	1,524
1172	100100xx99x1xx	糖尿病足病変		なし	あり			15	30	67	2,776	2,052	1,744
1173	100100xx9700xx	糖尿病足病変		あり	なし			19	39	88	2,344	1,748	1,486
1174	100100xx9701xx	糖尿病足病変		あり	あり			25	49	110	2,669	1,958	1,664
1175	100100xx971xxx	糖尿病足病変		あり				18	37	84	2,225	1,660	1,411
1176	100120xxxxxxx	肥満症						10	19	42	2,359	1,709	1,453
1177	100130xx99x0xx	甲状腺の良性結節		なし	なし			2	3	8	2,682	1,950	1,755
1178	100130xx97x0xx	甲状腺の良性結節		あり	なし			4	8	12	2,571	1,900	1,615
1179	100140xx99x00x	甲状腺機能亢進症		なし	なし	なし		6	12	27	2,689	1,988	1,690
1180	100140xx99x01x	甲状腺機能亢進症		なし	なし	あり		11	21	41	2,605	1,891	1,607
1181	100140xx99x1xx	甲状腺機能亢進症		なし	1あり			12	23	50	2,780	2,022	1,719
1182	100140xx99x2xx	甲状腺機能亢進症		なし	2あり			4	8	18	3,259	2,409	2,048
1183	100140xx97xxxx	甲状腺機能亢進症		あり				5	10	19	2,653	1,961	1,667
1184	100150xxxxxxx	慢性甲状腺炎						7	13	27	2,687	1,928	1,639
1185	100160xxxx00x	甲状腺機能低下症				なし		4	12	32	2,822	2,270	1,930
1186	100160xxxx1xx	甲状腺機能低下症				あり		12	24	51	2,567	1,897	1,612
1187	100170xxxxxxx	急性甲状腺炎						6	11	21	2,890	2,060	1,751
1188	100180xx9900xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍		なし	なし			5	9	21	3,239	2,288	1,945
1189	100180xx9901xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍		なし	あり			5	16	41	3,597	2,915	2,478

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1190	100180xx9910xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	なし	あり	なし			3	7	17	5,606	4,714	4,243
1191	100180xx97x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	その他の手術あり		なし			9	18	44	2,918	2,157	1,833
1192	100180xx97x1xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	その他の手術あり		あり			17	34	74	3,551	2,625	2,231
1193	100180xx04x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	腹腔鏡下副腎摘出術等		なし			7	13	22	2,674	1,918	1,630
1194	100180xx03x0xx	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	副腎悪性腫瘍手術		なし			8	16	29	2,743	2,028	1,724
1195	100190xx99x0xx	褐色細胞腫、バラガングリオーマ	なし		なし			4	10	23	3,762	2,944	2,502
1196	100190xx99x1xx	褐色細胞腫、バラガングリオーマ	なし		あり			4	10	29	4,898	3,343	2,842
1197	100190xx97xxxx	褐色細胞腫、バラガングリオーマ	あり					13	25	56	2,990	2,177	1,850
1198	100202xxxxxxx	その他の副腎皮質機能低下症						6	13	33	2,874	2,178	1,851
1199	100210xxxxxxx	低血糖症						2	6	16	2,944	2,368	2,013
1200	100220xx99xxxx	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	なし					6	11	24	3,486	2,486	2,113
1201	100220xx03xxxx	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術 副甲状腺(上皮小体)摘出術等					5	9	15	2,682	1,895	1,611
1202	100230xx01xxxx	続発性副甲状腺機能亢進症	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術					6	12	20	3,071	2,270	1,930
1203	100240xxxxxxx	副甲状腺機能低下症						3	10	28	3,031	2,466	2,096
1204	100250xx99x00x	下垂体機能低下症	なし		なし	なし		2	4	9	2,763	2,261	2,035
1205	100250xx99x01x	下垂体機能低下症	なし		なし	あり		4	10	24	3,479	2,723	2,315
1206	100250xx97xxxx	下垂体機能低下症	あり					11	21	40	3,069	2,228	1,894
1207	100260xx99x0xx	下垂体機能亢進症	なし		なし			3	7	17	3,907	3,015	2,563
1208	100260xx99x1xx	下垂体機能亢進症	なし		あり			3	10	24	3,372	2,743	2,332
1209	100260xx97x0xx	下垂体機能亢進症	あり		なし			9	18	31	3,173	2,345	1,993
1210	100260xx97x1xx	下垂体機能亢進症	あり		あり			14	28	55	3,516	2,599	2,209
1211	100270xxxx0xx	間脳下垂体疾患(その他)			なし			8	24	65	2,326	1,871	1,590
1212	100280xxxxxxx	尿崩症						3	9	25	2,828	2,275	1,934
1213	100285xxxxxxx	ADH分泌異常症						10	19	43	2,714	1,967	1,672
1214	100290xxxxxxx	グルコース調節・腺内分泌障害、その他の内分泌疾患						3	8	21	2,806	2,220	1,887
1215	100310xx990xxx	腎血管性高血圧症	なし	なし				3	9	23	3,428	2,757	2,343
1216	100310xx991xxx	腎血管性高血圧症	なし	あり				2	4	10	4,346	3,213	2,731
1217	100310xx97xxxx	腎血管性高血圧症	あり					3	7	17	2,675	2,065	1,755
1218	100320xxxxxxx	内分泌性高血圧症(その他)						7	13	27	2,945	2,113	1,796
1219	100330xxxx0xx	栄養障害(その他)			なし			7	15	38	2,543	1,921	1,633
1220	100330xxxx1xx	栄養障害(その他)			あり			19	38	87	2,747	2,030	1,726
1221	100335xx99x00x	代謝障害(その他)	なし		なし	なし		4	11	30	2,901	2,307	1,961
1222	100335xx99x01x	代謝障害(その他)	なし		なし	あり		8	17	39	2,818	2,124	1,805
1223	100335xx99x1xx	代謝障害(その他)	なし		1あり			11	26	64	3,487	2,698	2,293

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1224	100335xx97x0xx	代謝障害(その他)	あり		なし			14	29	69	2,904	2,171	1,845
1225	100335xx97x1xx	代謝障害(その他)	あり		1あり			25	50	110	3,899	2,882	2,450
1226	100360xxxxxxx	小人症						2	3	5	2,449	1,781	1,603
1227	100370xx99xxxx	アミロイドーシス	なし					7	16	40	3,040	2,335	1,985
1228	100370xx97xxxx	アミロイドーシス	あり					13	29	68	3,116	2,379	2,022
1229	100380xxxxxx0x	体液量減少症				なし		3	6	17	2,649	1,958	1,664
1230	100380xxxxxx1x	体液量減少症				あり		5	11	28	2,649	2,015	1,713
1231	100391xx99xxxx	低カリウム血症	なし					5	11	25	2,843	2,163	1,839
1232	100392xx99xxxx	カルシウム代謝障害	なし					7	14	32	2,992	2,212	1,880
1233	100393xx99xx0x	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	なし			なし		4	9	22	2,767	2,117	1,799
1234	100393xx99xx1x	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	なし			あり		9	17	36	2,728	1,972	1,676
1235	100393xx97xxxx	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	あり					12	25	59	2,882	2,159	1,835
1236	11001xxx99x0xx	腎腫瘍	なし		なし			4	11	27	2,957	2,351	1,998
1237	11001xxx99x1xx	腎腫瘍	なし		1あり			8	15	35	2,779	2,238	2,014
1238	11001xxx99x2xx	腎腫瘍	なし		2あり			11	21	44	3,865	3,127	2,814
1239	11001xxx99x3xx	腎腫瘍	なし		3あり			14	27	55	4,762	3,472	2,951
1240	11001xxx99x4xx	腎腫瘍	なし		4あり			3	16	45	9,762	8,669	7,802
1241	11001xxx97x0xx	腎腫瘍	その他の手術あり		なし			8	15	31	2,654	1,912	1,625
1242	11001xxx97x1xx	腎腫瘍	その他の手術あり		1あり			18	35	78	2,859	2,092	1,778
1243	11001xxx97x2xx	腎腫瘍	その他の手術あり		2あり			22	43	93	3,628	2,953	2,658
1244	11001xxx97x3xx	腎腫瘍	その他の手術あり		3あり			24	47	96	4,112	3,016	2,564
1245	11001xxx01x0xx	腎腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		なし			7	14	22	2,614	1,932	1,642
1246	11001xxx01x1xx	腎腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		1あり			12	24	47	2,793	2,065	1,755
1247	11002xxx99xxxx	性器の悪性腫瘍	なし					4	13	38	3,023	2,453	2,085
1248	11002xxx97xxxx	性器の悪性腫瘍	あり					9	18	41	2,501	1,849	1,572
1249	11004xxx99xxxx	尿道・性器の良性腫瘍	なし					3	5	11	2,862	1,929	1,640
1250	11004xxx97xxxx	尿道・性器の良性腫瘍	あり					3	6	13	2,519	1,862	1,583
1251	110050xx99x00x	後腹膜疾患	なし		なし	なし		4	12	31	2,736	2,200	1,870
1252	110050xx99x01x	後腹膜疾患	なし		なし	あり		10	21	48	2,911	2,186	1,858
1253	110050xx99x10x	後腹膜疾患	なし		あり	なし		5	17	45	3,557	2,900	2,465
1254	110050xx99x11x	後腹膜疾患	なし		あり	あり		14	27	61	3,305	2,409	2,048
1255	110050xx97x0xx	後腹膜疾患	その他の手術あり		なし			7	19	47	2,668	2,117	1,799
1256	110050xx97x1xx	後腹膜疾患	その他の手術あり		あり			19	38	83	3,121	2,307	1,961
1257	110050xx01x0xx	後腹膜疾患	後腹膜悪性腫瘍手術等		なし			7	14	26	2,662	1,968	1,673

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1258	110050xx01x1xx	後腹膜疾患	後腹膜悪性腫瘍手術等		あり			17	36	83	2,961	2,229	1,895
1259	110060xx99x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	なし		なし			3	8	21	2,789	2,207	1,876
1260	110060xx99x10x	腎盂・尿管の悪性腫瘍	なし		あり	なし		6	18	48	3,266	2,627	2,233
1261	110060xx99x11x	腎盂・尿管の悪性腫瘍	なし		あり	あり		14	27	60	3,093	2,255	1,917
1262	110060xx97x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			5	11	30	2,629	2,000	1,700
1263	110060xx97x1xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	その他の手術あり		あり			20	40	91	2,970	2,195	1,866
1264	110060xx02x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術等		なし			4	8	17	2,615	1,933	1,643
1265	110060xx01x0xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		なし			9	17	27	2,601	1,880	1,598
1266	110060xx01x1xx	腎盂・尿管の悪性腫瘍	腎(尿管)悪性腫瘍手術等		あり			15	30	67	2,738	2,023	1,720
1267	110070xx99x0xx	膀胱腫瘍	なし		なし			4	8	22	2,697	1,993	1,694
1268	110070xx99x10x	膀胱腫瘍	なし		あり	なし		5	15	42	3,196	2,571	2,185
1269	110070xx99x11x	膀胱腫瘍	なし		あり	あり		16	31	64	3,012	2,200	1,870
1270	110070xx97x00x	膀胱腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		5	9	21	2,578	1,821	1,548
1271	110070xx97x01x	膀胱腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		9	20	50	2,602	1,985	1,687
1272	110070xx97x1xx	膀胱腫瘍	その他の手術あり		あり			21	41	90	2,824	2,069	1,759
1273	110070xx0200xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	なし			4	7	13	2,477	1,723	1,465
1274	110070xx02010x	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	あり	なし		5	9	19	2,793	1,973	1,677
1275	110070xx02011x	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	なし	あり	あり		9	24	65	2,752	2,177	1,850
1276	110070xx0210xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	あり	なし			9	17	35	2,637	1,906	1,620
1277	110070xx0211xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	あり	あり			19	41	92	2,740	2,074	1,763
1278	110070xx0100xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 切除等	なし	なし			15	30	55	2,490	1,841	1,565
1279	110070xx0101xx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 切除等	なし	あり			21	41	71	2,641	1,935	1,645
1280	110070xx011xxx	膀胱腫瘍	膀胱悪性腫瘍手術 切除等	あり				28	56	102	2,688	1,987	1,689
1281	110080xx99000x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	なし	なし		2	5	15	2,630	2,059	1,750
1282	110080xx99001x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	なし	あり		6	12	30	2,691	1,989	1,691
1283	110080xx9901xx	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	1あり			3	10	27	4,498	3,342	2,841
1284	110080xx99020x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	2あり	なし		6	23	59	2,331	1,920	1,632
1285	110080xx99021x	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	2あり	あり		16	31	66	2,412	1,762	1,498
1286	110080xx9903xx	前立腺の悪性腫瘍	なし	なし	3あり			2	4	5	2,715	2,222	2,000
1287	110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍	なし	あり				2	3	4	2,715	1,975	1,778
1288	110080xx97x00x	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		4	9	22	2,605	1,993	1,694
1289	110080xx97x01x	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		8	17	42	2,714	2,045	1,738
1290	110080xx97x1xx	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			12	26	62	3,046	2,308	1,962
1291	110080xx97x2xx	前立腺の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			23	45	92	2,666	1,955	1,662

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1292	110080xx02x0xx	前立腺の悪性腫瘍	精巣摘出術		なし			4	7	13	2,336	1,841	1,657
1293	110080xx02x1xx	前立腺の悪性腫瘍	精巣摘出術		1あり			6	15	39	2,660	2,082	1,770
1294	110080xx01x0xx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術等		なし			8	16	26	2,561	1,893	1,609
1295	110080xx01x1xx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術等		1あり			11	21	34	2,632	1,911	1,624
1296	110100xx99x0xx	精巣腫瘍	なし		なし			2	7	20	3,319	2,713	2,306
1297	110100xx99x1xx	精巣腫瘍	なし		あり			10	23	59	3,937	3,028	2,574
1298	110100xx97x0xx	精巣腫瘍	その他の手術あり		なし			5	11	25	2,592	1,972	1,676
1299	110100xx97x1xx	精巣腫瘍	その他の手術あり		あり			22	47	108	3,684	2,781	2,364
1300	110100xx01x0xx	精巣腫瘍	精巣悪性腫瘍手術		なし			4	8	15	2,752	2,034	1,729
1301	110100xx01x1xx	精巣腫瘍	精巣悪性腫瘍手術		あり			29	62	134	3,266	2,466	2,096
1302	11012xxx99xxxx	上部尿路疾患	なし					2	3	8	3,258	1,983	1,686
1303	11012xxx97xx0x	上部尿路疾患	その他の手術あり			なし		3	6	13	2,627	1,942	1,651
1304	11012xxx97xx1x	上部尿路疾患	その他の手術あり			あり		5	10	24	2,863	2,116	1,799
1305	11012xxx040x0x	上部尿路疾患	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	なし		なし		2	3	5	2,387	1,736	1,562
1306	11012xxx040x1x	上部尿路疾患	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	なし		あり		2	6	15	2,631	2,116	1,799
1307	11012xxx041xxx	上部尿路疾患	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)	あり				12	23	53	2,593	1,886	1,603
1308	11012xxx03xxxx	上部尿路疾患	経皮的尿管結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)					7	14	27	2,554	1,888	1,605
1309	11012xxx020xxx	上部尿路疾患	経尿道的尿管結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)等	なし				3	6	11	2,410	1,972	1,775
1310	11012xxx021xxx	上部尿路疾患	経尿道的尿管結石除去術(超音波下に行った場合も含む。)等	あり				9	17	33	2,640	1,908	1,622
1311	11012xxx01xxxx	上部尿路疾患	腎切石術等					8	15	27	2,586	1,863	1,584
1312	11013xxx99xxxx	下部尿路疾患	なし					3	7	17	2,624	2,025	1,721
1313	11013xxx97xxxx	下部尿路疾患	その他の手術あり					3	6	13	2,444	1,806	1,535
1314	11013xxx05xxxx	下部尿路疾患	膀胱結石、異物摘出術 膀胱高位切開術					9	18	36	2,412	1,783	1,516
1315	11013xxx03xxxx	下部尿路疾患	尿管膀胱吻合術等					6	11	19	2,396	1,708	1,452
1316	11013xxx020xxx	下部尿路疾患	尿道狭窄内視鏡手術等	なし				4	7	14	2,219	1,748	1,573
1317	11013xxx01xxxx	下部尿路疾患	尿道形成手術等					4	8	19	2,256	1,846	1,661
1318	110200xx99xxxx	前立腺肥大症等	なし					2	3	7	2,767	1,684	1,431
1319	110200xx97xxxx	前立腺肥大症等	その他の手術あり					4	8	20	2,405	1,778	1,511
1320	110200xx04xxxx	前立腺肥大症等	経尿道的レーザー前立腺切除術等					4	7	13	2,550	1,774	1,508
1321	110200xx02xxxx	前立腺肥大症等	経尿道的前立腺手術					5	10	17	2,442	1,805	1,534
1322	110200xx01xxxx	前立腺肥大症等	前立腺被膜下摘出術					8	16	25	2,524	1,866	1,586
1323	11022xxx99xxxx	男性生殖器疾患	なし					4	7	13	2,760	1,920	1,632
1324	11022xxx97xx0x	男性生殖器疾患	その他の手術あり			なし		3	6	15	2,440	1,804	1,533
1325	11022xxx97xx1x	男性生殖器疾患	その他の手術あり			あり		8	16	37	2,613	1,931	1,641

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1326	11022xxx04xxxx	男性生殖器疾患	包茎手術					2	3	6	2,131	1,550	1,395
1327	11022xxx03xxxx	男性生殖器疾患	精索静脈瘤手術等					2	4	8	2,226	1,821	1,639
1328	11022xxx02xx0x	男性生殖器疾患	陰嚢水腫手術			なし		3	5	10	2,162	1,670	1,503
1329	11022xxx02xx1x	男性生殖器疾患	陰嚢水腫手術			あり		4	8	15	2,236	1,829	1,646
1330	11022xxx01xxxx	男性生殖器疾患	精索捻転手術					2	4	8	2,757	2,038	1,732
1331	110260xx99x0xx	ネフローゼ症候群	なし		なし			10	24	59	2,478	1,924	1,635
1332	110260xx99x1xx	ネフローゼ症候群	なし		あり			30	59	117	4,077	3,323	2,991
1333	110260xx97x0xx	ネフローゼ症候群	あり		なし			22	44	99	2,633	1,946	1,654
1334	110270xxxx0xx	急速進行性腎炎症候群			なし			13	29	67	2,632	2,010	1,709
1335	110270xxxx1xx	急速進行性腎炎症候群			1あり			29	57	107	3,209	2,357	2,003
1336	110275xxxx0xx	急性腎炎症候群						7	13	30	2,420	1,736	1,476
1337	110280xx9900xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	なし			6	12	29	2,729	2,017	1,714
1338	110280xx9901xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	1あり			8	15	35	2,981	2,148	1,826
1339	110280xx9902xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	2あり			4	12	29	2,841	2,285	1,942
1340	110280xx9903xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	3あり			7	18	50	4,385	3,449	2,932
1341	110280xx9904xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	なし	4あり			6	25	61	5,697	5,015	4,514
1342	110280xx991x0x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	あり		なし		4	7	15	3,044	2,117	1,799
1343	110280xx991x1x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	なし	あり		あり		6	20	57	2,840	2,311	1,964
1344	110280xx97x00x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		なし	なし		3	11	30	2,491	2,045	1,738
1345	110280xx97x01x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		なし	あり		14	28	65	2,727	2,016	1,714
1346	110280xx97x10x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		1あり	なし		10	25	61	2,804	2,195	1,866
1347	110280xx97x11x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		1あり	あり		23	45	96	3,035	2,226	1,892
1348	110280xx97x20x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		2あり	なし		11	25	59	2,655	2,036	1,731
1349	110280xx97x21x	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		2あり	あり		24	47	102	2,999	2,200	1,870
1350	110280xx97x3xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		3あり			21	46	108	3,871	2,942	2,501
1351	110280xx97x4xx	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	あり		4あり			31	61	127	4,542	3,337	2,836
1352	110290xx99x0xx	急性腎不全	なし		なし			6	12	30	2,840	2,099	1,784
1353	110290xx99x1xx	急性腎不全	なし		1あり			11	22	51	3,179	2,350	1,998
1354	110290xx99x3xx	急性腎不全	なし		3あり			7	18	46	6,020	3,814	3,242
1355	110290xx97x0xx	急性腎不全	あり		なし			10	23	55	2,754	2,118	1,800
1356	110290xx97x1xx	急性腎不全	あり		1あり			20	40	87	3,176	2,347	1,995
1357	110290xx97x3xx	急性腎不全	あり		3あり			16	36	84	5,272	3,680	3,128
1358	110310xx99xx0x	腎臓または尿路の感染症	なし			なし		5	10	21	2,783	2,057	1,748
1359	110310xx99xx1x	腎臓または尿路の感染症	なし			あり		9	17	36	2,722	1,968	1,673

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1360	110310xx97xx0x	腎臓または尿路の感染症	あり			なし		9	18	44	2,802	2,071	1,760
1361	110310xx97xx1x	腎臓または尿路の感染症	あり			あり		19	41	94	2,688	2,035	1,730
1362	110320xx99xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	なし					5	10	23	2,749	2,032	1,727
1363	110320xx97xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	その他の手術あり					6	12	30	2,588	1,913	1,626
1364	110320xx01xxxx	腎、泌尿器の疾患(その他)	瘢痕拘縮形成手術等					5	10	24	2,569	1,899	1,614
1365	110420xx99xxxx	水腎症(その他)	なし					2	6	14	2,955	2,377	2,020
1366	110420xx97xx0x	水腎症(その他)	その他の手術あり			なし		3	6	15	2,509	1,854	1,576
1367	110420xx97xx1x	水腎症(その他)	その他の手術あり			あり		5	13	32	2,702	2,129	1,810
1368	110420xx02xxxx	水腎症(その他)	腎盂形成手術等					6	12	21	2,612	1,931	1,641
1369	110420xx01xxxx	水腎症(その他)	腎摘出術等					9	18	34	2,639	1,950	1,658
1370	110430xxxxxxxx	腎動脈塞栓症						7	14	30	3,223	2,382	2,025
1371	120010xx99x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		なし			2	7	19	2,799	2,288	1,945
1372	120010xx99x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		1あり			6	20	57	3,081	2,681	2,413
1373	120010xx99x2xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		2あり			13	27	60	2,260	1,692	1,438
1374	120010xx99x40x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		4あり	なし		2	5	11	4,902	3,836	3,261
1375	120010xx99x41x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		4あり	あり		4	11	27	4,102	3,261	2,772
1376	120010xx99x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		5あり	なし		3	5	10	6,679	4,061	3,452
1377	120010xx99x51x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	なし		5あり	あり		5	10	22	5,107	3,062	2,603
1378	120010xx97x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし			4	12	33	2,710	2,180	1,853
1379	120010xx97x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			16	31	69	3,132	2,288	1,945
1380	120010xx97x40x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	なし		5	20	57	3,848	3,179	2,702
1381	120010xx97x41x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり	あり		16	32	77	3,415	2,524	2,145
1382	120010xx97x50x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり	なし		8	23	61	3,743	3,221	2,899
1383	120010xx97x51x	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	その他の手術あり		5あり	あり		21	43	98	3,455	2,574	2,188
1384	120010xx01x0xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		なし			7	14	23	2,674	1,976	1,680
1385	120010xx01x1xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		1あり			12	24	49	2,975	2,199	1,869
1386	120010xx01x4xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		4あり			16	32	62	2,927	2,164	1,839
1387	120010xx01x5xx	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)等		5あり			15	29	55	3,129	2,540	2,286
1388	120020xx99x00x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		なし	なし		2	7	20	2,823	2,307	1,961
1389	120020xx99x01x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		なし	あり		4	11	28	2,913	2,316	1,969
1390	120020xx99x1xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		1あり			11	25	63	3,295	2,527	2,148
1391	120020xx99x20x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		2あり	なし		9	28	65	2,205	1,781	1,514
1392	120020xx99x21x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		2あり	あり		20	40	76	2,250	1,663	1,414
1393	120020xx99x30x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		3あり	なし		4	25	65	3,014	2,546	2,164

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1394	120020xx99x31x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		3あり	あり		22	44	84	2,679	1,980	1,683
1395	120020xx99x40x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		4あり	なし		3	5	11	5,388	3,631	3,086
1396	120020xx99x41x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	なし		4あり	あり		5	10	22	4,618	3,028	2,574
1397	120020xx97x00x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	なし		4	9	23	2,661	2,036	1,731
1398	120020xx97x01x	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		なし	あり		6	15	39	2,855	2,234	1,899
1399	120020xx97x1xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		1あり			18	36	81	3,174	2,346	1,994
1400	120020xx97x2xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		2あり			22	44	83	2,385	1,763	1,499
1401	120020xx97x3xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		3あり			29	57	98	2,646	1,943	1,652
1402	120020xx97x4xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	その他の手術あり		4あり			8	23	61	3,714	2,972	2,526
1403	120020xx03x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮内膜掻爬術		なし			1	2	3	2,834	2,319	2,087
1404	120020xx02x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮筋腫摘出(核出)術 腔式等		なし			2	4	7	2,577	1,905	1,619
1405	120020xx01x0xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		なし			8	15	26	2,575	1,856	1,578
1406	120020xx01x1xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		1あり			11	22	38	2,830	2,092	1,778
1407	120020xx01x2xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		2あり			25	49	86	2,219	1,628	1,384
1408	120020xx01x3xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		3あり			31	61	98	2,488	1,828	1,554
1409	120020xx01x4xx	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮悪性腫瘍手術等		4あり			16	31	56	2,914	2,367	2,130
1410	120030xx99x0xx	外陰の悪性腫瘍	なし		なし			3	9	24	2,842	2,286	1,943
1411	120030xx99x2xx	外陰の悪性腫瘍	なし		2あり			21	42	84	2,218	1,640	1,394
1412	120030xx99x3xx	外陰の悪性腫瘍	なし		3あり			5	9	20	4,515	3,190	2,712
1413	120030xx97x0xx	外陰の悪性腫瘍	あり		なし			10	19	41	2,414	1,749	1,487
1414	120040xx99x2xx	膣の悪性腫瘍	なし		2あり			10	30	71	2,327	1,871	1,590
1415	120040xx99x3xx	膣の悪性腫瘍	なし		3あり			3	7	16	4,843	3,737	3,176
1416	120040xx97x0xx	膣の悪性腫瘍	あり		なし			3	8	23	2,612	2,067	1,757
1417	120050xx99x1xx	絨毛性疾患	なし		あり			4	7	14	3,465	2,410	2,049
1418	120050xx01x0xx	絨毛性疾患	胎状奇胎除去術等		なし			1	2	4	2,904	2,376	2,138
1419	120060xx99xxxx	子宮の良性腫瘍	なし					2	4	10	2,923	2,161	1,837
1420	120060xx97xxxx	子宮の良性腫瘍	その他の手術あり					3	6	13	2,801	2,070	1,760
1421	120060xx02xxxx	子宮の良性腫瘍	腹腔鏡下腔式子宮全摘術等					3	6	11	2,633	1,946	1,654
1422	120060xx01xxxx	子宮の良性腫瘍	子宮全摘術等					6	11	15	2,511	1,790	1,522
1423	120070xx99xxxx	卵巣の良性腫瘍	なし					2	4	9	3,297	2,437	2,071
1424	120070xx97xxxx	卵巣の良性腫瘍	その他の手術あり					6	11	24	2,733	1,949	1,657
1425	120070xx02xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術(腔式を含む。) 腹腔鏡によるもの等					4	7	10	2,624	1,825	1,551
1426	120070xx01xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術(腔式を含む。) 開腹によるもの等					6	11	15	2,580	1,840	1,564
1427	120080xx97xxxx	女性生殖器の良性腫瘍(その他)	あり					2	5	10	2,638	2,065	1,755



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1428	120090xx99xxxx	生殖器脱出症	なし					2	3	6	3,330	2,422	2,180
1429	120090xx97xxxx	生殖器脱出症	あり					5	10	16	2,402	1,775	1,509
1430	120100xx99xxxx	子宮内膜症	なし					2	5	11	3,127	2,447	2,080
1431	120100xx97xxxx	子宮内膜症	その他の手術あり					4	8	17	2,710	2,003	1,703
1432	120100xx02xxxx	子宮内膜症	腹腔鏡下腔式子宮全摘術等					3	6	11	2,609	1,928	1,639
1433	120100xx01xxxx	子宮内膜症	子宮全摘術等					5	9	14	2,588	1,829	1,555
1434	120110xx99xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	なし					4	7	13	3,129	2,176	1,850
1435	120110xx97xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	その他の手術あり					6	11	30	2,925	2,086	1,773
1436	120110xx02xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術等					4	8	16	2,596	1,919	1,631
1437	120110xx01xxxx	子宮・子宮附属器の炎症性疾患	子宮全摘術等					6	11	21	2,883	2,055	1,747
1438	120120xx99xxxx	卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患	なし					2	4	8	3,329	2,212	1,880
1439	120120xx97xxxx	卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患	あり					4	8	12	2,779	2,054	1,746
1440	120130xx99xxxx	子宮外妊娠	なし					3	6	13	2,741	2,026	1,722
1441	120130xx97xxxx	子宮外妊娠	あり					4	7	12	2,971	2,067	1,757
1442	120140xx99xxxx	流産	なし					1	2	5	2,927	2,164	1,839
1443	120140xx97xxxx	流産	あり					1	2	3	2,888	2,363	2,127
1444	120150xx99xxxx	妊娠早期の出血	なし					5	10	26	2,243	1,835	1,652
1445	120150xx97xxxx	妊娠早期の出血	あり					6	12	33	2,389	1,955	1,760
1446	120160xx99xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	なし					5	9	22	2,288	1,820	1,638
1447	120160xx97xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	その他の手術あり					6	11	23	2,483	1,771	1,505
1448	120160xx01xxxx	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	子宮破裂手術等					7	13	23	2,575	1,847	1,570
1449	120170xx99xxxx	早産、切迫早産	なし					5	17	45	2,472	2,015	1,713
1450	120170xx97xxxx	早産、切迫早産	その他の手術あり					8	26	69	2,558	2,076	1,765
1451	120170xx02xxxx	早産、切迫早産	子宮頸管縫縮術					12	26	67	2,499	1,893	1,609
1452	120170xx01xxxx	早産、切迫早産	子宮破裂手術等					17	34	70	2,473	1,828	1,554
1453	120180xx99xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	なし					2	6	15	2,591	2,084	1,771
1454	120180xx97xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	その他の手術あり					2	4	8	2,523	2,065	1,859
1455	120180xx02xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	子宮頸管縫縮術					4	8	16	2,296	1,879	1,691
1456	120180xx01xxxx	胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題	子宮全摘術等					5	10	16	2,401	1,775	1,509
1457	120190xx99xxxx	女性生殖系の炎症性疾患(その他)	なし					3	6	13	2,774	2,051	1,743
1458	120190xx97xxxx	女性生殖系の炎症性疾患(その他)	あり					2	3	7	2,424	1,763	1,587
1459	120200xxxxxxxx	妊娠中の糖尿病						4	8	19	2,274	1,860	1,674
1460	120210xx97xxxx	女性性器を含む瘻	あり					10	20	44	2,489	1,840	1,564
1461	120220xx99xxxx	女性性器のポリープ	なし					1	2	3	2,630	1,944	1,652

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1462	120220xx02xxxx	女性性器のポリープ	子宮内膜掻爬術					1	2	3	2,828	2,314	2,083
1463	120220xx01xxxx	女性性器のポリープ	子宮全摘術等					2	3	5	2,708	1,970	1,773
1464	120230xx99xxxx	子宮の非炎症性障害	なし					1	2	6	2,760	2,040	1,734
1465	120230xx97xxxx	子宮の非炎症性障害	その他の手術あり					3	6	13	2,541	1,878	1,596
1466	120230xx02xxxx	子宮の非炎症性障害	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)等					1	2	3	2,773	2,269	2,042
1467	120230xx01xxxx	子宮の非炎症性障害	子宮全摘術					6	11	16	2,547	1,816	1,544
1468	120240xxxxxxxx	膣及び外陰の非炎症性障害						2	5	12	2,538	1,986	1,688
1469	120250xx99xxxx	生殖・月経周期に関連する病態	なし					2	4	10	2,786	2,059	1,750
1470	120250xx97xxxx	生殖・月経周期に関連する病態	あり					2	5	10	2,620	2,223	2,001
1471	120260xx99xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	なし					2	3	8	2,480	1,510	1,284
1472	120260xx97xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	その他の手術あり					2	4	10	3,165	2,339	1,988
1473	120260xx02xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	子宮頸管縫縮術等					3	6	10	2,424	1,792	1,523
1474	120260xx01xxxx	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	子宮破裂手術等					5	10	13	2,420	1,789	1,521
1475	120270xx99xxxx	妊娠、分娩、産褥に伴う病態	なし					3	5	11	2,614	1,761	1,497
1476	120270xx97xxxx	妊娠、分娩、産褥に伴う病態	あり					5	9	19	2,625	1,855	1,577
1477	120300xxxxxxxx	人工授精に関する合併症						5	9	19	2,587	1,828	1,554
1478	130010xx99x00x	急性白血病	なし		なし	なし		2	5	14	3,527	2,760	2,346
1479	130010xx99x01x	急性白血病	なし		なし	あり		3	9	26	3,810	3,065	2,605
1480	130010xx99x3xx	急性白血病	なし		3あり			5	16	38	4,302	3,486	2,963
1481	130010xx99x5xx	急性白血病	なし		5あり			19	38	66	5,230	4,279	3,851
1482	130010xx97x0xx	急性白血病	あり		なし			4	14	36	3,222	2,634	2,239
1483	130010xx97x1xx	急性白血病	あり		1あり			12	32	83	4,489	3,553	3,020
1484	130010xx97x2xx	急性白血病	あり		2あり			22	43	88	4,206	3,082	2,620
1485	130010xx97x3xx	急性白血病	あり		3あり			21	42	86	5,364	3,965	3,370
1486	130010xx97x4xx	急性白血病	あり		4あり			34	67	128	5,883	4,325	3,676
1487	130010xx97x6xx	急性白血病	あり		6あり			20	40	80	5,496	4,062	3,453
1488	130020xx99x0xx	ホジキン病	なし		なし			3	9	24	3,492	2,809	2,388
1489	130020xx99x2xx	ホジキン病	なし		2あり			14	28	58	2,359	1,743	1,482
1490	130020xx99x30x	ホジキン病	なし		3あり	なし		4	13	36	3,644	2,958	2,514
1491	130020xx99x31x	ホジキン病	なし		3あり	あり		8	22	55	3,399	2,702	2,297
1492	130020xx97x0xx	ホジキン病	あり		なし			3	12	33	3,180	2,627	2,233
1493	130020xx97x3xx	ホジキン病	あり		3あり			22	44	98	3,765	2,783	2,366
1494	130030xx99x0xx	非ホジキンリンパ腫	なし		なし			4	10	26	3,245	2,540	2,159
1495	130030xx99x1xx	非ホジキンリンパ腫	なし		1あり			10	24	60	3,595	2,791	2,372

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1496	130030xx99x2xx	非ホジキンリンパ腫	なし		2あり			16	31	64	2,413	1,762	1,498
1497	130030xx99x30x	非ホジキンリンパ腫	なし		3あり	なし		7	17	42	3,574	2,782	2,365
1498	130030xx99x31x	非ホジキンリンパ腫	なし		3あり	あり		16	31	66	3,387	2,474	2,103
1499	130030xx99x40x	非ホジキンリンパ腫	なし		4あり	なし		7	17	42	6,236	4,540	3,859
1500	130030xx99x41x	非ホジキンリンパ腫	なし		4あり	あり		17	34	81	4,831	3,571	3,035
1501	130030xx97x00x	非ホジキンリンパ腫	あり		なし	なし		3	10	24	3,233	2,631	2,236
1502	130030xx97x01x	非ホジキンリンパ腫	あり		なし	あり		9	19	47	3,869	2,910	2,474
1503	130030xx97x1xx	非ホジキンリンパ腫	あり		1あり			15	30	68	3,761	2,780	2,363
1504	130030xx97x2xx	非ホジキンリンパ腫	あり		2あり			32	63	126	3,210	2,359	2,005
1505	130030xx97x3xx	非ホジキンリンパ腫	あり		3あり			21	42	93	3,998	2,955	2,512
1506	130030xx97x4xx	非ホジキンリンパ腫	あり		4あり			24	47	103	4,634	3,773	3,396
1507	130040xx99x0xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		なし			6	13	33	3,145	2,384	2,026
1508	130040xx99x1xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		1あり			7	26	72	3,843	3,157	2,683
1509	130040xx99x2xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		2あり			18	36	71	2,569	1,899	1,614
1510	130040xx99x3xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		3あり			10	22	51	3,051	2,321	1,973
1511	130040xx99x4xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		4あり			11	21	48	3,217	2,336	1,986
1512	130040xx99x5xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	なし		5あり			12	23	48	6,006	4,368	3,713
1513	130040xx97x0xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		なし			9	20	48	2,973	2,268	1,928
1514	130040xx97x1xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		1あり			18	39	92	3,712	2,813	2,391
1515	130040xx97x2xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		2あり			31	61	120	2,887	2,121	1,803
1516	130040xx97x3xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		3あり			20	40	88	3,308	2,445	2,078
1517	130040xx97x4xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		4あり			19	38	85	3,279	2,423	2,060
1518	130040xx97x5xx	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	あり		5あり			25	49	108	4,683	3,814	3,433
1519	130050xx99x0xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	なし		なし			5	12	30	3,204	2,487	2,114
1520	130050xx99x2xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	なし		2あり			10	21	50	3,489	2,620	2,227
1521	130050xx99x3xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	なし		3あり			9	17	37	3,608	2,608	2,217
1522	130050xx99x4xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	なし		4あり			10	20	39	3,671	3,003	2,703
1523	130050xx97x0xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	あり		なし			5	14	37	3,035	2,419	2,056
1524	130050xx97x1xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	あり		1あり			16	39	92	4,281	3,334	2,834
1525	130050xx97x2xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	あり		2あり			23	45	99	3,662	2,685	2,282
1526	130050xx97x3xx	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	あり		3あり			17	34	75	4,028	2,977	2,530
1527	130060xx99x0xx	骨髄異形成症候群	なし		なし			5	12	28	3,161	2,454	2,086
1528	130060xx97x00x	骨髄異形成症候群	あり		なし	なし		3	13	35	2,767	2,297	1,952
1529	130060xx97x01x	骨髄異形成症候群	あり		なし	あり		11	22	55	3,362	2,485	2,112

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1530	130060xx97x1xx	骨髄異形成症候群		あり				19	40	94	3,642	2,737	2,326
1531	130060xx97x3xx	骨髄異形成症候群		あり				21	42	87	3,623	2,678	2,276
1532	130070xx99x0xx	白血球疾患(その他)		なし				4	7	14	3,311	2,303	1,958
1533	130070xx99x1xx	白血球疾患(その他)		なし				6	14	39	4,225	3,261	2,772
1534	130070xx97x0xx	白血球疾患(その他)		あり				7	13	32	3,808	2,732	2,322
1535	130070xx97x1xx	白血球疾患(その他)		あり				20	40	87	5,917	4,374	3,718
1536	130080xx99x0xx	再生不良性貧血		なし				4	9	22	3,184	2,436	2,071
1537	130080xx99x1xx	再生不良性貧血		なし				8	18	50	3,012	2,305	1,959
1538	130080xx97x0xx	再生不良性貧血		あり				2	12	34	3,054	2,397	2,037
1539	130080xx97x10x	再生不良性貧血		あり		なし		8	25	68	2,985	2,413	2,051
1540	130080xx97x11x	再生不良性貧血		あり		あり		16	36	82	3,715	2,842	2,416
1541	130080xx97x3xx	再生不良性貧血		あり				28	56	106	6,333	3,785	3,217
1542	130090xx99x0xx	貧血(その他)		なし				6	11	25	2,642	1,884	1,601
1543	130090xx97x0xx	貧血(その他)		あり				5	11	27	2,702	2,056	1,748
1544	130090xx97x1xx	貧血(その他)		あり				14	31	77	3,411	2,600	2,210
1545	130100xxxx0xx	播種性血管内凝固症候群						9	19	46	3,556	2,675	2,274
1546	130100xxxx1xx	播種性血管内凝固症候群						14	31	73	3,921	2,989	2,541
1547	130100xxxx2xx	播種性血管内凝固症候群						9	29	78	5,801	4,704	3,998
1548	130100xxxx3xx	播種性血管内凝固症候群						13	31	76	6,559	4,773	4,057
1549	130100xxxx4xx	播種性血管内凝固症候群						16	31	75	8,954	5,979	5,082
1550	130110x0xxx00x	出血性疾患(その他)(16歳以上)				なし		6	15	39	2,720	2,129	1,810
1551	130110x0xxx01x	出血性疾患(その他)(16歳以上)				なし		10	23	55	2,567	1,974	1,678
1552	130110x0xxx3xx	出血性疾患(その他)(16歳以上)						13	29	71	8,004	5,077	4,315
1553	130110x1xxx0xx	出血性疾患(その他)(16歳未満)						4	8	19	2,265	1,853	1,668
1554	130110x1xxx3xx	出血性疾患(その他)(16歳未満)						3	8	19	7,131	3,659	3,110
1555	130111xxxx0xx	アレルギー性紫斑病						6	13	29	2,338	1,771	1,505
1556	130111xxxx1xx	アレルギー性紫斑病						15	29	58	2,541	1,855	1,577
1557	130120xxxx0xx	血液疾患(その他)						5	11	27	2,797	2,128	1,809
1558	130120xxxx1xx	血液疾患(その他)						14	30	74	3,624	2,738	2,327
1559	130140xxxxxxx	造血器疾患(その他)						6	19	51	3,700	2,995	2,546
1560	130150xx97xxxx	原発性免疫不全症候群		あり				14	39	102	5,418	4,315	3,668
1561	130160xxxx00x	後天性免疫不全症候群				なし		8	19	50	3,061	2,371	2,015
1562	130160xxxx01x	後天性免疫不全症候群				なし		17	34	75	3,134	2,316	1,969
1563	140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)		なし				3	6	11	2,338	1,728	1,469

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1564	140010x199x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	なし		1あり			6	12	24	2,919	2,157	1,833
1565	140010x199x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	なし		3あり			8	15	29	4,527	2,831	2,406
1566	140010x197x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		なし			4	8	15	2,517	1,861	1,582
1567	140010x197x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		1あり			7	14	30	2,916	2,156	1,833
1568	140010x197x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重2500g以上)	あり		3あり			10	19	45	4,551	2,767	2,352
1569	140010x299x00x	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		なし	なし		6	11	23	2,238	1,596	1,357
1570	140010x299x01x	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		なし	あり		11	21	42	2,279	1,655	1,407
1571	140010x299x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		1あり			12	24	48	2,492	1,842	1,566
1572	140010x299x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	なし		3あり			14	28	52	2,800	2,070	1,760
1573	140010x297x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		なし			8	15	33	2,361	1,701	1,446
1574	140010x297x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		1あり			15	29	57	2,518	1,838	1,562
1575	140010x297x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1500g以上2500g未満)	あり		3あり			17	34	62	2,855	2,110	1,794
1576	140010x399x00x	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		なし	なし		11	31	73	2,234	1,782	1,515
1577	140010x399x01x	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		なし	あり		21	41	74	2,103	1,541	1,310
1578	140010x399x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		1あり			26	51	86	2,259	1,658	1,409
1579	140010x399x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	なし		3あり			29	57	95	2,610	1,917	1,629
1580	140010x397x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	あり		1あり			30	60	105	2,426	1,653	1,405
1581	140010x397x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重1000g以上1500g未満)	あり		3あり			35	69	112	2,889	1,842	1,566
1582	140010x499x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	なし		なし			5	27	76	2,255	1,894	1,610
1583	140010x499x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	なし		3あり			33	66	136	3,004	1,971	1,675
1584	140010x497x1xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	あり		1あり			40	80	146	2,718	1,842	1,566
1585	140010x497x3xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害 (出生時体重500g以上1000g未満)	あり		3あり			49	97	171	3,373	2,051	1,743
1586	140070xx97xxxx	頭蓋、顔面骨の先天異常	その他の手術あり					6	12	26	2,321	1,715	1,458
1587	140070xx01xxxx	頭蓋、顔面骨の先天異常	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの等					9	18	35	2,449	1,810	1,539
1588	140080xx99x0xx	脳、脊髄の先天異常	なし		なし			2	4	13	2,937	2,171	1,845
1589	140080xx97x0xx	脳、脊髄の先天異常	あり		なし			8	16	31	2,511	1,856	1,578
1590	140080xx97x1xx	脳、脊髄の先天異常	あり		あり			19	38	83	2,546	1,882	1,600
1591	140100xx97xxxx	眼の先天異常	あり					3	5	10	2,086	1,612	1,451
1592	140110xx97xxxx	鼻の先天異常	あり					5	9	16	2,143	1,705	1,535
1593	140140xx99xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	なし					4	8	19	2,301	1,701	1,446
1594	140140xx97xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	その他の手術あり					5	10	20	2,118	1,733	1,560
1595	140140xx01xxxx	口蓋・口唇先天性疾患	顎・口蓋裂形成手術等					5	10	17	2,111	1,727	1,554
1596	140170xx97xxxx	正中顎嚢胞・側顎嚢胞	あり					4	8	13	2,400	1,774	1,508
1597	140190xx97xxxx	小耳症・耳介異常・外耳道閉鎖	あり					7	13	25	2,086	1,675	1,508

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1598	140210xxxxxxx	先天性耳瘻孔、副耳						2	4	8	2,198	1,799	1,619
1599	140220xx97xxxx	耳の疾患(その他)	あり					4	8	15	2,333	1,724	1,465
1600	140230xxxx0xx	喉頭の疾患(その他)			なし			2	6	15	2,185	1,887	1,698
1601	140245xx97xxxx	舌・口腔の先天異常	あり					2	3	7	2,086	1,517	1,365
1602	140250xx97xxxx	咽頭の先天異常	あり					6	11	18	2,351	1,676	1,425
1603	140260xx97xxxx	胸郭の変形および先天異常	その他の手術あり					3	5	9	2,239	1,730	1,557
1604	140260xx01xxxx	胸郭の変形および先天異常	漏斗胸手術 胸骨挙上法によるもの等					6	12	17	2,503	1,850	1,573
1605	140270xx99x0xx	肺の先天性異常	なし		なし			2	7	18	2,987	2,441	2,075
1606	140270xx97x0xx	肺の先天性異常	あり		なし			7	13	22	2,600	1,865	1,585
1607	140280xx99x0xx	気道の先天異常	なし		なし			2	5	14	2,265	1,922	1,730
1608	140290x09900xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	なし	なし	なし			2	6	14	2,712	2,181	1,854
1609	140290x09910xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	なし	あり	なし			2	4	8	4,146	3,064	2,604
1610	140290x097x0xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	その他の手術あり		なし			9	17	34	2,831	2,046	1,739
1611	140290x001x0xx	動脈管開存症(出生時体重2500g以上)	動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術等		なし			3	5	9	2,688	1,811	1,539
1612	140300xx9900xx	心房中隔欠損症	なし	なし	なし			2	3	7	2,859	2,080	1,872
1613	140300xx9910xx	心房中隔欠損症	なし	あり	なし			2	4	8	4,115	3,042	2,586
1614	140300xx02x0xx	心房中隔欠損症	経皮的心房中隔欠損閉鎖術		なし			4	7	11	3,024	2,104	1,788
1615	140300xx01x0xx	心房中隔欠損症	弁形成術等		なし			8	16	26	2,850	2,106	1,790
1616	140310x09900xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	なし	なし	なし			2	4	12	2,704	1,999	1,699
1617	140310x09910xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	なし	あり	なし			2	4	6	3,952	2,921	2,483
1618	140310x097x0xx	心室中隔欠損症(1歳以上)	あり		なし			7	14	26	2,786	2,059	1,750
1619	140310x19900xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	なし	なし	なし			3	6	14	2,316	1,895	1,706
1620	140310x19901xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	なし	なし	あり			5	14	36	3,991	3,427	3,084
1621	140310x19910xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	なし	あり	なし			2	4	7	3,551	2,625	2,231
1622	140310x197x0xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	あり		なし			11	21	42	2,951	2,143	1,822
1623	140310x197x1xx	心室中隔欠損症(1歳未満)	あり		あり			14	27	55	3,732	3,027	2,724
1624	140320x09910xx	房室中隔欠損症(1歳以上)	なし	あり	なし			3	5	9	3,561	2,752	2,477
1625	140320x097x0xx	房室中隔欠損症(1歳以上)	あり		なし			11	22	47	2,784	2,058	1,749
1626	140320x197x0xx	房室中隔欠損症(1歳未満)	あり		なし			15	30	68	3,192	2,360	2,006
1627	140330x09910xx	その他の左右短絡性心奇形(1歳以上)	なし	あり	なし			2	4	8	4,795	3,544	3,012
1628	140330x001x0xx	その他の左右短絡性心奇形(1歳以上)	血管輪又は重複大動脈弓離断手術等		なし			9	18	33	3,135	2,317	1,969
1629	140340x09900xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	なし	なし	なし			2	5	12	3,004	2,351	1,998
1630	140340x09910xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	なし	あり	なし			3	5	8	3,962	3,062	2,756
1631	140340x097x0xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	その他の手術あり		なし			6	12	30	3,040	2,247	1,910

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1632	140340x002x0xx	非短絡性心奇形(1歳以上)	経皮的僧帽弁拡張術等		なし			3	5	8	2,808	1,892	1,608
1633	140350x09910xx	ファロー四徴症(1歳以上)	なし	あり	なし			2	4	7	4,098	3,029	2,575
1634	140350x097x0xx	ファロー四徴症(1歳以上)	その他の手術あり		なし			11	21	42	3,045	2,211	1,879
1635	140350x197x0xx	ファロー四徴症(1歳未満)	その他の手術あり		なし			13	26	61	3,095	2,288	1,945
1636	140360x09910xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳以上)	なし	あり	なし			3	5	8	3,933	3,039	2,735
1637	140360x001x0xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳以上)	大動脈縮窄(離断)症手術等		なし			14	27	50	3,196	2,330	1,981
1638	140360x19910xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	なし	あり	なし			2	4	8	3,617	2,674	2,273
1639	140360x103x0xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	肺動脈絞扼術等		なし			16	33	82	3,509	2,620	2,227
1640	140360x101x0xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	大動脈縮窄(離断)症手術等		なし			17	34	72	3,565	2,635	2,240
1641	140360x101x1xx	新生児乳児の先天性心奇形(3歳未満)	大動脈縮窄(離断)症手術等		あり			19	38	79	3,877	2,865	2,435
1642	140370x09910xx	その他の複雑心奇形(3歳以上)	なし	あり	なし			3	6	12	4,080	3,339	3,005
1643	140370x001x0xx	その他の複雑心奇形(3歳以上)	右室二腔症手術等		なし			19	38	69	3,219	2,380	2,023
1644	140370x19910xx	その他の複雑心奇形(3歳未満)	なし	あり	なし			2	4	8	3,805	2,813	2,391
1645	140370x101x0xx	その他の複雑心奇形(3歳未満)	右室二腔症手術等		なし			14	27	51	3,044	2,219	1,886
1646	140380x09900xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	なし	なし	なし			3	7	20	3,060	2,361	2,007
1647	140380x09910xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	なし	あり	なし			3	5	8	3,952	3,054	2,749
1648	140380x097x0xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳以上)	その他の手術あり		なし			8	16	37	2,910	2,151	1,828
1649	140380x19900xx	その他の循環器系の先天性奇形(1歳未満)	なし	なし	なし			2	6	15	2,737	2,201	1,871
1650	140390xx99x0xx	食道の先天異常	なし		なし			2	5	13	2,684	2,277	2,049
1651	140390xx97x0xx	食道の先天異常	あり		なし			3	8	21	2,256	1,928	1,735
1652	140390xx97x1xx	食道の先天異常	あり		あり			28	55	130	2,996	2,200	1,870
1653	140410xx99xxxx	先天性肥厚性幽門狭窄症	なし					3	7	17	2,261	1,901	1,711
1654	140410xx97xxxx	先天性肥厚性幽門狭窄症	あり					4	8	14	2,395	1,770	1,505
1655	140430xx99x0xx	腸管の先天異常	なし		なし			2	5	14	2,598	2,033	1,728
1656	140430xx97x0xx	腸管の先天異常	その他の手術あり		なし			5	11	25	2,628	2,000	1,700
1657	140430xx02x0xx	腸管の先天異常	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等		なし			8	15	29	2,660	1,917	1,629
1658	140430xx02x1xx	腸管の先天異常	小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等		あり			18	35	73	2,746	2,009	1,708
1659	140430xx01x0xx	腸管の先天異常	先天性巨大結腸症手術等		なし			11	21	42	2,367	1,718	1,460
1660	140440xx99x0xx	肛門閉鎖	なし		なし			2	5	14	2,500	2,121	1,909
1661	140440xx97x0xx	肛門閉鎖	あり		なし			10	19	39	2,322	1,683	1,431
1662	140440xx97x1xx	肛門閉鎖	あり		あり			15	29	56	2,498	1,823	1,550
1663	140450xx99xxxx	胆道の先天異常(拡張症)	なし					2	5	11	3,066	2,399	2,039
1664	140450xx97xxxx	胆道の先天異常(拡張症)	あり					10	19	37	2,726	1,975	1,679
1665	140460xx99x0xx	胆道の先天異常(閉鎖症)	なし		なし			2	4	9	3,405	2,517	2,139

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1666	140480xxxx1xx	先天性腹壁異常			あり			23	46	96	3,039	2,051	1,743
1667	140490xx99xxxx	手足先天性疾患	なし					2	4	11	2,226	1,821	1,639
1668	140490xx970xxx	手足先天性疾患	あり	なし				4	8	18	2,155	1,763	1,587
1669	140490xx971xxx	手足先天性疾患	あり	あり				6	11	22	2,102	1,681	1,513
1670	140500xx99xxxx	骨軟骨先天性形成異常	なし					3	5	9	3,104	2,399	2,159
1671	140500xx97xxxx	骨軟骨先天性形成異常	あり					6	15	42	2,331	1,824	1,550
1672	140510xx97xxxx	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	その他の手術あり					7	22	58	2,217	1,793	1,524
1673	140510xx01xxxx	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	先天性股関節脱臼観血的整復術等					12	26	62	2,153	1,631	1,386
1674	140550xx99xxxx	先天性嚢胞性腎疾患	なし					4	9	21	2,929	2,241	1,905
1675	140550xx97xxxx	先天性嚢胞性腎疾患	あり					3	12	31	2,658	2,195	1,866
1676	140560xx99xxxx	先天性水腎症	なし					2	4	8	2,905	2,377	2,139
1677	140560xx97xxxx	先天性水腎症	あり					4	8	17	2,512	1,857	1,578
1678	140580xx99xxxx	先天性下部尿路疾患	なし					2	5	11	2,588	2,026	1,722
1679	140580xx97xxxx	先天性下部尿路疾患	その他の手術あり					2	4	8	2,129	1,742	1,568
1680	140580xx03xxxx	先天性下部尿路疾患	尿管摘出術等					4	8	15	2,536	1,874	1,593
1681	140580xx02xxxx	先天性下部尿路疾患	尿道形成手術等					6	11	19	2,148	1,718	1,546
1682	140590xx99xxxx	停留精巣	なし					1	2	4	2,323	1,901	1,711
1683	140590xx97xxxx	停留精巣	あり					2	3	5	2,068	1,504	1,354
1684	140600xx97xxxx	女性性器の先天性異常	あり					3	6	13	2,357	1,928	1,735
1685	140620xx99xxxx	その他の先天異常	なし					3	6	18	3,160	2,336	1,986
1686	140620xx97xxxx	その他の先天異常	あり					5	11	29	2,427	1,847	1,570
1687	150010xxxx0xx	ウイルス性腸炎			なし			3	5	11	2,721	1,834	1,559
1688	150010xxxx1xx	ウイルス性腸炎			あり			8	21	59	2,954	2,332	1,982
1689	150020xxxx0xx	細菌性腸炎			なし			4	7	14	2,734	1,902	1,617
1690	150020xxxx1xx	細菌性腸炎			あり			17	37	86	3,189	2,419	2,056
1691	150030xxxx0xx	ウイルス性髄膜炎			なし			4	8	16	2,823	2,087	1,774
1692	150040xxxx0xx	熱性けいれん			なし			2	4	7	2,409	1,781	1,514
1693	150050xxxx00x	急性脳炎急性脳症			なし	なし		4	10	28	3,051	2,388	2,030
1694	150050xxxx01x	急性脳炎急性脳症			なし	あり		7	19	47	3,220	2,338	1,987
1695	150050xxxx1xx	急性脳炎急性脳症			あり			11	30	79	4,294	2,754	2,341
1696	150070x0xx00xx	川崎病(2歳以上)		なし	なし			4	7	13	2,440	1,922	1,730
1697	150070x0xx01xx	川崎病(2歳以上)		なし	あり			6	11	17	7,620	2,697	2,292
1698	150070x0xx1xxx	川崎病(2歳以上)		あり				2	4	6	4,115	3,367	3,030
1699	150070x1xx00xx	川崎病(2歳未満)		なし	なし			4	7	14	2,338	1,842	1,658



番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1700	150070x1xx01xx	川崎病(2歳未満)		なし	あり			6	11	18	5,356	2,432	2,067
1701	150110xxxxxxxx	染色体異常(ターナー症候群及びクラインフェルター症候群を除く。)						5	19	55	2,771	2,280	1,938
1702	160100xx99x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		なし	なし		2	5	15	3,479	2,432	2,067
1703	160100xx99x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		なし	あり		6	15	38	2,926	2,290	1,947
1704	160100xx99x10x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		あり	なし		4	13	37	4,280	3,137	2,666
1705	160100xx99x11x	頭蓋・頭蓋内損傷	なし		あり	あり		9	24	58	3,681	2,726	2,317
1706	160100xx97x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		なし	なし		2	6	18	3,829	2,526	2,147
1707	160100xx97x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		なし	あり		8	20	54	3,061	2,231	1,896
1708	160100xx97x10x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		あり	なし		8	27	74	4,188	2,914	2,477
1709	160100xx97x11x	頭蓋・頭蓋内損傷	その他の手術あり		あり	あり		19	41	96	3,865	2,520	2,142
1710	160100xx03x0xx	頭蓋・頭蓋内損傷	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)等		なし			9	17	38	2,659	1,922	1,634
1711	160100xx02x00x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ術等		なし	なし		5	10	20	2,847	2,105	1,789
1712	160100xx02x01x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ術等		なし	あり		8	16	39	2,756	2,037	1,731
1713	160100xx02x10x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ術等		あり	なし		7	20	55	4,044	2,979	2,532
1714	160100xx02x11x	頭蓋・頭蓋内損傷	穿頭脳室ドレナージ術等		あり	あり		15	35	82	3,551	2,741	2,330
1715	160100xx0100xx	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等	なし	なし			13	25	55	2,777	2,023	1,720
1716	160100xx01010x	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等	なし	あり	なし		8	23	60	4,248	2,831	2,406
1717	160100xx01011x	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等	なし	あり	あり		15	35	82	3,876	2,465	2,095
1718	160100xx0111xx	頭蓋・頭蓋内損傷	減圧開頭術 その他の場合等	あり	あり			30	60	120	3,836	2,402	2,042
1719	160200xx99x0xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	なし		なし			2	4	9	3,223	2,382	2,025
1720	160200xx9700xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	その他の手術あり	なし	なし			2	5	13	3,004	2,351	1,998
1721	160200xx0200xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	鼻骨骨折整復固定術等	なし	なし			3	6	12	2,299	1,881	1,693
1722	160200xx0210xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	鼻骨骨折整復固定術等	あり	なし			6	11	18	2,232	1,786	1,607
1723	160200xx0100xx	顔面損傷(口腔、咽頭損傷を含む)	下顎骨折親血的手術等	なし	なし			7	14	29	2,414	1,785	1,517
1724	160250xx99xxxx	眼損傷	なし					2	6	13	2,723	2,190	1,862
1725	160250xx97xxxx	眼損傷	その他の手術あり					2	5	12	2,842	2,224	1,890
1726	160250xx03xxxx	眼損傷	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)					3	5	12	2,611	1,760	1,496
1727	160250xx02xxxx	眼損傷	眼窩内異物除去術(深在性)等					3	5	10	2,366	1,828	1,645
1728	160250xx01xxxx	眼損傷	硝子体切除術等					5	10	21	2,578	1,906	1,620
1729	160300xx99x0xx	喉頭・頭部気管損傷	なし		なし			2	3	7	2,948	1,795	1,526
1730	160300xx97x0xx	喉頭・頭部気管損傷	あり		なし			2	4	8	2,827	2,090	1,777
1731	160350xx99x0xx	頸部損傷(喉頭・頭部気管損傷、頸椎頭髄損傷を除く)	なし		なし			2	4	9	3,325	2,457	2,088
1732	160350xx97x0xx	頸部損傷(喉頭・頭部気管損傷、頸椎頭髄損傷を除く)	あり		なし			2	6	16	3,362	2,340	1,989
1733	160400xx99x00x	胸郭・横隔膜損傷	なし		なし	なし		3	7	18	3,048	2,353	2,000

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1734	160400xx99x01x	胸郭・横隔膜損傷	なし		なし	あり		6	12	27	2,548	1,883	1,601
1735	160400xx99x1xx	胸郭・横隔膜損傷	なし		あり			7	14	36	3,204	2,368	2,013
1736	160400xx97x0xx	胸郭・横隔膜損傷	その他の手術あり		なし			4	9	22	3,358	2,341	1,990
1737	160400xx97x1xx	胸郭・横隔膜損傷	その他の手術あり		あり			11	28	68	4,040	2,618	2,225
1738	160440xxxxxxx	外耳・中耳損傷(異物を含む)						2	4	10	2,248	1,840	1,656
1739	160450xx99x0xx	肺・胸部気管・気管支損傷	なし		なし			4	7	17	3,186	2,216	1,884
1740	160450xx99x1xx	肺・胸部気管・気管支損傷	なし		あり			5	10	21	3,019	2,231	1,896
1741	160450xx97x0xx	肺・胸部気管・気管支損傷	その他の手術あり		なし			5	10	25	3,321	2,454	2,086
1742	160450xx97x1xx	肺・胸部気管・気管支損傷	その他の手術あり		あり			9	18	40	3,334	2,256	1,918
1743	160450xx01x1xx	肺・胸部気管・気管支損傷	肺切除術等		あり			10	21	52	4,126	2,650	2,253
1744	160480xx97xxxx	心・大血管損傷	あり					8	22	61	5,367	3,595	3,056
1745	160500xx99xxxx	食道・胃損傷	なし					2	3	6	2,736	1,990	1,791
1746	160500xx97xxxx	食道・胃損傷	その他の手術あり					2	8	19	3,198	2,284	1,941
1747	160500xx01xxxx	食道・胃損傷	食道異物摘出術等					2	4	9	2,830	2,091	1,777
1748	160510xx99x0xx	肝・胆道・膵・脾損傷	なし		なし			5	9	19	3,211	2,269	1,929
1749	160510xx9700xx	肝・胆道・膵・脾損傷	あり	なし	なし			7	13	28	3,409	2,446	2,079
1750	160510xx9701xx	肝・胆道・膵・脾損傷	あり	なし	あり			12	27	65	4,901	2,927	2,488
1751	160510xx9710xx	肝・胆道・膵・脾損傷	あり	あり	なし			8	16	33	3,349	2,251	1,913
1752	160510xx9711xx	肝・胆道・膵・脾損傷	あり	あり	あり			17	33	75	5,398	2,952	2,509
1753	16054xxx99x0xx	腸管損傷(胃以外)	なし		なし			2	5	13	3,161	2,284	1,941
1754	16054xxx97x0xx	腸管損傷(胃以外)	あり		なし			4	10	24	3,122	2,243	1,907
1755	16054xxx97x1xx	腸管損傷(胃以外)	あり		あり			14	27	61	4,244	2,474	2,103
1756	160575xx99x0xx	その他腹腔内臓器の損傷	なし		なし			2	7	16	4,334	2,679	2,277
1757	160575xx97x0xx	その他腹腔内臓器の損傷	あり		なし			8	15	33	3,271	2,357	2,003
1758	160575xx97x1xx	その他腹腔内臓器の損傷	あり		あり			13	28	67	4,548	2,806	2,385
1759	160580xx99x0xx	腹壁損傷	なし		なし			2	7	19	3,185	2,235	1,900
1760	160580xx97x0xx	腹壁損傷	あり		なし			3	8	21	3,099	2,251	1,913
1761	160590xx97xxxx	四肢神経損傷	あり					2	7	18	2,537	2,074	1,763
1762	160600xx97xxxx	四肢血管損傷	あり					3	10	27	3,070	2,255	1,917
1763	160610xx99xxxx	四肢筋腱損傷	なし					5	11	26	2,721	2,070	1,760
1764	160610xx97xx0x	四肢筋腱損傷	その他の手術あり			なし		4	10	24	2,467	1,931	1,641
1765	160610xx97xx1x	四肢筋腱損傷	その他の手術あり			あり		8	18	45	2,303	1,762	1,498
1766	160610xx02xx0x	四肢筋腱損傷	腱縫合術等			なし		3	9	25	2,484	1,998	1,698
1767	160610xx02xx1x	四肢筋腱損傷	腱縫合術等			あり		7	17	42	2,350	1,829	1,555

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1768	160610xx01xx0x	四肢筋腱損傷	靭帯断裂形成手術等			なし		8	18	43	2,247	1,720	1,462
1769	160610xx01xx1x	四肢筋腱損傷	靭帯断裂形成手術等			あり		13	25	54	2,165	1,577	1,340
1770	160620xx99xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	なし					3	8	21	2,397	1,897	1,612
1771	160620xx97xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	その他の手術あり					3	8	20	2,392	1,893	1,609
1772	160620xx02xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	関節内異物(挿入物を含む。)除去術等					3	6	12	2,289	1,873	1,686
1773	160620xx01xxxx	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	腱縫合術等					5	11	24	2,271	1,728	1,469
1774	160640xx97xxxx	外傷性切断	その他の手術あり					4	11	28	2,576	2,048	1,741
1775	160640xx02xxxx	外傷性切断	四肢切断術等					3	13	38	2,756	2,122	1,804
1776	160640xx01xxxx	外傷性切断	切断四肢再接合術					10	19	42	2,921	2,116	1,799
1777	160650xx99x0xx	コンパートメント症候群	なし		なし			12	23	54	2,334	1,698	1,443
1778	160650xx97x0xx	コンパートメント症候群	あり		なし			11	29	71	2,395	1,892	1,608
1779	160660xx99xxxx	皮下軟部損傷・挫滅損傷、開放創	なし					4	9	23	2,638	2,019	1,716
1780	160660xx970xxx	皮下軟部損傷・挫滅損傷、開放創	あり	なし				3	8	23	2,725	2,156	1,833
1781	160660xx971xxx	皮下軟部損傷・挫滅損傷、開放創	あり	あり				11	23	56	2,248	1,686	1,433
1782	160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	なし					10	19	42	2,365	1,713	1,456
1783	160690xx97xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	その他の手術あり					10	21	50	2,452	1,842	1,566
1784	160690xx01xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	椎弓切除術等					20	39	77	2,379	1,742	1,481
1785	160700xx99xxxx	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	なし					3	10	26	2,995	2,239	1,903
1786	160700xx97xx0x	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	あり			なし		3	6	14	2,389	1,955	1,760
1787	160700xx97xx1x	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	あり			あり		5	12	29	2,558	1,986	1,688
1788	160720xx99xxxx	肩関節周辺の骨折脱臼	なし					6	16	41	2,417	1,912	1,625
1789	160720xx97xx0x	肩関節周辺の骨折脱臼	その他の手術あり			なし		3	6	15	2,407	1,970	1,773
1790	160720xx97xx1x	肩関節周辺の骨折脱臼	その他の手術あり			あり		5	16	41	2,453	1,987	1,689
1791	160720xx01xx0x	肩関節周辺の骨折脱臼	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等			なし		7	14	33	2,421	1,790	1,522
1792	160720xx01xx1x	肩関節周辺の骨折脱臼	骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等			あり		12	24	50	2,331	1,723	1,465
1793	160730xxxxxxxx	肩関節周辺開放骨折						10	25	63	2,601	1,907	1,621
1794	160740xx97xx0x	肘関節周辺の骨折・脱臼	あり			なし		3	5	12	2,396	1,851	1,666
1795	160740xx97xx1x	肘関節周辺の骨折・脱臼	あり			あり		5	15	36	2,430	1,955	1,662
1796	160750xxxxxxxx	肘関節周辺開放骨折						6	17	46	2,508	2,003	1,703
1797	160760xx99xxxx	前腕の骨折	なし					2	9	27	2,946	2,287	1,944
1798	160760xx97xx0x	前腕の骨折	あり			なし		3	6	14	2,556	1,889	1,606
1799	160760xx97xx1x	前腕の骨折	あり			あり		5	12	27	2,545	1,976	1,680
1800	160770xxxxxxxx	前腕開放骨折						4	13	34	2,577	2,091	1,777
1801	160780xx97xx0x	手関節周辺骨折脱臼	あり			なし		2	4	10	2,514	2,057	1,851

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1802	160780xx97xx1x	手関節周辺骨折脱臼		あり				4	11	26	2,474	1,967	1,672
1803	160790xxxxxxxx	手関節周辺開放骨折						3	10	26	2,747	2,133	1,813
1804	160800xx99xxxx	股関節大腿近位骨折		なし				5	17	45	2,502	2,040	1,734
1805	160800xx97xxxx	股関節大腿近位骨折		その他の手術あり				6	18	44	2,401	1,931	1,641
1806	160800xx02xxxx	股関節大腿近位骨折		関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝等				14	27	50	2,354	1,716	1,459
1807	160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折		人工骨頭挿入術 肩、股				15	29	52	2,338	1,706	1,450
1808	160810xxxxxxxx	股関節大腿近位開放骨折						10	29	72	2,613	1,852	1,574
1809	160820xx99xxxx	膝関節周辺骨折・脱臼		なし				8	20	49	2,316	1,813	1,541
1810	160820xx97xx0x	膝関節周辺骨折・脱臼		その他の手術あり			なし	4	8	18	2,232	1,826	1,643
1811	160820xx97xx1x	膝関節周辺骨折・脱臼		その他の手術あり			あり	7	18	47	2,334	1,835	1,560
1812	160820xx01xxxx	膝関節周辺骨折・脱臼		骨折観血的手術等				15	29	63	2,240	1,635	1,390
1813	160830xx97xxxx	膝関節周辺開放骨折		その他の手術あり				5	17	47	2,415	1,969	1,674
1814	160830xx02xxxx	膝関節周辺開放骨折		骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他				12	24	50	2,389	1,766	1,501
1815	160830xx01xxxx	膝関節周辺開放骨折		骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等				24	48	100	2,382	1,760	1,496
1816	160835xx99xxxx	下腿足関節周辺骨折		なし				5	17	46	2,400	1,956	1,663
1817	160835xx97xxxx	下腿足関節周辺骨折		その他の手術あり				3	6	12	2,242	1,834	1,651
1818	160835xx01xxxx	下腿足関節周辺骨折		骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿等				12	24	57	2,302	1,701	1,446
1819	160840xx97xxxx	下腿足関節周辺開放骨折		その他の手術あり				4	9	23	2,377	1,819	1,546
1820	160840xx01xxxx	下腿足関節周辺開放骨折		骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他等				21	41	90	2,259	1,655	1,407
1821	160850xx99xxxx	足関節・足部の骨折、脱臼		なし				6	19	48	2,379	1,926	1,637
1822	160850xx97xx0x	足関節・足部の骨折、脱臼		その他の手術あり			なし	4	9	26	2,374	1,816	1,544
1823	160850xx97xx1x	足関節・足部の骨折、脱臼		その他の手術あり			あり	7	20	53	2,285	1,827	1,553
1824	160850xx01xx0x	足関節・足部の骨折、脱臼		骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他等			なし	6	18	46	2,371	1,907	1,621
1825	160850xx01xx1x	足関節・足部の骨折、脱臼		骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他等			あり	15	30	66	2,260	1,670	1,420
1826	160860xxxxxxxx	足関節・足部の骨折、脱臼、開放骨折						7	21	56	2,405	1,934	1,644
1827	160870xx99x00x	頸椎頭髄損傷		なし			なし	4	12	33	3,084	2,254	1,916
1828	160870xx99x01x	頸椎頭髄損傷		なし			あり	11	24	56	2,625	1,993	1,694
1829	160870xx99x1xx	頸椎頭髄損傷		なし			あり	7	27	79	3,781	2,897	2,462
1830	160870xx97x0xx	頸椎頭髄損傷		その他の手術あり			なし	9	23	59	2,659	2,090	1,777
1831	160870xx97x1xx	頸椎頭髄損傷		その他の手術あり			あり	23	55	129	3,830	2,661	2,262
1832	160870xx01x0xx	頸椎頭髄損傷		椎弓切除術等			なし	17	34	65	2,386	1,764	1,499
1833	160870xx01x1xx	頸椎頭髄損傷		椎弓切除術等			あり	27	54	111	2,927	2,163	1,839
1834	160950xx99x0xx	腎・尿管損傷		なし			なし	5	9	19	3,065	2,165	1,840
1835	160950xx97x0xx	腎・尿管損傷		あり			なし	8	15	34	2,989	2,153	1,830

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間I	入院期間II	入院期間III
1836	160960xx99x0xx	膀胱・尿道損傷	なし		なし			3	6	14	2,769	2,047	1,740
1837	160960xx97x0xx	膀胱・尿道損傷	あり		なし			4	10	27	2,572	2,013	1,711
1838	160970xx99x0xx	生殖器損傷	なし		なし			2	3	6	2,717	1,654	1,406
1839	160970xx97x0xx	生殖器損傷	その他の手術あり		なし			2	5	12	3,078	2,204	1,873
1840	160970xx02x0xx	生殖器損傷	陰茎形成術等		なし			2	4	9	2,844	2,102	1,787
1841	160980xx99x0xx	骨盤損傷	なし		なし			9	19	42	2,399	1,804	1,533
1842	160980xx9700xx	骨盤損傷	その他の手術あり	なし	なし			8	21	52	2,678	1,978	1,681
1843	160980xx0100xx	骨盤損傷	体外式脊椎固定術等	なし	なし			15	36	83	2,461	1,731	1,471
1844	160990xx99x00x	多部位外傷	なし		なし	なし		4	13	35	2,941	2,234	1,899
1845	160990xx99x01x	多部位外傷	なし		なし	あり		12	23	50	2,428	1,766	1,501
1846	160990xx97x00x	多部位外傷	あり		なし	なし		7	20	51	2,670	2,011	1,709
1847	160990xx97x01x	多部位外傷	あり		なし	あり		17	34	71	2,402	1,776	1,510
1848	160990xx97x1xx	多部位外傷	あり		あり			22	44	97	3,528	2,114	1,797
1849	160995xxxxx0xx	気道熱傷			なし			1	2	4	3,165	2,110	1,794
1850	160995xxxxx1xx	気道熱傷			あり			7	14	36	4,637	2,815	2,393
1851	161000x199x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	なし		なし			4	10	24	2,583	2,022	1,719
1852	161000x197x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	その他の手術あり		なし			10	23	62	2,518	1,937	1,646
1853	161000x102x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	分層植皮術 25平方センチメートル未満等		なし			11	22	47	2,275	1,681	1,429
1854	161000x101x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10未満)	分層植皮術 200平方センチメートル以上等		なし			17	33	62	2,470	1,806	1,535
1855	161000x299x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10以上)	なし		なし			7	16	39	2,727	2,095	1,781
1856	161000x201x0xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10以上)	分層植皮術 200平方センチメートル以上等		なし			24	48	86	2,918	1,934	1,644
1857	161000x201x1xx	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷(Burn Index10以上)	分層植皮術 200平方センチメートル以上等		あり			31	61	127	5,589	3,169	2,694
1858	161020xxxxx00x	体温異常			なし	なし		2	3	8	3,003	1,828	1,554
1859	161020xxxxx01x	体温異常			なし	あり		3	7	19	3,048	2,353	2,000
1860	161020xxxxx1xx	体温異常			あり			5	13	38	4,408	2,931	2,491
1861	161040xxxxxxx	損傷の続発性、後遺症						4	12	34	2,618	2,106	1,790
1862	161060xx99x0xx	詳細不明の損傷等	なし		なし			2	3	8	2,946	1,793	1,524
1863	161060xx99x1xx	詳細不明の損傷等	なし		あり			4	9	27	4,911	3,210	2,729
1864	161060xx97x0xx	詳細不明の損傷等	あり		なし			3	12	34	2,649	2,188	1,860
1865	161060xx97x1xx	詳細不明の損傷等	あり		あり			11	32	81	4,954	3,039	2,583
1866	161070xxxxx0xx	薬物中毒(その他の中毒)			なし			2	3	6	3,092	1,882	1,600
1867	161070xxxxx1xx	薬物中毒(その他の中毒)			1あり			3	7	22	4,613	3,158	2,684
1868	170020xxxxxxx	精神作用物質使用による精神および行動の障害						1	2	3	3,185	2,354	2,001
1869	170030xxxxxxx	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害						3	14	42	2,716	2,265	1,925

番号	診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・処置等 1	手術・処置等 2	副傷病	重症度等	入院日(日)			点数(点)		
								I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
1870	170040xxxxxxx	気分[感情]障害						8	20	51	2,305	1,804	1,533
1871	180010x0xxx0xx	敗血症(1歳以上)			なし			8	16	36	3,006	2,222	1,889
1872	180010x0xxx1xx	敗血症(1歳以上)			1あり			11	22	51	4,679	3,015	2,563
1873	180010x0xxx2xx	敗血症(1歳以上)			2あり			16	37	89	4,152	3,198	2,718
1874	180010x0xxx3xx	敗血症(1歳以上)			3あり			16	37	90	9,262	6,236	5,301
1875	180010x1xxx0xx	敗血症(1歳未満)			なし			4	7	12	2,402	1,893	1,704
1876	180020xxxxxxx	性感染症						5	9	18	2,853	2,016	1,714
1877	180035xxxxxxx	その他の真菌感染症						13	33	81	4,451	3,493	2,969
1878	180050xx99xxxx	その他の悪性腫瘍	なし					5	15	39	3,236	2,603	2,213
1879	180050xx97xxxx	その他の悪性腫瘍	あり					8	19	51	2,760	2,138	1,817
1880	180060xx99xxxx	その他の新生物	なし					2	6	18	3,161	2,542	2,161
1881	180060xx97xxxx	その他の新生物	あり					3	7	16	2,560	1,975	1,679

入院期間 I ; 入院日 I 日以下の期間

入院期間 II ; 入院日 I 日を超えて入院日 II 日以下の期間

入院期間 III ; 入院日 II 日を超えて入院日 III 日以下の期間

12 4に規定する病院、5に規定する病院及び6に規定する病院の医療機関別係数は、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める調整係数と、病院ごとに別に厚生労働大臣が定める機能評価係数とを合算して得た係数とする。

厚生労働省告示第 号

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）第一項第六号の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者（平成二十年厚生労働省告示第九十四号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表に規定する次の処置又は手術を受ける患者

イ J003 局所陰圧閉鎖処置

ロ J027 高気圧酸素治療（壊死性筋膜炎又はコンパートメント症候群の患者に限る。）

ハ J041・2 血球成分除去療法（潰瘍性大腸炎の患者に限る。）

ニ J045・2 一酸化窒素吸入療法

ホ K403・2 嚥下機能手術

ヘ K510・2 光線力学療法 2 その他のもの



ト	K 5 2 2 . 3	食道空置バイパス作成術
チ	K 5 6 7 . 2	経皮的大動脈形成術
リ	K 5 7 0 . 3	経皮的肺動脈形成術
又	K 5 9 2 . 2	肺動脈血栓内膜摘除術
ル	K 5 9 7 . 3	埋込型心電図記録計移植術
ヲ	K 5 9 7 . 4	埋込型心電図記録計摘出術
ワ	K 6 1 5 . 2	経皮的大動脈遮断術
カ	K 6 1 6 . 3	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）
ヨ	K 6 3 6 . 2	ダメージコントロール手術
タ	K 6 5 1	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
レ	K 7 9 4 . 2	経尿道的尿管瘤 <small>りゅう</small> 切除術
ソ	K 8 0 0 . 3	膀胱水圧拡張術
ツ	K 8 1 2 . 2	排泄腔外反症手術

二 次に掲げる薬剤を投与される患者

イ アダリムマブ（遺伝子組換え）（既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬又は関節症性乾癬せんの患者に投与するものに限る。）

ロ インフリキシマブ（遺伝子組換え）（既存の治療法では効果が不十分な尋常性乾癬<sup>せん</sup>、関節症性乾癬<sup>せん</sup>、膿疱性乾癬<sup>のうほうせん</sup>又は乾癬性紅皮症<sup>せん</sup>の患者に投与するものに限る。）

ハ ゲムシタピン塩酸塩（切除不能又は再発の乳がんの患者に投与するものに限る。）

厚生労働省告示第 号

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表11の規定に基づき、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成二十年厚生労働省告示第九十五号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

表を次のように改める。

番号	疾患 コード	傷病名		手術		手術・処置等 1		手術・処置等 2		副傷病名	
		ICD コード		区分番号等		区分番号等		区分番号等		疾患コードまたは ICD コード	
1 から 24 まで	010010	脳腫瘍	C700, C709, C71, C722, C723, C724, C793, D320, D329, D330, D331, D332, D333, D337, D339, D420, D429, D430, D431, D432, D433, D437, D439, G131, G132	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	E003 (3 のIに限る。) なし	なし	テモゾロミド (初発の 初回治療に限る。), メ トトレキサート, 化学 療法, 放射線療法, E101, E101-2, G005, J045 なし	あり	010200, 040080, 070040, 070140, 130070
				頭蓋内腫瘍摘出術 等	K169, K151-2, K167, K170, K171, K154, K011, K149 (2に限る。), K168, K150, K161	あり	E003 (3 のIに限る。)	1 あり	G005, J045		
								2 あり	E101, E101-2		
								3 あり	化学療法なしかつ放射 線療法あり		
								4 あり	化学療法ありかつ放射 線療法あり		
								5 あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし		
								6 あり	メトトレキサート		
25 から 39 まで	010020	くも膜下出 血、破裂脳動 脈瘤	I60	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし		
				脳血管内手術	K178			あり	J038 (2に限る。), G005, J045		
				穿頭脳室ドレナ ー ジ術等	K145, K174, K180 (1に限 る。), K180 (2に限る。), K180 (3に限る。), K189						
				脳動脈瘤流入血管 クリッピング (開 頭して行うもの 等	K176, K175, K177, K149 (2 に限る。), K164 (3に限 る。), K164-4, K164 (2に 限る。)						
40 から 46 まで	010030	未破裂脳動脈 瘤	I670, I671	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	E003 (3 のIに限る。) なし	なし	G005, J045 なし		
				脳血管内手術	K178	あり	E003 (3 のIに限る。)	あり	G005, J045		
				脳動脈瘤頸部クリ ッピング等	K177, K175, K176, K176+K610 (1に限る。)						

47 から 64 まで	010040	非外傷性頭蓋 内血腫（非外 傷性硬膜下血 腫以外）	I61, I629, I680, Q280, Q281, Q282, Q283	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				なし	M001-2, M001-3, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	040080, 180035, R13			
				穿頭脳室ドレナ ー ジ術等	K145, K174 (2に限る。)				あり	M001-2, M001-3, J038 (2に限る。), G005, J045					
				脳血管内手術+脳動 静脈奇形摘出術等	K178+K172, K172, K610 (1 に限る。), K164 (3に限 る。), K164-4, K154, K149 (2に限る。)										
65 から 68 まで	010050	非外傷性硬膜 下血腫	I620, I621	慢性硬膜下血腫穿 孔洗浄術等	K164-2, K147, K145				なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし					
				頭蓋内血腫除去術 (開頭して行うも の) 硬膜下のも の	K164 (2に限る。)				あり	J038 (2に限る。), G005, J045					
69 から 112 まで	010060	脳梗塞	G45, G46, I63, I65, I66, I675, I679, I693, I978	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	E003 (3の1に限る。) なし	なし	なし	t PA, エダラボン, E101, J038 (2に限 る。), G005, J045 なし	あり	040080, 110310, 180010, R13			
				経皮的脳血管形成 術等	K178-2, K178, K178-3, K609-2					あり			E003 (3の1に限る。)	1 あり	J038 (2に限る。), G005, J045
				動脈形成術、吻合 術 頭蓋内動脈等	K610 (1に限る。), K609, K149 (2に限る。), K164 (3 に限る。), K164-4, K610 (5に限る。)									2 あり	E101
113 から 115 まで	010070	脳血管障害 (其 他)	I64, I672, I676, I677, I678, I681, I682, I688, I690, I691, I692, I694, I698								あり	040080			
116 から 122 まで	010080	脳脊髄の感染 を伴う炎症	A066, A321, A390, A80, A82, A838, A839, A858, A88, A89, B003, B004, B005, B010, B011, B020, B021, B050, B051, B060, B261, B262, B375, B384, B431, B582, G00, G02, G03, G041, G042, G048, G049, G05, G06, G07, G08, G09, G958						なし	ガンマグロブリン, イ ンターフェロン, G005, J045 なし	あり	010230, 040080, 070140, 100070, 100300, 11013x, 180010			
				1 あり	インターフェロン, G005, J045										
				4 あり	ガンマグロブリン										
123	010083	結核性髄膜 炎、髄膜脳炎	A17, G01												
124 から 126 まで	010090	多発性硬化症	G35, G360						なし	インターフェロン, J039, G005, J045 なし					
				3 あり	J039										
				4 あり	インターフェロン										
127	010100	脱髄性疾患 (其 他)	G040, G361, G368, G369, G37						なし	G005, J045 なし					

128 から 131 まで	010110	免疫介在性・炎症性ニューロパチー	G61						なし	ガンマグロブリン, J039, G005, J045 なし	あり	040080, 040130
									3 あり	J039		
									4 あり	ガンマグロブリン		
132	010111	遺伝性ニューロパチー	G130, G53, G58, G59, G60, G62, G63, G64						なし	G005, J045 なし		
133 から 135 まで	010120	特発性(単)ニューロパチー	G50, G52	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術							
				三叉神経節後線維切截術等	K157, K159, K159-2, K160, K160-2, K383, K033, K388, K149 (2に限る。)							
136 から 139 まで	010130	重症筋無力症、その他の神経筋障害	G70, G731	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				なし	J039, G005, J045 なし		
				縦隔腫瘍、胸腺摘出術等	K502, K504, K514, K514-2	3 あり	J039					
140 から 141 まで	010140	筋疾患(その他)	G71, G72, G730, G732, G733, G734, G735, G736, G737						なし	G005, J045 なし		
							あり	G005, J045				
142 から 144 まで	010155	運動ニューロン疾患等	G12						なし	G005, J045 なし	あり	040080
							あり	G005, J045				
145 から 151 まで	010160	パーキンソン病	G20, G21, G22						なし	E101, G005, J045 なし	あり	040080, 110310
							あり	E101, G005, J045				
152 から 155 まで	010170	基底核等の変性疾患	G10, G23, G254, G255, G258, G319, G903						なし	E101, G005, J045 なし		
							あり	E101, G005, J045				
156 から 157 まで	010180	不随意運動	G243, G245, G250, G251, G252, G253, G256, G26						なし	A型ボツリヌス毒素なし		
							あり	A型ボツリヌス毒素				
158	010190	遺伝性運動失調症	G11						なし	G005, J045 なし		
159 から 162 まで	010200	水頭症	G91	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				なし	G005, J045 なし		
				水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)等	K174 (1に限る。), K174 (2に限る。), K145	あり	G005, J045					
163 から 165 まで	01021x	認知症	F00, F01, F02, F03, G30					なし	E101 なし		あり	040080
							あり	E101				
166	010220	その他の変性疾患	G138, G310, G311, G318, G320, I673, I674									
167 から 175 まで	010230	てんかん	G40, G41						なし	E101, E101-2, G005, J045 なし	あり	010080, 040080, 070140

								1あり	G005, J045		
								2あり	E101, E101-2		
176	010240	片頭痛、頭痛 症候群（その他）	G43, G44								
177	010260	ウェルニッケ 脳症	E512								
178	010280	ジストニー、 筋無力症	G240, G241, G242, G244, G248, G249					なし	A型ボツリヌス毒素なし		
179	010290	自律神経系の 障害	G900, G901, G902, G904, G908, G909								
180	010300	睡眠障害	G470, G471, G472, G474, G478, G479								
181 から 184 まで	010310	脳の障害（そ の他）	G259, G312, G328, G930, G931, G932, G933, G935, G936, G937, G938, G939, G94, G96, G97, G98, G99					なし	G005, J045 なし		
								あり	G005, J045		
185	02001x	角膜・眼及び 付属器の悪性 腫瘍	C441, C690, C696, C693, C694, C691, C698, C699					なし	化学療法, 放射線療 法, G005, J045 なし		
186 から 187 まで	020040	網膜芽細胞腫	C692					なし	化学療法, 放射線療 法, G005, J045 なし		
188	02006x	眼の良性腫瘍	D031, D221, D231, D310, D311, D312, D313, D314, D319								
189	020080	眼窩腫瘍	D316								
190 から 192 まで	020110	白内障、水晶 体の疾患	H25, H260, H261, H262, H263, H264, H268, H269, H27, H28, Q12								
193 から 194 まで	020120	急性前部ぶど う膜炎	H200, H209								
195	020130	原田病	H308								
196 から 197 まで	020150	斜視（外傷性 ・癒着性を除 く。）	H49, H500, H501, H502, H503, H504, H505, H506, H508, H509								
198 から 200 まで	020160	網膜剥離	H330, H332, H333, H334, H335								
201 から 203 まで	020180	糖尿病性増殖 性網膜症	H360								
204	020190	未熟児網膜症	H351								
205 から 214 まで	020200	黄斑、後極変 性	H353, H359				なし	K282 なし	なし	ラニピズマブ, ペガブ タニブナトリウム, ベ ルテポルフイン, 全身 麻酔なし	

						あり	K282	1あり	全身麻酔		
								2あり	ベルテボルフィン		
								3あり	ベガブタニブナトリウム		
								4あり	ラニビズマブ		
215 から 217 まで	020210	網膜血管閉塞症	H34, H350, H352	その他の手術あり 増殖性硝子体網膜症手術	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
218 から 221 まで	020220	緑内障	H400, H401, H402, H403, H404, H405, H406, H408, H409, H420, H428, H445, Q13, Q150							あり	100070
222	020230	眼瞼下垂	H024, Q100								
223 から 225 まで	020240	硝子体疾患	H43								
226	020250	結膜の障害	A71, A740, B301, B303, B308, B309, H10, H11, H13								
227 から 228 まで	020280	角膜の障害	B300, H16, H17, H18, H19								
229 から 230 まで	020290	涙器の疾患	H043, H044, H045, H046								
231 から 232 まで	020320	眼瞼、涙器、 眼窩の疾患	H00, H01, H020, H021, H022, H023, H025, H026, H027, H028, H029, H03, H040, H041, H042, H048, H049, H050, H051, H052, H053, H054, H058, H059, H060, H061, H063								
233 から 234 まで	020340	虹彩毛様体 炎、虹彩・毛 様体の障害	H201, H202, H208, H21, H22								
235 から 236 まで	020350	脈絡膜の疾患	H31, H32, H331, H354, H355, H356, H357, H358, H368								
237 から 238 まで	020360	眼球の障害	H440, H441, H442, H443, H444, H448, H449, H45								
239	020370	視神経の疾患	H46, H470, H471, H472, H473, H474, H475, H476, H477, H48, S040								
240	020380	眼球運動障害	H51, H55								
241	020400	眼、付属器の 障害	H57, H58, H59								



242 から 266 まで	03001x	頭頸部悪性腫瘍	C00, C02, C03, C04, C050, C058, C059, C06, C14, C411, D000, C07, C08, C11, C01, C051, C052, C09, C10, C12, C13, C32, D020, C300, C31, C410, C770, C301, C442, C430, C431, C432, C433, C434, C440, C443, C444, C470, C490, C760, D023, D032, D042	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K182 (2に限る。), K198 なし	なし	動注化学療法, 化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	030430, 040080, 060010, 060020, 130070, 130090, 180035, R522
				頸部悪性腫瘍手術等	K470, K007 (1に限る。), K007 (2に限る。), K151-2, K162, K236, K293, K294, K314 (1に限る。), K314 (2に限る。), K343, K374, K376, K379-2, K394, K395, K410, K412, K415 (1に限る。), K415 (2に限る。), K422, K424, K425, K439, K442, K455, K458 (1に限る。), K458 (2に限る。), K469, K503, K627 (1に限る。), K627 (2に限る。), K627 (3に限る。)	あり	K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K182 (2に限る。), K198	1 あり	G005, J045		
						2 あり	化学療法なしかつ放射線療法あり				
						3 あり	化学療法ありかつ放射線療法あり				
						4 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし				
5 あり	動注化学療法										
267 から 268 まで	030150	耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍	D100, D101, D102, D103, D104, D105, D106, D107, D109, D140, D141, D370, D385, 1860								
269	030160	大唾液腺の良性腫瘍	D11								
270 から 271 まで	030180	口内炎、口腔疾患	K12, K13								
272 から 273 まで	030190	唾液腺炎、唾液腺膿瘍	K112, K113								
274	030200	腺内唾石	K115								
275	030220	ガンマ腫	K116								
276	030230	扁桃、アデノイドの慢性疾患	J35								
277 から 278 まで	030240	扁桃周囲膿瘍	J36								
279	030245	伝染性単核球症	B27								
280 から 281 まで	030250	睡眠時無呼吸	G473			なし	D237 なし				
282	030270	上気道炎	B302, J00, J02, J06, J31								
283	030280	声帯ポリープ、結節	J381, J382								
284	030290	声帯麻痺	J380								

285 から 287 まで	030300	声帯の疾患（ その他）	D380, J383, J384, J385, J386, J387	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				喉頭・声帯ポリー プ切除術等					
288	030320	鼻中隔彎曲症	J342						
289 から 290 まで	030330	急性副鼻腔炎	J01						
291	030340	血管運動性鼻 炎、アレルギー 性鼻炎<鼻 アレルギー>	J30						
292	030350	慢性副鼻腔炎	J32						
293	030360	副鼻腔嚢胞、 鼻前庭嚢胞	J341, J348						
294	030370	鼻ポリープ	J33						
295	030380	鼻出血	R040						
296 から 298 まで	030390	顔面神経障害	G51			なし	K015, K019, K020, K033 (2に限る。), K059, K182 (2に限 る。), K198 なし		
299 から 300 まで	030400	前庭機能障害	H810, H811, H812, H813, H818, H819						
301	030410	めまい（末梢 前庭以外）	H814						
302 から 303 まで	030425	聴覚の障害（ その他）	H831, H833, H90, H910, H911, H913, H918, H919, H93, H94						
304	030428	突発性難聴	H912						
305 から 307 まで	030430	滲出性中耳 炎、耳管炎、 耳管閉塞	H65, H68, H92						あり 030230
308 から 311 まで	030440	慢性化膿性中 耳炎・中耳真 珠腫	H661, H662, H663, H669, H70, H71, H950	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				鼓膜形成手術					

				鼓室形成手術	K319						
312 から 313 まで	030450	外耳の障害（ その他）	H60, H61, H62								
314 から 316 まで	030460	中耳・乳様突 起の障害	B053, H660, H664, H67, H69, H72, H73, H74, H75, H951, H958, H959	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				鼓室形成手術	K319						
317	030470	内耳の障害（ その他）	H82, H830, H832, H838, H839								
318	030475	耳硬化症	H80, Q163								
319 から 326 まで	040010	縦隔悪性腫 瘍、縦隔・胸 膜の悪性腫瘍	C37, C381, C382, C383, C388, C39, C771, C781, C783	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	化学療法、放射線療 法、G005, J045 なし	あり	040080, 130070
				縦隔悪性腫瘍手術 等	K504, K502, K503, K511			1 あり	G005, J045		
								2 あり	放射線療法		
								3 あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし		
327 から 329 まで	040020	縦隔の良性腫 瘍	D150, D152, D174, D383, D384, E320, E329, Q341	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				縦隔腫瘍、胸腺摘 出術等	K502, K513, K513-2						
330 から 331 まで	040030	呼吸器系の良 性腫瘍	D142, D143, D144, D381, D386	肺切除術 気管支 形成を伴う肺切除 等	K511 (6に限る。), K518, K511 (1に限る。), K511 (2 に限る。), K511 (3に限 る。), K513, K510						
332 から 356 まで	040040	肺の悪性腫瘍	C33, C34, C780, D021, D022, D024	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	D301, D302, D412, D415 なし	なし	ペバシズマブ、ペメト レキシドナトリウム水 和物、カルボプラチン+ パクリタキセル、化学 療法、放射線療法、 G005, J045 なし		
				肺悪性腫瘍手術等	K514, K518 (2に限る。), K511, K513, K514-2	あり	D301, D302, D412, D415	1 あり	G005, J045		
								2 あり	化学療法なしかつ放射 線療法あり		

								3 あり	化学療法ありかつ放射線療法あり		
								4 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		
								5 あり	カルボプラチン+パクリタキセルあり		
								6 あり	ペメトレキセドナトリウム水和物		
357 から 363 まで	040050	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	C384, C450, C452, C782, D190, D382	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術			なし	ペメトレキセドナトリウム水和物、化学療法、放射線療法、G005, J045 なし		
				肺切除術 1 側肺全摘等	K511 (5に限る。), K514 (4に限る。), K484 (1に限る。), K484-2, K485, K513, K513-3, K482 (2に限る。), K483			1 あり	G005, J045		
								3 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		
								4 あり	ペメトレキセドナトリウム水和物		
364 から 366 まで	040060	急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎	A691, J03, J04, J05, J390, J391, J392, J393, J399	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				咽後膿瘍切開術等	K367, K384-2, K502-2 (1に限る。), K001, K386, K615						
367	040070	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	J10, J11, J12								
368 から 372 まで	040080	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	A370, A378, A379, A481, B012, B052, B371, B59, J13, J14, J15, J16, J17, J18, J20, J21, J22, J69					なし	J045 なし	あり	040150, 040190, 050130, 100070, 130100, 180010, 180040, R57
								あり	J045		
373	040090	下気道感染症 (その他)	J40, J41, J42								
374 から 376 まで	040100	喘息	J45, J46					なし	オマリズマブ, J045 なし	あり	040120, 050050, 050130
								1 あり	J045		
377 から 378 まで	040110	間質性肺炎	J60, J61, J62, J63, J64, J65, J66, J67, J68, J70, J82, J84, J990, J991					なし	J045 なし		
								あり	J045		
379 から 384 まで	040120	慢性閉塞性肺疾患	J43, J44	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	E100 なし	なし	J045 なし		
				肺切除術等	K511, K513, K513-4	あり	E100	あり	J045		
385 から 389 まで	040130	呼吸不全 (その他)	J96					なし	J045 なし	あり	180010, 180035
								あり	J045		

390 から 391 まで	040140	気道出血（その他）	R042, R048, R049							
392 から 395 まで	040150	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	A065, B440, B441, B45, B659, B664, E321, E328, J850, J851, J852, J853, J86, J985					なし あり	J045 なし J045	
396	040160	呼吸器の結核	A15, A160, A161, A162, A163, A165, A167, A168, A169, A19							
397	040170	抗酸菌関連疾患（肺結核以外）	A310, A319							
398 から 399 まで	040180	気管支狭窄など気管通過障害	A164, J398, J980, J981							
400 から 401 まで	040190	胸水、胸膜の疾患（その他）	J90, J91, J92, J941, J948, J949							
402 から 409 まで	040200	気胸	J93	その他の手術あり 肺切除術等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K511, K517, K513			なし あり	J045 なし J045	あり 040110, 040120
410 から 411 まで	040210	気管支拡張症	J47							
412 から 414 まで	040220	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患（新生児を含む。）	J986, K44, P142, Q401, Q790, Q791					なし あり	J045 なし J045	
415 から 416 まで	040230	血胸、血気胸、乳び胸	J940, J942, T792							
417 から 420 まで	040240	肺循環疾患	I271, I278, I28, J81					なし あり	プロスタグランジン I 2 製剤, J045 なし プロスタグランジン I 2 製剤, J045	
421 から 424 まで	040250	急性呼吸促迫症候群	J80					なし あり	プロスタグランジン I 2 製剤, J045 なし プロスタグランジン I 2 製剤, J045	
425 から 427 まで	040260	原発性肺高血圧	I270					なし 1 あり 2 あり	プロスタグランジン I 2 製剤, J045 なし J045 プロスタグランジン I 2 製剤	
428	040310	その他の呼吸器の障害	I272, I279, J95, J982, J983, J984, J988, J989, J998							

429 から 430 まで	050020	心臓の良性腫瘍	D151	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	K544						
431 から 446 まで	050030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	I21, I22, I24	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K553（1に限る。）、K553（2に限る。）、K553（3に限る。）を除く。）	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, t PA, E100, E101, J038（2に限る。）なし	あり	040080, 110290, 130090
				経皮的冠動脈ステント留置術等	K549, K547, K548, K546, K550	あり	D206	1 あり	J038（2に限る。）		
				冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）等	K552-2, K552			2 あり	E100, E101	3 あり	t PA
447 から 448 まで	050040	急性心筋梗塞の続発性合併症	I23, I510	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	K553-2						
449 から 465 まで	050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	I20, I25	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K553（1に限る。）、K553（2に限る。）、K553（3に限る。）を除く。）	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, t PA, E100, E101, J038（2に限る。）なし		
				経皮的冠動脈ステント留置術等	K549, K548, K547, K546	あり	D206	1 あり	J038（2に限る。）		
				冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）等	K552-2, K552, K551			2 あり	E100, E101	4 あり	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604
466 から 470 まで	050060	心筋症	I421, I422, I423, I424, I425, I426, I427, I428, I429, I43, I515			なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, E100, E101, J038（2に限る。）なし		
						あり	D206	2 あり	E100, E101		
471 から 477 まで	050065	拡張型心筋症	I420			なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, E100, E101, J038（2に限る。）なし		
						あり	D206	2 あり	E100, E101		

								4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604		
478 から 488 まで	050070	頻脈性不整脈	I456, I47, I48, I490, I491, I492, I493, I494, I498	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	心臓電気生理学的検 査, D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし	あり	040080, 050065, 070560
				経皮的カテーテル 心筋焼灼術	K595	1 あり	D206	1 あり	J038 (2に限る。)		
						2 あり	心臓電気生理学的検査	4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604		
489 から 497 まで	050080	弁膜症	I05, I06, I07, I34, I35, I36, I37	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし		
				経皮的僧帽弁拡張 術等	K559-2, K597, K597-2, K599, K599-2	あり	D206	1 あり	J038 (2に限る。)		
								弁置換術等	K555, K554	4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604
498 から 501 まで	050085	連合弁膜症	I08	弁置換術 3弁の もの等	K555 (3に限る。), K555 (2 に限る。), K555 (1に限 る。), K557-3, K554 (1に 限る。), K554 (2に限 る。), K554 (3に限る。), K558	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし		
						あり	D206	4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604		
502 から 504 まで	050090	心内膜炎	I33, I38					なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし		
								あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。)		
505 から 506 まで	050100	心筋炎	I40, I41, I514								
507	050110	急性心膜炎	I010, I018, I30, I318, I32								
508 から 509 まで	050120	収縮性心膜炎	I310, I311								

510 から 517 まで	050130	心不全	I50			なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, E100, E101, J038 (2に限 る。) なし		
						あり	D206	1 あり	J038 (2に限る。)		
								2 あり	E100, E101		
								4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604		
518 から 519 まで	050140	高血圧性疾患	I10, I11, I13					なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし	あり	040080
520 から 528 まで	050161	解離性大動脈 瘤	I710	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 (ただし、 K560 (7に限る。), K560 (8 に限る。) を除く。)	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604, J038 (2に 限る。) なし		
						あり	D206	1 あり	J038 (2に限る。)		
								4 あり	K596, K600, K601+補助 循環加算, K602, K603, K604		
				ステントグラフト 内挿術	K561						
				大動脈瘤切除術 ( 吻合又は移植を含 む。) 胸腹部大動 脈等	K560 (6に限る。), K560 (5 に限る。)						



				大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）及び弓部大動脈の同時手術等	K560（4に限る。）、K560（3に限る。）、K560（1に限る。）、K560（2に限る。）									
529 から 533 まで	050162	破裂性大動脈瘤	1711, 1713, 1715, 1718	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, J038（2に限る。）なし					
				ステントグラフト内挿術	K561									
				大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）等	K560（7に限る。）、K560（8に限る。）									
				大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 胸腹部大動脈等	K560（6に限る。）、K560（5に限る。）									
				大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 上行大動脈（大動脈弁置換（形成）及び冠動脈再建を伴うもの）及び弓部大動脈の同時手術等	K560（4に限る。）、K560（3に限る。）、K560（1に限る。）、K560（2に限る。）									
534 から 543 まで	050163	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	1712, 1714, 1716, 1719, 1723	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, J038（2に限る。）なし					
				ステントグラフト内挿術	K561						あり	D206	1 あり	J038（2に限る。）
				大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）等	K560（7に限る。）、K560（8に限る。）								4 あり	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604

				大動脈瘤切除術（ 吻合又は移植を含む。） 胸腹部大動脈等	K560（6に限る。）、K560（5に限る。）						
				大動脈瘤切除術（ 吻合又は移植を含む。） 上行大動脈（大動脈弁置換（ 形成）及び冠動脈再建を伴うもの） 及び弓部大動脈の同時手術等	K560（4に限る。）、K560（3に限る。）、K560（1に限る。）、K560（2に限る。）						
544 から 559 まで	050170	閉塞性動脈疾患	1700, 1702, 1708, 1709, 1720, 1721, 1724, 173, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1748, 1749	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	D206 なし	なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, J039, J038（2に限る。）なし	あり	040080, 070070, 080011, 100100, 130090, 180010, 180035, 180040, R02
				四肢の血管拡張術・血栓除去術	K616	あり	D206	1 あり	J039, J038（2に限る。）		
				四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等	K084（2に限る。）、K084（3に限る。）、K085, K086, K087, K013, K013-2, K015, K016, K017, K196（2に限る。）						
				血管移植術、バイパス移植術等	K614, K610（5に限る。）、K610（4に限る。）						
560 から 563 まで	050180	静脈・リンパ管疾患	180, 1821, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1839, 1868, 1870, 1872, 1878	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					あり	050130, 050190
				下肢静脈瘤手術等	K617, K617-2, K617-3						
564 から 569 まで	050190	肺塞栓症	126, 1822, T790, T791					なし	K596, K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, t PA, E100, E101, J038（2に限る。）なし		
								2 あり	E100, E101		
								3 あり	t PA		
570 から 571 まで	050200	循環器疾患（その他）	1011, 1012, 1019, 102, 109, 1728, 177, 195, 1970, 1971, 1979, 1980, 1981, 1988, 199								
572 から 576 まで	050210	徐脈性不整脈	1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1458, 1459, 146, 1495, T821			なし	心臓電気生理学的検査, D206 なし	なし	K600, K601+補助循環加算, K602, K603, K604, J038（2に限る。）なし		

						1あり D206 2あり 心臓電気生理学的検査	1あり J038 (2に限る。)				
577 から 578 まで	050340	その他の循環器の障害	I312, I313, I319, I39, I499, I511, I512, I513, I516, I517, I518, I519, I52, I729, I788, I789, I79, I871, I879								
579 から 595 まで	060010	食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）	C150, C151, C152, C153, C154, C155, C158, C159, D001	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術		なし	化学療法, 放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	040080, 040130, 040150, 040180, 040310, 130070, 130100, 180010	
				内視鏡的食道粘膜切除術等	K526-2, K526 (1に限る。), K664, K508-2, K522, K522-2, K654		1あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
				食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）頸部、胸部、腹部の操作によるもの（胸腔鏡下によるものを含む。）等	K529 (1に限る。), K529 (2に限る。), K529 (3に限る。), K531, K469, K527		2あり 3あり	放射線療法 化学療法ありかつ放射線療法なし			
596 から 612 まで	060020	胃の悪性腫瘍	C16, D002	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術		なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	010010, 040080, 040130, 040190, 060210, 060370, 070040, 110050, 130100, 180010, R18, R57	
				内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	K653		1あり	G005, J045			
				試験開腹術等	K636, K662, K664, K654		2あり	放射線療法			
				胃全摘術 悪性腫瘍手術等	K657 (2に限る。), K655-4 (2に限る。), K657-2 (2に限る。), K655 (2に限る。), K655-2 (2に限る。), K654-2, K654-3		3あり	化学療法ありかつ放射線療法なし			
613 から 622 まで	060030	小腸の悪性腫瘍	C17, C268, C451, C480, C481, C482, C488, C772, C784, D017	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術		なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし			

				小腸切除術等	K716, K716-2, K643, K636, K724, K662, K726, K627			1 あり 2 あり 3 あり	G005, J045 放射線療法 化学療法ありかつ放射線療法なし		
623 から 653 まで	060035	大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍	C18, C260, C269, C775, C785, D010	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K725, K775, K784, K786, K787, K611, K726, K736 なし	なし	セツキシマブ, ベバシズマブ, フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチン, 化学療法, 放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	010010, 040080, 040130, 060210, 060370, 070040, 110310, 110420, 180010, R57
				内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721	あり	K725, K775, K784, K786, K787, K611, K726, K736	1 あり	J038 (2に限る。), G005, J045		
				腸吻合術等	K724, K636, K662, K627			2 あり	放射線療法		
				結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	K719 (3に限る。), K719-3, K719-2, K643			3 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		
								4 あり	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり		
								5 あり	セツキシマブ, ベバシズマブ		
654 から 685 まで	060040	直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍	C19, C20, C21, D011, D012, D013, D014	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K725, K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K022, K775, K784, K786, K787, K611, K726, K732 (2に限る。), K736 なし	なし	セツキシマブ, ベバシズマブ, フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチン, 化学療法, 放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	010010, 040050, 040080, 040130, 060210, 060370, 070040, 11022x, 110310, 110320, 180010
				内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721	あり	K725, K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K022, K775, K784, K786, K787, K611, K726, K732 (2に限る。), K736	1 あり	J038 (2に限る。), G005, J045		
				直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）等	K739, K739-2, K636			2 あり	放射線療法		
				骨盤内臓全摘術等	K645, K748 (2に限る。), K740 (4に限る。), K748 (			3 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		

				1に限る。), K740 (3に限る。), K740 (2に限る。), K740 (1に限る。), K740-2 (3に限る。), K740-2 (2に限る。), K740-2 (1に限る。), K719 (3に限る。), K719-3			4あり フルオロウラシル+レボ ホリナートカルシウム+ オキサリプラチンあり	
							5あり セツキシマブ, ベバシ ズマブ	
686 から 713 まで	060050	肝・肝内胆管 の悪性腫瘍 (続 発性を含む。)	C22, C787, D015, D376	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K533, K533-2, K654, K637, K637-2, K639, K664, K665, K725, K726, K611, K615, K672, K672-2, K673, K682 (1に限る。), K682 (2に限る。), K682-2, K688, K689, K697 (1に限る。) なし	なし	化学療法, 放射線療 法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし
				肝悪性腫瘍マイク ロ波凝固法 (一連 として) 等	あり	K533, K533-2, K654, K637, K637-2, K639, K664, K665, K725, K726, K611, K615, K610 (5に限る。), K672, K672-2, K673, K682 (1に限る。), K682 (2に限る。), K682-2, K688, K689, K697 (1に限る。)	1あり	J038 (2に限る。), G005, J045
				肝切除術 部分切 除等		K695 (1に限る。), K695- 2 (1に限る。), K695 (2に 限る。), K695-2 (2に限 る。), K677	2あり	放射線療法
				肝切除術 拡大葉 切除に血行再建を 併せて行う場合等		K695 (5に限る。), K677- 2 (1に限る。), K703, K677-2 (2に限る。), K695 (4に限る。), K695 (3 に限る。)	3あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし

714 から 736 まで	060060	胆嚢、肝外胆 管の悪性腫瘍	C23, C24	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K695（5に限る。）、K675（4に限る。）、K677-2（1に限る。）、K677-2（1に限る。）+K703、K677-2（2に限る。）+K703、K695（2に限る。）+K703、K695（4に限る。）+K703、K695（5に限る。）+K703、K695-2（2に限る。）+K703を除く。）	なし	K637, K637-2, K639, K664, K665, K706, K725, K726, K611（1に限る。）、K611（2に限る。）、K615, K610（5に限る。）、K673, K682（1に限る。）、K682（2に限る。）、K682-2, K688, K689, K697（1に限る。）、K697（2に限る。）なし	なし	化学療法、放射線療法、J038（2に限る。）、G005, J045なし		
				腹腔鏡下胆嚢摘出術等	K672-2, K672	あり	K637, K637-2, K639, K664, K665, K706, K725, K726, K611（1に限る。）、K611（2に限る。）、K615, K610（5に限る。）、K673, K682（1に限る。）、K682（2に限る。）、K682-2, K688, K689, K697（1に限る。）、K697（2に限る。）	1あり	J038（2に限る。）、G005, J045		
				胆嚢悪性腫瘍手術胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）等	K675（1に限る。）、K677			2あり	化学療法なしかつ放射線療法あり		
				膵頭部腫瘍切除術等	K703, K675（2に限る。）、K675（3に限る。）、K677-2（2に限る。）、K695（1に限る。）、K695（2に限る。）、K695（3に限る。）、K695（4に限る。）、K695-2			3あり	化学療法ありかつ放射線療法あり		
							4あり	化学療法ありかつ放射線療法なし			
737 から 758 まで	06007x	膵臓、脾臓の 腫瘍	C25, D136, D137, D377, C261	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K637, K637-2, K639, K662, K664, K665, K725, K726, K611（1に限る。）、K611（2に限る。）、K680, K682（1に限る。）、K682（2に限る。）、K682-2, K688, K689, K697（1に限る。）、K697（2に限る。）、K706なし	なし	化学療法、放射線療法、J038（2に限る。）、G005, J045なし	あり	040080, 040190, 060210, 060370, 130100, 180010
				脾縫合術（部分切除を含む。）等	K710, K711, K711-2	あり	K637, K637-2, K639, K662, K664, K665, K725, K726, K611（1に限る。）、K611（2に限る。）、K680, K682（	1あり	J038（2に限る。）、G005, J045		
				脾体尾部腫瘍切除術等	K702, K700			2あり	化学療法なしかつ放射線療法あり		

				膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	K703 (4に限る。), K703 (1に限る。), K703 (2に限る。), K703 (3に限る。), K704	1に限る。), K682 (2に限る。), K682-2, K688, K689, K697 (1に限る。), K697 (2に限る。), K706	3あり 4あり	化学療法ありかつ放射線療法あり 化学療法ありかつ放射線療法なし		
759	060080	食道の良性腫瘍	D130	食道腫瘍摘出術 内視鏡によるもの	K526 (1に限る。)					
760 から 763 まで	060090	胃の良性腫瘍	D131, D132, D371, K317	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					
				内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 その他のポリープ・粘膜切除術等	K653 (4に限る。), K654					
				胃全摘術 単純全摘術等	K657 (1に限る。), K657-2 (1に限る。), K654-2, K654-3, K655 (1に限る。), K655-2 (1に限る。), K655-4 (1に限る。), K652					
764 から 771 まで	060100	小腸大腸の良性疾患 (良性腫瘍を含む。)	D12, D133, D191, D197, D199, D201, D372, D373, D374, D375, K57, K620, K621, K635	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				あり	040080, 050130, 060210, 060370, 100330, 11013x, 110320, 130090, 150020, 180010, 180040
				直腸切除・切断術等	K740, K740-2 (1に限る。), K713, K636, K712, K724, K727, K728, K729, K730, K731, K732, K714-2, K726, K736					
				内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等	K721, K721-2, K739, K739-2, K722, K653 (4に限る。)					
				結腸切除術等	K719, K716 (1に限る。), K717, K720, K716-2, K719-2					
772 から 781 まで	060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症 (その	B054, 1880, K20, K21, K220, K221, K222, K223, K224, K225, K226, K228, K229, K23, K27, K28, K29, K30,	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術		なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	040080, 040130, 050130, 060210, 060340, 100330,

		他良性疾患)	K310, K313, K315, K316, K318, K52, K58, K627, K633, K634, K638, K639, K90, K910, K911, K912, K914, K92, K93	内視鏡的消化管止血術等	K654, K522 (1に限る。), K522 (3に限る。), K522 (2に限る。), K522-2, K664, K722, K533, K533-2, K721, K615		あり	J038 (2に限る。), G005, J045	110310, 180010, R57
				食道アカラシア形成手術等	K530, K530-2, K667, K667-2, K654-2, K654-3, K655 (1に限る。), K655-2 (1に限る。), K657 (1に限る。), K657-2 (1に限る。), K525, K520, K521 (1に限る。), K521 (3に限る。)				
782 から 790 まで	060140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	K25, K26, K311, K312, K314	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術		なし	G005, J045 なし	あり 040080, 110310
				内視鏡的消化管止血術	K654		あり	G005, J045	
				胃切除術 単純切除術等	K655 (1に限る。), K654-2, K654-3, K655-2 (1に限る。), K657 (1に限る。), K657-2 (1に限る。), K659 (3に限る。), K660 (3に限る。), K659 (1に限る。), K659 (2に限る。), K660 (1に限る。), K660 (2に限る。), K647-2, K660-2				
791 から 796 まで	060150	虫垂炎	K35, K36, K37, K38	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				あり 060210, 100070, 180040



				虫垂切除術等	K718, K637 (2に限る。), K637 (3に限る。), K637-2, K639, K718-2							
				結腸切除術 小範囲切除等	K719 (1に限る。), K719 (2に限る。)							
797 から 802 まで	060160	鼠径ヘルニア	K40	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)	K634						あり	040080, 050130, 050170, 060210
				ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	K633 (5に限る。)							
				小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等	K716 (1に限る。), K641							
803 から 807 まで	060170	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	K41, K42, K43, K45, K46	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						あり	040130, 060210, 060300, 130090
				ヘルニア手術 腹壁癒痕ヘルニア等	K633 (1に限る。), K633 (2に限る。), K633 (3に限る。), K633 (4に限る。), K633 (6に限る。), K633 (7に限る。), K633 (8に限る。), K633 (9に限る。)							
				小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K716 (1に限る。)							
808 から 815 まで	060180	クローン病等	K50, K626	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				なし	インフリキシマブ, G005, J045 なし		
				結腸切除術+人工肛門造設術等	K719+K726, K716 (1に限る。)+K726, K716-2+K726, K719-2+K726, K716 (1に限る。), K719, K716-2, K719-2, K726, K730, K731, K732, K735-2, K728, K740-2 (1に限る。), K740-2 (2に限る。), K740 (3に限る。)				1 あり	G005, J045		
									3 あり	インフリキシマブ		
816 から 822 まで	060185	潰瘍性大腸炎	K51, K593	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				なし	J041-2, G005, J045 なし	あり	060370, 150020, 180010
				結腸切除術+人工肛門造設術等	K719+K726, K719-2+K726, K719, K719-2, K726, K729, K730, K731, K732, K740 (3に限る。), K740-2 (1に限る。), K740-2 (2に限る。)				1 あり	G005, J045		

823 から 826 まで	060190	虚血性腸炎	K55						なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
827 から 830 まで	060200	腸重積	K561	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術								
				腸重積症整復術 観血的なもの	K715 (2に限る。)								
				腸重積症整復術 非観血的なもの	K715 (1に限る。)								
831 から 834 まで	060210	ヘルニアの記 載のない腸閉 塞	K560, K562, K563, K564, K565, K566, K567, K913						なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
835 から 836 まで	060220	直腸脱、肛門 脱	K622, K623										
837 から 838 まで	060230	肛門周囲膿瘍	K610, K611, K612, K613, K614, K628										
839	060235	痔瘻	K603, K604, K605										
840	060240	外痔核	I843, I844, I845, I846, I847										
841 から 842 まで	060245	内痔核	I840, I841, I842, I848, I849, K625										
843	060250	尖圭コンジロ ーム	A630										
844	060260	肛門狭窄、肛 門裂溝	K600, K601, K602, K624										
845 から 850 まで	060270	劇症肝炎、急 性肝不全、急 性肝炎	B150, B159, B160, B161, B162, B169, B170, B171, B172, B178, B19, B251, K710, K711, K712, K719, K720, K762, K763						なし	J041, J039, J038-2, J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									1 あり	J038-2, J038 (2に限 る。), G005, J045			
									4 あり	J041, J039			
851	060280	アルコール性 肝障害	K70										
852 から 853 まで	060290	慢性肝炎(慢 性C型肝炎を 除く。)	B180, B181, B188, B189, K713, K714, K715, K716, K718, K73, K753, K754, K758, K760, K761, K77						なし	IFN- $\beta$ (一定期間以上 投与した場合に限 る。), IFN- $\alpha$ なし			
									1 あり	IFN- $\alpha$			

854 から 859 まで	060295	慢性C型肝炎	B182						なし	IFN-β（一定期間以上 投与した場合に限 る。）、J039、IFN-α な し		
									1あり	IFN-α		
									2あり	J039		
									3あり	IFN-β（一定期間以上 投与した場合に限る。）		
860 から 868 まで	060300	肝硬変（胆汁 性肝硬変を含 む。）	I81, I820, I850, I859, I864, I982, K717, K721, K729, K740, K741, K742, K743, K744, K745, K746, K765, K766	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K637, K637-2, K639, K664, K665, K725, K726, K615, K533, K533-2, K654 なし	なし	J041, J039, J038-2, J038（2に限る。）、 G005, J045 なし	あり	040190, 060370, 180010	
				食道・胃静脈瘤手 術等	K532, K532-2, K621, K668, K711, K711-2, K635	あり	K637, K637-2, K639, K664, K665, K725, K726, K615, K533, K533-2, K654	1あり	J038-2, J038（2に限 る。）、G005, J045			
869 から 870 まで	060310	肝膿瘍（細菌 性・寄生虫性 疾患を含 む。）	A064, K750, K751, K752									
871 から 872 まで	060320	肝嚢胞	K768									
873 から 876 まで	060330	胆嚢疾患（胆 嚢結石など）	K802, K808	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術							
				腹腔鏡下胆嚢摘出 術等	K672-2, K670							
				胆嚢摘出術	K672							
877 から 888 まで	060335	胆嚢水腫、胆 嚢炎等	D135, K800, K801, K81, K820, K821, K822, K823, K824, K828, K829, K835, K870	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K637, K637-2, K639, K688, K696, K681, K682（1に限る。）、 K682（2に限る。）、 K682-2 なし	なし	J038（2に限る。）、 G005, J045 なし			
				腹腔鏡下胆嚢摘出 術等	K672-2, K670	あり	K637, K637-2, K639, K688, K696, K681, K682（1に限る。）、 K682（2に限る。）、 K682-2	あり	J038（2に限る。）、 G005, J045			
				胆嚢摘出術	K672							

889 から 902 まで	060340	胆管（肝内 外）結石、胆 管炎	K803, K804, K805, K830, K831, K832, K833, K834, K838, K839, K915	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K637, K637-2, K639, K686, K688, K678, K681, K682 (1に限 る。), K682 (2に限 る。), K682-2, K685, K687, K689 なし	なし	J042 (2に限る。), J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	040080, 040130, 060030, 060310, 060370, 130100, 150020, 180010
				限局性腹腔膿瘍手 術等	K637, K637-2, K639, K678, K681, K682 (1に限 る。), K682 (2に限る。), K682-2, K685, K686, K687, K688, K689	あり	K637, K637-2, K639, K686, K688, K678, K681, K682 (1に限 る。), K682 (2に限 る。), K682-2, K685, K687, K689	あり	J042 (2に限る。), J038 (2に限る。), G005, J045		
				腹腔鏡下胆嚢摘出 術等	K672-2, K669, K671 (1に 限る。), K671-2 (1に限 る。), K672						
				肝切除術 部分切 除等	K695 (1に限る。), K695 (2 に限る。), K695 (3に限 る。), K695 (4に限る。), K695-2, K680, K696, K693						
903 から 908 まで	060350	急性膵炎	B263, K85, K863, K871	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	J038-2, J038 (2に限 る。), G005, J045 なし		
				急性膵炎手術等	K698, K671 (1に限る。), K671-2 (1に限る。), K672, K672-2, K687 (2に 限る。), K705, K707 (1に 限る。), K707 (2に限る。)			あり	J038-2, J038 (2に限 る。), G005, J045		
909 から 914 まで	060360	慢性膵炎（膵 嚢胞を含 む。）	K860, K861, K862, K868, K869	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし		
				膵体尾部腫瘍切除 術 膵尾部切除術 （腫瘍摘出術を含 む。）の場合等	K702 (1に限る。), K703 (1 に限る。), K703 (2に限 る。), K699 (1に限る。), K699 (2に限る。), K706, K680, K696, K705, K707 (1 に限る。), K707 (2に限 る。)			あり	J038 (2に限る。), G005, J045		

915 から 920 まで	060370	腹膜炎、腹腔 内膿瘍（女性 器臓器を除 く。）	A183, K630, K631, K632, K65, K67	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	J038（2に限る。）、 G005, J045 なし		
				急性汎発性腹膜炎 手術等	K639, K639-2, K637, K637- 2, K638			あり	J038（2に限る。）、 G005, J045		
921	060565	顎変形症	K07					なし	G005, J045 なし		
922 から 923 まで	060570	その他の消化 管の障害	K00, K01, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09, K10, K14, K319, K590, K591, K592, K594, K598, K599, K629, K66, K759, K764, K769, K918, K919								
924 から 927 まで	070010	骨軟部の良性 腫瘍（脊椎脊 髄を除く。）	D160, D161, D162, D163, D164, D165, D167, D168, D169, D179, D211, D212, D214, D215, D216, D219, D481, L72, M850, M853, M854, M855, M856	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K015, K016, K017, K019, K020, K021, K022, K058, K059, K615, K013, K013-2 な し				
				四肢・躯幹軟部腫 瘍摘出術等	K030, K051, K051-2, K052, K052-2, K052-3, K072, K082, K082-3, K042, K054, K066（1に限 る。）、K066-2（1に限 る。）、K003, K004, K005, K006, K006-4, K043, K049, K215-2, K048, K065, K065-2	あり	K015, K016, K017, K019, K020, K021, K022, K058, K059, K615, K013, K013-2				
928 から 931 まで	070020	神経の良性腫 瘍	D361, Q850	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				皮膚、皮下腫瘍摘 出術（露出部）等	K005, K006, K006-4						
				四肢・躯幹軟部腫 瘍摘出術等	K030, K193, K193-2, K193- 3, K198						
932 から 934 まで	070030	脊椎・脊髄腫 瘍	C412, C414, C701, C720, C721, C725, C728, C729, C763, D166, D321, D334,	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	化学療法, G005, J045 なし		

			D421, D434, G550, M495	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの等	K191 (1に限る。), K126, K135, K136, K192, K128			あり	化学療法, G005, J045		
935 から 945 まで	070040	骨の悪性腫瘍 (脊椎を除く。)	C400, C401, C402, C403, C408, C409, C413, C418, C419, C795	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 (ただし、 K084, K049, K085, K137 を 除く。)			なし	メトトレキサート, 化 学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	070140
								1 あり	G005, J045		
								2 あり	放射線療法		
								3 あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし		
4 あり	メトトレキサート										
946 から 954 まで	070041	軟部の悪性腫 瘍 (脊髄を除く。)	C471, C472, C473, C474, C475, C476, C478, C479, C491, C492, C493, C494, C495, C496, C498, C499, C764, C765, C773, C774, C96, D092, D097	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	化学療法, 放射線療 法, G005, J045 なし	あり	130090
								1 あり	G005, J045		
								2 あり	放射線療法		
								3 あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし		
四肢・躯幹軟部悪 性腫瘍手術	K031										
955 から 956 まで	070050	肩関節炎、肩 の障害 (その 他)	M0001, M0011, M0021, M0081, M0091, M0101, M0111, M0121, M0131, M0141, M0151, M0161, M0181, M0201, M0211, M0221, M0301, M0311, M0321, M0361, M0711, M0712, M0741, M0751, M0761, M1241, M1251, M1281, M1301, M1311, M1312, M1381, M1382, M1391, M1392, M1901, M1911, M1921, M1981, M1991, M2501, M2511, M2512, M2513, M2541, M2571, M2581, M751, M758, M759								

957	070060	手肘の関節炎	M0002, M0003, M0004, M0012, M0013, M0014, M0022, M0023, M0024, M0082, M0083, M0084, M0092, M0093, M0094, M0102, M0103, M0104, M0112, M0113, M0114, M0122, M0123, M0124, M0132, M0133, M0134, M0142, M0143, M0144, M0152, M0153, M0154, M0162, M0163, M0164, M0182, M0183, M0184, M0202, M0203, M0204, M0212, M0213, M0214, M0222, M0223, M0224, M0302, M0303, M0304, M0313, M0314, M0322, M0323, M0324, M0362, M0363, M0364, M0713, M0714, M1304, M1313, M1314, M1383, M1384, M1393, M1394, M2514, M2515					
958 から 960 まで	070070	骨髄炎	M8601, M8602, M8603, M8604, M8605, M8606, M8607, M8608, M8609, M8610, M8611, M8612, M8613, M8614, M8615, M8616, M8617, M8618, M8619, M8620, M8621, M8622, M8623, M8624, M8625, M8626, M8627, M8628, M8629, M8630, M8631, M8632, M8633, M8634, M8635, M8636, M8637, M8638, M8639, M8640, M8641, M8642, M8643, M8644, M8645, M8646, M8647, M8648, M8649, M8650, M8651, M8652, M8653, M8654, M8655, M8656, M8657, M8658, M8659, M8660, M8661, M8662, M8663, M8664, M8665, M8666, M8667, M8668, M8669, M8680, M8681, M8682, M8683, M8684, M8685, M8686, M8687, M8688, M8689, M8690, M8691, M8692, M8693, M8694, M8695, M8696, M8697, M8698, M8699	その他の手術あり 骨部分切除術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K049, K050 (1に限る。), K050 (2に限る。), K050 (3 に限る。), K043, K048 (1 に限る。), K048 (3に限 る。), K056, K057 (2に限 る。), K057 (3に限る。)			

961 から 962 まで	070080	滑膜炎、腱鞘 炎、軟骨など の炎症（上 肢）	M2421, M6501, M6502, M6503, M6504, M6511, M6512, M6513, M6514, M6521, M6522, M6523, M6524, M6531, M6532, M6533, M6534, M6541, M6542, M6543, M6544, M6581, M6582, M6583, M6584, M6591, M6592, M6593, M6594, M7001, M7002, M7003, M7004, M7011, M7012, M7013, M7014, M7021, M7022, M7023, M7024, M7031, M7032, M7033, M7034, M7061, M7062, M7063, M7064, M7071, M7072, M7073, M7074, M7081, M7082, M7083, M7084, M7091, M7092, M7093, M7094, M7101, M7102, M7103, M7104, M7111, M7112, M7113, M7114, M7121, M7122, M7123, M7124, M7131, M7132, M7133, M7134, M7141, M7142, M7143, M7144, M7151, M7152, M7153, M7154, M7181, M7182, M7183, M7184, M7191, M7192, M7193, M7194, M7301, M7302, M7303, M7304, M7311, M7312, M7313, M7314, M7381, M7382, M7383, M7384, M753, M754, M755, M7601, M7602, M7603, M7604, M7611, M7612, M7613, M7614, M7621, M7622, M7623, M7624, M7641, M7642, M7643, M7644, M7651, M7652, M7653, M7654, M7661, M7662, M7663, M7664, M7671, M7672, M7673, M7674, M7681, M7682, M7683, M7684, M7691, M7692, M7693, M7694, M7701, M7702, M7703, M7704, M7711, M7712, M7713, M7714, M7721, M7722, M7723, M7724, M7731, M7732, M7733, M7734, M7751, M7752, M7753, M7754, M7781, M7782, M7783, M7784, M7791, M7792, M7793, M7794, M7941, M7942, M7943, M7944, M9401, M9402, M9403, M9404, M9411, M9412, M9413, M9414, M9481, M9482, M9483, M9484, M9491, M9492, M9493, M9494					
------------------	--------	---------------------------------	---	--	--	--	--	--





			M7717, M7718, M7719, M7720, M7725, M7726, M7727, M7728, M7729, M7730, M7735, M7736, M7737, M7738, M7739, M7750, M7755, M7756, M7757, M7758, M7759, M7780, M7785, M7786, M7787, M7788, M7789, M7790, M7795, M7796, M7797, M7798, M7799, M7940, M7945, M7946, M7947, M7948, M7949, M9400, M9405, M9406, M9407, M9408, M9409, M9410, M9415, M9416, M9417, M9418, M9419, M9480, M9485, M9486, M9487, M9488, M9489, M9490, M9495, M9496, M9497, M9498, M9499						
965	070090	筋炎（感染性を含む。）	M600, M601, M602, M608, M609, M610, M611, M612, M613, M614, M615, M619, M630, M631, M632, M638, M752, M791, M792, M793, M795, M7962, M7963, M7964, M7966, M7967						
966 から 967 まで	07010x	化膿性関節炎（下肢）	M0005, M0015, M0025, M0085, M0095, M0105, M0115, M0125, M0135, M0145, M0155, M0165, M0185, M0205, M0215, M0225, M0305, M0315, M0325, M0365, M2516, M0006, M0016, M0026, M0086, M0096, M0106, M0116, M0126, M0136, M0146, M0156, M0166, M0186, M0306, M0316, M0326, M0366, M1306, M1316, M1386, M1396, M0007, M0017, M0027, M0087, M0097, M0107, M0117, M0127, M0137, M0147, M0157, M0187, M0307, M0317, M0327, M0367, M0717, M2517						
968 から 971 まで	070140	脳性麻痺	G80, G81, G82, G830, G831, G832, G833, G838, G839				なし	リハビリテーション, J045 なし	
							あり	リハビリテーション, J045	
972 から 973 まで	070150	上肢神経障害（胸郭出口症候群含む。）	G54, P140, P141, P143						
974 から 975 まで	070160	上肢末梢神経麻痺	G56, P148, P149	手根管開放手術等	K093, K040, K078, K085（2に限る。）、K085（3に限る。）、K093-2, K108, K182, K188, K197				
976 から 977 まで	070170	下肢神経疾患	G57						

978 から 979 まで	070180	脊椎変形	M400, M401, M402, M403, M404, M405, M410, M411, M412, M413, M414, M415, M418, M419, M438, M439, M962, M963, M964, M965, Q675, Q761, Q762, Q763, Q764						
980 から 981 まで	070190	上肢・手の変 形（偽関節を 除く。）	M200, M2101, M2102, M2103, M2104, M2111, M2112, M2113, M2114, M2121, M2122, M2123, M2124, M2132, M2133, M2134, M2152, M2153, M2154, M2171, M2172, M2173, M2174, M2181, M2182, M2183, M2184, M2191, M2192, M2193, M2194	その他の手術あり 巨指症手術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K102, K028, K034, K035, K040, K046, K054, K057, K076 (2に限る。), K076 (3 に限る。), K078 (2に限 る。), K078 (3に限る。), K105, K106, K107, K182, K188, K075 (2に限る。), K075 (3に限る。), K048, K056, K047, K047-2, K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K022				
982	070200	手関節症（変 形性を含 む。）	M0742, M0743, M0744, M0752, M0753, M0754, M0762, M0763, M0764, M1242, M1243, M1244, M1252, M1253, M1254, M1282, M1283, M1284, M151, M152, M18, M1902, M1903, M1904, M1905, M1912, M1913, M1914, M1915, M1922, M1923, M1924, M1925, M1982, M1983, M1984, M1985, M1992, M1993, M1994, M1995, M2502, M2503, M2504, M2542, M2543, M2544, M2553, M2563, M2572, M2573, M2574, M2582, M2583, M2584, M2592, M2593, M2594						
983 から 984 まで	070210	下肢の変形	M201, M202, M203, M204, M205, M206, M2105, M2106, M2107, M2115, M2116, M2117, M2125, M2126, M2127, M2136, M2137, M214, M2156, M2157, M216, M2176, M2177, M2186, M2187, M2196, M2197, M2506, M670	その他の手術あり 骨切り術 前腕、 下腿等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K054 (2に限る。), K054 (3 に限る。), K080 (2に限 る。), K080-2, K094, K105, K110, K110-2, K040, K063, K188, K057, K061, K056 (2に限る。), K056 (3に限る。)				

985 から 990 まで	070220	股関節症（変 形性を含 む。）	M0745, M0755, M0765, M1245, M1255, M1285, M1315, M1385, M1395, M16, M1906, M1916, M1926, M1986, M1996, M2175, M2185, M2195, M2505, M2545, M2575, M2585, M2595	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術（ただし、 K066（1に限る。）、K066- 2（1に限る。）、K066-3（ 1に限る。）、K066-4（1に限 る。）、K025, K026, K026- 2を除く。）	なし	K020, K059 なし			あり	160800
			大腿骨頭回転骨切 り術等	K055-2, K054（1に限 る。）、K055-3, K072（1に 限る。）、K078（1に限 る。）、K080（1に限る。）、 K082-2, K140, K141, K141- 2	あり	K020, K059					
			人工関節再置換術 等	K082-3, K081（1に限 る。）、K082							
991 から 995 まで	070230	膝関節症（変 形性を含 む。）	M146, M17, M2546, M2576, M2586, M2596	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K020, K059 なし				
			関節滑膜切除術 肩、股、膝等	K066（1に限る。）、K042, K054（2に限る。）、K066- 2（1に限る。）、K066-3（ 1に限る。）、K066-4（1に限 る。）、K066-5, K066-6, K068, K068-2, K076（1に 限る。）、K077（1に限 る。）、K080（1に限る。)	あり	K020, K059					
			人工関節再置換術 等	K082-3, K082							
996	070240	動揺関節症	M2422, M2423, M2424, M2426, M2427, M2432, M2433, M2434, M2436, M2437, M2442, M2443, M2444, M2446, M2447, M2520, M2521, M2522, M2523, M2524, M2525, M2526, M2527, M2528, M2529, M2530, M2531, M2532, M2533, M2534, M2535, M2536, M2537, M2538, M2539, M7085, M763								
997	070250	関節内障、関 節内遊離体	M240, M241, M2482, M2483, M2484, M2485, M2486, M2487, M2490, M2492, M2493, M2494, M2495, M2496, M2497, M2498, M2499								
998	070270	膝蓋骨の障害	M22								

999 から 1000 まで	070280	骨端症、骨軟 骨障害・骨壊 死、発育期の 膝関節障害	M420, M421, M429, M774, M8700, M8701, M8702, M8703, M8704, M8706, M8707, M8708, M8709, M8710, M8711, M8712, M8713, M8714, M8716, M8717, M8718, M8719, M8720, M8721, M8722, M8723, M8724, M8726, M8727, M8728, M8729, M8730, M8731, M8732, M8733, M8734, M8736, M8737, M8738, M8739, M8780, M8781, M8782, M8783, M8784, M8786, M8787, M8788, M8789, M8790, M8791, M8792, M8793, M8794, M8796, M8797, M8798, M8799, M8808, M8880, M8881, M8882, M8883, M8884, M8885, M8886, M8887, M8888, M8889, M896, M903, M904, M905, M910, M912, M918, M919, M920, M921, M922, M923, M924, M925, M926, M927, M928, M929, M931, M939, M942, M943						
1001 から 1002 まで	070290	上肢関節拘縮 ・強直	M2451, M2452, M2453, M2454, M2461, M2462, M2463, M2464, M2481, M2491, M2561, M2562, M2564, M2591, M6241, M6244, M750						
1003	070310	下肢関節拘縮 ・強直	M2455, M2456, M2457, M2465, M2466, M2467, M247, M2565, M2566, M2567, M6245, M6246						
1004 から 1006 まで	070330	脊椎感染（感 染を含む。）	M1308, M1318, M1388, M1398, M460, M461, M462, M463, M464, M465, M468, M469, M490, M491, M492, M493	その他の手術あり 脊椎固定術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K142, K116, K128				
1007 から 1012 まで	07034x	脊柱管狭窄（ 脊椎症を含	G950, M4321, M4322, M4701, M4702, M4711, M4712, M4721, M4722, M4781,	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				あり 070140, 110310

		む。)	M4782, M4791, M4792, M4801, M4802, M4811, M4812, M4821, M4822, M4831, M4832, M4841, M4842, M4851, M4852, M4881, M4882, M4891, M4892, M4941, M4942, M4981, M4982, M5301, M5302, M5311, M5312, M5331, M5332, M5381, M5382, M5391, M5392, M9951, M9952, M9961, M9962, M9971, M9972, M4323, M4324, M4325, M4703, M4704, M4705, M4713, M4714, M4715, M4723, M4724, M4725, M4783, M4784, M4785, M4793, M4794, M4795, M4803, M4804, M4805, M4813, M4814, M4815, M4823, M4824, M4825, M4833, M4834, M4835, M4843, M4844, M4845, M4853, M4854, M4855, M4883, M4884, M4885, M4893, M4894, M4895, M4943, M4944, M4945, M4983, M4984, M4985, M5303, M5304, M5305, M5313, M5314, M5315, M5333, M5334, M5335, M5383, M5384, M5385, M5393, M5394, M5395, M9953, M9954, M9955, M9963, M9964, M9965, M9973, M9974, M9975, M4326, M4327, M4328, M4706, M4707, M4708, M4716, M4717, M4718, M4726, M4727, M4728, M4786, M4787, M4788, M4796, M4797, M4798, M4806, M4807, M4808, M4816, M4817, M4818, M4826, M4827, M4828, M4836, M4837, M4838, M4846, M4847, M4848, M4856, M4857, M4858, M4886, M4887, M4888, M4896, M4897, M4898, M4946, M4947, M4948, M4986, M4987, M4988, M5306, M5307, M5308, M5316, M5317, M5318, M5336, M5337, M5338, M5386, M5387, M5388, M5396, M5397, M5398, G551, G552, G553, G558, G951, G952, G959, M4320, M4329, M4700, M4709, M4710, M4719, M4720, M4729, M4780, M4789, M4790, M4799, M4800, M4809, M4810, M4819, M4820, M4829, M4830, M4839, M4840, M4849, M4850, M4859, M4880, M4889, M4890, M4899, M4940, M4949, M4980, M4989, M5300, M5309, M5310, M5319, M5330, M5339, M5380, M5389, M5390, M5399, M9950, M9956, M9957, M9958, M9959, M9960, M9966, M9967, M9968, M9969, M9970, M9976, M9977, M9978, M9979	内視鏡下椎弓切除 術 K131-2 脊椎固定術 K142				
1013 から 1015 まで	070350	椎間板変性、 ヘルニア	M50, M51	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 内視鏡下椎間板摘 出（切除）術 K134-2				

1016 から 1018 まで	070360	不安定椎	M430, M431, M433, M434, M435, M532	その他の手術あり 椎弓切除術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K131, K132, K142, K144					
1019 から 1020 まで	070370	脊椎骨粗鬆症	M800, M801, M802, M803, M804, M805, M808, M809, M810, M811, M812, M813, M814, M815, M816, M818, M819, M820, M821, M828, M851							
1021 から 1022 まで	070380	ガングリオン	M672, M673, M674	その他の手術あり 関節滑膜切除術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K066, K035-2, K052, K066- 2, K066-3, K066-4, K066- 5, K066-6, K066-7, K066- 8, K070					
1023	070390	線維芽細胞性 障害	M720, M721, M722, M724, M728, M729							
1024 から 1025 まで	070395	壊死性筋膜炎	A480, A483, M726							
1026 から 1029 まで	070400	股関節骨頭壊 死	M8705, M8715, M8725, M8735, M8785, M8795	その他の手術あり 人工関節再置換術 等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K082-3, K081 (1に限 る。), K082 (1に限る。), K043 (1に限る。), K043- 2 (1に限る。), K043-3 (1 に限る。), K050, K082- 2 (1に限る。), K051 (1に 限る。), K054 (1に限 る。), K055-2, K055-3, K067, K067-2, K078 (1に 限る。), K078 (2に限る。)	なし K015, K016, K017, K019, K020, K022, K058, K059, K013, K013-2 なし	あり K015, K016, K017, K019, K020, K022, K058, K059, K013, K013-2			
1030	070420	大腿骨頭すべ り症	M930							
1031 から 1033 まで	070430	神経異栄養 症、骨成長障 害、骨障害 (そ の他)	M890, M891, M892, M893, M894, M895, M898, M899	その他の手術あり 骨部分切除術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K049, K052, K052-2, K048, K196-2					
1034	070440	色素性絨毛結 節性滑膜炎	M1220, M1221, M1222, M1223, M1224, M1225, M1226, M1227, M1228, M1229							

1035 から 1048 まで	070470	関節リウマチ	L405, M0206, M0216, M0226, M0230, M0231, M0232, M0233, M0234, M0235, M0236, M0237, M0238, M0239, M0281, M0282, M0283, M0284, M0285, M0286, M0287, M0291, M0292, M0293, M0294, M0295, M0296, M0297, M0500, M0501, M0502, M0503, M0504, M0505, M0506, M0507, M0508, M0509, M0510, M0511, M0512, M0513, M0514, M0515, M0516, M0517, M0518, M0519, M0520, M0521, M0522, M0523, M0524, M0525, M0526, M0527, M0528, M0529, M0530, M0531, M0532, M0533, M0534, M0535, M0536, M0537, M0538, M0539, M0580, M0581, M0582, M0583, M0584, M0585, M0586, M0587, M0588, M0589, M0590, M0591, M0592, M0593, M0594, M0595, M0596, M0597, M0598, M0599, M0600, M0601, M0602, M0603, M0604, M0605, M0606, M0607, M0608, M0609, M0610, M0611, M0612, M0613, M0614, M0615, M0616, M0617, M0618, M0619, M0620, M0621, M0622, M0623, M0624, M0625, M0626, M0627, M0628, M0629, M0630, M0631, M0632, M0633, M0634, M0635, M0636, M0637, M0638, M0639, M0640, M0641, M0642, M0643, M0644, M0645, M0646, M0647, M0648, M0649, M0680, M0681, M0682, M0683, M0684, M0685, M0686, M0687, M0688, M0689, M0690, M0691, M0692, M0693, M0694, M0695, M0696, M0697, M0698, M0699, M0700, M0701, M0702, M0703, M0704, M0705, M0706, M0707, M0708, M0709, M0710, M0716, M0718, M0719, M0721, M0722, M0723, M0724, M0725, M0726, M0727, M0728, M0729, M0730, M0731, M0732, M0733, M0734, M0735, M0736, M0737, M0738, M0739, M0746, M0756, M0766, M0800, M0801, M0802, M0803, M0804, M0805, M0806, M0807, M0808, M0809, M081, M0820, M0821, M0822, M0823, M0824, M0825, M0826, M0827, M0828, M0829, M0831, M0832, M0833, M0834, M0835,	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術（ただし、 K082-3 を除く。）		なし	インフリキシマブ、ト シリズマブ、アダリム マブ、エタネルセプ ト、リハビリテーショ ン、J041-2、J039、 G005、J045 なし
			筋肉内異物摘出術 等	K029, K030, K054, K060, K060-2, K065, K065-2, K066 (1に限る。), K066 (2 に限る。), K066 (3に限 る。), K066-2, K066-3, K066-4, K066-7, K066-8, K068, K068-2, K073 (1に 限る。), K076, K078, K080		1 あり	J041-2, J039, G005, J045	
			関節形成手術 肩、股、膝+人工骨 頭挿入術 肩、股 等	K080 (1に限る。)+K081 (1 に限る。), K080 (1に限 る。)+K082 (1に限る。), K081 (1に限る。), K082, K139, K142, K142-2, K144		2 あり	リハビリテーション	
			3 あり	エタネルセプト				
			4 あり	アダリムマブ				
			6 あり	インフリキシマブ				



			MO836, MO837, MO841, MO842, MO843, MO844, MO845, MO846, MO847, MO881, MO882, MO883, MO884, MO885, MO886, MO887, MO891, MO892, MO893, MO894, MO895, MO896, MO897, MO900, MO901, MO902, MO903, MO904, MO905, MO906, MO907, MO908, MO909, M1231, M1232, M1233, M1234, M1235, M1236, M1237, M45						
1049 から 1050 まで	070510	痛風、関節の 障害（その 他）	M10, M11, M140, M141, M143, M144, M145, M148, M790						
1051 から 1052 まで	070520	リンパ節、リ ンパ管の疾患	A182, D360, I881, I888, I889, I89, L04						
1053 から 1058 まで	070560	全身性臓器障 害を伴う自己 免疫性疾患	D86, I00, L88, L92, L93, L940, L941, L942, L943, L95, L982, L983, MO200, MO208, MO209, MO210, MO218, MO219, MO220, MO228, MO229, MO280, MO288, MO289, MO290, MO298, MO299, MO300, MO310, MO320, MO360, MO720, MO740, MO748, MO749, MO750, MO758, MO759, MO760, MO768, MO769, MO830, MO838, MO839, MO840, MO848, MO849, MO880, MO888, MO889, MO890, MO898, MO899, MO91, MO92, MO98, M120, M121, M1230, M1238, M1239, M1300, M1302, M1303, M1305, M1310, M1380, M1390, M150, M153, M154, M158, M159, M1900, M300, M301, M302, M308, M31, M32, M330, M331, M332, M339, M34, M350, M351, M352, M353, M354, M355, M356, M357, M358, M359, M36, M633					なし	インフリキシマブ, ト シリズマブ, アダリム マブ, エタネルセプ ト, J039, J038 (2に限 る。), G005, J045 なし
								1 あり	J038 (2に限る。), G005, J045
								2 あり	J039
1059 から 1068 まで	070570	瘢痕拘縮	L905, L91, L984, L988	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K013, K013-2 なし		
				創傷処理等	K000, K001, K002, K009	1 あり	K013, K013-2		
				瘢痕拘縮形成手術 等	K010, K035, K076, K099	2 あり	K015, K016, K017, K019, K020, K022		
1069 から 1070 まで	070580	斜頸	M436, Q680						

1071 から 1074 まで	070590	血管腫、リン パ管腫	D180, D181, I780					なし	J054-2, J045 なし	あり	010230, 130090
								2 あり	J054-2		
1075 から 1077 まで	070600	骨折変形癒 合、癒合不全 などによる変 形（上肢以 外）	M8405, M8406, M8407, M8415, M8416, M8417, M8425, M8426, M8427, M8445, M8446, M8447, M8485, M8486, M8487, M960, T911, T912, T931, T932	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				骨長調整手術等	K058, K056, K057 (2に限 る。), K057 (3に限る。), K078 (2に限る。), K080 (2 に限る。)						
1078 から 1079 まで	070610	骨折変形癒 合、癒合不全 などによる変 形（上肢）	M8401, M8402, M8403, M8404, M8411, M8412, M8413, M8414, M8421, M8422, M8423, M8424, M8431, M8432, M8433, M8434, M8441, M8442, M8443, M8444, M8491, M8492, M8493, M8494, T921, T922	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				変形治癒骨折矯正 手術 前腕、下腿 等	K057 (2に限る。), K056, K057 (3に限る。), K058, K078 (2に限る。), K080 (2 に限る。)						
1080 から 1081 まで	071030	その他の筋骨 格系・結合組 織の疾患	M0000, M0008, M0009, M0010, M0018, M0019, M0020, M0028, M0029, M0080, M0088, M0089, M0090, M0098, M0099, M0100, M0108, M0109, M0110, M0118, M0119, M0120, M0128, M0129, M0130, M0138, M0139, M0140, M0148, M0149, M0150, M0158, M0159, M0160, M0168, M0169, M0180, M0188, M0189, M0308, M0309, M0312, M0318, M0319, M0328, M0329, M0368, M0369, M1240, M1248, M1249, M1250, M1258, M1259, M1280, M1288, M1289, M1309, M1319, M1389, M1399, M1908, M1909, M1910, M1918, M1919, M1920, M1928, M1929, M1980, M1988, M1989, M1990, M1998, M1999, M2100, M2108, M2109, M2110, M2118, M2119, M2120, M2128, M2129, M2170, M2178, M2179, M2180, M2188, M2189, M2190, M2198, M2199, M2450, M2458, M2459, M2460, M2468, M2469, M2480, M2488, M2489, M2500, M2508, M2509, M2510, M2518, M2519, M2540, M2548, M2549, M2550, M2551, M2552, M2554, M2555, M2556, M2557, M2558, M2559, M2560, M2568, M2569, M2570, M2578, M2579, M2580, M2588, M2589, M2590, M2598, M2599, M540, M541, M542, M543, M544, M545, M546, M548, M549, M671, M678, M679, M798, M799,								

M8300, M8301, M8302, M8303, M8304,  
M8305, M8307, M8308, M8309, M8310,  
M8311, M8312, M8313, M8314, M8315,  
M8317, M8318, M8319, M8320, M8321,  
M8322, M8323, M8324, M8325, M8327,  
M8328, M8329, M8330, M8331, M8332,  
M8333, M8334, M8335, M8337, M8338,  
M8339, M8340, M8341, M8342, M8343,  
M8344, M8345, M8347, M8348, M8349,  
M8350, M8351, M8352, M8353, M8354,  
M8355, M8357, M8358, M8359, M8380,  
M8381, M8382, M8383, M8384, M8385,  
M8387, M8388, M8389, M8390, M8391,  
M8392, M8393, M8394, M8395, M8397,  
M8398, M8399, M852, M858, M859,  
M8600, M8800, M8801, M8802, M8803,  
M8804, M8805, M8806, M8807, M8809,  
M889, M900, M901, M902, M906, M907,  
M913, M938, M951, M952, M953, M954,  
M955, M958, M959, M961, M966, M968,  
M969, M990, M991, M992, M993, M994,  
M998, M999, この表の傷病名の欄に掲げ  
る I C Dコード以外の筋骨格系及び結合  
組織の疾患に係る I C Dコード



1110	080100	薬疹、中毒疹	L27						
1111	080105	重症薬疹	L511, L512					なし	J039, 全身麻酔, J045 なし
1112	080110	水疱症	L10, L11, L12, L13, L14, Q81					なし	乾燥ポリエチレングリ コール処理人免疫グロ ブリン, J039 なし
1113	080140	炎症性角化症	L400, L401, L402, L403, L404, L408, L409, L41, L42, L43, L44						
1114	080150	爪の疾患	L600, L601, L602, L603, L604, L605, L608, L609, L62						
1115 から 1117 まで	080180	母斑、母斑症	D220, D222, D223, D224, D229, I781, Q825, Q851, Q858, Q859			なし	K015, K016, K017, K019, K020, K013, K013-2 なし		
						あり	K015, K016, K017, K019, K020, K013, K013-2		
1118	080190	脱毛症	L63, L64, L65						
1119	080210	ざ瘡、皮膚の 障害（その 他）	L70, L73, L980						
1120	080220	エクリン汗腺 の障害、アポ クリン汗腺の 障害	L74, L75						
1121	080230	皮膚色素異常 症	L80, L81						
1122	080240	多汗症	R61						
1123	080245	放射線皮膚障 害	L57, L58, L598, L599						
1124 から 1128 まで	080250	褥瘡潰瘍	L89, M0715			なし	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K013, K013-2 なし	なし	J001-4 なし
						あり	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K013, K013-2	あり	J001-4
1129	080260	その他の皮膚 の疾患	I972, L22, L45, L67, L68, L71, L84, L852, L858, L859, L86, L87, L944, L945, L946, L948, L949, L981, L985, L986, L989, L99						

1130	080270	食物アレルギー	T780, T781			なし	D291-2 なし				
1131 から 1148 まで	090010	乳房の悪性腫瘍	C50, D05			なし	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K059, K013, K013-2, K476-2, K476-3 (1に限る。) なし	なし	トラスツズマブ, シクロホスファミド+塩酸エピルビシン, パクリタキセル又はドセタキセル, 化学療法, 放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	010010, 040040, 040050, 040130, 040190, 070040, 080006, 080245, 130070, 130090
								あり	J038 (2に限る。), G005, J045		
								2あり	放射線療法		
								3あり	化学療法ありかつ放射線療法なし		
								4あり	シクロホスファミド+塩酸エピルビシンあり, パクリタキセル又はドセタキセルあり		
5あり	トラスツズマブ										
1149	090020	乳房の良性腫瘍	D24, D486, N60, N63								
1150 から 1151 まで	090030	乳房の炎症性障害	N61, 091								
1152	090040	乳房の形態異常, 女性化乳房, 乳腺症など	N62, N64, 0920, 0921, Q83	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし, K013, K013-2, K015, K016, K017, K019, K020, K022, K059 を除く。)						
1153 から 1158 まで	100020	甲状腺の悪性腫瘍	C73, D093, D440, E070	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術			なし	I 1 3 1 内用療法, 化学療法, 放射線療法なし	あり	010120, 03001x, 070040
								1あり	化学療法, 放射線療法		
								2あり	I 1 3 1 内用療法		
1159 から 1161 まで	100030	内分泌腺および関連組織の腫瘍	C752, C753, C754, C755, C758, C759, D353, D354, D355, D357, D359, D442, D444, D445, D446					なし	化学療法, 放射線療法なし		
								あり	化学療法, 放射線療法		



1187	100170	急性甲状腺炎	E060								
1188 から 1194 まで	100180	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	C740, C749, C797, D350, D441, E242, E243, E244, E248, E249, E258, E259, E260, E261, E269, E270	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K169, K171 を除く。）	なし	E003（4に限る。）なし	なし	化学療法、放射線療法なし		
				腹腔鏡下副腎摘出術等	K754-2, K754, K754-3, K755（1に限る。）	あり	E003（4に限る。）	あり	化学療法、放射線療法		
				副腎悪性腫瘍手術	K756						
1195 から 1197 まで	100190	褐色細胞腫、パラガングリオーマ	C741, D356, D447, E275					なし あり	化学療法なし 化学療法		
1198	100202	その他の副腎皮質機能低下症	E250, E271, E272, E273, E274, E896								
1199	100210	低血糖症	E15, E161, E162								
1200 から 1201 まで	100220	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	C750, D351, E210, E212, E213, E214, E215	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 副甲状腺（上皮小体）摘出術等	K464（1に限る。）、K464（2に限る。）						
1202	100230	続発性副甲状腺機能亢進症	E211	副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	K464						
1203	100240	副甲状腺機能低下症	E20, E892								
1204 から 1206 まで	100250	下垂体機能低下症	E230, E231, E236, E237					なし	成長ホルモン剤なし	あり	100202, 100280, 100300
1207 から 1210 まで	100260	下垂体機能亢進症	C751, D352, D443, E220, E221, E228, E229, E240, E241					なし	ソマトスタチンアナログ、ペグビソマント、化学療法、放射線療法なし		
								あり	ソマトスタチンアナログ、ペグビソマント、化学療法、放射線療法		
1211	100270	間脳下垂体疾患（その他）	E233, F500, F502					なし	LH-RH, 放射線療法, G005 なし		
1212	100280	尿崩症	E232								
1213	100285	ADH分泌異常症	E222								



1214	100290	グルコース調節・膵内分泌障害、その他の内分泌疾患	E00, E079, E163, E164, E168, E169, E278, E279, E28, E29, E30, E31, E340, E341, E342, E344, E345, E348, E349, E35, E891, E893, E894, E895, E898, E899, Q96, Q980, Q981, Q982, Q983, Q984											
1215 から 1217 まで	100310	腎血管性高血圧症	I150, I701, I722						なし	E003 (3の1に限る。)				
									あり	E003 (3の1に限る。)				
1218	100320	内分泌性高血圧症 (その他)	I151, I152, I158, I159											
1219 から 1220 まで	100330	栄養障害 (その他)	E40, E41, E42, E43, E44, E45, E46, E50, E511, E518, E519, E52, E53, E54, E55, E56, E58, E59, E60, E61, E63, E64, E65, E67, E68						なし	G005, J045 なし				
									あり	G005, J045				
1221 から 1225 まで	100335	代謝障害 (その他)	E70, E71, E72, E73, E741, E742, E743, E744, E748, E749, E75, E76, E77, E791, E798, E799, E84, E88, E90						なし	酵素補充療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	040080, 060300, 100070, 130090		
									1あり	J038 (2に限る。), G005, J045				
1226	100360	小人症	E343											
1227 から 1228 まで	100370	アミロイドーシス	E85											
1229 から 1230 まで	100380	体液量減少症	E86								あり	010060, 050130		
1231	100391	低カリウム血症	E268, E876											
1232	100392	カルシウム代謝障害	E835											
1233 から 1235 まで	100393	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	E870, E871, E872, E873, E874, E875, E877, E878								あり	110310		
1236 から 1246 まで	11001x	腎腫瘍	C64, C790, D300, D410	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				なし	IL-2, スニチニブリンゴ酸, ソラフェニブトシル酸, 化学療法, 放射線療法, インターフェロン, G005, J045 なし				
				腎 (尿管) 悪性腫瘍手術等	K773, K773-2, K773-3			1あり	化学療法, 放射線療法, インターフェロン, G005, J045					

								2あり	ソラフェニブトシル酸		
								3あり	スニチニプリンゴ酸		
								4あり	IL-2		
1247 から 1248 まで	11002x	性器の悪性腫瘍	C60, D074, C638, C639, C688, C689								
1249 から 1250 まで	11004x	尿道・性器の 良性腫瘍	D304, N363, D076, D290, D297, D299, D307, D309, D401, D407, D409, D411, D412, D413, D414, D417, D419								
1251 から 1258 まで	110050	後腹膜疾患	C786, D200, D483	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	040080, 040130, 060210
				後腹膜悪性腫瘍手術等	K643, K642, K773, K773- 2, K773-3, K636, K775, K784, K784-2, K786, K787, K627 (7に限る。), K627 (8に限る。)			あり	化学療法, 放射線療法, G005, J045		
1259 から 1266 まで	110060	腎盂・尿管の 悪性腫瘍	C65, C66, D091	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	130070
				経尿道的腎盂尿管 腫瘍摘出術等	K785, K803 (6に限る。), K615, K801 (2に限る。), K765			あり	化学療法, 放射線療法, G005, J045		
				腎(尿管)悪性腫瘍 手術等	K773, K773-2, K773-3						
1267 から 1280 まで	110070	膀胱腫瘍	C67, C680, C681, C791, D090, D303	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術		なし	K615, K775, K797, K805 なし	なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	040040, 060035, 060210, 070040, 110420, 130070, 130090, 130110, 130120, 180035, R522, R57
				膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術	K803 (6に限る。)	あり	K615, K775, K797, K805	あり	化学療法, 放射線療法, G005, J045		
				膀胱悪性腫瘍手術 切除等	K803 (1に限る。), K803 (2 に限る。), K803 (3に限 る。), K803 (4に限る。), K803 (5に限る。)						
1281 から 1295 まで	110080	前立腺の悪性 腫瘍	C61, C637, D075	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術		なし	D413 なし	なし	M004 (3の1に限る。), 放射線療法, 化学療法, G005, J045 なし	あり	040040, 040080, 050130, 060050, 070040, 110070, 110320, 110420, 130070, 130090, R522
				精巣摘出術	K830	あり	D413	1あり	化学療法, G005, J045		
				前立腺悪性腫瘍手術等	K843, K843-2, K843-3			2あり	放射線療法		
								3あり	M004 (3の1に限る。)		
1296 から 1301 まで	110100	精巣腫瘍	C62, C630, C631, C632, D176, D292, D293	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし		

				精巣悪性腫瘍手術	K833			あり	化学療法, 放射線療法, G005, J045		
1302 から 1311 まで	11012x	上部尿路疾患	N132, N20, D301, D302, N281, N288	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K775 なし			あり	110290, 110320, 180010
				体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）	K768	あり	K775				
				経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	K764						
				経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む。）等	K781, K781-2						
				腎切石術等	K763, K759, K767, K772, K772-2, K772-3, K782						
1312 から 1317 まで	11013x	下部尿路疾患	N21, N137, N138, N139, Q627, G834, N31, A562, N30, N34, N35, N991, N393, N394	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術	なし	K805 なし				
				膀胱結石、異物摘出術 膀胱高位切開術	K798 (2に限る。)						
				尿管膀胱吻合術等	K786, K809-2						
				尿道狭窄内視鏡手術等	K821, K814, K821-3						
				尿道形成手術等	K818, K821-2						
1318 から 1322 まで	110200	前立腺肥大症等	D291, D400, N40	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				経尿道的レーザー前立腺切除術等	K841-2, K841-3, K841-4						
				経尿道的前立腺手術	K841						
				前立腺被膜下摘出術	K840						
1323 から 1330 まで	11022x	男性生殖器疾患	N41, N45, N47, N48, D294, I861, N43, N44, N46, N508	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					あり	100070, 110200
				包茎手術	K828						



		他)	N32, N33, N360, N361, N362, N368, N369, N37, N398, N399, N42, N49, N500, N501, N509, N51, N990, N992, N993, N994, N995, N998, N999, Q624, Q628	瘢痕拘縮形成手術等	K010, K819, K819-2, K013, K013-2, K015, K464, K778, K778-2, K772, K772-2, K772-3, K775, K783, K722, K782, K794, K610 (5に限る。), K765, K785, K802, K799, K801, K636, K823, K805, K818, K821-2, K821, K821-3, K816, K813, K830, K798 (1に限る。), K798-2, K815, K781							
1365 から 1369 まで	110420	水腎症 (その他)	N130, N131, N133, N134, N135, N136	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						あり	110290
				腎盂形成手術等	K778, K778-2							
				腎摘出術等	K772, K772-2, K772-3							
1370	110430	腎動脈塞栓症	N280									
1371 から 1387 まで	120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	C56, C57, C796	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術			なし	カルボプラチン+ドセタキセル水和物, カルボプラチン+パクリタキセル, 化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	040050, 040190, 060210, 130070	
				子宮附属器悪性腫瘍手術 (両側) 等	K889, K627 (7に限る。), K627 (8に限る。), K641, K645, K740 (2に限る。), K877, K888, K888-2	1 あり	G005, J045					
						2 あり	化学療法なしかつ放射線療法あり					
						4 あり	化学療法ありかつ放射線療法なし					
						5 あり	カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり, カルボプラチン+パクリタキセルあり					
1388 から 1409 まで	120020	子宮頸・体部の悪性腫瘍	C53, C54, C55, D06, D070, D073, N87	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術			なし	化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし	あり	050180, 060035, 060210, 110050, 110070, 11013x, 110320, 110420,	
				子宮内膜掻爬術	K861	1 あり	G005, J045					

				子宮筋腫摘出（核出）術 腔式等	K872（2に限る。）、K867、K867-3、K867-4			2あり	化学療法なしかつ放射線療法あり	120010、120110、130070、130090、R522、R57
				子宮悪性腫瘍手術等	K879、K627（7に限る。）、K627（8に限る。）、K645、K877			3あり	化学療法ありかつ放射線療法あり	
								4あり	化学療法ありかつ放射線療法なし	
1410 から 1413 まで	120030	外陰の悪性腫瘍	C51、D071、N900、N901、N902、N903、N904					なし	化学療法、放射線療法、G005、J045なし	
								2あり	放射線療法	
								3あり	化学療法ありかつ放射線療法なし	
1414 から 1416 まで	120040	膣の悪性腫瘍	C52、D072、N890、N891、N892、N893、N894					なし	化学療法、放射線療法、G005、J045なし	
								2あり	放射線療法	
								3あり	化学療法ありかつ放射線療法なし	
1417 から 1418 まで	120050	絨毛性疾患	C58、D392、001	胞状奇胎除去術等	K911、K861			なし	化学療法なし	
								あり	化学療法	
1419 から 1422 まで	120060	子宮の良性腫瘍	D25、D26、D390	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					
				腹腔鏡下腔式子宮全摘術等	K877-2、K872-2、K872-3、K873					
				子宮全摘術等	K877、K871、K872（1に限る。）、K872（2に限る。）、K876、K878、K878-2					
1423 から 1426 まで	120070	卵巣の良性腫瘍	D27、D391	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					

				卵巣部分切除術（ 腔式を含む。）腹 腔鏡によるもの等 K887（2に限る。）、K885、 K887-2（2に限る。）、K887- 3（2に限る。）、K887-4、 K888（2に限る。）、K888- 2（2に限る。）					
				卵巣部分切除術（ 腔式を含む。）開 腹によるもの等 K887（1に限る。）、K876、 K877、K878、K878-2、K887- 2（1に限る。）、K887-3（ 1に限る。）、K888（1に限 る。）、K888-2（1に限る。）					
1427	120080	女性生殖器の 良性腫瘍（そ の他）	D28, D397, D399						
1428 から 1429 まで	120090	生殖器脱出症	N81						
1430 から 1433 まで	120100	子宮内膜症	N800, N801, N802, N803, N804, N805, N806, N808, N809	その他の手術あり 腹腔鏡下腔式子宮 全摘術等 子宮全摘術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K877-2, K863, K886（2に 限る。）、K885, K887, K887- 2, K887-3 K877, K886（1に限る。）、 K888, K888-2				
1434 から 1437 まで	120110	子宮・子宮附 属器の炎症性 疾患	N70, N71, N72, N73, N74	その他の手術あり 骨盤腹膜外膿瘍切 開排膿術等 子宮全摘術等	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術 K638, K637（2に限る。）、 K637-2, K639, K854, K854- 2, K886 K877, K888, K888-2				
1438 から 1439 まで	120120	卵巣・卵管・ 広間膜の非炎 症性疾患	N83						
1440 から 1441 まで	120130	子宮外妊娠	000						
1442 から 1443 まで	120140	流産	002, 003, 004, 005, 006, 007, 008						
1444 から 1445 まで	120150	妊娠早期の出 血	020						

1446 から 1448 まで	120160	妊娠・分娩・ 産褥に合併す る高血圧症等	010, 011, 012, 013, 014, 015, 016, 021, 022, 023, 025, 026	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				子宮破裂手術等	K903, K904, K898				
1449 から 1452 まで	120170	早産、切迫早 産	0470, 0471, 0479, 060	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				子宮頸管縫縮術	K906				
				子宮破裂手術等	K903, K904, K898, K905				
1453 から 1456 まで	120180	胎児及び羊膜 腔に関連する 母体ケア、予 想される分娩 の諸問題	030, 031, 032, 033, 034, 035, 036, 040, 041, 042, 043, 044, 045, 046, 048	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				子宮頸管縫縮術	K906				
				子宮全摘術等	K877, K903, K904, K872, K898, K905				
1457 から 1458 まで	120190	女性生殖系の 炎症性疾患（ その他）	N75, N76, N77						
1459	120200	妊娠中の糖尿 病	024						
1460	120210	女性性器を含 む瘻	N82						
1461 から 1463 まで	120220	女性性器のポ リープ	N84	子宮内膜掻爬術	K861				
				子宮全摘術等	K877, K849, K872-2, K872- 3, K747, K856, K856-2, K856-3, K856-4, K866, K866-2				
1464 から 1467 まで	120230	子宮の非炎症 性障害	N85, N86, N88	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				
				子宮鏡下子宮中隔 切除術、子宮内腔 癒着切除術（癒着 剥離術を含む。）等	K863-2, K867, K867-4, K883, K861, K864				
				子宮全摘術	K877				
1468	120240	膣及び外陰の 非炎症性障害	N895, N896, N897, N898, N899, N905, N906, N907, N908, N909						
1469 から 1470 まで	120250	生殖・月経周 期に関連する 病態	N91, N92, N93, N94, N95, N96, N97						
1471 から 1474 まで	120260	分娩の合併 症、産科手術	061, 062, 063, 064, 065, 066, 067, 068, 069, 070, 071, 0720, 0721,	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				



		を伴う異常分娩	0722, 073, 074, 075, 081, 082, 083, 084	子宮頸管縫縮術等	K906, K892, K893, K894, K900, K900-2, K901, K902, K891, K895, K896, K897, K907, K908								
				子宮破裂手術等	K903, K904, K898, K899, K905								
1475 から 1476 まで	120270	妊娠、分娩、 産褥に伴う病 態	028, 029, 085, 086, 087, 088, 089, 0900, 0901, 0902, 0903, 0904, 0908, 0909, 0922, 0923, 0924, 0925, 0926, 0927, 094, 095, 096, 097, 098, 099										
1477	120300	人工授精に関 する合併症	N98										
1478 から 1487 まで	130010	急性白血病	C910, C912, C913, C917, C919, C920, C922, C923, C924, C925, C927, C929, C930, C932, C937, C939, C940, C942, C943, C944, C945, C947, C950, C952, C957, C959						なし	ネララビン, ダサチニ ブ水和物, ニロチニブ 塩酸塩水和物, 三酸化 ヒ素製剤, ゲムツズマ プオゾガマイシン, イ マチニブメシル酸, 化 学療法, 放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	100070, 100300, 130100, 180010, 180040	
									1 あり	放射線療法, J038 (2に 限る。), G005, J045			
									2 あり	化学療法			
									3 あり	イマチニブメシル酸			
									4 あり	ゲムツズマプオゾガマ イシン			
									5 あり	三酸化ヒ素製剤			
									6 あり	ダサチニブ水和物, ニ ロチニブ塩酸塩水和物			
1488 から 1493 まで	130020	ホジキン病	C810, C811, C812, C813, C817, C819						なし	化学療法, 放射線療 法, J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	130070	
									2 あり	放射線療法			
									3 あり	化学療法ありかつ放射 線療法なし			

1494 から 1506 まで	130030	非ホジキンリンパ腫	C820, C821, C822, C827, C829, C830, C831, C832, C833, C834, C835, C836, C837, C838, C839, C840, C841, C842, C843, C844, C845, C850, C851, C857, C859					なし	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム、イブリツモマブチウキセタン塩化インジウム、リツキシマブ、化学療法、放射線療法、J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	180010	
									1 あり			J038 (2に限る。), G005, J045
									2 あり			放射線療法
									3 あり			化学療法ありかつ放射線療法なし
									4 あり			リツキシマブ
1507 から 1518 まで	130040	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	C880, C881, C882, C883, C887, C889, C900, C901, C902					なし	ボルテゾミブ、サリドマイド、化学療法、放射線療法、J039, J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									1 あり			J039, J038 (2に限る。), G005, J045
									2 あり			放射線療法
									3 あり			化学療法ありかつ放射線療法なし
									4 あり			サリドマイド
5 あり	ボルテゾミブ											
1519 から 1526 まで	130050	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	C911, C914, C915, C921, C931, C951, D45, D471, D473					なし	ダサチニブ水和物、ニロチニブ塩酸塩水和物、イマチニブメシル酸、化学療法、放射線療法、J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									1 あり			放射線療法、J038 (2に限る。), G005, J045
									2 あり			化学療法
									3 あり			イマチニブメシル酸
									4 あり			ダサチニブ水和物、ニロチニブ塩酸塩水和物
1527 から 1531 まで	130060	骨髄異形成症候群	D460, D461, D462, D463, D464, D467, D469					なし	化学療法、放射線療法、J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	130070, 180010	

									1あり	放射線療法, J038 (2に限る。), G005, J045		
									3あり	化学療法		
1532 から 1535 まで	130070	白血球疾患 (その他)	D70, D720, D721, D728, D729						なし	G005, J045 なし		
									あり	G005, J045		
1536 から 1541 まで	130080	再生不良性貧血	D600, D601, D609, D610, D611, D612, D613, D619						なし	抗リンパ球グロブリン, 化学療法, インターフェロン, シクロスポリン, G005, J045 なし	あり	130070, 180010
									1あり	化学療法, インターフェロン, シクロスポリン, G005, J045		
									3あり	抗リンパ球グロブリン		
1542 から 1544 まで	130090	貧血 (その他)	D500, D501, D508, D509, D510, D511, D512, D513, D518, D519, D520, D521, D528, D529, D530, D531, D532, D538, D539, D550, D551, D552, D559, D560, D561, D562, D563, D564, D569, D570, D571, D572, D573, D580, D581, D582, D588, D589, D590, D591, D592, D593, D594, D595, D596, D599, D62, D640, D641, D642, D643, D644, D648, D649						なし	人ハプトグロビン, J039, G005, J045 なし		
									あり	人ハプトグロビン, J039, G005, J045		
1545 から 1549 まで	130100	播種性血管内凝固症候群	D65, D683, 0723						なし	トロンボモデュリン アルファ, アンチトロンビン I I I 製剤, J039, J045, G005 なし		
									1あり	G005		
									2あり	J039, J045		
									3あり	アンチトロンビン I I I 製剤		
									4あり	トロンボモデュリン アルファ		
1550 から 1554 まで	130110	出血性疾患 (その他)	D691, D692, D693, D694, D695, D696, D698, D699						なし	ガンマグロブリン, アルガトロバン水和物, 放射線療法, J039, J045 なし	あり	100070, 180035
									3あり	ガンマグロブリン		
1555 から 1556 まで	130111	アレルギー性紫斑病	D690						なし	第 XIII 因子製剤なし		
									あり	第 XIII 因子製剤		
1557 から 1558 まで	130120	血液疾患 (その他)	C941, D553, D558, D568, D578, D598, D608, D618, D63, D73, D74, D75, D76, D77, D89						なし	インターフェロン, 化学療法, 放射線療法, G005, J045 なし		

									1あり	放射線療法, G005, J045		
1559	130140	造血管疾患 (その他)	D470, D472, D477, D479									
1560	130150	原発性免疫不全症候群	D71, D80, D81, D82, D83, D84									
1561 から 1562 まで	130160	後天性免疫不全症候群	B20, B21, B22, B23, B24, C46						なし	G005 なし	あり	180035
1563 から 1585 まで	140010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	P00, P01, P02, P03, P04, P05, P07, P08, P10, P11, P12, P13, P15, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28, P29, P35, P36, P37, P38, P39, P50, P51, P52, P53, P54, P55, P56, P57, P58, P590, P591, P592, P593, P598, P599, P60, P61, P70, P71, P72, P74, P75, P76, P77, P780, P781, P782, P783, P789, P80, P81, P83, P90, P91, P92, P93, P94, P95, P96						なし	パリビズマブ, 肺サーファクタント, G005, J045 なし	あり	020190, 100330, 100392, 130090, 130150, 140290, 180010
									1あり	G005, J045		
									3あり	パリビズマブ, 肺サーファクタント		
1586 から 1587 まで	140070	頭蓋、顔面骨の先天異常	Q670, Q671, Q672, Q673, Q75, Q870	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K443 (1に限る。), K443 (2に限る。), K443 (3に限る。), K444 (1に限る。), K444 (2に限る。), K444 (3に限る。), K444 (4に限る。), K445 を除く。)							
				頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの等	K180 (1に限る。), K180 (2に限る。), K180 (3に限る。)							
1588 から 1590 まで	140080	脳、脊髄の先天異常	Q00, Q01, Q02, Q03, Q04, Q05, Q06, Q07, Q760						なし	リハビリテーション, J045 なし		
									あり	リハビリテーション, J045		
1591	140100	眼の先天異常	Q101, Q102, Q103, Q104, Q106, Q107, Q11, Q14, Q158, Q159									
1592	140110	鼻の先天異常	M950, Q301, Q302, Q303, Q308, Q309									
1593 から 1595 まで	140140	口蓋・口唇先天性疾患	Q35, Q36, Q37	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術							
				顎・口蓋裂形成手術等	K407, K426, K426-2							

1596	140170	正中頸嚢胞・側頸嚢胞	Q188, Q892						
1597	140190	小耳症・耳介異常・外耳道閉鎖	Q160, Q161, Q171, Q172, Q173, Q174, Q175						
1598	140210	先天性耳瘻孔、副耳	Q170, Q181						
1599	140220	耳の疾患（その他）	Q162, Q164, Q165, Q169, Q178, Q179, Q180, Q182, Q183, Q189						
1600	140230	喉頭の疾患（その他）	Q311, Q312, Q313, Q315, Q319					なし	パリビズマブ, 肺サーファクタント, G005, J045 なし
1601	140245	舌・口腔の先天異常	Q184, Q185, Q186, Q187, Q380, Q381, Q382, Q383, Q384, Q385, Q386, Q387						
1602	140250	咽頭の先天異常	Q388						
1603 から 1604 まで	140260	胸郭の変形および先天異常	Q676, Q677, Q678, Q765, Q766, Q767	その他の手術あり 漏斗胸手術 胸骨挙上法によるもの等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K487 (1に限る。), K482, K487 (2に限る。), K498 (1に限る。), K487 (3に限る。)				
1605 から 1606 まで	140270	肺の先天性異常	Q330, Q331, Q332, Q333, Q334, Q335, Q336, Q338, Q339, Q340					なし	パリビズマブ, 肺サーファクタント, G005, J045 なし
1607	140280	気道の先天異常	Q310, Q318, Q32, Q348, Q349					なし	パリビズマブ, 肺サーファクタント, J045 なし
1608 から 1611 まで	140290	動脈管開存症	Q250	その他の手術あり 動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K562 (1に限る。), K615	なし あり	D206 なし D206	なし	パリビズマブなし
1612 から 1615 まで	140300	心房中隔欠損症	Q211	経皮的心房中隔欠損閉鎖術 弁形成術等	K574-2 K554, K574 (1に限る。), K574 (2に限る。)	なし あり	D206 なし D206	なし	パリビズマブなし
1616 から	140310	心室中隔欠損	Q210			なし	D206 なし	なし	パリビズマブなし

1623 まで		症				あり	D206	あり	パリビズマブ	
1624 から 1626 まで	140320	房室中隔欠損症	Q212			あり	D206	なし	パリビズマブなし	
1627 から 1628 まで	140330	その他の左右短絡性心奇形	Q214, Q245, Q254, Q257, Q263	血管輪又は重複大動脈弓離断手術等	K564, K565, K568, K571 (1に限る。), K572, K577, K588, K589	あり	D206	なし	パリビズマブなし	
1629 から 1632 まで	140340	非短絡性心奇形	Q231, Q232, Q233, Q253, Q256	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K554 (1に限る。), K558, K570 を除く。)	なし	D206 なし	なし	パリビズマブなし	
				経皮的僧帽弁拡張術等	K559-2, K570-2	あり	D206			
1633 から 1635 まで	140350	ファロー四徴症	Q213	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K570-2 を除く。)	あり	D206	なし	パリビズマブなし	
1636 から 1641 まで	140360	新生児乳児の先天性心奇形	Q200, Q201, Q202, Q203, Q220, Q226, Q234, Q251, Q252, Q255, Q262	肺動脈絞扼術等	K563, K566, K573 (1に限る。)	あり	D206	なし	パリビズマブなし	
				大動脈縮窄 (離断) 症手術等	K567, K570, K571, K572, K573 (2に限る。), K581, K582, K583, K584, K585, K586 (1に限る。), K586 (2に限る。), K587			あり	パリビズマブ	
1642 から 1645 まで	140370	その他の複雑心奇形	Q204, Q205, Q224	右室二腔症手術等	K578, K586	あり	D206	なし	パリビズマブなし	
1646 から 1649 まで	140380	その他の循環器系の先天性心奇形	Q208, Q209, Q218, Q219, Q221, Q222, Q223, Q225, Q228, Q229, Q230, Q238, Q239, Q240, Q241, Q242, Q243, Q244, Q246, Q248, Q249, Q258, Q259, Q260, Q261, Q264, Q265, Q266, Q268, Q269	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K556-2, K570-2, K556, K557, K557-2, K557-4, K558, K569, K575 を除く。)	なし	D206 なし	なし	パリビズマブなし	
						あり	D206			
1650 から 1652 まで	140390	食道の先天異常	Q39					なし	パリビズマブ, 肺サーファクタント, G005, J045 なし	
								あり	パリビズマブ, 肺サーファクタント, G005, J045	
1653 から 1654 まで	140410	先天性肥厚性幽門狭窄症	Q400							

1655 から 1659 まで	140430	腸管の先天異常	Q402, Q403, Q408, Q409, Q41, Q430, Q431, Q432, Q433, Q434, Q438, Q439, Q451, Q458, Q459	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術			なし	パリビズマブ, 肺サー ファクタント, G005, J045 なし		
			小腸切除術 悪性 腫瘍手術以外の切 除術等	K716 (1に限る。), K717, K719-2, K724, K726, K728, K729, K734, K740 (1 に限る。), K740-2 (1に限 る。), K752 (1に限る。)			あり	パリビズマブ, 肺サー ファクタント, G005, J045			
			先天性巨大結腸症 手術等	K735, K735-3							
1660 から 1662 まで	140440	肛門閉鎖	Q42, Q435, Q436, Q437					なし	パリビズマブ, 肺サー ファクタント, G005, J045 なし		
								あり	パリビズマブ, 肺サー ファクタント, G005, J045		
1663 から 1664 まで	140450	胆道の先天異常 (拡張症)	Q440, Q441, Q444, Q445, Q446, Q447, Q450, Q452, Q453								
1665	140460	胆道の先天異常 (閉鎖症)	Q442, Q443					なし	G005, J045 なし		
1666	140480	先天性腹壁異常	Q792, Q793					あり	パリビズマブ, 肺サー ファクタント, G005, J045		
1667 から 1669 まで	140490	手足先天性疾患	Q66, Q681, Q682, Q684, Q685, Q688, Q690, Q691, Q692, Q699, Q700, Q701, Q702, Q703, Q704, Q709, Q710, Q711, Q712, Q713, Q714, Q715, Q716, Q718, Q719, Q720, Q721, Q722, Q723, Q724, Q725, Q726, Q727, Q729, Q73, Q740, Q749					なし	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K059, K013, K013-2 な し		
								あり	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K059, K013, K013-2		
1670 から 1671 まで	140500	骨軟骨先天性 形成異常	Q77, Q78, Q796, Q798								
1672 から 1673 まで	140510	股関節先天性 疾患、大腿骨	Q65, Q683	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						

		先天性疾患		先天性股関節脱臼 観血的整復術等	K064, K054 (1に限る。), K054 (3に限る。), K055- 2, K055-3, K058 (2に限 る。), K058 (4に限る。), K078 (1に限る。), K080 (1 に限る。), K141, K061 (1 に限る。), K062 (1に限 る。)					
1674 から 1675 まで	140550	先天性嚢胞性 腎疾患	Q61							
1676 から 1677 まで	140560	先天性水腎症	Q620, Q621, Q622, Q623							
1678 から 1681 まで	140580	先天性下部尿 路疾患	Q54, Q55, Q64	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術（ただし、 K799, K805 を除く。）					
				尿管摘出術等	K804, K726, K830					
				尿道形成手術等	K818, K819, K820, K821					
1682 から 1683 まで	140590	停留精巢	Q53							
1684	140600	女性性器の先 天性異常	Q51, Q52							
1685 から 1686 まで	140620	その他の先天 異常	Q206, Q270, Q271, Q272, Q273, Q274, Q278, Q279, Q288, Q289, Q50, Q56, Q60, Q674, Q728, Q741, Q742, Q743, Q748, Q768, Q769, Q794, Q795, Q799, Q820, Q821, Q822, Q823, Q824, Q829, Q84, Q86, Q871, Q872, Q873, Q874, Q875, Q878, Q890, Q891, Q893, Q894, Q897, Q898, Q899							
1687 から 1688 まで	150010	ウイルス性腸 炎	A08, A09					なし	J038 (1に限る。), G005, J045 なし	
								あり	J038 (1に限る。), G005, J045	



1689 から 1690 まで	150020	細菌性腸炎	A00, A01, A020, A022, A028, A029, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A052, A053, A054, A058, A059					なし	J038 (1に限る。), G005, J045 なし		
								あり	J038 (1に限る。), G005, J045		
1691	150030	ウイルス性髄 膜炎	A87					なし	G005, J045 なし		
1692	150040	熱性けいれん	R560					なし	G005, J045 なし		
1693 から 1695 まで	150050	急性脳炎急性 脳症	A830, A831, A832, A833, A834, A835, A836, A84, A850, A851, A852, A86, G934					なし	G005, J045 なし	あり	010230, 180010
								あり	G005, J045		
1696 から 1700 まで	150070	川崎病	M303				なし	D206 なし	なし	ガンマグロブリン, J045 なし	
							あり	D206	あり	ガンマグロブリン, J045	
1701	150110	染色体異常 (ターナー症候 群及びクラインフェルター 症候群を除く。)	Q90, Q91, Q92, Q93, Q95, Q97, Q985, Q986, Q987, Q988, Q989, Q99								

1702 から 1718 まで	160100	頭蓋・頭蓋内 損傷	S000, S007, S008, S009, S010, S017, S018, S019, S020, S021, S06, S071, S079, S080, S089, S090, S091, S097	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K045 (3に限る。), K083, K119, K120, K121, K124, K125, K128, K143, K144, K386, K481, K483, K494, K509 (1に限 る。), K509 (2に限 る。), K511, K513, K517, K534 (1に限 る。), K534 (2に限 る。), K607, K607-2, K623 (1に限る。) なし	なし	D227, J038 (2に限 る。), G005, J045 なし	あり	010200, 010220, 010230, 040080, 040130, 070140, 100070, 11013x, 110200, 160450, 180040
			血管塞栓術 (頭 部、胸腔、腹腔内 血管) 等	K615, K165, K180 (1に限 る。), K180 (2に限る。), K180 (3に限る。)	あり	K045 (3に限る。), K083, K119, K120, K121, K124, K125, K128, K143, K144, K386, K481, K483, K494, K509 (1に限 る。), K509 (2に限 る。), K511, K513, K517, K534 (1に限 る。), K534 (2に限 る。), K607, K607-2, K623 (1に限る。)	あり	D227, J038 (2に限 る。), G005, J045			
			穿頭脳室ドレナ- ー術等	K145, K147, K154, K164-2							
		減圧開頭術 その 他の場合等	K149 (2に限る。), K163, K164, K168								

1719 から 1723 まで	160200	顔面損傷（口 腔、咽頭損傷 を含む）	S003, S004, S005, S012, S013, S014, S015, S022, S023, S024, S025, S026, S027, S028, S029, S041, S042, S043, S044, S045, S046, S047, S048, S049, S070, S078, S081, S088, S099, S100, S101, T180	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術	なし	K607（2に限る。）、 K615, K015, K016, K017, K019, K020, K021, K021-2, K022, K059, K013, K013-2 な し	なし	K386, D227, K664, J038（2に限る。）、 G005, J045 なし		
			鼻骨骨折整復固定 術等	K333, K227, K228, K333- 2, K333-3, K334, K334-2, K335, K335-2, K335-3, K427, K427-2, K229, K428, K430, K432	あり	K607（2に限る。）、 K615, K015, K016, K017, K019, K020, K021, K021-2, K022, K059, K013, K013-2					
			下顎骨折観血的手 術等	K429, K429-2, K431, K433, K434, K443（1に限 る。）、K443（2に限る。）、 K443（3に限る。）、K444（ 1に限る。）、K444（2に限 る。）、K444（3に限る。）、 K444（4に限る。）、K445, K446							
1724 から 1728 まで	160250	眼損傷	H055, H446, H447, S001, S002, S011, S050, S051, S052, S053, S054, S055, S056, S057, S058, S059, T150, T151, T158, T159, T26	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
			瞼縁縫合術（瞼板 縫合術を含む。）等	K207, K000-2, K001, K010, K204, K206, K274							
			眼窩内異物除去術 （深在性）等	K230, K226, K229, K243, K252							
			硝子体切除術等	K279, K239, K241, K245, K246, K278, K280							
1729 から 1730 まで	160300	喉頭・頸部気 管損傷	S110, T17					なし	J038（2に限る。）、 G005, J045 なし		
1731 から 1732 まで	160350	頸部損傷（喉 頭・頸部気管 損傷、頸椎頸 髓損傷を除 く）	S03, S107, S108, S109, S111, S112, S117, S118, S119, S128, S135, S15, S16, S17, S18, S19					なし	J038（2に限る。）、 G005, J045 なし		
1733 から 1737 まで	160400	胸郭・横隔膜 損傷	S20, S21, S222, S223, S224, S225, S228, S229, S234, S235, S278, S29	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術（ただし、 K481, K483, K607（1に限 る。）、K534（1に限る。）、 K534（2に限る。）を除 く。）			なし	J019, J008, J038（2に 限る。）、G005, J045 な し	あり	050050, 070370
								あり	J019, J008, J038（2に 限る。）、G005, J045		

1738	160440	外耳・中耳損傷（異物を含む）	S092, S098, T16						
1739 から 1743 まで	160450	肺・胸部気管・気管支損傷	S243, S244, S246, S254, S255, S257, S258, S259, S270, S271, S272, S273, S274, S275, S276, S277, S279, S28	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K386, K509（1に限る。）、K509（2に限る。）を除く。）			なし	J019, J008, J038（2に限る。）、G005, J045 なし
				肺切除術等	K511, K607, K607-2, K623（1に限る。）、K494, K513, K517			あり	J019, J008, J038（2に限る。）、G005, J045
1744	160480	心・大血管損傷	S250, S251, S252, S253, S26						
1745 から 1747 まで	160500	食道・胃損傷	S363, T181, T182, T281, T286	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				
				食道異物摘出術等	K523, K653-2, K653-3				
1748 から 1752 まで	160510	肝・胆道・膵・脾損傷	S361, S362, S360			なし	K615 なし	なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし
						あり	K615	あり	J038（2に限る。）、G005, J045
1753 から 1755 まで	16054x	腸管損傷（胃以外）	S364, T183, S365, T184, S366, T185					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし
								あり	J038（2に限る。）、G005, J045
1756 から 1758 まで	160575	その他腹腔内臓器の損傷	S367, S368, S369, T188, T282, T287					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし
								あり	J038（2に限る。）、G005, J045
1759 から 1760 まで	160580	腹壁損傷	S30, S310, S311					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし
1761	160590	四肢神経損傷	S44, S54, S64, S74, S84, S94, T113						
1762	160600	四肢血管損傷	S45, S55, S65, S75, S85, S95, T114						

1763 から 1769 まで	160610	四肢筋腱損傷	M620, M621, M623, M626, M628, M629, M660, M661, M662, M663, M664, M665, S46, S534, S56, S633, S634, S635, S636, S637, S66, S731, S76, S86, S934, S935, S936, S96, T112, T115	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					あり	050050, 070290, 100070, 100300, 180040
				腱縫合術等	K037, K035, K039, K040, K078					
				靭帯断裂形成手術等	K079, K034+K040 (1に限る。), K037+K040+K039, K039+K040, K074, K074-2, K079-2, K080 (1に限る。), K080-3, K080-4					
1770 から 1773 まで	160620	肘、膝の外傷 (スポーツ障害等を含む。)	M23, M704, M705, M8306, M8316, M8326, M8336, M8346, M8356, M8386, M8396, M932, S532, S533, S830, S831, S832, S833, S834, S835, S836, S837	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				関節内異物(挿入物を含む。)除去術等	K065, K042, K065-2					
				腱縫合術等	K037, K066, K066-2, K066-3, K066-4, K066-5, K066-6, K067, K067-2, K068, K068-2, K069, K069-3, K073 (1に限る。), K073 (2に限る。), K074, K074-2, K079, K079-2					
1774 から 1776 まで	160640	外傷性切断	S48, S58, S68, S78, S88, S98, T05, T096, T116, T136, T147	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				四肢切断術等	K084, K084-2, K085, K106, K107, K087					
				切断四肢再接合術	K088					
1777 から 1778 まで	160650	コンパートメント症候群	M622, M6240, M6242, M6243, M6247, M6248, M6249, M625, T796					なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし	
1779 から 1781 まで	160660	皮下軟部損傷・挫減損傷、開放創	S317, S381, S40, S410, S411, S417, S418, S47, S50, S51, S57, S600, S601, S602, S607, S608, S609, S610, S611, S617, S618, S619, S670, S678, S70, S71, S77, S80, S81, S87, S90, S91, S97, T111, T118					なし	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K013, K013-2 なし	
								あり	K015, K016, K017, K019, K020, K022, K013, K013-2	
1782 から 1784 まで	160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	S220, S221, S230, S231, S232, S233, S240, S241, S242, S245, S320, S330, S331, S340, S341, S342, S343, S344, S345, T08	その他の手術あり この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術						
				椎弓切除術等	K131, K118, K132, K134, K142, K144					

1785 から 1787 まで	160700	鎖骨骨折、肩 甲骨骨折	S4200, S4210						あり	100070, 160400, 160660, 160720	
1788 から 1792 まで	160720	肩関節周辺の 骨折脱臼	M2431, M2441, S4220, S4230, S4270, S4280, S4290, S430, S431, S432, S433	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術				あり	010060, 050050, 070370, 130090	
				骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大 腿等	K046 (1に限る。), K045, K049, K063 (1に限る。), K073 (1に限る。), K080 (1 に限る。), K081 (1に限 る。), K182 (2に限る。), K182-2 (2に限る。), K188						
1793	160730	肩関節周辺開 放骨折	S4221, S4231, S4271, S4281, S4291								
1794 から 1795 まで	160740	肘関節周辺の 骨折・脱臼	S4240, S5200, S5210, S530, S531						あり	050050, 070370, 100070, 100300, 160660, 180040	
1796	160750	肘関節周辺開 放骨折	S4241, S5201, S5211								
1797 から 1799 まで	160760	前腕の骨折	S5220, S5230, S5240, S5250, S5270, S5280, S5290						あり	050050, 050070, 070370, 100070, 160100, 160660	
1800	160770	前腕開放骨折	S5221, S5231, S5241, S5251, S5271, S5281, S5291								
1801 から 1802 まで	160780	手関節周辺骨 折脱臼	S5260, S6200, S6210, S6220, S6230, S6240, S6250, S6260, S6270, S6280, S630, S631, S632						あり	070370, 100070	
1803	160790	手関節周辺開 放骨折	S5261, S6201, S6211, S6221, S6231, S6241, S6251, S6261, S6271, S6281								
1804 から 1807 まで	160800	股関節大腿近 位骨折	M2435, M2445, S7200, S7210, S7220, S7230, S7270, S7280, S7290, S730	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる 手術以外の手術						
				関節脱臼観血的整 復術 肩、股、膝 等	K063 (1に限る。), K046 (1 に限る。)						
				人工骨頭挿入術 肩、股	K081 (1に限る。)						

1808	160810	股関節大腿近位開放骨折	S7201, S7211, S7221, S7231, S7271, S7281, S7291						
1809 から 1812 まで	160820	膝関節周辺骨折・脱臼	S7240, S8200, S8210, S8270	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				あり 070470, 130090, 180040
				骨折観血的手術等	K046, K049 (3に限る。), K051 (3に限る。), K063 (1に限る。), K066 (1に限る。), K066-2 (1に限る。), K066-3 (1に限る。), K066-4 (1に限る。), K066-5, K066-6, K073 (1に限る。)				
1813 から 1815 まで	160830	膝関節周辺開放骨折	S7241, S8201, S8211, S8271	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				
				骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手 (舟状骨を除く。)、足、指 (手、足)その他	K046 (3に限る。)				
				骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大 腿等	K046 (1に限る。), K046 (2に限る。)				
1816 から 1818 まで	160835	下腿足関節周辺骨折	M8436, S8220, S8230, S8240, S8290	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術				
				骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿等	K045 (2に限る。), K046 (2に限る。), K063 (2に限る。), K073 (1に限る。), K073 (2に限る。), K078 (2に限る。), K044 (2に限る。), K061 (2に限る。), K083				
1819 から 1820 まで	160840	下腿足関節周辺開放骨折	S8221, S8231, S8241, S8291	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 (ただし、K084 (2に限る。), K083 を除く。)				
				骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手 (舟状骨を除く。)、足、指 (手、足)その他等	K046 (3に限る。), K046 (2に限る。)				

1821 から 1825 まで	160850	足関節・足部の骨折、脱臼	M8437, S8250, S8260, S8280, S9200, S9210, S9220, S9230, S9240, S9250, S9270, S9290, S930, S931, S932, S933	その他の手術あり 骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く）、足、指（手、足）その他等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K046（3に限る。）、K063（2に限る。）、K063（3に限る。）、K073（2に限る。）、K073（3に限る。）、K074-2（3に限る。）、K074（3に限る。）					あり	050050, 070370, 100070, 100300, 160690
1826	160860	足関節・足部の骨折、脱臼、開放骨折	S8251, S8261, S8281, S9201, S9211, S9221, S9231, S9241, S9251, S9271, S9291								
1827 から 1833 まで	160870	頸椎頸髄損傷	S120, S121, S122, S127, S129, S130, S131, S132, S133, S134, S136, S140, S141, S142, S143, S144, S145, S146, S346	その他の手術あり 椎弓切除術等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K131, K118, K132, K134, K142, K182, K182-2, K188			なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし	あり	040080, 070140
1834 から 1835 まで	160950	腎・尿管損傷	S370, S371					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし		
1836 から 1837 まで	160960	膀胱・尿道損傷	S372, S373, T190, T191					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし		
1838 から 1840 まで	160970	生殖器損傷	S312, S313, S314, S315, S318, S374, S375, S376, S380, S382, T192, T193, T198, T199	その他の手術あり 陰茎形成術等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術（ただし、K805, K877, K887, K903 を除く。） K819-2, K825, K826, K826-2, K830, K830-2, K851, K851-2, K852			なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし		
1841 から 1843 まで	160980	骨盤損傷	S321, S322, S323, S324, S325, S327, S328, S332, S333, S334, S335, S336, S337, S348, S377, S378, S379, S383, S39	その他の手術あり 体外式脊椎固定術等	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術 K144, K119, K120, K124, K125, K128, K143, K045（3に限る。）、K083, K121	なし	K615, K726, K805 なし	なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし		
1844 から 1848 まで	160990	多部位外傷	S434, S435, S436, S437, S49, S59, S69, S79, S89, S99, T00, T01, T02, T03, T04, T06, T07					なし	J038（2に限る。）、G005, J045 なし	あり	010060, 100070, 160800, 160980
								あり	J038（2に限る。）、G005, J045		



1849 から 1850 まで	160995	気道熱傷	T27						なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
1851 から 1857 まで	161000	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷	L55, L56, T200, T201, T202, T203, T204, T205, T206, T207, T210, T211, T212, T213, T214, T215, T216, T217, T220, T221, T222, T223, T224, T225, T226, T227, T230, T231, T232, T233, T234, T235, T236, T237, T240, T241, T242, T243, T244, T245, T246, T247, T250, T251, T252, T253, T254, T255, T256, T257, T280, T283, T284, T285, T290, T291, T292, T293, T294, T295, T296, T297, T300, T301, T302, T303, T304, T305, T306, T307, T31, T32, T330, T331, T332, T333, T334, T335, T336, T337, T338, T339, T340, T341, T342, T343, T344, T345, T346, T347, T348, T349, T350, T351, T352, T353, T354, T355, T356, T357, T750, T752, T754	その他の手術あり	この項の手術の欄に掲げる手術以外の手術					なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし		
				分層植皮術 25 平方センチメートル未満等	K013 (1に限る。), K013 (2に限る。), K013 (3に限る。), K013-2 (1に限る。), K013-2 (2に限る。), K013-2 (3に限る。)					あり	J038 (2に限る。), G005, J045		
				分層植皮術 20 平方センチメートル以上等	K013 (4に限る。), K013-2 (4に限る。)								
1858 から 1860 まで	161020	体温異常	T67, T68, T69						なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし	あり	010060, 01021x, 040080	
									あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
1861	161040	損傷の続発性、後遺症	T90, T910, T913, T914, T915, T918, T919, T920, T923, T924, T925, T926, T928, T929, T930, T933, T934, T935, T936, T938, T939, T94, T95, T96, T97, T98										
1862 から 1865 まで	161060	詳細不明の損傷等	T090, T091, T092, T093, T094, T095, T098, T099, T10, T110, T119, T12, T130, T131, T132, T133, T134, T135, T138, T139, T140, T141, T142, T143, T144, T145, T146, T148, T149, T189, T288, T289, T66, T71, T73, T751, T753, T758, T782, T783, T784, T788, T789, T794, T795, T797, T798, T799						なし	J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									あり	J038 (2に限る。), G005, J045			
1866 から 1867 まで	161070	薬物中毒(その他の中毒)	T36, T37, T38, T39, T40, T41, T42, T43, T44, T45, T46, T47, T48, T49, T50, T51, T52, T53, T54, T55, T56, T57, T58, T59, T60, T61, T62, T63, T64, T65, T887						なし	J041, J039, J038 (2に限る。), G005, J045 なし			
									1あり	G005, J045			

1868	170020	精神作用物質 使用による精 神および行動 の障害	F100, F101, F103, F104, F105, F106, F108, F109, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18, F19						
1869	170030	統合失調症, 統合失調症型 障害および妄 想性障害	F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29						
1870	170040	気分〔感情〕 障害	F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39						
1871 から 1875 まで	180010	敗血症	A021, A327, A391, A392, A393, A394, A395, A398, A399, A40, A41, B007, B250, B252, B376, B377, B387, B393, B407, B417, B427, B447, B464					なし	J041, J038-2, J038 (2に 限る。), G005, J045, ガンマグロブリ ンなし
								1あり	ガンマグロブリン
								2あり	J038 (2に限る。), G005, J045
								3あり	J041, J038-2
1876	180020	性感染症	A50, A51, A52, A53, A54, A55, A560, A561, A563, A564, A568, A57, A58, A59, A60, A638, A64, A65, A66, A67						
1877	180035	その他の真菌 感染症	A43, A44, B35, B36, B370, B372, B373, B374, B378, B379, B380, B381, B382, B383, B388, B389, B390, B391, B392, B394, B395, B399, B400, B401, B402, B403, B408, B409, B410, B418, B419, B420, B421, B428, B429, B430, B432, B438, B439, B442, B448, B449, B460, B461, B462, B463, B465, B468, B469, B47, B48, B49						
1878 から 1879 まで	180050	その他の悪性 腫瘍	C457, C459, C761, C762, C767, C768, C778, C779, C788, C794, C798, C80, C97, D019, D040, D043, D099						
1880 から 1881 まで	180060	その他の新生 物	D139, D157, D159, D175, D177, D213, D367, D369, D379, D449, D480, D482, D484, D485, D487, D489						

備考 1 「ICDコード」の欄に掲げるICD-10コードは、平成6年10月総務庁告示第75号（統計調査に用いる産業分類並びに疾病、傷害及び死因分類を定める政令第三条に基づく分類の名称及び分類表を定める等の件）第一号（疾病、傷病及び死因の統計分類基本分類表）に掲げる分類項目のコードをいう。

2 「区分番号等」の欄に掲げる区分名は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に掲げる区分をいう。

厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表4から6まで及び12の規定に基づき、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数を次のように定め、平成二十二年四月一日から適用し、厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）は、同年三月三十一日限り廃止する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数

一 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟

別表第一の病院の欄に掲げる病院の一般病棟

二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表4から6までに規定する厚生労働大臣が定める病院

別表第一の病院の欄に掲げる病院

三 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表12に規定する病院ごとに厚生労働大臣が定める調整係数

別表第一の病院の欄に掲げる病院についてそれぞれ同表の調整係数の欄に定める数

四 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表12に規定する病院ごとに厚生労働大臣が定める機能評価係数

イ 別表第一の病院の欄に掲げる病院であつて診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料に係る届出を行ったものに係る機能評価係数

当該病院が別表第二の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院である場合におけるそれぞれ同表の右欄に定める数を合算して得た数と、当該病院について別表第一に掲げるデータ提出指数の欄の数（ただし、当該病院が調整係数及び機能評価係数を定めるために必要なデータの提出を遅滞させた場合にあつては、当該数に百分の五十を乗じて得た数）、効率性指数の欄の数、複雑性指数の欄の数、カバー率指数の欄の数及び救急医療指数の欄の数を合算した数（以下「当該病院の機能評価係数」という。以下同じ。）とを合算して得た数

ロ 別表第一の病院の欄に掲げる病院であつて医科点数表区分番号A105に掲げる専門病院入院

基本料に係る届出を行ったものに係る機能評価係数

当該病院が別表第三の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院又は同欄に掲げる病院に該当する病院である場合におけるそれぞれ同表の右欄に定める数を合算して得た数と、当該病院の機能評価係数 とを合算して得た数

八 別表第一の病院の欄に掲げる病院（イ又はロに規定する病院を除く。）に係る機能評価係数

当該病院が別表第四の左欄に掲げる医科点数表に規定する診療料に係る届出を行った病院又は同欄に掲げる病院に該当する病院である場合におけるそれぞれ同表の右欄に定める数を合算して得た数と、当該病院の機能評価係数 とを合算して得た数

別表第一

	都道府県	病院	調整係数	機能評価係数Ⅱ				
				データ提出指数	効率性指数	複雑性指数	カバー率指数	救急医療指数
1	北海道	札幌医科大学附属病院						
2	北海道	北海道大学病院						
3	北海道	旭川医科大学病院						
4	青森	弘前大学医学部附属病院						
5	岩手	岩手医科大学附属病院						
6	宮城	東北大学病院						
7	秋田	秋田大学医学部附属病院						
8	山形	国立大学法人山形大学医学部附属病院						
9	福島	公立大学法人福島県立医科大学附属病院						
10	茨城	筑波大学附属病院						
11	栃木	自治医科大学附属病院						
12	栃木	獨協医科大学病院						
13	群馬	国立大学法人群馬大学医学部附属病院						
14	埼玉	埼玉医科大学病院						
15	埼玉	防衛医科大学校病院						
16	千葉	千葉大学医学部附属病院						
17	東京	東京慈恵会医科大学附属病院						
18	東京	東京医科大学病院						
19	東京	東京女子医科大学病院						
20	東京	慶應義塾大学病院						
21	東京	日本医科大学付属病院						
22	東京	順天堂大学医学部附属順天堂医院						
23	東京	昭和大学病院						
24	東京	東邦大学医療センター大森病院						
25	東京	日本大学医学部附属板橋病院						
26	東京	帝京大学医学部附属病院						
27	東京	杏林大学医学部付属病院						
28	東京	国立がんセンター中央病院						
29	東京	東京医科歯科大学医学部附属病院						
30	東京	東京大学医学部附属病院						
31	神奈川	公立大学法人 横浜市立大学附属病院						
32	神奈川	北里大学病院						
33	神奈川	東海大学医学部付属病院						
34	神奈川	聖マリアンナ医科大学病院						
35	新潟	新潟大学医歯学総合病院						
36	富山	国立大学法人富山大学附属病院						
37	石川	金沢医科大学病院						
38	石川	金沢大学附属病院						
39	福井	福井大学医学部附属病院						
40	山梨	山梨大学医学部附属病院						
41	長野	国立大学法人 信州大学医学部附属病院						
42	岐阜	国立大学法人 岐阜大学医学部附属病院						
43	静岡	浜松医科大学医学部附属病院						

44	愛知	名古屋市立大学病院							
45	愛知	藤田保健衛生大学病院							
46	愛知	愛知医科大学病院							
47	愛知	名古屋大学医学部附属病院							
48	三重	国立大学法人三重大学医学部附属病院							
49	滋賀	滋賀医科大学医学部附属病院							
50	京都	京都府立医科大学附属病院							
51	京都	京都大学医学部附属病院							
52	大阪	大阪医科大学附属病院							
53	大阪	大阪市立大学医学部附属病院							
54	大阪	関西医科大学附属枚方病院							
55	大阪	近畿大学医学部附属病院							
56	大阪	国立循環器病センター							
57	大阪	大阪大学医学部附属病院							
58	兵庫	兵庫医科大学病院							
59	兵庫	神戸大学医学部附属病院							
60	奈良	奈良県立医科大学附属病院							
61	和歌山	和歌山県立医科大学附属病院							
62	鳥取	鳥取大学医学部附属病院							
63	鳥根	鳥根大学医学部附属病院							
64	岡山	川崎医科大学附属病院							
65	岡山	岡山大学病院							
66	広島	広島大学病院							
67	山口	山口大学医学部附属病院							
68	徳島	徳島大学病院							
69	香川	香川大学医学部附属病院							
70	愛媛	愛媛大学医学部附属病院							
71	高知	高知大学医学部附属病院							
72	福岡	福岡大学病院							
73	福岡	久留米大学病院							
74	福岡	産業医科大学病院							
75	福岡	九州大学病院							
76	佐賀	佐賀大学医学部附属病院							
77	長崎	長崎大学病院							
78	熊本	熊本大学医学部附属病院							
79	大分	大分大学医学部附属病院							
80	宮崎	宮崎大学医学部附属病院							
81	鹿児島	鹿児島大学病院							
82	沖縄	琉球大学医学部附属病院							
83	北海道	医療法人禎心会病院							
84	北海道	北海道社会保険病院							
85	北海道	札幌社会保険総合病院							
86	北海道	医療法人 溪仁会 手稲溪仁会病院							
87	北海道	医療法人 母恋 日鋼記念病院							
88	北海道	医療法人社団 新日鐵室蘭総合病院							
89	宮城	仙台社会保険病院							

90	宮城	東北厚生年金病院							
91	宮城	宮城社会保険病院							
92	宮城	独立行政法人国立病院機構仙台医療センター							
93	福島	財団法人竹田総合病院							
94	福島	社会保険二本松病院							
95	茨城	株式会社日立製作所 日立総合病院							
96	茨城	医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院							
97	群馬	社会保険群馬中央総合病院							
98	群馬	医療法人社団輝城会沼田脳神経外科循環器科病院							
99	埼玉	埼玉協同病院							
100	埼玉	社会保険大宮総合病院							
101	埼玉	医療法人社団東光会戸田中央総合病院							
102	埼玉	独立行政法人国立病院機構埼玉病院							
103	千葉	医療法人鉄蕉会亀田総合病院							
104	千葉	独立行政法人国立病院機構千葉医療センター							
105	東京	社会保険中央総合病院							
106	東京	城東社会保険病院							
107	東京	東芝病院							
108	東京	東京医療生活協同組合中野総合病院							
109	東京	医療法人財団河北総合病院							
110	神奈川	社会保険横浜中央病院							
111	神奈川	川崎社会保険病院							
112	富山	南砺市民病院							
113	石川	金沢社会保険病院							
114	山梨	社会保険山梨病院							
115	岐阜	岐阜社会保険病院							
116	静岡	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院							
117	愛知	社会保険中京病院							
118	京都	医療法人社団 洛和会 洛和会音羽病院							
119	大阪	医療法人橘会 東住吉森本病院							
120	大阪	医療法人蒼龍会井上病院							
121	大阪	松下記念病院							
122	大阪	健康保険組合連合会大阪中央病院							
123	大阪	医療法人若弘会若草第一病院							
124	大阪	星ヶ丘厚生年金病院							
125	大阪	独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター							
126	兵庫	医療法人伯鳳会赤穂中央病院							
127	兵庫	独立行政法人国立病院機構神戸医療センター							
128	和歌山	独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター							
129	岡山	財団法人操風会岡山旭東病院							
130	岡山	財団法人倉敷中央病院							
131	岡山	独立行政法人国立病院機構岡山医療センター							
132	広島	マツダ株式会社 マツダ病院							
133	山口	総合病院社会保険徳山中央病院							
134	徳島	健康保険鳴門病院							
135	福岡	社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院							



136	福岡	社会保険久留米第一病院							
137	福岡	飯塚病院							
138	福岡	独立行政法人国立病院機構九州医療センター							
139	佐賀	佐賀社会保険病院							
140	長崎	健康保険諫早総合病院							
141	熊本	健康保険八代総合病院							
142	熊本	健康保険人吉総合病院							
143	熊本	健康保険天草中央総合病院							
144	沖縄	特定医療法人敬愛会 中頭病院							
145	北海道	医療法人医仁会 中村記念病院							
146	北海道	北海道勤労者医療協会 中央病院							
147	北海道	医療法人 北農会 恵み野病院							
148	北海道	旭川赤十字病院							
149	北海道	市立旭川病院							
150	北海道	医療法人 孝仁会 釧路孝仁会記念病院							
151	北海道	北見赤十字病院							
152	岩手	岩手県立中央病院							
153	岩手	盛岡赤十字病院							
154	宮城	財団法人宮城厚生協会 坂総合病院							
155	宮城	みやぎ県南中核病院							
156	宮城	独立行政法人 労働者健康福祉機構 東北労災病院							
157	宮城	仙台市立病院							
158	秋田	本荘第一病院							
159	山形	社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院							
160	福島	財団法人 脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院							
161	福島	公立藤田総合病院							
162	茨城	総合病院取手協同病院							
163	茨城	筑波メディカルセンター病院							
164	茨城	株式会社日立製作所 水戸総合病院							
165	栃木	日本赤十字社栃木県支部足利赤十字病院							
166	栃木	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会 済生会宇都宮病院							
167	群馬	前橋赤十字病院							
168	群馬	財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院							
169	群馬	伊勢崎市民病院							
170	群馬	公立富岡総合病院							
171	群馬	富士重工業健康保険組合 総合太田病院							
172	群馬	館林厚生病院							
173	埼玉	埼玉社会保険病院							
174	埼玉	社会福祉法人恩賜財団埼玉県済生会川口総合病院							
175	埼玉	自治医科大学附属さいたま医療センター							
176	埼玉	獨協医科大学越谷病院							
177	埼玉	医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院							
178	埼玉	医療法人財団 石心会 狭山病院							
179	埼玉	医療法人 壮幸会 行田総合病院							
180	千葉	JFE健康保険組合川鉄千葉病院							
181	千葉	千葉社会保険病院							

182	千葉	独立行政法人 労働者健康福祉機構 千葉労災病院							
183	千葉	学校法人 順天堂 順天堂大学医学部附属浦安病院							
184	千葉	医療法人社団 圭春会 小張総合病院							
185	千葉	医療法人社団木下会 千葉西総合病院							
186	千葉	日本医科大学千葉北総病院							
187	東京	財団法人聖路加国際病院							
188	東京	国家公務員共済組合連合会 東京共済病院							
189	東京	日本赤十字社医療センター							
190	東京	東京都立豊島病院							
191	東京	医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院							
192	東京	財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院							
193	東京	社会福祉法人 仁生社 江戸川病院							
194	東京	医療法人財団岩井医療財団 岩井整形外科内科病院							
195	東京	青梅市立総合病院							
196	東京	武蔵野赤十字病院							
197	東京	公立昭和病院							
198	東京	医療法人財団 大和会 東大和病院							
199	神奈川	公立大学法人 横浜市立大学附属 市民総合医療センター							
200	神奈川	国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院							
201	神奈川	医療法人五星会 菊名記念病院							
202	神奈川	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院							
203	神奈川	国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院							
204	神奈川	湘南鎌倉総合病院							
205	神奈川	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院							
206	神奈川	社会保険相模野病院							
207	神奈川	秦野赤十字病院							
208	神奈川	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院							
209	神奈川	昭和大学藤が丘病院							
210	神奈川	昭和大学横浜市北部病院							
211	神奈川	神奈川県厚生農業協同組合連合会 伊勢原協同病院							
212	神奈川	医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院							
213	神奈川	医療法人財団石心会 川崎幸病院							
214	神奈川	関東労災病院							
215	神奈川	帝京大学医学部附属溝口病院							
216	神奈川	横浜市立みなと赤十字病院							
217	神奈川	独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センター							
218	新潟	済生会新潟第二病院							
219	新潟	独立行政法人 労働者健康福祉機構 新潟労災病院							
220	富山	社会保険高岡病院							
221	石川	社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院							
222	石川	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター							
223	福井	福井県済生会病院							
224	山梨	独立行政法人国立病院機構甲府病院							
225	長野	長野赤十字病院							
226	長野	長野市民病院							
227	長野	社会医療法人財団慈泉会 相澤病院							

228	長野	諏訪赤十字病院							
229	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院							
230	長野	独立行政法人国立病院機構長野病院							
231	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会 中濃厚生病院							
232	岐阜	社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院							
233	岐阜	総合病院 高山赤十字病院							
234	静岡	三島社会保険病院							
235	静岡	静岡赤十字病院							
236	静岡	藤枝市立総合病院							
237	静岡	県西部浜松医療センター							
238	静岡	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院							
239	愛知	名古屋第一赤十字病院							
240	愛知	国家公務員共済組合連合会 名城病院							
241	愛知	みなと医療生活協同組合 協立総合病院							
242	愛知	名古屋共立病院							
243	愛知	独立行政法人労働者健康福祉機構 中部労災病院							
244	愛知	大同病院							
245	愛知	豊橋市民病院							
246	愛知	総合大雄会病院							
247	愛知	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院							
248	愛知	トヨタ記念病院							
249	愛知	独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター							
250	三重	四日市社会保険病院							
251	三重	鈴鹿回生病院							
252	三重	三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院							
253	三重	市立伊勢総合病院							
254	三重	独立行政法人国立病院機構三重中央医療センター							
255	滋賀	大津赤十字病院							
256	滋賀	滋賀県立成人病センター							
257	京都	医療法人財団 康生会武田病院							
258	京都	社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院							
259	京都	京都第二赤十字病院							
260	京都	京都第一赤十字病院							
261	京都	社会保険京都病院							
262	京都	独立行政法人 国立病院機構京都医療センター							
263	大阪	特定医療法人 同仁会 耳原総合病院							
264	大阪	医療法人生長会 ベルランド総合病院							
265	大阪	医療法人 ベガサス 馬場記念病院							
266	大阪	医療法人生長会 府中病院							
267	大阪	医療法人愛仁会 高槻病院							
268	大阪	医療法人 愛仁会 千船病院							
269	大阪	地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター							
270	大阪	大阪警察病院							
271	大阪	財団法人 日本生命済生会附属 日生病院							
272	大阪	医療法人きつこう会 総合病院多根病院							
273	大阪	医療法人 美杉会 佐藤病院							

274	大阪	淀川キリスト教病院							
275	大阪	財団法人 住友病院							
276	大阪	財団法人 田附興風会 北野病院							
277	大阪	医療法人財団 阪南医療福祉センター 阪南中央病院							
278	大阪	富田林病院							
279	大阪	医療法人 宝生会 PL病院							
280	大阪	医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院							
281	大阪	医療法人 医真会 医真会八尾総合病院							
282	大阪	大阪厚生年金病院							
283	大阪	大阪府済生会中津病院							
284	大阪	社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会吹田病院							
285	大阪	箕面市立病院							
286	大阪	市立堺病院							
287	大阪	市立池田病院							
288	大阪	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター							
289	兵庫	医療法人社団 甲友会 西宮協立脳神経外科病院							
290	兵庫	医療法人社団 清和会 笹生病院							
291	兵庫	社団法人明石市医師会立 明石医療センター							
292	兵庫	独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院							
293	兵庫	総合病院 姫路聖マリア病院							
294	兵庫	兵庫県立姫路循環器病センター							
295	兵庫	姫路赤十字病院							
296	兵庫	赤穂市民病院							
297	兵庫	神戸アドベンチスト病院							
298	兵庫	社会保険神戸中央病院							
299	兵庫	神戸赤十字病院							
300	兵庫	独立行政法人国立病院機構姫路医療センター							
301	奈良	奈良社会保険病院							
302	奈良	社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院							
303	和歌山	橋本市民病院							
304	島根	島根県立中央病院							
305	岡山	特定医療法人 鴻仁会 岡山中央病院							
306	岡山	岡山済生会総合病院							
307	岡山	総合病院岡山赤十字病院							
308	広島	県立広島病院							
309	広島	国家公務員共済組合連合会 広島記念病院							
310	広島	国家公務員共済組合連合会 呉共済病院							
311	広島	独立行政法人国立病院機構呉医療センター							
312	山口	独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター							
313	徳島	徳島県立中央病院							
314	徳島	徳島赤十字病院							
315	香川	社会医療法人財団大樹会 総合病院 回生病院							
316	香川	高松赤十字病院							
317	香川	独立行政法人 労働者健康福祉機構 香川労災病院							
318	愛媛	愛媛労災病院							
319	高知	医療法人近森会 近森病院							

320	高知	高知赤十字病院							
321	福岡	医療法人 原三信病院							
322	福岡	福岡市民病院							
323	福岡	国家公務員共済組合連合会 浜の町病院							
324	福岡	福岡県済生会福岡総合病院							
325	福岡	社会医療法人 大成会 福岡記念病院							
326	福岡	公立学校共済組合 九州中央病院							
327	福岡	公立八女総合病院							
328	福岡	医療法人天神会 新古賀病院							
329	福岡	医療法人 社団高邦会 高木病院							
330	福岡	新日鐵八幡記念病院							
331	福岡	九州厚生年金病院							
332	福岡	医療法人財団 池友会 新行橋病院							
333	佐賀	医療法人祐愛会 織田病院							
334	佐賀	佐賀県立病院好生館							
335	佐賀	独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター							
336	長崎	医療法人 白十字会 佐世保中央病院							
337	長崎	独立行政法人国立病院機構長崎医療センター							
338	長崎	長崎労災病院							
339	長崎	長崎市立市民病院							
340	長崎	社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院							
341	長崎	日本赤十字社長崎原爆病院							
342	長崎	佐世保市立総合病院							
343	熊本	独立行政法人国立病院機構熊本医療センター							
344	熊本	熊本赤十字病院							
345	熊本	熊本市立熊本市民病院							
346	熊本	国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院							
347	熊本	国保水俣市立総合医療センター							
348	熊本	済生会熊本病院							
349	大分	医療法人敬和会 大分岡病院							
350	大分	国家公務員共済組合連合会 新別府病院							
351	大分	健康保険南海病院							
352	鹿児島	社団法人鹿児島共済会 南風病院							
353	鹿児島	財団法人 慈愛会 今村病院分院							
354	鹿児島	今村 病院							
355	鹿児島	社会医療法人 聖医会 サザン・リージョン病院							
356	鹿児島	川内市医師会立市民病院							
357	沖縄	特定医療法人仁愛会 浦添総合病院							
358	沖縄	医療法人友愛会 豊見城中央病院							
359	沖縄	医療法人かりゆし会 ハートライフ病院							
360	北海道	医療法人 北海道循環器病院							
361	北海道	市立札幌病院							
362	北海道	札幌南三条病院							
363	北海道	医療法人 徳洲会 札幌東徳洲会病院							
364	北海道	医療法人 母恋 天使病院							
365	北海道	KKR札幌医療センター							

366	北海道	医療法人恵佑会札幌病院							
367	北海道	医療法人五月会 小笠原クリニック札幌病院							
368	北海道	特定医療法人 北楡会 札幌北楡病院							
369	北海道	医療法人社団 碩心会 心臓血管センター 北海道大野病院							
370	北海道	社会福祉法人函館厚生院函館五稜郭病院							
371	北海道	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院							
372	北海道	医療法人 雄心会 函館新都市病院							
373	北海道	市立函館病院							
374	北海道	医療法人 健康会 くにもと病院							
375	北海道	総合病院 釧路赤十字病院							
376	北海道	独立行政法人 労働者健康福祉機構 釧路労災病院							
377	北海道	医療法人社団北斗 北斗病院							
378	青森	八戸市立市民病院							
379	青森	十和田市立中央病院							
380	岩手	岩手県立久慈病院							
381	宮城	石巻赤十字病院							
382	宮城	石巻市立病院							
383	宮城	宮城県立がんセンター							
384	宮城	総合南東北病院							
385	宮城	大崎市民病院							
386	宮城	仙台赤十字病院							
387	秋田	市立秋田総合病院							
388	秋田	秋田赤十字病院							
389	山形	山形市立病院済生館							
390	山形	山形県立中央病院							
391	山形	財団法人三友堂病院							
392	山形	鶴岡市立荘内病院							
393	福島	医療法人 秀公会 あづま脳神経外科病院							
394	福島	寿泉堂総合病院							
395	福島	財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院							
396	茨城	水戸赤十字病院							
397	茨城	水戸済生会総合病院							
398	茨城	株式会社日立製作所 多賀総合病院							
399	茨城	総合病院土浦協同病院							
400	茨城	友愛記念病院							
401	茨城	龍ヶ崎済生会病院							
402	茨城	医療法人 つくばセントラル病院							
403	茨城	独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター							
404	茨城	東京医科大学茨城医療センター							
405	茨城	茨城西南医療センター病院							
406	栃木	栃木県厚生農業協同組合連合会 下都賀総合病院							
407	栃木	佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院							
408	栃木	上都賀厚生農業協同組合連合会 上都賀総合病院							
409	栃木	国際医療福祉大学病院							
410	群馬	医療法人社団日高会 日高病院							
411	群馬	黒沢病院							

412	群馬	公立藤岡総合病院							
413	埼玉	医療法人社団協友会 東大宮総合病院							
414	埼玉	医療法人 武蔵野総合病院							
415	埼玉	埼玉医科大学総合医療センター							
416	埼玉	医療法人社団 誠弘会 池袋病院							
417	埼玉	医療法人財団明理会 春日部中央総合病院							
418	埼玉	越谷市立病院							
419	埼玉	医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院							
420	埼玉	社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会栗橋病院							
421	埼玉	医療法人財団 健和会 みさと健和病院							
422	埼玉	医療法人 三愛会総合病院							
423	埼玉	さいたま赤十字病院							
424	埼玉	深谷赤十字病院							
425	千葉	千葉県がんセンター							
426	千葉	医療法人社団誠馨会 千葉中央メディカルセンター							
427	千葉	医療法人社団愛友会 津田沼中央総合病院							
428	千葉	国保直営総合病院君津中央病院							
429	千葉	総合病院国保旭中央病院							
430	千葉	東京慈恵会医科大学附属柏病院							
431	千葉	医療法人財団明理会 新松戸中央総合病院							
432	千葉	医療法人 財団明理会 行徳総合病院							
433	千葉	東京歯科大学市川総合病院							
434	千葉	社会保険船橋中央病院							
435	千葉	医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院							
436	千葉	日本赤十字社 成田赤十字病院							
437	東京	虎の門病院							
438	東京	東京都済生会中央病院							
439	東京	国際医療福祉大学三田病院							
440	東京	東京厚生年金病院							
441	東京	財団法人東京都保健医療公社大久保病院							
442	東京	財団法人ライフ・エクステンション研究所 付属 永寿総合病院							
443	東京	社会福祉法人賛育会 賛育会病院							
444	東京	医療法人社団 順江会 江東病院							
445	東京	医療法人社団藤崎病院							
446	東京	東京労災病院							
447	東京	日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院							
448	東京	社会保険蒲田総合病院							
449	東京	医療法人社団 七仁会 田園調布中央病院							
450	東京	財団法人日産厚生会 玉川病院							
451	東京	伊藤病院(東京都に所在するもの)							
452	東京	立正佼成会附属佼成病院							
453	東京	社会福祉法人慈生会慈生会病院							
454	東京	財団法人自警会東京警察病院							
455	東京	医療法人財団アドベンチスト会 東京衛生病院							
456	東京	東京都立大塚病院							
457	東京	医療法人財団明理会大和病院							

458	東京	順天堂大学医学部附属練馬病院							
459	東京	東京慈恵会医科大学附属青戸病院							
460	東京	医療法人社団 明芳会 新葛飾病院							
461	東京	医療法人社団直和会平成立石病院							
462	東京	東海大学八王子病院							
463	東京	国家公務員共済組合連合会 立川病院							
464	東京	医療法人社団健生会立川相互病院							
465	東京	医療法人社団正志会 南町田病院							
466	東京	東京慈恵会医科大学附属第三病院							
467	東京	独立行政法人国立病院機構東京医療センター							
468	神奈川	聖隷横浜病院							
469	神奈川	独立行政法人 労働者健康福祉機構 横浜労災病院							
470	神奈川	医療法人柏堤会(財団) 戸塚共立第2病院							
471	神奈川	医療法人 横浜博萌会 西横浜国際総合病院							
472	神奈川	医療法人財団 明理会 東戸塚記念病院							
473	神奈川	葉山ハートセンター							
474	神奈川	横須賀市立市民病院							
475	神奈川	横須賀市立うわまち病院							
476	神奈川	平塚市民病院							
477	神奈川	藤沢市民病院							
478	神奈川	小田原市立病院							
479	神奈川	医療法人尽誠会 山近記念総合病院							
480	神奈川	医療法人社団相和会 淵野辺総合病院							
481	神奈川	医療法人社団三思会東名厚木病院							
482	神奈川	恩賜財団済生会横浜市南部病院							
483	神奈川	医療法人社団 明芳会 横浜旭中央総合病院							
484	神奈川	医療法人社団恵生会 上白根病院							
485	神奈川	医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院							
486	神奈川	国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院							
487	神奈川	医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院							
488	神奈川	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院分院							
489	神奈川	横浜市立市民病院							
490	神奈川	神奈川県立がんセンター							
491	新潟	長岡赤十字病院							
492	新潟	新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院							
493	富山	富山市立富山市民病院							
494	富山	富山赤十字病院							
495	富山	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院							
496	富山	富山県済生会高岡病院							
497	石川	社団法人石川勤労者医療協会 城北病院							
498	石川	伊藤病院(石川県に所在するもの)							
499	石川	公立能登総合病院							
500	石川	医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター							
501	石川	山中温泉医療センター							
502	石川	公立羽咋病院							
503	石川	公立松任石川中央病院							



504	石川	医療法人 社団 和楽仁 芳珠記念病院							
505	福井	福井総合病院							
506	福井	福井社会保険病院							
507	山梨	甲府共立病院							
508	山梨	社会保険 鯉沢病院							
509	山梨	山梨赤十字病院							
510	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 長野松代総合病院							
511	長野	長野県厚生農業協同組合連合会篠ノ井総合病院							
512	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 小諸厚生総合病院							
513	長野	長野県厚生農業協同組合連合会北信総合病院							
514	長野	佐久市立国保浅間総合病院							
515	長野	長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院							
516	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 安曇総合病院							
517	岐阜	岐阜市民病院							
518	岐阜	羽島市民病院							
519	岐阜	公立学校共済組合東海中央病院							
520	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐北厚生病院							
521	岐阜	社会医療法人厚生会 木沢記念病院							
522	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会東濃厚生病院							
523	岐阜	大垣市民病院							
524	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会 久美愛厚生病院							
525	静岡	国際医療福祉大学熱海病院							
526	静岡	財団法人芙蓉協会 聖隷沼津病院							
527	静岡	沼津市立病院							
528	静岡	社会保険 桜ヶ丘総合病院							
529	静岡	静岡県立総合病院							
530	静岡	静岡済生会総合病院							
531	静岡	医療法人社団平成会 藤枝平成記念病院							
532	静岡	市立島田市民病院							
533	静岡	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター							
534	愛知	愛知県がんセンター中央病院							
535	愛知	社会福祉法人 聖霊会 聖霊病院							
536	愛知	名古屋第二赤十字病院							
537	愛知	名古屋掖済会病院							
538	愛知	総合病院 南生協病院							
539	愛知	成田記念病院							
540	愛知	大雄会第一病院							
541	愛知	医療法人 杏嶺会 一宮西病院							
542	愛知	小牧市民病院							
543	愛知	独立行政法人 労働者健康福祉機構 旭労災病院							
544	三重	地方独立行政法人 桑名市民病院 桑名市民病院分院							
545	三重	市立四日市病院							
546	三重	松阪市民病院							
547	三重	社会福祉法人 恩賜財団 済生会松阪総合病院							
548	三重	山田赤十字病院							
549	三重	三重県立志摩病院							

550	滋賀	社会保険滋賀病院							
551	滋賀	市立長浜病院							
552	滋賀	社会福祉法人 恩賜財団 済生会滋賀県病院							
553	京都	医療法人社団洛和会 洛和会丸太町病院							
554	京都	社団法人京都保健会 京都民医連中央病院							
555	京都	医療法人社団 恵心会 京都武田病院							
556	京都	東山武田病院							
557	京都	医療法人医仁会武田総合病院							
558	京都	宇治武田病院							
559	京都	社団法人愛生会山科病院							
560	京都	公立南丹病院							
561	京都	国家公務員共済組合連合会 舞鶴共済病院							
562	京都	社会福祉法人 恩賜財団 済生会京都府病院							
563	大阪	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院							
564	大阪	医療法人 いずみ会 阪堺病院							
565	大阪	関西電力病院							
566	大阪	医療法人協仁会 小松病院							
567	大阪	高槻赤十字病院							
568	大阪	医療法人 祐生会 みどりヶ丘病院							
569	大阪	医療法人 仙養会 北摂総合病院							
570	大阪	医療法人大植会 葛城病院							
571	大阪	医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院							
572	大阪	市立吹田市市民病院							
573	大阪	大阪赤十字病院							
574	大阪	NTT西日本大阪病院							
575	大阪	医療法人 寿楽会 大野記念病院							
576	大阪	医療法人錦秀会 阪和記念病院							
577	大阪	医療法人錦秀会阪和住吉総合病院							
578	大阪	医療法人育和会 育和会記念病院							
579	大阪	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院							
580	大阪	関西医科大学附属滝井病院							
581	大阪	医療法人永広会 島田病院							
582	大阪	財団法人 大阪脳神経外科病院							
583	大阪	社会医療法人 協和会 加納総合病院							
584	大阪	松原徳洲会病院							
585	大阪	医療法人竹村医学研究会 小阪産病院							
586	大阪	医療法人景岳会 南大阪病院							
587	大阪	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院							
588	大阪	社会福祉法人恩賜財団済生会大阪府済生会野江病院							
589	大阪	市立泉佐野病院							
590	大阪	市立豊中病院							
591	大阪	東大阪市立総合病院							
592	大阪	八尾市立病院							
593	兵庫	六甲アイランド病院							
594	兵庫	医療法人社団慈恵会 新須磨病院							
595	兵庫	医療法人高明会 西宮渡辺病院							

596	兵庫	宝塚市立病院							
597	兵庫	兵庫県立淡路病院							
598	兵庫	市立小野市民病院							
599	兵庫	医療法人社団吉徳会あさぎり病院							
600	兵庫	大西脳神経外科病院							
601	兵庫	神鋼加古川病院							
602	兵庫	兵庫県立尼崎病院							
603	兵庫	医療法人協和会 協立病院							
604	兵庫	医療法人晋真会 ベリタス病院							
605	兵庫	公立学校共済組合近畿中央病院							
606	兵庫	公立豊岡病院組合立豊岡病院							
607	兵庫	済生会 兵庫県病院							
608	兵庫	独立行政法人 労働者健康福祉機構 神戸労災病院							
609	奈良	医療法人新生会 総合病院高の原中央病院							
610	奈良	社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院							
611	奈良	近畿大学医学部奈良病院							
612	奈良	国保中央病院							
613	奈良	医療法人平成記念病院							
614	和歌山	公立那賀病院							
615	和歌山	国保日高総合病院							
616	鳥取	鳥取県立中央病院							
617	鳥取	鳥取市立病院							
618	島根	松江赤十字病院							
619	島根	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター							
620	岡山	総合病院岡山協立病院							
621	岡山	総合病院 水島協同病院							
622	岡山	財団法人津山慈風会 津山中央病院							
623	岡山	医療法人社団清和会 笠岡第一病院							
624	岡山	独立行政法人 労働者健康福祉機構 岡山労災病院							
625	広島	中国電力株式会社 中電病院							
626	広島	広島市立広島市民病院							
627	広島	医療法人 あかね会 土谷総合病院							
628	広島	広島赤十字・原爆病院							
629	広島	翠清会梶川病院							
630	広島	医療法人社団おると会浜脇整形外科病院							
631	広島	広島市立安佐市民病院							
632	広島	医療法人社団 一陽会 原田病院							
633	広島	独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院							
634	広島	医療法人社団仁慈会 安田病院							
635	広島	総合病院 三原赤十字病院							
636	広島	広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院							
637	広島	尾道市立市民病院							
638	広島	福山市民病院							
639	山口	社会保険下関厚生病院							
640	山口	総合病院山口赤十字病院							
641	山口	岩国市医療センター医師会病院							

642	山口	独立行政法人 労働者健康福祉機構 山口労災病院						
643	徳島	徳島市民病院						
644	香川	総合病院坂出市立病院						
645	香川	国家公務員共済組合連合会 高松病院						
646	香川	独立行政法人 国立病院機構 香川小児病院						
647	香川	独立行政法人国立病院機構善通寺病院						
648	愛媛	社会福祉法人 恩賜財団 済生会松山病院						
649	愛媛	松山赤十字病院						
650	高知	JA高知病院						
651	福岡	福岡和白病院						
652	福岡	千鳥橋病院						
653	福岡	宗像医師会病院						
654	福岡	西福岡病院						
655	福岡	福岡市立こども病院・感染症センター						
656	福岡	医療法人白十字会 白十字病院						
657	福岡	福岡赤十字病院						
658	福岡	医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院						
659	福岡	福岡県済生会二日市病院						
660	福岡	福岡大学筑紫病院						
661	福岡	医療法人 天神会 古賀病院21						
662	福岡	筑後市立病院						
663	福岡	医療法人社団シマダ 嶋田病院						
664	福岡	医療法人聖峰会 田主丸中央病院						
665	福岡	大牟田市立総合病院						
666	福岡	医療法人親仁会 米の山病院						
667	福岡	社会保険田川病院						
668	福岡	福岡新水巻病院						
669	福岡	医療法人共愛会 戸畑共立病院						
670	福岡	特定・特別医療法人 陽明会 小波瀬病院						
671	福岡	医療法人財団 池友会 新小文字病院						
672	福岡	健和会大手町病院						
673	福岡	北九州総合病院						
674	佐賀	やよいがおか鹿毛病院						
675	佐賀	白石共立病院						
676	佐賀	社会福祉法人 恩賜財団 済生会唐津病院						
677	長崎	長崎記念病院						
678	長崎	医療法人 伴帥会 愛野記念病院						
679	長崎	医療法人栄和会泉川病院						
680	長崎	独立行政法人国立病院機構長崎川棚医療センター						
681	長崎	国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院						
682	長崎	長崎県島原病院						
683	長崎	社会福祉法人恩賜財団済生会支部長崎県済生会病院						
684	熊本	医療法人社団寿量会熊本機能病院						
685	熊本	高野病院						
686	熊本	熊本整形外科病院						
687	熊本	医療法人社団 熊本丸田会 熊本リハビリテーション病院						

688	熊本	独立行政法人 労働者健康福祉機構 熊本労災病院							
689	熊本	公立玉名中央病院							
690	大分	医療法人財団 天心堂 へつぎ病院							
691	大分	川島整形外科病院							
692	大分	中津市立中津市民病院							
693	大分	大分赤十字病院							
694	大分	大分県立病院							
695	宮崎	(財)潤和リハビリテーション振興財団潤和会記念病院							
696	宮崎	医療法人 同心会 古賀総合病院							
697	宮崎	県立延岡病院							
698	鹿児島	今給黎総合病院							
699	鹿児島	社会医療法人緑泉会整形外科米盛病院							
700	鹿児島	相良 病院							
701	鹿児島	小倉記念病院							
702	鹿児島	池田 病院							
703	鹿児島	出水郡医師会立 阿久根市民病院							
704	鹿児島	出水総合医療センター							
705	鹿児島	独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター							
706	沖縄	医療法人おもと会 大浜第一病院							
707	沖縄	地方独立行政法人 那覇市立病院							
708	沖縄	医療法人沖縄徳洲会 中部徳洲会病院							
709	沖縄	社団法人 北部地区医師会病院							
710	沖縄	沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院							
711	沖縄	医療法人 沖縄徳洲会 南部徳洲会病院							
712	沖縄	沖縄県立中部病院							
713	沖縄	総合病院沖縄赤十字病院							
714	沖縄	沖縄県立北部病院							
715	沖縄	沖縄県立 南部医療センター・こども医療センター							
716	北海道	KKR札幌医療センター 斗南病院							
717	北海道	JA北海道厚生連 札幌厚生病院							
718	北海道	医療法人社団 北腎会 坂泌尿器科病院							
719	北海道	北光記念病院							
720	北海道	医療法人社団 愛心館 愛心メモリアル病院							
721	北海道	医療法人 柏葉脳神経外科病院							
722	北海道	医療法人 徳洲会 札幌徳洲会病院							
723	北海道	特別医療法人 恵和会 西岡病院							
724	北海道	医療法人社団 エス・エス・ジェイ 札幌整形循環器病院							
725	北海道	特定医療法人 康和会 札幌しらかば台病院							
726	北海道	医療法人社団明生会 琴似ロイヤル病院							
727	北海道	新札幌恵愛会病院							
728	北海道	医療法人 溪和会 江別病院							
729	北海道	市立千歳市民病院							
730	北海道	医療法人社団 我汝会 えにわ病院							
731	北海道	函館市医師会病院							
732	北海道	社会福祉法人 北海道社会事業協会 小樽病院							
733	北海道	JA北海道厚生連 倶知安厚生病院							

734	北海道	JA北海道厚生連 旭川厚生病院							
735	北海道	名寄市立総合病院							
736	北海道	医療法人社団 平成醫塾 苫小牧東病院							
737	北海道	王子総合病院							
738	北海道	苫小牧市立病院							
739	北海道	市立釧路総合病院							
740	北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院							
741	北海道	社会福祉法人 北海道社会事業協会 帯広病院							
742	北海道	JA北海道厚生連 網走厚生病院							
743	北海道	特別医療法人 明生会 網走脳神経外科・リハビリテーション病院							
744	北海道	JA北海道厚生連 遠軽厚生病院							
745	北海道	独立行政法人労働者健康福祉機構 北海道中央労災病院							
746	北海道	留萌市立病院							
747	北海道	砂川市立病院							
748	北海道	滝川市立病院							
749	北海道	独立行政法人国立病院機構 道北病院							
750	青森	社団法人慈恵会 青森慈恵会病院							
751	青森	青森労災病院							
752	青森	八戸赤十字病院							
753	青森	医療法人 平成会 八戸平和病院							
754	岩手	岩手県立大船渡病院							
755	岩手	岩手県立磐井病院							
756	岩手	岩手県立二戸病院							
757	岩手	岩手県立胆沢病院							
758	宮城	公立刈田総合病院							
759	宮城	財団法人厚生会仙台厚生病院							
760	宮城	財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院							
761	宮城	中嶋病院							
762	宮城	財団法人宮城県成人病予防協会附属 仙台循環器病センター							
763	宮城	医療法人徳洲会仙台徳洲会病院							
764	宮城	医療法人松田会松田病院							
765	秋田	社会医療法人明和会 中通総合病院							
766	秋田	秋田組合総合病院							
767	秋田	市立横手病院							
768	秋田	平鹿総合病院							
769	秋田	由利組合総合病院							
770	秋田	仙北組合総合病院							
771	山形	公立学校共済組合 東北中央病院							
772	山形	米沢市立病院							
773	山形	日本海総合病院							
774	山形	山形県立河北病院							
775	山形	公立置賜総合病院							
776	福島	財団法人大原総合病院							
777	福島	総合病院福島赤十字病院							
778	福島	財団法人脳神経疾患研究所附属 南東北福島病院							
779	福島	済生会福島総合病院							

780	福島	福島県立会津総合病院							
781	福島	財団法人星総合病院							
782	福島	独立行政法人労働者健康福祉機構福島労災病院							
783	福島	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院							
784	福島	公立岩瀬病院							
785	福島	北福島医療センター							
786	茨城	医療法人 聖麗会 聖麗メモリアル病院							
787	茨城	医療法人茨城愛心会古河病院							
788	茨城	社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院							
789	茨城	北茨城市立総合病院							
790	茨城	茨城県立中央病院							
791	茨城	牛久愛和総合病院							
792	茨城	財団法人筑波麗仁会 筑波学園病院							
793	茨城	医療法人社団 光仁会 総合守谷第一病院							
794	茨城	守谷慶友病院							
795	茨城	医療法人 博仁会 志村大宮病院							
796	茨城	常陸大宮済生会病院							
797	茨城	独立行政法人 労働者健康福祉機構 鹿島労災病院							
798	茨城	なめがた地域総合病院							
799	茨城	村立東海病院							
800	栃木	社会医療法人恵生会 黒須病院							
801	栃木	日本赤十字社栃木県支部大田原赤十字病院							
802	栃木	栃木県立がんセンター							
803	群馬	群馬県済生会前橋病院							
804	群馬	財団法人 老年病研究所附属病院							
805	群馬	北関東循環器病院							
806	群馬	西吾妻福祉病院							
807	群馬	桐生厚生総合病院							
808	群馬	独立行政法人国立病院機構高崎病院							
809	埼玉	川口工業総合病院							
810	埼玉	医療法人社団 協友会 東川口病院							
811	埼玉	川口市立医療センター							
812	埼玉	医療法人 豊仁会 三井病院							
813	埼玉	医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院							
814	埼玉	医療法人社団 哺育会 白岡中央総合病院							
815	埼玉	秀和総合病院							
816	埼玉	春日部市立病院							
817	埼玉	越谷誠和病院							
818	埼玉	医療法人社団 協友会 八潮中央総合病院							
819	埼玉	医療法人社団 愛友会 三郷中央総合病院							
820	埼玉	医療法人 一心会 伊奈病院							
821	埼玉	医療法人社団 朝霞台中央総合病院							
822	埼玉	医療法人 社団 明芳会 イムス三芳総合病院							
823	埼玉	医療法人至仁会 圏央所沢病院							
824	埼玉	医療法人財団 明理会 イムス富士見総合病院							
825	埼玉	埼玉慈恵病院							

826	埼玉	埼玉県厚生農業協同組合連合会 熊谷総合病院							
827	埼玉	埼玉県立循環器・呼吸器病センター							
828	埼玉	医療法人 埼玉成恵会病院							
829	埼玉	埼玉医療生活協同組合 羽生総合病院							
830	埼玉	医療法人社団 新座志木中央総合病院							
831	埼玉	北里大学北里研究所メディカルセンター病院							
832	埼玉	医療法人一心会 蓮田一心会病院							
833	埼玉	埼玉県厚生農業協同組合連合会 幸手総合病院							
834	埼玉	医療法人 関越病院							
835	埼玉	埼玉医科大学国際医療センター							
836	埼玉	医療法人社団 協友会 吉川中央総合病院							
837	埼玉	さいたま市立病院							
838	埼玉	独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院							
839	千葉	医療法人社団翠明会 山王病院							
840	千葉	医療法人社団健脳会 千葉脳神経外科病院							
841	千葉	千葉市 千葉市立青葉病院							
842	千葉	医療法人社団保健会 谷津保健病院							
843	千葉	社会福祉法人恩賜財団 済生会 支部千葉県済生会 千葉県済生会 習志野病院							
844	千葉	学校法人帝京大学 帝京大学ちば総合医療センター							
845	千葉	医療法人社団協友会 柏厚生総合病院							
846	千葉	医療法人社団愛友会 千葉愛友会記念病院							
847	千葉	医療法人財団東京勤労者医療会 東葛病院							
848	千葉	国保松戸市立病院							
849	千葉	医療法人社団 誠馨会 新東京病院							
850	千葉	医療法人社団協友会 船橋総合病院							
851	千葉	医療法人社団 誠馨会 セコメディック病院							
852	千葉	医療法人社団 紺整会 船橋整形外科病院							
853	千葉	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院							
854	千葉	千葉県立佐原病院							
855	東京	社会福祉法人 三井記念病院							
856	東京	社団法人 東京都教職員互助会 三楽病院							
857	東京	せんぼ東京高輪病院							
858	東京	北里大学北里研究所病院							
859	東京	社会福祉法人 聖母会 聖母病院							
860	東京	株式会社 日立製作所 小平記念 東京日立病院							
861	東京	東京都立駒込病院							
862	東京	医療法人社団 哺育会 浅草病院							
863	東京	同愛記念病院							
864	東京	東京都立墨東病院							
865	東京	医療法人社団 青藍会 鈴木病院							
866	東京	順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター							
867	東京	財団法人 河野臨牀医学研究所 附属第三北品川病院							
868	東京	昭和大学病院附属東病院							
869	東京	総合病院厚生中央病院							
870	東京	財団法人 東京都保健医療公社 荏原病院							
871	東京	公立学校共済組合 関東中央病院							



872	東京	社会福祉法人 康和会 久我山病院							
873	東京	医療法人 柏堤会(財団) 奥沢病院							
874	東京	東京都立広尾病院							
875	東京	医療法人財団 荻窪病院							
876	東京	東京北社会保険病院							
877	東京	医療法人社団 明芳会 高島平中央総合病院							
878	東京	医療法人社団 明芳会 イムス記念病院							
879	東京	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター							
880	東京	博慈会記念総合病院							
881	東京	特別医療法人社団慈生会 等潤病院							
882	東京	財団法人 東京都保健医療公社 東部地域病院							
883	東京	医療法人社団 昌医会 葛西循環器脳神経外科病院							
884	東京	日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院							
885	東京	医療法人社団 森山医会 森山記念病院							
886	東京	財団法人 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター							
887	東京	医療法人社団 仁成会 高木病院							
888	東京	東京医科大学八王子医療センター							
889	東京	医療法人社団 徳成会 八王子山王病院							
890	東京	町田市民病院							
891	東京	日野市立病院							
892	東京	東京都立府中病院							
893	東京	特別医療法人社団 時正会 佐々総合病院							
894	東京	医療法人社団 東光会 西東京中央総合病院							
895	東京	社会福祉法人 恩賜財団東京都同胞援護会 昭島病院							
896	東京	医療法人 徳洲会 東京西徳洲会病院							
897	東京	公立福生病院							
898	東京	財団法人 結核予防会 複十字病院							
899	東京	社会医療法人財団 大和会 武蔵村山病院							
900	東京	日本医科大学多摩永山病院							
901	東京	財団法人 東京都保健医療公社 多摩南部地域病院							
902	東京	稲城市立病院							
903	東京	国立成育医療センター							
904	東京	独立行政法人 国立病院機構 災害医療センター							
905	東京	東京通信病院							
906	神奈川	恩賜財団 済生会 横浜市東部病院							
907	神奈川	財団法人 神奈川県警友会 けいゆう病院							
908	神奈川	金沢文庫病院							
909	神奈川	医療法人柏堤会(財団)戸塚共立第1病院							
910	神奈川	社会福祉法人 日本医療伝道会 衣笠病院							
911	神奈川	財団法人 同友会 藤沢湘南台病院							
912	神奈川	茅ヶ崎市立病院							
913	神奈川	医療法人徳洲会 茅ヶ崎徳洲会総合病院							
914	神奈川	北里大学東病院							
915	神奈川	津久井赤十字病院							
916	神奈川	厚木市立病院							
917	神奈川	湘南厚木病院							

918	神奈川	医療法人徳洲会 大和徳洲会病院							
919	神奈川	医療法人社団 哺育会 桜ヶ丘中央病院							
920	神奈川	社会福祉法人 親善福祉協会 国際親善総合病院							
921	神奈川	医療法人興生会 相模台病院							
922	神奈川	川崎市立川崎病院							
923	神奈川	医療法人愛仁会 太田総合病院							
924	神奈川	日本鋼管病院							
925	神奈川	日本医科大学武蔵小杉病院							
926	神奈川	医療法人社団亮正会 総合高津中央病院							
927	神奈川	川崎市立多摩病院							
928	神奈川	神奈川県立循環器呼吸器病センター							
929	新潟	新潟中央病院							
930	新潟	県立がんセンター新潟病院							
931	新潟	医療法人愛仁会 亀田第一病院							
932	新潟	新潟市民病院							
933	新潟	立川総合病院							
934	新潟	県立中央病院							
935	新潟	新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院							
936	新潟	小千谷総合病院							
937	新潟	新潟県立十日町病院							
938	新潟	独立行政法人 労働者健康福祉機構 燕労災病院							
939	新潟	町立湯沢病院							
940	富山	富山県立中央病院							
941	富山	富山県済生会富山病院							
942	富山	八尾総合病院							
943	富山	高岡市民病院							
944	富山	独立行政法人労働者健康福祉機構富山労災病院							
945	富山	金沢医科大学氷見市民病院							
946	富山	黒部市民病院							
947	富山	市立砺波総合病院							
948	富山	真生会 富山病院							
949	富山	射水市民病院							
950	石川	国家公務員共済組合連合会 北陸病院							
951	石川	金沢赤十字病院							
952	石川	石川県立中央病院							
953	石川	石川県済生会金沢病院							
954	石川	医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院							
955	石川	金沢有松病院							
956	石川	国民健康保険 小松市民病院							
957	石川	市立輪島病院							
958	石川	加賀市民病院							
959	石川	医療法人社団 浅ノ川 金沢脳神経外科病院							
960	石川	公立つるぎ病院							
961	福井	福井県立病院							
962	福井	福井赤十字病院							
963	福井	福井循環器病院							

964	福井	公立丹南病院							
965	山梨	市立甲府病院							
966	山梨	国民健康保険 富士吉田市立病院							
967	山梨	医療法人康麗会 笛吹中央病院							
968	長野	長野医療生活協同組合 長野中央病院							
969	長野	市立岡谷病院							
970	長野	健康保険 岡谷塩嶺病院							
971	長野	飯田市立病院							
972	長野	医療法人栗山会 飯田病院							
973	長野	健和会病院							
974	長野	長野県立須坂病院							
975	長野	昭和伊南総合病院							
976	長野	市立大町総合病院							
977	長野	飯山赤十字病院							
978	長野	組合立諏訪中央病院							
979	長野	長野県厚生農業協同組合連合会 佐久総合病院小海分院							
980	長野	安曇野赤十字病院							
981	岐阜	岐阜県総合医療センター							
982	岐阜	岐阜赤十字病院							
983	岐阜	朝日大学歯学部附属 村上記念病院							
984	岐阜	河村病院							
985	岐阜	山内ホスピタル							
986	岐阜	美濃市立美濃病院							
987	岐阜	岐阜県立多治見病院							
988	岐阜	総合病院中津川市民病院							
989	岐阜	市立恵那病院							
990	岐阜	土岐市立総合病院							
991	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会 西美濃厚生病院							
992	岐阜	岐阜県厚生農業協同組合連合会 揖斐厚生病院							
993	静岡	医療法人社団健育会 西伊豆病院							
994	静岡	市立伊東市民病院							
995	静岡	富士宮市立病院							
996	静岡	財団法人富士脳障害研究所附属病院							
997	静岡	富士市立中央病院							
998	静岡	共立蒲原総合病院							
999	静岡	静岡県立こども病院							
1000	静岡	静岡市立静岡病院							
1001	静岡	静岡市立清水病院							
1002	静岡	焼津市立総合病院							
1003	静岡	掛川市立総合病院							
1004	静岡	袋井市立袋井市民病院							
1005	静岡	磐田市立総合病院							
1006	静岡	JA静岡厚生連 遠州病院							
1007	静岡	労働者健康福祉機構 浜松労災病院							
1008	静岡	医療法人社団松愛会 松田病院							
1009	愛知	名古屋市立東部医療センター東市民病院							

1010	愛知	総合上飯田第一病院							
1011	愛知	名鉄病院							
1012	愛知	医療法人衆済会 増子記念病院							
1013	愛知	名古屋セントラル病院							
1014	愛知	藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院							
1015	愛知	医療法人 名古屋記念財団 名古屋記念病院							
1016	愛知	岡崎市民病院							
1017	愛知	一宮市立市民病院							
1018	愛知	公立陶生病院							
1019	愛知	半田市立半田病院							
1020	愛知	春日井市民病院							
1021	愛知	豊川市民病院							
1022	愛知	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院							
1023	愛知	社会医療法人財団新和会 八千代病院							
1024	愛知	西尾市民病院							
1025	愛知	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院							
1026	三重	医療法人山本総合病院							
1027	三重	桑名市民病院							
1028	三重	三重県立総合医療センター							
1029	三重	紀南病院							
1030	滋賀	大津市民病院							
1031	滋賀	彦根市立病院							
1032	滋賀	長浜赤十字病院							
1033	滋賀	近江八幡市立総合医療センター							
1034	滋賀	医療法人徳洲会 近江草津徳洲会病院							
1035	滋賀	医療法人誠光会 草津総合病院							
1036	滋賀	公立甲賀病院							
1037	京都	医療法人同仁会(社団)京都九条病院							
1038	京都	第二岡本総合病院							
1039	京都	医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院							
1040	京都	綾部市立病院							
1041	京都	医療法人啓信会 京都市きづ川病院							
1042	京都	医療法人社団石鎚会 田辺中央病院							
1043	京都	三菱京都病院							
1044	京都	京都府立与謝の海病院							
1045	京都	京都市立病院							
1046	京都	公立山城病院							
1047	京都	市立福知山市民病院							
1048	京都	独立行政法人国立病院機構舞鶴医療センター							
1049	大阪	財団法人 浅香山病院							
1050	大阪	近畿大学医学部堺病院							
1051	大阪	医療法人一祐会 藤本病院							
1052	大阪	和泉市立病院							
1053	大阪	大阪府立母子保健総合医療センター							
1054	大阪	医療法人泉秀会 かわい病院							
1055	大阪	医療法人東和会 第一東和会病院							

1056	大阪	医療法人三和会 永山病院							
1057	大阪	社会福祉法人恩賜財団 済生会 支部大阪府済生会 千里病院							
1058	大阪	医療法人社団 湯川胃腸病院							
1059	大阪	大阪府立急性期・総合医療センター							
1060	大阪	大阪鉄道病院							
1061	大阪	医療法人毅峰会 吉田病院							
1062	大阪	医療法人マックスール 巽病院							
1063	大阪	医療法人 弘道会 萱島生野病院							
1064	大阪	社会福祉法人 大阪暁明館病院							
1065	大阪	医誠会病院							
1066	大阪	医療法人 弘道会 守口生野記念病院							
1067	大阪	医療法人行岡医学研究会 行岡病院							
1068	大阪	社会福祉法人恩賜財団 済生会支部大阪府済生会 茨木病院							
1069	大阪	医療法人寿会 富永病院							
1070	大阪	医療法人社団有隣会 東大阪病院							
1071	大阪	社会医療法人栄公会 佐野記念病院							
1072	大阪	医療法人 良秀会 高石藤井病院							
1073	大阪	医療法人讃和会 友愛会病院							
1074	大阪	大阪回生病院							
1075	大阪	国家公務員共済組合連合会 大手前病院							
1076	大阪	市立枚方市民病院							
1077	大阪	大阪市立総合医療センター							
1078	大阪	市立岸和田市民病院							
1079	兵庫	財団法人 甲南病院							
1080	兵庫	医療法人財団 神戸海星病院							
1081	兵庫	三菱神戸病院							
1082	兵庫	医療法人 川崎病院							
1083	兵庫	医療法人 榮昌会 吉田病院							
1084	兵庫	神戸百年記念病院							
1085	兵庫	地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター西市民病院							
1086	兵庫	兵庫県立こども病院							
1087	兵庫	医療法人沖繩徳洲会 神戸徳洲会病院							
1088	兵庫	神戸掖済会病院							
1089	兵庫	医療法人 明和病院							
1090	兵庫	医療法人回生会 宝塚病院							
1091	兵庫	医療法人尚和会 宝塚第一病院							
1092	兵庫	三田市民病院							
1093	兵庫	兵庫県立 柏原病院							
1094	兵庫	西脇市立西脇病院							
1095	兵庫	兵庫県立がんセンター							
1096	兵庫	高砂市民病院							
1097	兵庫	加古川市民病院							
1098	兵庫	医療法人 順心会 順心病院							
1099	兵庫	財団法人甲南病院 加古川病院							
1100	兵庫	三木市立三木市民病院							
1101	兵庫	市立加西病院							

1102	兵庫	大山病院							
1103	兵庫	医療法人中央会 尼崎中央病院							
1104	兵庫	市立川西病院							
1105	兵庫	市立伊丹病院							
1106	兵庫	公立神崎総合病院							
1107	兵庫	公立 宍粟総合病院							
1108	兵庫	新日鐵広畑病院							
1109	兵庫	医療法人三栄会ツカザキ病院							
1110	兵庫	真星病院							
1111	兵庫	恒生病院							
1112	兵庫	地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院							
1113	兵庫	神鋼病院							
1114	兵庫	西神戸医療センター							
1115	兵庫	兵庫県立 西宮病院							
1116	兵庫	兵庫県立塚口病院							
1117	兵庫	明石市立市民病院							
1118	兵庫	西宮市立中央病院							
1119	奈良	医療法人松本快生会西奈良中央病院							
1120	奈良	医療法人 康仁会 西の京病院							
1121	奈良	市立奈良病院							
1122	奈良	医療法人社団田北会田北病院							
1123	奈良	大和高田市立病院							
1124	奈良	財団法人天理よろづ相談所病院							
1125	奈良	医療法人社団高清会高井病院							
1126	奈良	社会福祉法人恩賜財団済生会御所病院							
1127	奈良	宇陀市立病院							
1128	奈良	奈良県立五條病院							
1129	奈良	奈良県立三室病院							
1130	奈良	奈良県立奈良病院							
1131	和歌山	独立行政法人 労働者健康福祉機構 和歌山労災病院							
1132	和歌山	医療法人愛晋会 中江病院							
1133	和歌山	済生会和歌山病院							
1134	和歌山	医療法人 南労会 医療法人南労会 紀和病院							
1135	和歌山	北出病院							
1136	和歌山	白浜はまゆう病院							
1137	和歌山	新宮市立医療センター							
1138	和歌山	日本赤十字社 和歌山医療センター							
1139	和歌山	公立紀南病院組合 社会保険 紀南病院							
1140	鳥取	鳥取生協病院							
1141	鳥取	独立行政法人労働者健康福祉機構 山陰労災病院							
1142	鳥取	医療法人同愛会 博愛病院							
1143	鳥取	鳥取県立厚生病院							
1144	島根	松江市立病院							
1145	島根	益田赤十字病院							
1146	島根	社団法人 益田市医師会立 益田地域医療センター医師会病院							
1147	島根	玉造厚生年金病院							

1148	島根	出雲徳洲会病院							
1149	岡山	川崎医科大学附属川崎病院							
1150	岡山	医療法人 社団 光生病院							
1151	岡山	医療法人社団十全会 心臓病センター榊原病院							
1152	岡山	医療法人 水和我 総合病院 水島中央病院							
1153	岡山	財団法人淳風会 倉敷第一病院							
1154	岡山	倉敷成人病センター							
1155	岡山	医療法人天和会 松田病院							
1156	岡山	倉敷平成病院							
1157	岡山	佐藤胃腸科外科病院							
1158	岡山	医療法人清梁会 高梁中央病院							
1159	岡山	医療法人社団同仁会 金光病院							
1160	岡山	金田病院							
1161	広島	広島鉄道病院							
1162	広島	広島医療生活協同組合 広島共立病院							
1163	広島	荒木脳神経外科病院							
1164	広島	公立みつぎ総合病院							
1165	広島	公立学校共済組合 中国中央病院							
1166	広島	日本鋼管福山病院							
1167	広島	社会医療法人 祥和会 脳神経センター 大田記念病院							
1168	広島	市立三次中央病院							
1169	広島	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院							
1170	広島	済生会広島病院							
1171	広島	独立行政法人国立病院機構 福山医療センター							
1172	山口	山口県済生会下関総合病院							
1173	山口	宇部興産株式会社中央病院							
1174	山口	済生会山口総合病院							
1175	山口	萩市民病院							
1176	山口	山口県立総合医療センター							
1177	山口	周南記念病院							
1178	山口	山口県厚生農業協同組合連合会 長門総合病院							
1179	山口	山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院							
1180	山口	山口県厚生農業協同組合連合会 小郡第一総合病院							
1181	山口	独立行政法人国立病院機構 関門医療センター							
1182	徳島	川島病院							
1183	徳島	ホウエツ病院							
1184	徳島	徳島県立海部病院							
1185	徳島	つるぎ町立半田病院							
1186	香川	香川県立中央病院							
1187	香川	高松市民病院							
1188	香川	香川県厚生農業協同組合連合会 屋島総合病院							
1189	香川	三豊総合病院							
1190	香川	独立行政法人国立病院機構 高松医療センター							
1191	愛媛	瀬戸内海病院							
1192	愛媛	社会福祉法人 恩賜財団 済生会今治病院							
1193	愛媛	公立学校共済組合四国中央病院							

1194	愛媛	医療法人 蔡愛会 石川病院							
1195	愛媛	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター							
1196	高知	医療法人 久会 函南病院							
1197	高知	医療法人 仁生会 細木病院							
1198	高知	いずみの病院							
1199	高知	高知高須病院							
1200	高知	高知県・高知市病院企業団立高知医療センター							
1201	高知	医療法人五月会 須崎くろしお病院							
1202	高知	医療法人聖真会 渭南病院							
1203	高知	高知県 高知県立幡多けんみん病院							
1204	高知	くぼかわ病院							
1205	福岡	医療法人 輝栄会 福岡輝栄会病院							
1206	福岡	医療法人社団日晴会久恒病院							
1207	福岡	福岡青洲会病院							
1208	福岡	上野外科胃腸科病院							
1209	福岡	宗像水光会総合病院							
1210	福岡	医療法人 豊資会 加野病院							
1211	福岡	医療法人 佐田厚生会 佐田病院							
1212	福岡	福岡リハビリテーション病院							
1213	福岡	福岡市医師会成人病センター							
1214	福岡	医療法人 喜悦会 那珂川病院							
1215	福岡	医療法人社団慶仁会 川崎病院							
1216	福岡	神代病院							
1217	福岡	姫野病院							
1218	福岡	長田病院							
1219	福岡	社会保険大牟田天領病院							
1220	福岡	社会保険筑豊病院							
1221	福岡	福岡県済生会八幡総合病院							
1222	福岡	独立行政法人労働者健康福祉機構 九州労災病院門司メディカルセンター							
1223	福岡	労働者健康福祉機構 九州労災病院							
1224	福岡	国家公務員共済組合連合会新小倉病院							
1225	福岡	北九州市立医療センター							
1226	福岡	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター							
1227	佐賀	今村病院							
1228	佐賀	副島整形外科病院							
1229	佐賀	唐津赤十字病院							
1230	長崎	聖フランシスコ病院							
1231	長崎	医療法人 光晴会病院							
1232	長崎	医療法人徳洲会 長崎北徳洲会病院							
1233	長崎	医療法人厚生会 虹が丘病院							
1234	長崎	医療法人三佼会 宮崎病院							
1235	長崎	医療法人祥仁会 西諫早病院							
1236	長崎	社会福祉法人 十善会病院							
1237	長崎	公立新小浜病院							
1238	熊本	財団法人杏仁会江南病院							
1239	熊本	熊本市医師会熊本地域医療センター							



1240	熊本	NTT西日本九州病院							
1241	熊本	宇賀岳病院							
1242	熊本	天草地域医療センター							
1243	熊本	熊本セントラル病院							
1244	熊本	山鹿市立病院							
1245	熊本	荒尾市民病院							
1246	熊本	植木町国民健康保険植木病院							
1247	熊本	球磨郡公立多良木病院							
1248	大分	大分記念病院							
1249	大分	河野脳神経外科病院							
1250	大分	大分三愛メディカルセンター							
1251	大分	大分市医師会立アルメイダ病院							
1252	大分	大分県厚生連鶴見病院							
1253	大分	大分県済生会日田病院							
1254	大分	高田中央病院							
1255	大分	佐藤第一病院							
1256	大分	宇佐高田医師会病院							
1257	大分	独立行政法人国立病院機構 別府医療センター							
1258	宮崎	宮崎市郡医師会病院							
1259	宮崎	南部病院							
1260	宮崎	金丸脳神経外科病院							
1261	宮崎	宮崎生協病院							
1262	宮崎	社団法人八日会藤元早鈴病院							
1263	宮崎	医療法人誠和会和田病院							
1264	宮崎	県立宮崎病院							
1265	宮崎	県立日南病院							
1266	鹿児島	鹿児島市立病院							
1267	鹿児島	総合病院 鹿児島生協病院							
1268	鹿児島	中央 病院							
1269	鹿児島	鹿児島市医師会病院							
1270	鹿児島	医療法人 徳洲会 鹿児島 徳洲会病院							
1271	鹿児島	鹿児島厚生連 病院							
1272	鹿児島	大隅鹿屋 病院							
1273	鹿児島	医療法人 厚生会 小原 病院							
1274	鹿児島	義順顕彰会 田上 病院							
1275	鹿児島	社会福祉法人 恩賜財団 済生会 川内病院							
1276	鹿児島	霧島市立医師会医療センター							
1277	鹿児島	肝属郡医師会立病院							
1278	沖縄	宮古島徳洲会病院							
1279	沖縄	与那原中央病院							
1280	沖縄	沖縄県立宮古病院							
1281	沖縄	沖縄県立八重山病院							

## 別表第二

医科点数表に規定する診療料	機能評価係数 I
A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（1のイに限る。）	
A 1 0 4 特定機能病院入院基本料（1のロに限る。）	
A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（1に限る。）	
A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（2に限る。）	
A 2 0 7 診療録管理体制加算	
A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1に限る。）	
A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（2に限る。）	
A 2 3 4 医療安全対策加算（1に限る。）	
A 2 3 4 医療安全対策加算（2に限る。）	
A 2 3 4 感染防止対策加算（注2に規定する病院に限る。）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅰ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅱ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅲ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅳ）	

## 別表第三

医科点数表に規定する診療料	機能評価係数 I
A 1 0 5 専門病院入院基本料（1に限る。）	
A 1 0 5 専門病院入院基本料（2に限る。）	
A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（1に限る。）	
A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算（2に限る。）	
A 2 0 7 診療録管理体制加算	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（1に限る。）	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（2に限る。）	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（3に限る。）	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（4に限る。）	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（5に限る。）	
A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算（6に限る。）	
A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（1に限る。）	
A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算（2に限る。）	
A 2 1 4 看護補助加算（1に限る。）	
A 2 1 4 看護補助加算（2に限る。）	
A 2 1 4 看護補助加算（3に限る。）	
A 2 3 4 医療安全対策加算（1に限る。）	
A 2 3 4 医療安全対策加算（2に限る。）	
A 2 3 4 感染防止対策加算（注2に規定する病院に限る。）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅰ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅱ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅲ）	
D 0 2 6 の注3 検体検査管理加算（Ⅳ）	
基本診療料の施設基準等第五の六の(2)のロに規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第五の六の(2)のハに規定する基準を満たすもの	

## 別表第四

医科点数表に規定する診療料	機能評価係数 I
A100 一般病棟入院基本料（1に限る。）	
A100 一般病棟入院基本料（注2ただし書きに規定する特別入院基本料7：1を算定する病院に限る。）	
A100 一般病棟入院基本料（注2ただし書きに規定する特別入院基本料10：1を算定する病院に限る。）	
A200 総合入院体制加算	
A204 地域医療支援病院入院診療加算（医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院である病院に限る。）	
A204-2 臨床研修病院入院診療加算（1に限る。）	
A204-2 臨床研修病院入院診療加算（2に限る。）	
A207 診療録管理体制加算	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（1に限る。）	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（2に限る。）	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（3に限る。）	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（4に限る。）	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（5に限る。）	
A207-2 医師事務作業補助体制加算（6に限る。）	
A207-3 急性期看護補助体制加算（1に限る。）	
A207-3 急性期看護補助体制加算（2に限る。）	
A214 看護補助加算（1に限る。）	
A214 看護補助加算（2に限る。）	
A214 看護補助加算（3に限る。）	
A234 医療安全対策加算（1に限る。）	
A234 医療安全対策加算（2に限る。）	
A234 感染対策防止加算（注2に規定する病院に限る。）	
D026の注3 検体検査管理加算（I）	
D026の注3 検体検査管理加算（II）	
D026の注3 検体検査管理加算（III）	
D026の注3 検体検査管理加算（IV）	
基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のロに規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のハに規定する基準を満たすもの	
基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のロに規定する基準を満たさない病院であって、基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のニに規定する基準を満たすもの（前項に該当するものを除く。）	
基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のロに規定する基準を満たさない病院（前項及び前々項に該当するものを除く。）	

# 第3部

## 通知（案）

保医発 第 号  
平成22年 月 日

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

） 殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の  
一部改正等に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第93号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、及び調整係数及び機能評価係数」（平成~~22~~<sup>20</sup>年厚生労働省告示第96号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成20年厚生労働省告示第95号。以下「定義告示」という。）等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図りたい。

なお、本通知は、平成22年4月1日から適用することとし、従前の「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について（通知）」は、平成22年3月31日限り廃止する。

## 別表

### 第1 DPC対象病院及びDPC対象患者

#### 1 DPC対象病院の基準について

(1) DPC対象病院とは、~~「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」(平成20年厚生労働省告示第96号。以下「調整係数告示」という。)~~別表の左欄に掲げる病院とする。

(2) DPC対象病院とは、以下の基準を満たす病院とする。

急性期入院医療を提供する病院として、「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)に掲げるA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること

医科点数表に掲げるA207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること

標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できること  
上記の調査において、適切なデータを提出し、かつ、2年間(10か月)の調査期間の(データ/病床)比が8.75以上であること

「(データ/病床)比」とは、調査期間中に退院した対象患者(ただし、算定告示本文第1項第1号から第6号に該当するものを除く。)の数を、当該病院の~~「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の算定方法」(平成20年厚生労働省93号。以下「算定告示」という。)~~別表11に定める診断群分類点数表(以下単に「診断群分類点数表」という。)に基づく診療報酬の算定対象となる病棟の病床数で除した数である。

(3) DPC対象病院は、「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上、当該委員会を開催しなければならないものとする。

「適切なコーディングに関する委員会」とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング(適切な診断を含めた診断群分類の決定をいう。)を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等が適切なコーディングに関する委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会を適切なコーディングに関する委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。

#### 2 DPC対象病院への参加について

(1) DPC対象病院に参加できる病院は、DPC対象病院に参加することを希望している病院

であって、以下の基準を満たしている病院とする。

D P C 対象病院に参加する直近の 2 年間に於いて、第 2 の 1 に定める D P C 準備病院の基準をすべて満たしていること

直近に予定している診療報酬改定の 1 か月前の時点又は当該診療報酬改定時に於いて、1 の ( 2 ) に定める D P C 対象病院の基準をすべて満たしていること

- ( 2 ) D P C 対象病院に参加を希望する病院は、直近に予定している診療報酬改定の 5 か月前までに、別紙 1 「 D P C 対象病院参加申込書 」を地方厚生 ( 支 ) 局医療指導課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出することとする。
- ( 3 ) 直近に予定している診療報酬改定の 1 か月前の時点に於いて 1 の ( 2 ) の基準をすべて満たすことにより参加が認められた病院については、当該診療報酬改定時より参加するものとし、当該診療報酬改定時に於いて 1 の ( 2 ) の基準をすべて満たすことにより参加が認められた病院については、当該診療報酬改定時から 3 か月を超えた月の初日より参加するものとする。

### 3 D P C 対象病院からの退出について

#### ( 1 ) 退出の手続き

##### 通常の場合

D P C 対象病院から退出する意向がある病院 ( 特定機能病院は除く。 ) は、直近に予定している診療報酬改定の 5 か月前までに、別紙 2 「 D P C 対象病院退出届 」を地方厚生 ( 支 ) 局医療指導課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出することとし、当該退出届を提出した病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせて D P C 対象病院から退出するものとする。 ( 診療報酬改定の時期に合わせた退出とは、診療報酬改定の前々月初日に退出することをいう。 )

なお、当該退出届の内容は、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

##### D P C 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合

1 の ( 2 ) の 基準のいずれかを満たさなくなった病院 ( 特定機能病院は除く。 ) は、3 か月間の猶予期間を設け、3 か月を超えてもなお基準を満たせない場合には、3 か月を超えた月の翌月初日に D P C 対象病院から退出するものとし、1 の ( 2 ) の 基準を満たさなくなった病院 ( 特定機能病院は除く。 ) は、直近に予定している診療報酬改定の時期に合わせて D P C 対象病院から退出するものとする。

この場合、当該病院は速やかに、別紙 2 「 D P C 対象病院退出届 」を地方厚生 ( 支 ) 局医療指導課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

~~なお、1 の ( 2 ) の 基準に係る D P C 対象病院からの退出要件については、平成 22 年 4 月 1 日以降に適用するものとする。~~

##### 特別の理由により緊急に退出する必要がある場合

特別の理由により、上記 の手続きによらず緊急に D P C 対象病院から退出する必要がある病院 ( 特定機能病院は除く。 ) は、別紙 3 「 D P C 対象病院退出申請書 ( 特別の理由がある場合 ) 」を地方厚生 ( 支 ) 局医療指導課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。



当該申請書が提出された際には、退出の可否について中央社会保険医療協議会において審査・決定することとし、退出が認められた場合には、認められた月の翌々月初日にDPC対象病院から退出するものとする。また、決定内容については当該病院に対し通知することとする。

なお、審査後の決定案については、予め当該病院に通知するものとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙4に定める不服意見書を厚生労働保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

(特別な理由の例)

医師の予期せぬ退職等により、急性期入院医療を提供することが困難となった場合  
当該病院の地域での役割が変化し、慢性期医療を提供する病院となった場合

#### (2) 退出する場合の診療報酬の取扱い

退出日の前日までに入院した患者については、退出日から2か月以内に行われた入院医療に要する費用の額の算定は、診断群分類点数表によるものとし、退出日以降に入院した患者については、~~「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)~~によるものとする。

(例) 平成~~24~~22年2月1日退出の場合

ア 1月31日以前に入院した患者は、3月31日までは診断群分類点数表にて算定

イ 2月1日以降に入院した患者は、2月1日より医科点数表にて算定

#### (3) 退出する場合の患者への周知について

DPC対象病院から退出する病院においては、当該病院が算定告示により費用を請求しなくなる旨を退出決定後速やかに院内に掲示するとともに、入院患者及び関係者に対して、診療報酬の算定方法等について十分に説明すること。

#### (4) 退出した病院の「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」への参加について

DPC対象病院から退出した病院は、その後引き続き「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に2回適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

### 4 DPC対象患者について

(1) DPC対象患者は、診断群分類点数表に掲げる分類区分(以下「診断群分類区分」という。)に該当する入院患者とする。

(2) (1)にかかわらず、以下の患者の診療報酬は、医科点数表若しくは「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。 )、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」(平成18年厚生労働省告示第99号)又は「保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第496号)により算定する。

当該病院に入院した後24時間以内に死亡した患者又は生後1週間以内に死亡した新生児  
葉事法（昭和35年法律第145号）第2条第16項に定める治験の対象患者

臓器移植を受ける患者であって、医科点数表のうちの次の区分番号の点数を算定するもの

ア K014 皮膚移植術（生体・培養）＝\_\_

イ K014-2 皮膚移植術（死体）＝\_\_

ウ K514-4 同種死体肺移植術＝\_\_

エ K514-6 生体部分肺移植術＝\_\_

オ K605-2 同種心移植術＝\_\_

カ K605-4 同種心肺移植術＝\_\_

キ K697-5 生体部分肝移植術＝\_\_

ク K697-7 同種死体肝移植術＝\_\_

ケ K709-3 同種死体膵移植術＝\_\_

コ K709-5 同種死体膵腎移植術＝\_\_

サ K780 同種死体腎移植術＝\_\_

シ K780-2 生体腎移植術＝\_\_

ス K922 造血幹細胞移植、骨髄移植又は臍帯血移植を受ける患者

厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1  
条第1号に定める先進医療である療養を受ける患者

医科点数表のうちに定める次の区分番号の点数を算定する患者

ア A106 障害者施設等入院基本料＝\_\_

イ A306 特殊疾患入院医療管理料＝\_\_

ウ A308 回復期リハビリテーション病棟入院料＝\_\_

エ A308-2 亜急性期入院医療管理料＝\_\_

オ A309 特殊疾患病棟入院料若しくは\_\_

カ A310 緩和ケア病棟入院料又は\_\_

キ A400 短期滞在手術基本料(3を除く。)を算定する患者

算定告示「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成20年厚生労働省告示第94号）に該当する患者

算定告示第4項の規定に基づき医師又は歯科医師の員数が医療法（昭和23年法律205号）第21条第1項第1号又は第22条の2第1号の規定により有しなければならないこととされている員数に100分の70を乗じて得た数以下の病院の病棟に入院している患者

- (3) 主治医により診断群分類区分に該当しないと判断された患者の診療報酬は、医科点数表若しくは歯科点数表、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準又は保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法により算定する。なお、診断群分類区分に該当しないと判断された患者については、診断群分類区分に該当しない旨及び医療資源を最も投入した傷病名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

## 第2 DPC準備病院

### 1 DPC準備病院の基準について

- (1) DPC準備病院とは、DPC対象病院に参加することを希望している病院であって、以下の基準を満たす病院をいう。

急性期入院医療を提供する病院として、[医科点数表に掲げるA100](#)一般病棟入院基本料、[A104](#)特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は[A105](#)専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること、又は当該基準を満たすべく計画を策定していること

[医科点数表に掲げるA207](#)診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること

標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（[特別調査を含む。](#)）」に適切に参加できること

「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上、当該委員会を開催することとしていたこと

- (2) DPC準備病院となることを希望する病院は、別紙5「DPC準備病院希望申出書」及び別紙6「DPC準備病院希望申出書（別紙）」を地方厚生（支）局医療指導課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

なお、募集期間等は、中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、厚生労働省ホームページにおいて周知を行なうものとする。

### 2 DPC準備病院の辞退について

DPC準備病院を辞退する場合は、別紙7「DPC準備病院辞退届」を地方厚生（支）局医療指導課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

## 第3 診断群分類区分等について

### 1 診断群分類区分の適用の考え方

- (1) 診断群分類点数表に掲げる傷病名、手術、処置等又は副傷病名の内容は、定義告示に定められており、入院患者に対する診断群分類区分の適用は、当該患者の傷病名、手術、処置等、副傷病名等に基づき主治医が判断するものとする。

なお、主治医は、診断群分類区分の適用に際し、定義告示及び診断群分類定義樹形図（別添1。以下「ツリー図」という。）を参考にすること。

- (2) 「傷病名」は、入院期間において治療の対象となった傷病のうち医療資源を最も投入した傷病（医療資源を最も投入した傷病が確定していない場合は入院の契機となった傷病をいう。）について、主治医がICD10から選択すること。

ただし、以下のICD10については、選択しないこと。

- ・ 詳細不明の寄生虫症（B89）

- ・ 他章に分類される疾患の原因であるレンサ球菌およびブドウ球菌（B95）からその他および詳細不明の感染症（B99）
- ・ 心拍の異常（R00）からその他の診断名不明確および原因不明の死亡（R99）まで（ただし、鼻出血（R040）、喀血（R042）、気道のその他の部位からの出血（R048）、気道からの出血、詳細不明（R049）、熱性けいれん（R560）、限局性発汗過多（R610）、全身性発汗過多（R611）、発汗過多、詳細不明（R619）及びブドウ糖負荷試験異常（R730）を除く。）

また、独立した多部位の悪性腫瘍（C97）については選択せず、主たる部位の悪性腫瘍のいずれかを選択すること。

- （3）手術等が実施されていない期間に診断群分類区分の適用を判断する場合には、予定されている手術等（入院診療計画等により確認されるものに限る。）も勘案した上で診断群分類区分の適用を判断すること。
- （4）一の入院期間において複数の傷病に対して治療が行われた場合においても、一の診断群分類区分を決定すること。
- （5）同一の傷病に対して複数の手術等が行われた場合等においても、一の診断群分類区分を決定するものとし、決定するに当たっては次の点に留意すること。
  - ・ 入院中に、定義告示に掲げられた複数の手術等の診療行為が行われ、同一疾患内の複数の診断群分類区分に該当する可能性がある場合の取扱いについては、「手術」、「手術・処置等1」及び「手術・処置等2」のすべての項目において、ツリー図上、下に掲げられた診断群分類を優先して選択すること。
- （6）医科点数表において「区分番号K            の            術に準じて算定する」と規定されている手術について診断群分類区分を決定するに当たっては、準用元の手術で判断すること。
- （7）主治医による診断群分類区分の適用の決定は、請求時に行うものとする。

## 2 用語等

- （1）「JCS」はJapan Coma Scaleの略である。
- （2）「GAF」はGlobal Assessment of Functioningの略である。
- （3）「15歳以上」等の年齢については、診断群分類区分の適用が開始される入院の日等の年齢による。
- （4）定義告示中の「手術」の欄において「+」により複数の手術が並列されている手術（以下「複数手術」という。）は、同一入院期間中に並列されたすべての手術が実施された場合に該当するものとする。
- （5）定義告示及び算定告示中の手術、処置等の定義は、次に掲げるものを除き、医科点数表の区分によるものとする。

「化学療法」とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤の使用（当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。）をいい、抗生剤のみの使用及びG-CSF製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用等は含まない。

なお、定義告示において、慢性肝炎等の分類中に規定するインターフェロン            における「一定期間以上の投与に限る」とは、一入院期間中における7日以上投与をいうもので

あり、連続7日以上の特与に限るものではない。

「放射線療法」とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

(6) 「副傷病」は、入院時併存症（入院当初に患者が既に持っている傷病）及び入院後発症傷病（入院後に発症した傷病）の両方を含むものである。

(7) 「電気生理学的検査」とは、特定保険医療材料の114(2)～(6)を、「050070 頻脈性不整脈」では3本以上、「050210 徐脈性不整脈」では2本以上使用して実施した電気生理学的検査をいう

(8) 「動注化学療法」とは、G002動脈注射により化学療法を実施することをいう。

(9) 副傷病の定義は、手術あり・なし別に、定義テーブルの副傷病欄のフラグによるものとする。なお、フラグは以下のとおり定義する。

手術あり・なし共通の副傷病

手術なしの場合の副傷病

手術ありの場合の副傷病

(10) 手術とは、医科点数表に掲げる第10部手術（輸血管材料を除く。）に該当する行為をいう。

(11) 診断群分類点数表の入院期間については、以下のとおりとする。

入院期間 : 入院日 日以下の期間

入院期間 : 入院日 日を超えて入院日 日以下の期間

入院期間 : 入院日 日を超えて入院日 日以下の期間

## 第4 費用の算定方法

### 1 診療報酬の算定

(1) 診断群分類点数表等による1日当たりの診療報酬は、患者の入院期間に応じて、診断群分類点数表の「点数」欄に掲げる点数に医療機関別係数を乗じて得た点数に基づき算定する。

各月の診療報酬は、1日当たりの診療報酬に当該月の入院日数を乗じて得た点数に基づき算定する。この場合において、月ごとの合計点数に端数が生じた場合には、当該点数の小数点以下第1位を四捨五入するものとする。

(2) 医療機関別係数

医療機関別係数は、調整係数告示に定める調整係数と機能評価係数及び算定告示別表12から14までの表の左欄に掲げる診療料に係る届出を行った病院に係る所定の係数を合算したものと、機能評価係数 当該届出に基づく所定の係数による診療報酬の算定については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発0305002号）に基づき、地方厚生（支）局長に届出を行い、算定できることとなる日から適用されるものとする。であること。また、

ただし、機能評価係数の算定は、調整係数告示に定める病院の一般病棟の医科点数表に基づく届出について算定することとし、一般病棟以外の病棟の届出に基づく算定はできないものとする。

なお、次に掲げる機能評価係数の適用日は、上記の取扱いと異なるので十分に留意する



こと。

#### 地域医療支援病院入院診療加算の取扱い

区分番号 A 204 に掲げる地域医療支援病院入院診療加算については、当該病院が月の初日に医療法（~~昭和 23 年法律 205 号~~）第 4 条第 2 項の規定により地域医療支援病院として都道府県知事の承認を受けた場合は同日より、月の途中に当該承認を受けた場合は翌月 1 日より、新たに入院した患者であるか否かにかかわらず入院中のすべての患者に対して加算することができる。

#### 臨床研修病院入院診療加算の取扱い

区分番号 A 204-2 に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、実際に臨床研修を実施している月に限り加算することができる。

### (3) 診断群分類点数表等により算定される診療報酬

診断群分類点数表には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、に掲げる点数（に掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。なお、に掲げる点数の費用のほか、診断群分類点数表に含まれていない費用については、医科点数表又は歯科点数表により算定する。

#### 診断群分類点数表に含まれる費用

ア 第 1 章第 2 部第 1 節 入院基本料

イ 第 1 章第 2 部第 2 節 入院基本料等加算

ウ 第 1 章第 2 部第 4 節 短期滞在手術基本料

エ 第 2 章第 1 部 医学管理等の費用

オ 第 2 章第 3 部 検査の費用

カ 第 2 章第 4 部 画像診断の費用

キ 第 2 章第 5 部 投薬の費用

ク 第 2 章第 6 部 注射の費用

ケ 第 2 章第 7 部第 2 節 薬剤料

コ 第 2 章第 8 部第 2 節 薬剤料

サ 第 2 章第 9 部 処置の費用

シ 第 2 章第 13 部第 1 節 病理標本作製料

#### に掲げる点数の費用から除かれる費用

ア 入院基本料のうち、A 100 一般病棟入院基本料の注 4、A 104 特定機能病院入院に基本料の注 5 及び A 105 専門病院入院基本料の注 3 に掲げる費用

イ 入院基本料等加算のうち、A 205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算から A 206 在宅患者緊急入院診療加算まで、A 208 乳幼児加算・幼児加算から A 213 看護配置加算まで、A 218 地域加算から A 233-2 栄養サポートチーム加算まで及び A 235 褥瘡患者管理加算から A 243 後発医薬品使用体制加算までに掲げる費用

ウ 短期滞在手術基本料のうち、A 400 短期滞在手術基本料 1 及び 2 に掲げる費用

エ 医学管理等の費用のうち、B 000 特定疾患療養管理料から B 001-3-2 ニコチン依存症管理料まで及び B 001-6 肺血栓栓塞症予防管理料から B 014 退院時薬剤情報管理指導料までに掲げる費用

オ 検査の費用のうち、D 206 心臓カテーテル法による諸検査、D 295 関節鏡検査から D 32

5肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法まで及びD401脳室穿刺からD419その他の検体採取までに掲げる費用

カ 画像診断の費用のうち、通則第4号及び第6号に掲げる画像診断管理加算1並びに通則第5号及び第7号に掲げる画像診断管理加算2並びに区分番号E003造影剤注入手技(3のイに限る。)に掲げる費用

キ 注射の費用のうち、区分番号G020無菌製剤処理料に掲げる費用

ク 処置の費用のうち、区分番号J001熱傷処置(5に限る。)、J003局所陰圧閉鎖処置(1に限る。)、J010-2経皮的肝膿瘍等穿刺術、J017エタノールの局所注入、J017-2リンパ管腫局所注入、J027高気圧酸素治療(1に限る。)、J038人工腎臓からJ042腹膜灌流まで、J047カウンターショック、J049食道圧迫止血チューブ挿入法、J052-2熱傷温浴療法、J054-2皮膚レーザー照射療法、J062腎盂内注入、J122四肢ギプス包帯(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切開使用した場合を除く。)、J123体幹ギプス包帯からJ128脊椎側弯矯正ギプス包帯まで(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切開使用した場合を除く。)、J129治療器具の採型ギプス(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)並びにJ129-2練習用仮義足又は仮義手(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038に掲げる人工腎臓(1に限る。)に当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格基準」という。)別表 区分040(1)に掲げる材料に限る。)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)及び保険医療材料(材料価格基準別表 区分051から区分053までに掲げる材料に限る。)に係る費用

ケ 病理標本作製料のうち、区分番号N003術中迅速病理組織標本作製に掲げる費用

コ HIV感染症の患者に使用する抗HIV薬に係る費用

サ 血友病等の患者に使用する遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤及び乾燥人血液凝固第 因子製剤(活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。)に係る費用

~~診断群分類点数表等により算定される診療報酬には、医科点数表に定める以下の費用が含まれる。~~

~~入院基本料~~

~~医学管理等(手術前医学管理料及び手術後医学管理料に限る。)~~

~~検査(ただし、カテーテル検査(心臓、肺臓、肝臓、膵臓)、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料を除く。)~~

~~画像診断(ただし、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技(3のイに規定する主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合に限る。)を除く。)~~

~~投薬~~

~~注射~~

~~処置(ただし、基本点数が1,000点以上の処置料を除く。)~~

~~リハビリテーション又は精神科専門療法の実施に伴い使用された薬剤~~

~~病理診断(ただし、病理診断・判断料を除く。)~~

(4) 特定救命救急入院料等の取扱い

医科点数表に掲げる特定入院料のうち、A 300救命救急入院料、A 301特定集中治療室管理料、A 301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A 301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A 302新生児特定集中治療室管理料、A 303総合周産期特定集中治療室管理料、A 303-2新生児治療回復室入院管理料~~広範熱傷特定集中治療室管理料~~、A 305一類感染症患者入院医療管理料又はA 307小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表4から6の表の右欄に掲げる点数を加算する。なお、特定入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算は、次に掲げるものとする。

A 300救命救急入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A 205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A 218 地域加算
- エ A 218-2 離島加算
- オ A 233 栄養管理実施加算
- カ A 235 褥瘡患者管理加算
- キ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ク A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- ケ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 301特別集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A 205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A 218 地域加算
- エ A 218-2 離島加算
- オ A 232 がん診療連携拠点病院加算
- カ A 233 栄養管理実施加算
- キ A 235 褥瘡患者管理加算
- ク A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ケ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- コ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- サ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

A 301-2ハイケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A 205-2 超急性期脳卒中加算
- イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
- ウ A 218 地域加算
- エ A 218-2 離島加算
- オ A 232 がん診療連携拠点病院加算
- カ A 233 栄養管理実施加算
- キ A 235 褥瘡患者管理加算
- ク A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算



ケ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

コ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

A 301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 233 栄養管理実施加算

カ A 235 褥瘡患者管理加算

キ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ク A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

ケ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

コ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

A 302新生児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 218 地域加算

ウ A 218-2 離島加算

エ A 233 栄養管理実施加算

オ A 235 褥瘡患者管理加算

カ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

キ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

ク A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 303総合周産期特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 233 栄養管理実施加算

カ A 235 褥瘡患者管理加算

キ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ク A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

ケ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 303-2新生児治療回復室入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 218 地域加算

ウ A 218-2 離島加算

エ A 233 栄養管理実施加算

オ A 235 褥瘡患者管理加算

カ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

キ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

ク A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

A 305一類感染症患者入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 233 栄養管理実施加算

カ A 235 褥瘡患者管理加算

キ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ク A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 307小児入院医療管理料 1 又は 2 を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 221-2 小児療養環境特別加算

カ A 233 栄養管理実施加算

キ A 235 褥瘡患者管理加算

ク A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ケ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

コ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 307小児入院医療管理料 3 又は 4 を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 221-2 小児療養環境特別加算

カ A 233 栄養管理実施加算

キ A 235 褥瘡患者管理加算

ク A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ケ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

コ A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

サ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

A 307小児入院医療管理料 5 を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A 205-2 超急性期脳卒中加算

イ A 212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ウ A 218 地域加算

エ A 218-2 離島加算

オ A 221-2 小児療養環境特別加算

カ A 231 児童・思春期精神科入院医療管理加算

キ A 231-2 強度行動障害入院医療管理加算

ク A 231-4 摂食障害入院医療管理加算

ケ A 233 栄養管理実施加算

コ A 235 褥瘡患者管理加算

サ A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

シ A 238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

ス A 238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

セ A 238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

~~なお、本加算を算定している間は、超急性期脳卒中加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算を除き、入院基本料等加算は算定できない。~~

~~ただし、本加算のうち、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、総合周産期特定集中治療室管理料又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料を算定している間の妊産婦緊急搬送入院加算、特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料を算定している間のがん診療連携拠点病院加算、小児入院医療管理料1から4までのいずれかを算定している間の超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算及び小児療養環境特別加算並びに小児入院医療管理料4を算定している間の児童・思春期精神科入院医療管理加算については、算定することができる。~~

~~(5) 医科点数表により算定される診療報酬~~

~~入院基本料等加算（入院時医学管理加算、地域医療支援病院入院診療加算、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、看護補助加算及び医療安全対策加算を除く。）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、在宅医療、検査（カテーテル検査（心臓、肺臓、肝臓、膵臓）、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採取料に限る。）、画像診断（画像診断管理加算1、画像診断管理加算2及び造影剤注入手技（3のイに限る。）に限る。）、リハビリテーション（薬剤料を除く。）、精神科専門療法（薬剤料を除く。）、処置料（基本点数が1,000点以上の処置に限る。）、手術、麻酔、放射線療法、病理診断・判断料等については、医科点数表により算定する。~~

~~(5-6)~~ 診断群分類番号060160x102xxxx鼠径ヘルニア患者の15歳未満におけるヘルニア手術（鼠径ヘルニアに限る。）あり又は診断群分類番号060160x103xxxx鼠径ヘルニア患者の15歳未満における腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術ありを適用した場合は、医科点数表により算定されることから、区分番号A\*400に掲げる短期滞在手術基本料3（ただし、特別入院基本料又は区分番号A\*307に掲げる小児入院管理料を算定する場合を除く。）による算定となることに留意すること。

~~(6-7)~~ 特定入院期間を超えた場合の取扱い

入院期間が診断群分類点数表に掲げる特定入院期間を超えた日以降の診療報酬は医科点数

表により算定する。

(7-8) 外泊の取扱い

入院患者の外泊期間中の入院料等点数については、患者の入院している病棟について病棟が届け出ている入院基本料の基本点数の15%又は特定入院料の基本点数の15%を算定するが、ものである。精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15%を算定できる。

~~ただし、精神及び行動障害の患者が治療のために外泊する場合は、当該入院基本料の基本点数又は特定入院料の基本点数の30%を算定するものであるが、30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ、同一月(同一暦月)中6日以内に限るとする。~~

入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊する場合に、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合には、上記の点数に加え、区分番号C ~~100-1-0-0~~に掲げる退院前在宅療養指導管理料を外泊初日1回に限り算定できる。

外泊期間は、診断群分類点数表等による診療報酬の算定にあたり、入院期間として算入するものとする。

(8-9) 同一傷病での再入院に係る取扱い

診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名(以下「同一傷病名」という。)での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院については、前回入院と一連の入院とみなす。したがって、同一傷病名の患者が3日以内に再入院(病棟間の転棟に伴う転棟日から起算して3日以内の再転棟も含む。)となった場合の入院期間の起算日は初回の入院日とし、再入院となった場合の再入院までの期間も入院期間として算入するものとする。

(9-10) 同一傷病名による3日以内の再入院に当たっての特定入院料の加算については、前回入院と一連の入院と見なした限度日数とすること。

(10-11) 退院時処方取扱い

医療資源を最も投入した傷病名及び診断群分類の決定に当たり、退院時処方(退院後に在宅において使用するための薬剤を退院時に処方することをいう。以下同じ。)した場合は、当該薬剤の処方投入した医療資源に含めないこと。

ただし、その場合において、別に薬剤料のみを算定することができる。 \_\_

(11) 入院中の患者に係る対診・他医療機関受診の取扱い

入院中の患者に係る対診の取扱い

診断群分類点数表により診療報酬の算定を行っている患者に対し対診が行われた場合は、当該保険医療機関において当該診療行為に係る包括対象外の費用を算定し、その費用については他の保険医療機関との合議により精算するものとし、他の保険医療機関においては、初・再診料及び往診料を算定するものとする。なお、当該保険医療機関においては、他の保険医療機関が提供した診療行為を含め、当該患者の診断群分類区分を決定することとする。

入院中の患者に係る他医療機関受診の取扱い

診断群分類点数表により診療報酬の算定を行っている患者が他の保険医療機関を受診した場合は、当該保険医療機関において当該診療行為に係る包括対象外の費用を算定し、当該診療に係る費用については他の保険医療機関との合議により精算するものとする。なお、

当該保険医療機関においては他の保険医療機関が提供した診療行為を含め、当該患者の診断群分類区分を決定することとする。

(12) 診断群分類点数表等による診療報酬の算定方法

対象患者の診療報酬は、(1)から(11)により算定する。

なお、入院時食事療養費に係る食事療養の費用については、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準により算定する。

2 診療報酬の調整等

(1) 各月における費用の算定時に適用した診断群分類区分と退院の日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）へ転棟した日の前日、特定入院期間を超えた日の前日、その他診断群分類点数表等による診療報酬の算定から医科点数表による算定に変更した日の前日を含む。以下同じ。）に適用した診断群分類区分とが異なる場合には、退院の日に適用した診断群分類区分に基づいて算定した入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額と、入院の日を含む月から退院の日を含む月の前月までの費用の額の差を、退院の日を含む月の費用の請求において調整する。

(2) 診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い

入院当初は診断群分類区分に該当すると判断され、診断群分類点数表等により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当しないと判断された場合には、その日より医科点数表により診療報酬を算定するものとする。

入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断され、医科点数表により算定されていた患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、その日より診断群分類点数表等により診療報酬を算定するものとする。

の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、 の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

(3) 転棟した場合等の取扱い

対象外病棟に転棟した場合には、転棟した日の翌日以降の診療報酬の算定は医科点数表によるものとする。この場合において、対象外病棟における入院料等の算定に当たっては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

対象外病棟から一般病棟に転棟し、診断群分類点数表等により診療報酬を算定する場合には、当該病棟に転棟した日を診断群分類点数表等による入院期間の算定の起算日とする。

入院途中で治験又は先進医療である療養を実施することを決定し、月途中の日から医科点数表により算定することとなる場合においては、入院期間の算定の起算日は入院の日とする。

(4) 同一傷病名での3日以内の再入院となった患者の取扱いについては、初回入院、再入院を合わせて一入院とし、上記(1)～(3)に準じて取り扱うこと。

3 その他

外泊及び転棟した場合等の取扱いについては、適切に取り扱われるよう十分に留意すること。

## 第5 その他

### 1 経過措置

調整係数告示別表に掲げる病院の一般病棟について、同年2月までに診療報酬として算定した額と、同月までの療養について同年3月31日における療養に適用する算定告示別表11の診断群分類点数表に掲げる分類区分により算定した額との差額を、同月分の費用の額を算定する際に調整し、退院の日において調整する場合には、同年4月分以降の費用の額について調整する。

なお、この場合において、入院期間の起算日は入院の日とする。

### 2 患者への周知等

(1) DPC対象病院においては、当該病院が算定告示により費用を算定する旨を院内に掲示するとともに、入院患者及び関係者に対して、診療報酬の算定方法等について十分に説明すること。

また、入院患者等に対して入院診療計画を説明する際には診断群分類区分の名称などを説明することが望ましい。

(2) 入院患者等から包括範囲内の診療行為がわかる明細書の交付の求めがあった場合は、「医療費の内容の分かる領収証の交付について」（平成18年3月6日保発0306005号）により取り扱うこと。

### 3 名称の変更

調整係数告示に定める病院の名称が変更となる場合には、遅くとも2か月前までに、別紙8「医療機関名称変更届」を地方厚生（支）局医療指導課長を経由して厚生労働省保険医療課長に提出すること。



(別紙1)

## D P C 対象病院参加申込書

参加基準（該当する項目の をチェックすること。）

D P C 対象病院に参加する直近の2年間において、D P C 準備病院の基準をすべて満たしている（満たす見込みである）。

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。

現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが、D P C 対象病院に参加する日までに基準を満たした上で届出を行う。

（算定開始予定年月日：平成 年 月 日）

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、D P C 対象病院に参加する日までに基準を満たした上で届出を行う。

（算定開始予定年月日：平成 年 月 日）

「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる。

厚生労働省保険局医療課にて計算する2年間（10か月）の調査期間の（データ/病床）比が8.75以上となる見込みである。

D P C 導入開始希望日（変更不可）（該当する項目の をチェックすること。）

診療報酬改定時

診療報酬改定時からD P C 対象病院への参加を希望する病院は、直近に予定している診療報酬改定の1か月前までに基準を満たさなければならない。

診療報酬改定の3か月後

診療報酬改定の3か月後からD P C 対象病院への参加を希望する病院は、当該診療報酬改定時までに基準を満たさなければならない。

当院は、上記基準の全てを満たしているので、D P C 対象病院に参加することを希望します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所  
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

( 注 意 事 項 )

本申込書を直前に予定している診療報酬改定の5か月前までに提出した病院については、当該診療報酬改定の1か月前の時点においてDPC対象病院の基準をすべて満たすことにより参加が認められた場合には、当該診療報酬改定時より参加するものとし、当該診療報酬改定時においてDPC対象病院の基準をすべて満たすことにより参加が認められた場合には、当該診療報酬改定時から3か月を超えた月の初日より参加するものとする。

7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100一般病棟入院基本料、A104~~の1~~特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。



(別紙 2)

## D P C 対象病院退出届

(退出理由)

当院は、上記理由により、D P C 対象病院より退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所  
及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E - mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

本退出届を直前に予定している診療報酬改定の5か月前までに提出した病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせてD P C 対象病院から退出する。(診療報酬改定の時期に合わせた退出とは、診療報酬改定の前々月初日に退出することをいう。)

D P C 対象病院の基準について猶予期間(3か月)を超えてもなお基準を満たせない病院は、猶予期間終了後速やかに本退出届を提出することとし、当該病院は3か月の猶予期間を超えた月の翌月初日にD P C 対象病院から退出する。

D P C 対象病院から退出した病院は、その後引き続き「D P C 導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に2回適切に参加すること。ただし、当該調査期間中に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

本退出届は、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙3)

## D P C 対象病院退出届

(特別な理由がある場合)

当院は、D P C 対象病院からの退出を申請します。

退出の理由については、添付資料のとおりです。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所

及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E - mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

### (注意事項)

本申請書には、退出することが必要な理由について詳細に記述した資料を添付すること。

退出の可否については中央社会保険医療協議会において審査・決定することとし、退出が認められた場合には、認められた月の翌々月初日にD P C 対象病院から退出するものとする。

審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙4に定める不服意見書を提出することができる。

D P C 対象病院から退出した病院は、その後引き続き「D P C 導入の影響評価に係る調査」に2回適切に参加すること。ただし、当該調査期間中に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料を算定している場合に限る。

審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙 4)

## 不服意見書

(通知された決定案)

(決定案に対する意見)

当院は、上記理由により、通知された決定案に対する意見を提出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所  
及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙5)

## D P C 準備病院希望申出書

基準(該当する項目にチェックをすること。)

7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。

現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが、当該基準を満たすべく計画を策定している。

[A207](#)診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

[A207](#)診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。

「D P C 導入の影響評価に関する調査(特別調査を含む。)」に適切に参加できる。  
適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

当院は、上記基準の全てを満たしているので、D P C 準備病院となることを希望します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所  
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

( 注 意 事 項 )

D P C 準 備 病 院 の 募 集 期 間 等 に つ い て は 、 中 央 社 会 保 険 医 療 協 議 会 の 了 承 を 得 た 上 で 、 厚 生 労 働 省 ホ ー ム ペ ー ジ に お い て 周 知 を 行 う た め 、 留 意 す る こ と 。

7 対 1 入 院 基 本 料 、 10 対 1 入 院 基 本 料 と は 、 A 100 一 般 病 棟 入 院 基 本 料 、 A 104 ~~の 1~~ 特 定 機 能 病 院 入 院 基 本 料 ( 一 般 病 棟 に 限 る 。 ) 及 び A 105 専 門 病 院 入 院 基 本 料 の 7 対 1 入 院 基 本 料 、 10 対 1 入 院 基 本 料 を い う 。

現 在 、 7 対 1 入 院 基 本 料 又 は 10 対 1 入 院 基 本 料 に 係 る 届 出 を 行 っ て い な い が 当 該 基 準 を 満 た す べ く 計 画 を 策 定 し て い る 病 院 、 又 は A 207 診 療 録 管 理 体 制 加 算 に 係 る 届 出 を 行 っ て い な い が 同 等 の 診 療 録 管 理 体 制 を 有 し て お り 、 当 該 基 準 を 満 た す べ く 計 画 を 策 定 し て い る 病 院 は 、 別 紙 6 「 D P C 準 備 病 院 希 望 申 出 書 ( 別 紙 ) 」 に 必 要 事 項 を 記 載 し 、 本 申 出 書 に 添 付 す る こ と 。

(別紙6)

## D P C 準備病院希望申出書 (別紙)

保険医療機関名：

所在地住所：

1. 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定していない場合、当該基準を満たすための計画を記載すること。

2. [A207](#)診療録管理体制加算を算定していない場合、同等の診療録管理体制の具体的な内容及び当該基準を満たすための計画を記載すること。

(注意事項)

計画の期限を含めて計画を策定すること。

計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。

7対1又は10対1入院基本料の届出を行っており、かつ、[A207](#)診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

(別紙7)

## D P C 準備病院辞退届

(辞退理由)

データ作成のための人員が確保できなかったため。

データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。

その他 ( )

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所  
及び名称

開設者名 印

(連絡先) 担当者名  
所属部署  
電話番号  
E-mail

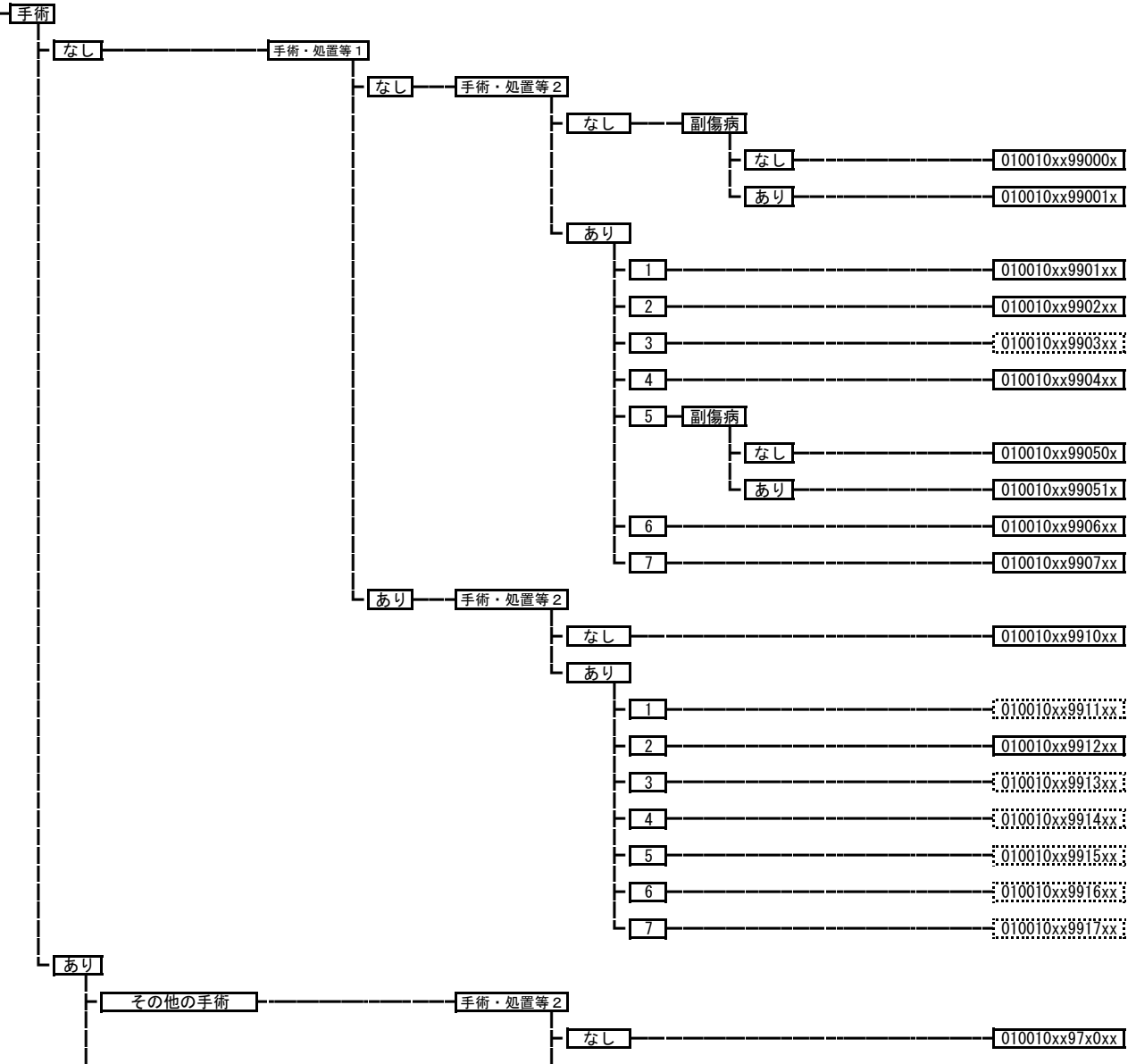
厚生労働省保険局医療課長 殿

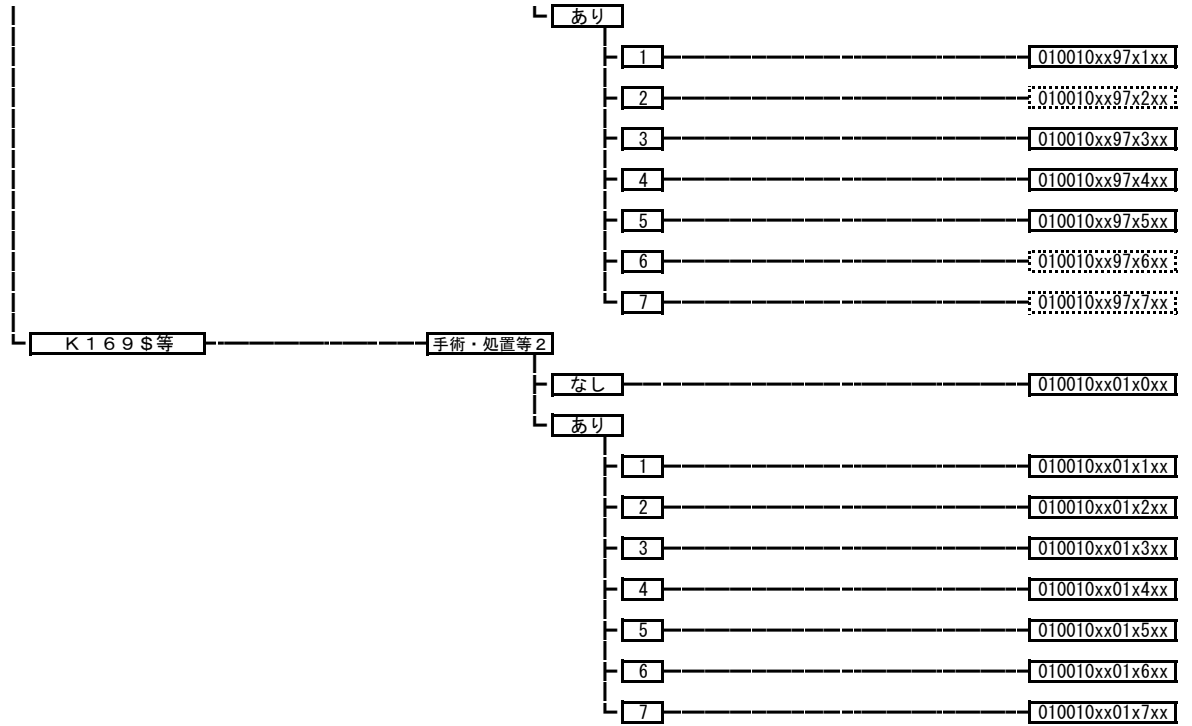




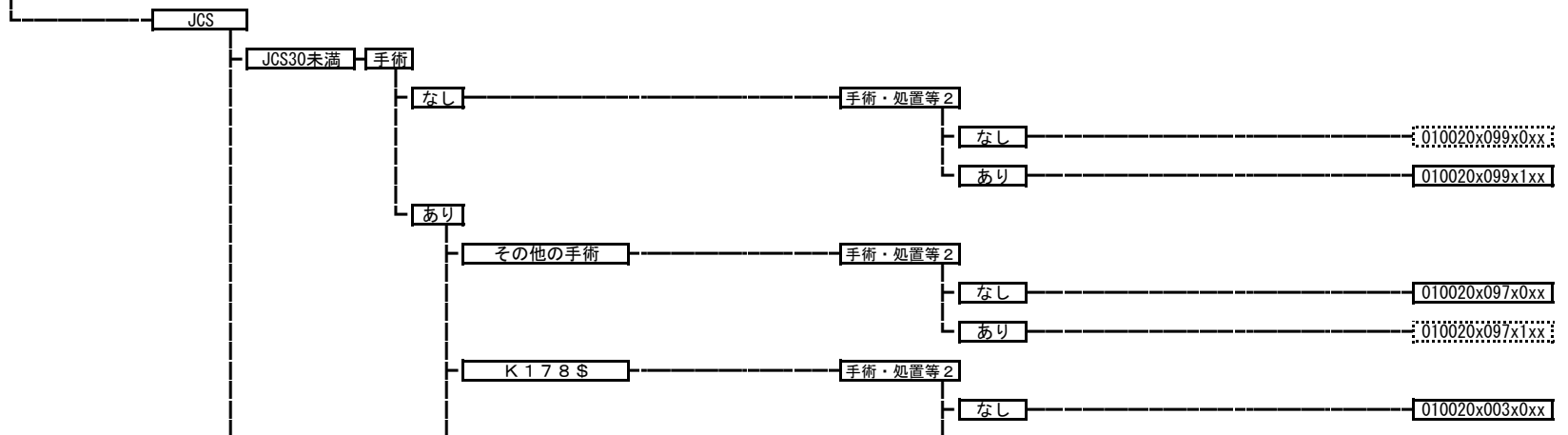
010010 脳腫瘍

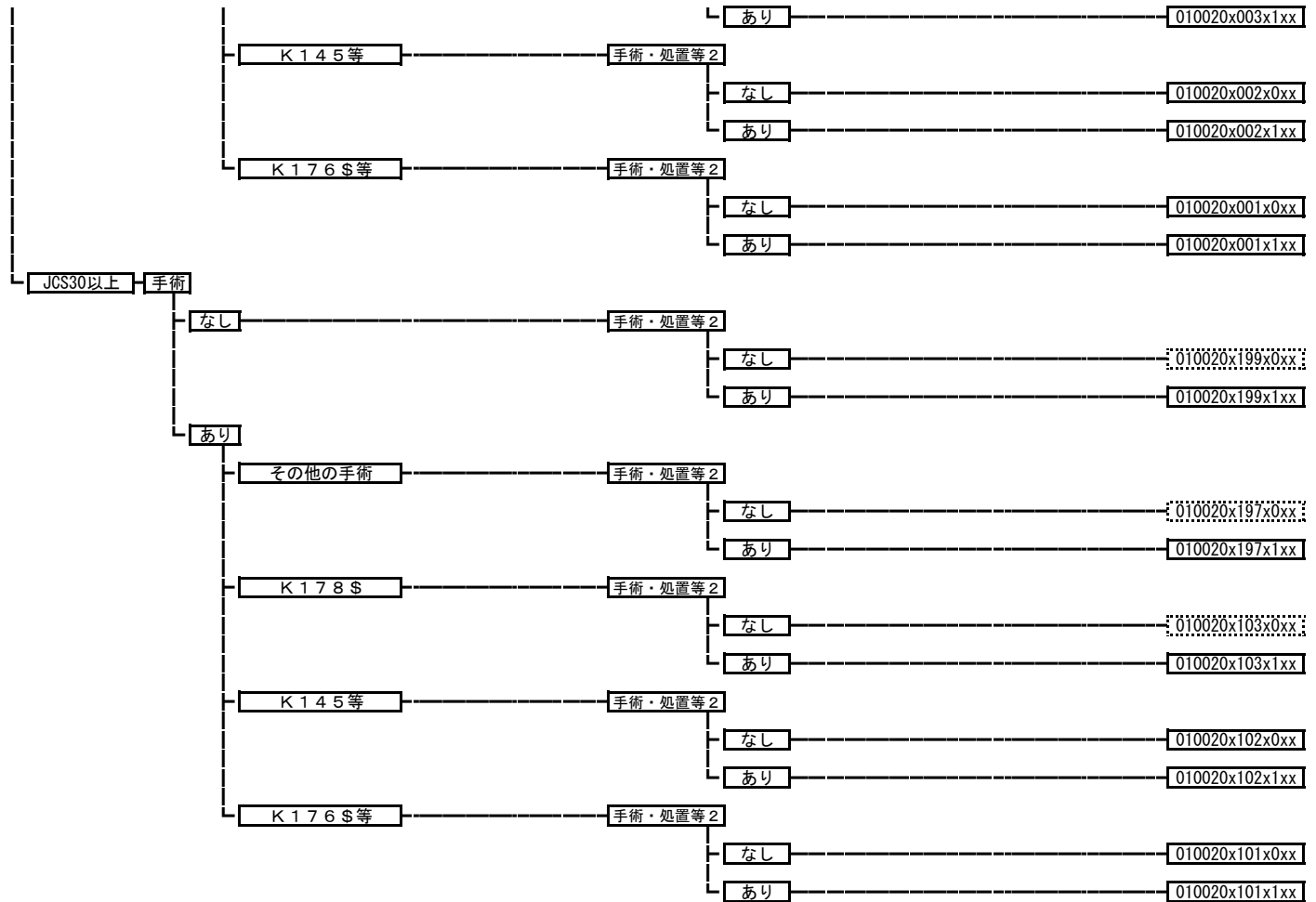
手術・処置等2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: SPECT、PET  
 3: 化学療法なしかつ放射線療法あり  
 4: 化学療法ありかつ放射線療法あり  
 5: 化学療法ありかつ放射線療法なし  
 6: メトトレキサート  
 7: テモゾロミド (初発の初回治療に限る。)



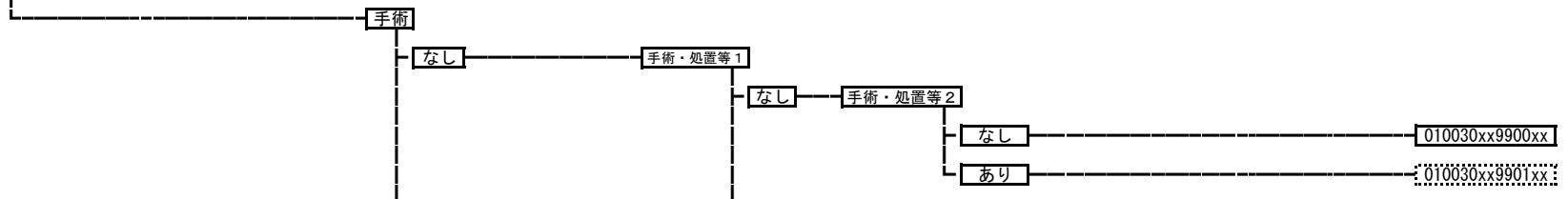


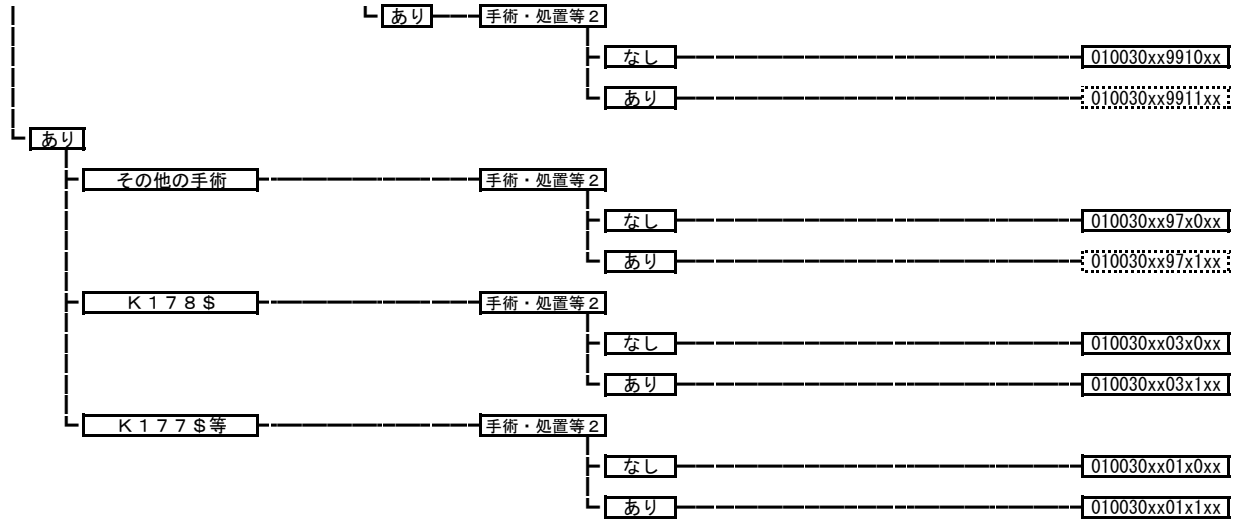
**010020 くも膜下出血、破裂脳動脈瘤**



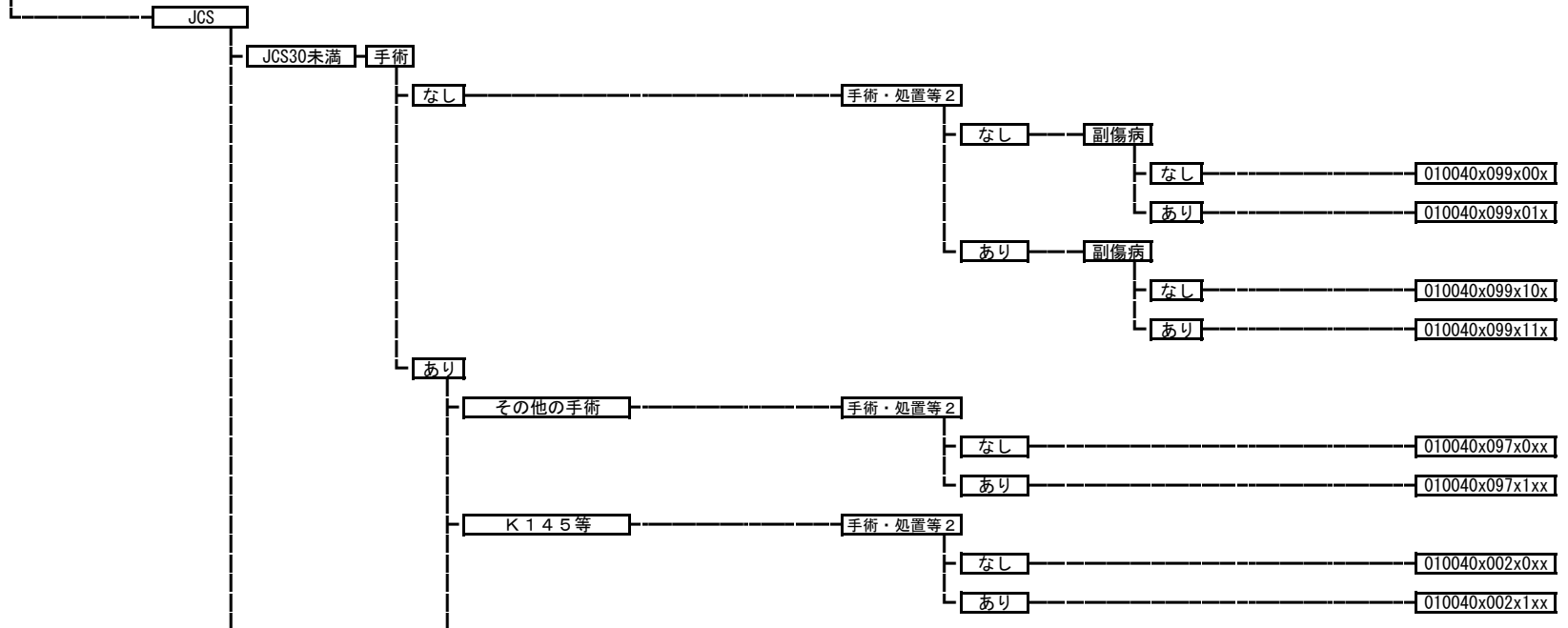


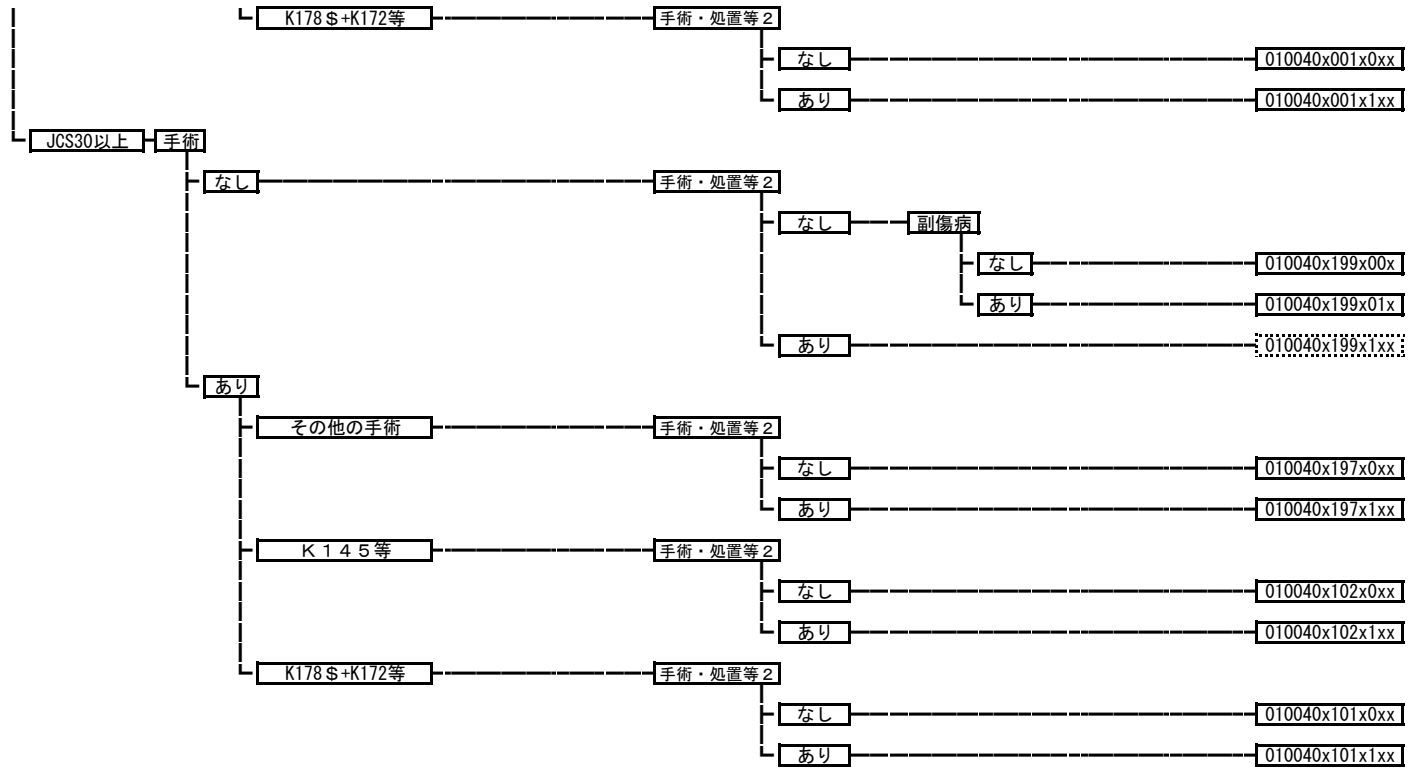
**010030 未破裂脳動脈瘤**



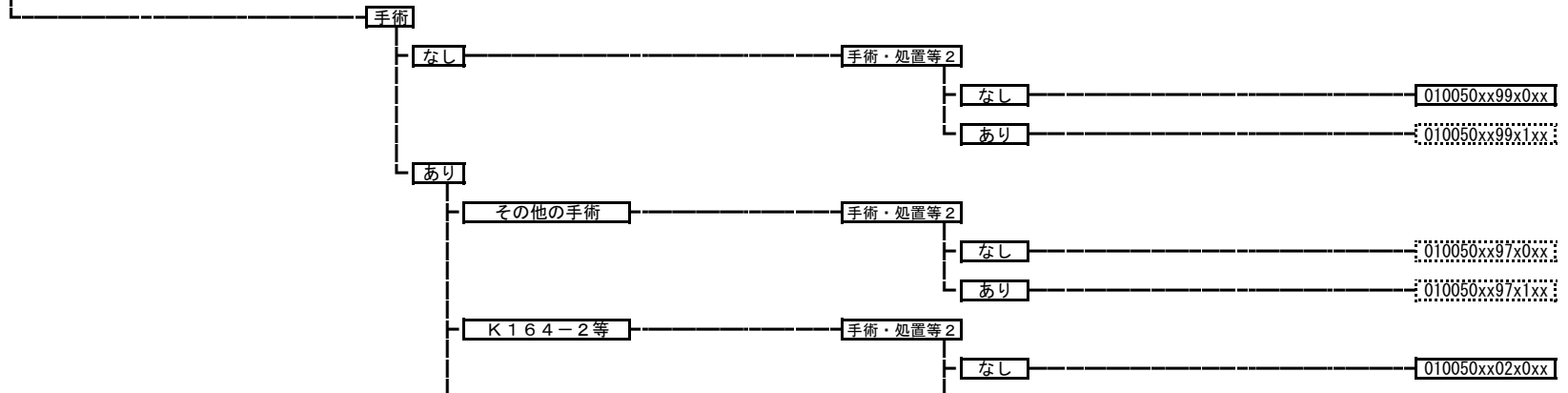


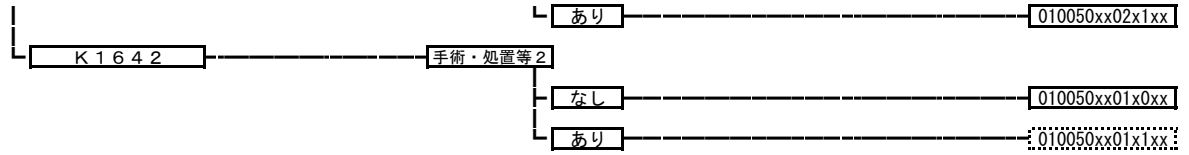
**010040 非外傷性頭蓋内血腫（非外傷性硬膜下血腫以外）**



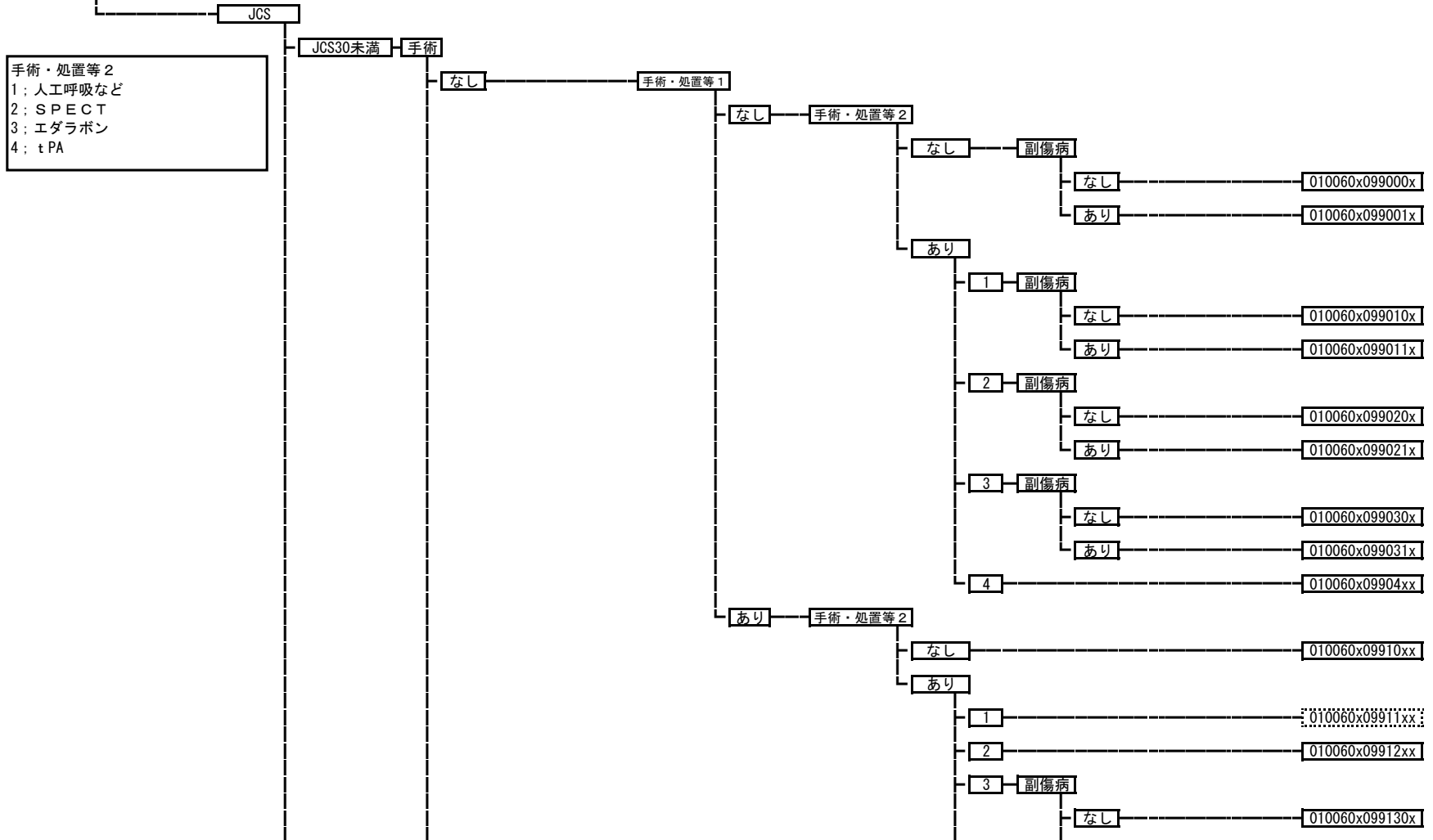


**010050 非外傷性硬膜下血腫**

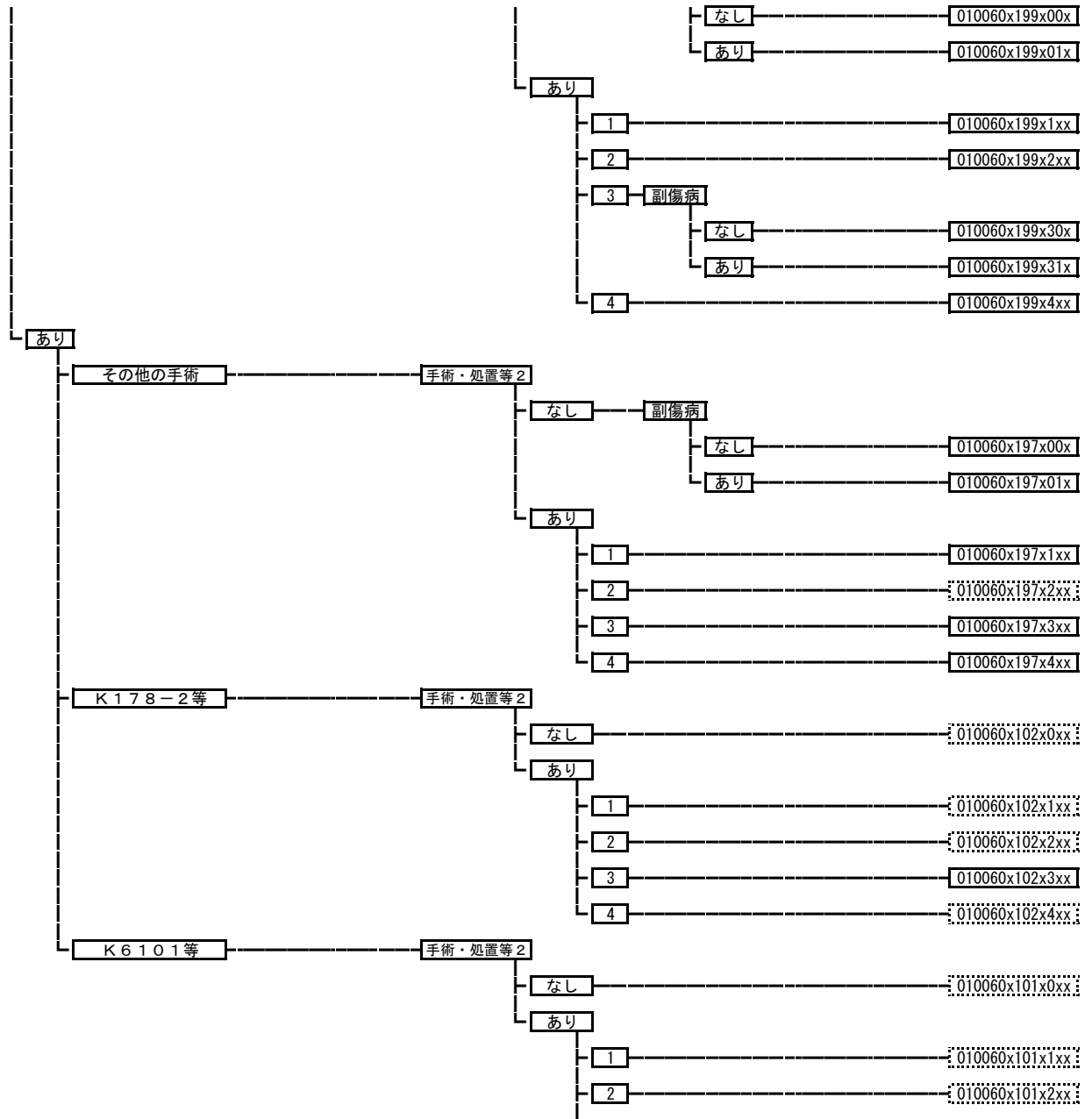




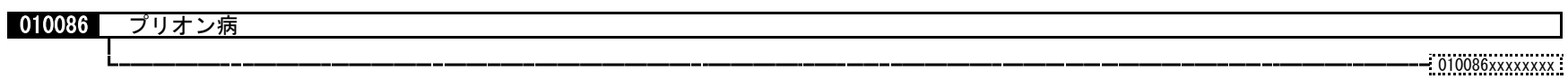
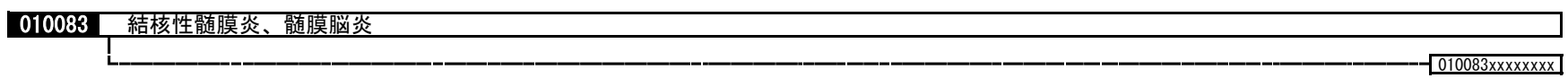
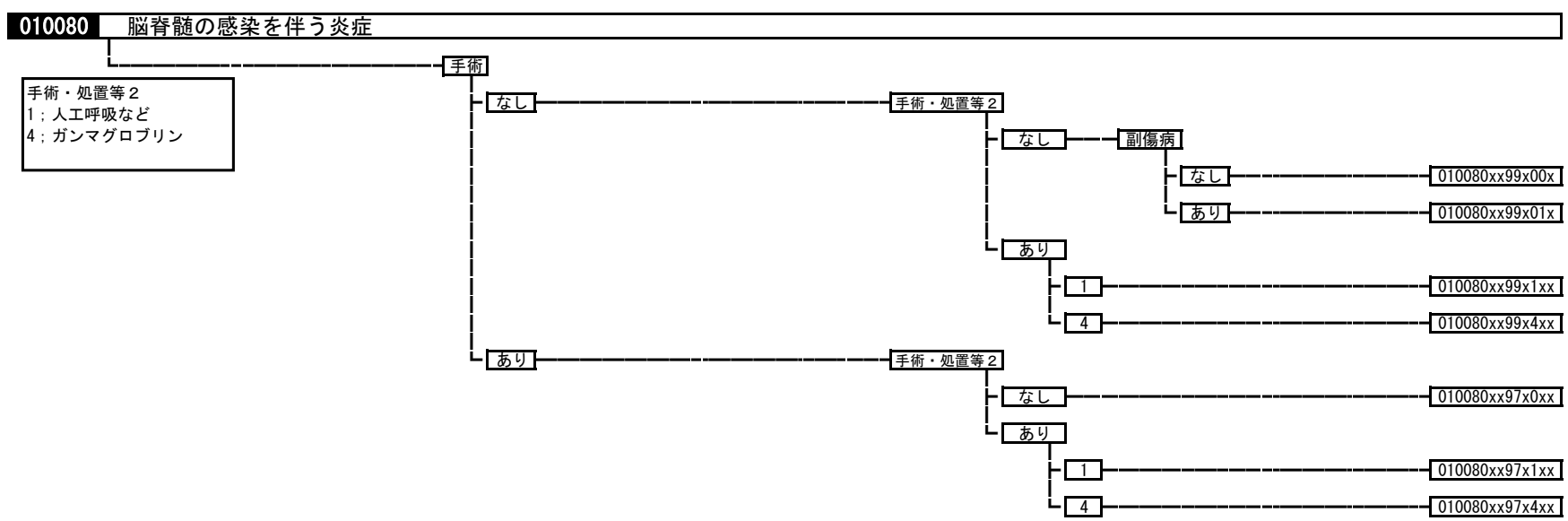
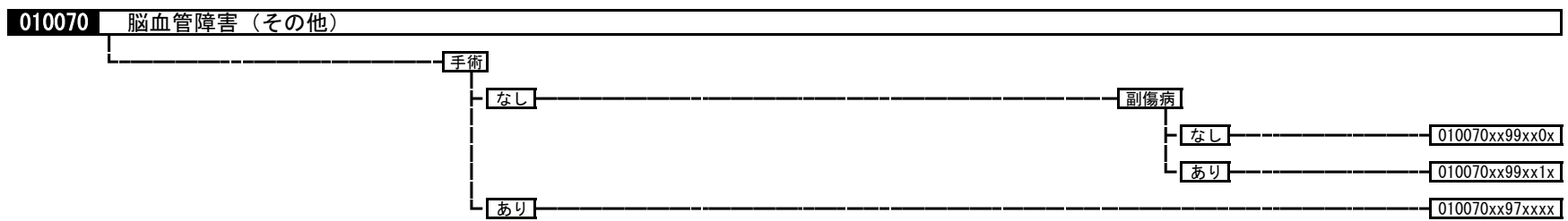
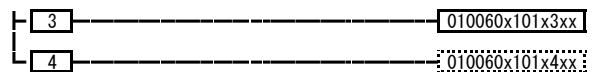
**010060 脳梗塞**





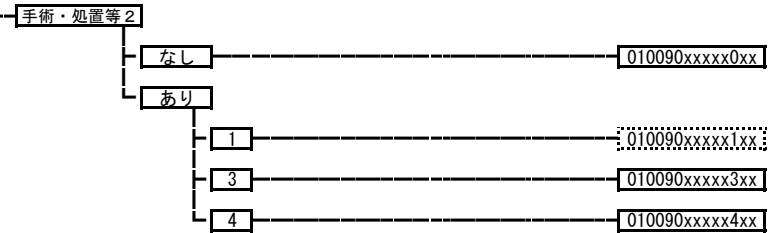




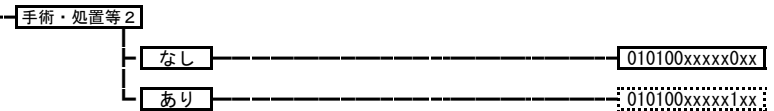


**010090 多発性硬化症**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 3: 血漿交換療法  
 4: インターフェロン

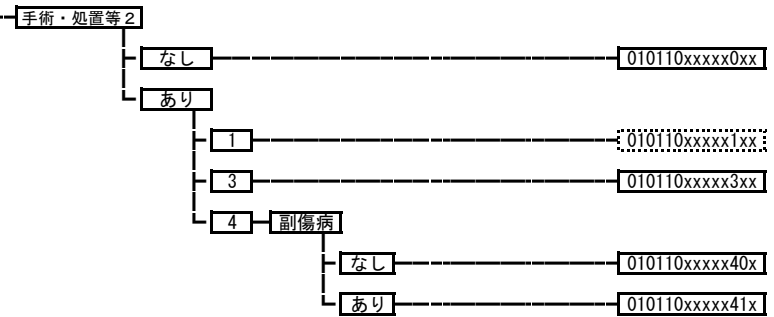


**010100 脱髄性疾患（その他）**

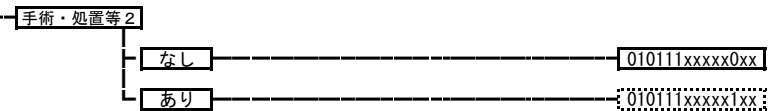


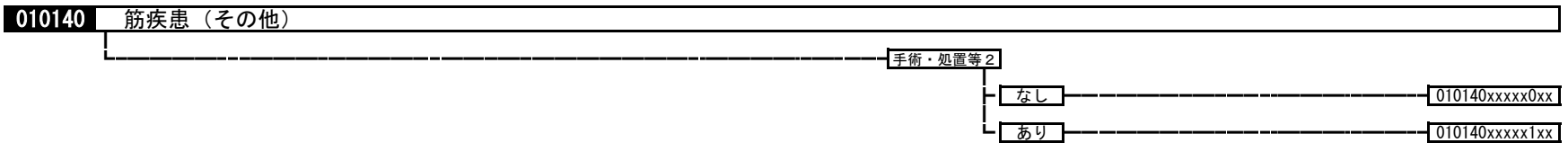
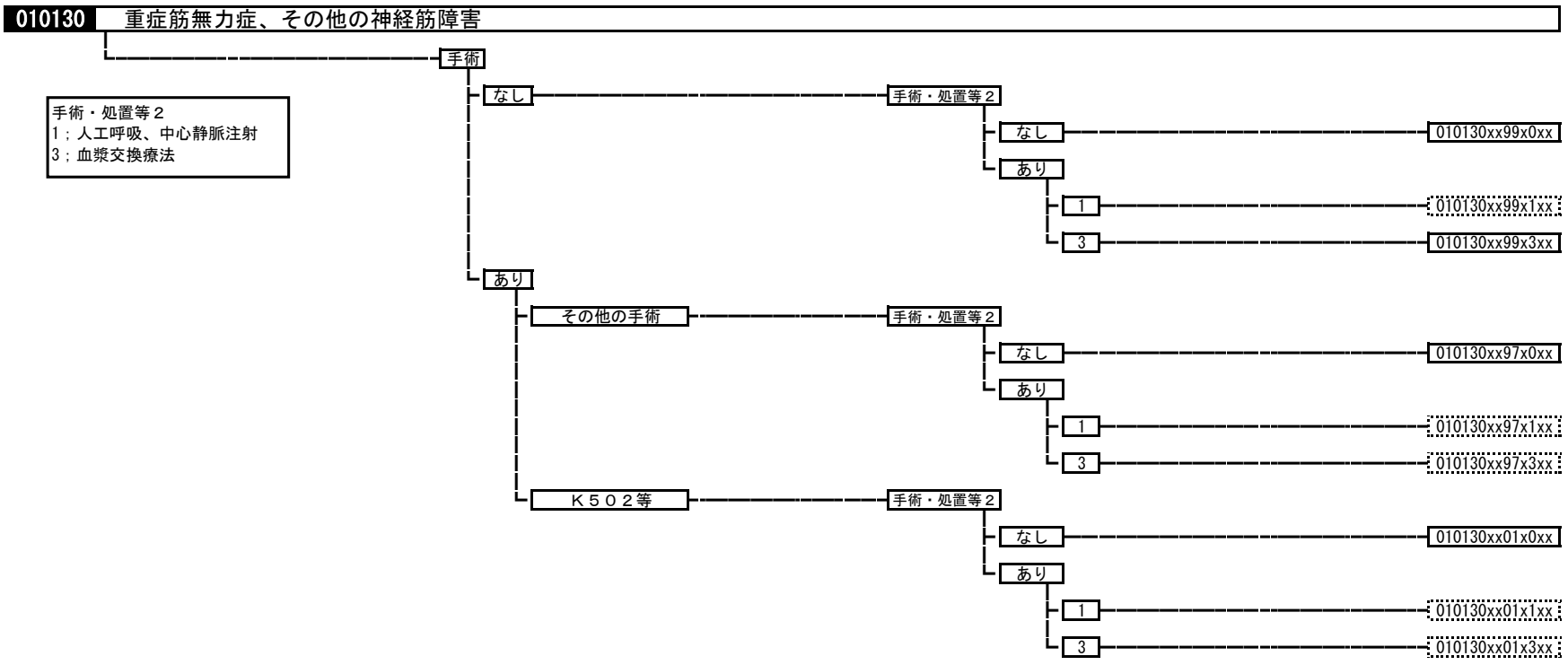
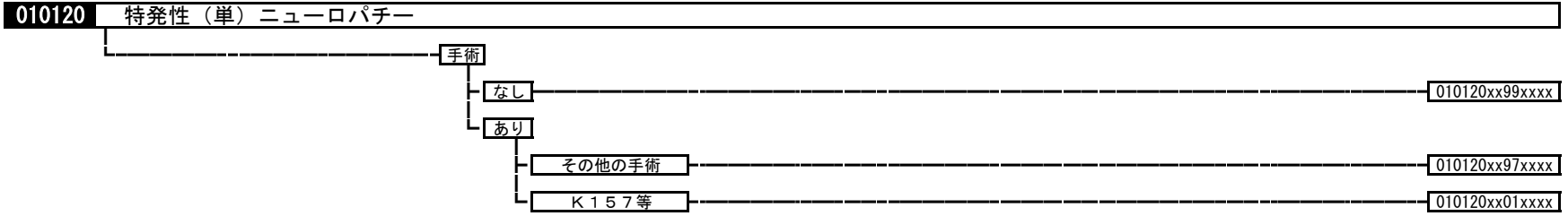
**010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー**

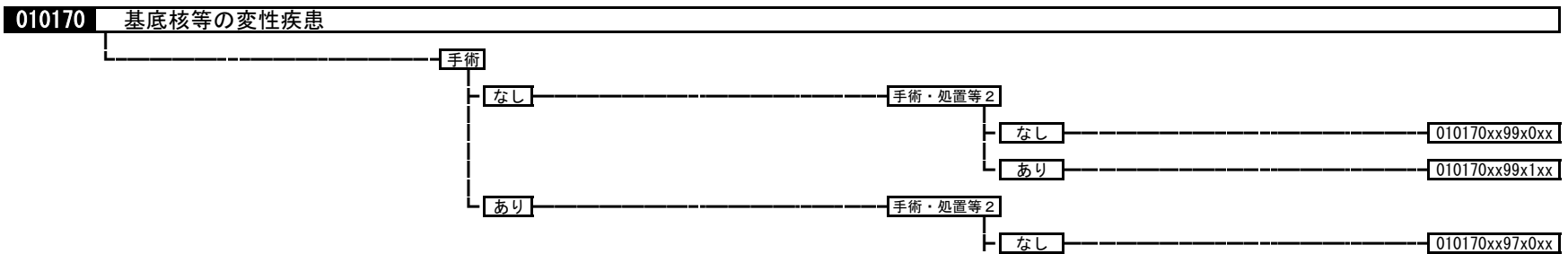
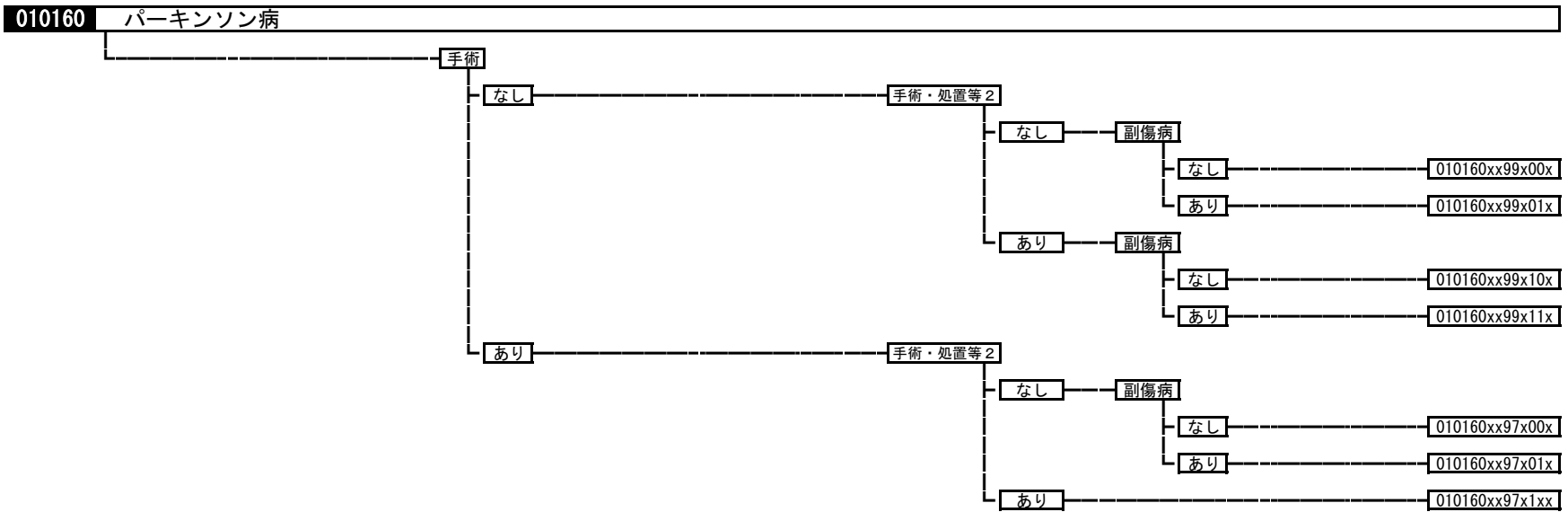
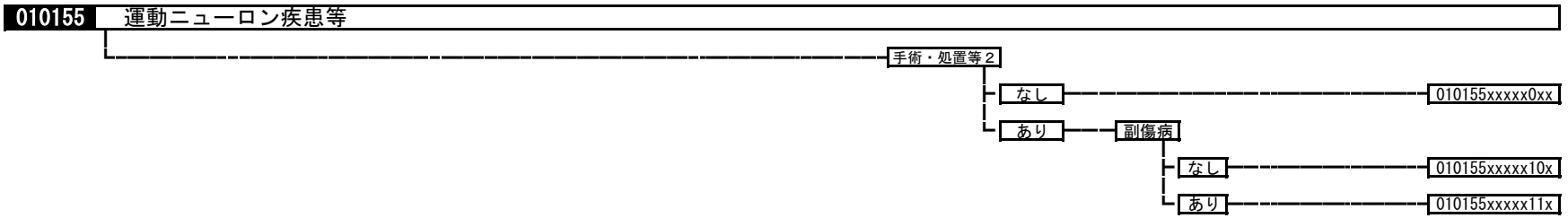
手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 3: 血漿交換療法  
 4: ガンマグロブリン



**010111 遺伝性ニューロパチー**

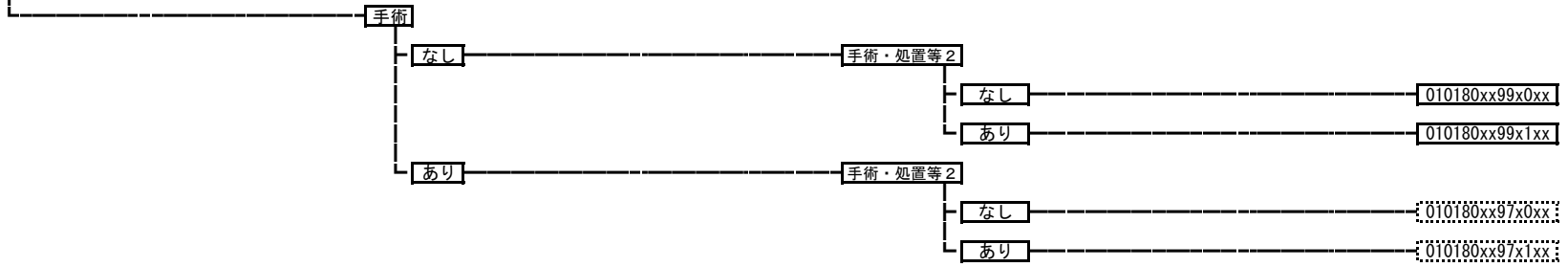






あり 010170xx97x1xx

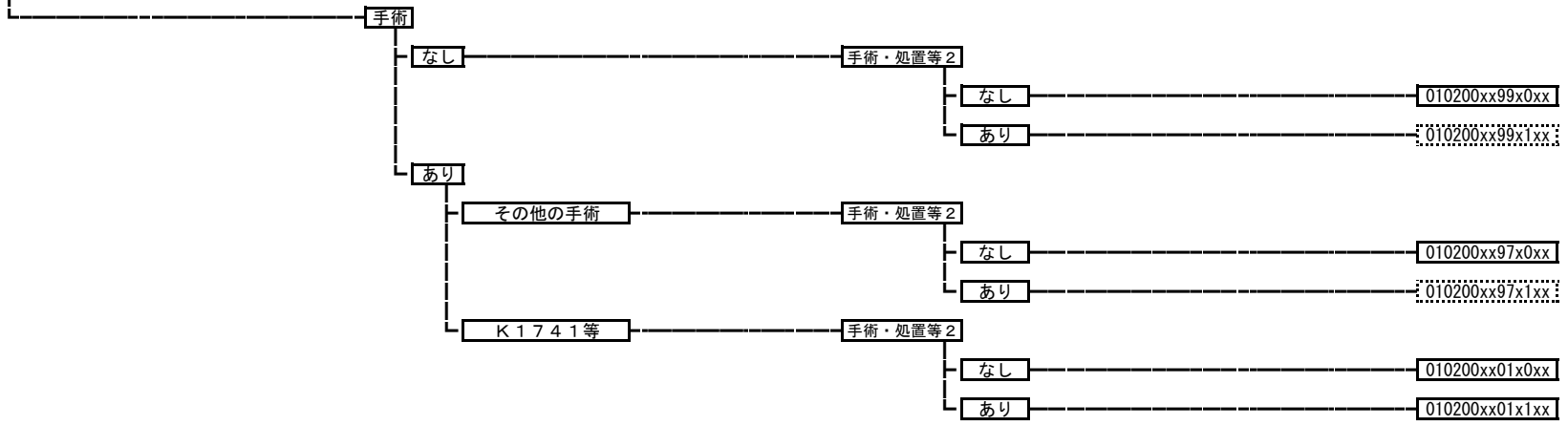
**010180 不随意運動**



**010190 遺伝性運動失調症**

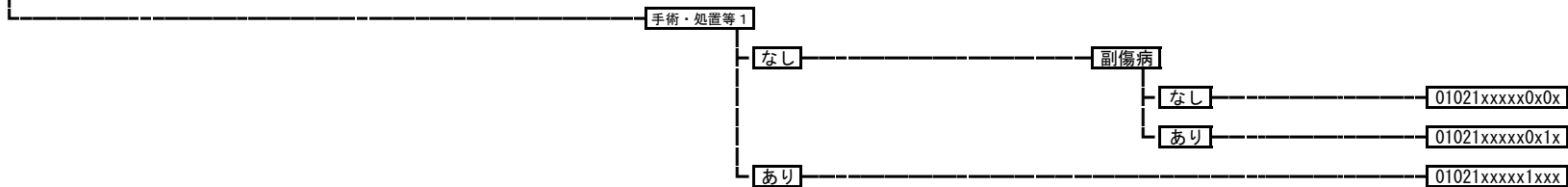


**010200 水頭症**



**01021x 認知症**

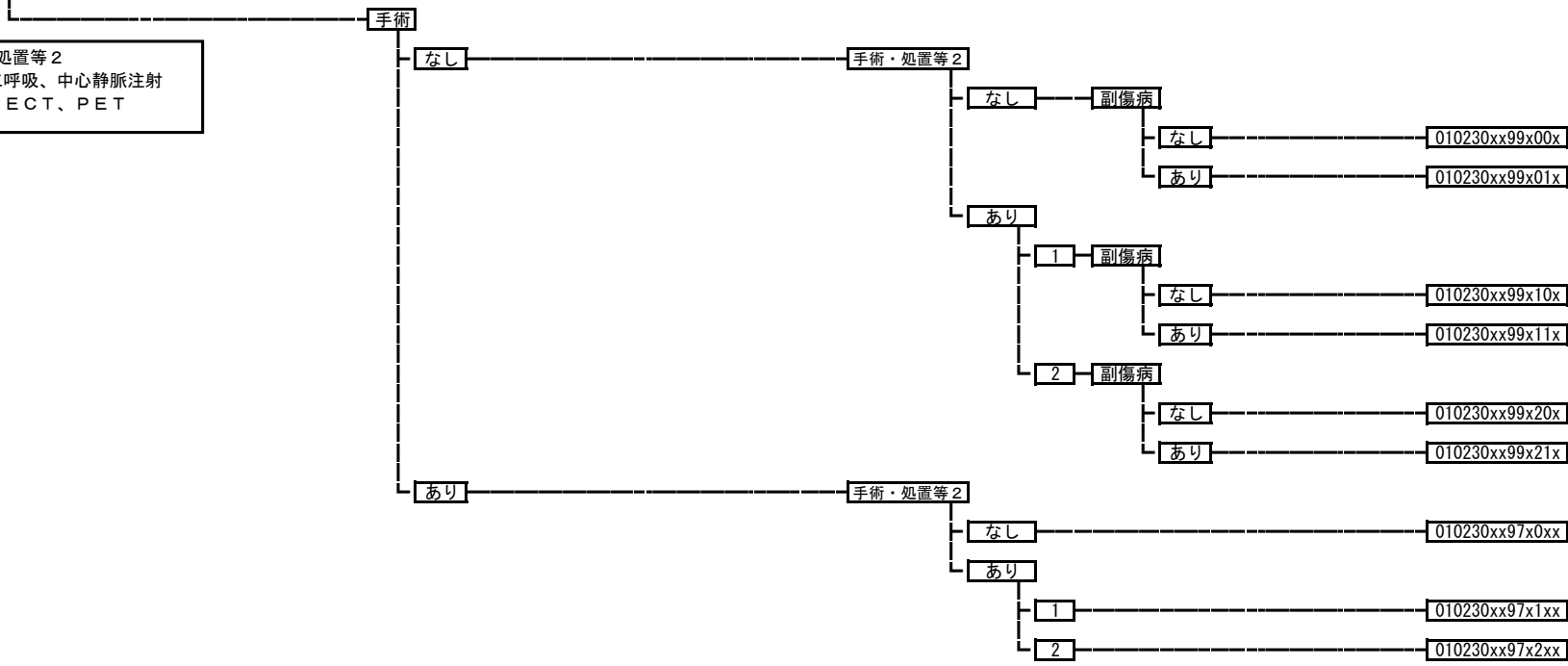
010210	アルツハイマー型認知症	010211	血管性認知症	010212	その他の認知症
010213	アルツハイマー病				



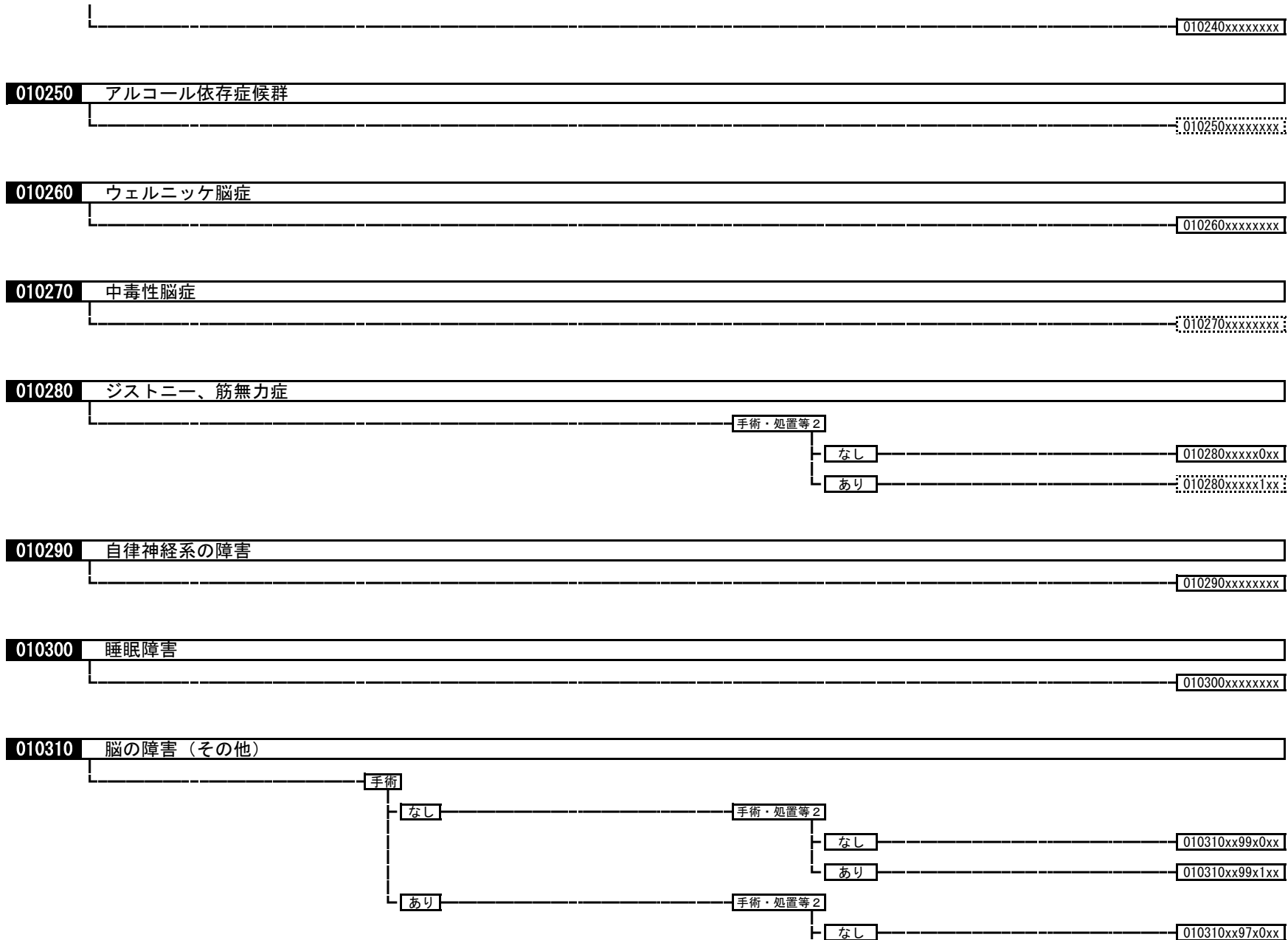
<b>010220</b>	その他の変性疾患				
					010220xxxxxxx

<b>010230</b>	てんかん				
---------------	------	--	--	--	--

手術・処置等2  
1; 人工呼吸、中心静脈注射  
2; SPECT、PET

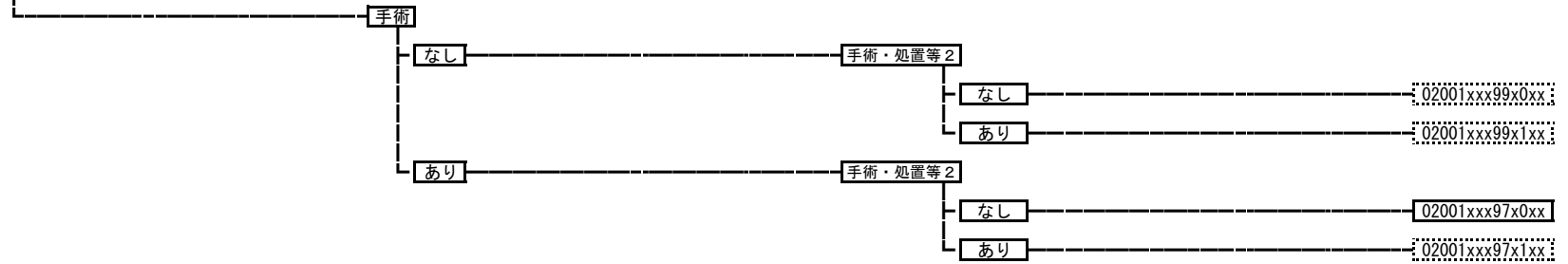


<b>010240</b>	片頭痛、頭痛症候群（その他）				
---------------	----------------	--	--	--	--

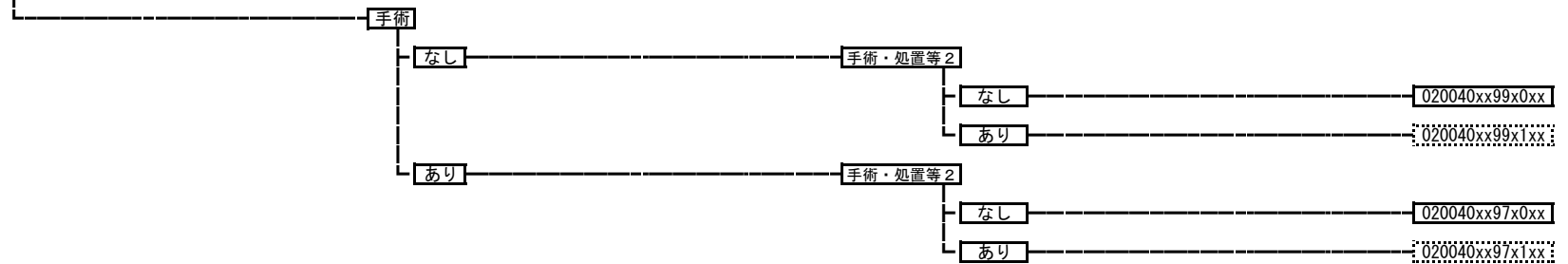


あり 010310xx97x1xx

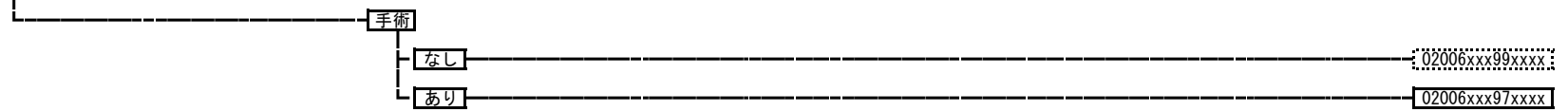
<b>02001x</b>	<b>角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍</b>
	020011 眼瞼・結膜の悪性腫瘍
	020012 眼窩の悪性腫瘍
	020013 ぶどう膜の悪性黒色腫
	020014 眼の悪性腫瘍（その他）



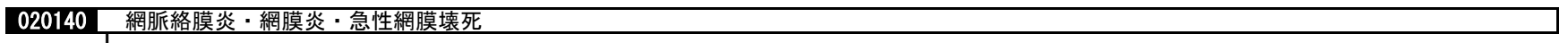
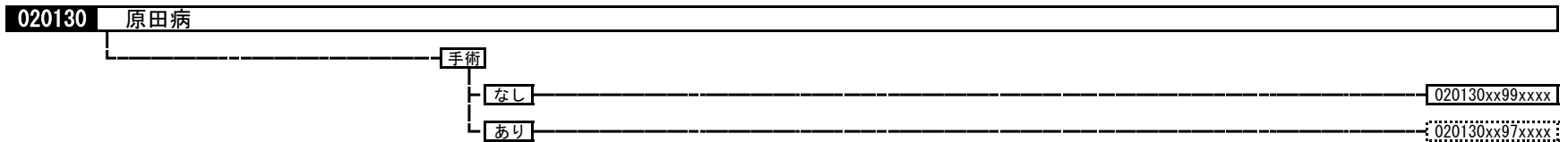
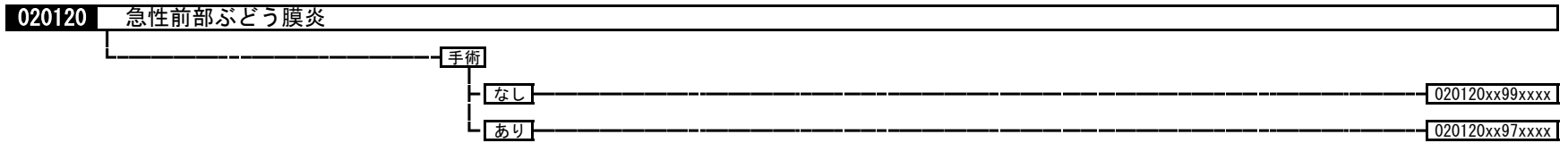
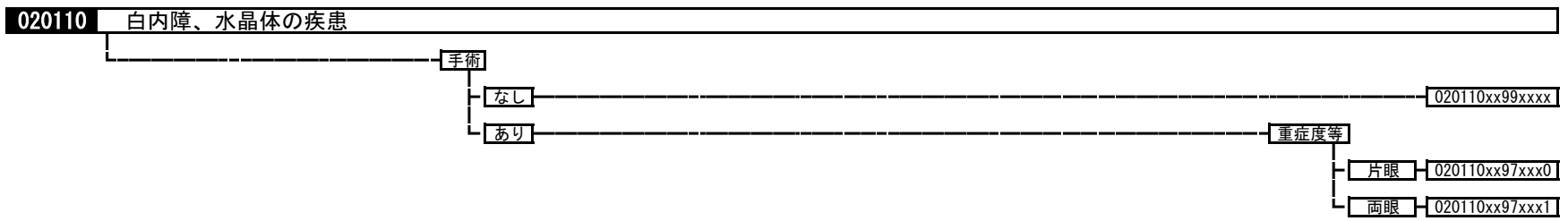
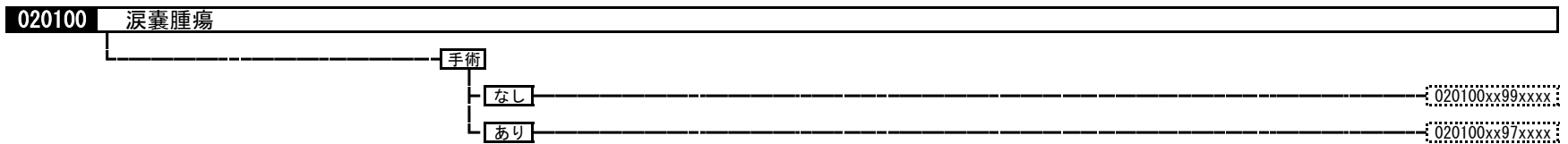
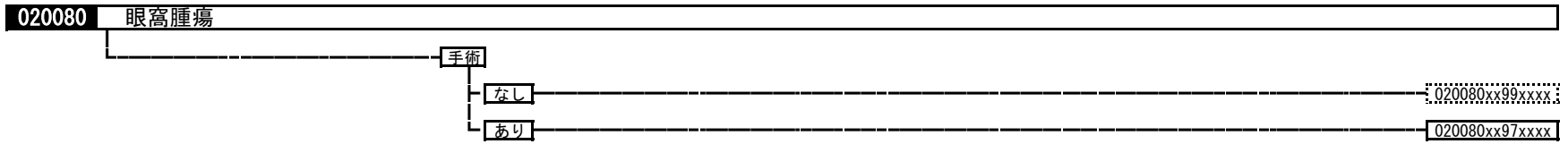
<b>020040</b>	<b>網膜芽細胞腫</b>
---------------	---------------

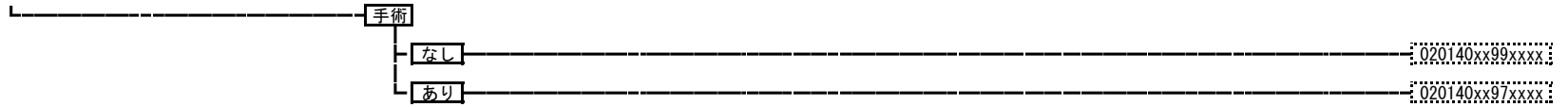


<b>02006x</b>	<b>眼の良性腫瘍</b>
	020061 眼瞼の良性腫瘍
	020062 結膜・角膜腫瘍
	020063 虹彩・毛様体・脈絡膜・網膜腫瘍
	020064 眼の良性腫瘍（その他）

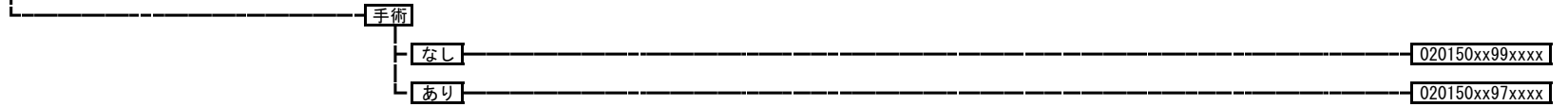




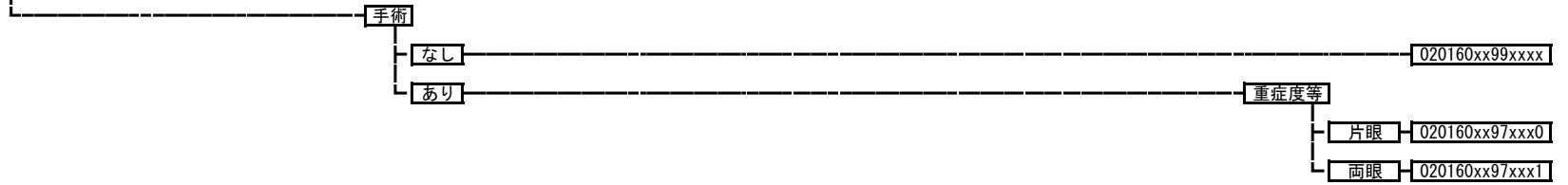




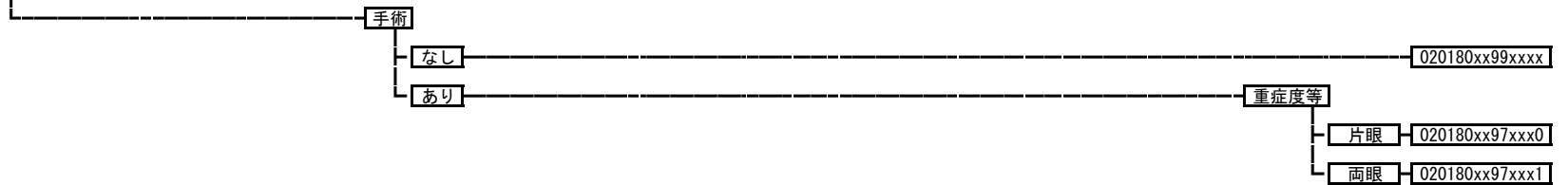
**020150 斜視（外傷性・癒着性を除く。）**



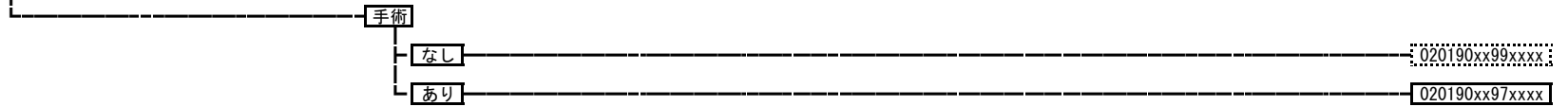
**020160 網膜剥離**



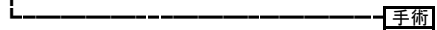
**020180 糖尿病性増殖性網膜症**



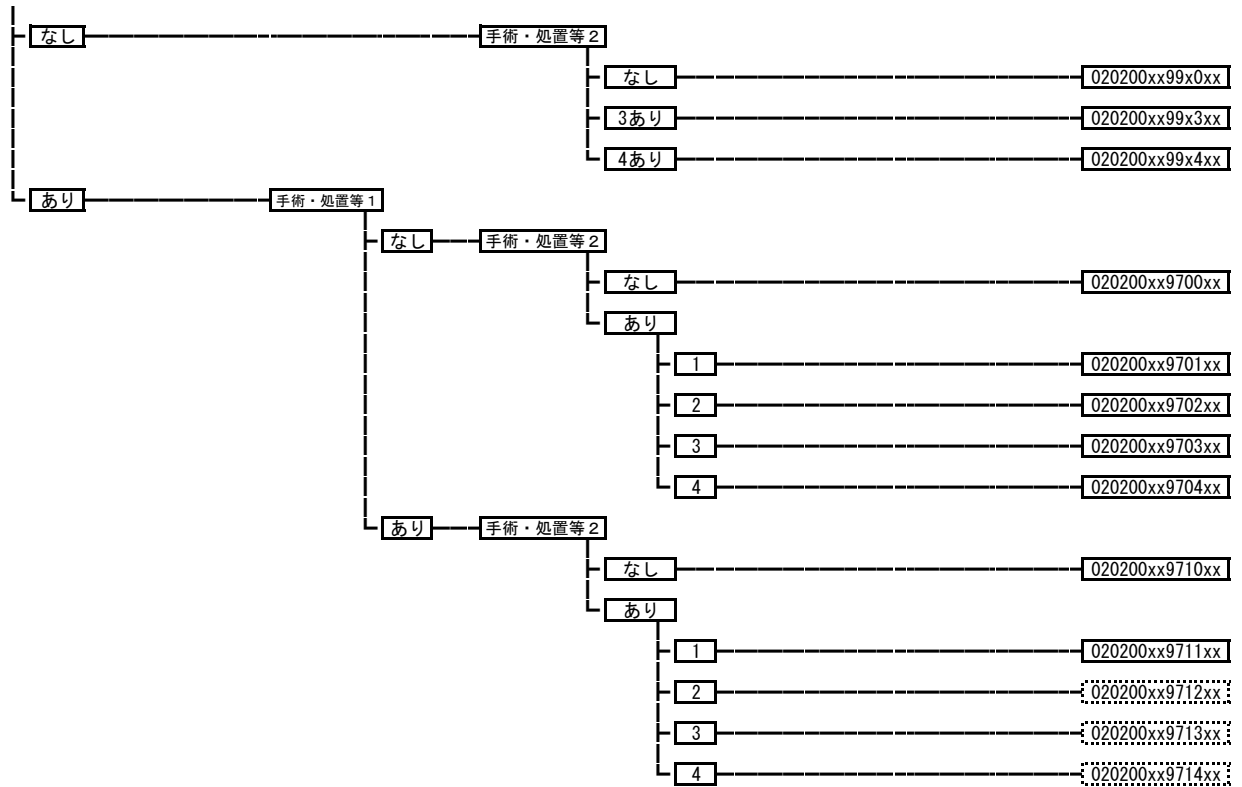
**020190 未熟児網膜症**



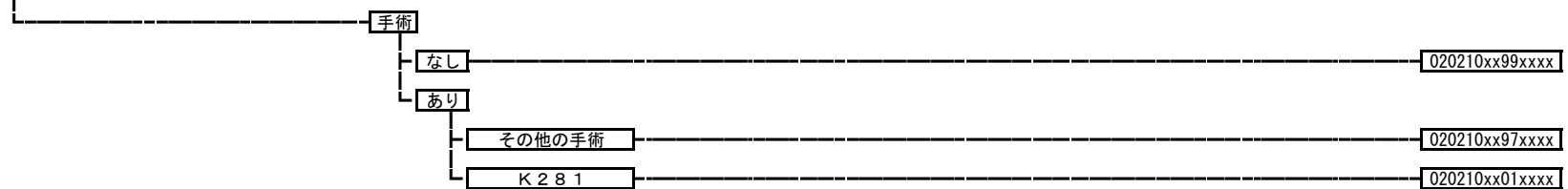
**020200 黄斑、後極変性**



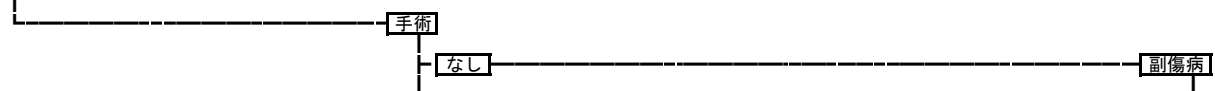
手術・処置等 2  
 1; 全身麻酔  
 2; ベルテポルフィン  
 3; ペガブタニブナトリウム  
 4; ラニズマブ

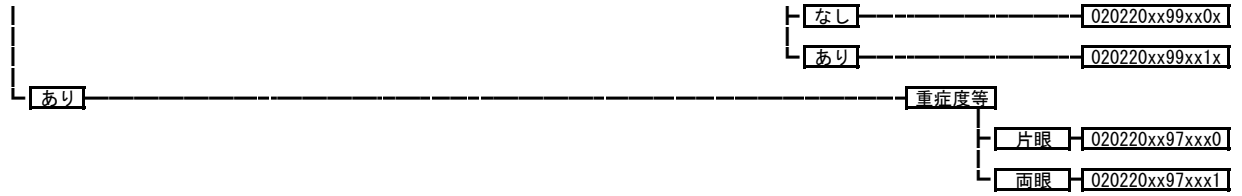


**020210 網膜血管閉塞症**

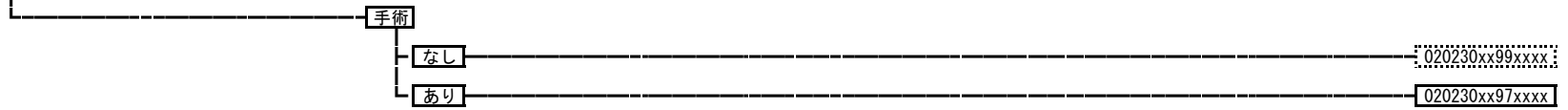


**020220 緑内障**

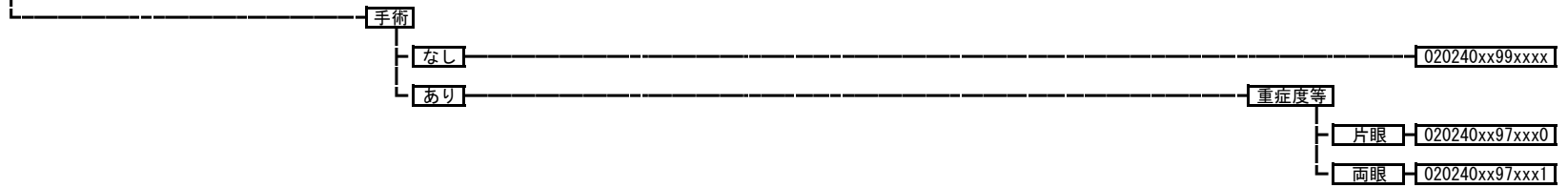




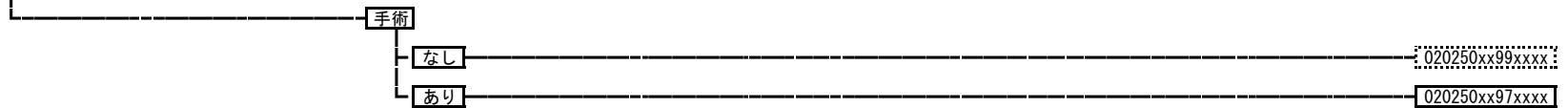
**020230 眼瞼下垂**



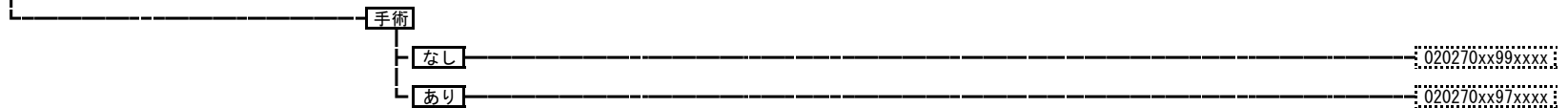
**020240 硝子体疾患**



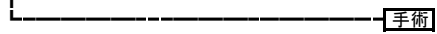
**020250 結膜の障害**

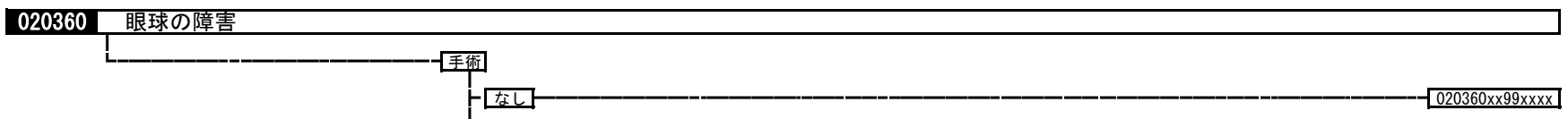
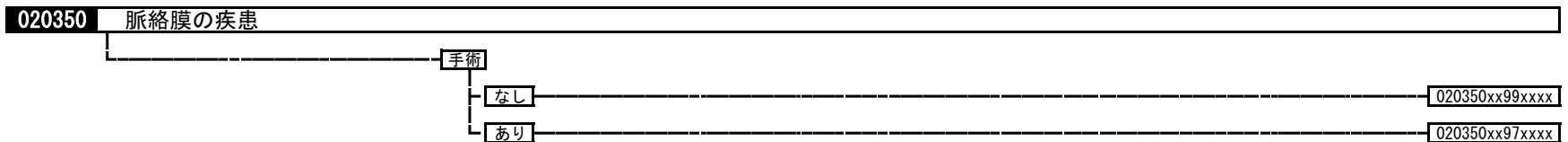
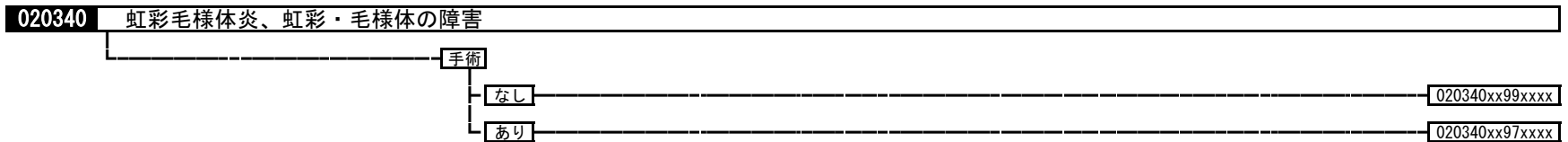
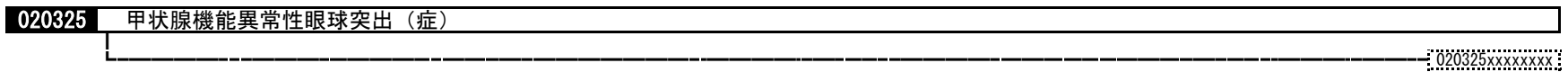
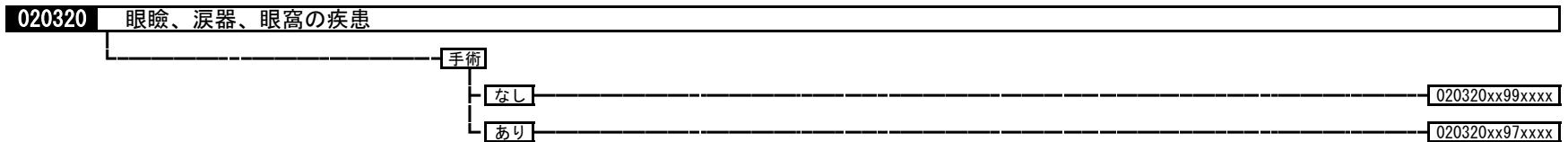
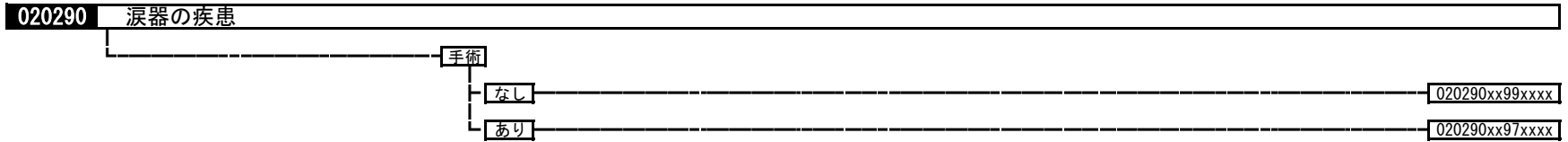
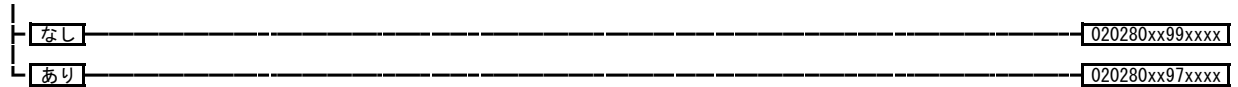


**020270 強膜の障害**



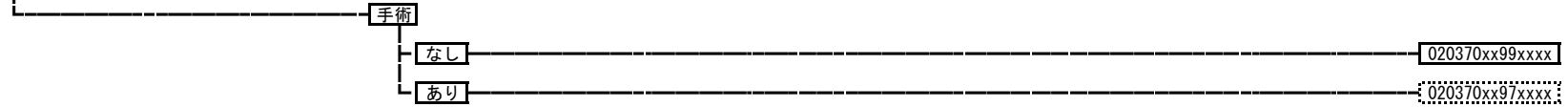
**020280 角膜の障害**



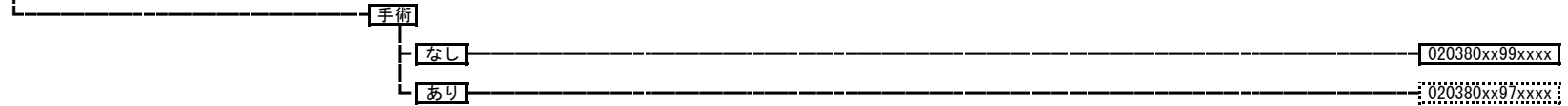


あり 020360xx97xxxx

**020370 視神経の疾患**



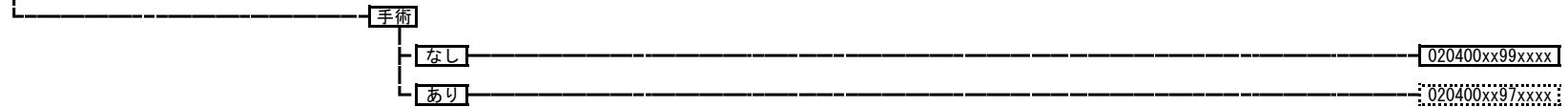
**020380 眼球運動障害**



**020390 視覚・視野障害**

020390xxxxxxxxxx

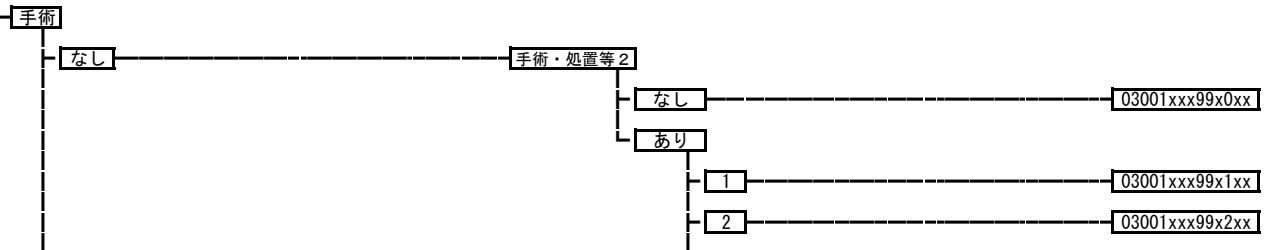
**020400 眼、付属器の障害**

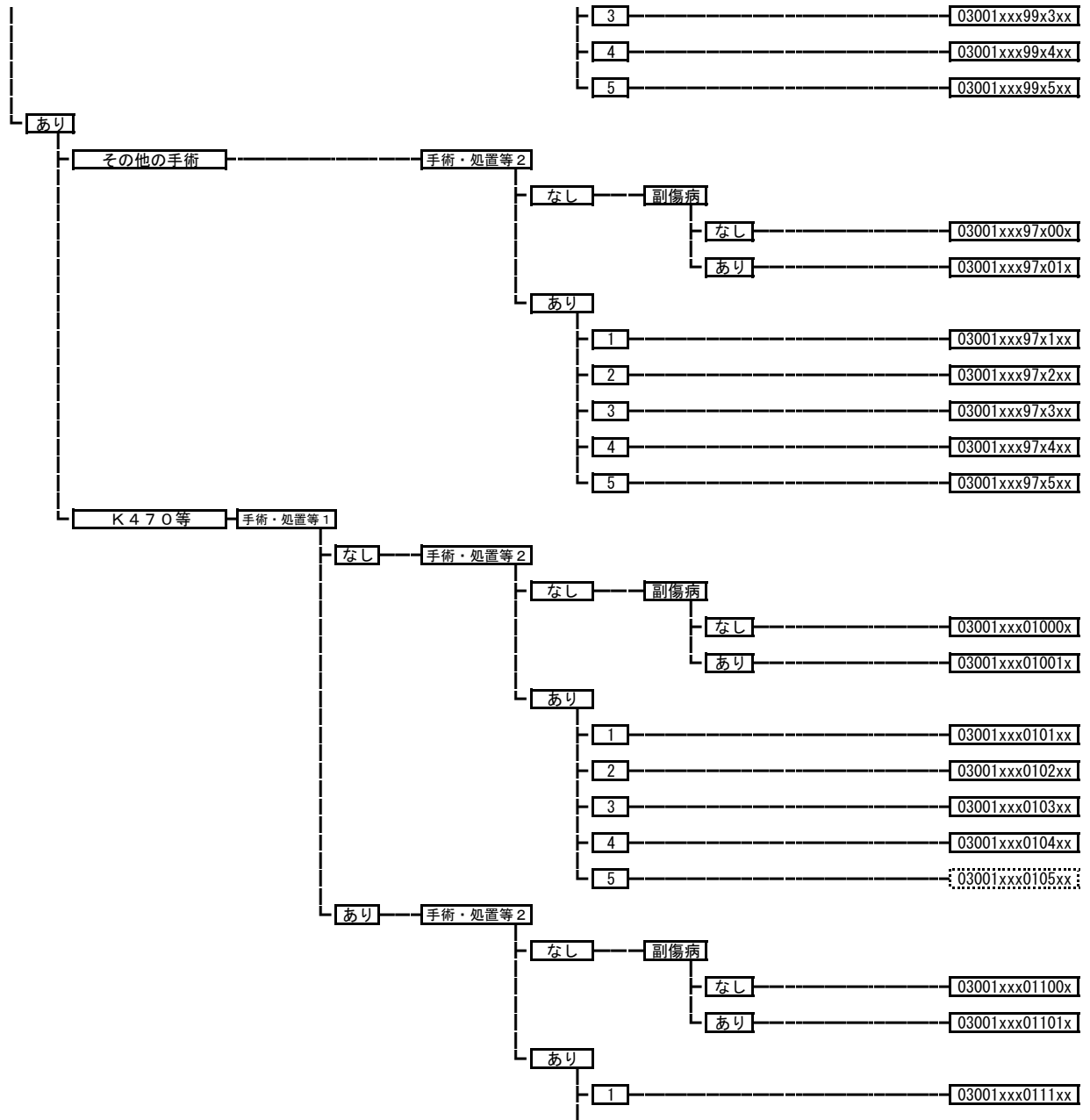


**03001x 頭頸部悪性腫瘍**

030010	口腔・下顎、口唇の悪性腫瘍	030014	下咽頭の悪性腫瘍	030018	聴器の悪性腫瘍
030011	唾液腺の悪性腫瘍	030015	喉頭の悪性腫瘍	030019	頭頸部悪性腫瘍（その他）
030012	上咽頭の悪性腫瘍	030016	鼻腔・副鼻腔の悪性腫瘍		
030013	中咽頭の悪性腫瘍	030017	転移性頭部悪性腫瘍		

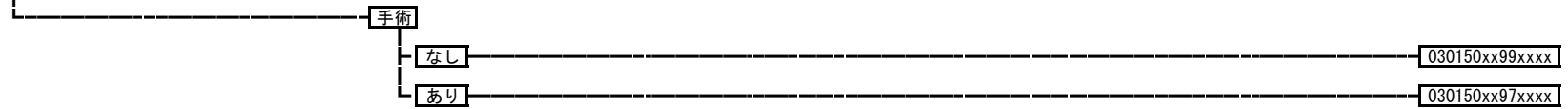
手術・処置等 2  
 1；人工呼吸、中心静脈注射  
 2；化学療法なしかつ放射線療法あり  
 3；化学療法ありかつ放射線療法あり  
 4；化学療法ありかつ放射線療法なし  
 5；動注化学療法





- 2 03001xxx0112xx
- 3 03001xxx0113xx
- 4 03001xxx0114xx
- 5 03001xxx0115xx

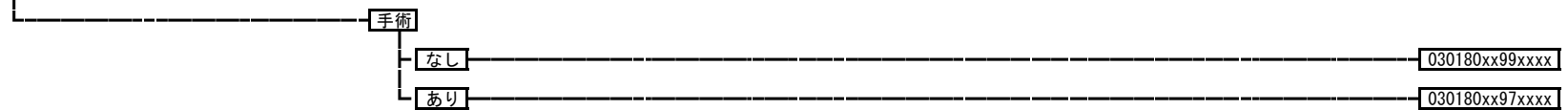
**030150** 耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍



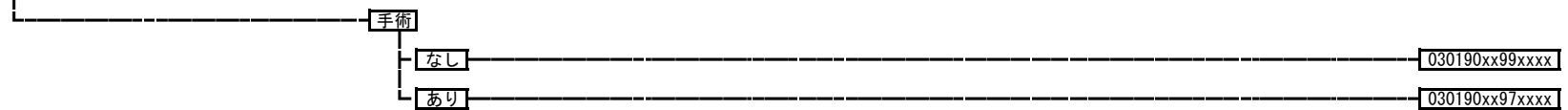
**030160** 大唾液腺の良性腫瘍



**030180** 口内炎、口腔疾患



**030190** 唾液腺炎、唾液腺膿瘍



**030200** 腺内唾石



**030220** ガマ腫





030230 扁桃、アデノイドの慢性疾患  
030230xxxxxxxx

030240 扁桃周囲膿瘍  
手術  
なし 030240xx99xxxx  
あり 030240xx97xxxx

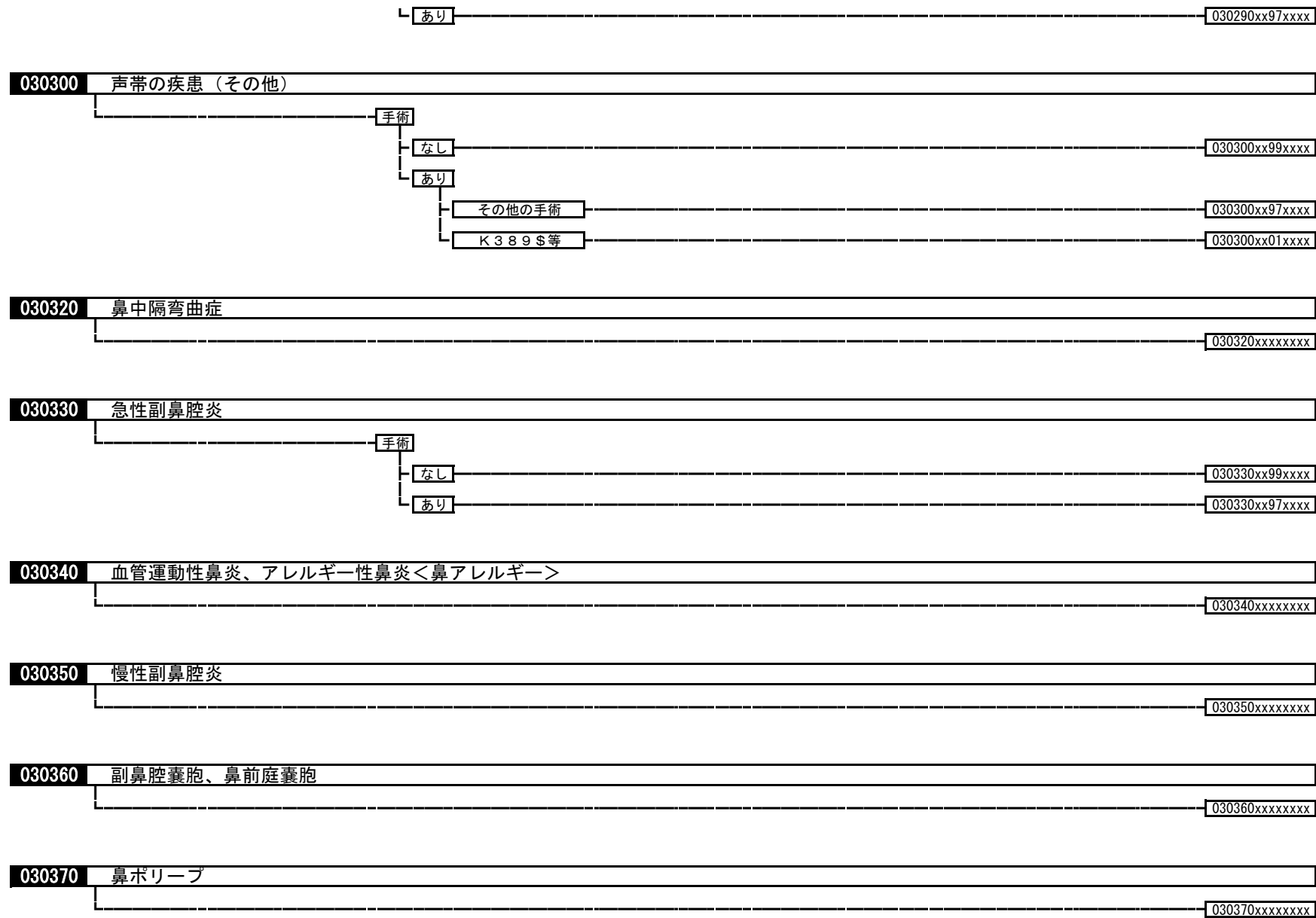
030245 伝染性単核球症  
030245xxxxxxxx

030250 睡眠時無呼吸  
手術  
なし 手術・処置等1  
なし 030250xx990xxx  
あり 030250xx991xxx  
あり 手術・処置等1  
なし 030250xx970xxx  
あり 030250xx971xxx

030270 上気道炎  
030270xxxxxxxx

030280 声帯ポリープ、結節  
030280xxxxxxxx

030290 声帯麻痺  
手術  
なし 030290xx99xxxx



030380 鼻出血  
030380xxxxxxxx

030390 顔面神経障害

- 手術
  - なし 030390xx99xxxx
  - あり 手術・処置等1
    - なし 030390xx970xxx
    - あり 030390xx971xxx

030400 前庭機能障害

- 手術
  - なし 030400xx99xxxx
  - あり 030400xx97xxxx

030410 めまい（末梢前庭以外）  
030410xxxxxxxx

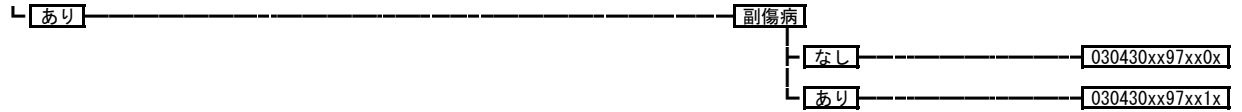
030425 聴覚の障害（その他）

- 手術
  - なし 030425xx99xxxx
  - あり 030425xx97xxxx

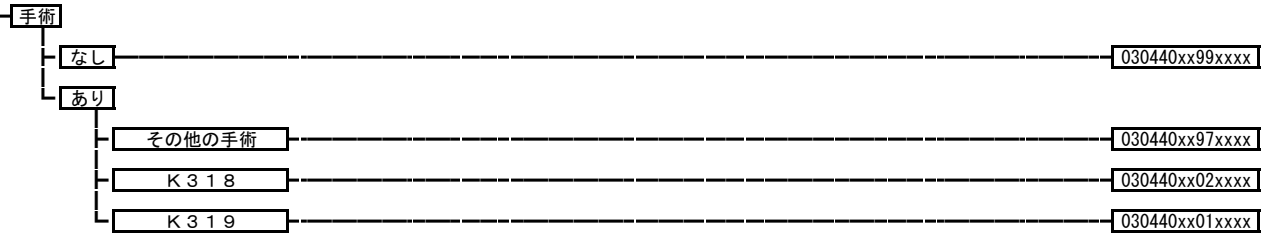
030428 突発性難聴  
030428xxxxxxxx

030430 滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞

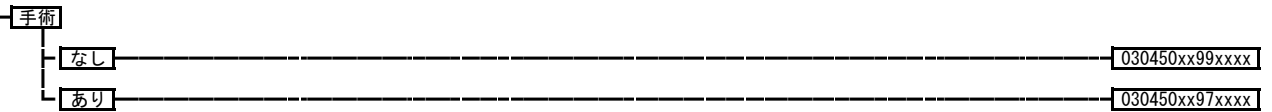
- 手術
  - なし 030430xx99xxxx



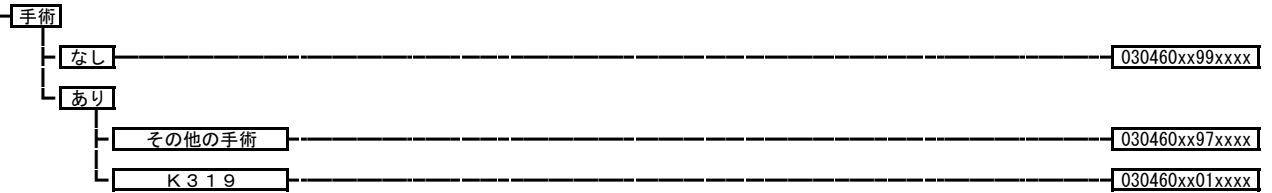
**030440 慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫**



**030450 外耳の障害（その他）**



**030460 中耳・乳様突起の障害**



**030470 内耳の障害（その他）**

030470xxxxxxxx

**030475 耳硬化症**

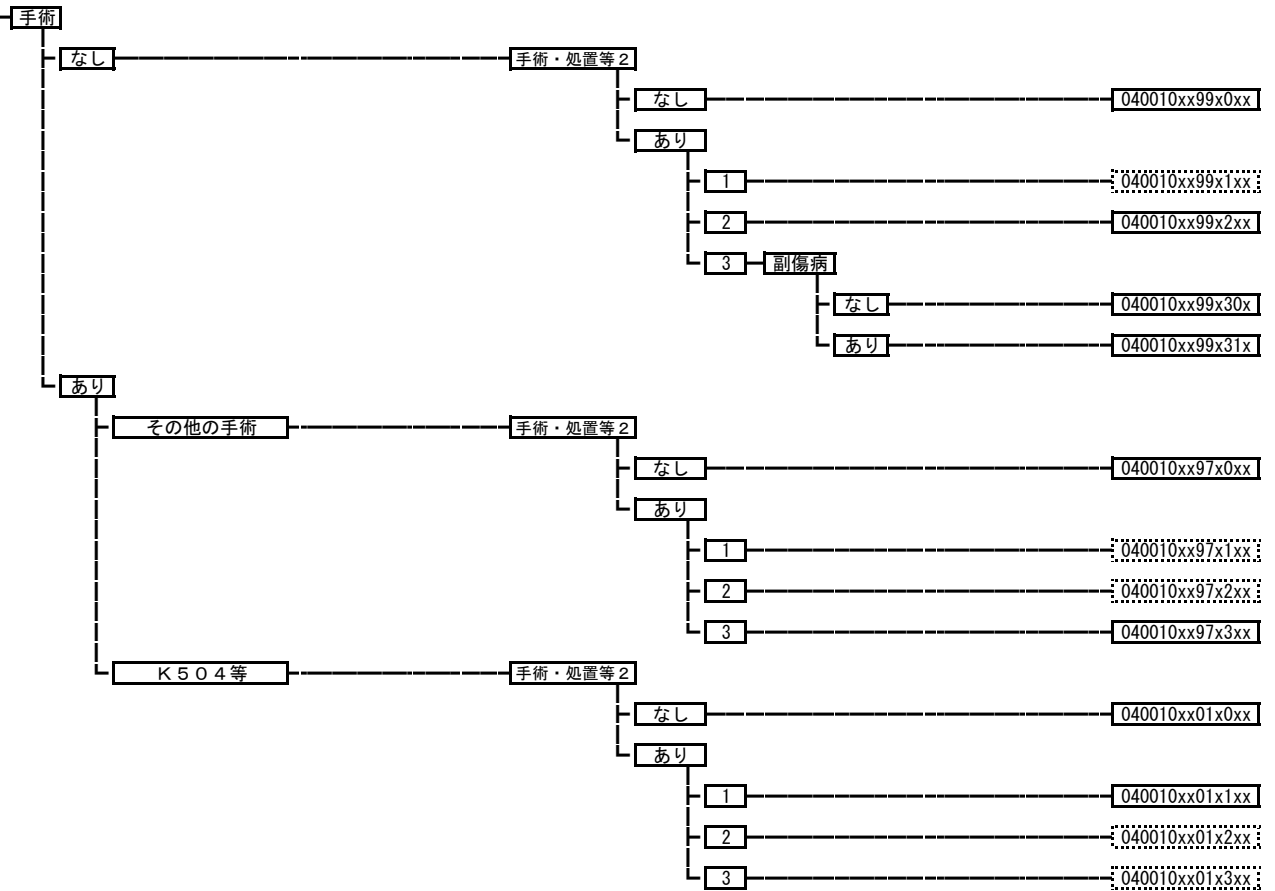
030475xxxxxxxx

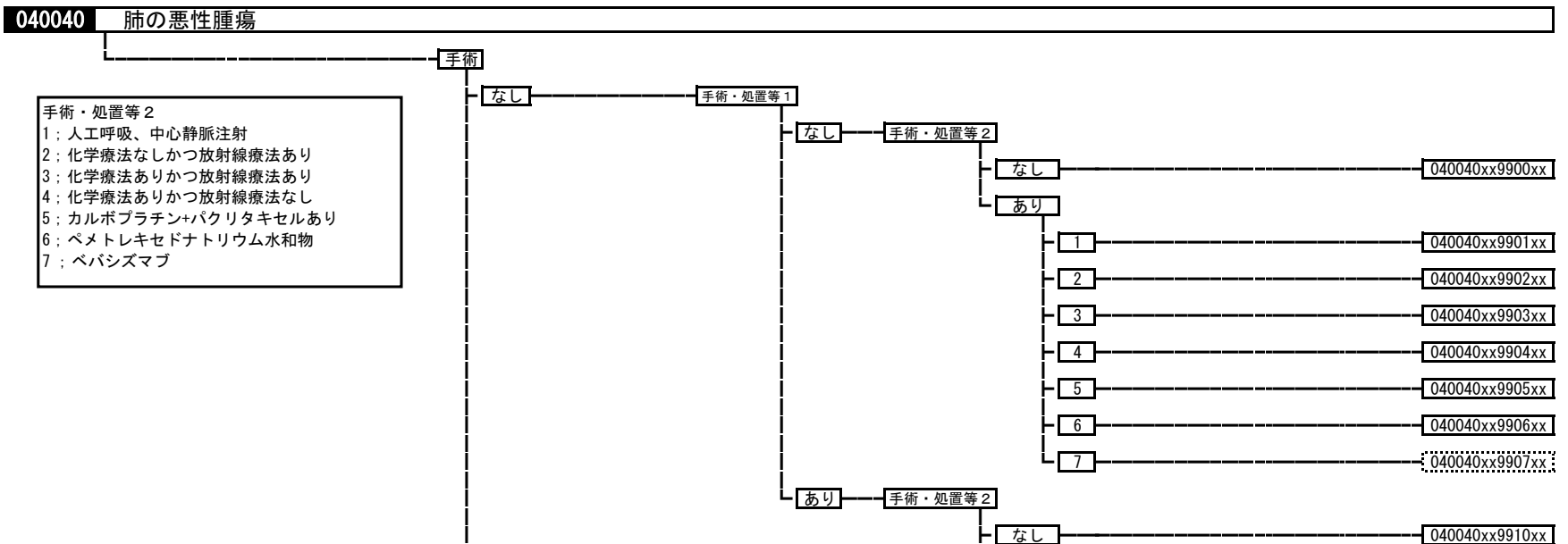
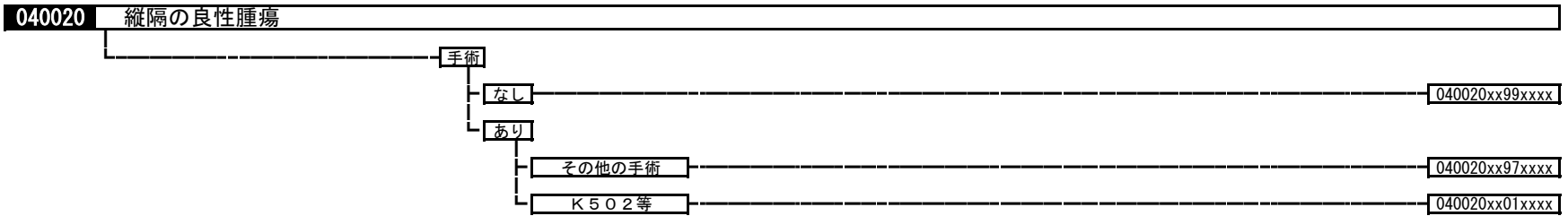
**030490** 上気道の疾患（その他）  
 .....030490xxxxxxxxx

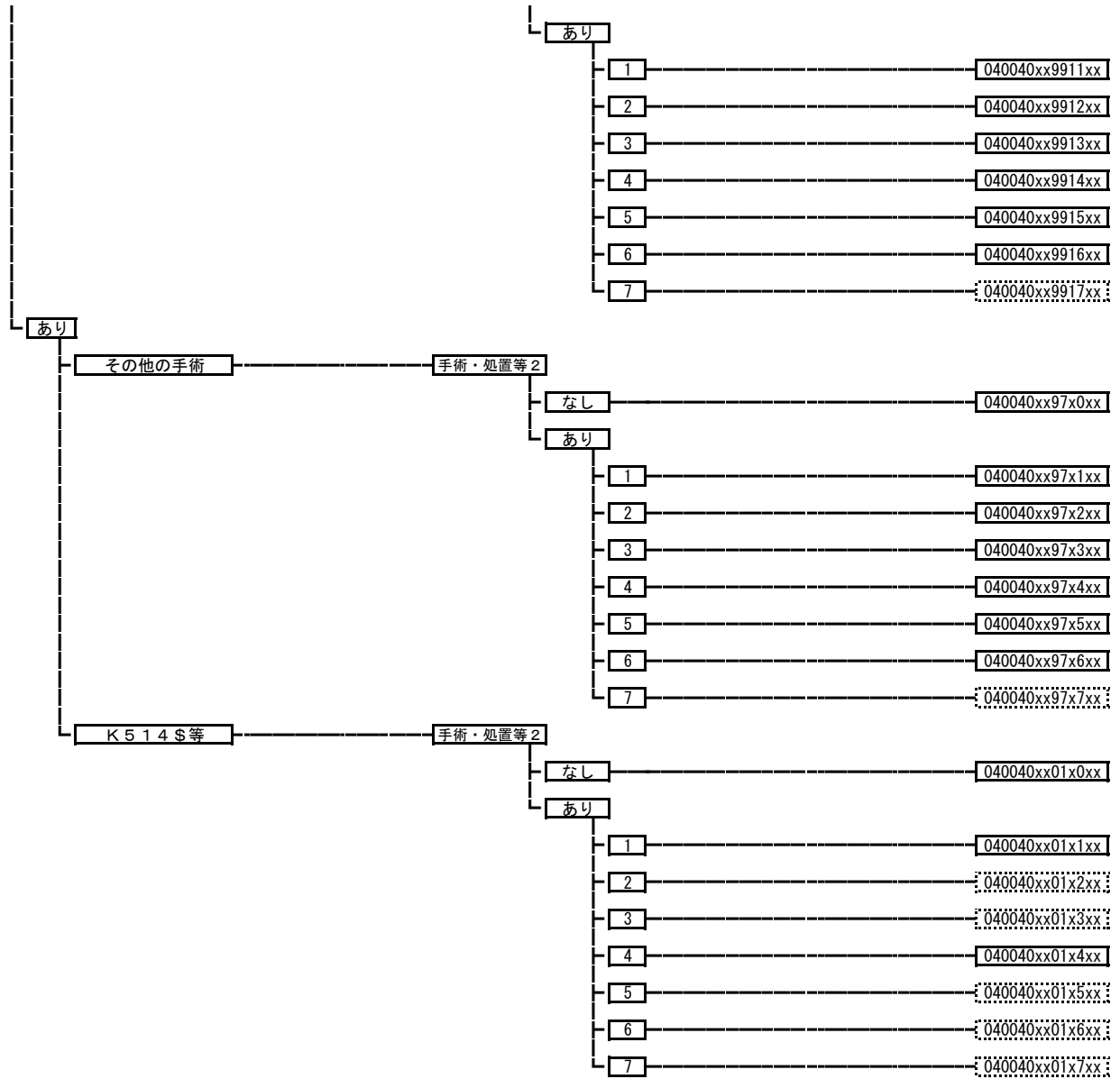
**030500** 唾液腺の疾患（その他）  
 .....030500xxxxxxxxx

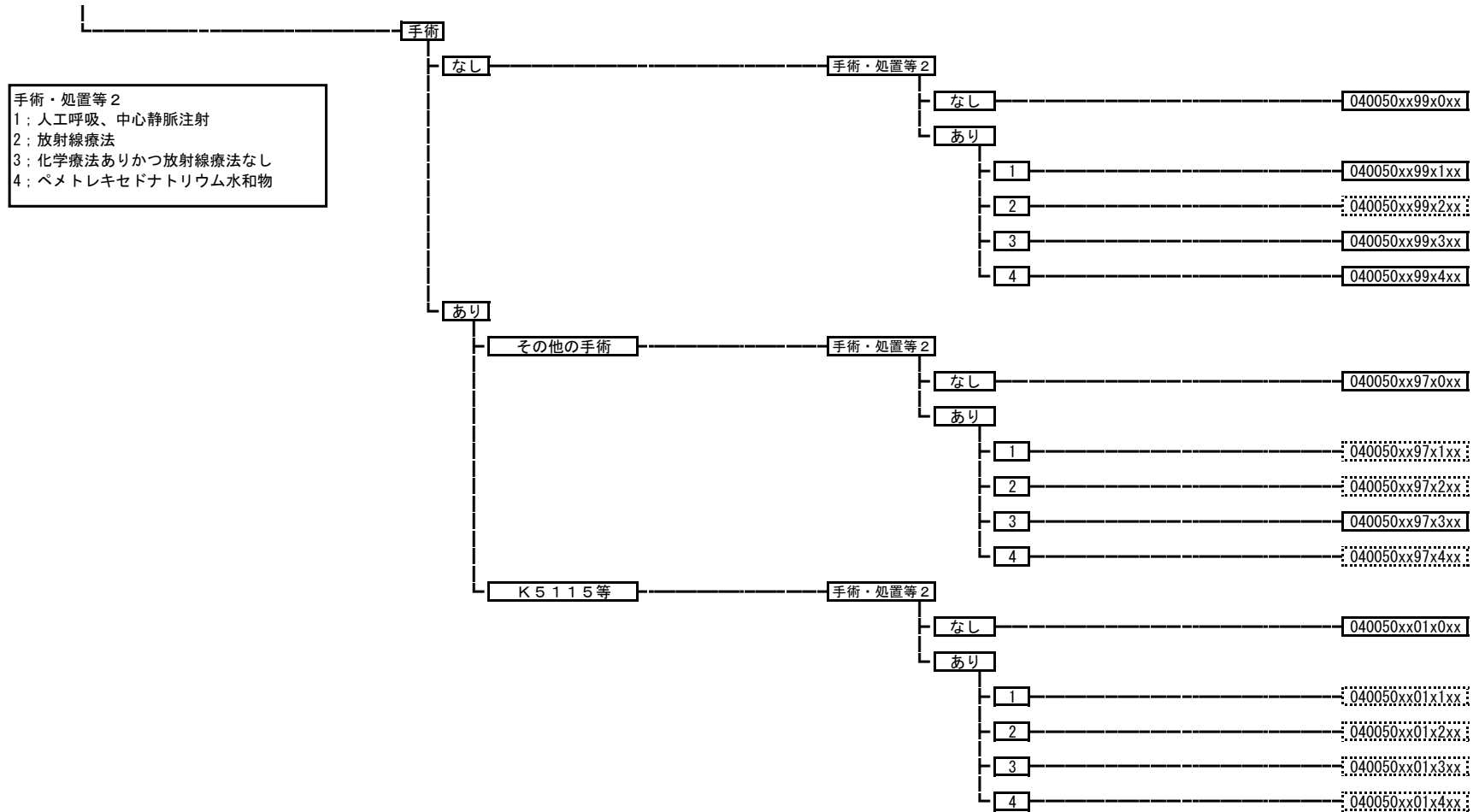
**040010** 縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍

手術・処置等 2  
 1；人工呼吸、中心静脈注射  
 2；放射線療法  
 3；化学療法ありかつ放射線療法なし

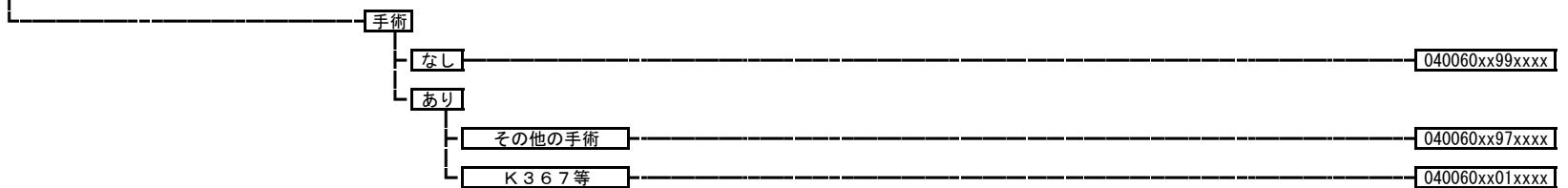






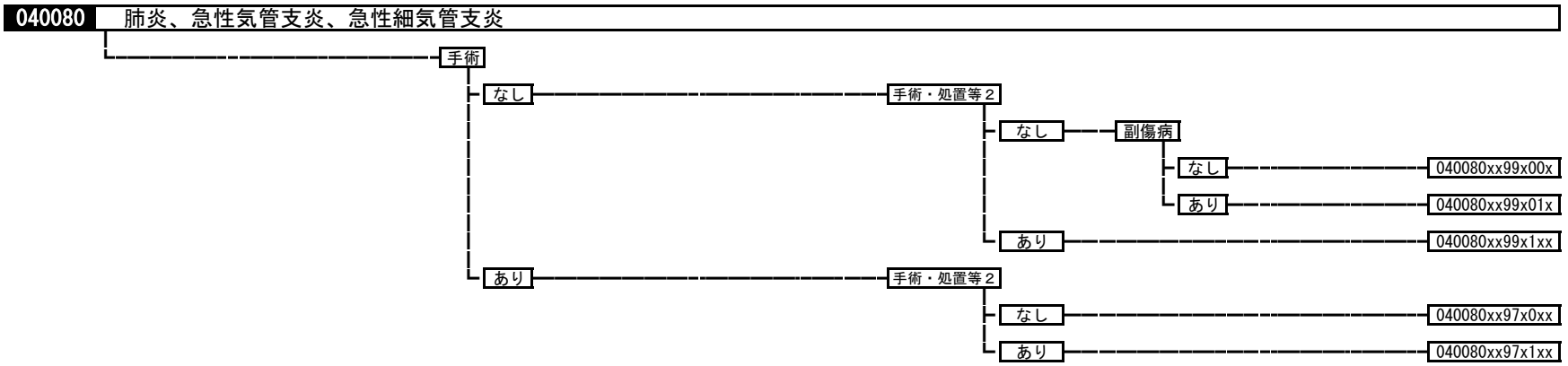


**040060 急性扁桃炎、急性咽頭喉頭炎**

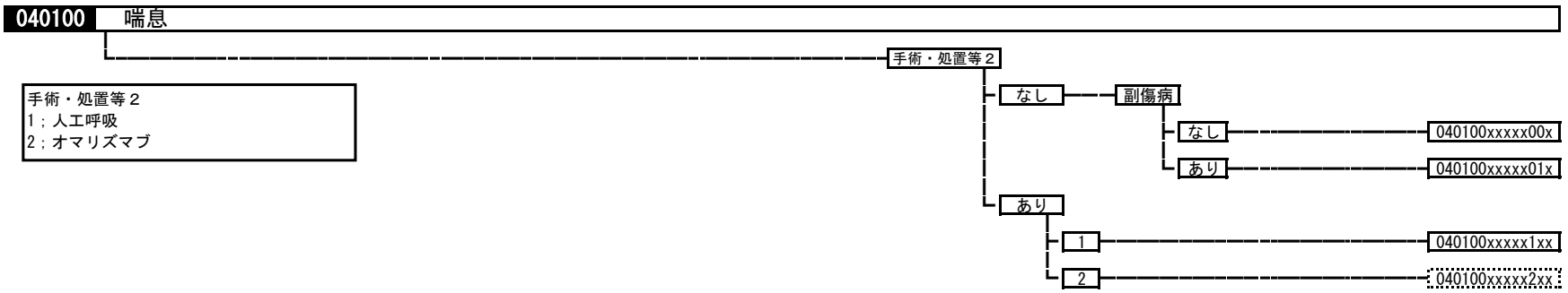




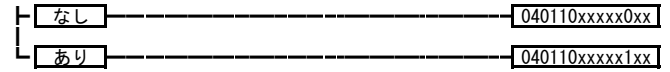
**040070** インフルエンザ、ウイルス性肺炎 040070xxxxxxxx



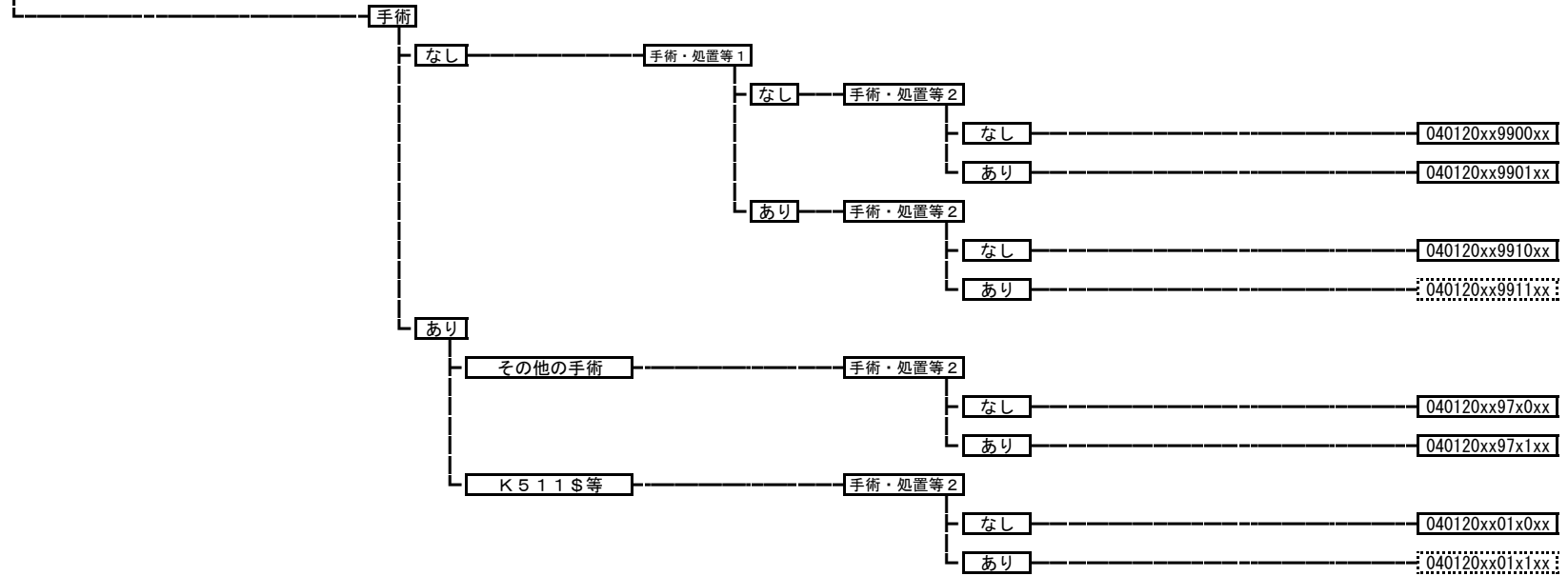
**040090** 下気道感染症（その他） 040090xxxxxxxx



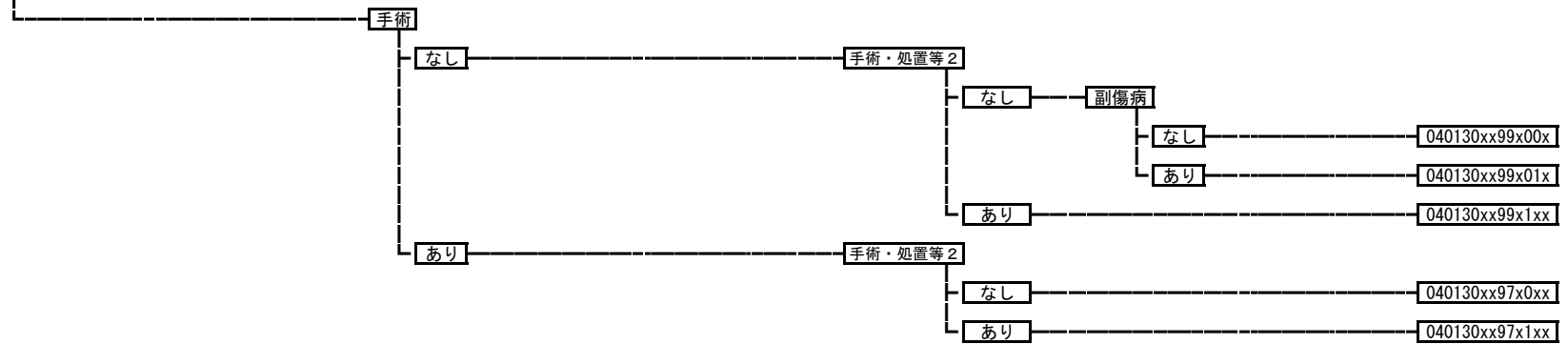
**040110** 間質性肺炎 手術・処置等 2

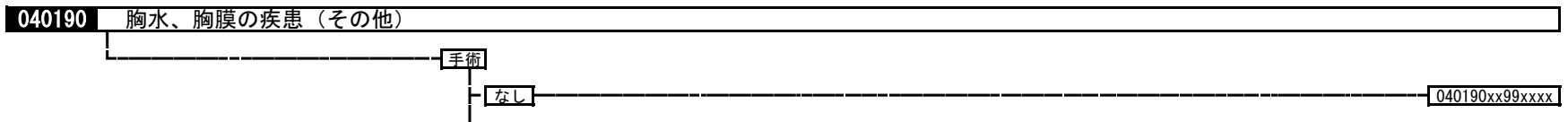
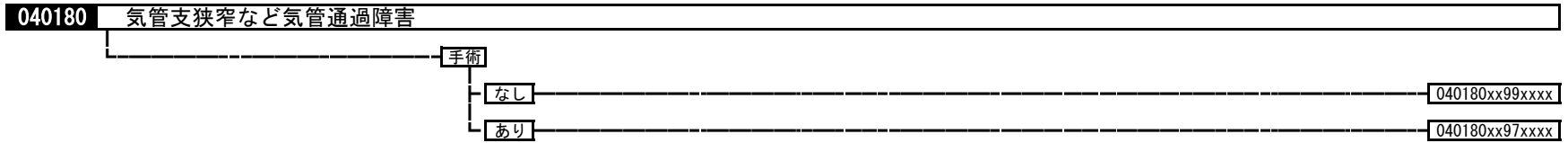
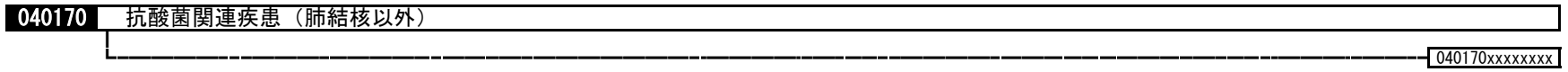
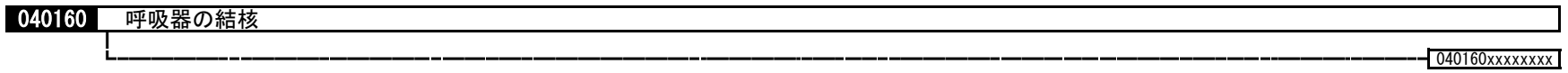
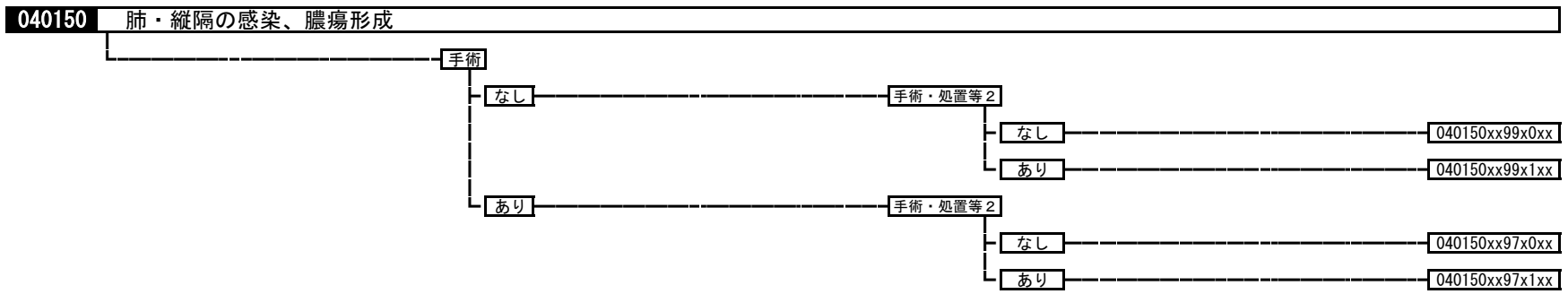
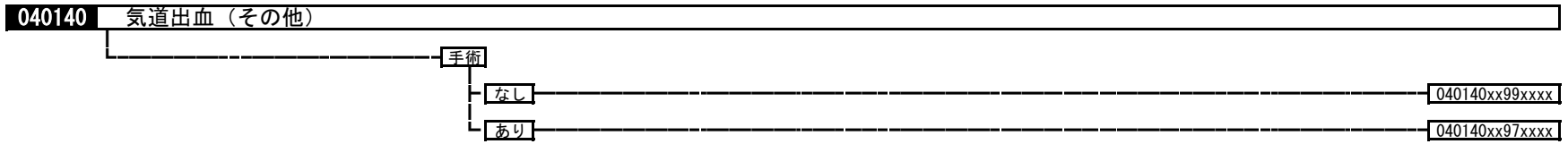


**040120 慢性閉塞性肺疾患**



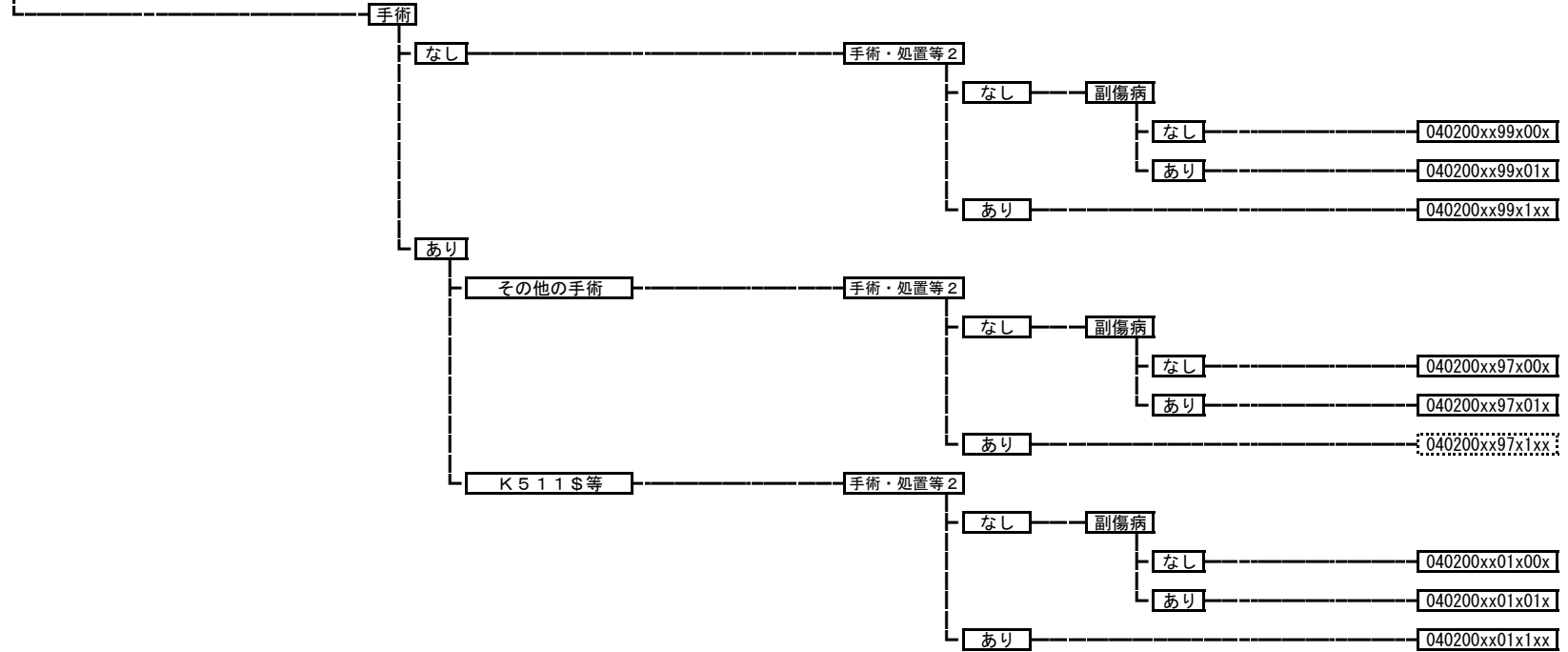
**040130 呼吸不全（その他）**



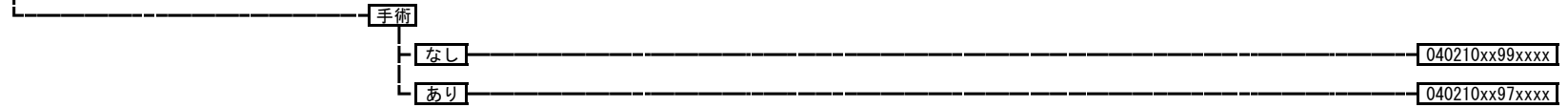


あり 040190xx97xxxx

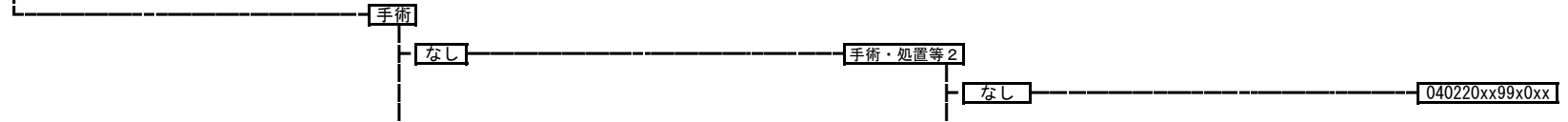
**040200 気胸**

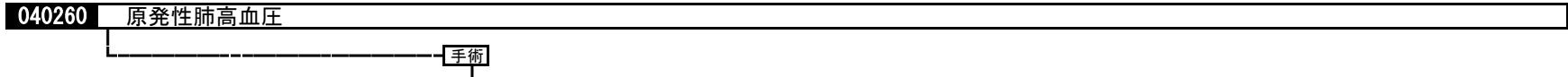
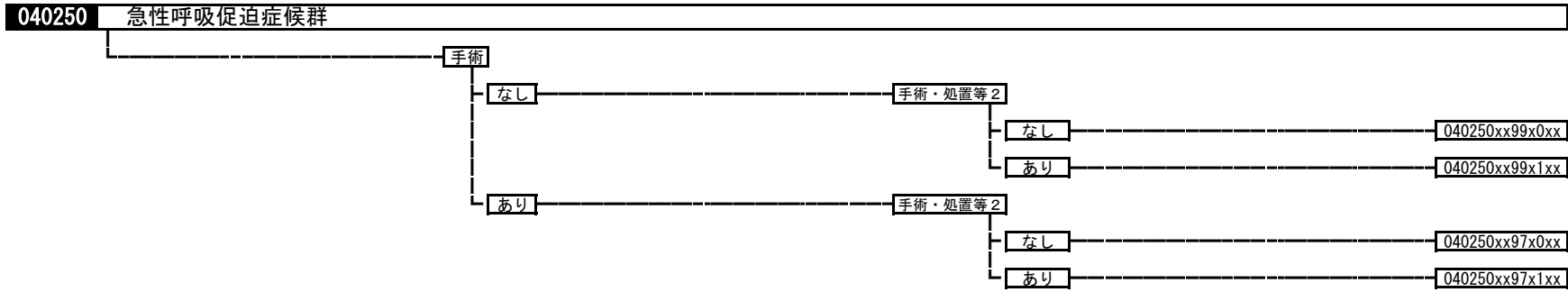
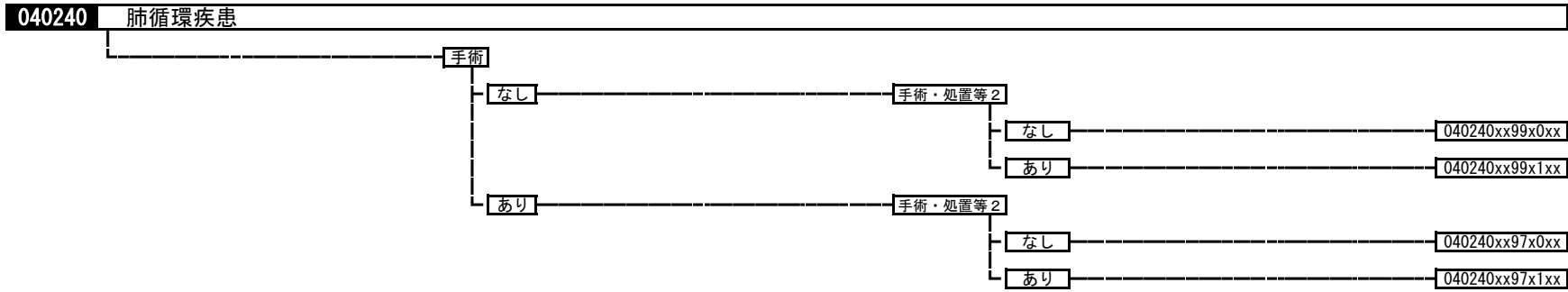
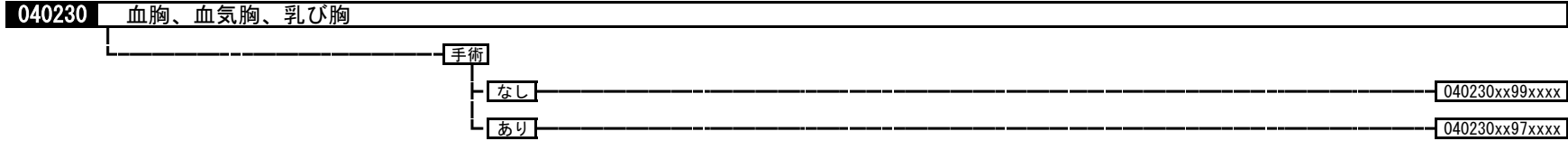
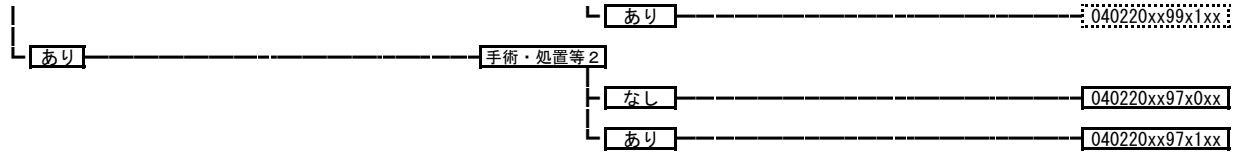


**040210 気管支拡張症**

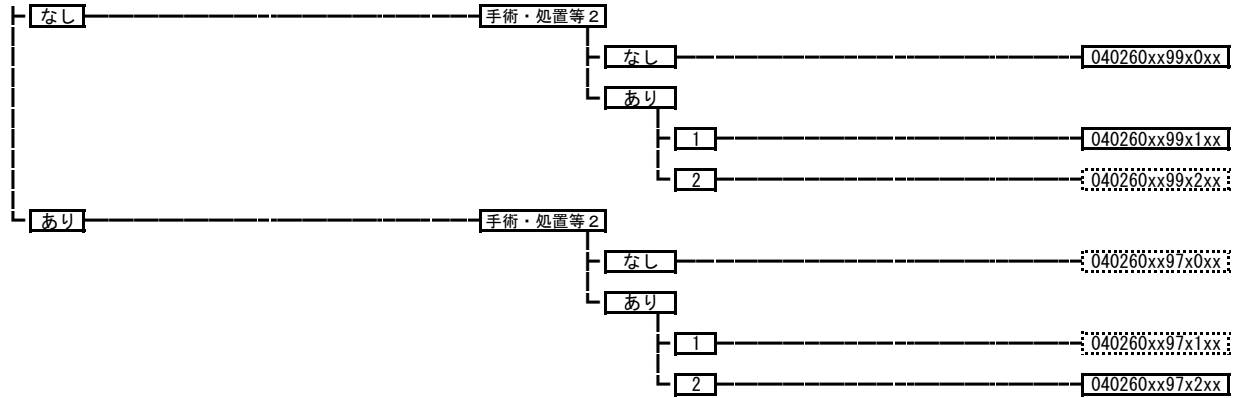


**040220 横隔膜腫瘍・横隔膜疾患（新生児を含む。）**



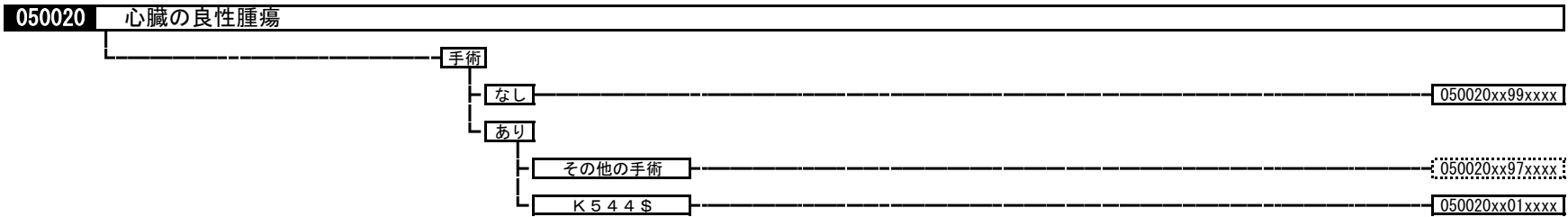


手術・処置等 2  
1; 人工呼吸  
2; プロスタグランジン I 2 製剤



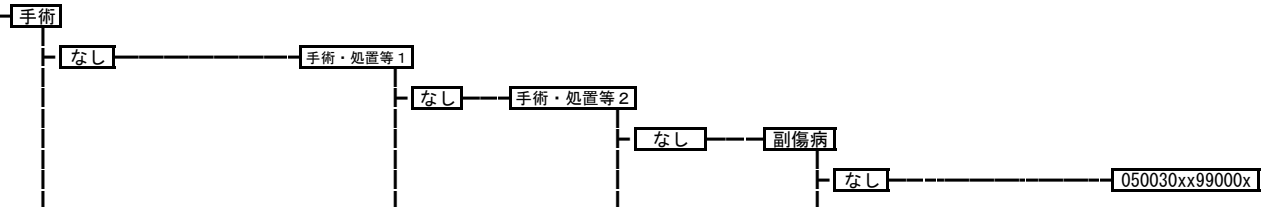
**040310** その他の呼吸器の障害  
040310xxxxxxxx

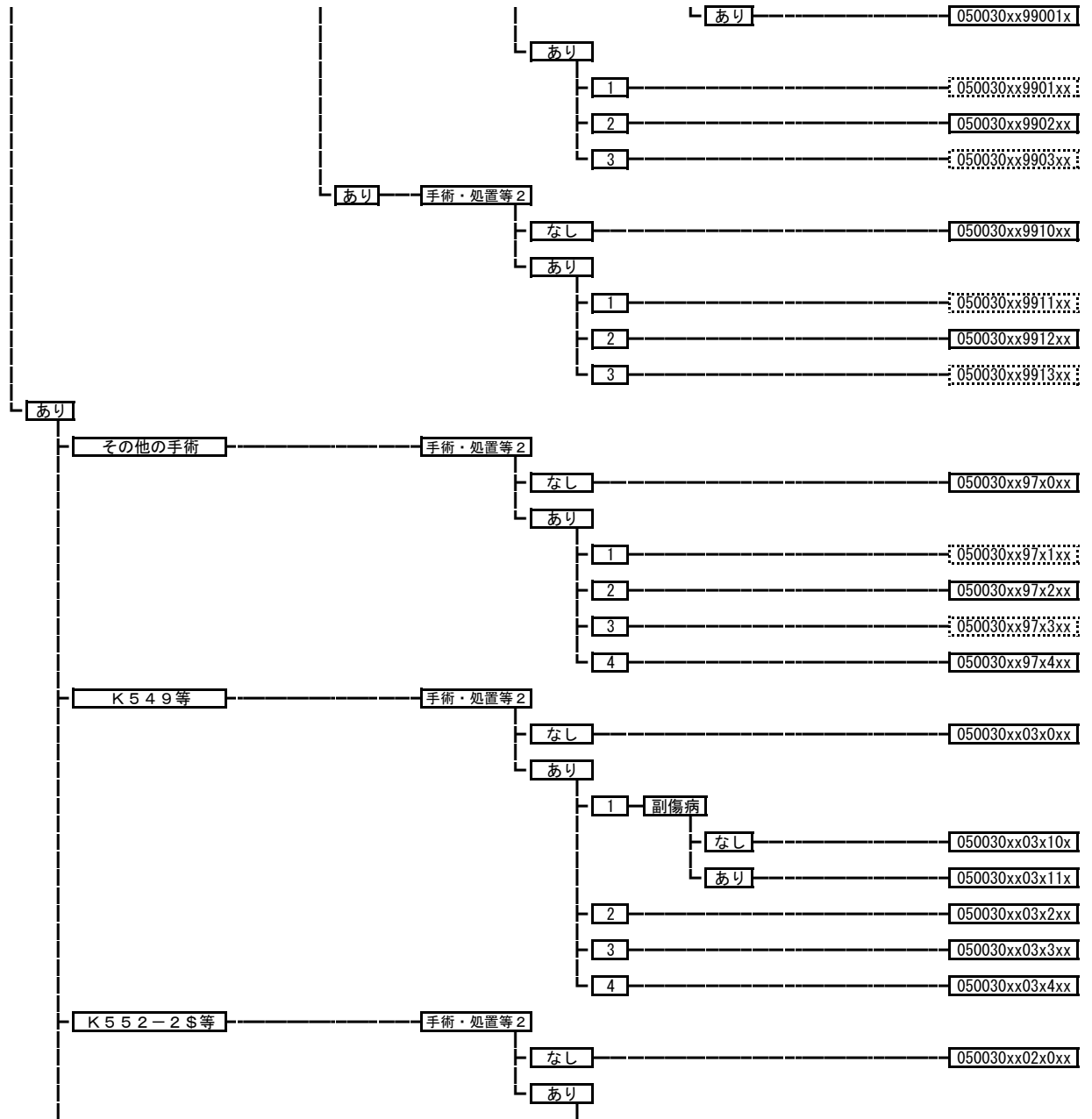
**050010** 心臓の悪性腫瘍  
050010xxxxxxxx

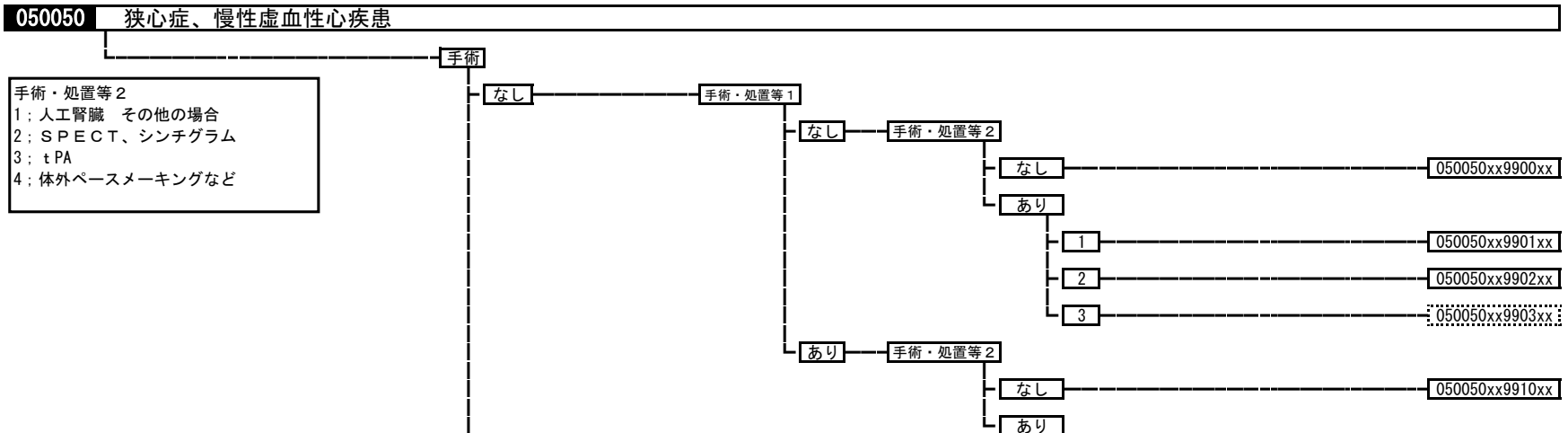
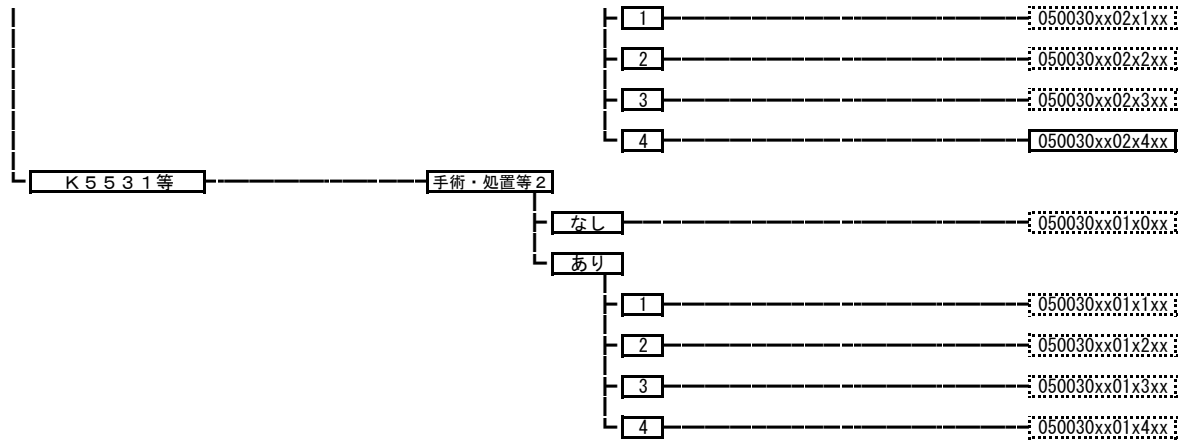


**050030** 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞

手術・処置等 2  
1; 人工腎臓 その他の場合  
2; SPECT、シンチグラム  
3; tPA  
4; 体外ペースメーカーなど



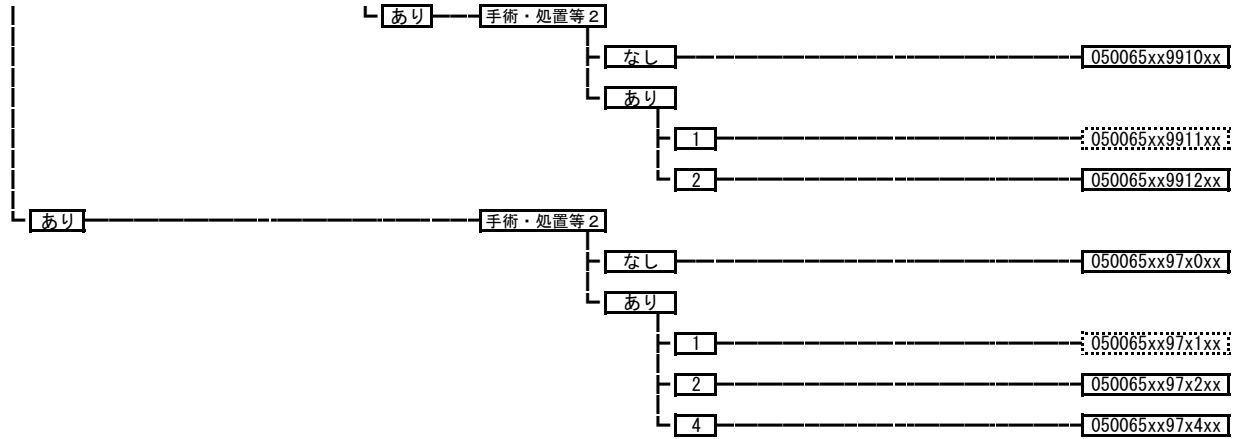








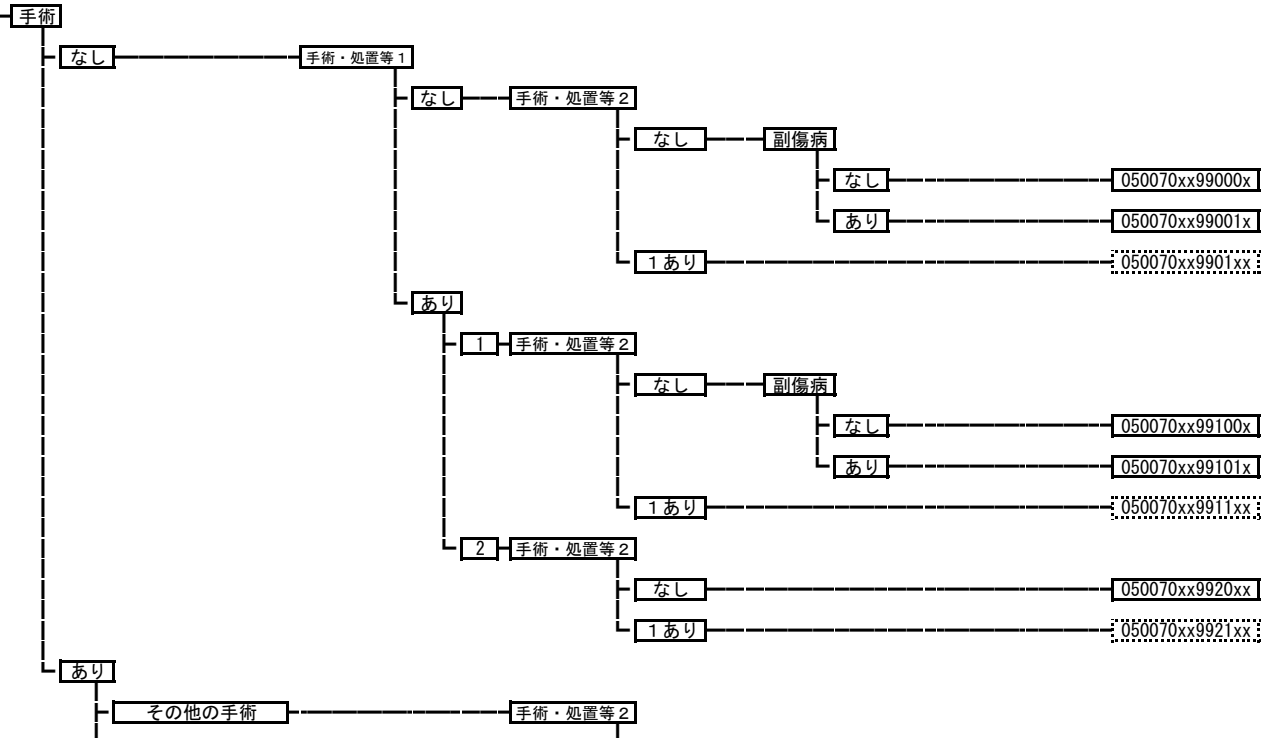




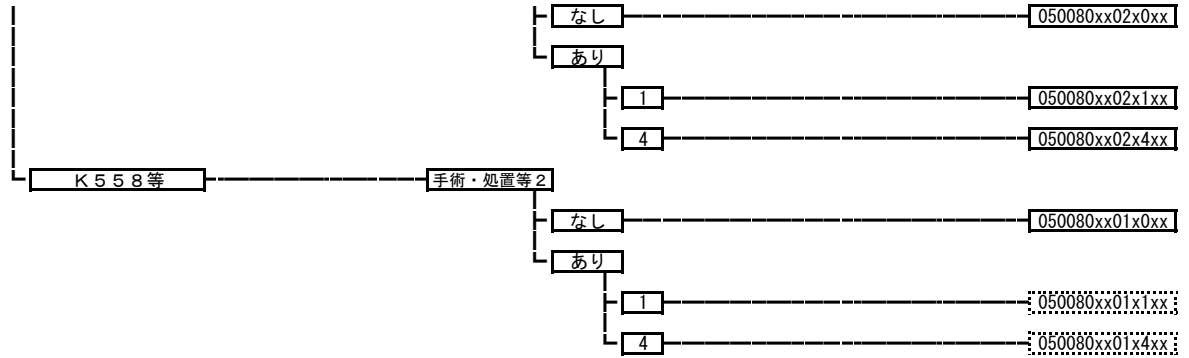
**050070 頻脈性不整脈**

手術・処置等 1  
 1: 心臓カテーテル法による諸検査 (一連の検査について)  
 2: 心臓電気生理学的検査

手術・処置等 2  
 1: 人工腎臓 その他の場合  
 4: 体外ペースメーカーなど

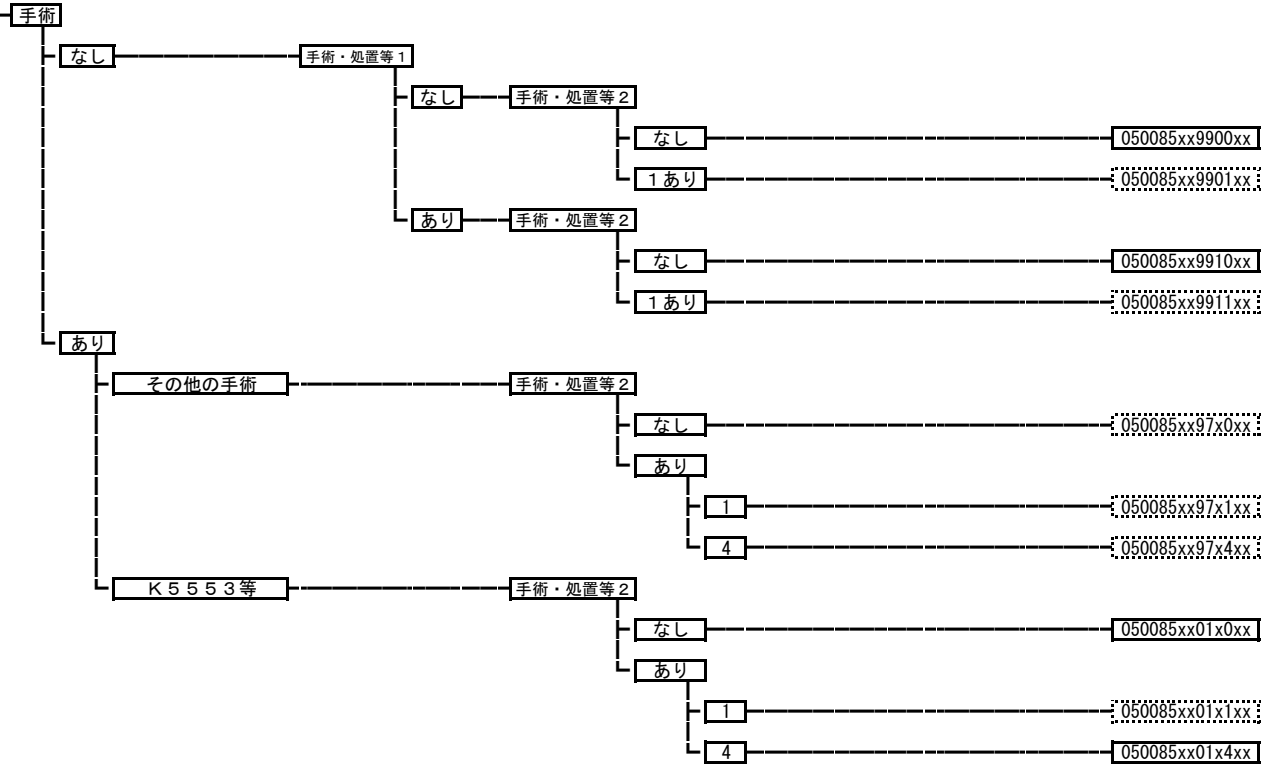


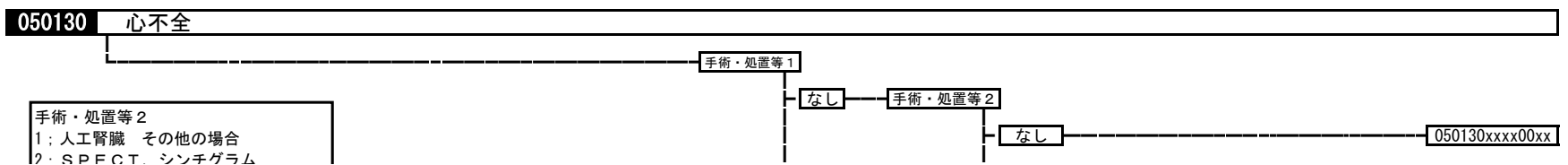
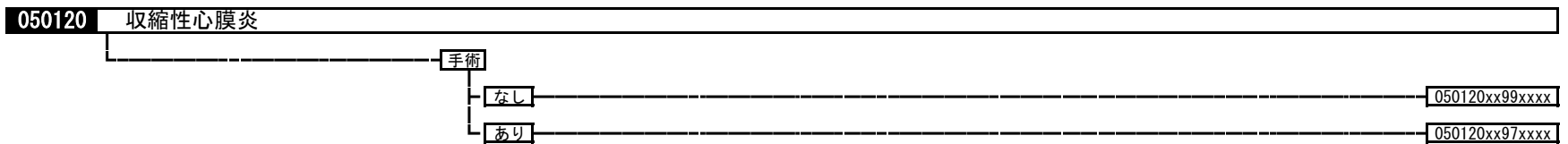
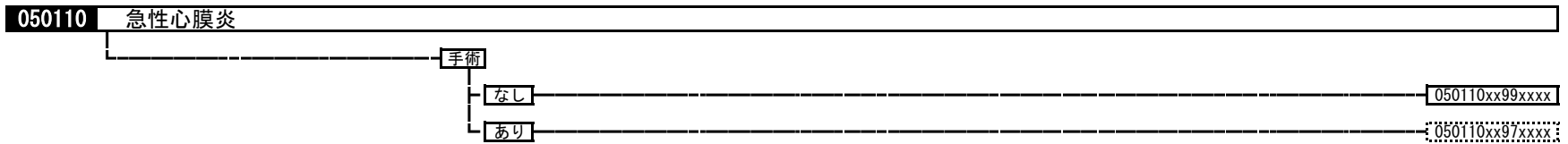
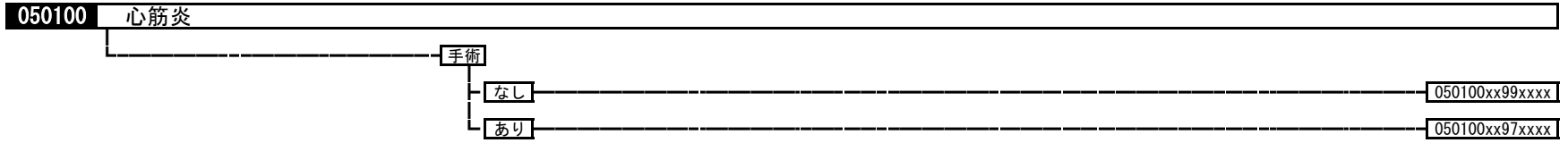
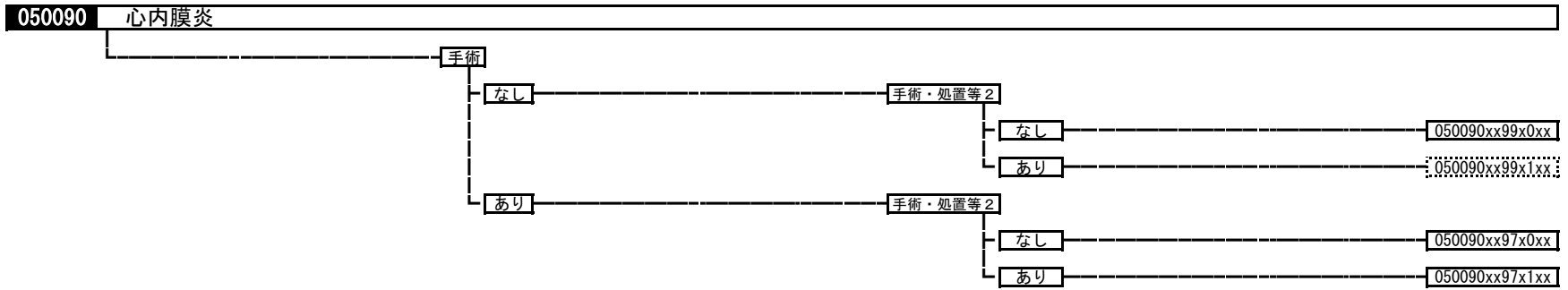




**050085 連合弁膜症**

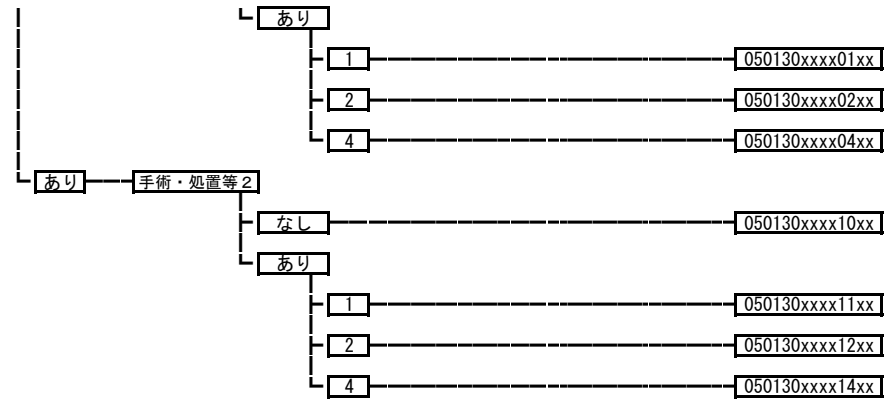
手術・処置等2  
1:人工腎臓 その他の場合  
4:体外ペースメーカーなど





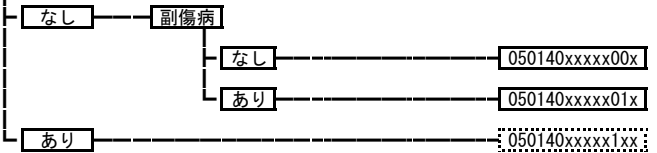
手術・処置等 2  
 1; 人工腎臓 その他の場合  
 2; SPECT, シンチグラム

4; 体外ペースメーカーなど



**050140 高血圧性疾患**

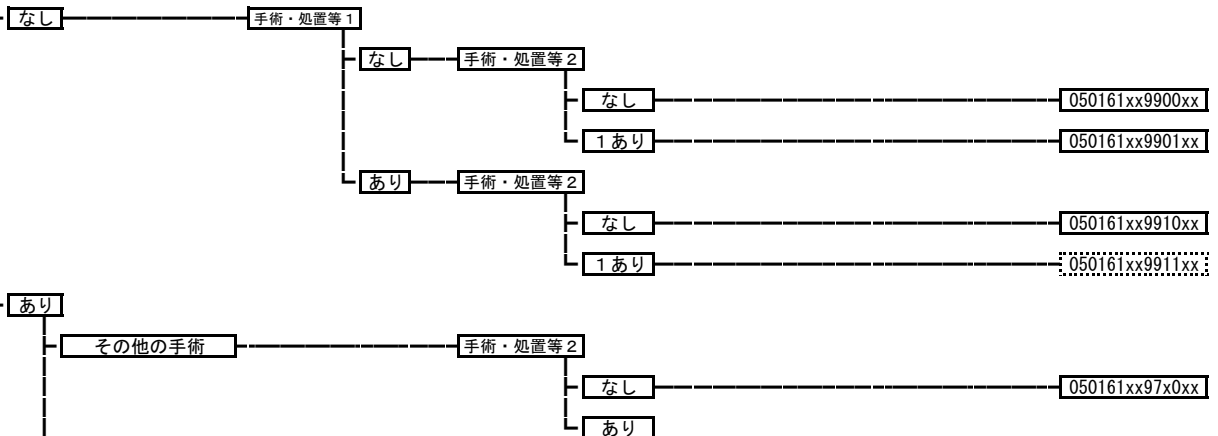
手術・処置等 2

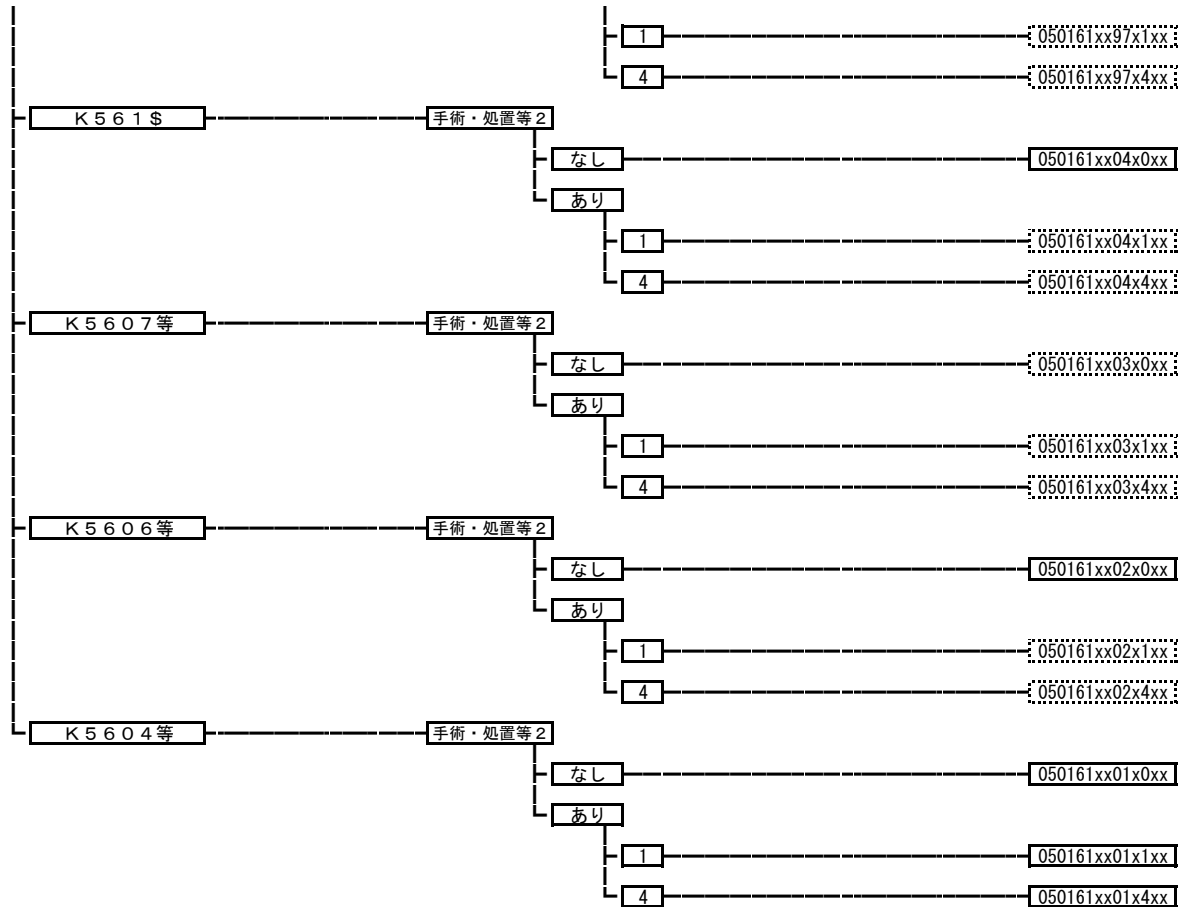


**050161 解離性大動脈瘤**

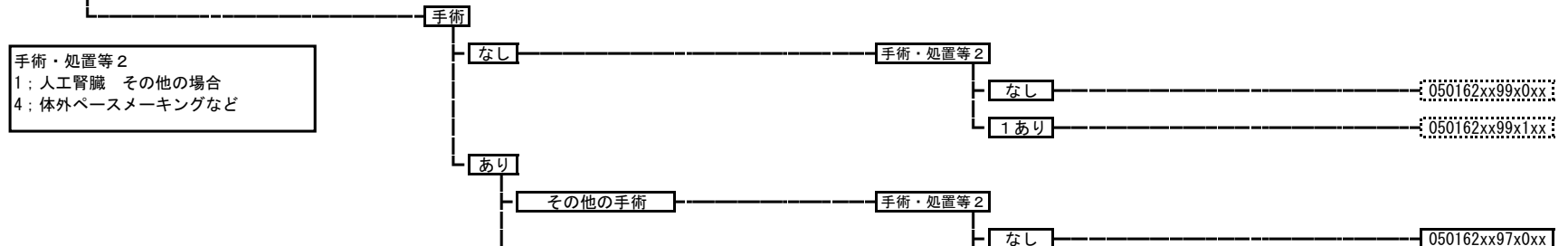
手術

手術・処置等 2  
1; 人工腎臓 その他の場合  
4; 体外ペースメーカーなど



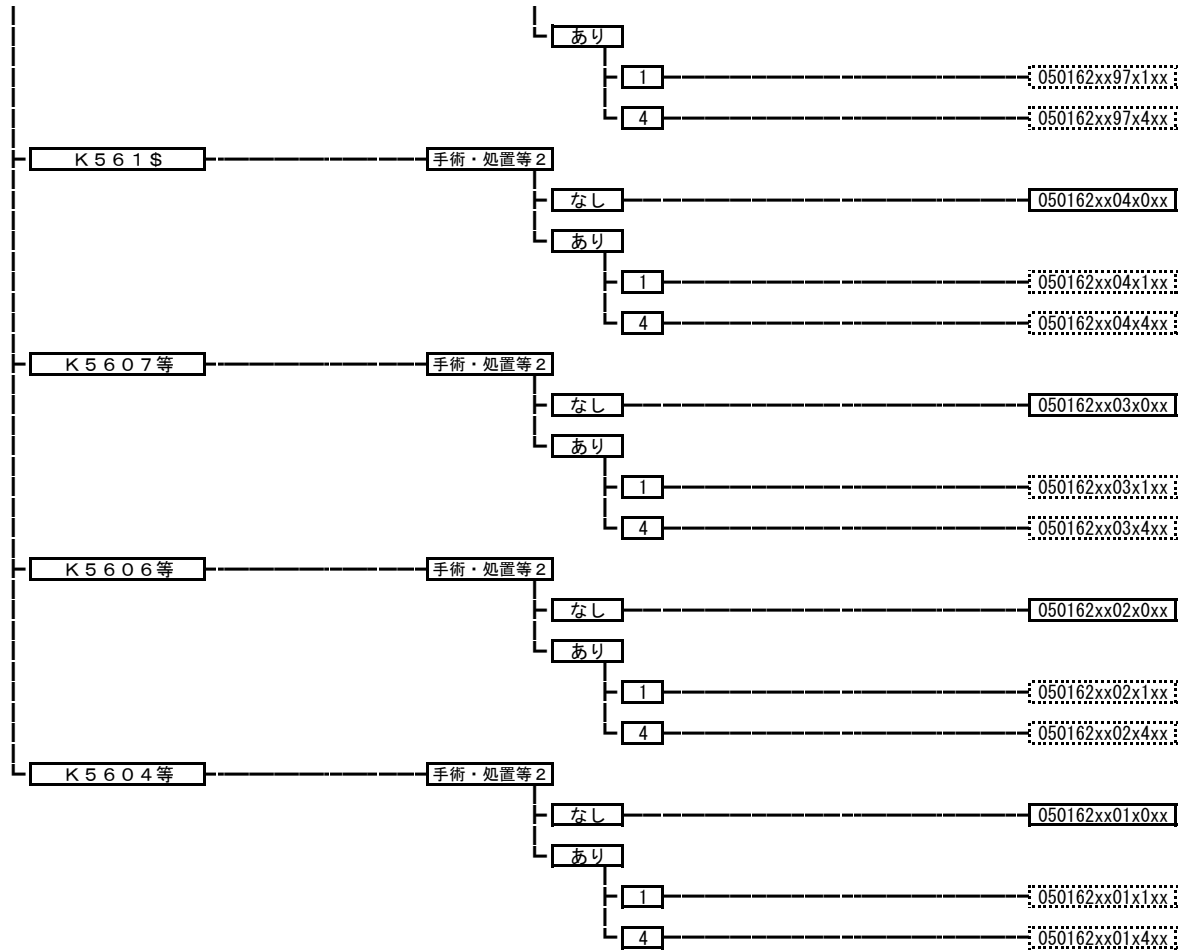


**050162 破裂性大動脈瘤**



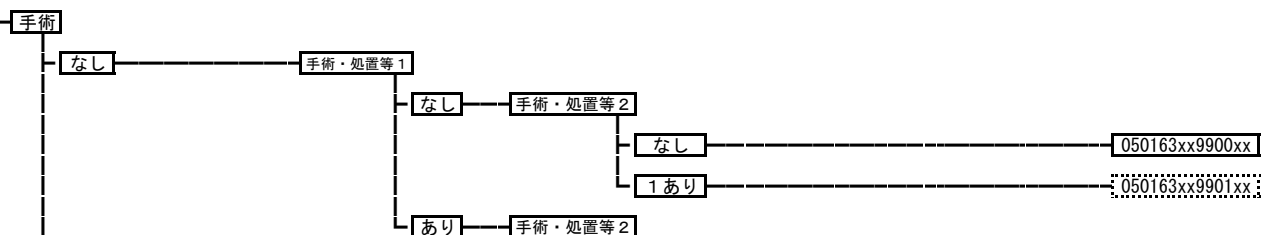
手術・処置等 2  
1; 人工腎臓 その他の場合  
4; 体外ペースメーカーなど

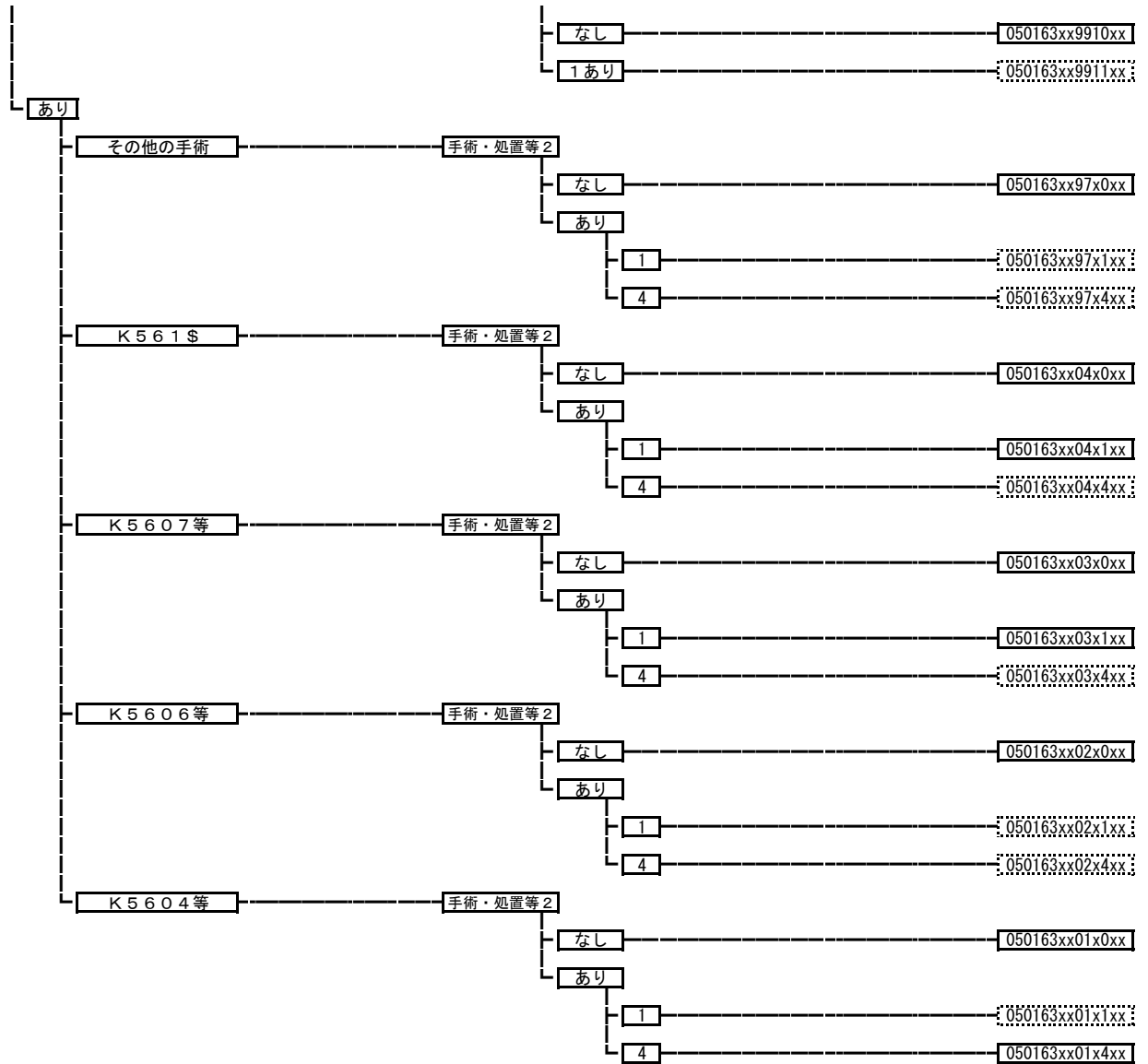




**050163 非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤**

手術・処置等2  
1; 人工腎臓 その他の場合  
4; 体外ペースメーカーなど

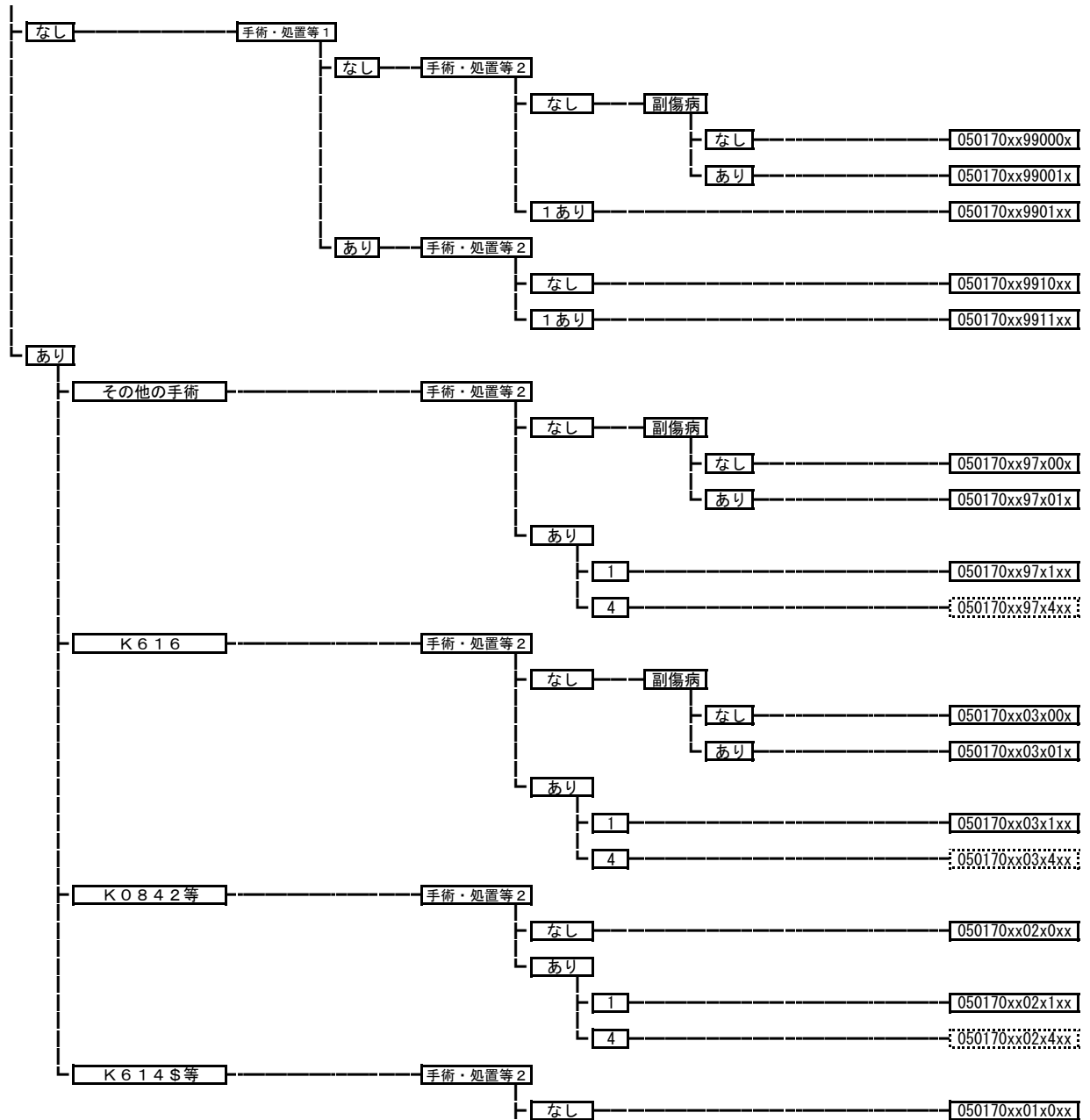


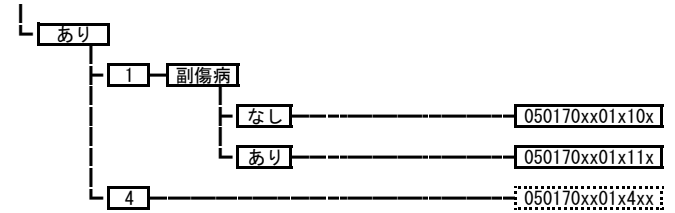


**050170** 閉塞性動脈疾患

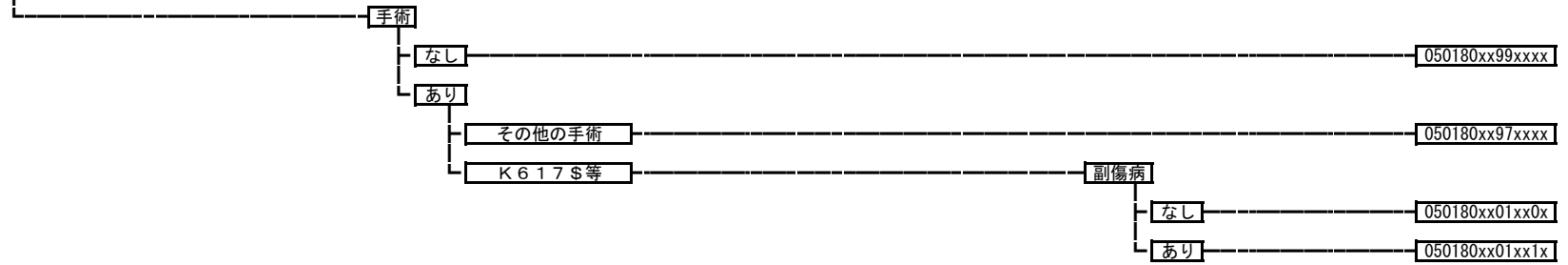
手術

手術・処置等 2  
 1; 血漿交換療法、人工腎臓 その他の場合  
 4; 体外ペースメーカーなど



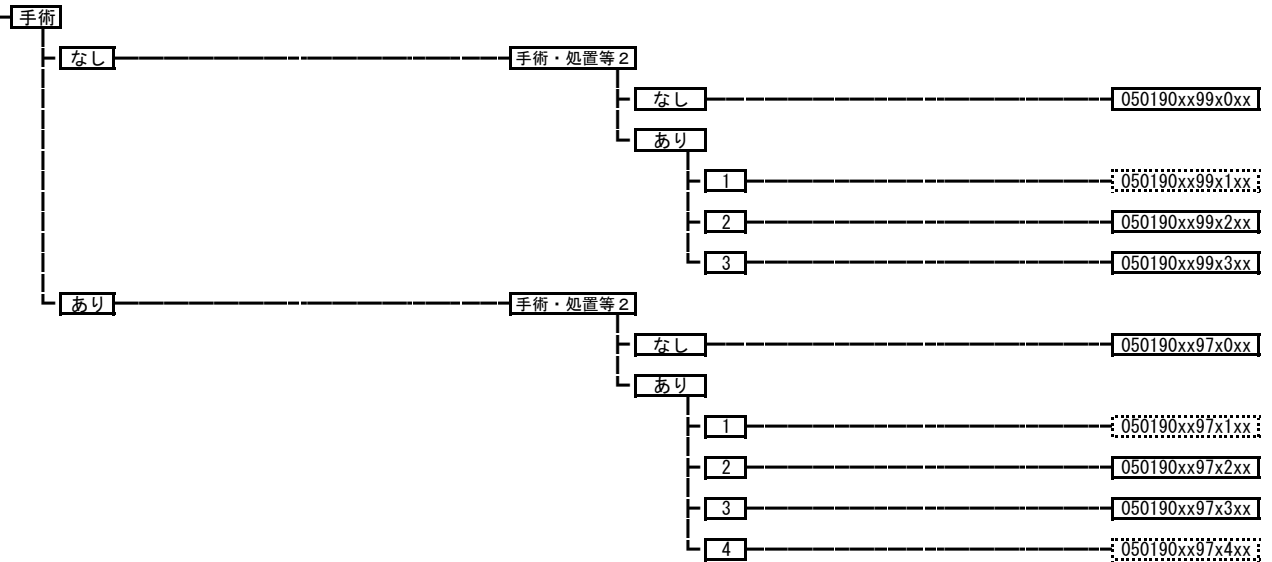


**050180 静脈・リンパ管疾患**

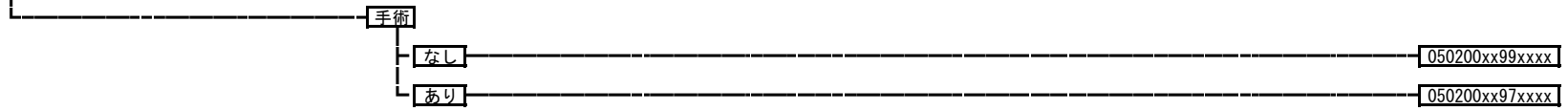


**050190 肺塞栓症**

手術・処置等 2  
 1; 人工腎臓 その他の場合  
 2; SPECT、シンチグラム  
 3; tPA  
 4; 体外ペースメーカーなど



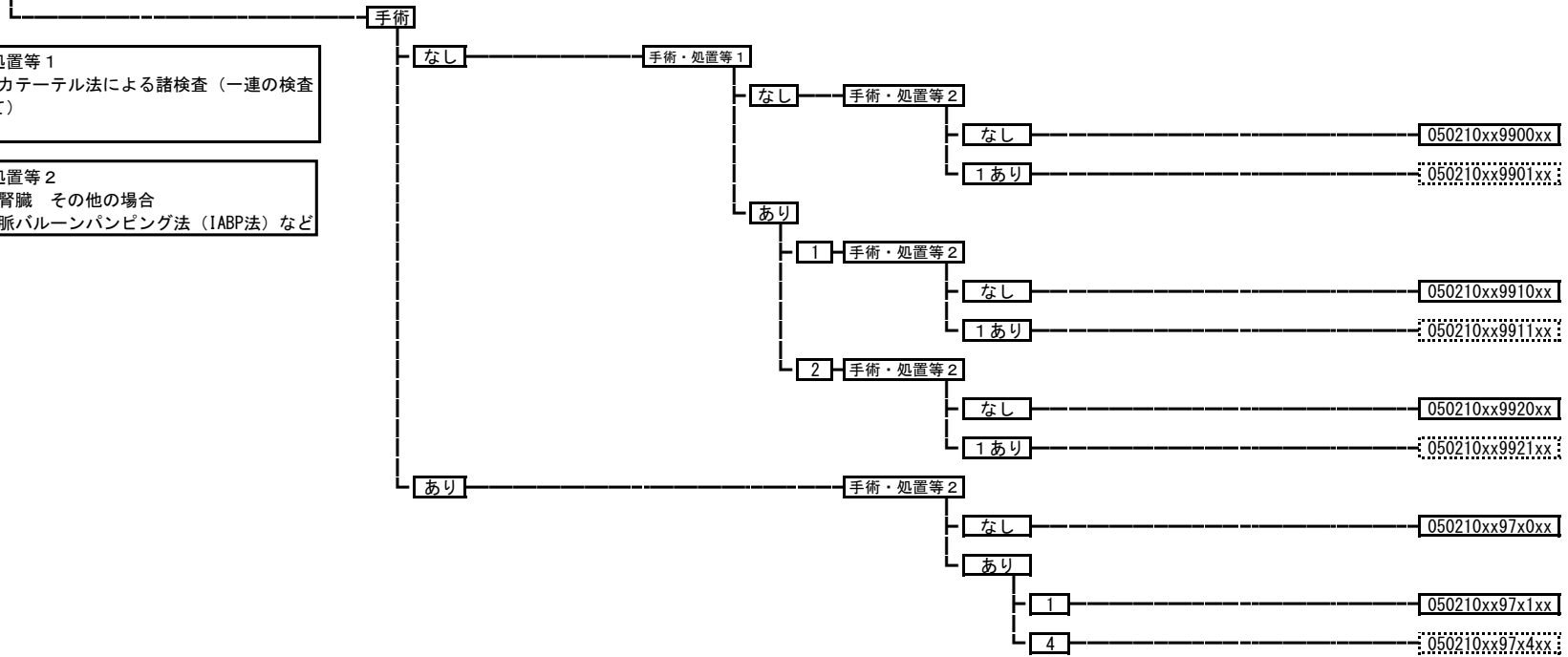
**050200 循環器疾患（その他）**



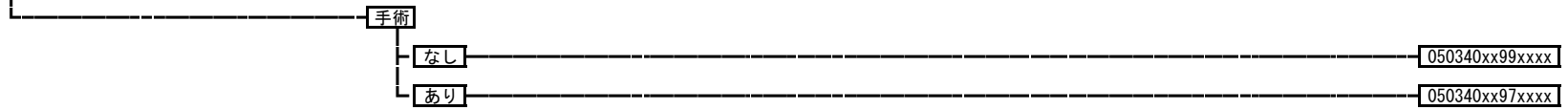
**050210 徐脈性不整脈**

手術・処置等 1  
1: 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）

手術・処置等 2  
1: 人工腎臓 その他の場合  
4: 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）など

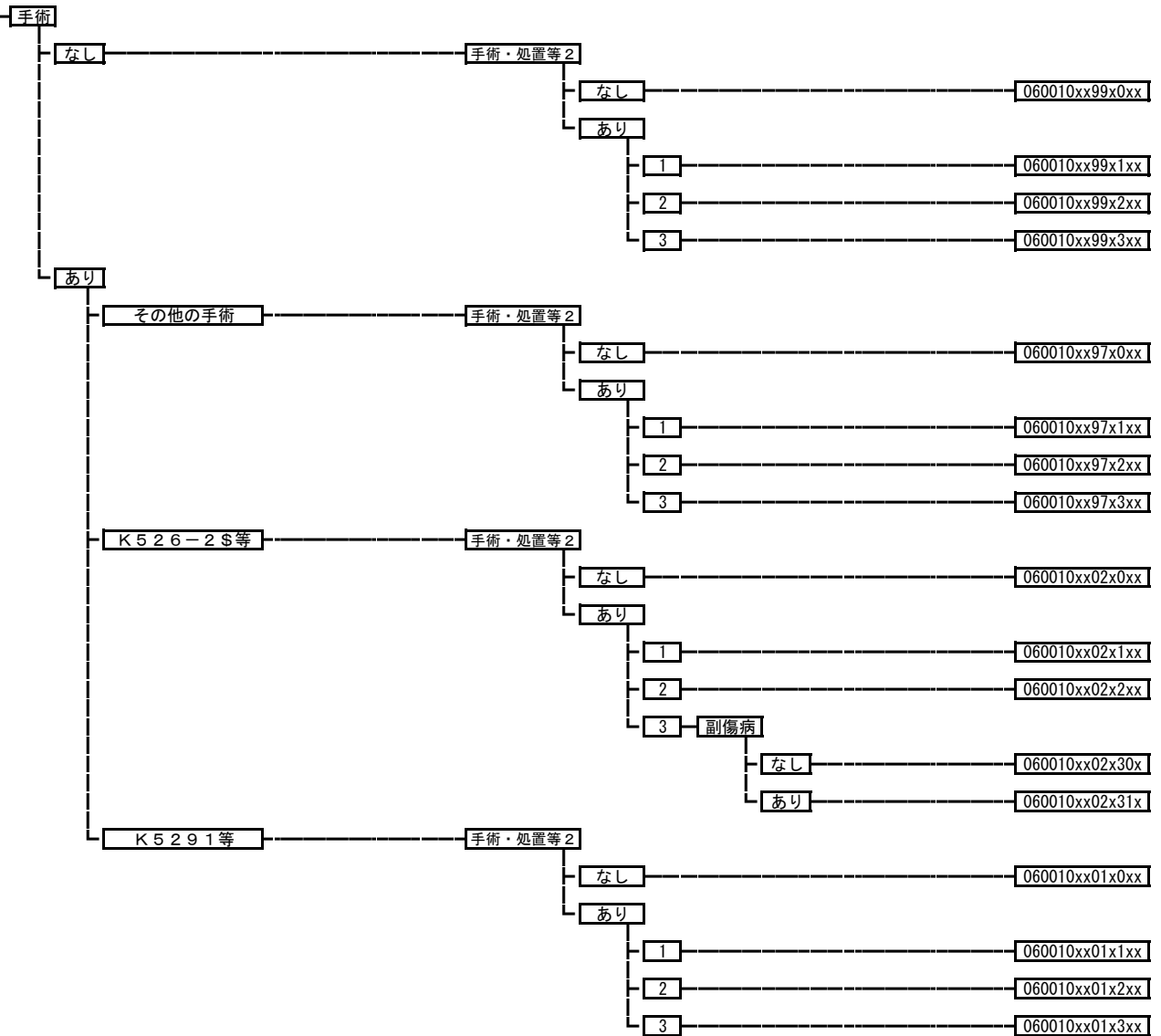


**050340 その他の循環器の障害**



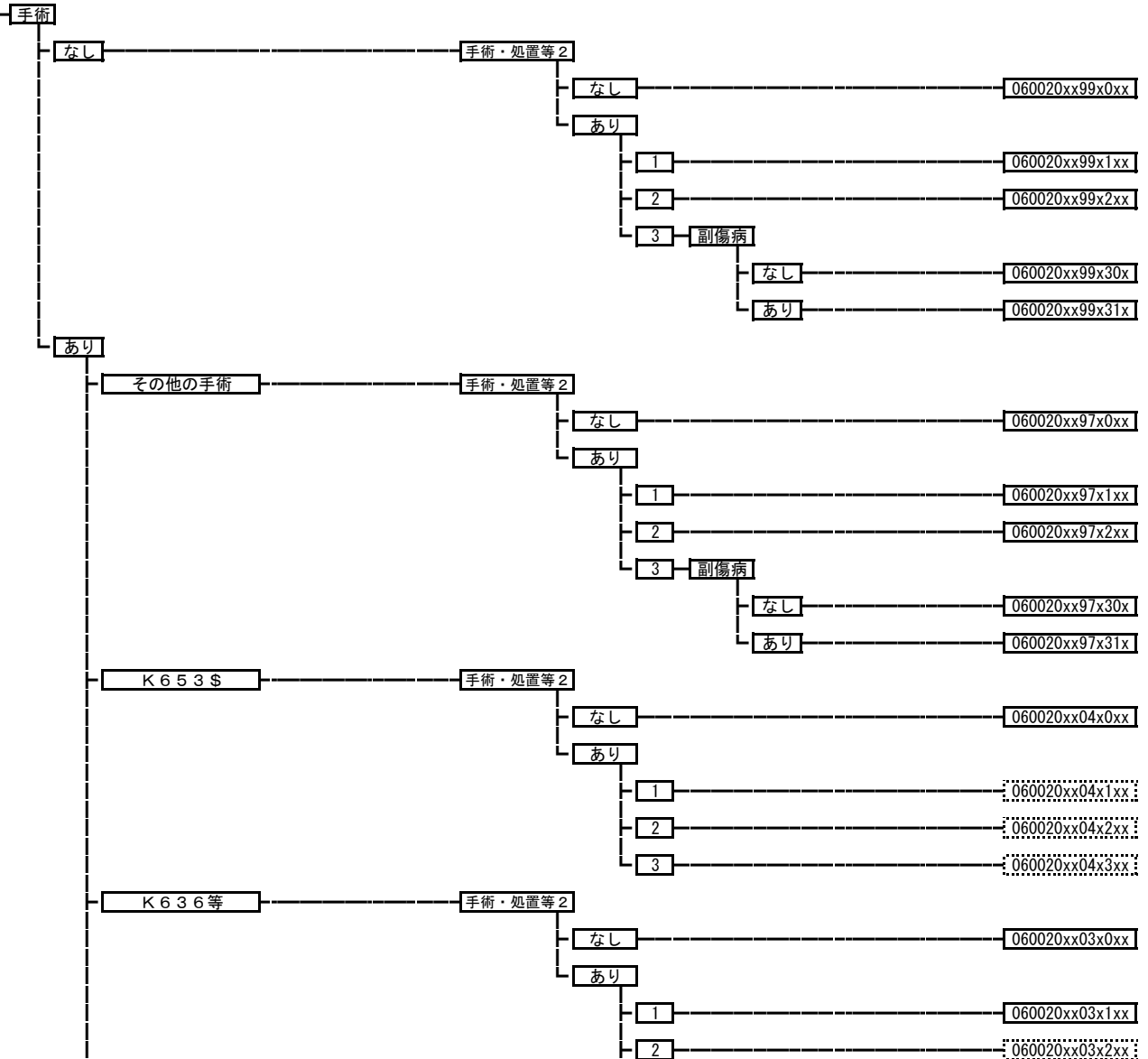
060010 食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし



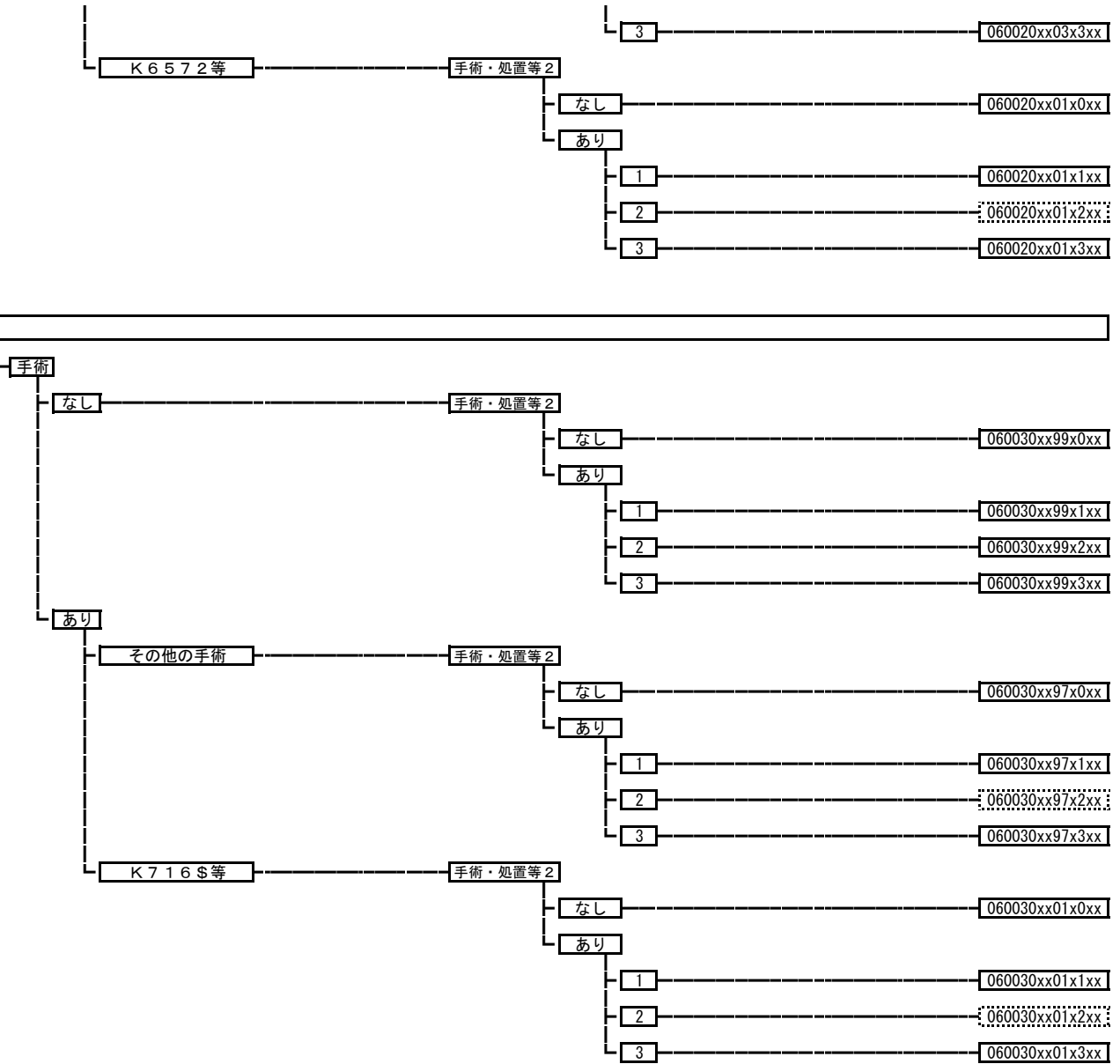
060020 胃の悪性腫瘍

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし



**060030 小腸の悪性腫瘍**

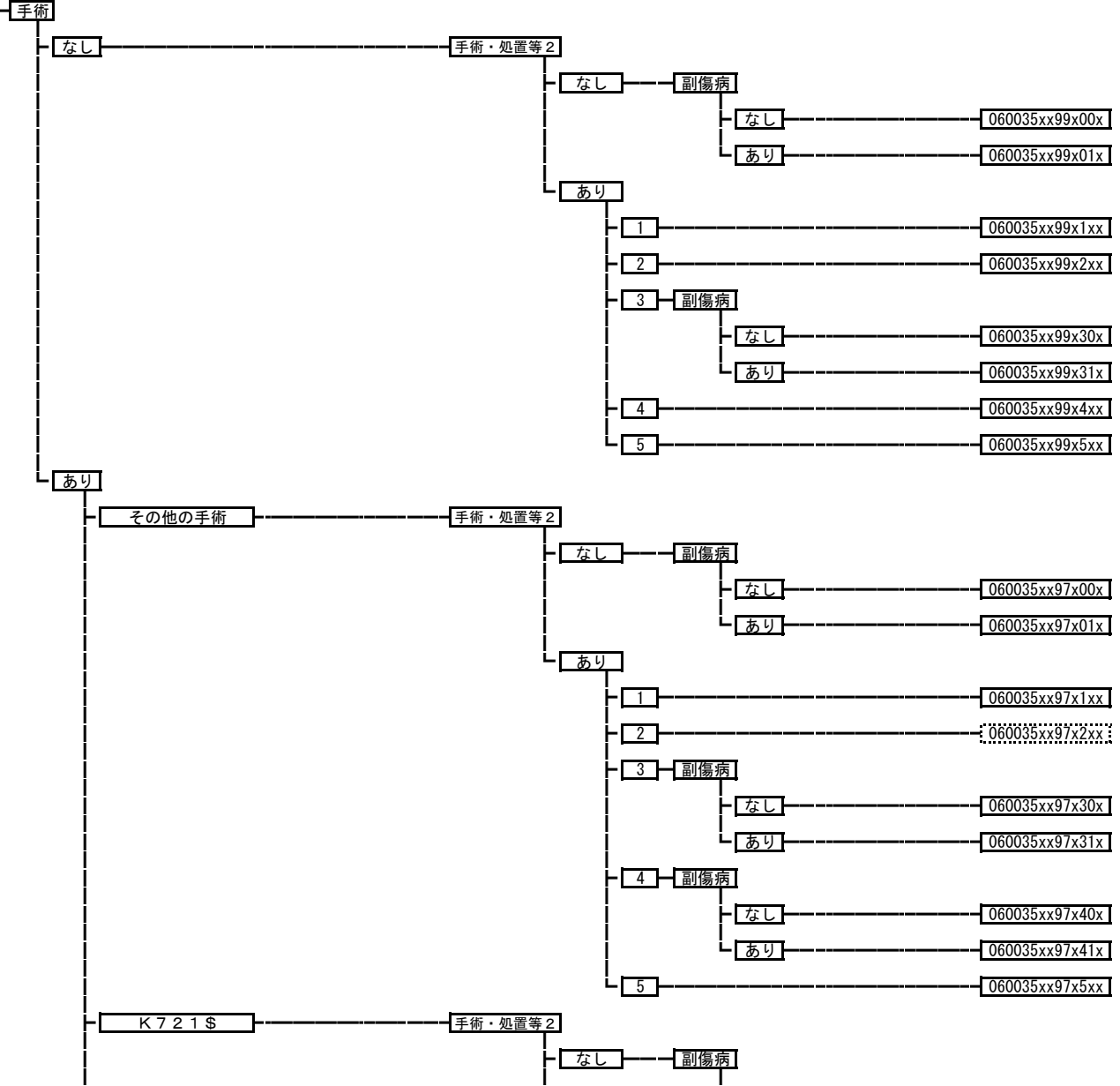
手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし

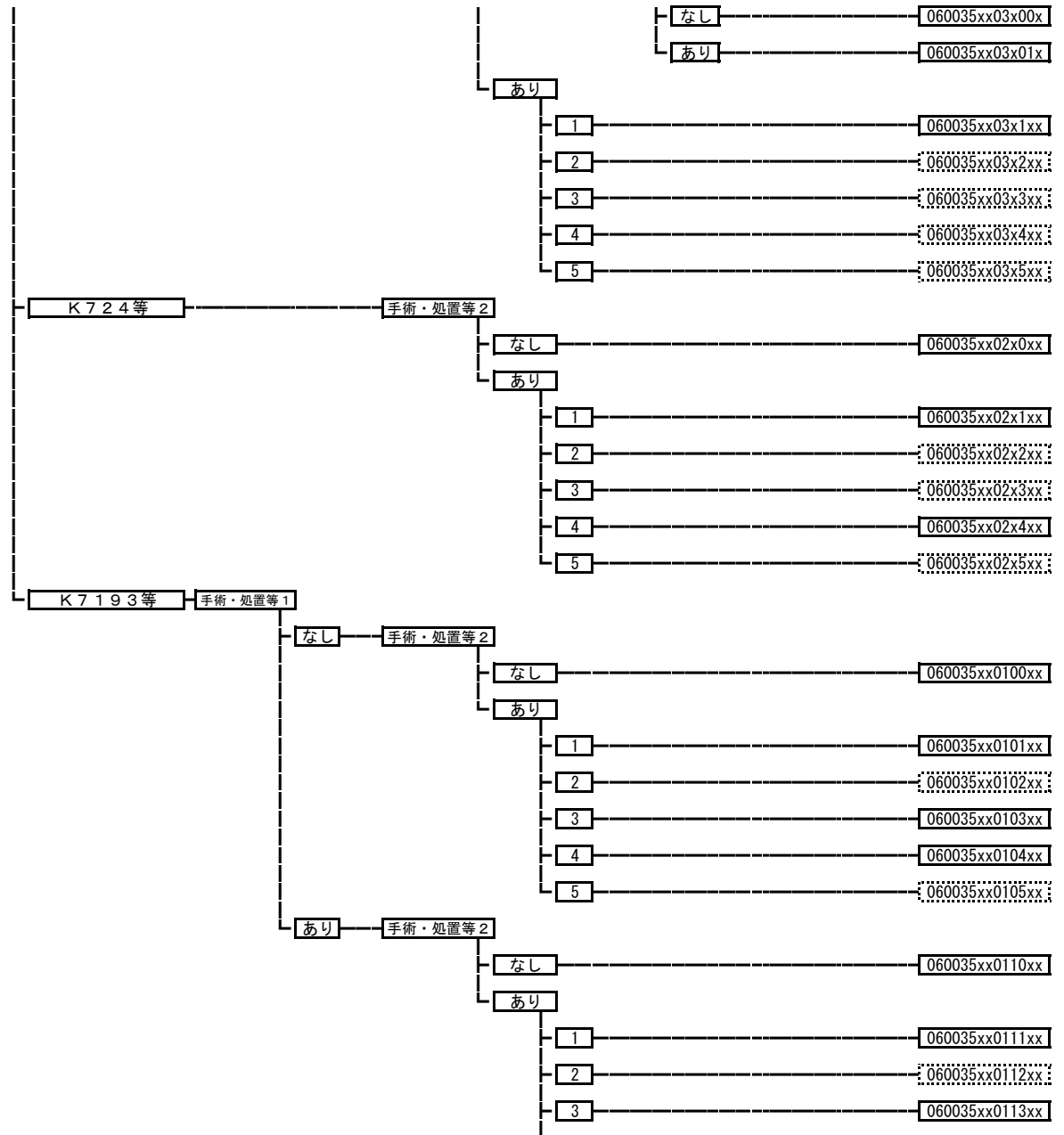




060035 大腸（上行結腸からS状結腸）の悪性腫瘍

手術・処置等2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし  
 4: フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム  
 +オキサリプラチンあり

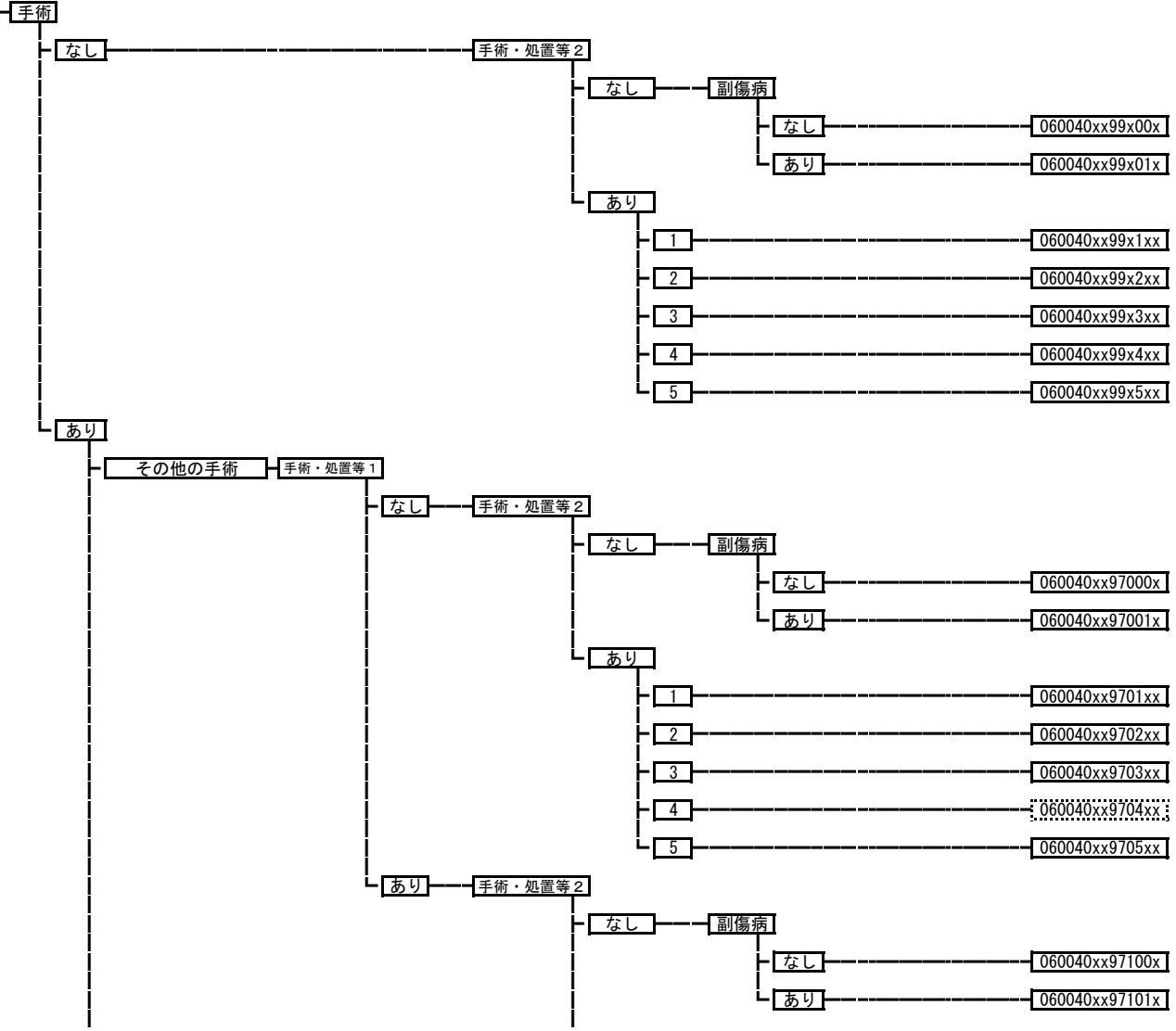


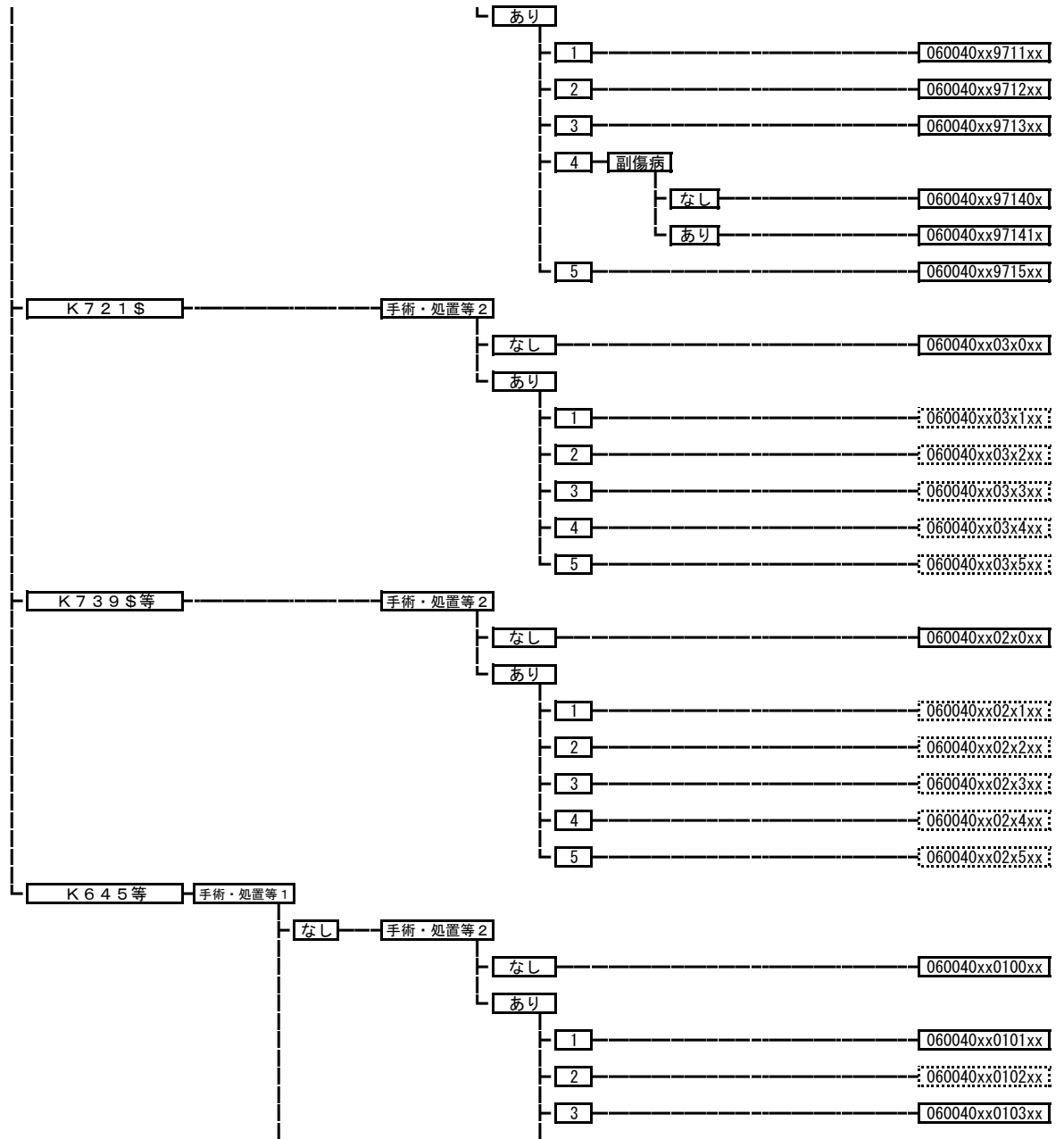


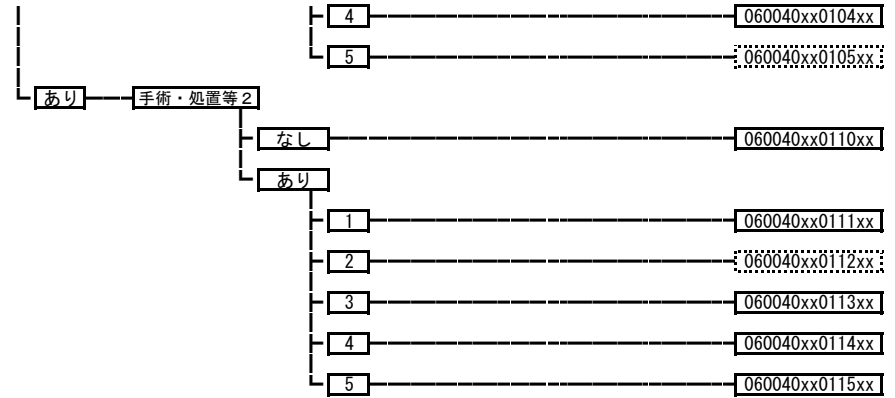
- 4 ----- 060035xx0114xx
- 5 ----- 060035xx0115xx

**060040 直腸肛門（直腸・S状結腸から肛門）の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1; 人工呼吸など  
 2; 放射線療法  
 3; 化学療法ありかつ放射線療法なし  
 4; フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム  
 +オキサリプラチンあり  
 5; セツキシマブ、ペバシズマブ

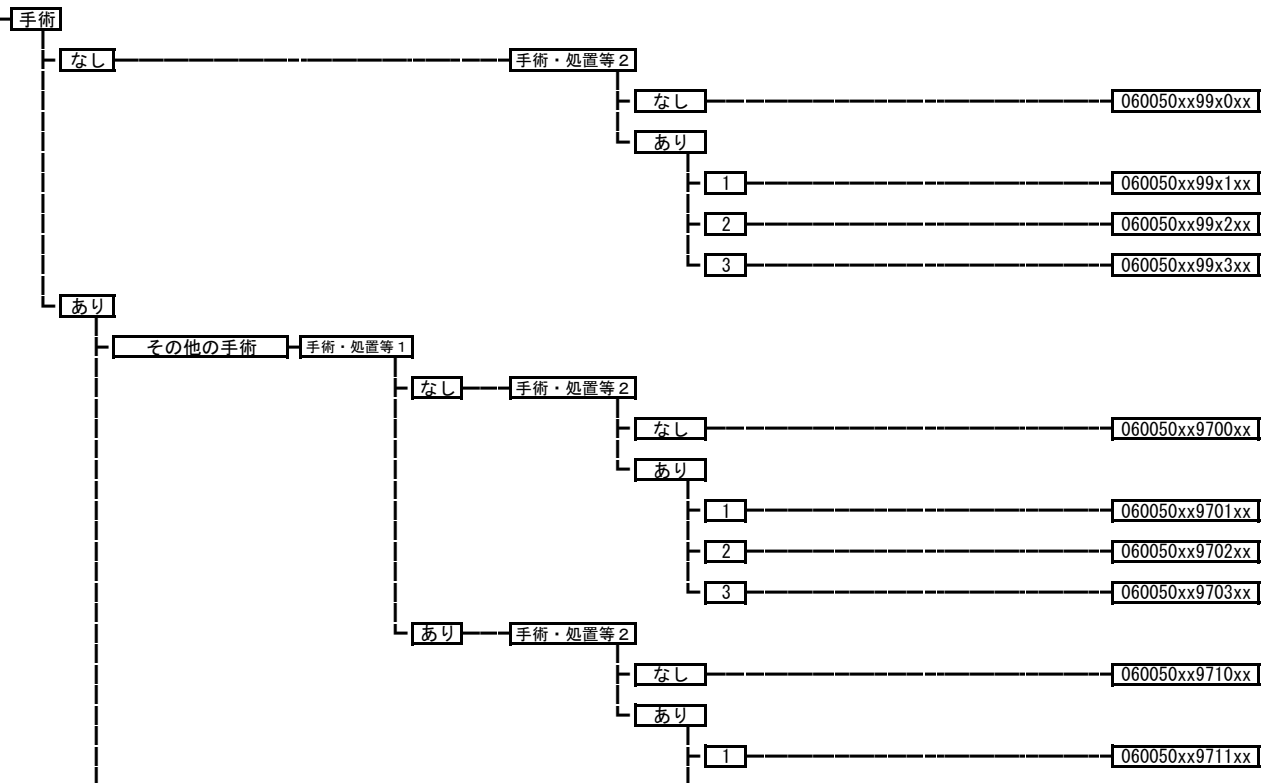


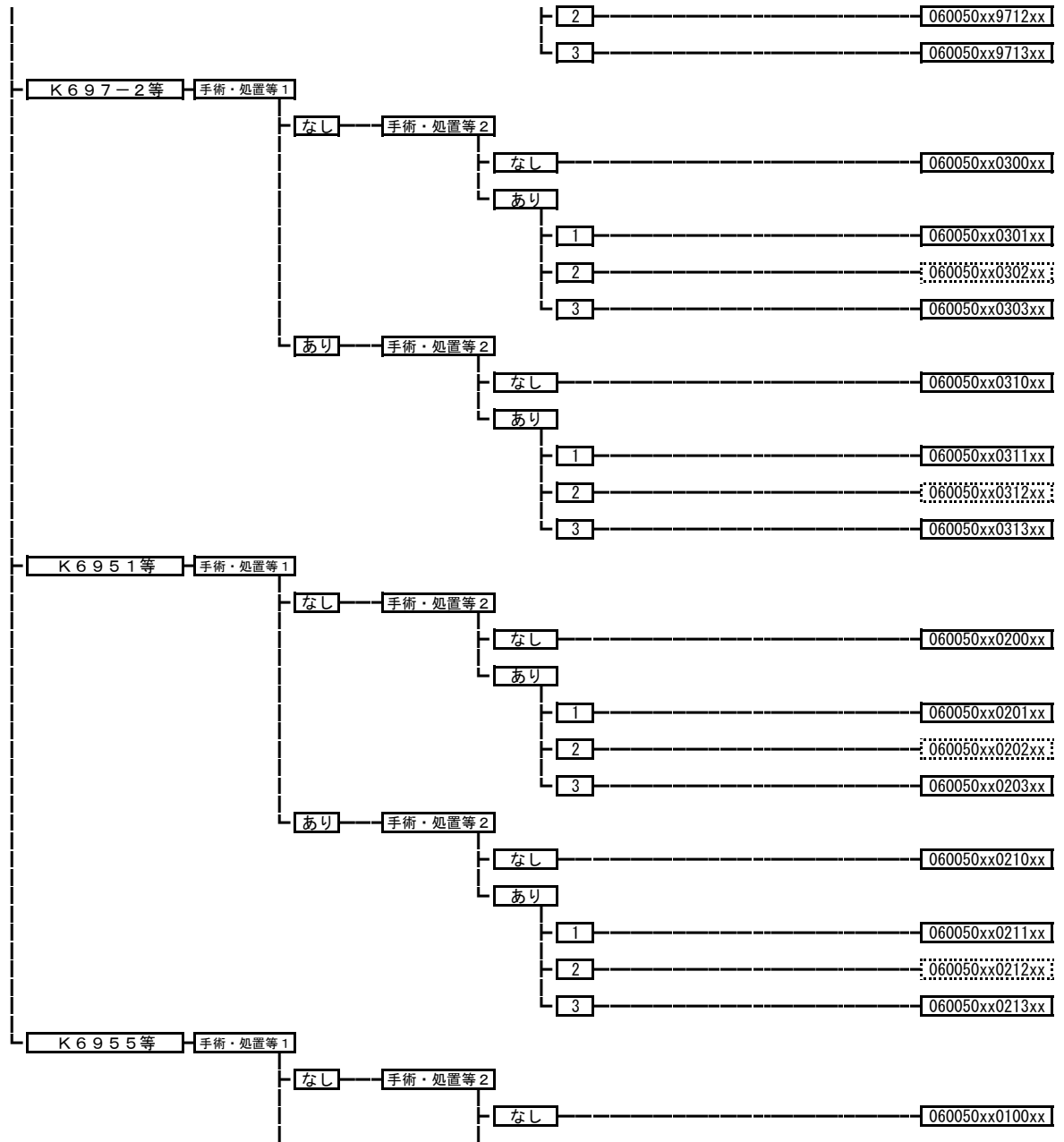


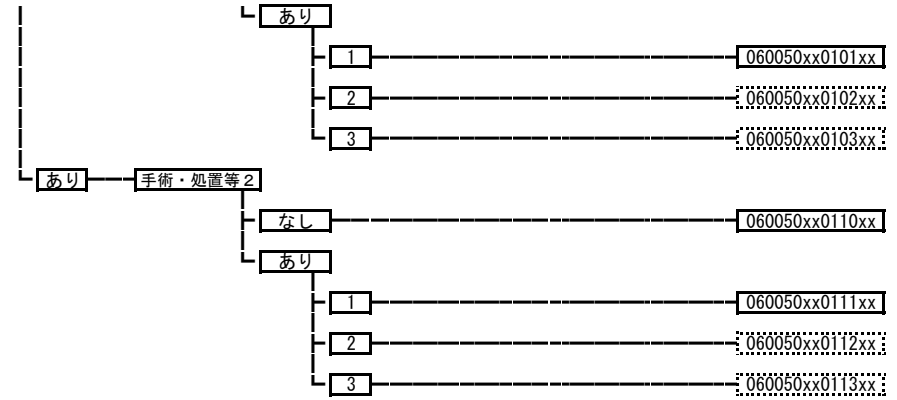


**060050 肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）**

手術・処置等2  
 1：人工呼吸など  
 2：放射線療法  
 3：化学療法ありかつ放射線療法なし

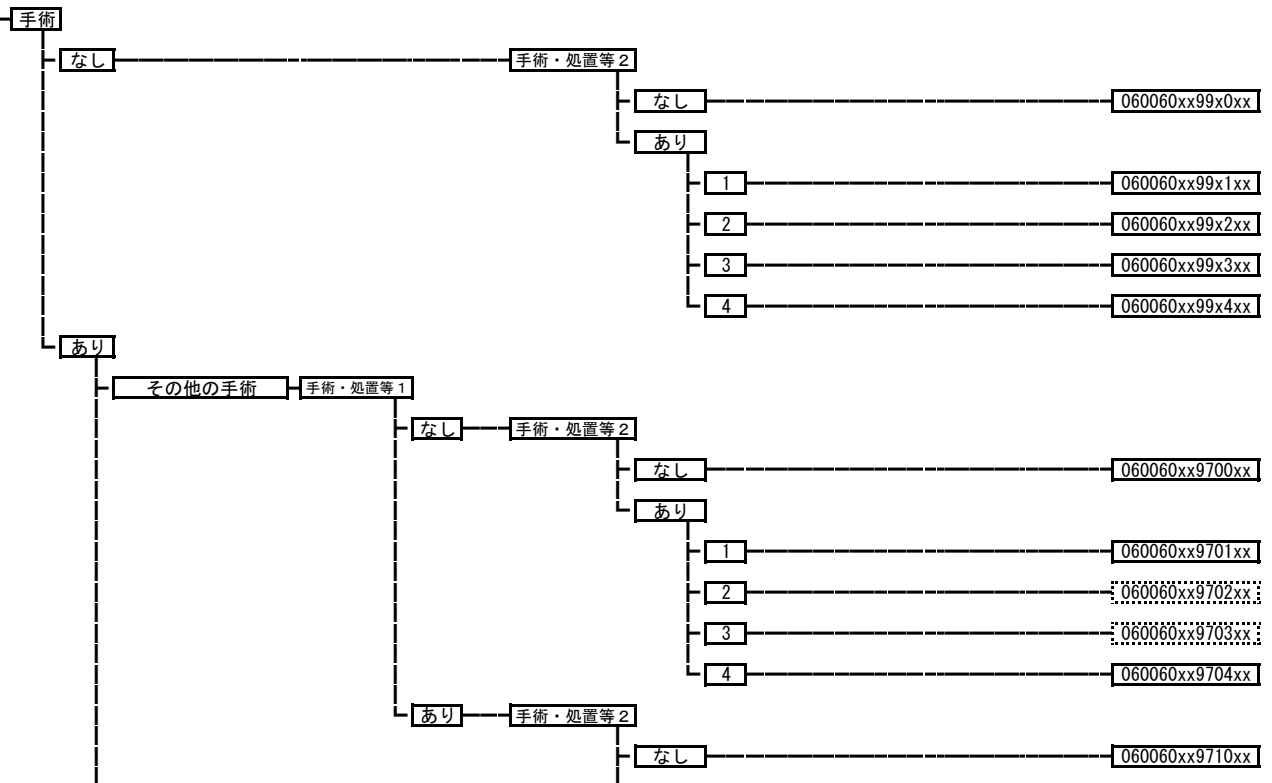


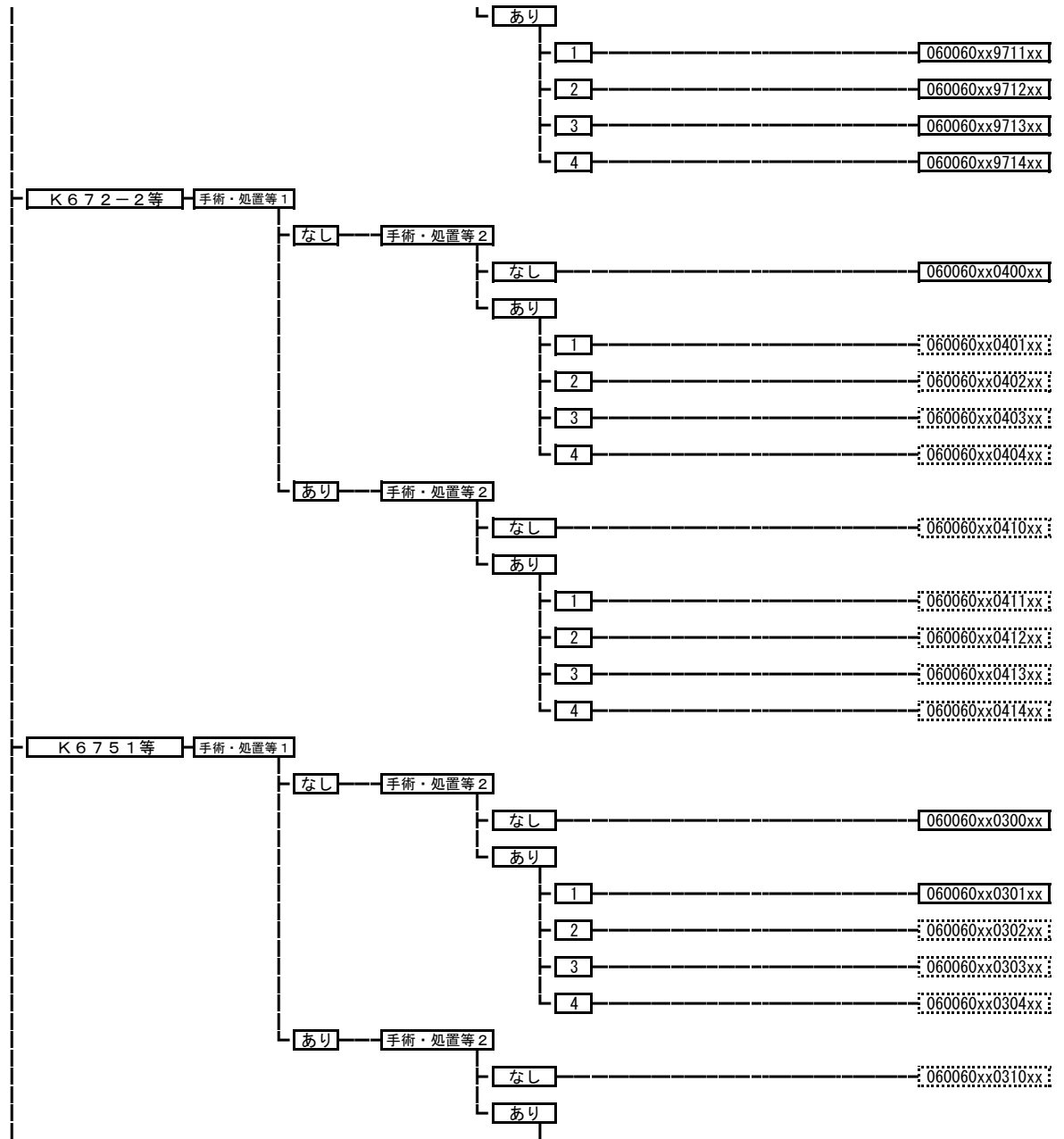




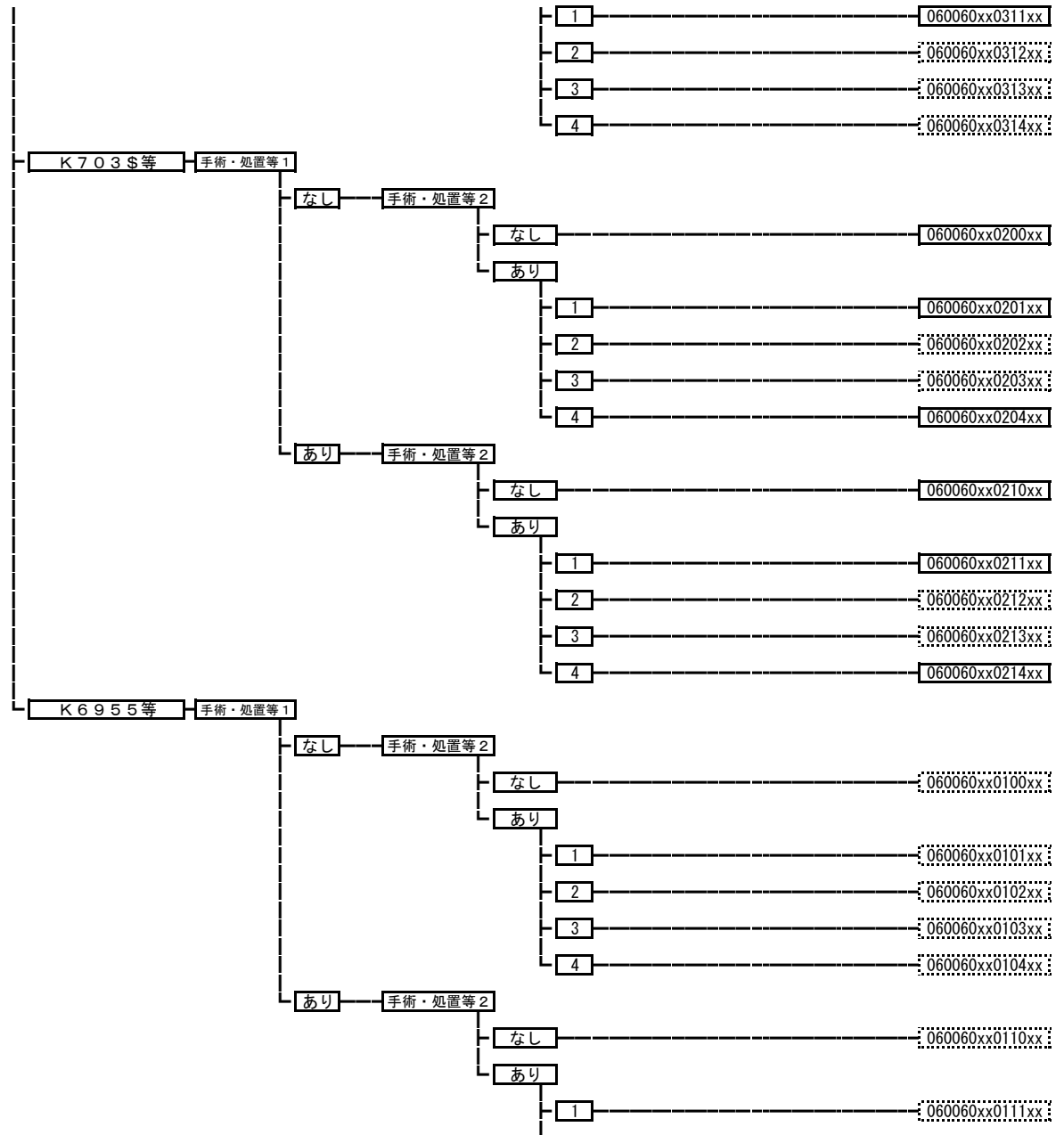
**060060 胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 化学療法なしかつ放射線療法あり  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法あり  
 4: 化学療法ありかつ放射線療法なし





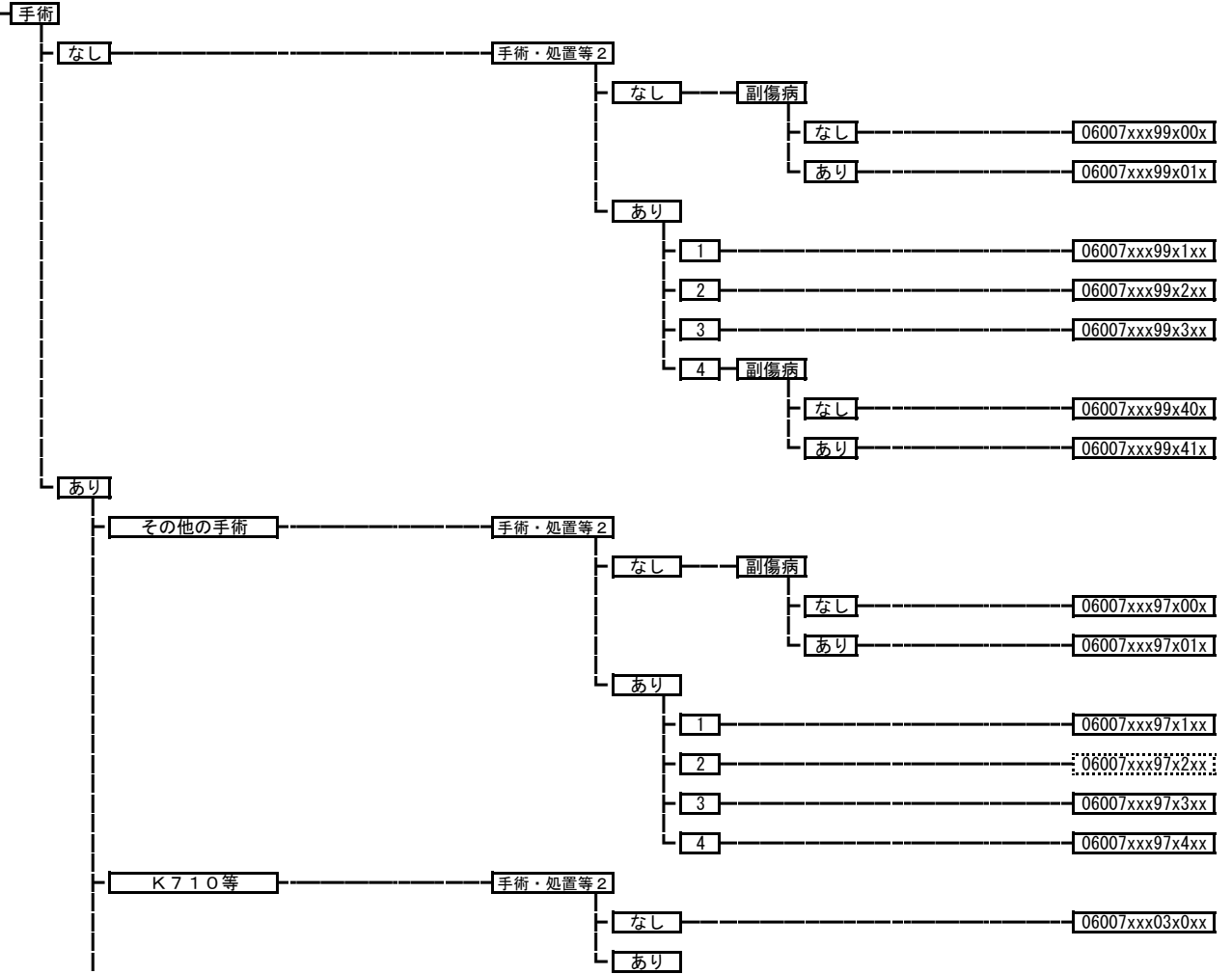


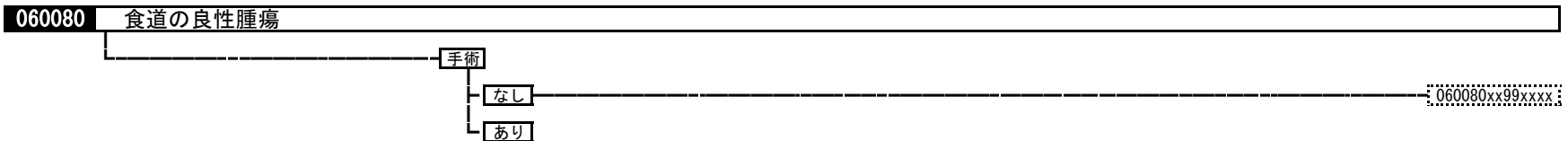
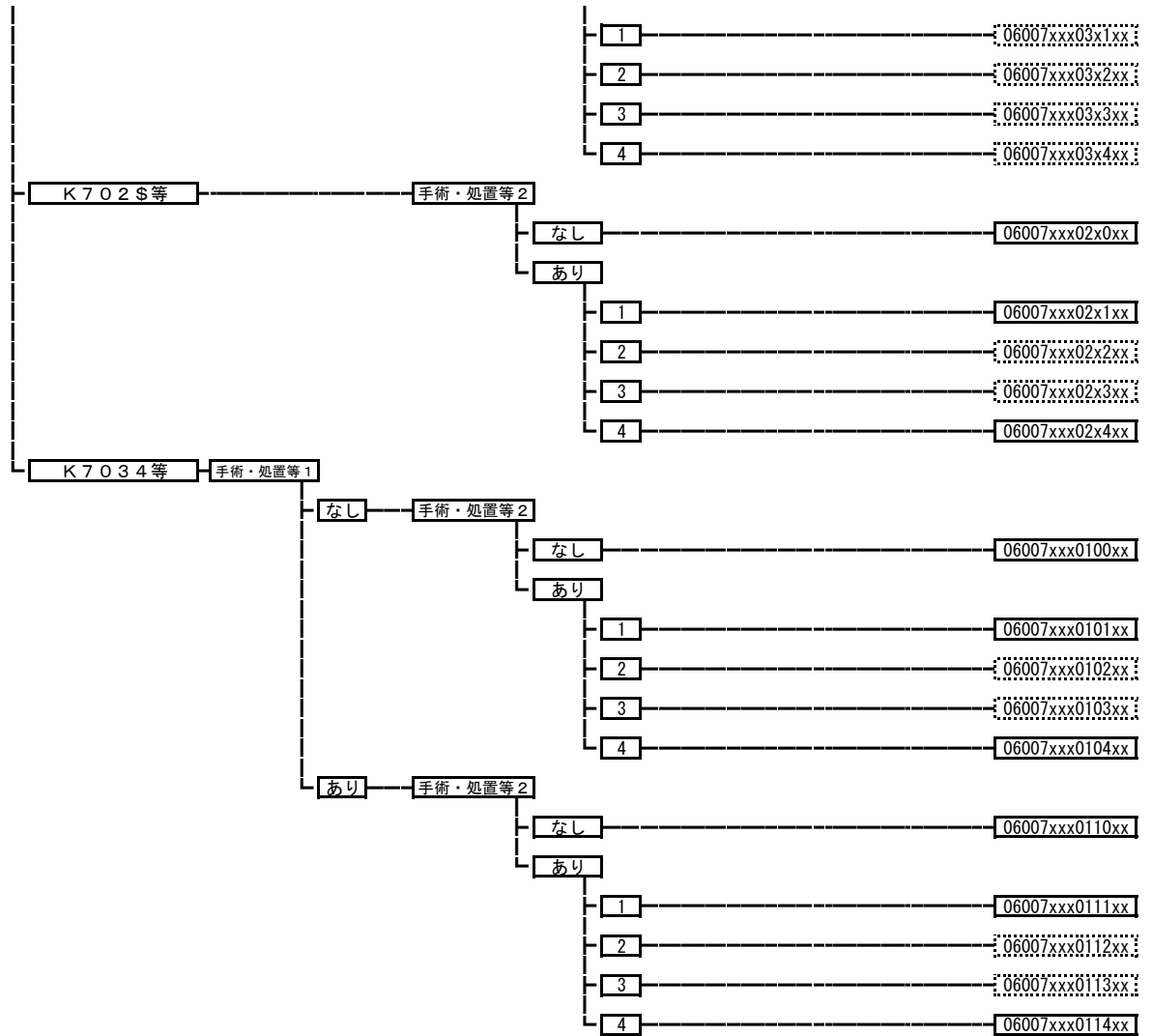


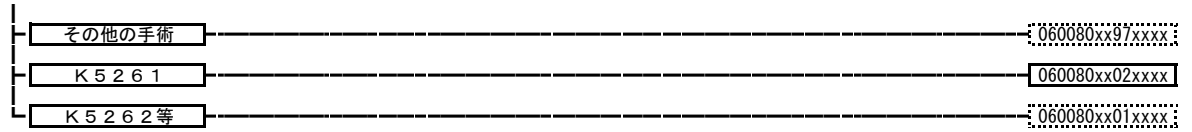
- 2 ----- 060060xx0112xx
- 3 ----- 060060xx0113xx
- 4 ----- 060060xx0114xx

06007x	膵臓、脾臓の腫瘍	
	060071	膵臓の腫瘍
	060072	脾臓の腫瘍

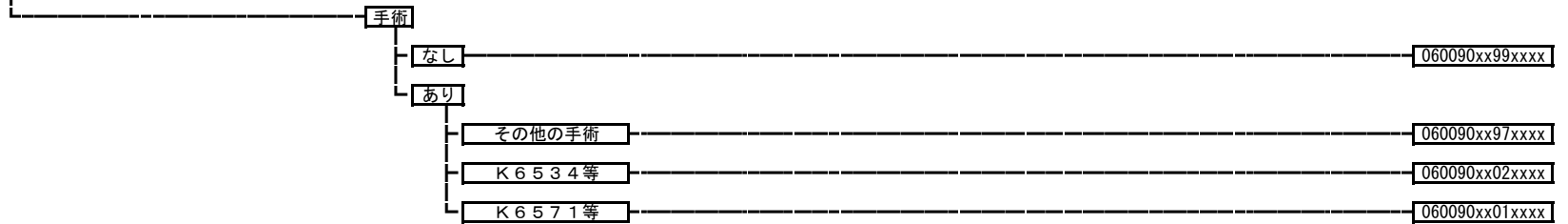
手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 化学療法なしかつ放射線療法あり  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法あり  
 4: 化学療法ありかつ放射線療法なし



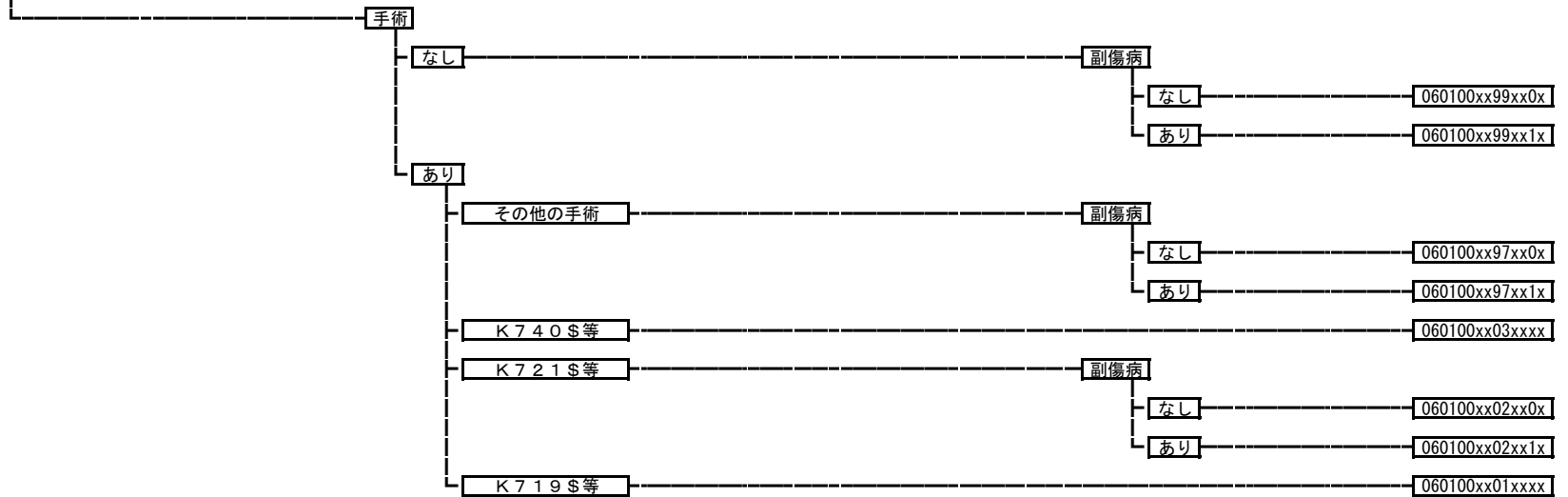




**060090 胃の良性腫瘍**



**060100 小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）**

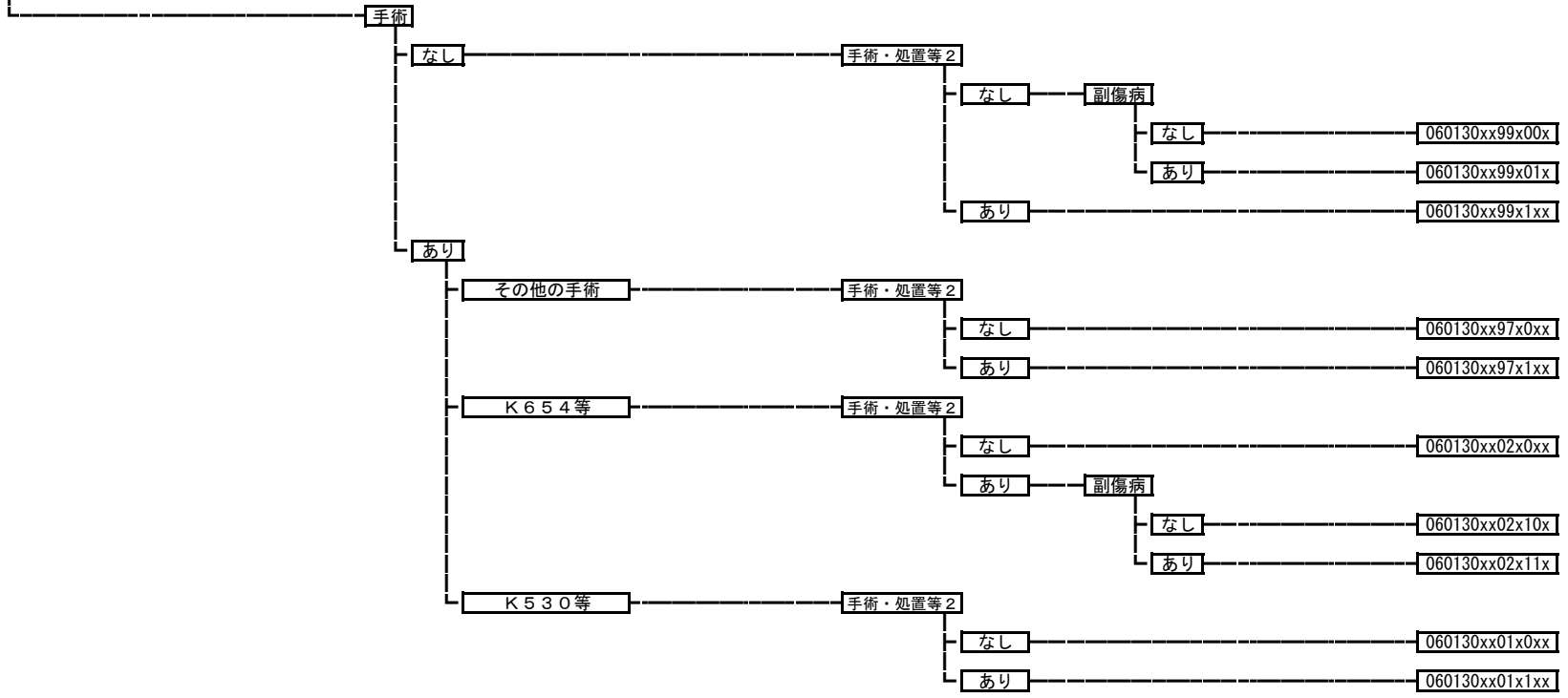


**060110 肝の良性腫瘍**

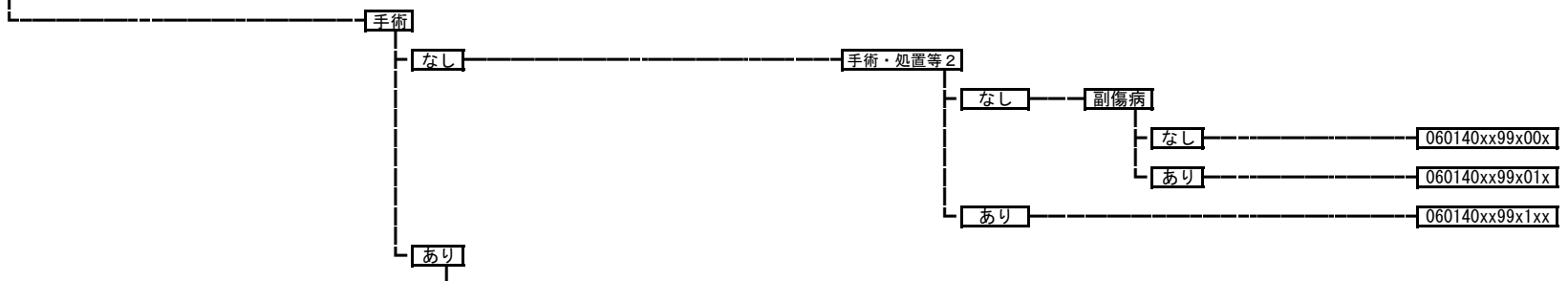


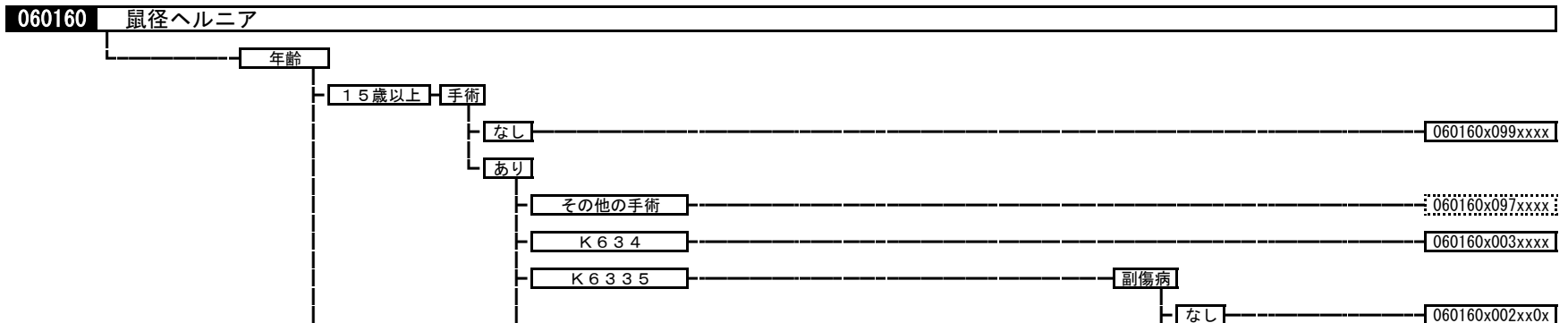
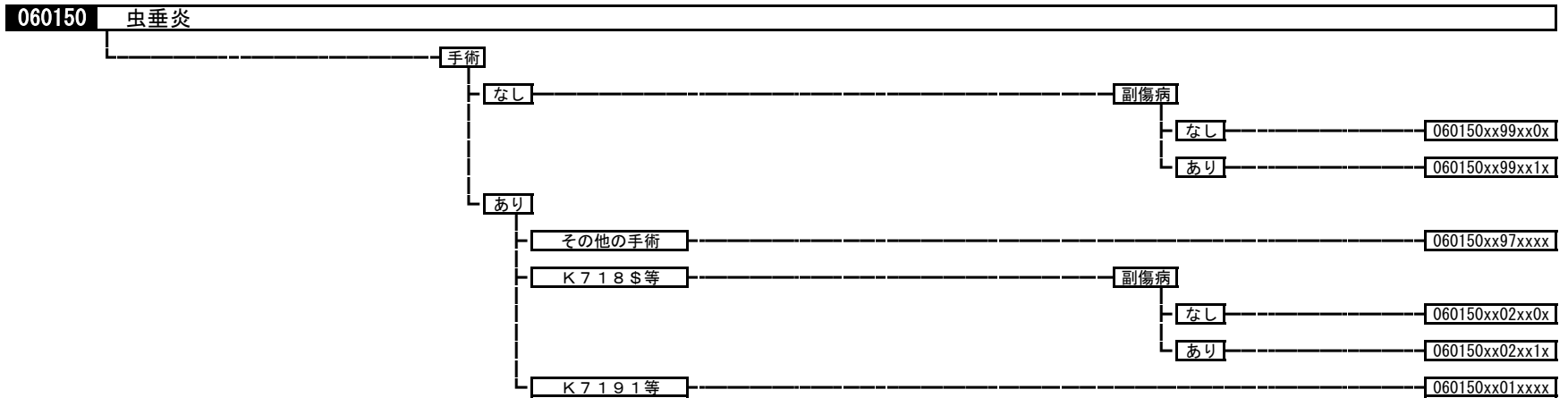
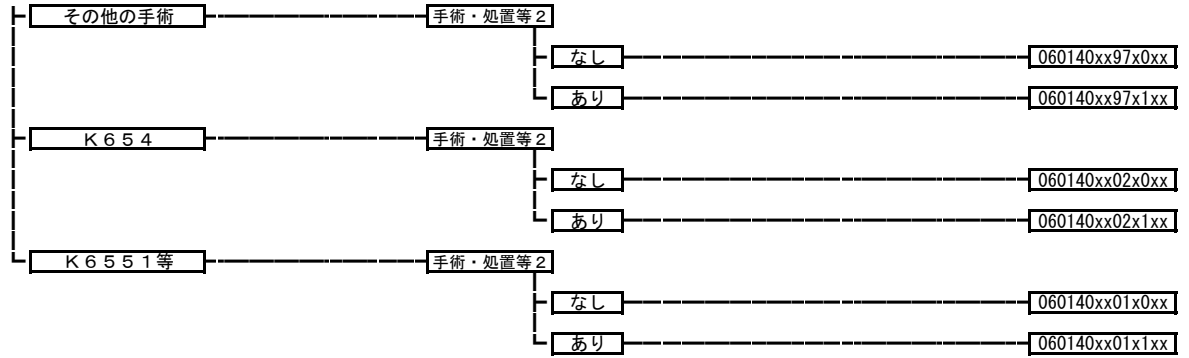
あり 060110xx97xxxx

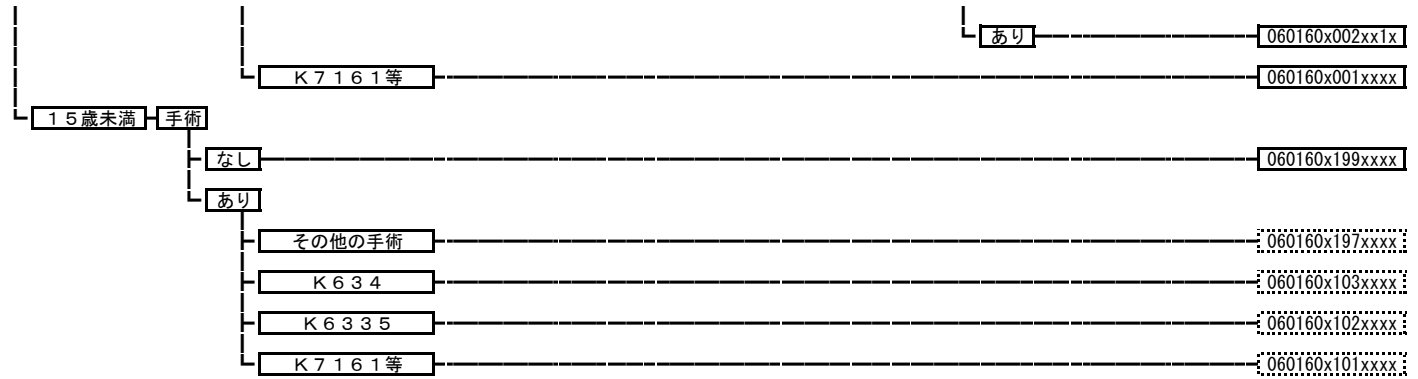
**060130 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）**



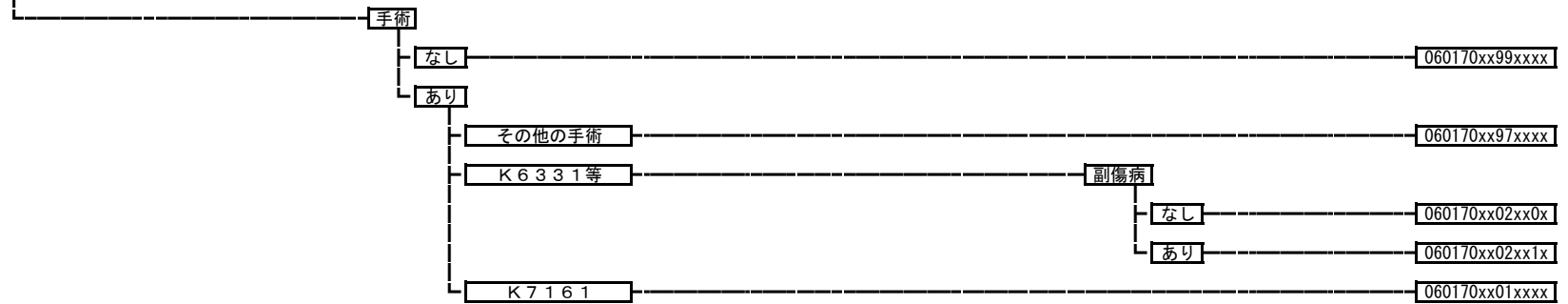
**060140 胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄**





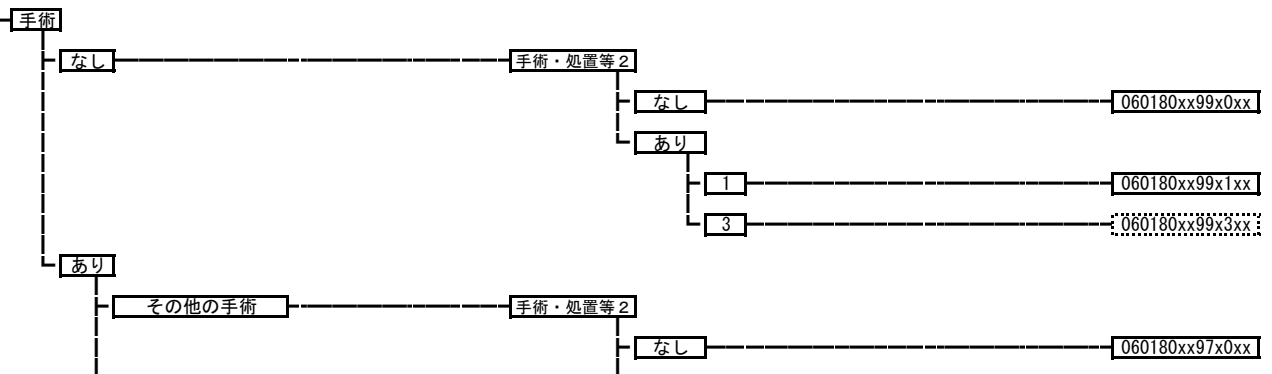


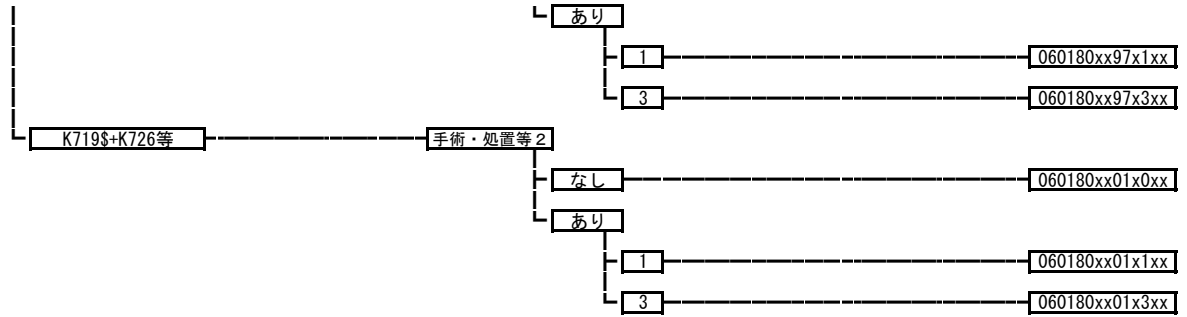
**060170 閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア**



**060180 クロウン病等**

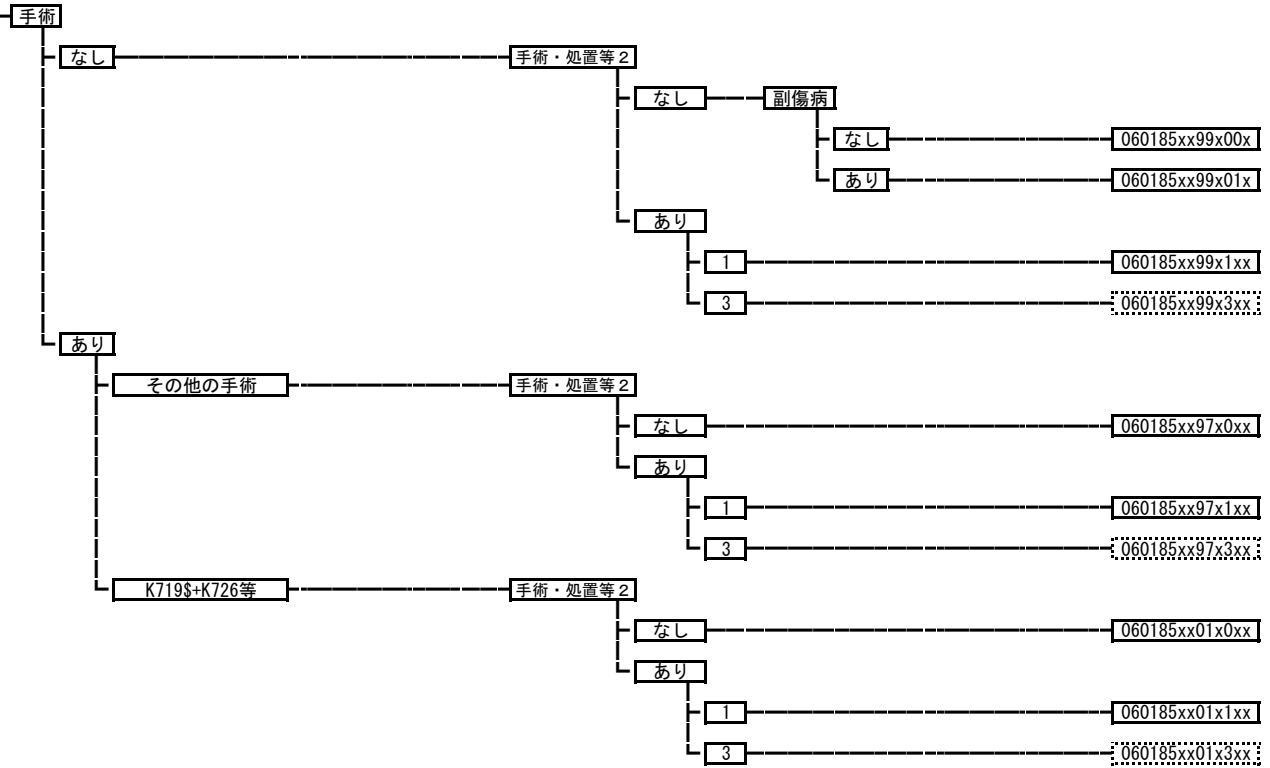
手術・処置等 2  
1; 人工呼吸、中心静脈注射  
3; インフリキシマブ





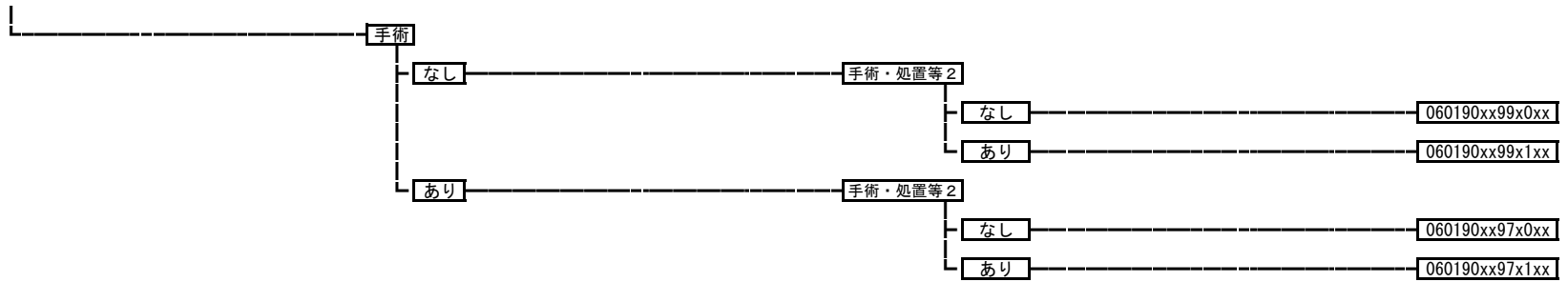
**060185 潰瘍性大腸炎**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 3: 血球成分除去療法

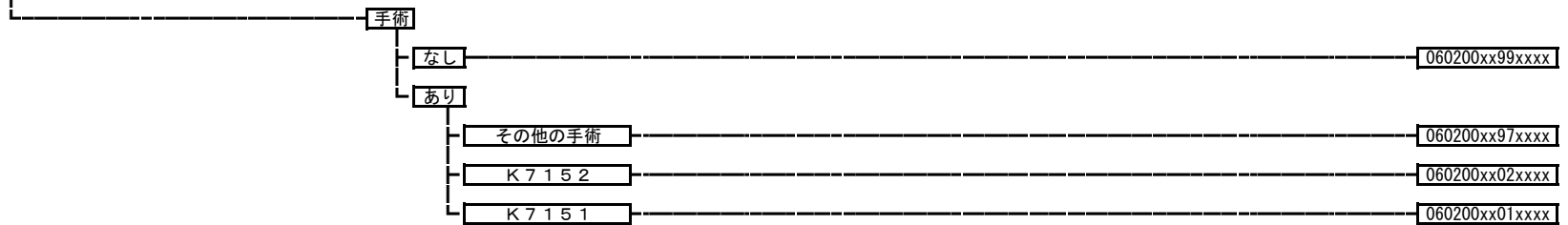


**060190 虚血性腸炎**

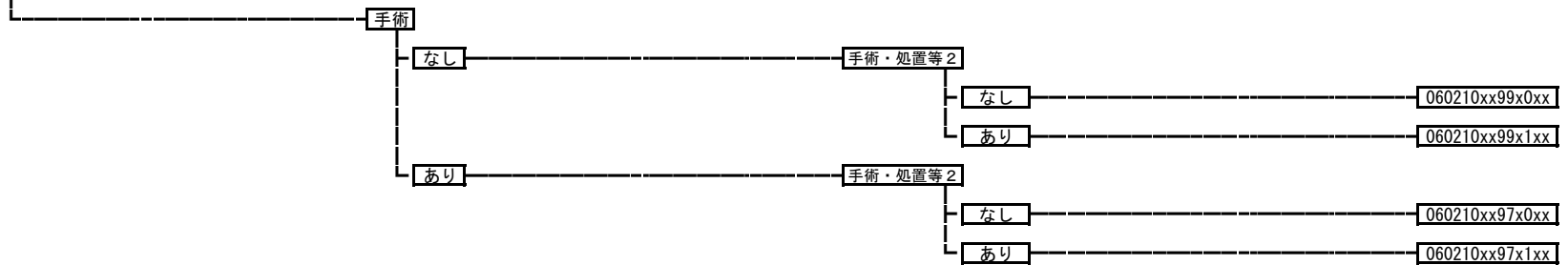




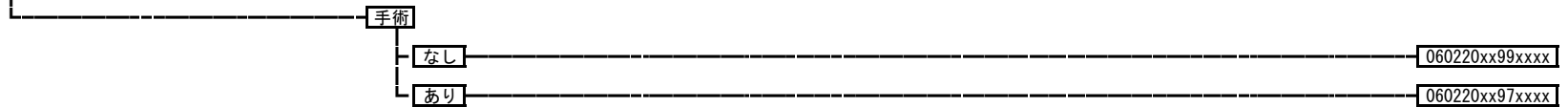
**060200 腸重積**

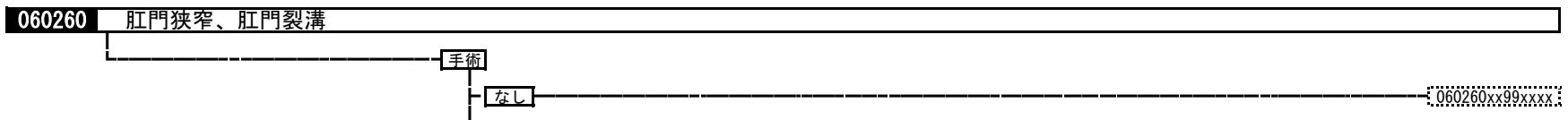
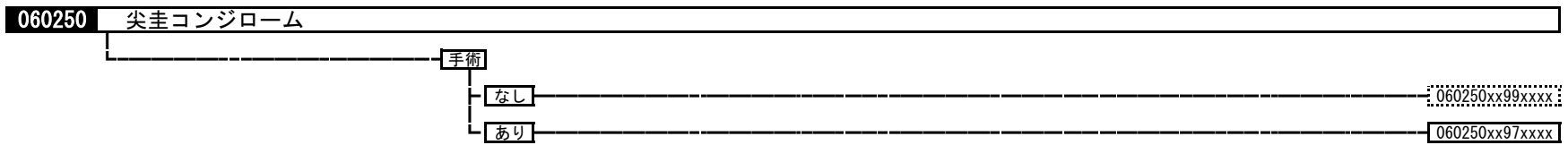
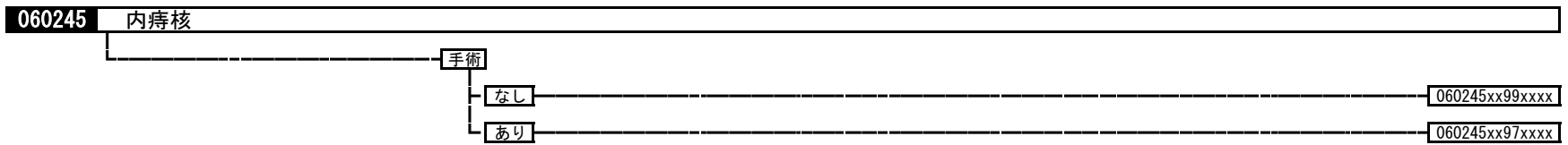
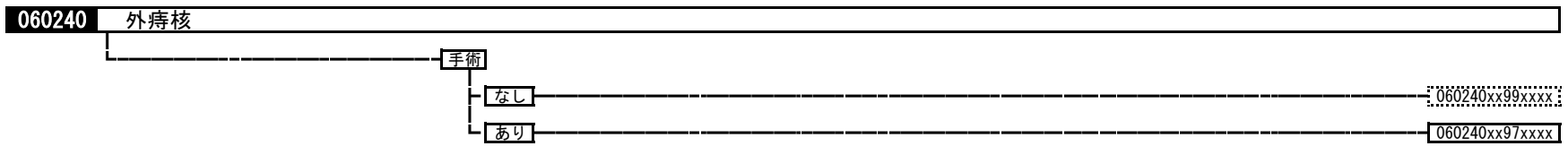
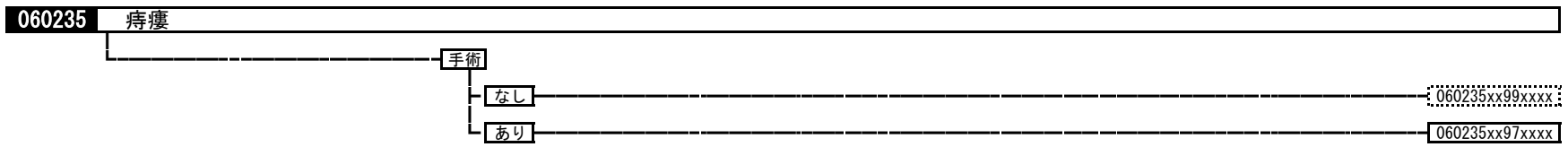
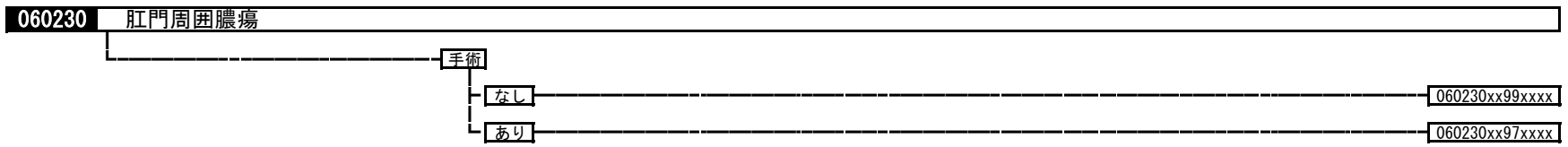


**060210 ヘルニアの記載のない腸閉塞**



**060220 直腸脱、肛門脱**

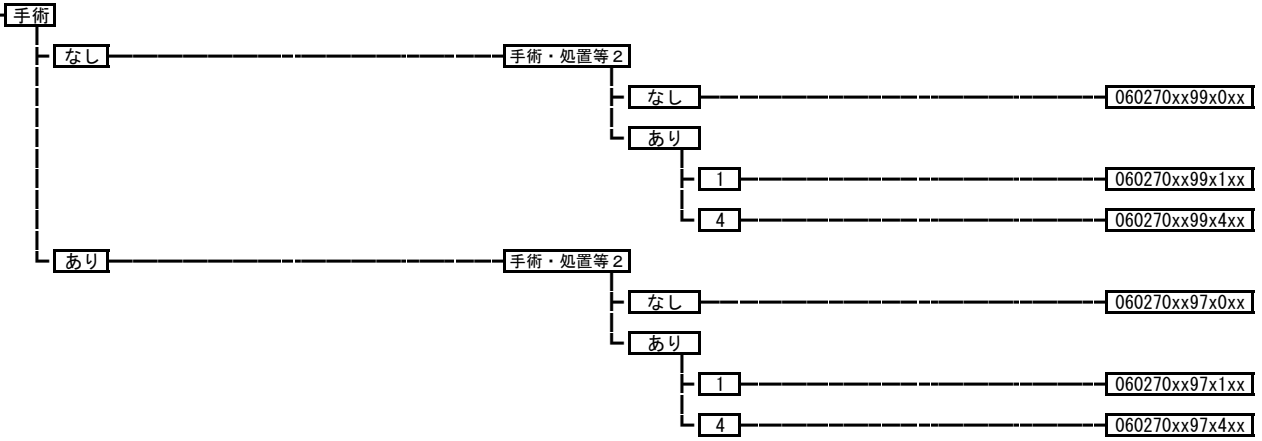




あり 060260xx97xxxx

**060270 劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎**

手術・処置等 2  
1; 人工呼吸など  
4; 吸着式血液浄化法、血漿交換療法

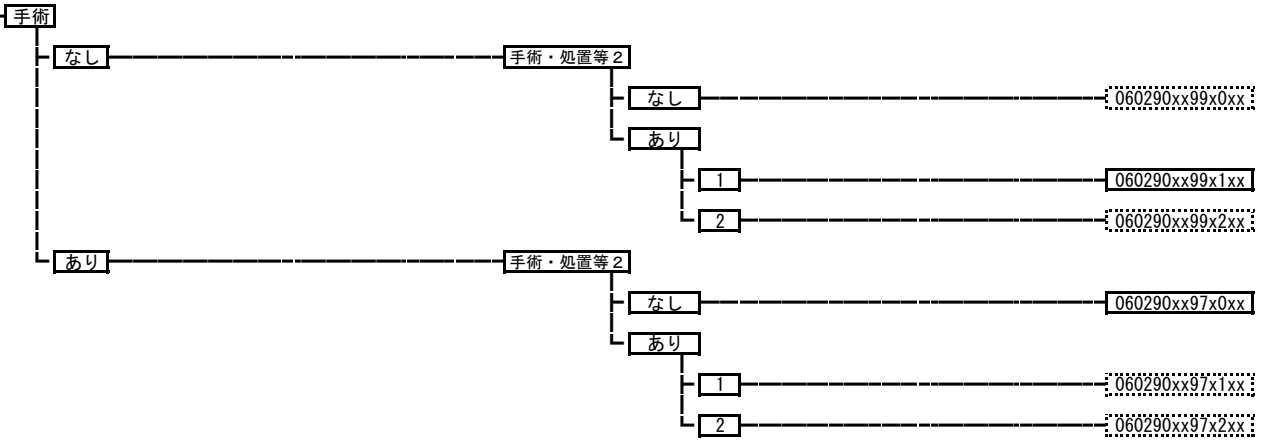


**060280 アルコール性肝障害**

060280xxxxxxxx

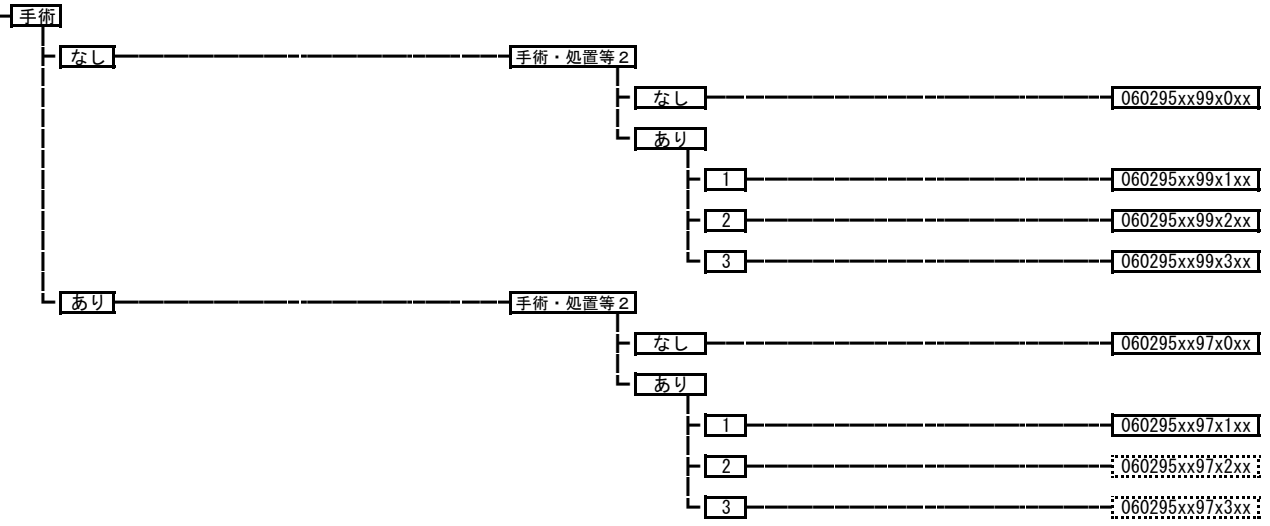
**060290 慢性肝炎（慢性C型肝炎を除く。）**

手術・処置等 2  
1; IFN- $\alpha$   
2; IFN- $\beta$  (7日以上投与した場合に限る。)



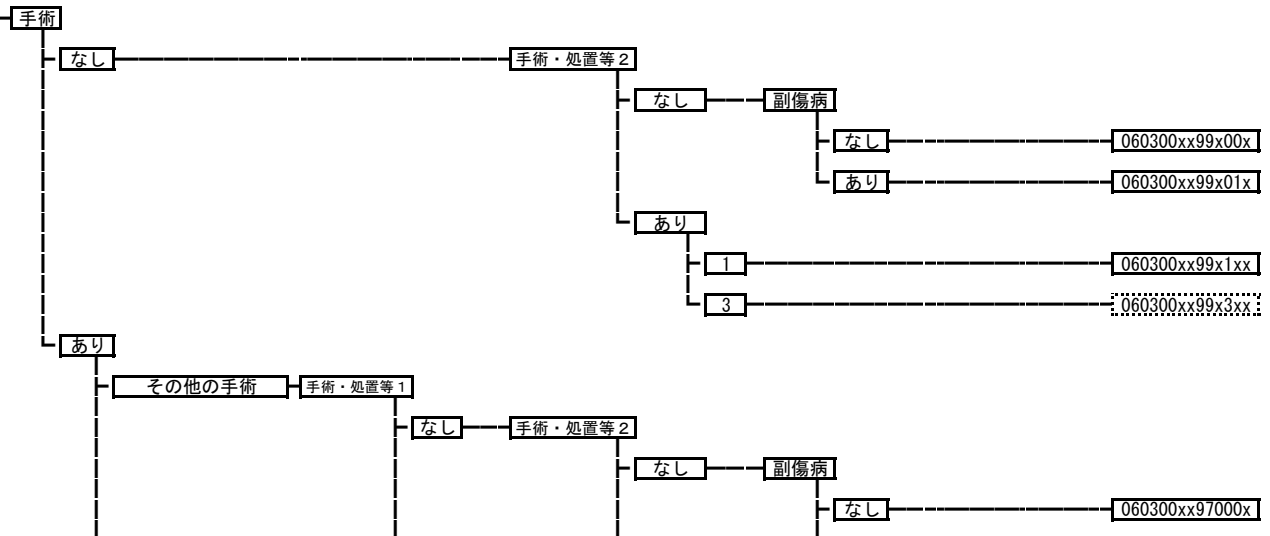
**060295 慢性C型肝炎**

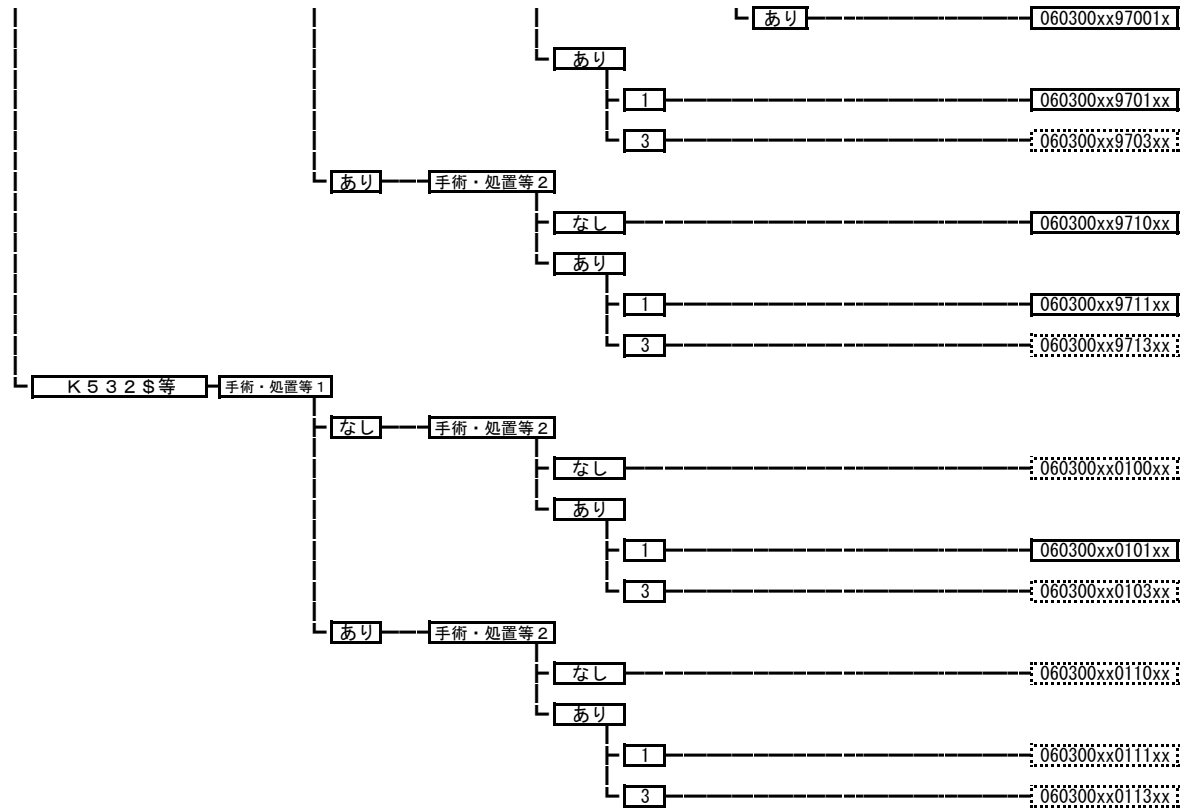
手術・処置等 2  
 1; IFN- $\alpha$   
 2; 血漿交換療法  
 3; IFN- $\beta$  (7日以上投与した場合に限る。)



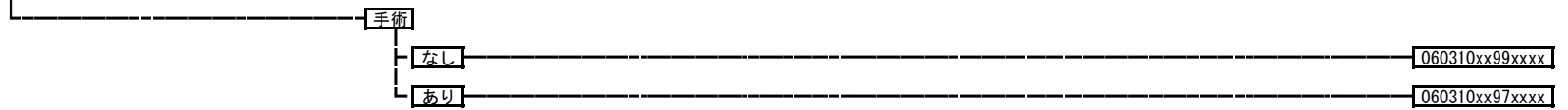
**060300 肝硬変 (胆汁性肝硬変を含む。)**

手術・処置等 2  
 1; 人工呼吸など  
 3; 吸着式血液浄化法、血漿交換療法

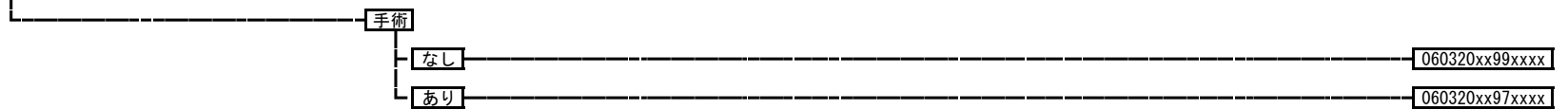


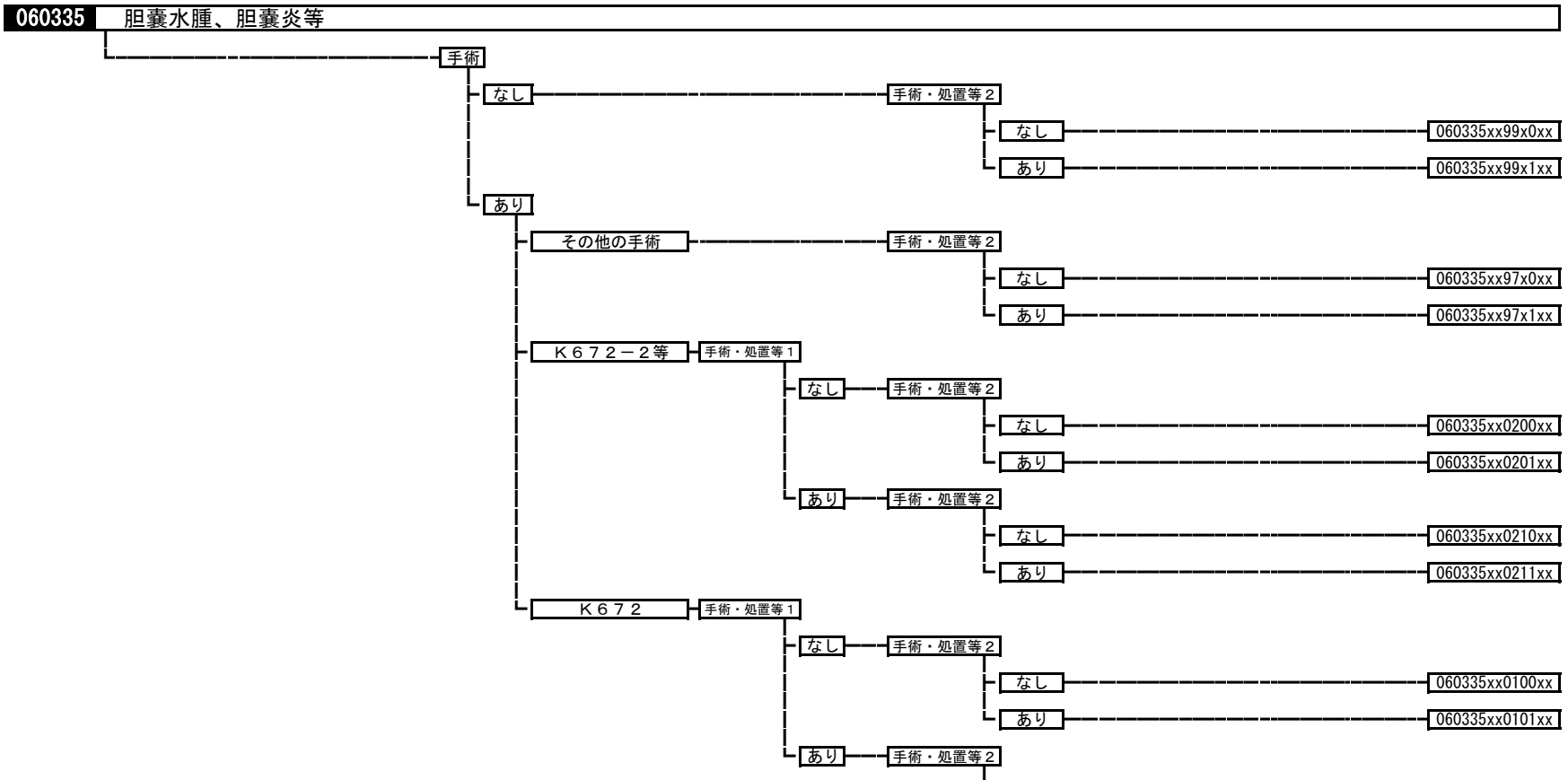
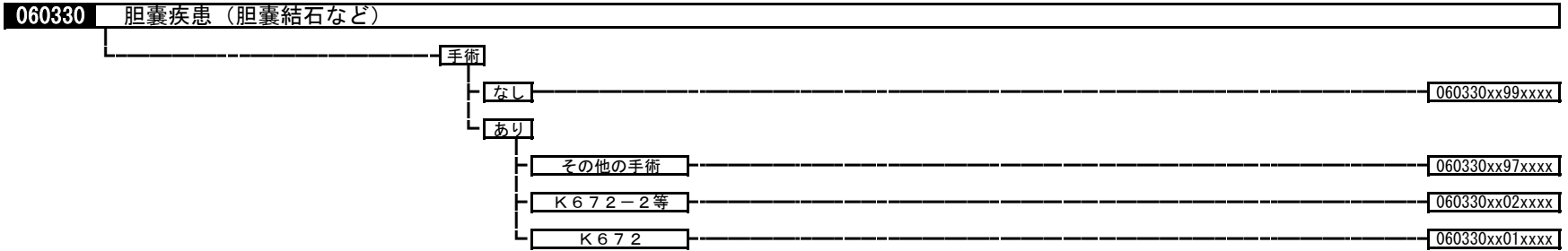


**060310 肝膿瘍（細菌性・寄生虫性疾患を含む。）**



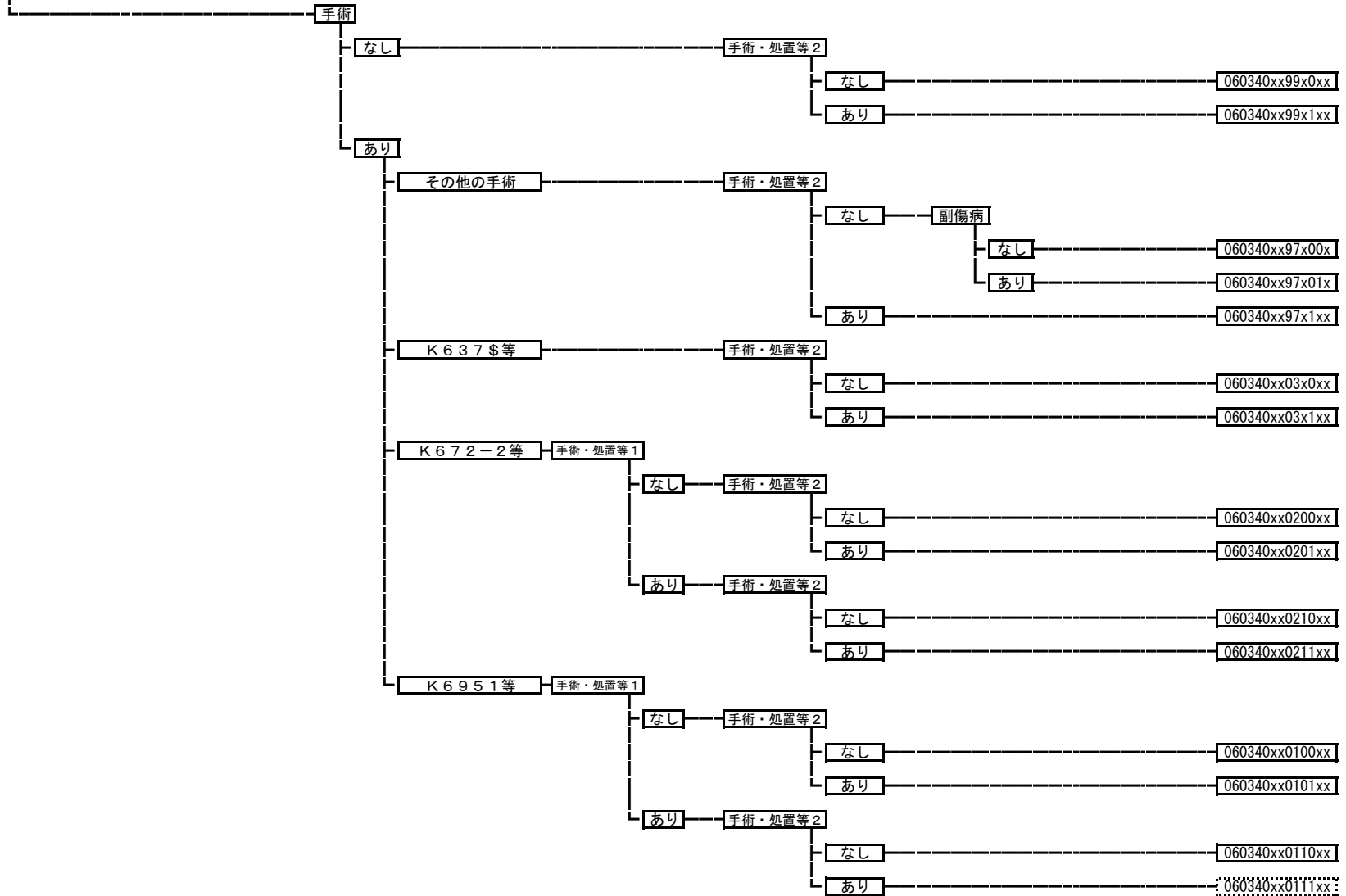
**060320 肝嚢胞**

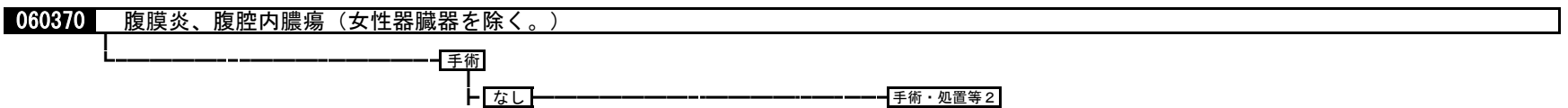
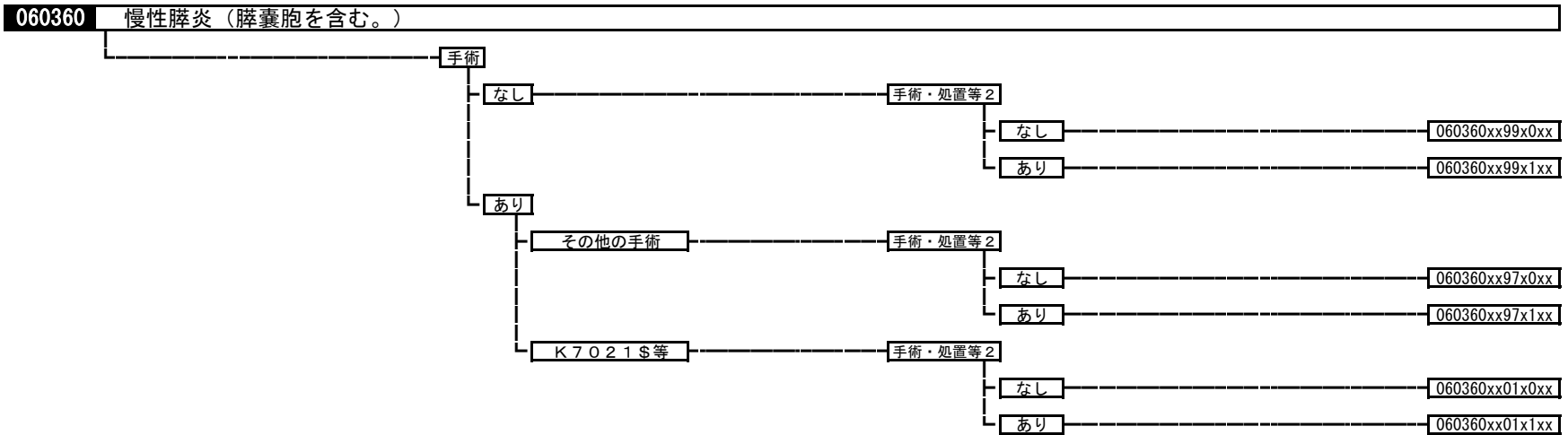
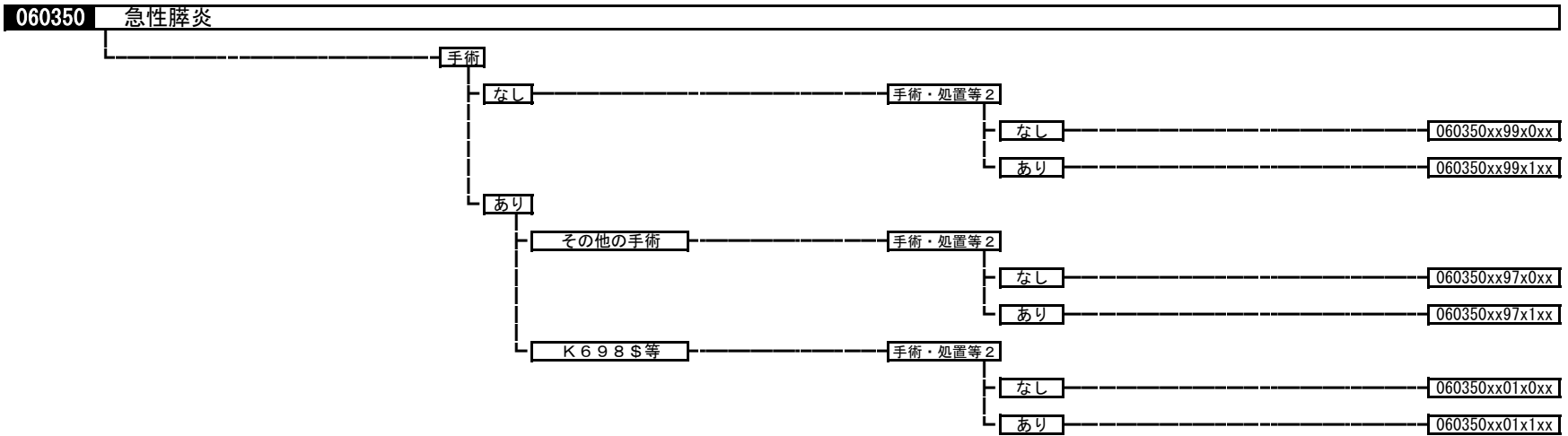




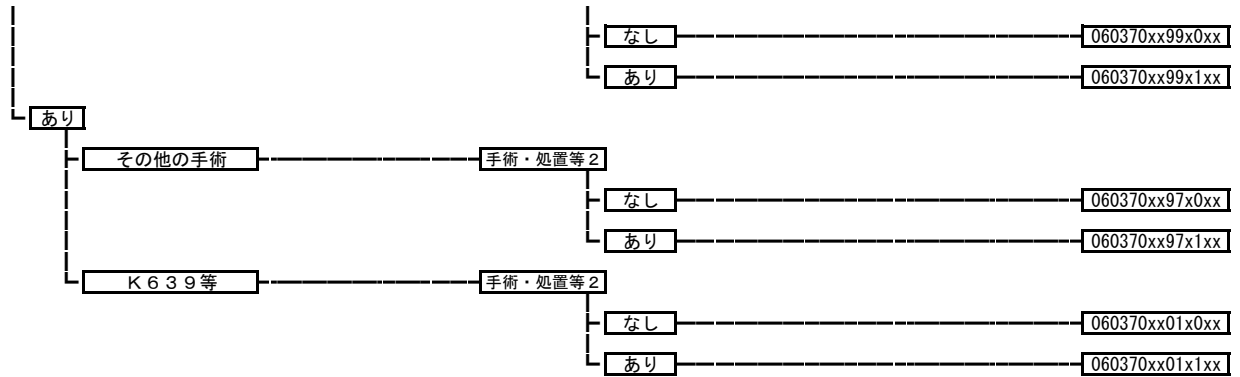
なし	060335xx0110xx
あり	060335xx0111xx

**060340 胆管（肝内外）結石、胆管炎**





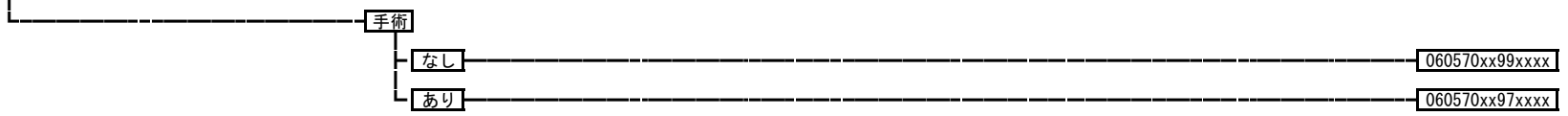




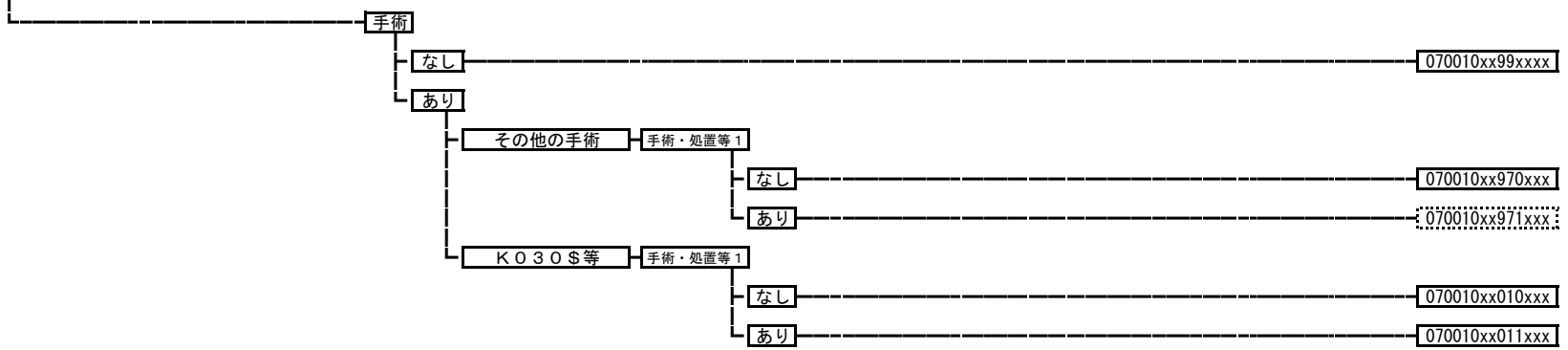
**060565 顎変形症**

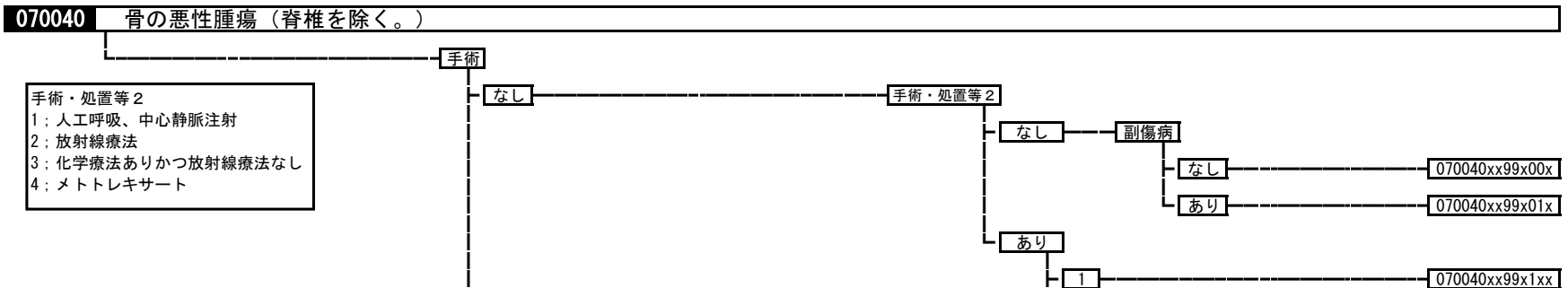
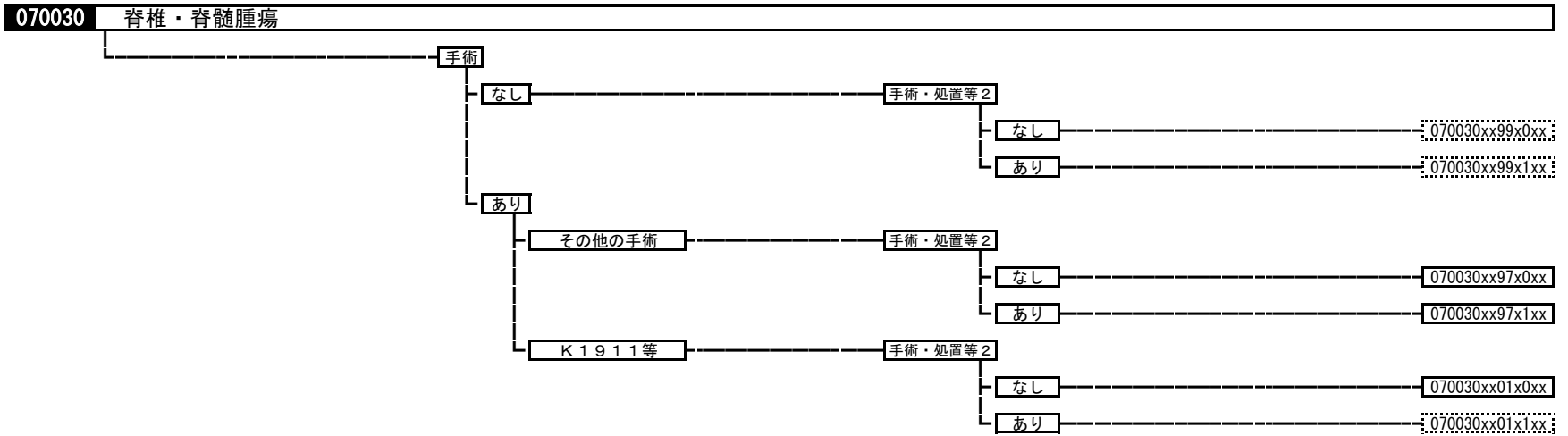
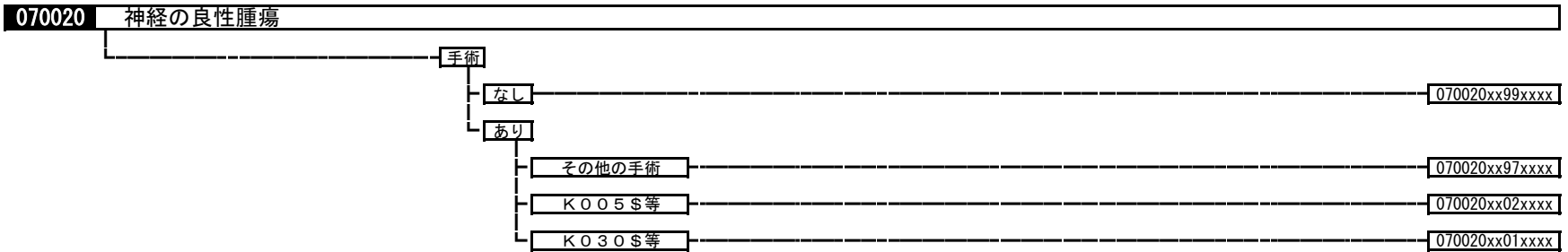


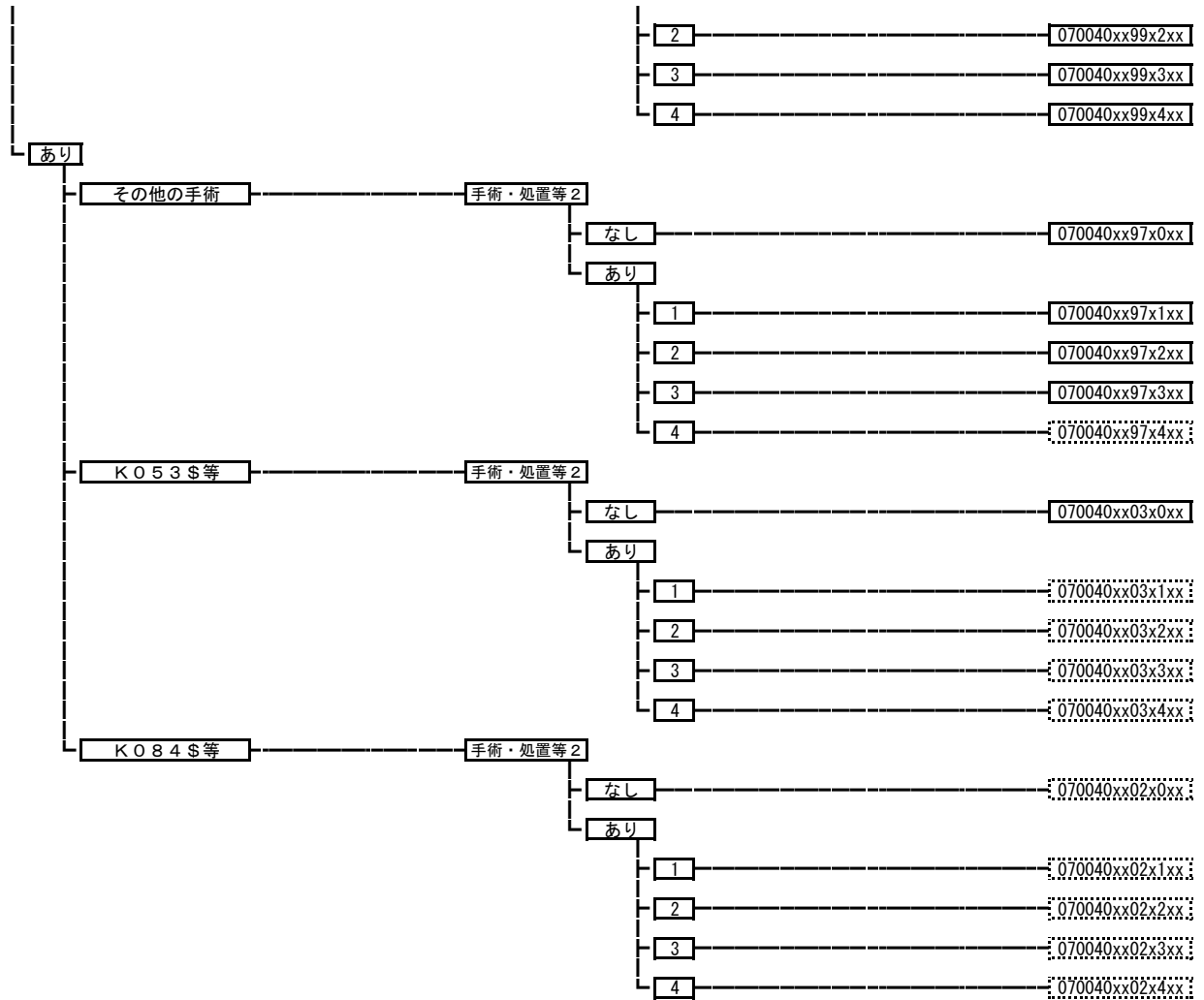
**060570 その他の消化管の障害**



**070010 骨軟部の良性腫瘍（脊椎脊髄を除く。）**





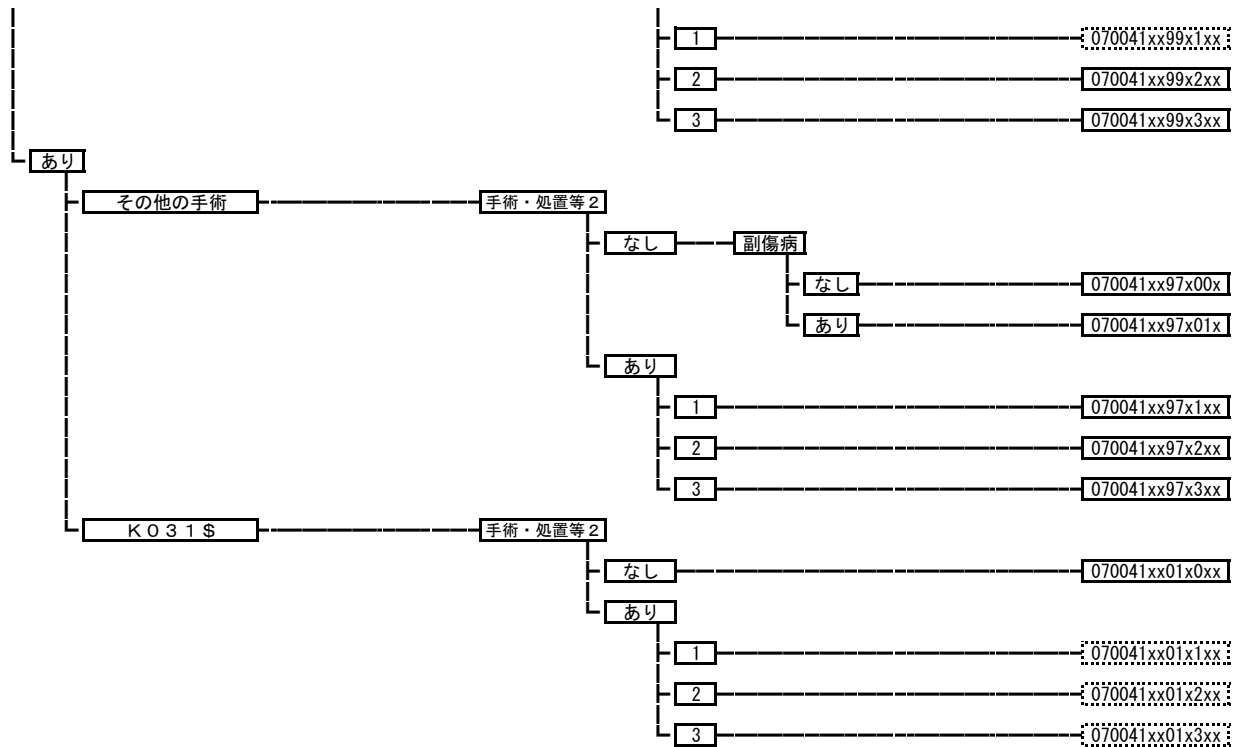


**070041 軟部の悪性腫瘍（脊髄を除く。）**

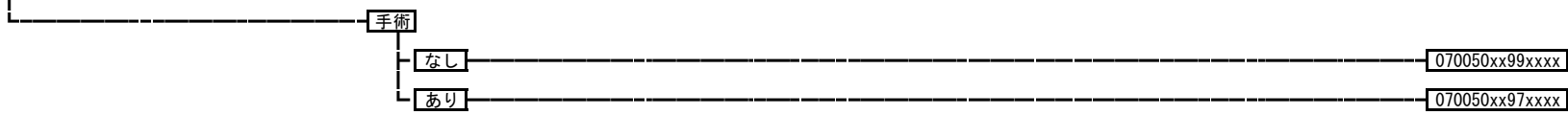


手術・処置等2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法または放射線療法

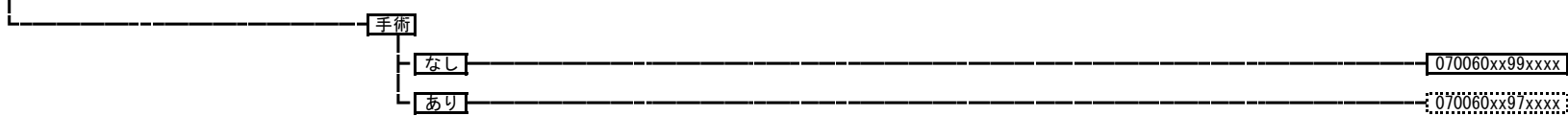
3 ; 化学療法ありかつ放射線療法なし



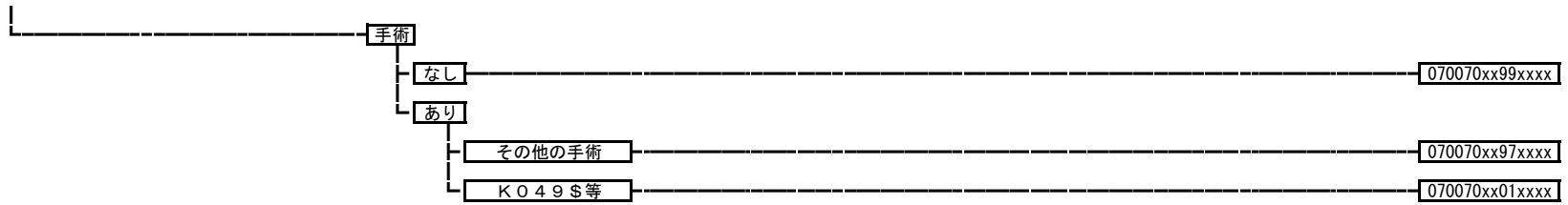
**070050 肩関節炎、肩の障害（その他）**



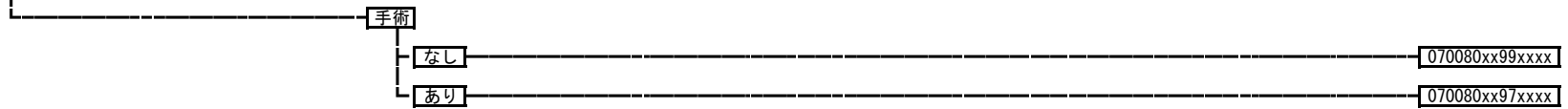
**070060 手肘の関節炎**



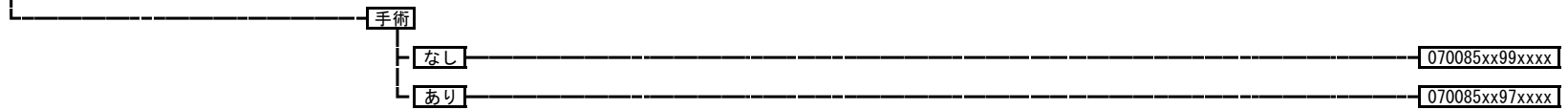
**070070 骨髄炎**



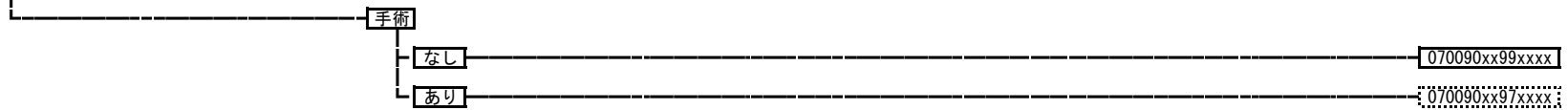
**070080** 滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症（上肢）



**070085** 滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症（上肢以外）

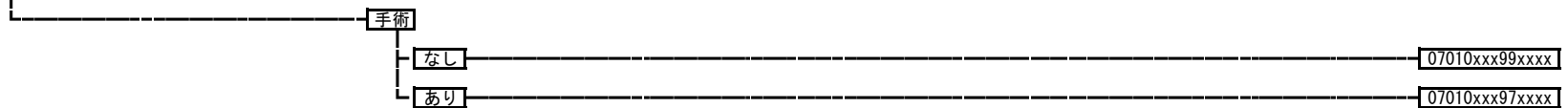


**070090** 筋炎（感染性を含む。）

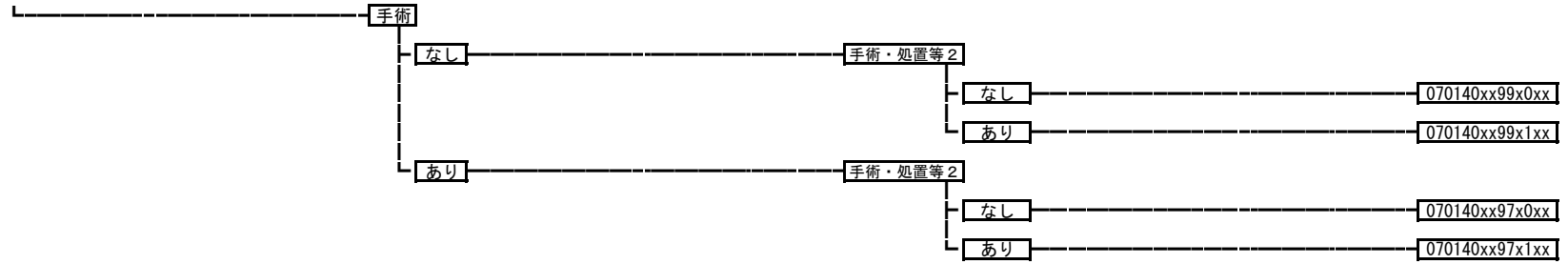


**07010x** 化膿性関節炎（下肢）

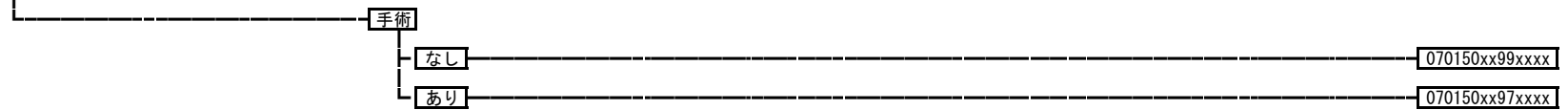
070101	化膿性・結核性股関節炎
070102	化膿性膝関節炎
070103	下肢（股関節以外）関節炎



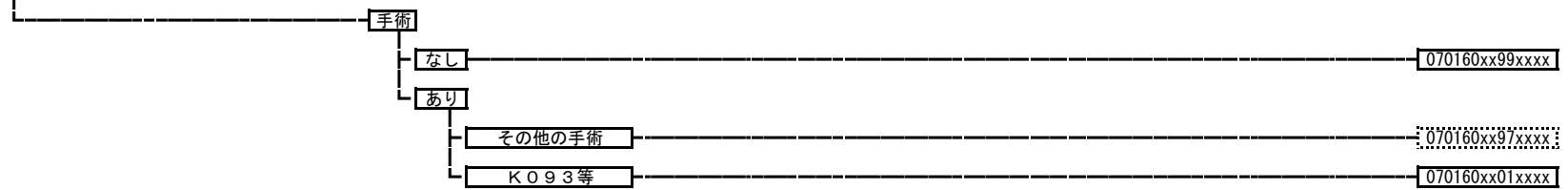
**070140** 脳性麻痺



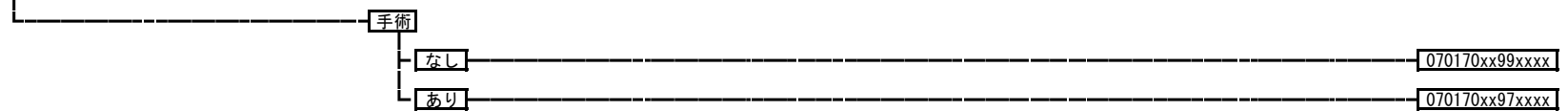
**070150 上肢神経障害（胸郭出口症候群含む。）**



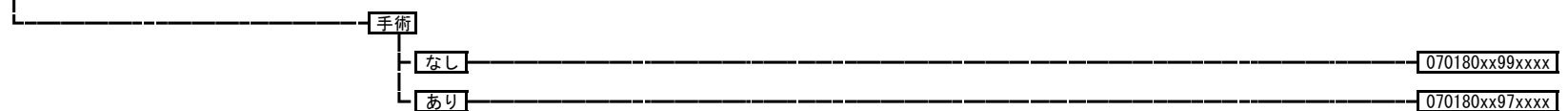
**070160 上肢末梢神経麻痺**



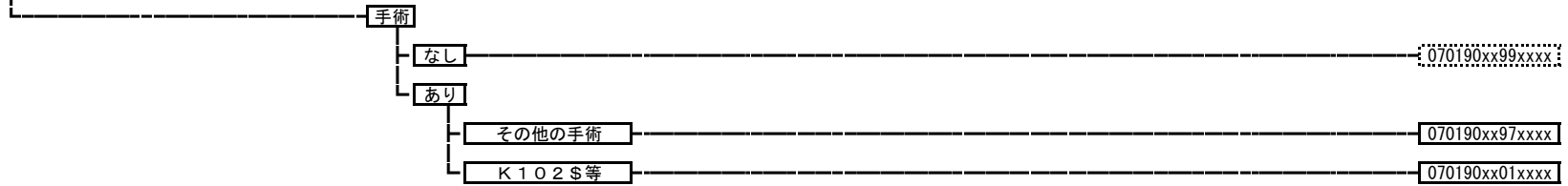
**070170 下肢神経疾患**



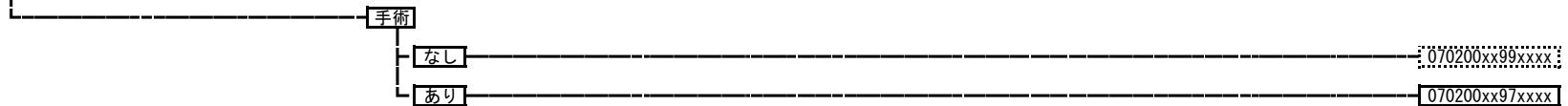
**070180 脊椎変形**



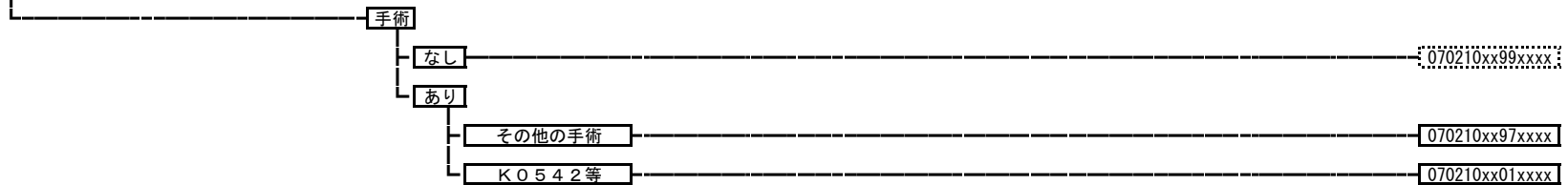
**070190** 上肢・手の変形（偽関節を除く。）



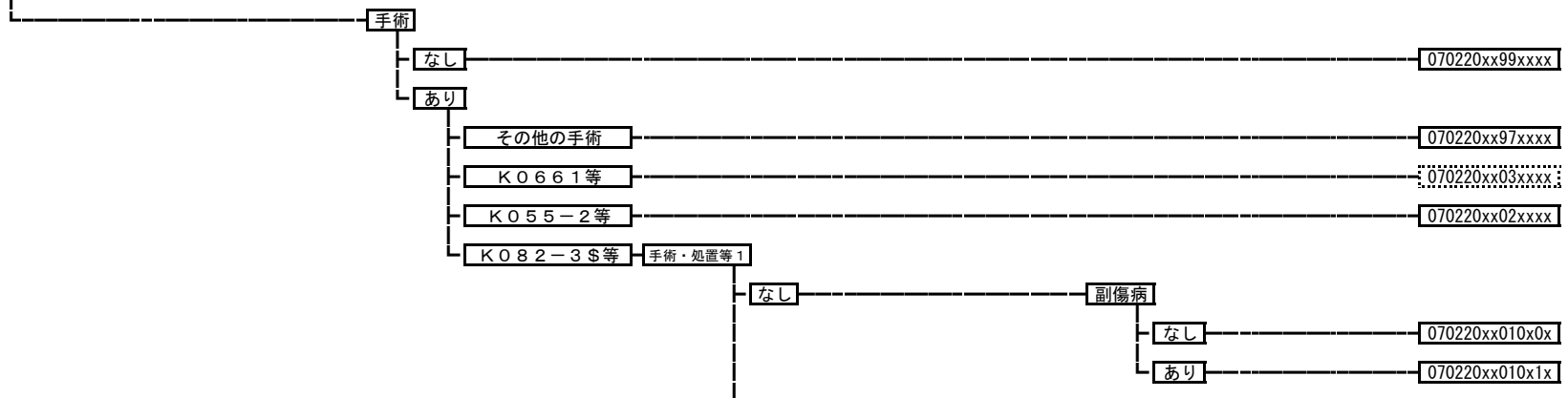
**070200** 手関節症（変形性を含む。）



**070210** 下肢の変形

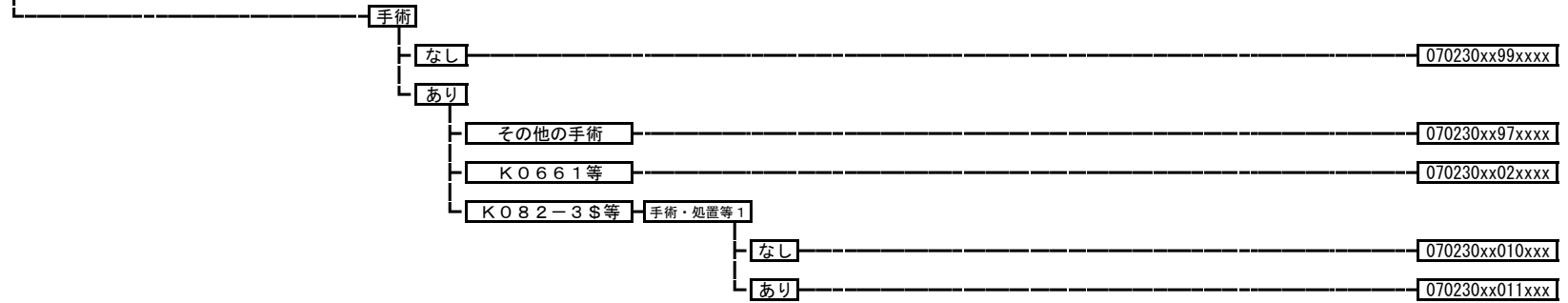


**070220** 股関節症（変形性を含む。）

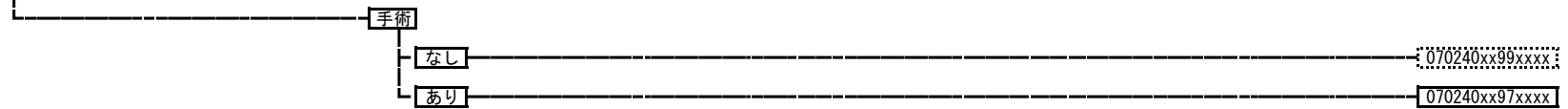


あり 070220xx011xxx

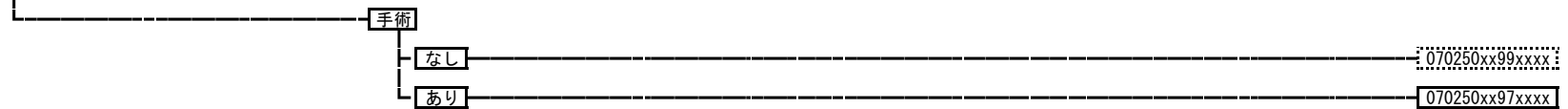
**070230 膝関節症（変形性を含む。）**



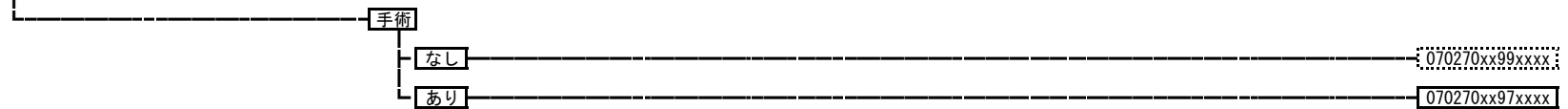
**070240 動揺関節症**



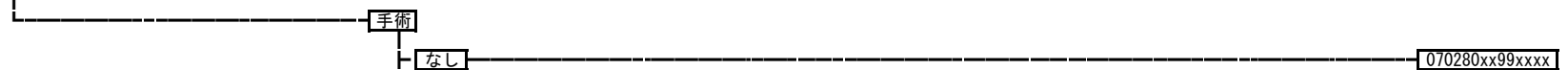
**070250 関節内障、関節内遊離体**



**070270 膝蓋骨の障害**



**070280 骨端症、骨軟骨障害・骨壊死、発育期の膝関節障害**





あり 070280xx97xxxx

**070290** 上肢関節拘縮・強直

手術  
なし 070290xx99xxxx  
あり 070290xx97xxxx

**070310** 下肢関節拘縮・強直

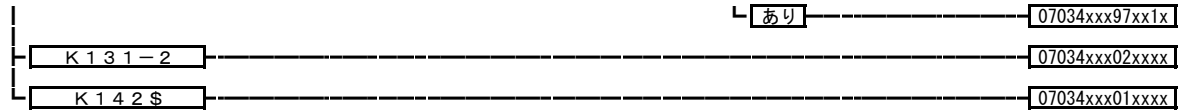
手術  
なし 070310xx99xxxx  
あり 070310xx97xxxx

**070330** 脊椎感染（感染を含む。）

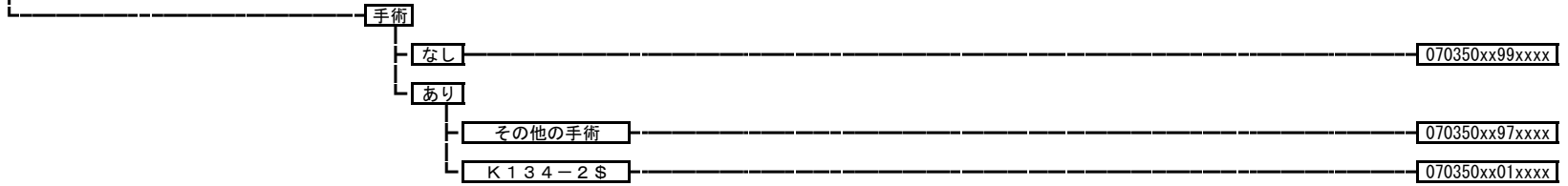
手術  
なし 070330xx99xxxx  
あり  
その他の手術 070330xx97xxxx  
K142\$等 070330xx01xxxx

**07034x** 脊柱管狭窄（脊椎症を含む。）  
070341 頸部  
070342 胸部  
070343 腰部骨盤  
070344 その他

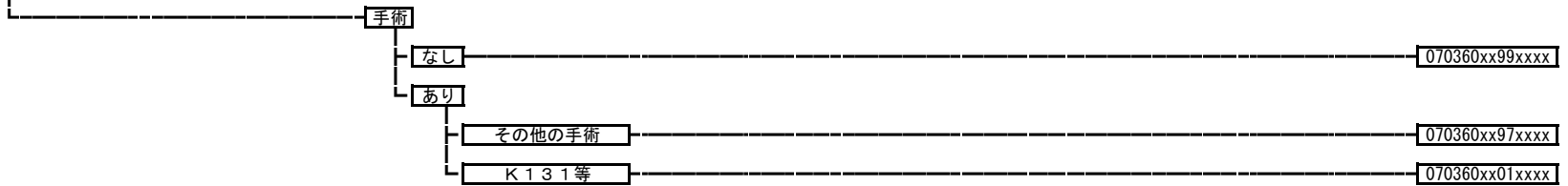
手術  
なし 副傷病  
なし 07034xx99xx0x  
あり 07034xx99xx1x  
あり  
その他の手術 副傷病  
なし 07034xx97xx0x



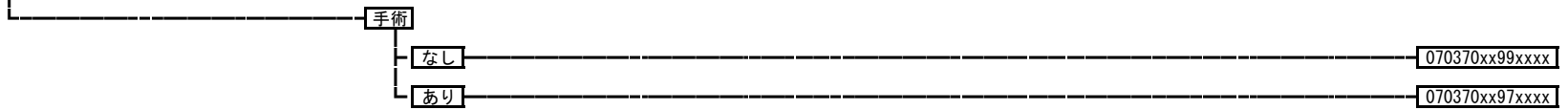
**070350 椎間板変性、ヘルニア**



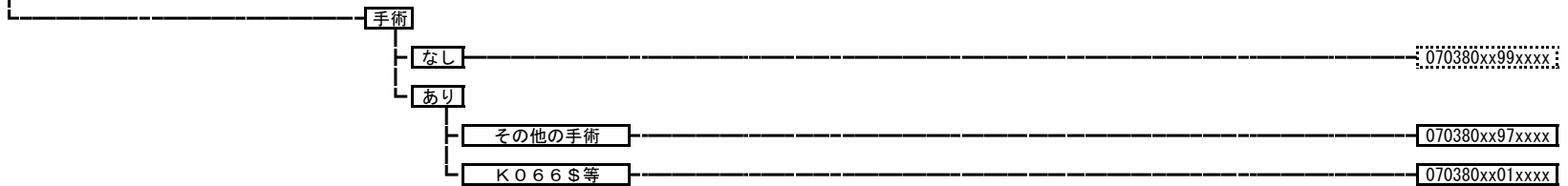
**070360 不安定椎**



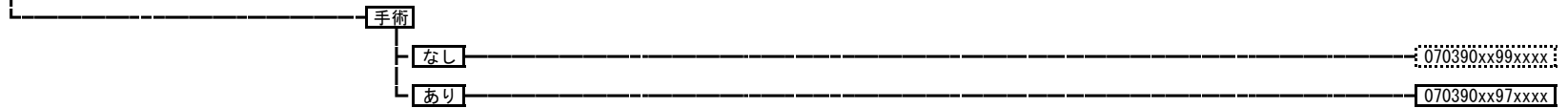
**070370 脊椎骨粗鬆症**



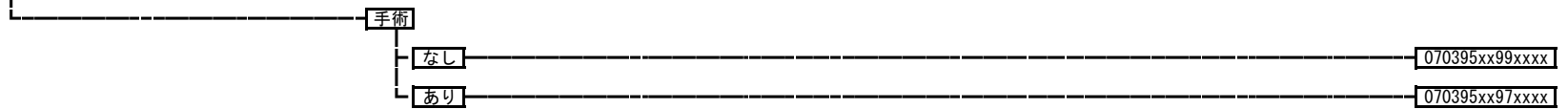
**070380 ガングリオン**



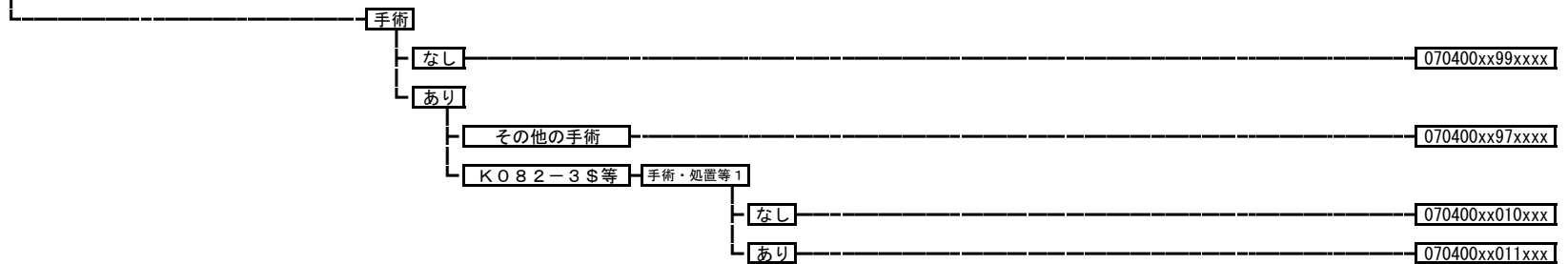
**070390** 線維芽細胞性障害



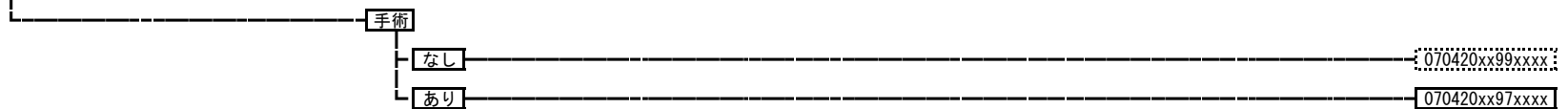
**070395** 壊死性筋膜炎



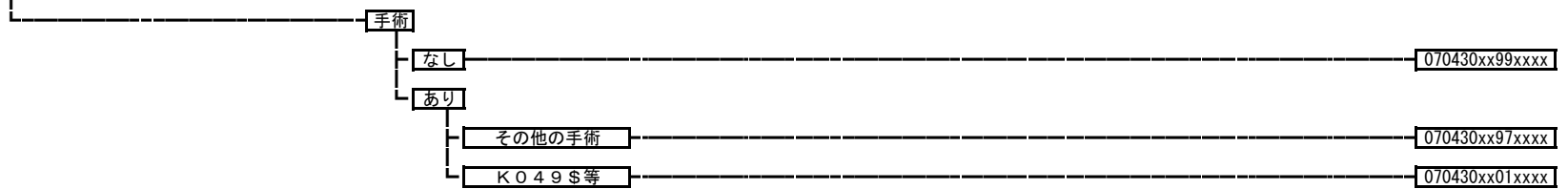
**070400** 股関節骨頭壊死

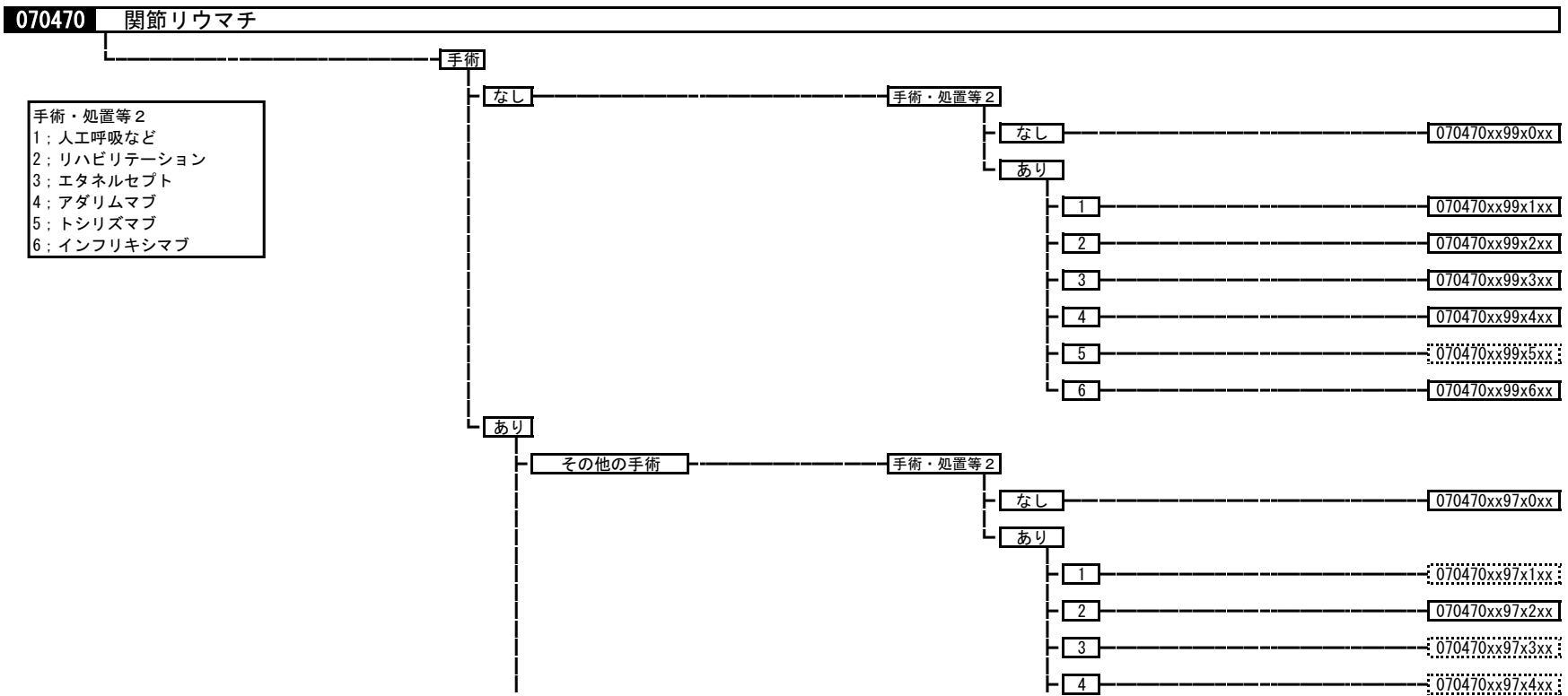
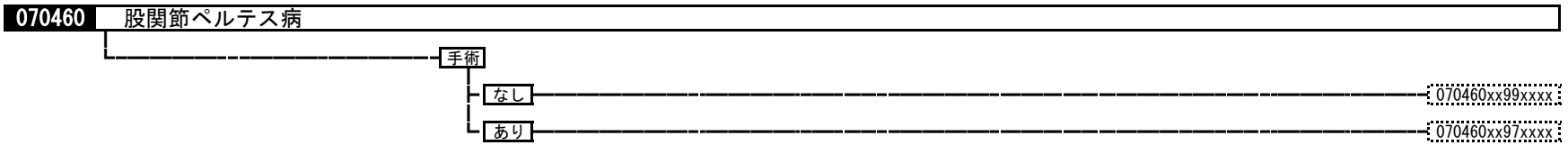
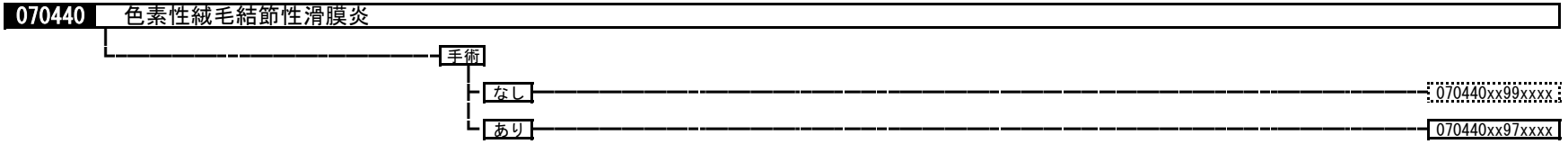


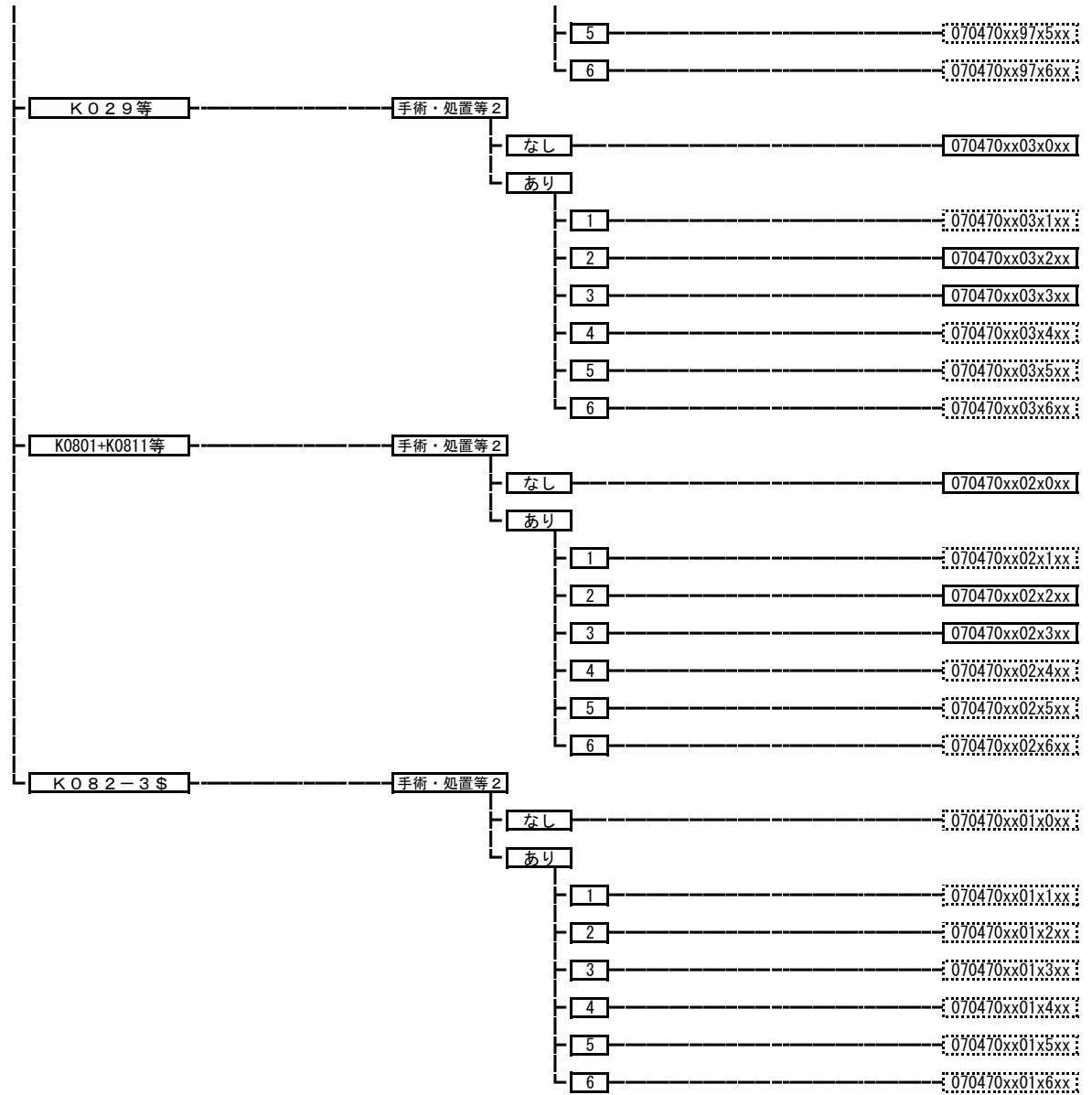
**070420** 大腿骨頭すべり症

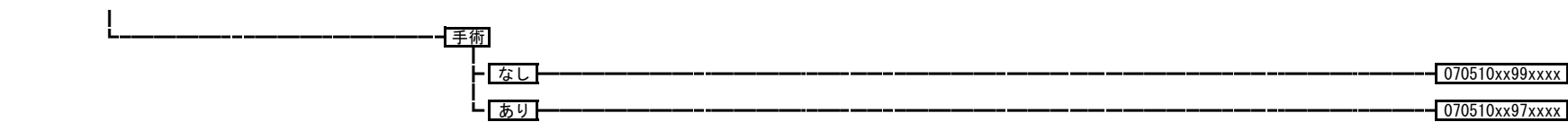


**070430** 神経栄養症、骨成長障害、骨障害（その他）

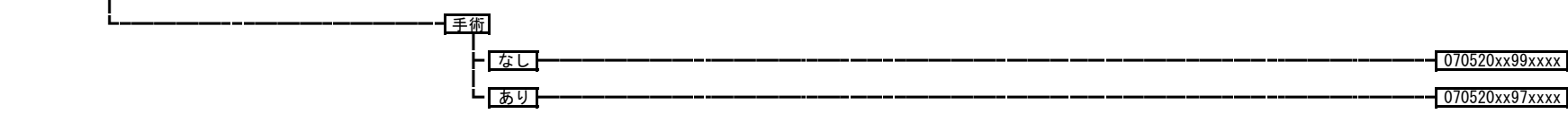




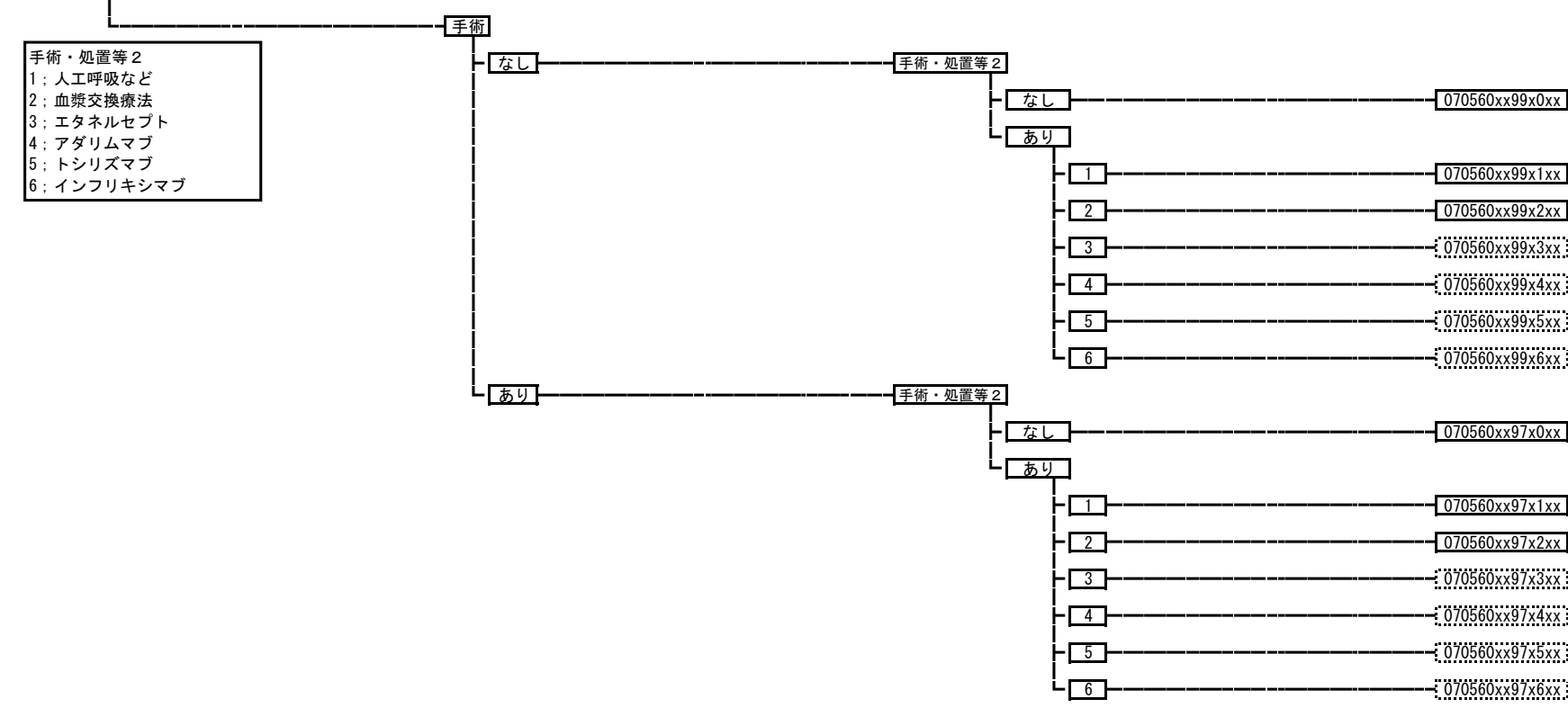




**070520** リンパ節、リンパ管の疾患

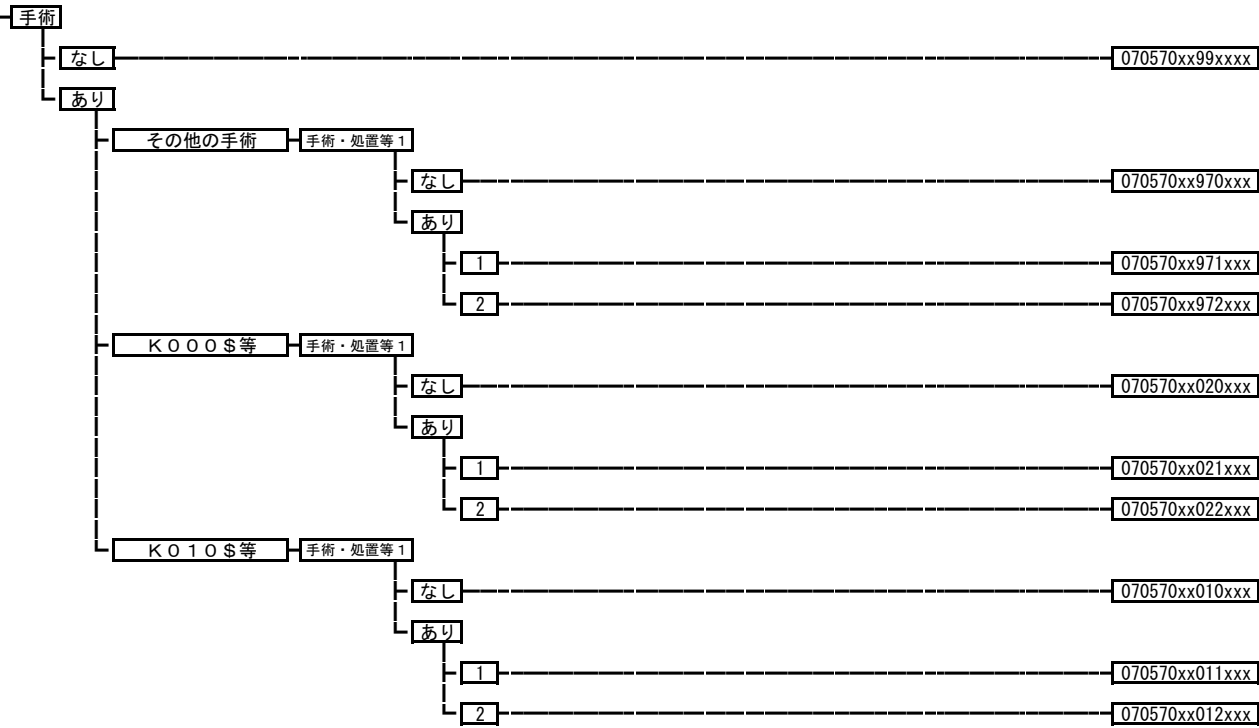


**070560** 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患

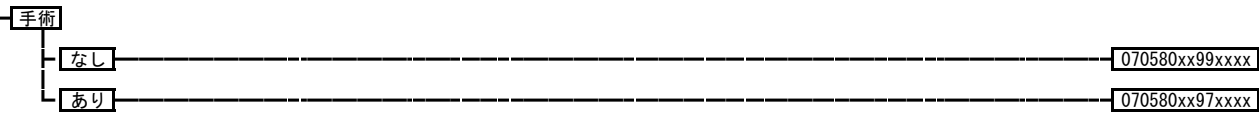


**070570 瘢痕拘縮**

手術・処置等 1  
 1: 分層植皮術、全層植皮術  
 2: 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術など

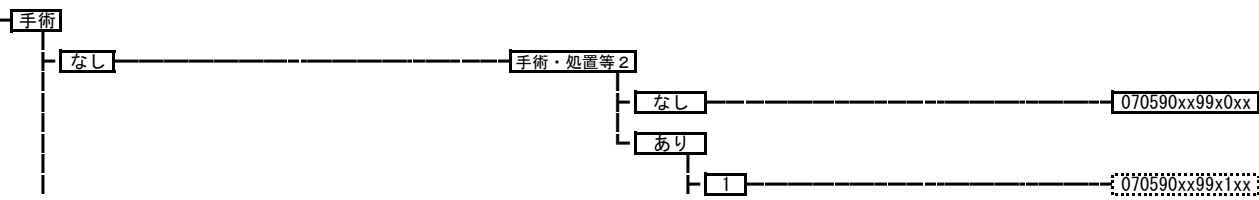


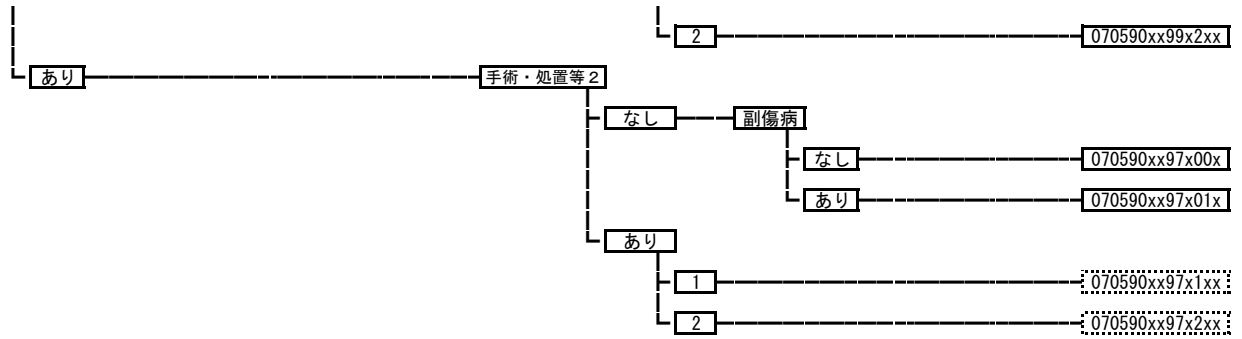
**070580 斜頸**



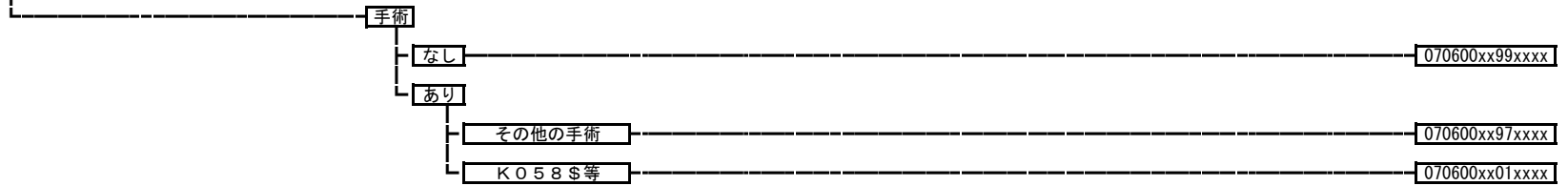
**070590 血管腫、リンパ管腫**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸  
 2: 皮膚レーザー照射療法

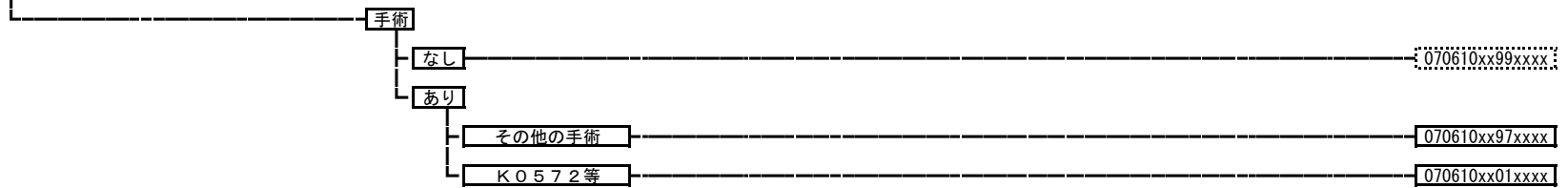




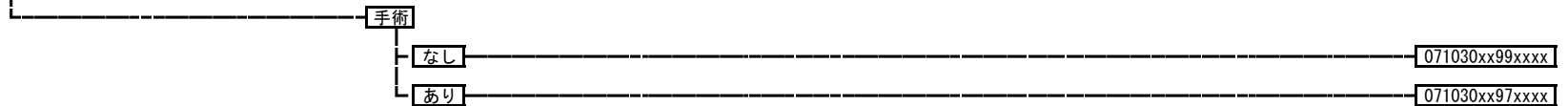
**070600 骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢以外）**



**070610 骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢）**



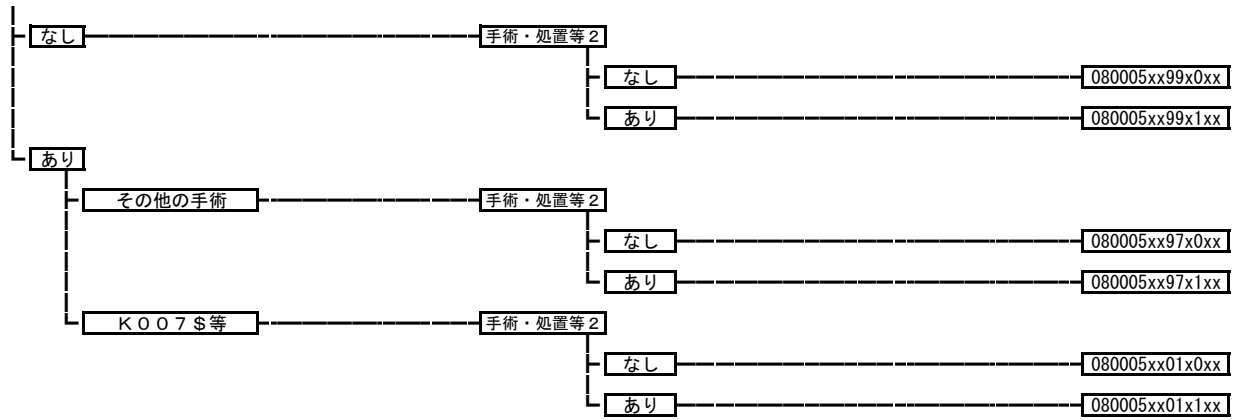
**071030 その他の筋骨格系・結合組織の疾患**



**080005 黒色腫**

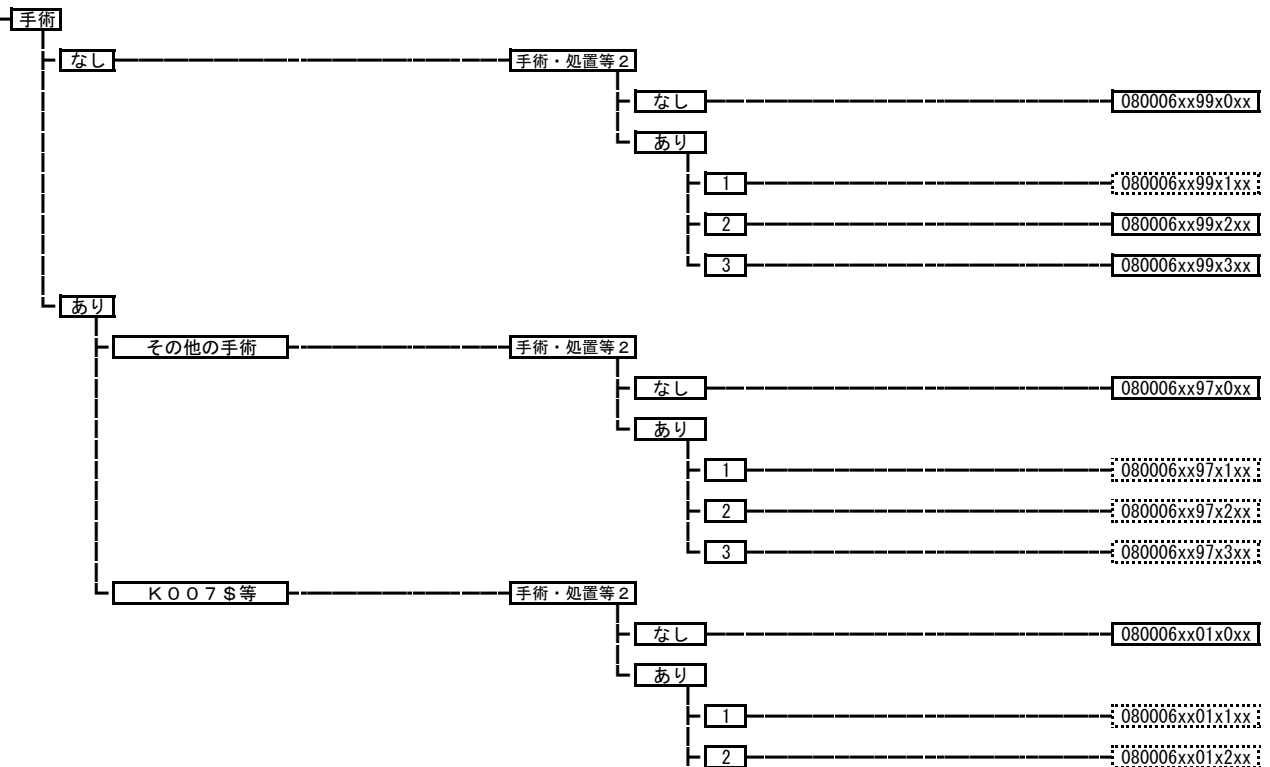






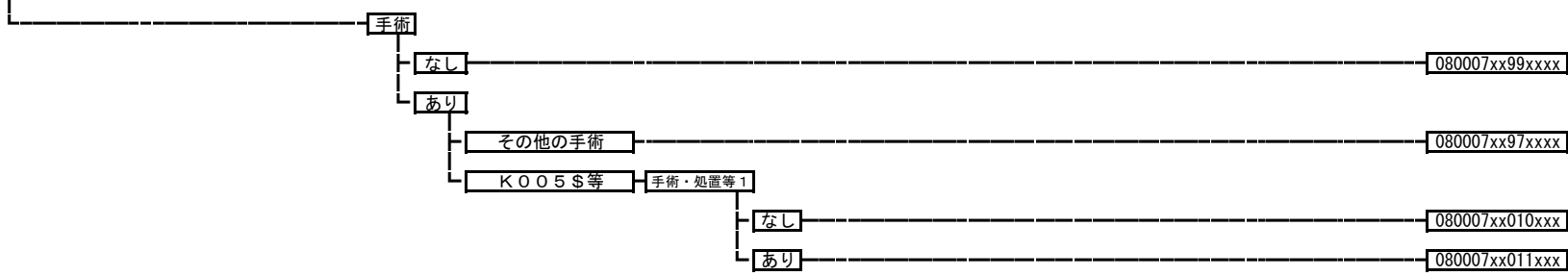
**080006 皮膚の悪性腫瘍（黒色腫以外）**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし

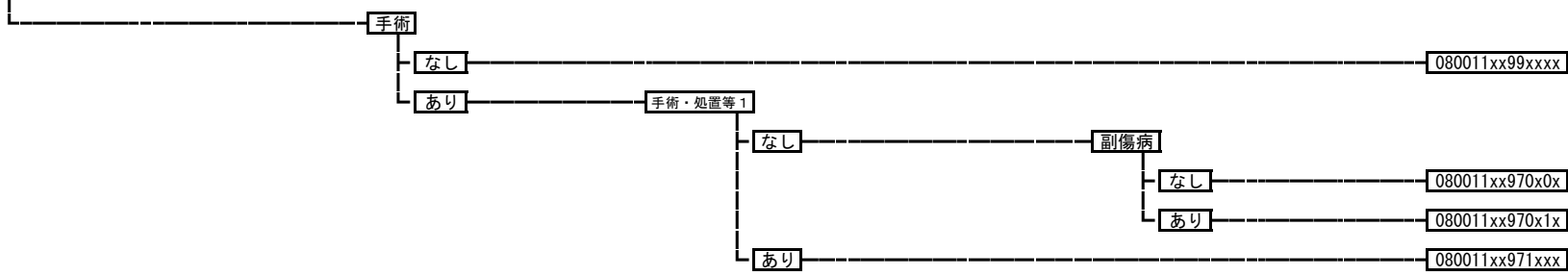


3 080006xx01x3xx

**080007 皮膚の良性新生物**



**080011 急性膿皮症**



**080020 帯状疱疹**

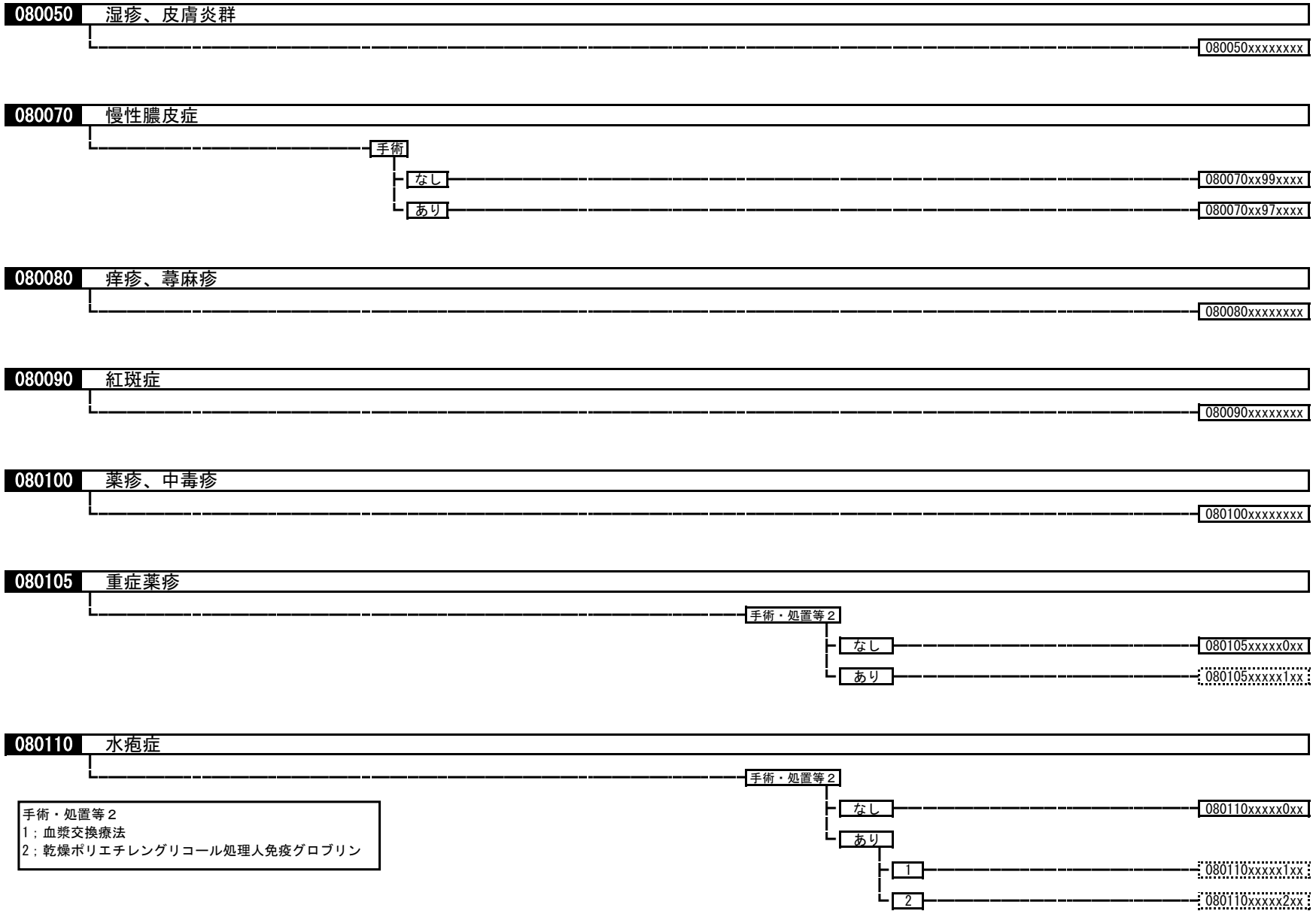
080020xxxxxxxx

**080030 疱疹（帯状疱疹を除く。）、その類症**

080030xxxxxxxx

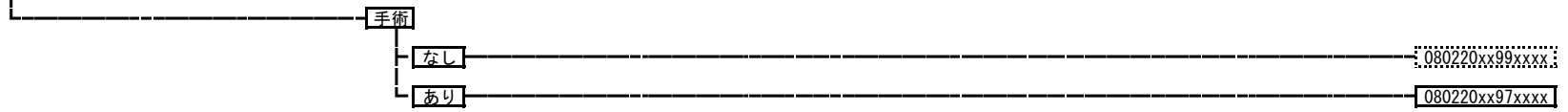
**080040 ウイルス性急性発疹症**

080040xxxxxxxx

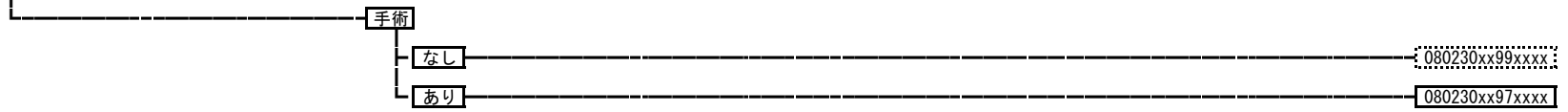


080120	紅皮症			080120xxxxxxxx
080130	角化症、角皮症			080130xxxxxxxx
080140	炎症性角化症			080140xxxxxxxx
080150	爪の疾患	手術	なし	080150xx99xxxx
			あり	080150xx97xxxx
080160	皮膚の萎縮性障害			080160xxxxxxxx
080180	母斑、母斑症	手術	なし	080180xx99xxxx
			あり	手術・処置等1
			なし	080180xx970xxx
			あり	080180xx971xxx
080190	脱毛症			080190xxxxxxxx
080210	ざ瘡、皮膚の障害（その他）			080210xxxxxxxx

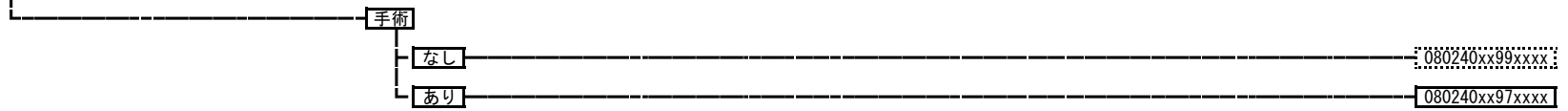
080220 エクリン汗腺の障害、アポクリン汗腺の障害



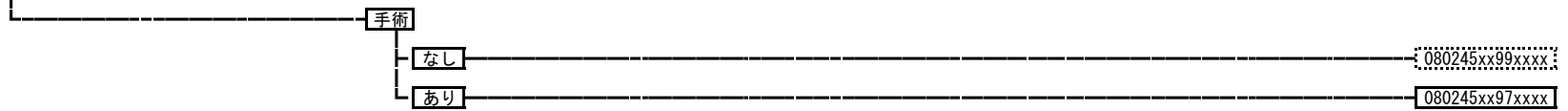
080230 皮膚色素異常症



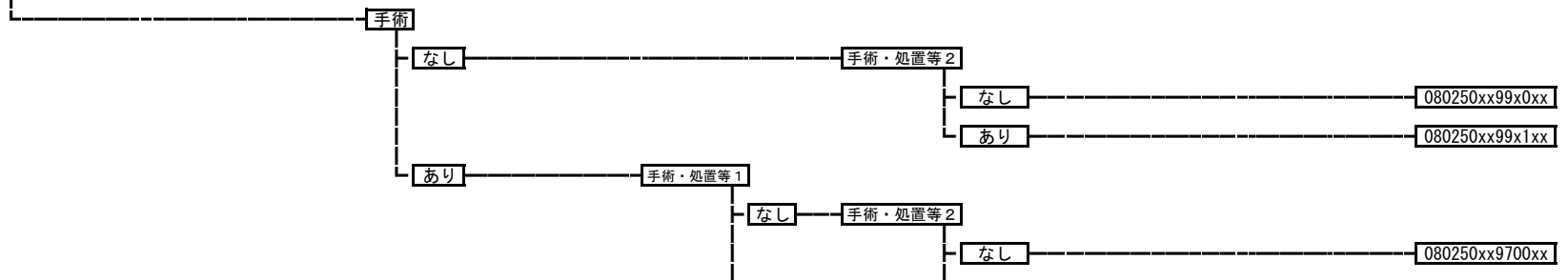
080240 多汗症

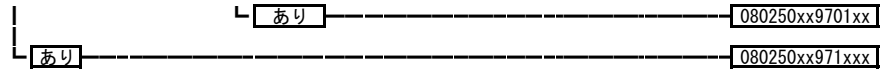


080245 放射線皮膚障害

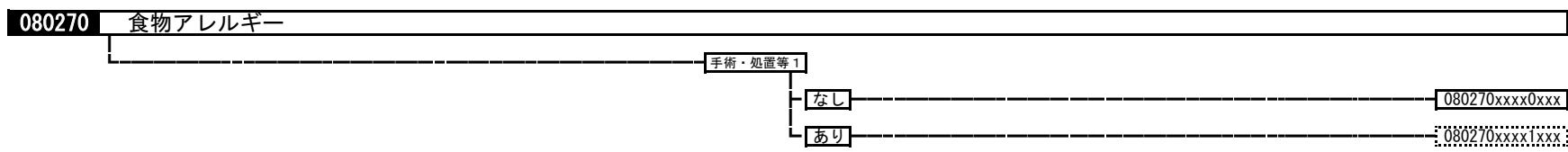


080250 褥瘡潰瘍



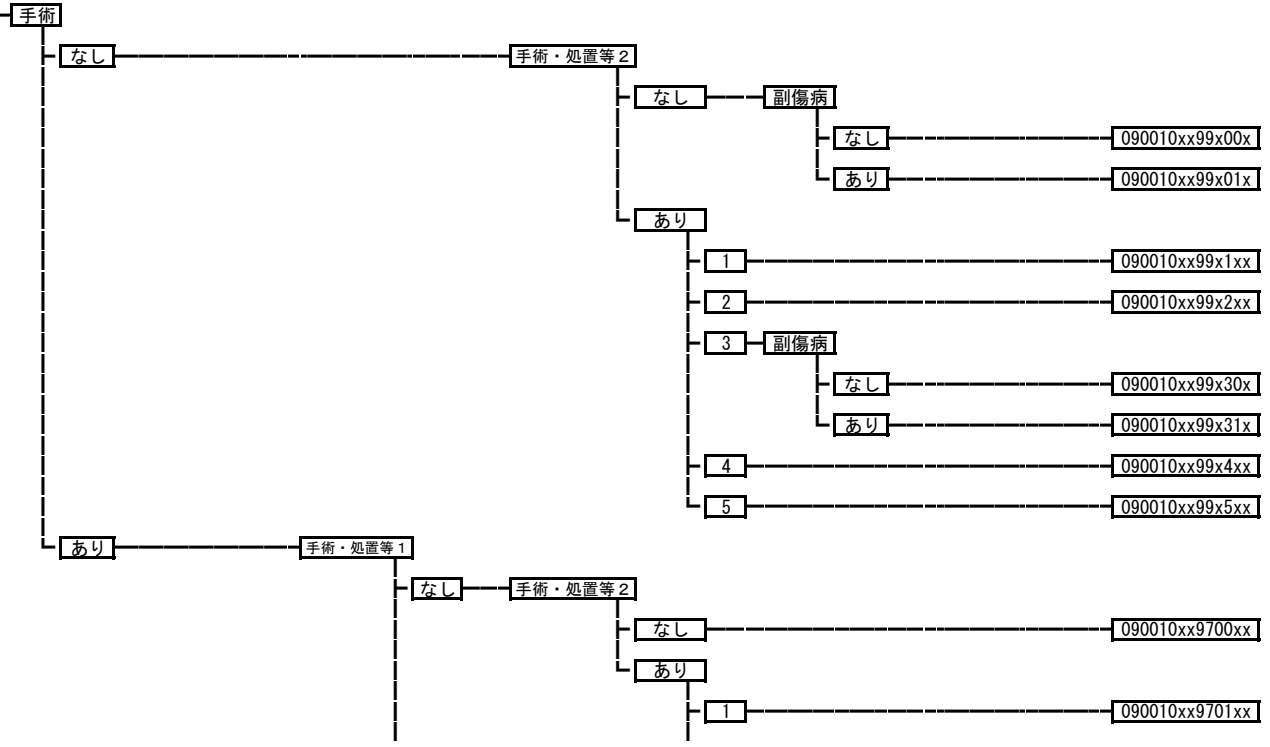


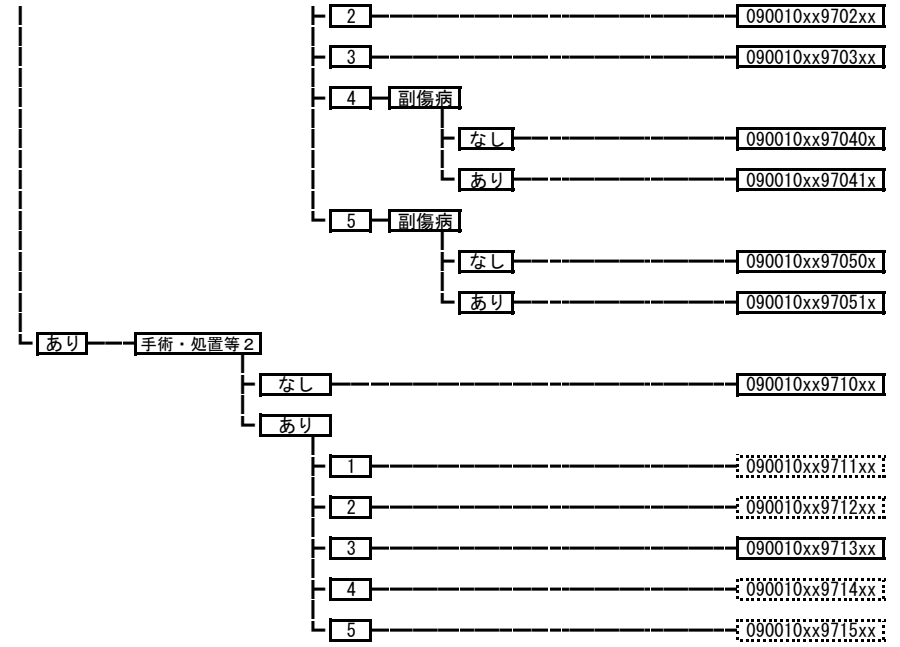
**080260** その他の皮膚の疾患  
 080260xxxxxxxx



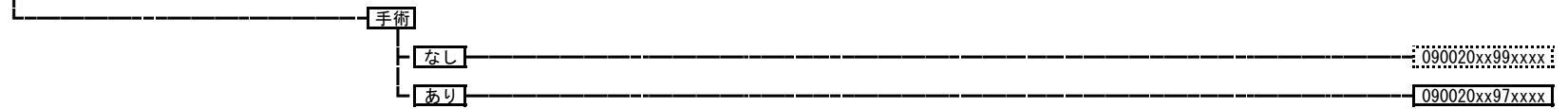
**090010** 乳房の悪性腫瘍

手術・処置等2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし  
 4: シクロホスファミド+塩酸エピルピシンあり、  
 パクリタキセル又はドセタキセルあり  
 5: トラスツズマブ

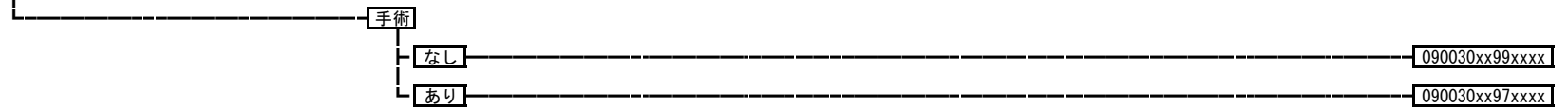




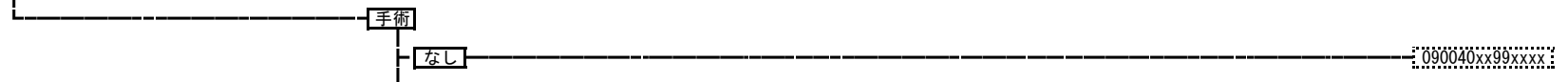
**090020 乳房の良性腫瘍**

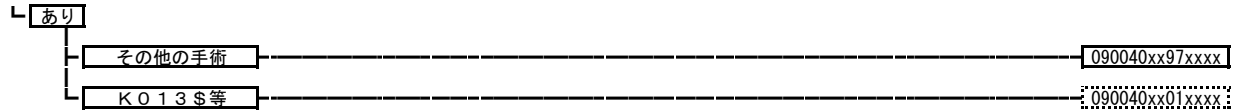


**090030 乳房の炎症性障害**

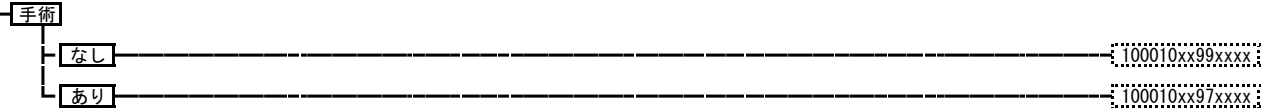


**090040 乳房の形態異常、女性化乳房、乳腺症など**



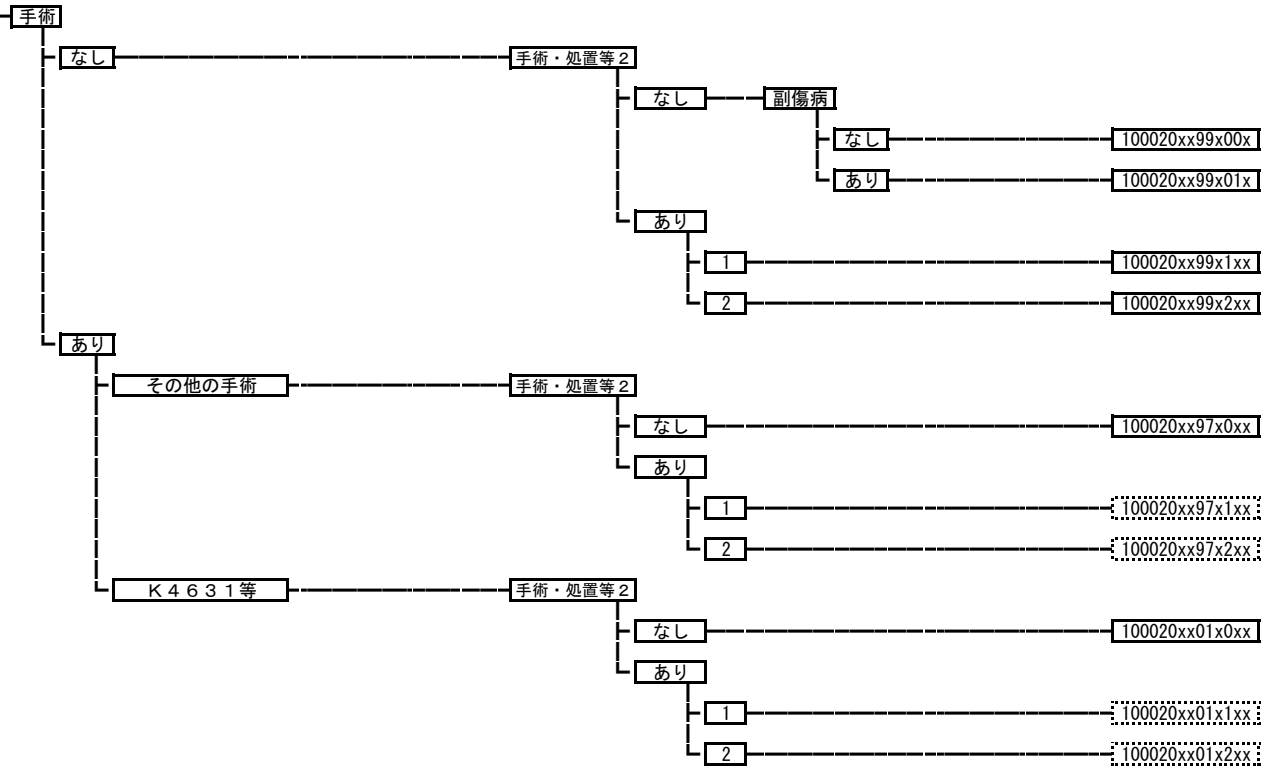


**100010 多発性内分泌腺腫症**



**100020 甲状腺の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1: 化学療法、放射線療法  
 2: I 1 3 1 内用療法

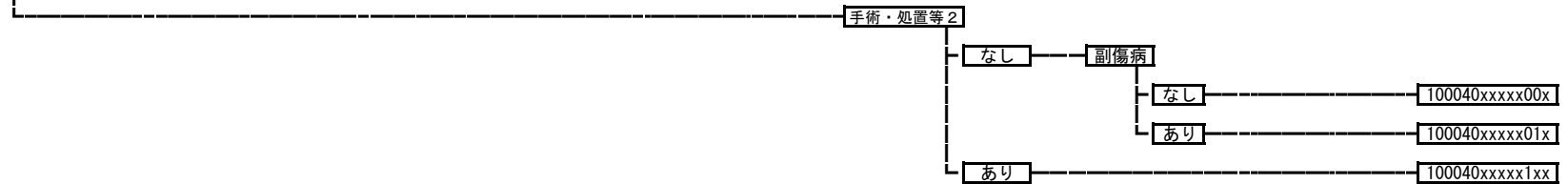




**100030** 内分泌腺および関連組織の腫瘍



**100040** 糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡



**100050** 低血糖症（糖尿病治療に伴う場合）



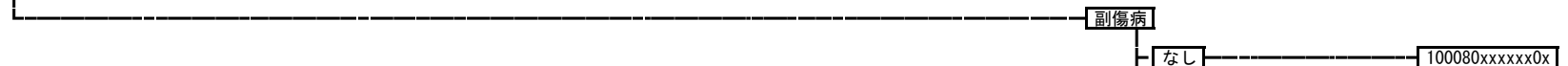
**100060** 1型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）



**100070** 2型糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）

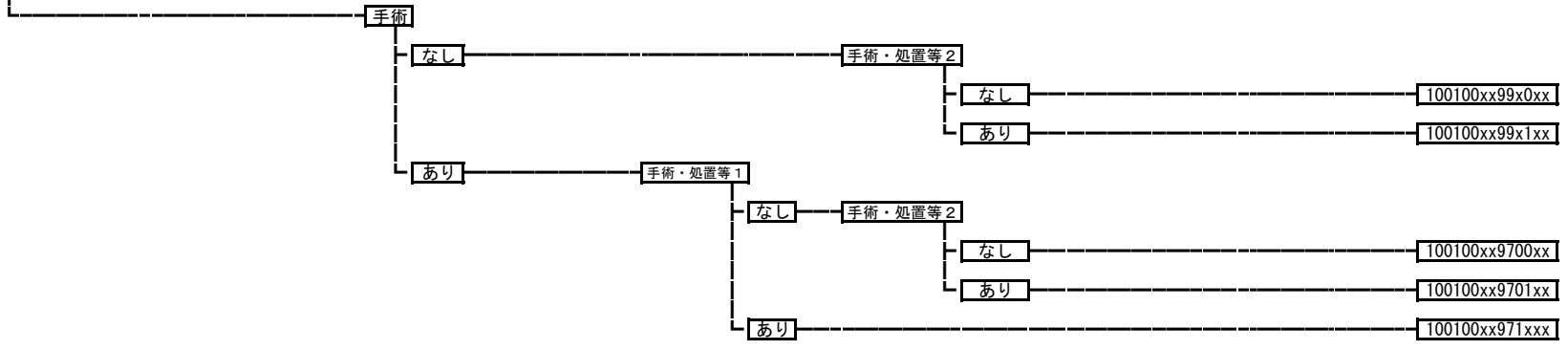


**100080** その他の糖尿病（糖尿病性ケトアシドーシスを除く。）



あり 100080xxxxxxxx1x

**100100 糖尿病足病変**



**100120 肥満症**

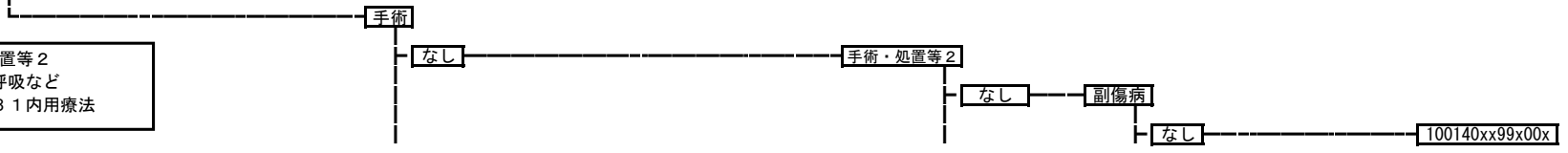
100120xxxxxxxxxx

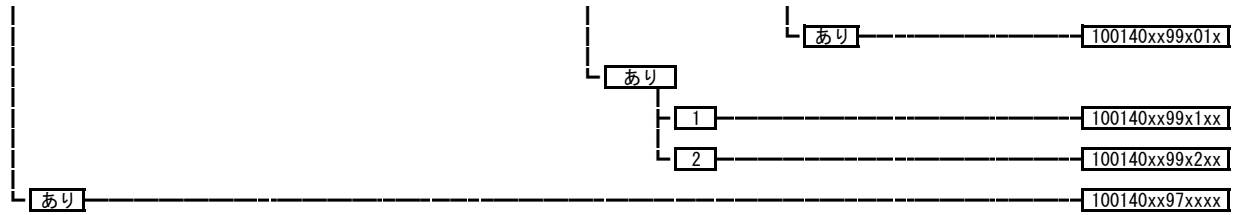
**100130 甲状腺の良性結節**



**100140 甲状腺機能亢進症**

手術・処置等2  
1; 人工呼吸など  
2; 1131内用療法

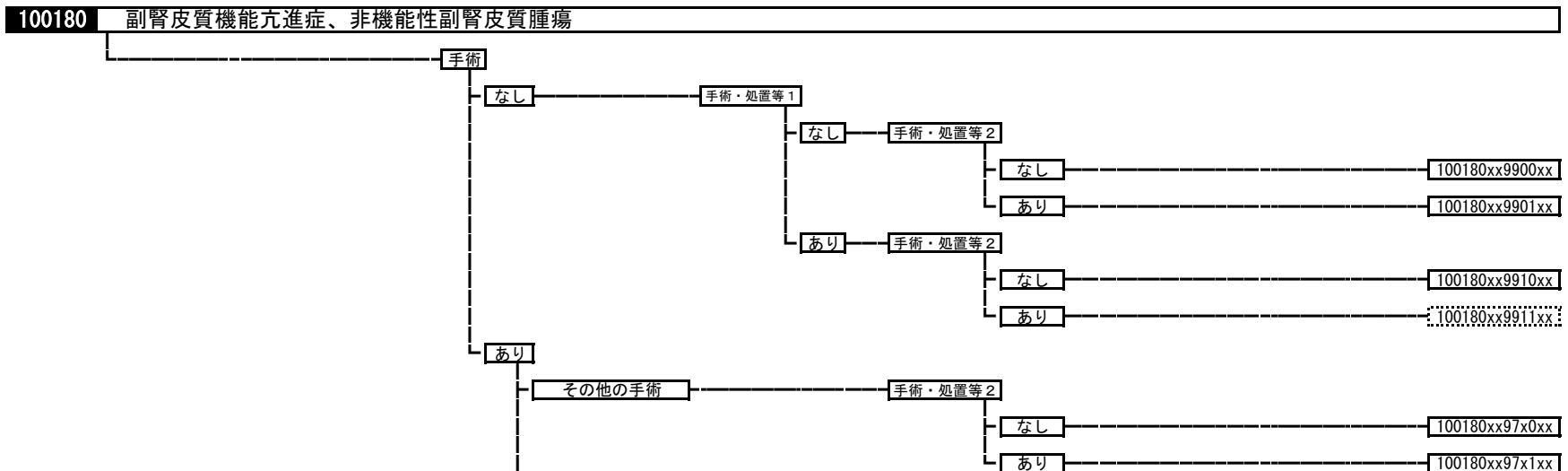


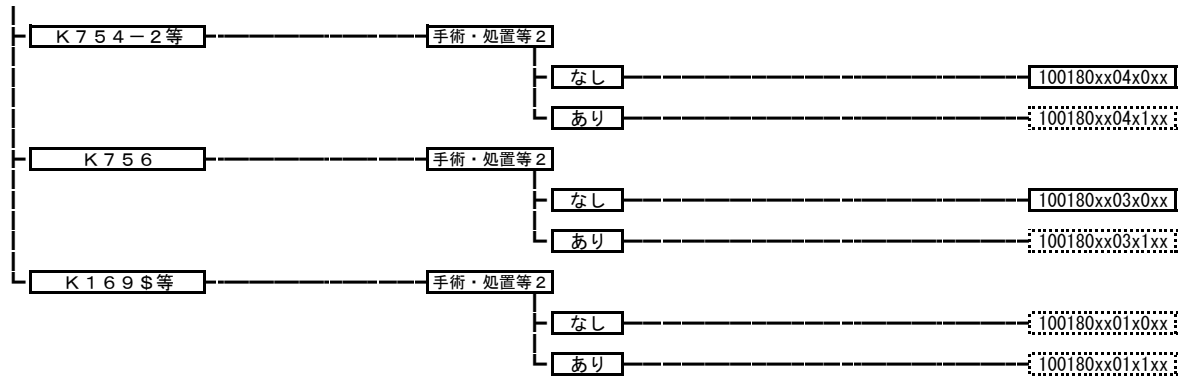


**100150** 慢性甲状腺炎  
 100150xxxxxxxx

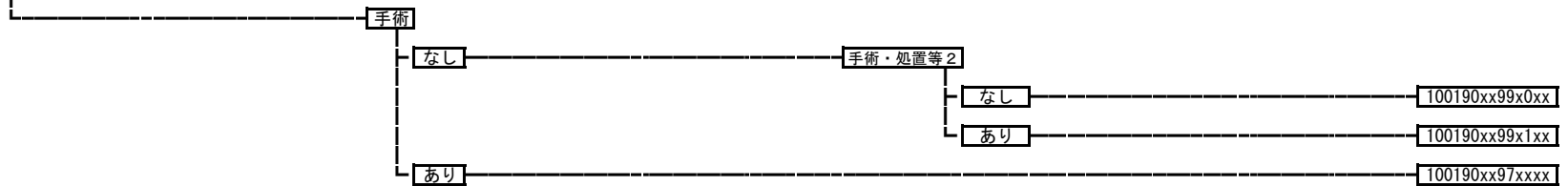
**100160** 甲状腺機能低下症  
 副傷病  
 なし 100160xxxxxx0x  
 あり 100160xxxxxx1x

**100170** 急性甲状腺炎  
 100170xxxxxxxx

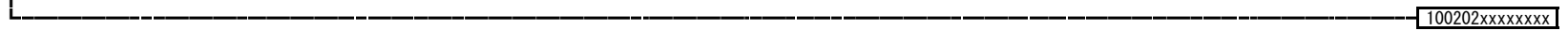




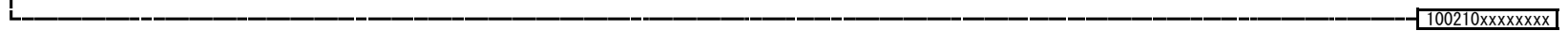
**100190 褐色細胞腫、パラガングリオーマ**



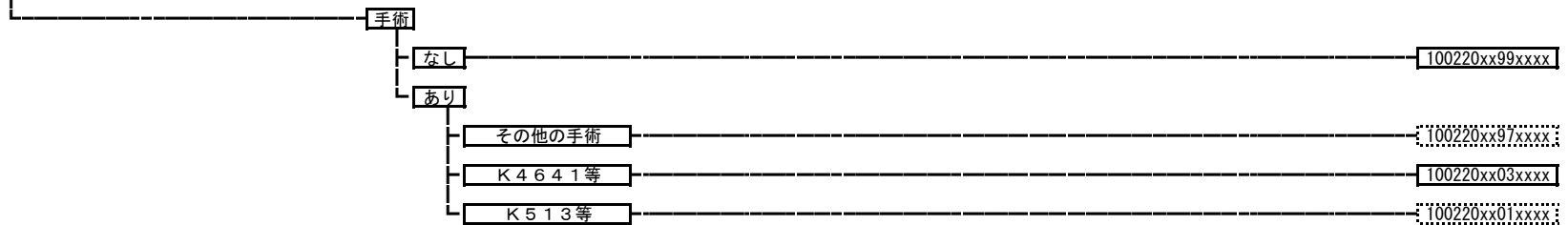
**100202 その他の副腎皮質機能低下症**



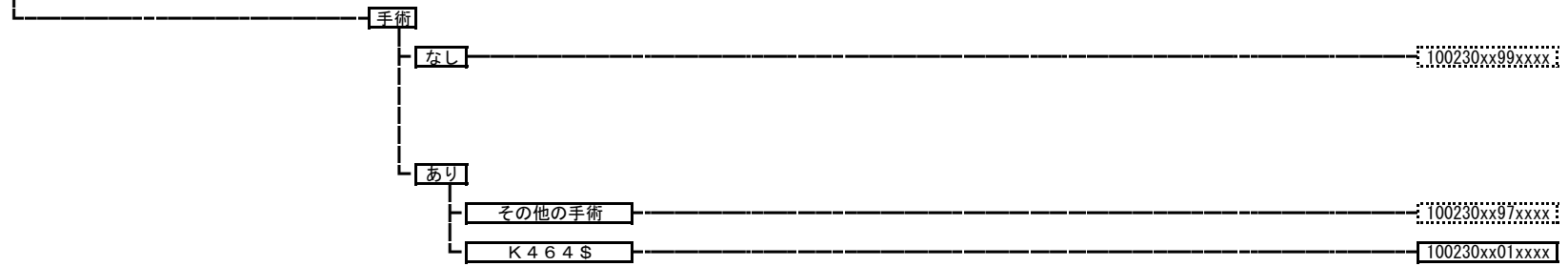
**100210 低血糖症**



**100220 原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍**



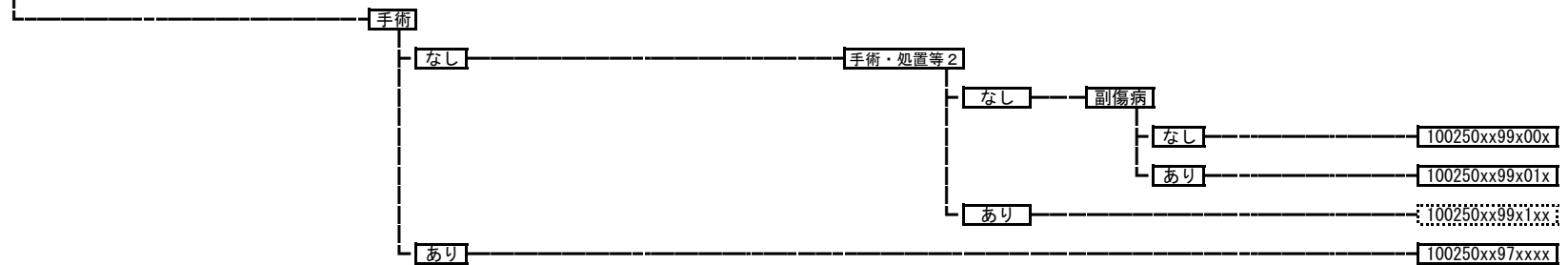
**100230 続発性副甲状腺機能亢進症**



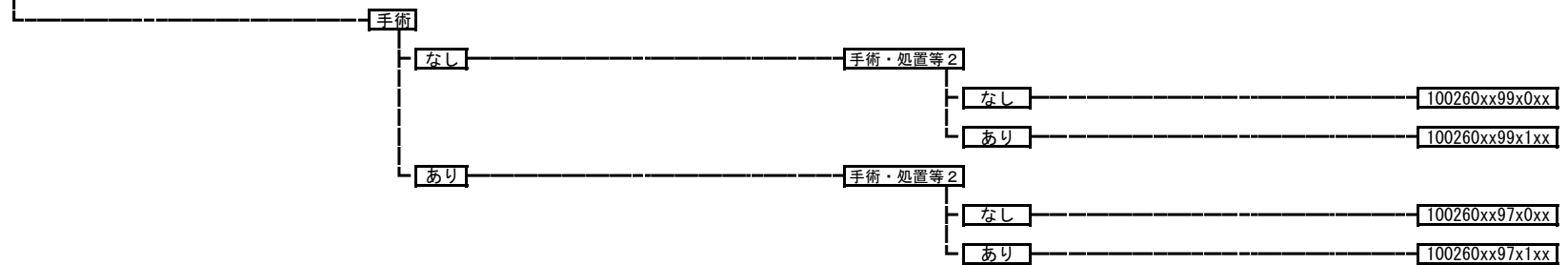
**100240 副甲状腺機能低下症**

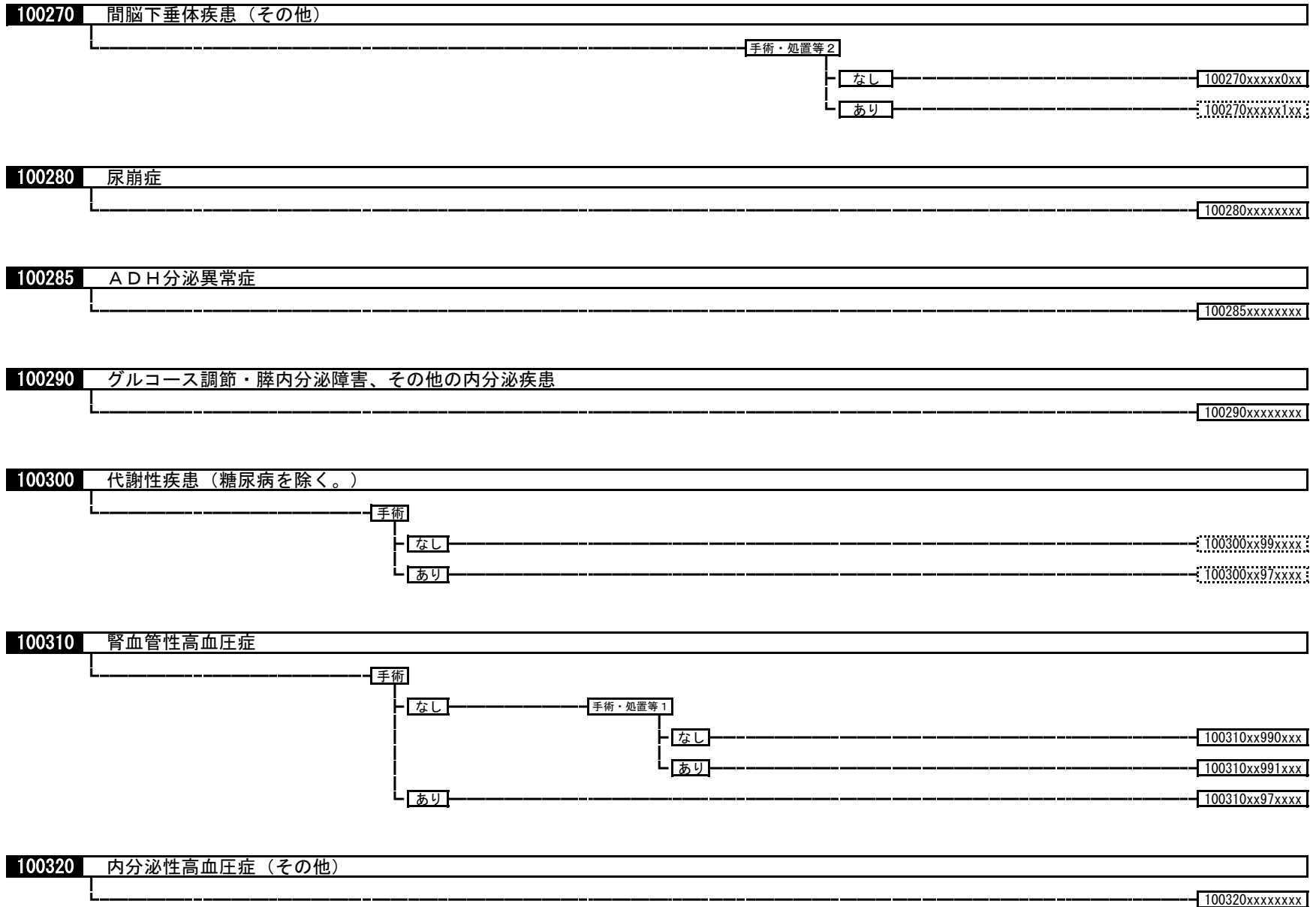


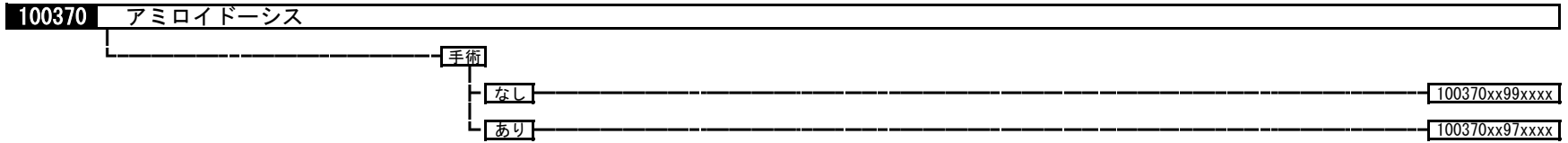
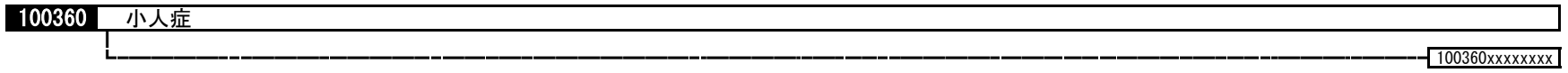
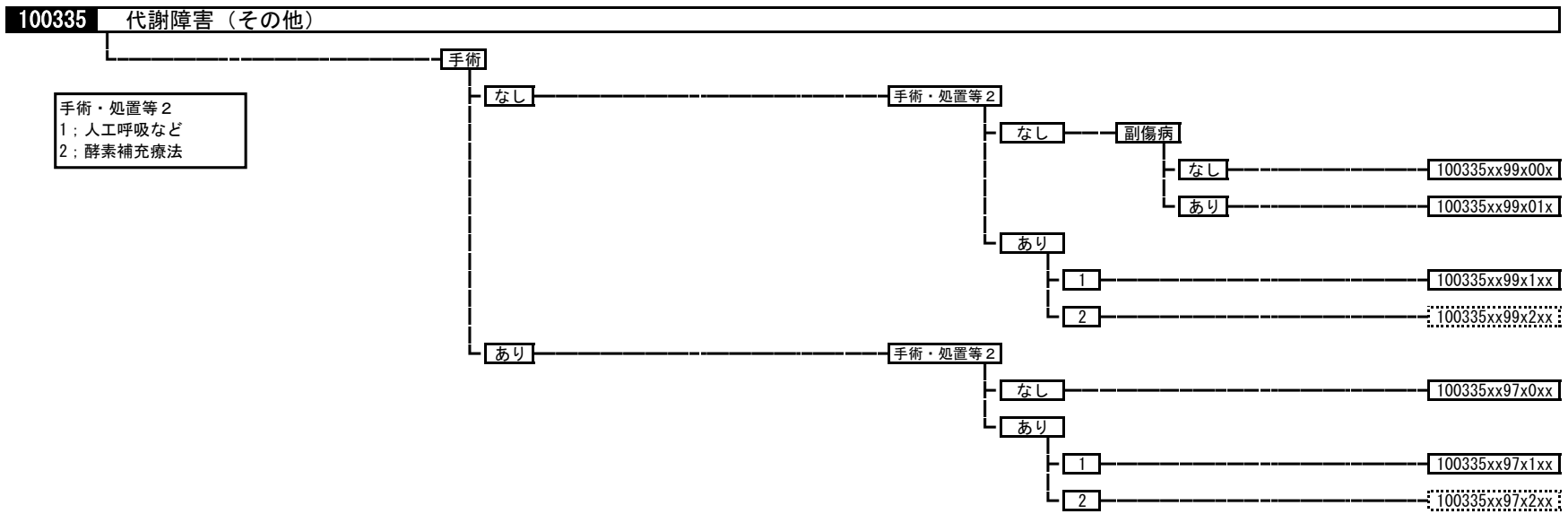
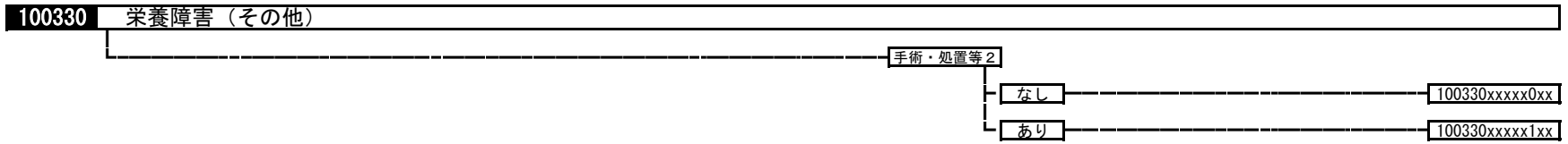
**100250 下垂体機能低下症**



**100260 下垂体機能亢進症**



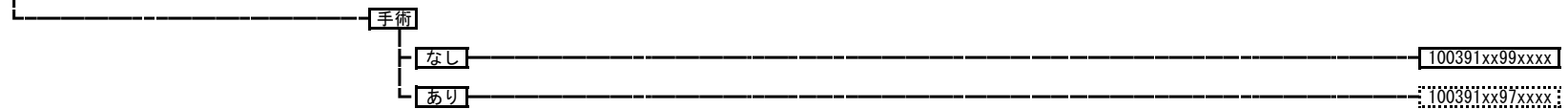




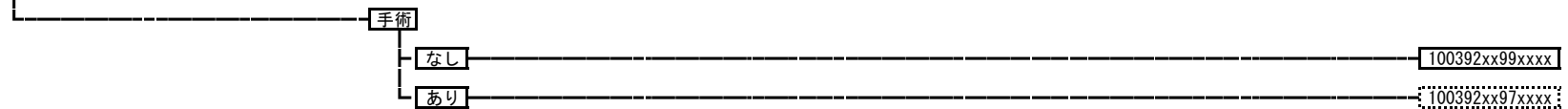
**100380 体液量減少症**



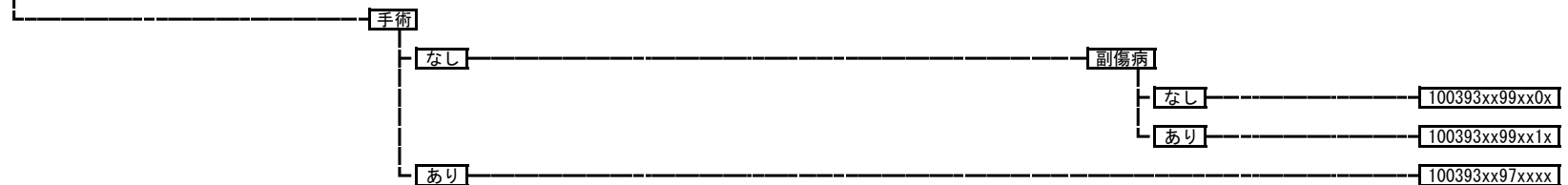
**100391 低カリウム血症**



**100392 カルシウム代謝障害**

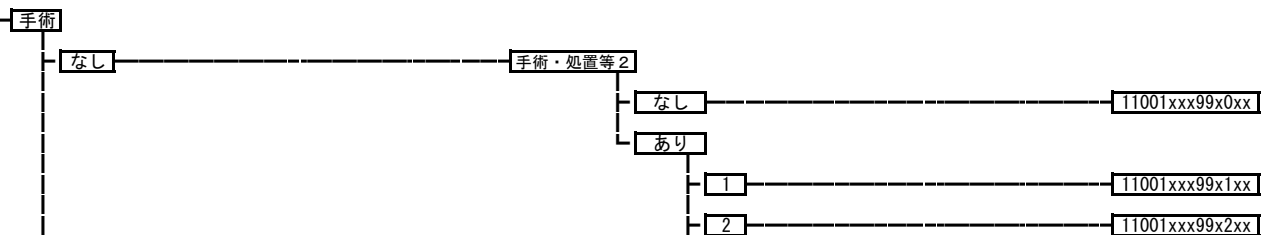


**100393 その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害**

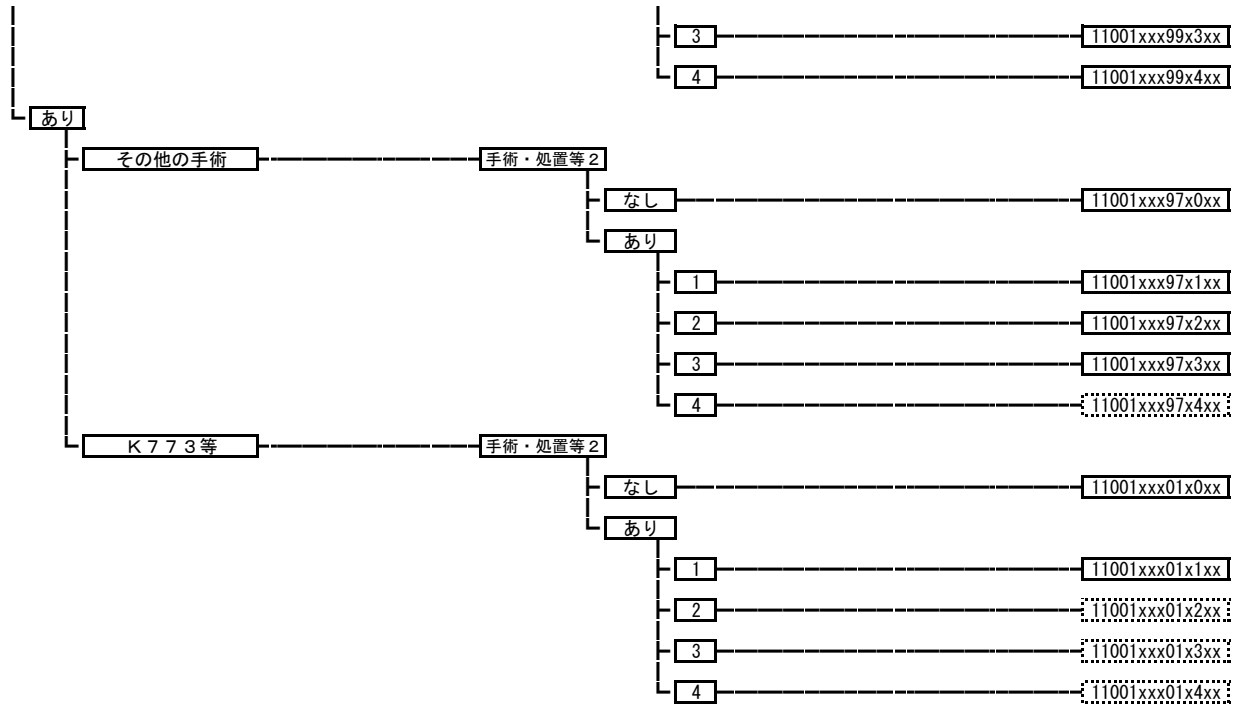


**11001x 腎腫瘍**  
 110011 腎の悪性腫瘍  
 110012 腎の良性腫瘍

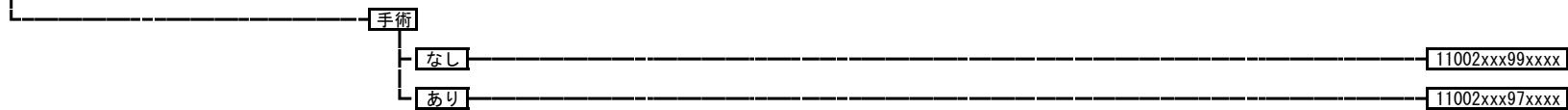
手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸など  
 2: ソラフェニブトシル酸  
 3: スニチニブリンゴ酸  
 4: IL-2



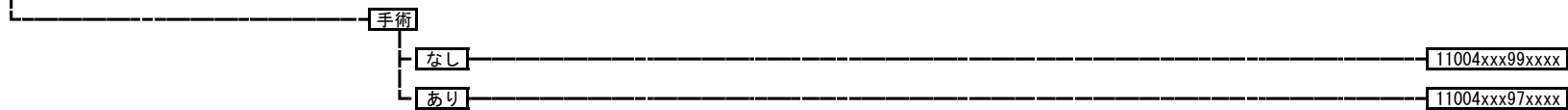




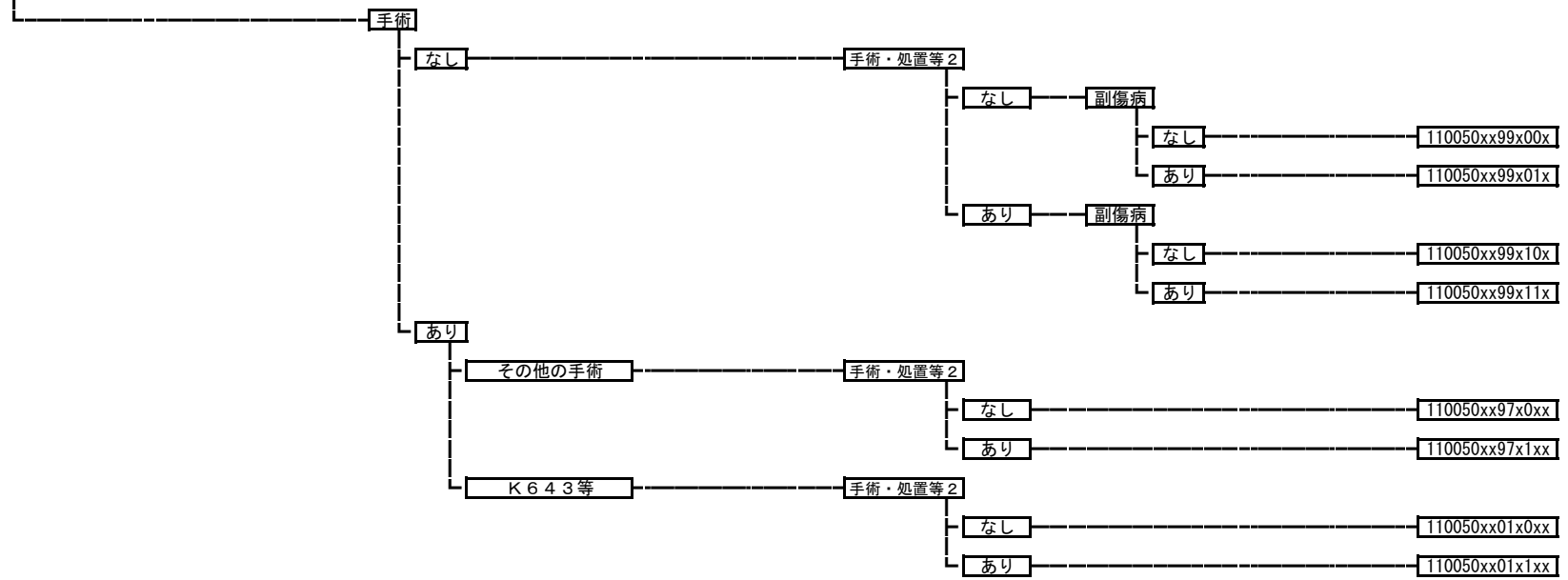
<b>11002x</b>	<b>性器の悪性腫瘍</b>
	110021 陰茎の悪性腫瘍
	110022 性器の悪性腫瘍



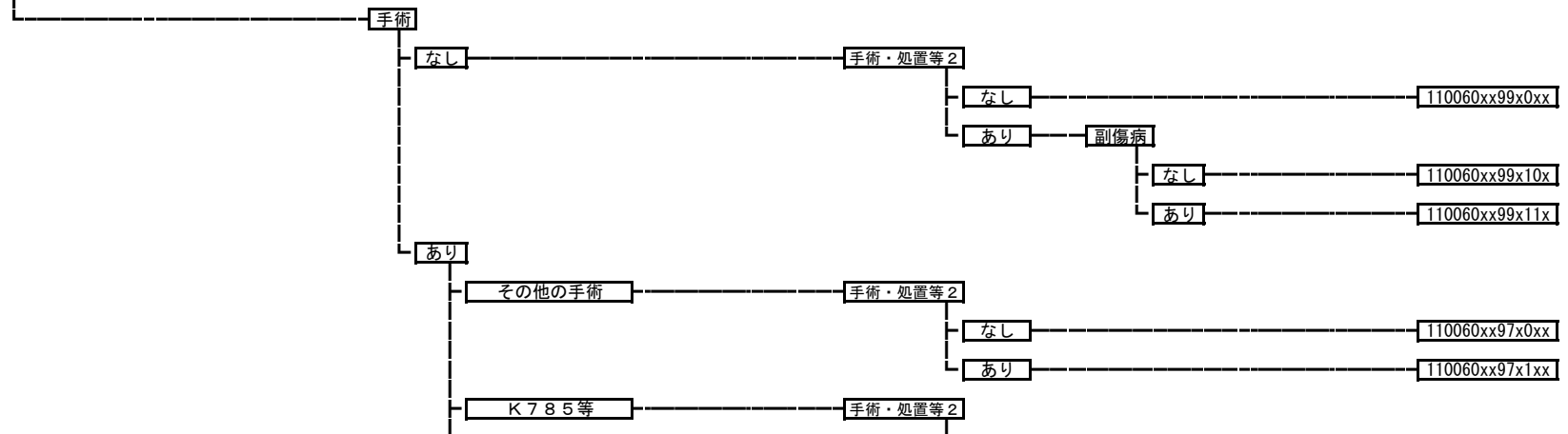
<b>11004x</b>	<b>尿道・性器の良性腫瘍</b>
	110041 尿道腫瘍
	110042 性器の良性腫瘍（その他）

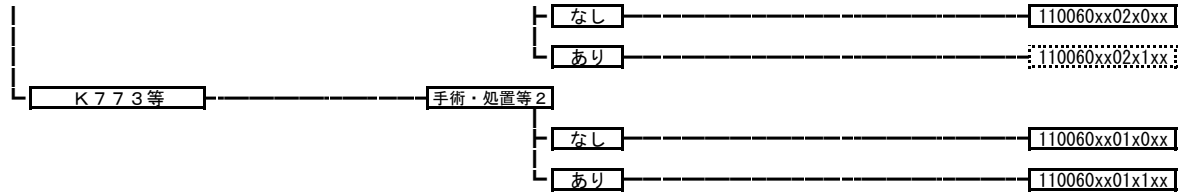


**110050 後腹膜疾患**

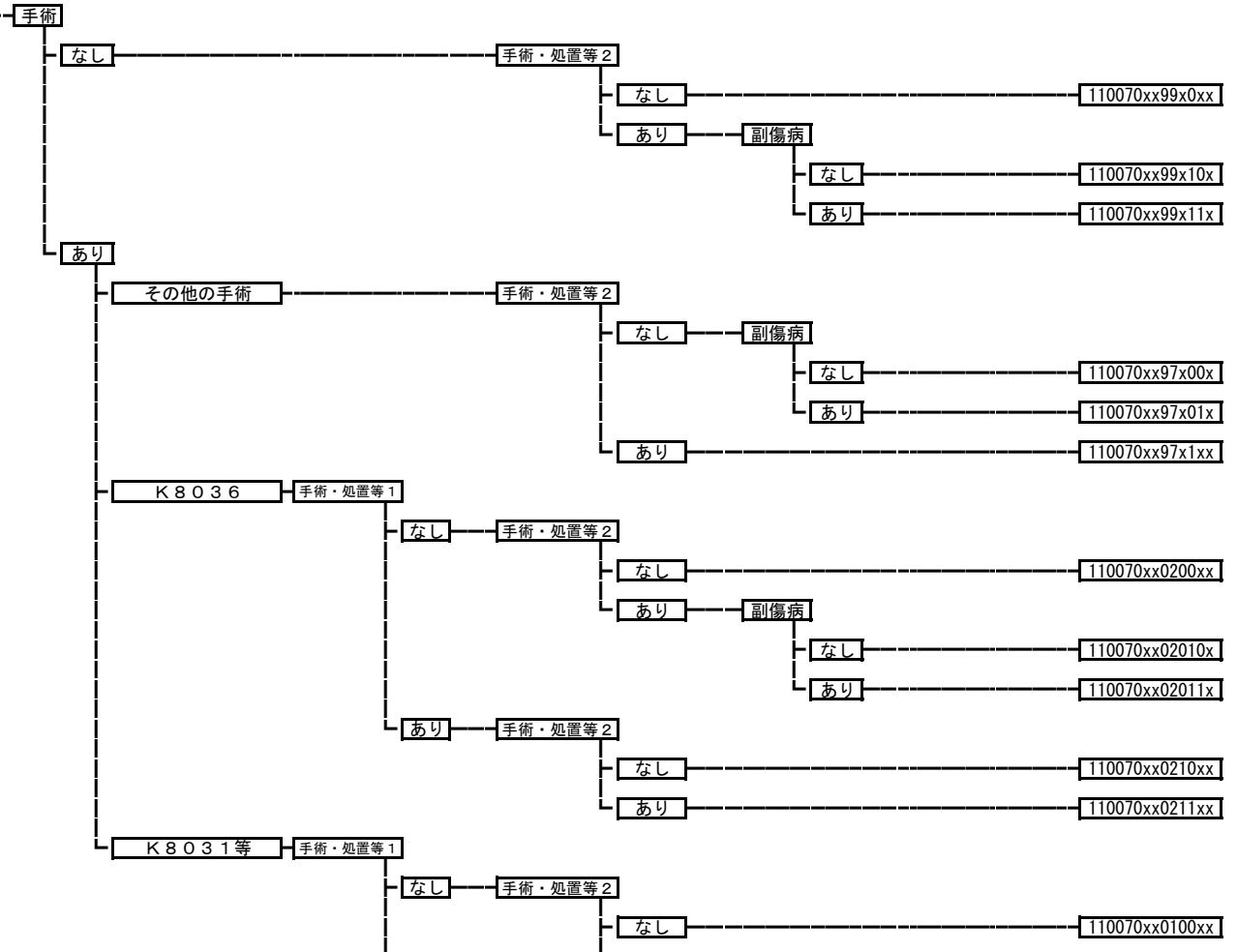


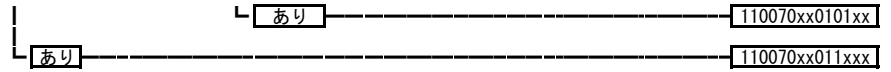
**110060 腎盂・尿管の悪性腫瘍**





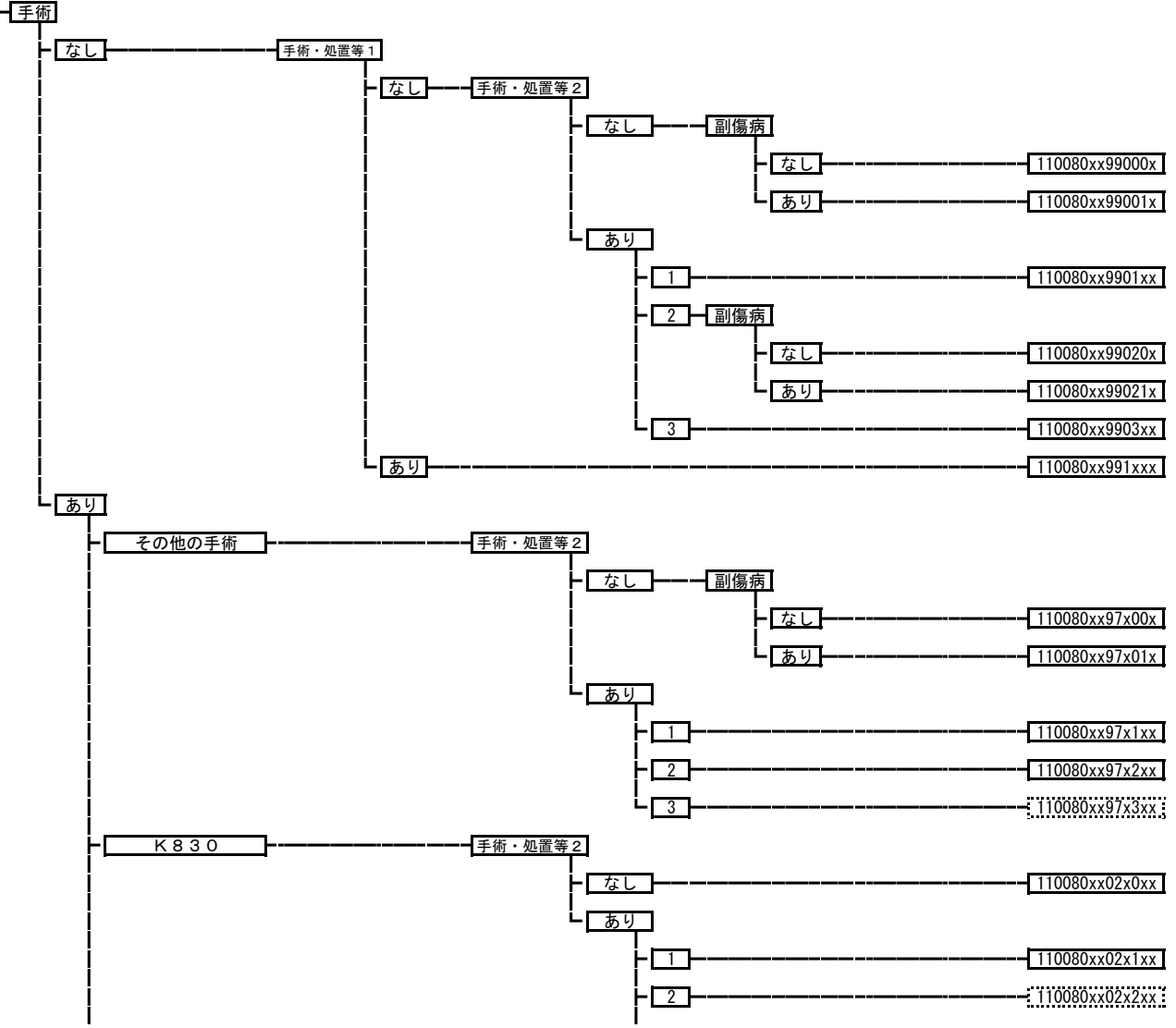
**110070 膀胱腫瘍**

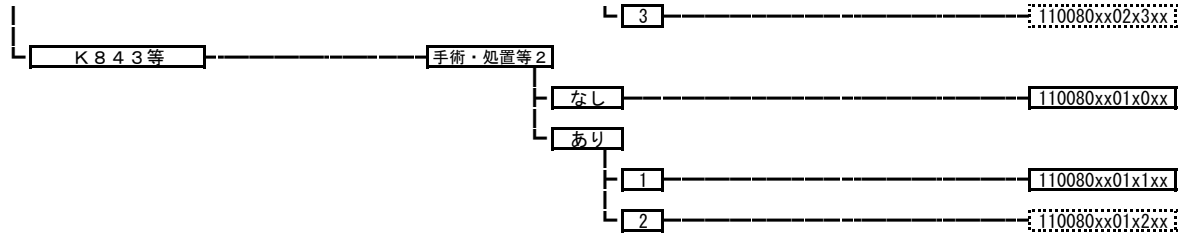




**110080 前立腺の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1; 人工呼吸など  
 2; 放射線療法  
 3; 密封小線源治療 (一連につき) 組織内照射 前立腺癌に対する永久挿入療法

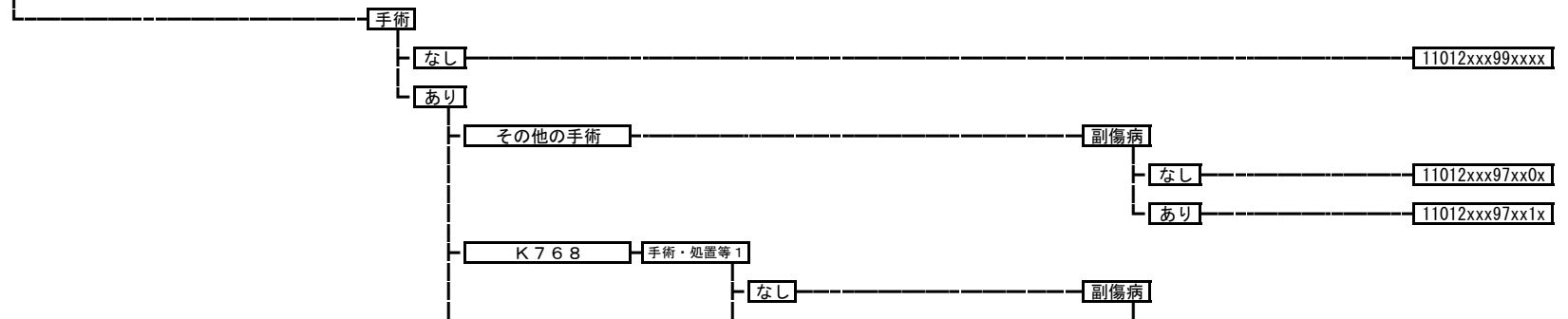


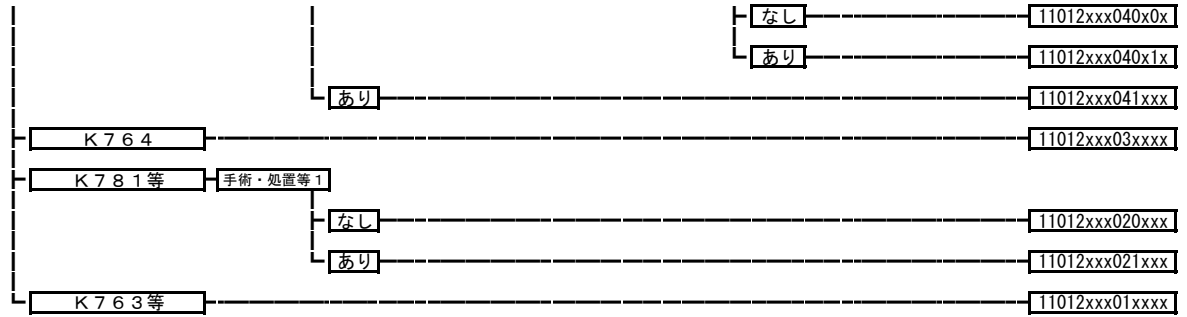


**110100 精巣腫瘍**

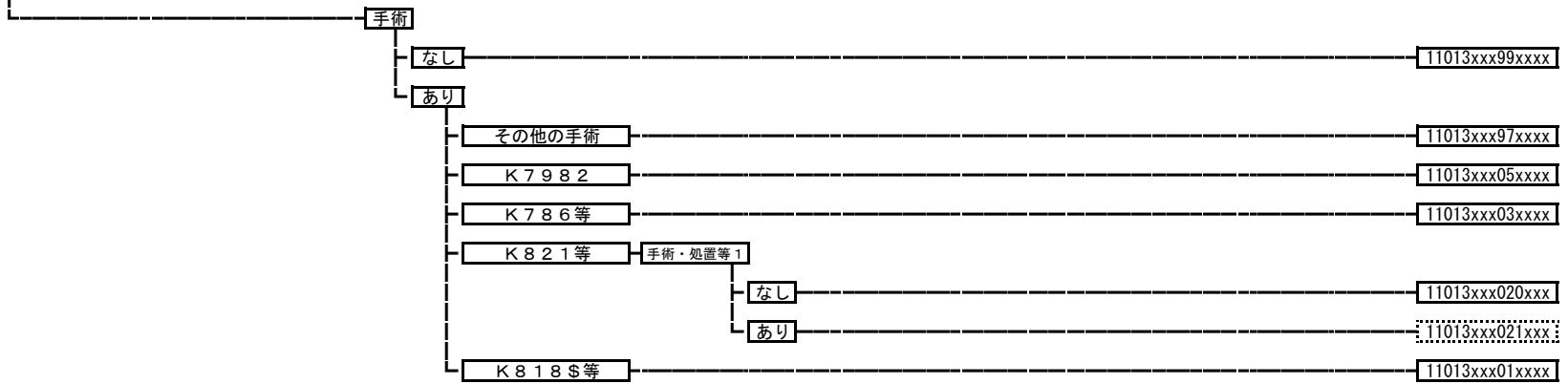


**11012x 上部尿路疾患**  
 110121 上部尿路結石  
 110122 上部尿路疾患 (その他)

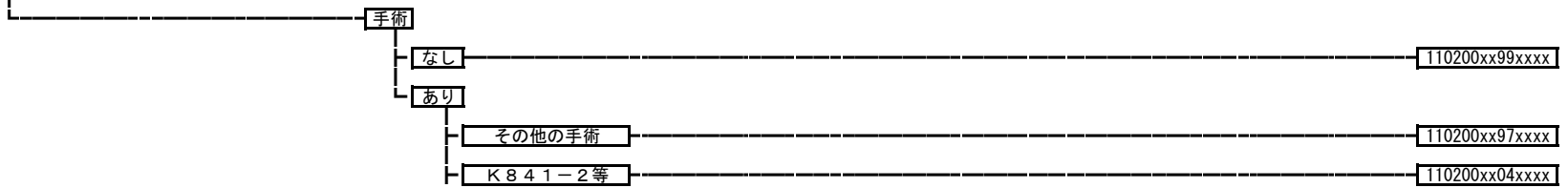


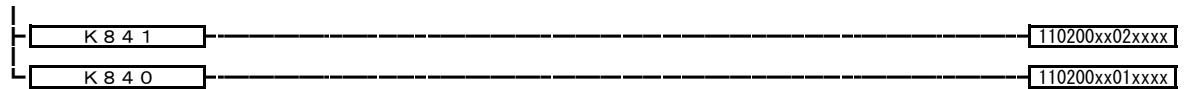


<b>11013x</b>	<b>下部尿路疾患</b>	
	110131	下部尿路結石症
	110132	膀胱尿管逆流症
	110133	神経因性膀胱
	110134	下部尿路の炎症
	110135	尿道狭窄
	110136	尿失禁

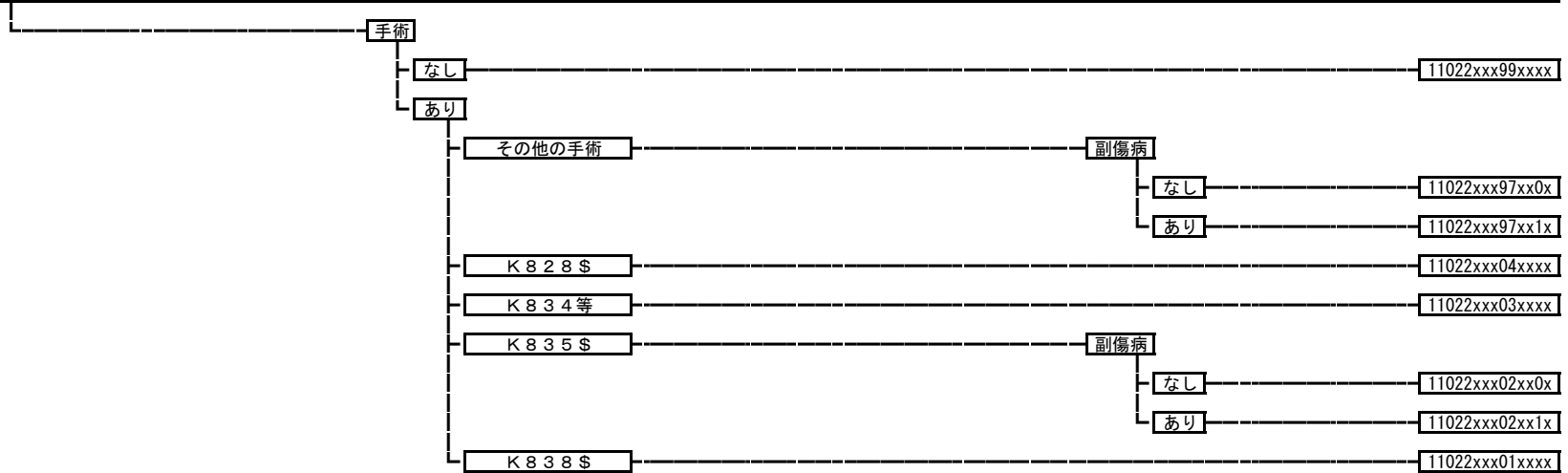


<b>110200</b>	<b>前立腺肥大症等</b>	
---------------	----------------	--

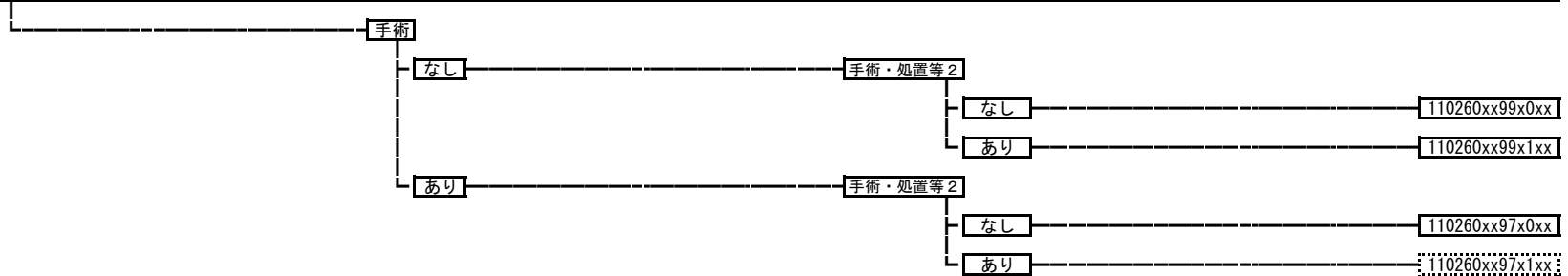




<b>11022x</b>	<b>男性生殖器疾患</b>	
	110221	男性生殖器炎症性疾患
	110222	陰茎・包皮の疾患
	110223	陰嚢内疾患（悪性、炎症性疾患を除く。）
	110224	男性生殖器の障害



<b>110260</b>	<b>ネフローゼ症候群</b>	
---------------	-----------------	--



<b>110270</b>	<b>急速進行性腎炎症候群</b>	
---------------	-------------------	--

手術・処置等 2  
1: 人工腎臓 その他の場合  
3: 血漿交換療法

手術・処置等 2

なし

110270xxxx0xx

あり

1

110270xxxx1xx

3

110270xxxx3xx

**110275** 急性腎炎症候群

110275xxxxxxxx

**110280** 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全

手術・処置等 2  
1: 人工腎臓 その他の場合  
2: 腹膜灌流 連続携行式腹膜灌流  
3: 持続緩徐式血液濾過  
4: 血漿交換療法

手術

なし

手術・処置等 1

なし

手術・処置等 2

なし

110280xx9900xx

あり

1

110280xx9901xx

2

110280xx9902xx

3

110280xx9903xx

4

110280xx9904xx

あり

副傷病

なし

110280xx991x0x

あり

110280xx991x1x

あり

手術・処置等 2

なし

副傷病

なし

110280xx97x00x

あり

110280xx97x01x

あり

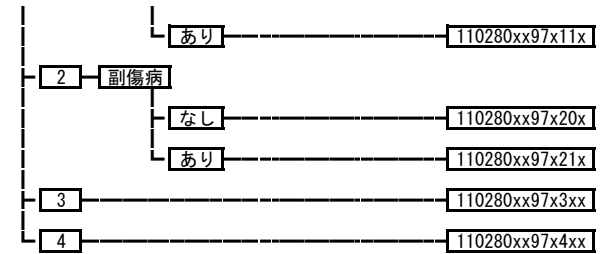
1

副傷病

なし

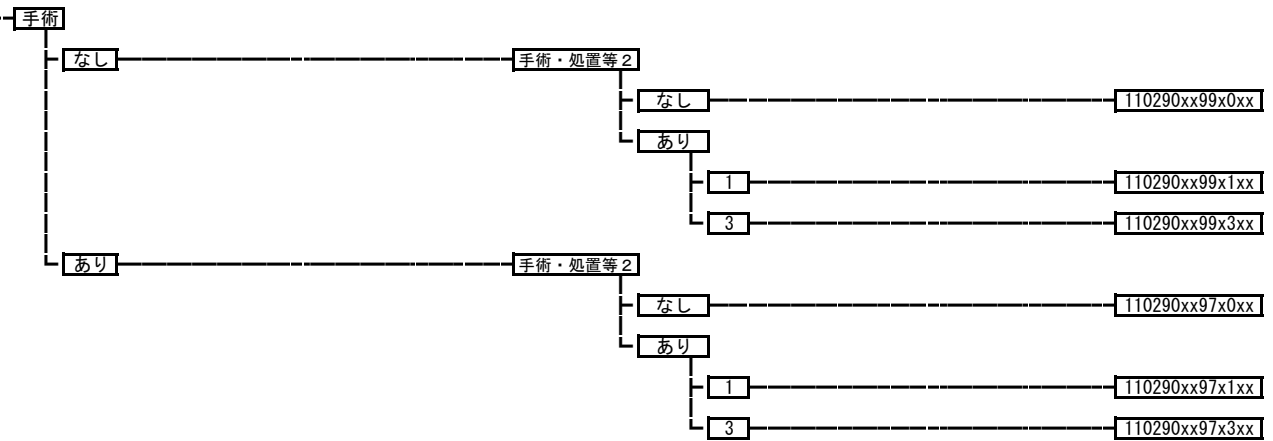
110280xx97x10x



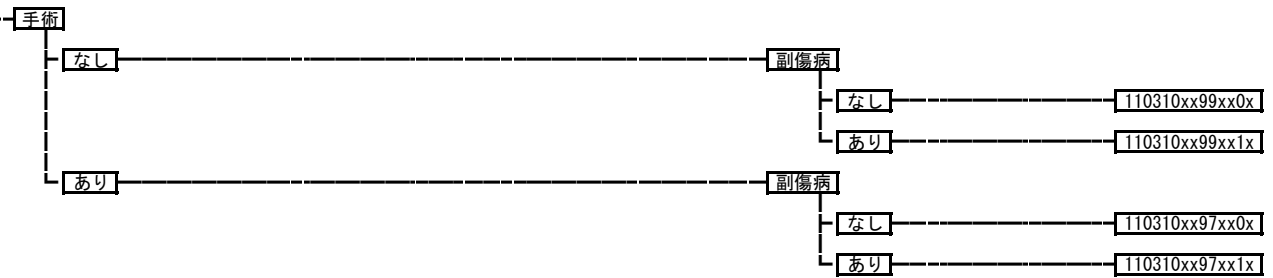


**110290 急性腎不全**

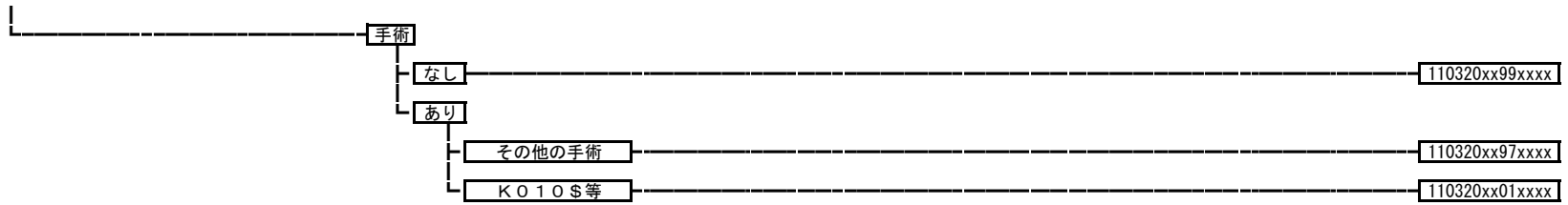
手術・処置等 2  
1: 人工腎臓 その他の場合  
3: 持続緩徐式血液濾過



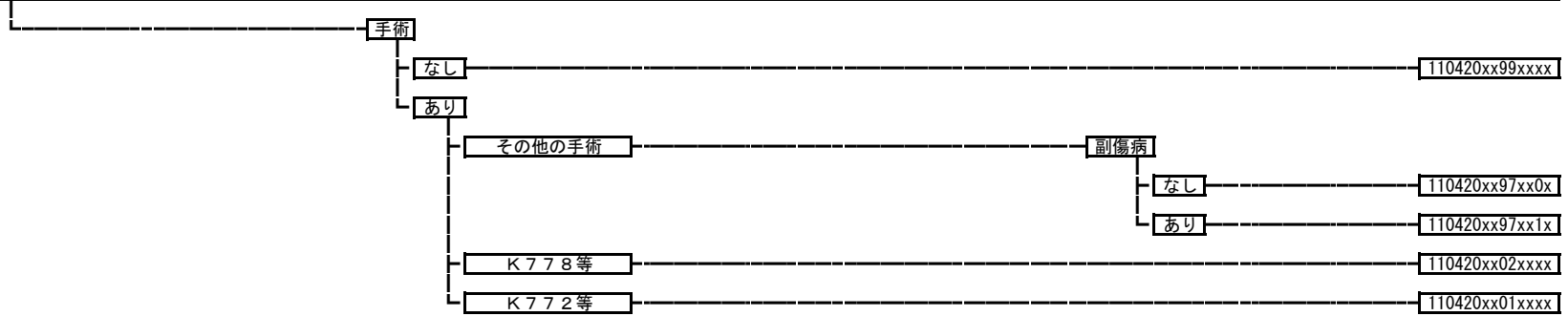
**110310 腎臓または尿路の感染症**



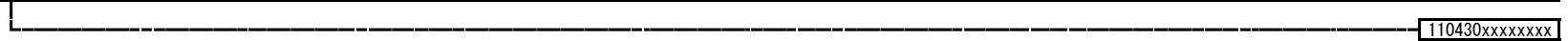
**110320 腎、泌尿器の疾患（その他）**



**110420 水腎症（その他）**

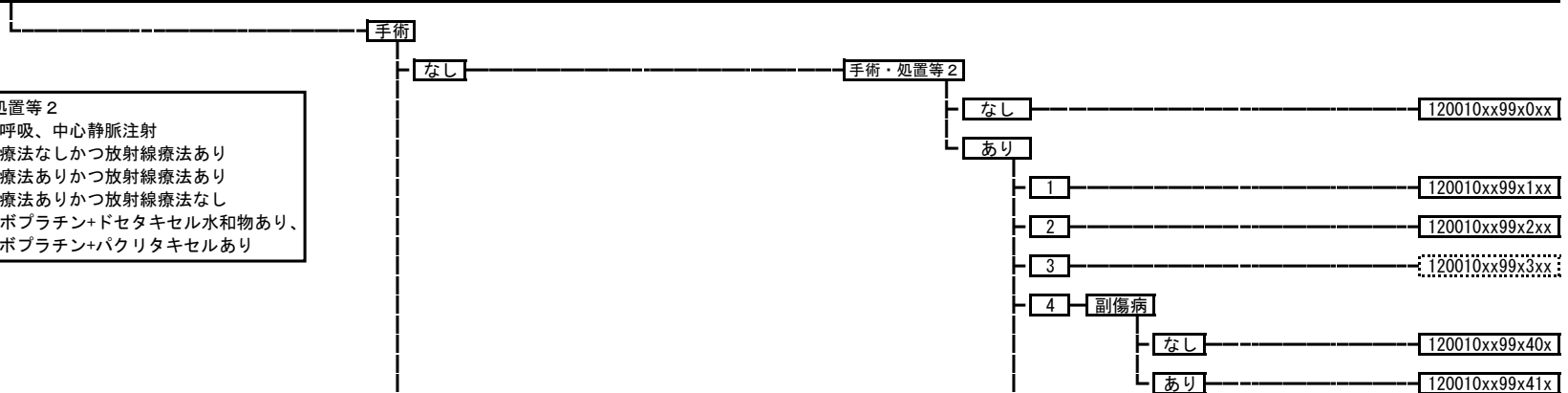


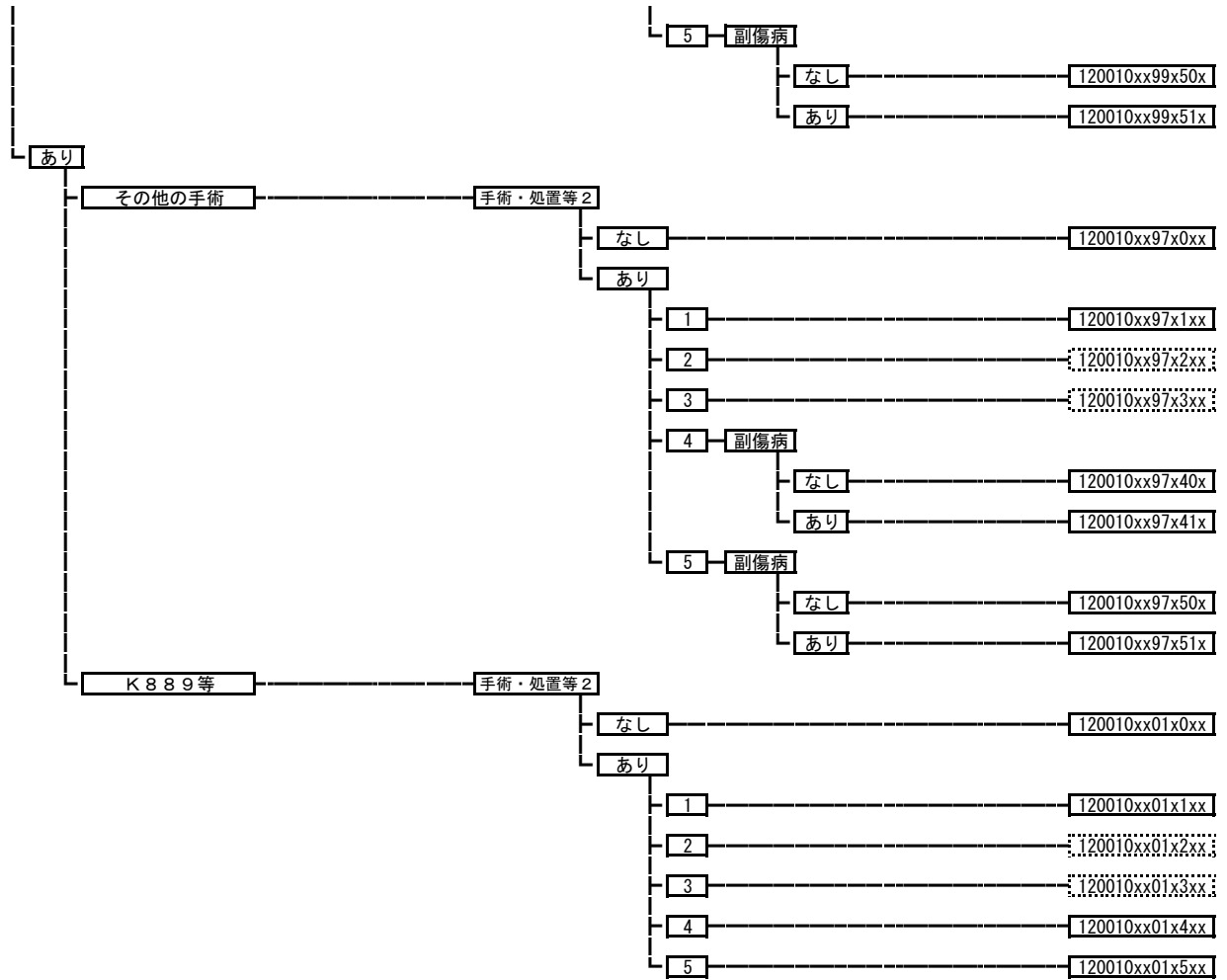
**110430 腎動脈塞栓症**



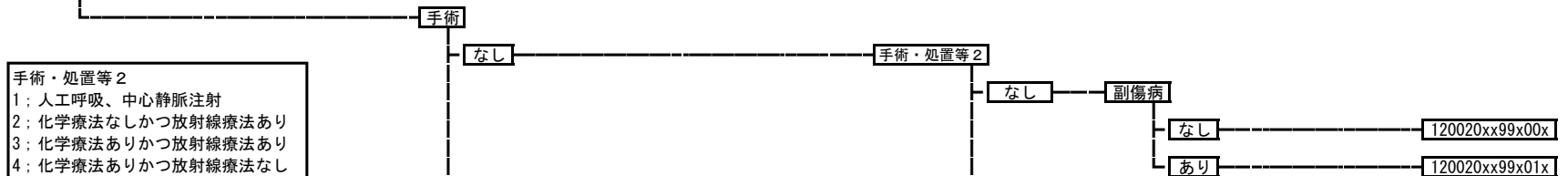
**120010 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1：人工呼吸、中心静脈注射  
 2：化学療法なしかつ放射線療法あり  
 3：化学療法ありかつ放射線療法あり  
 4：化学療法ありかつ放射線療法なし  
 5：カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり、  
 カルボプラチン+パクリタキセルあり

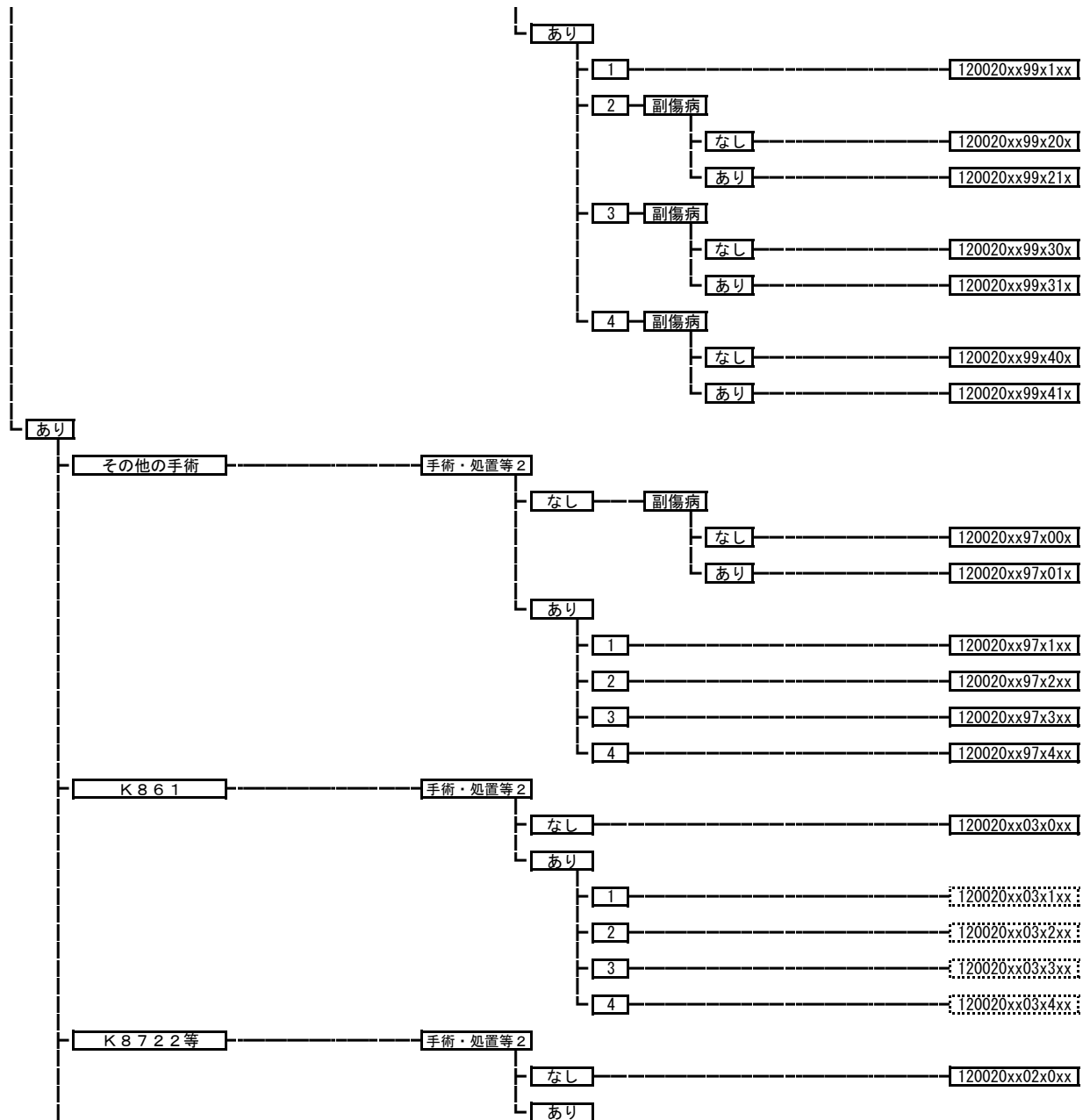


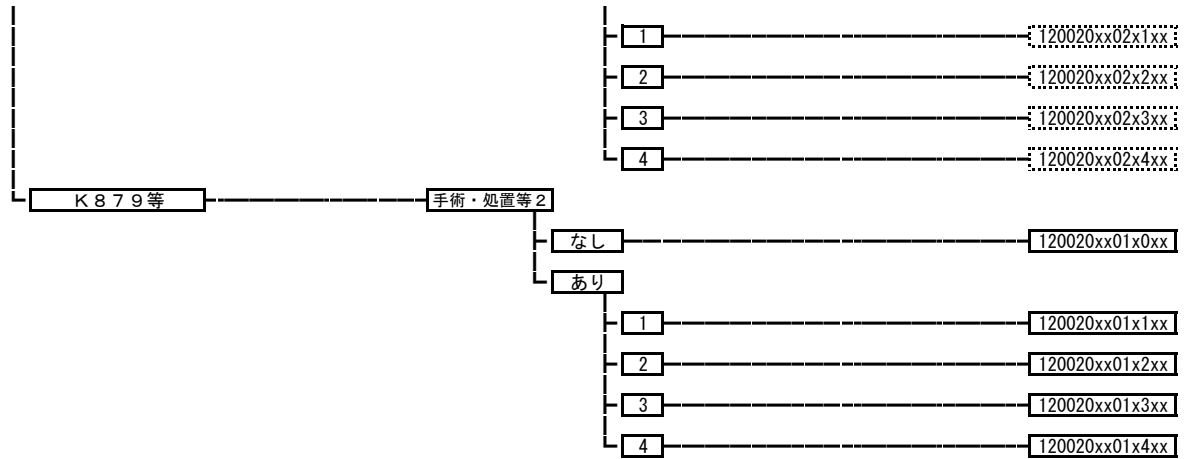


**120020 子宮頸・体部の悪性腫瘍**



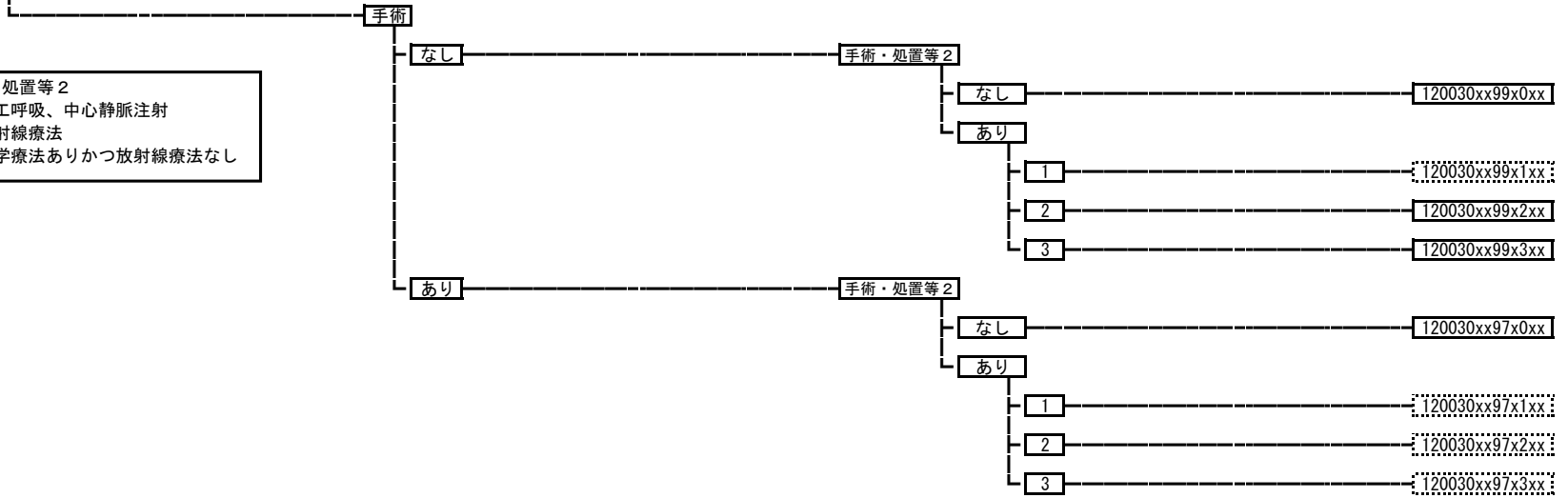
手術・処置等2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 化学療法なしかつ放射線療法あり  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法あり  
 4: 化学療法ありかつ放射線療法なし





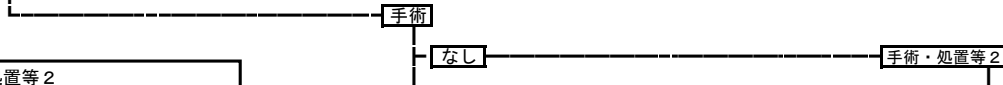
**120030 外陰の悪性腫瘍**

手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし

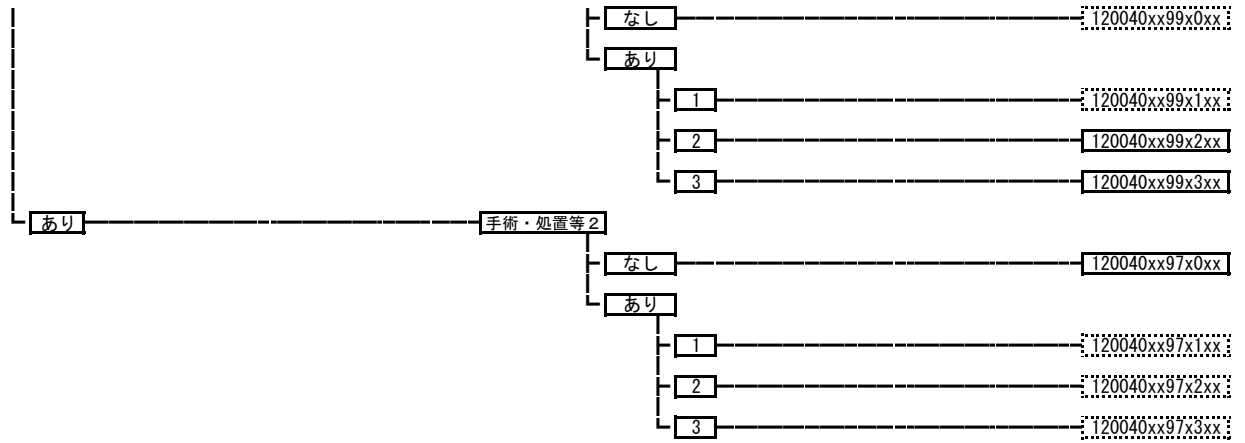


**120040 腔の悪性腫瘍**

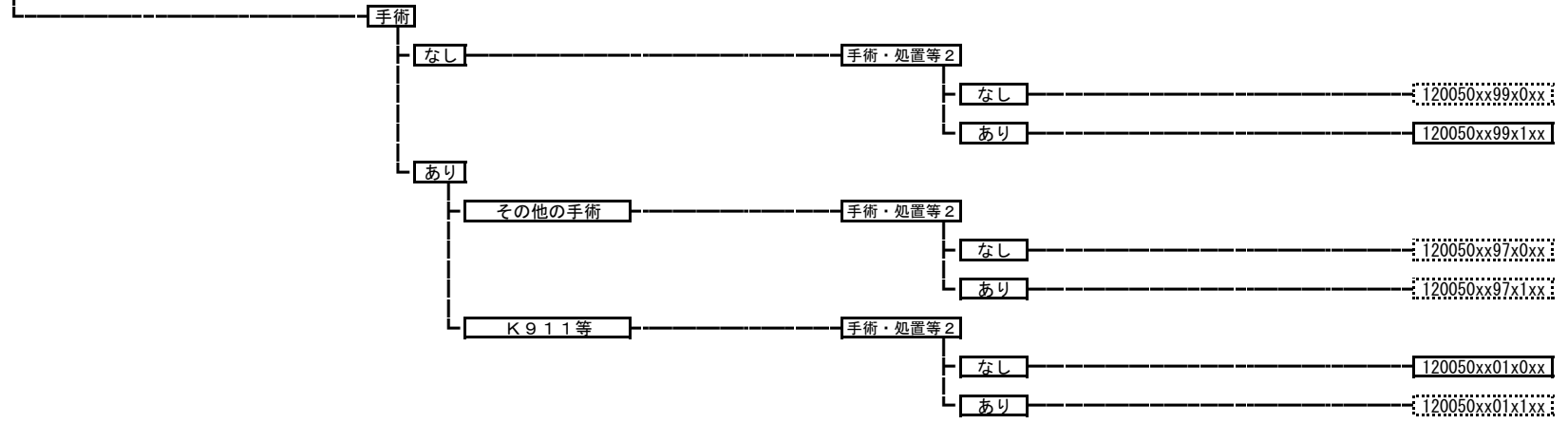
手術・処置等 2



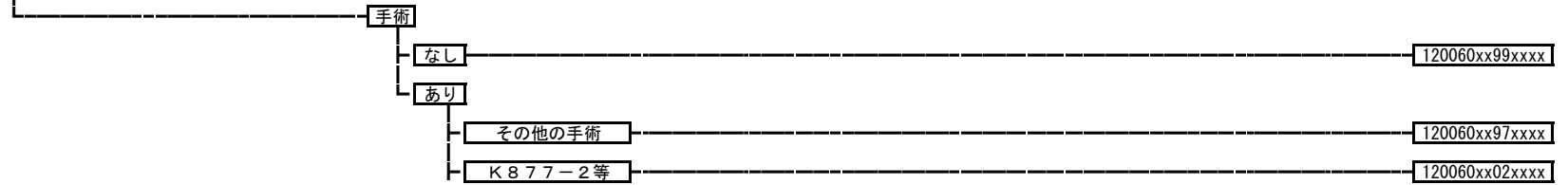
1: 人工呼吸、中心静脈注射  
 2: 放射線療法  
 3: 化学療法ありかつ放射線療法なし



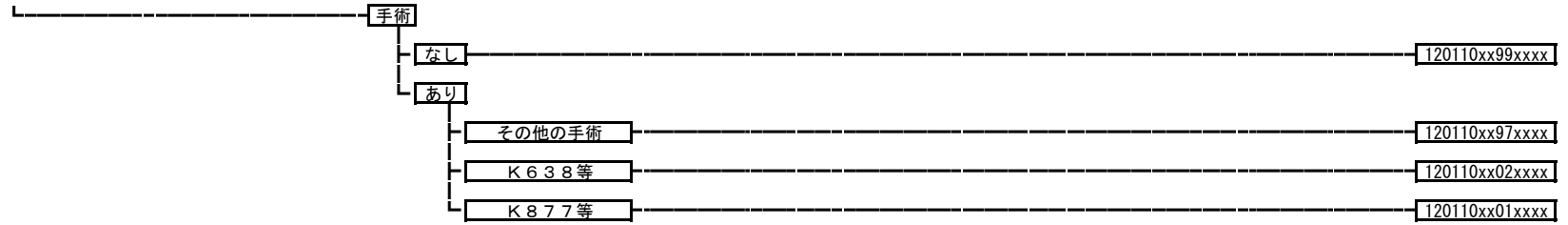
**120050 絨毛性疾患**



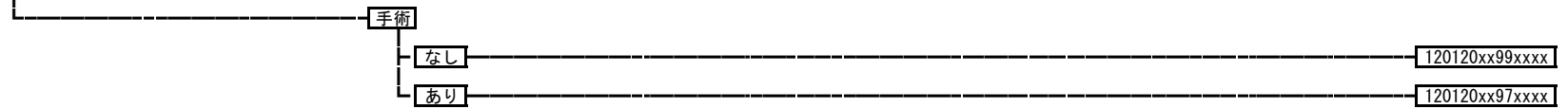
**120060 子宮の良性腫瘍**



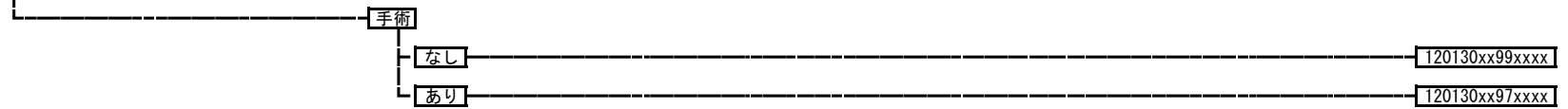




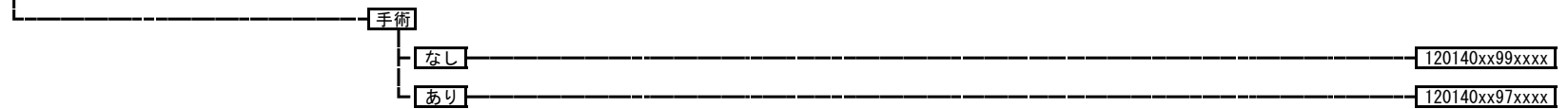
**120120** 卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患



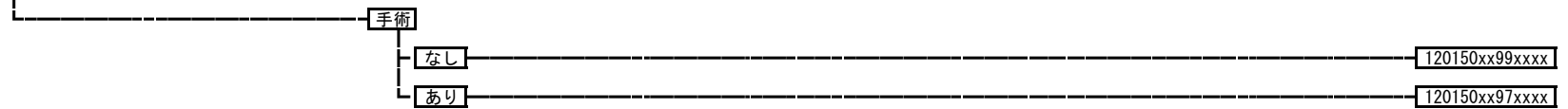
**120130** 子宮外妊娠



**120140** 流産



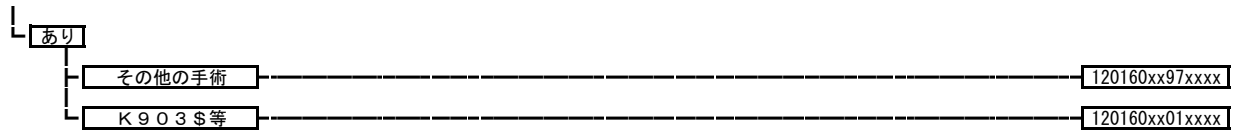
**120150** 妊娠早期の出血



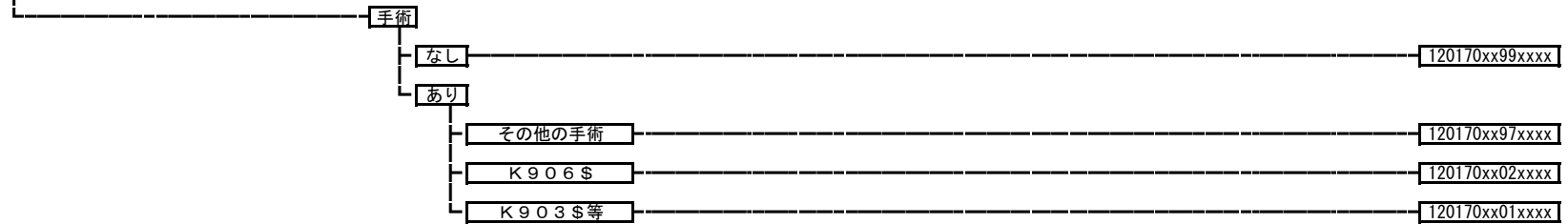
**120160** 妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等



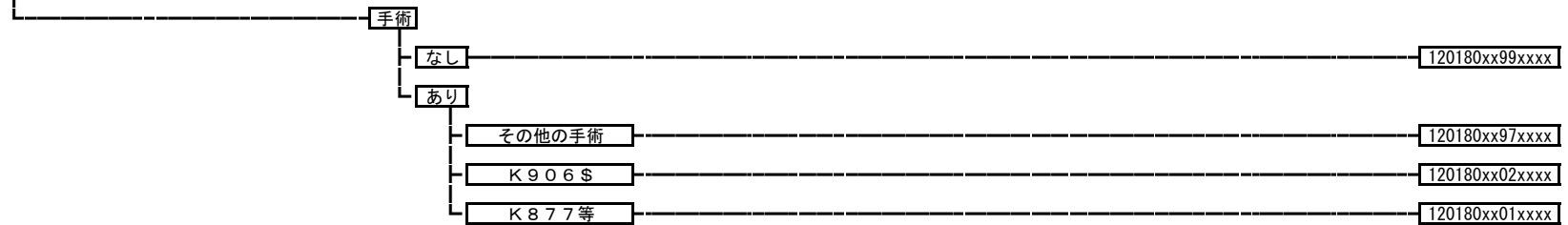




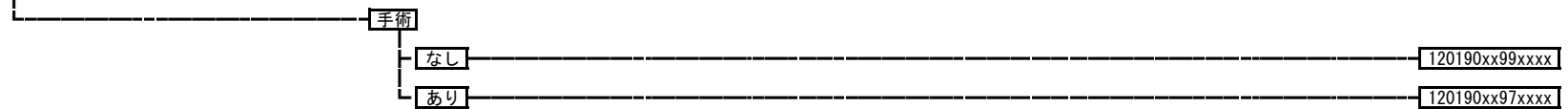
**120170 早産、切迫早産**



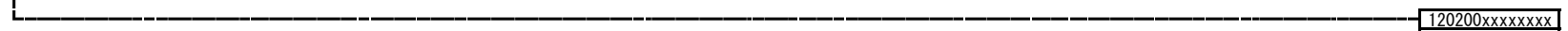
**120180 胎児及び羊膜腔に関連する母体ケア、予想される分娩の諸問題**



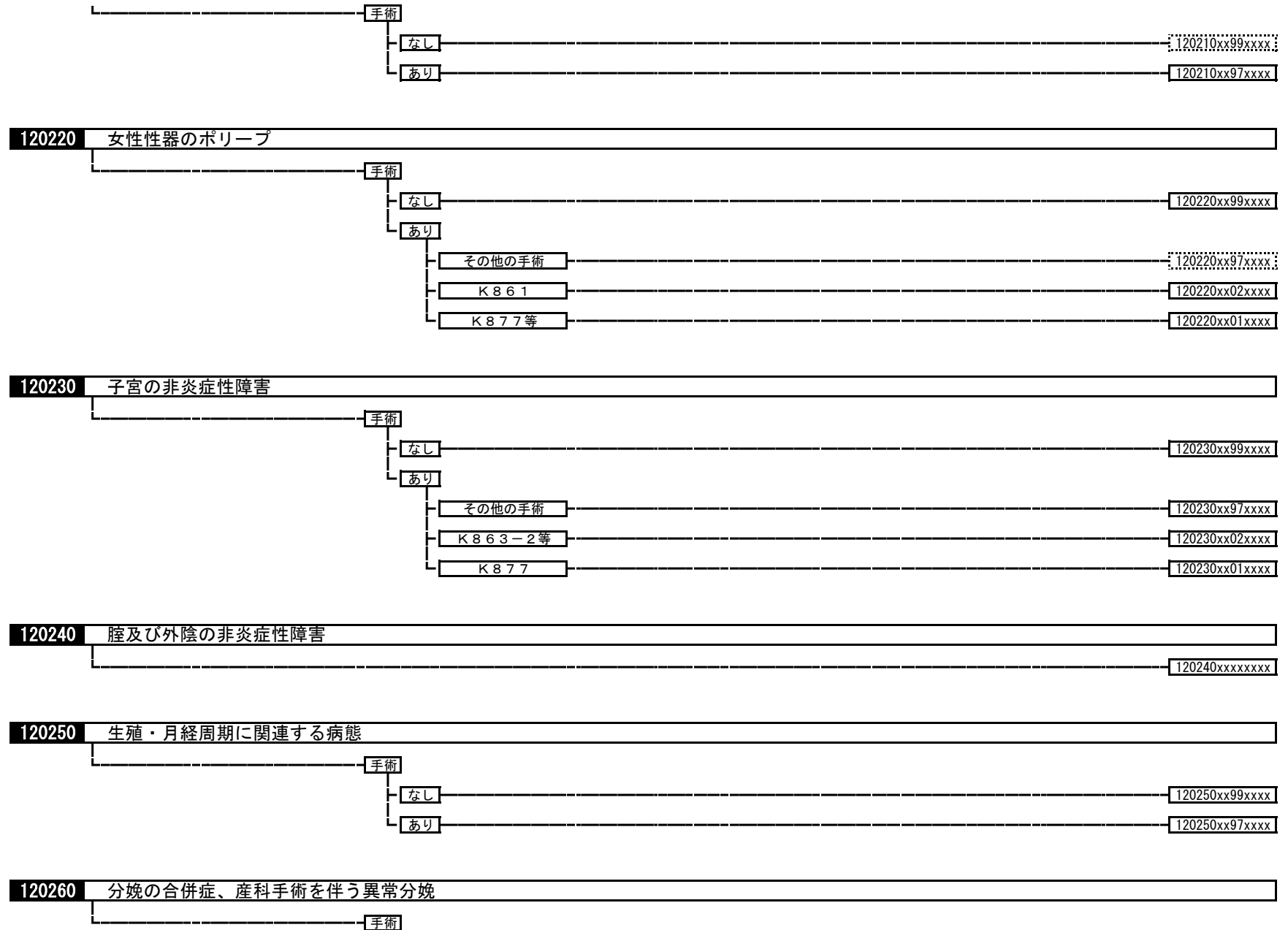
**120190 女性生殖系の炎症性疾患（その他）**

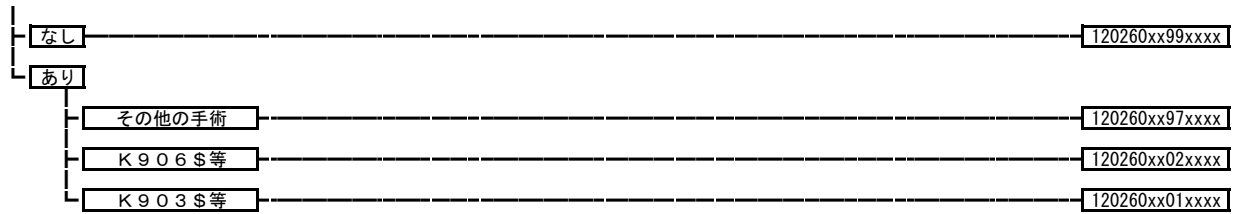


**120200 妊娠中の糖尿病**

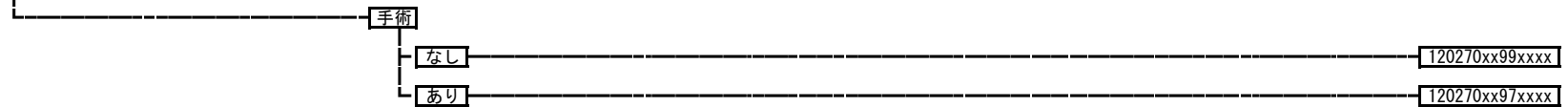


**120210 女性性器を含む瘻**

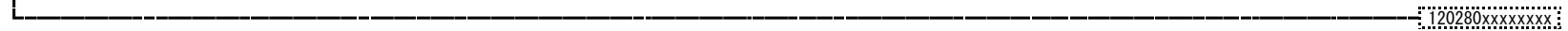




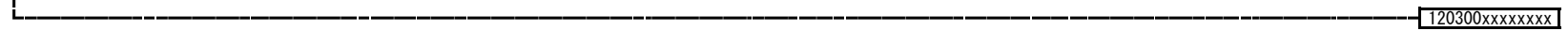
**120270 妊娠、分娩、産褥に伴う病態**



**120280 骨盤静脈瘤、外陰静脈瘤**

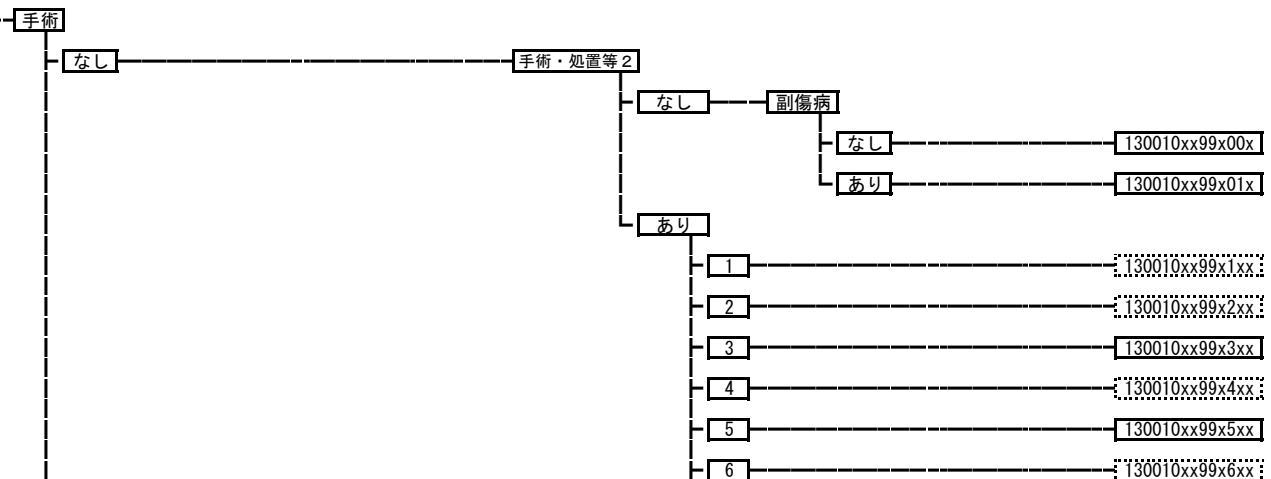


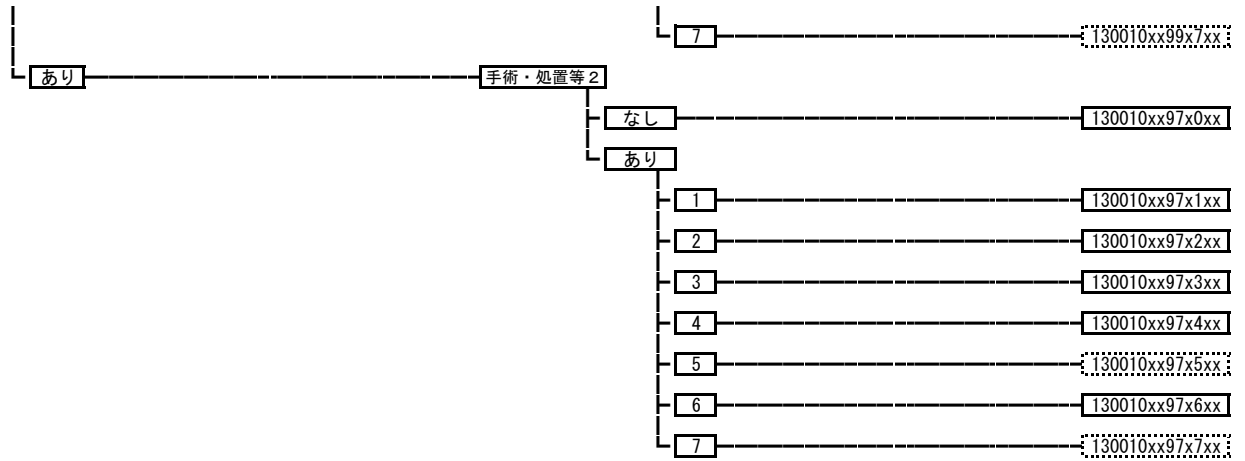
**120300 人工授精に関する合併症**



**130010 急性白血病**

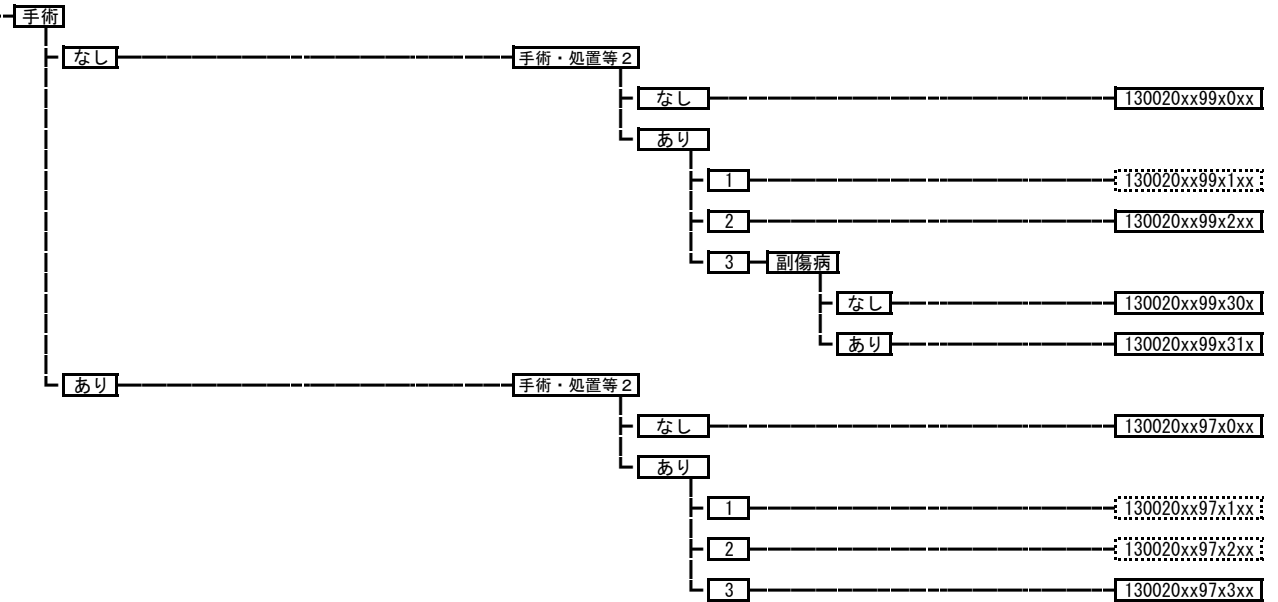
- 手術・処置等 2  
 1: 人工呼吸など  
 2: 化学療法  
 3: イマチニブメシル酸  
 4: ゲムツズマブオゾガマイシン  
 5: 三酸化ヒ素製剤  
 6: ダサチニブ水和物、ニロチニブ塩酸塩水和物  
 7: ネララビン



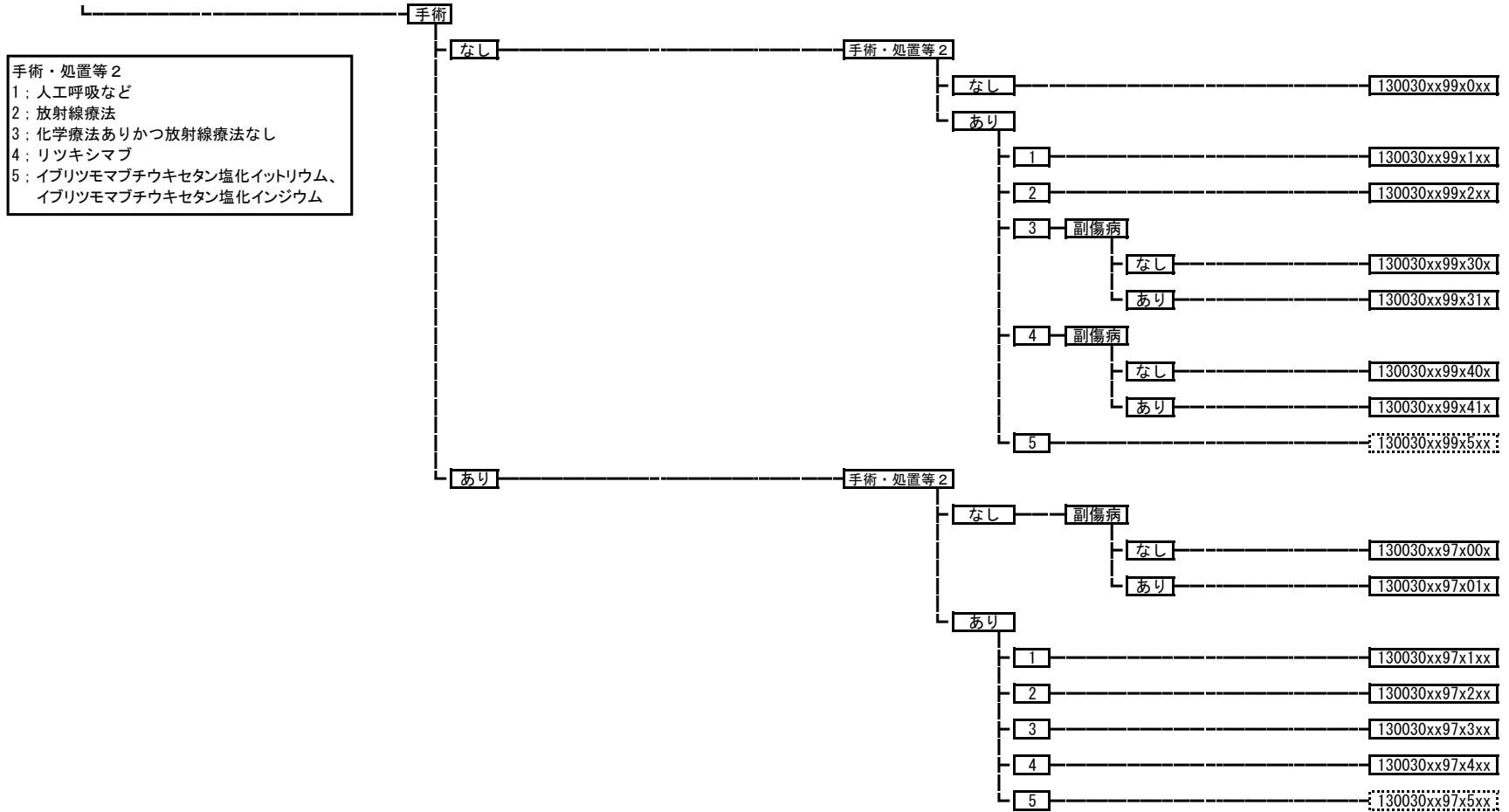


**130020** ホジキン病

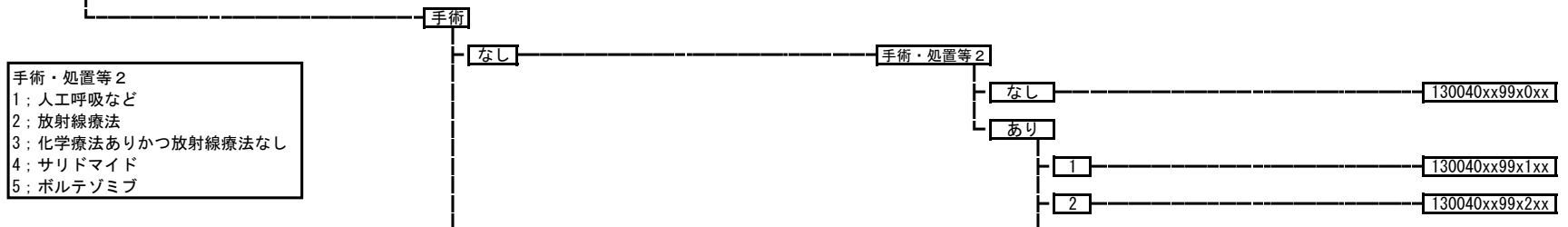
手術・処置等 2  
 1; 人工呼吸など  
 2; 放射線療法  
 3; 化学療法ありかつ放射線療法なし

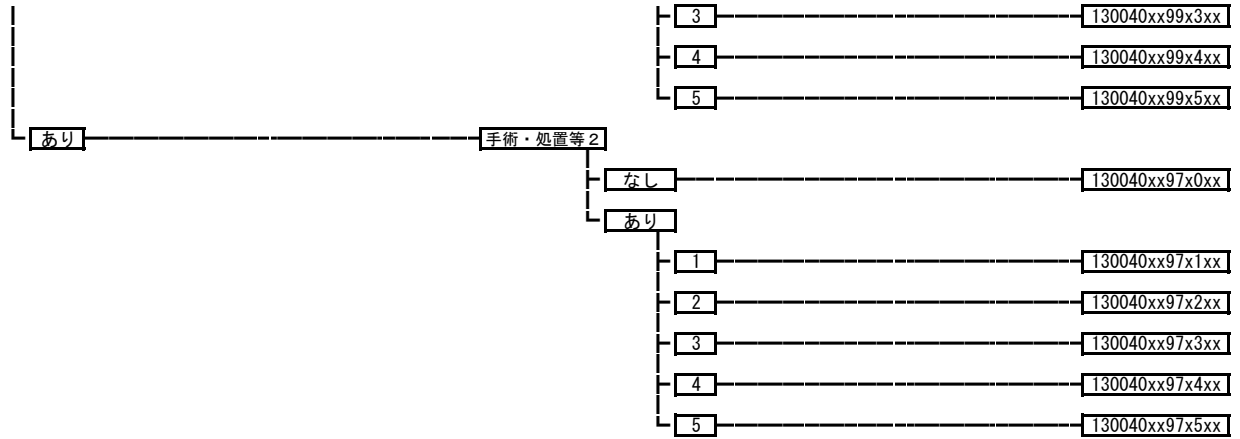


**130030** 非ホジキンリンパ腫

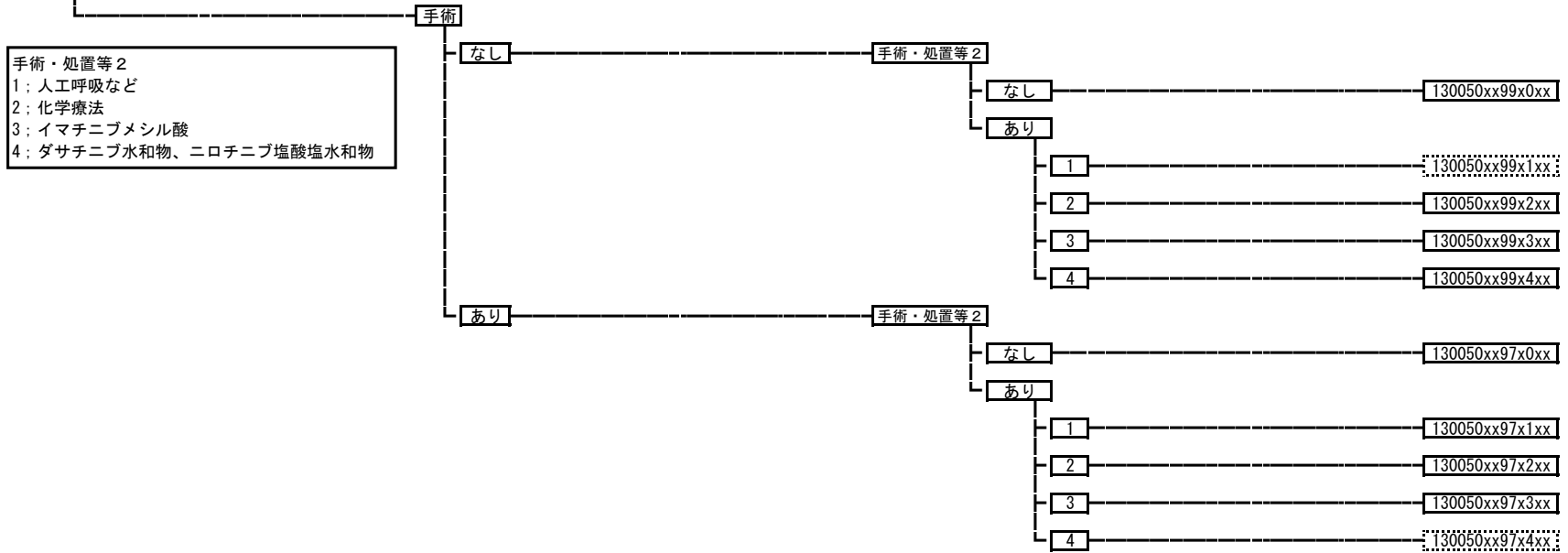


**130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物**





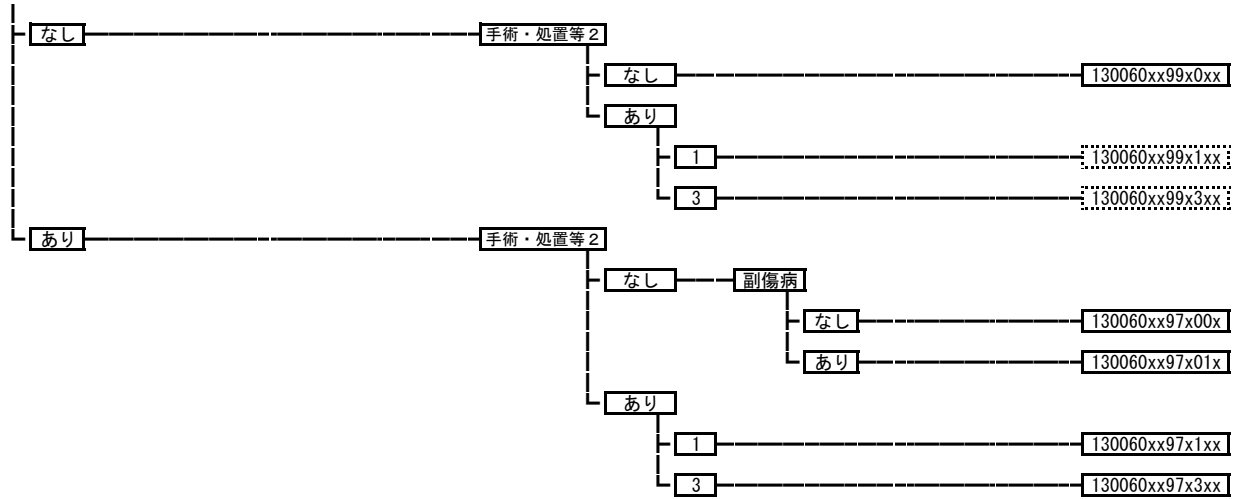
**130050** 慢性白血病、骨髄増殖性疾患



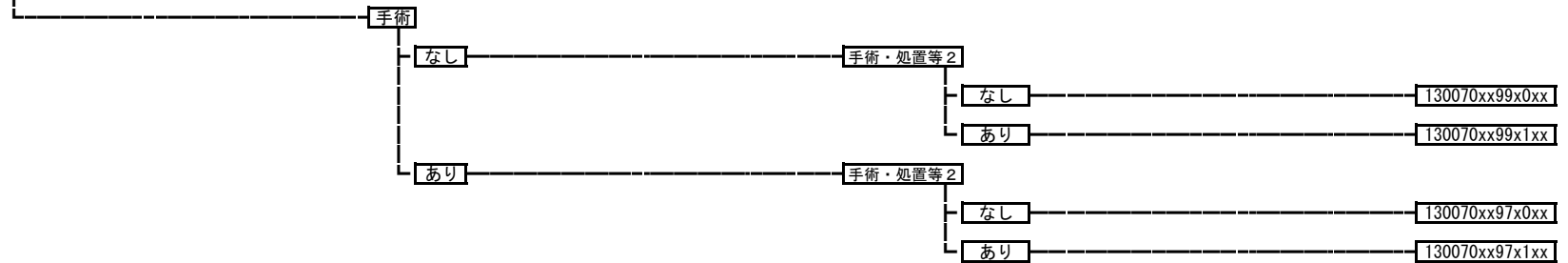
**130060** 骨髄異形成症候群



手術・処置等 2  
1; 人工呼吸など  
3; 化学療法

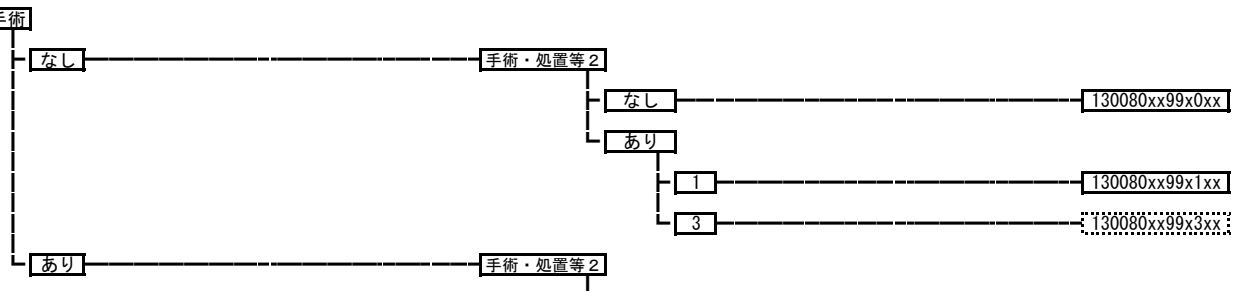


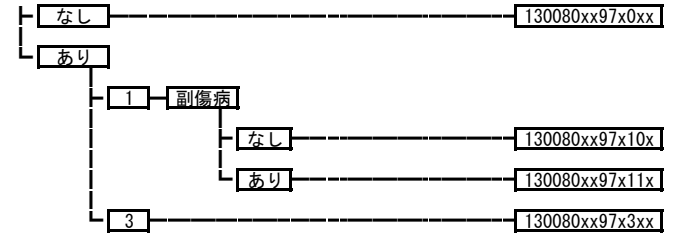
**130070 白血球疾患（その他）**



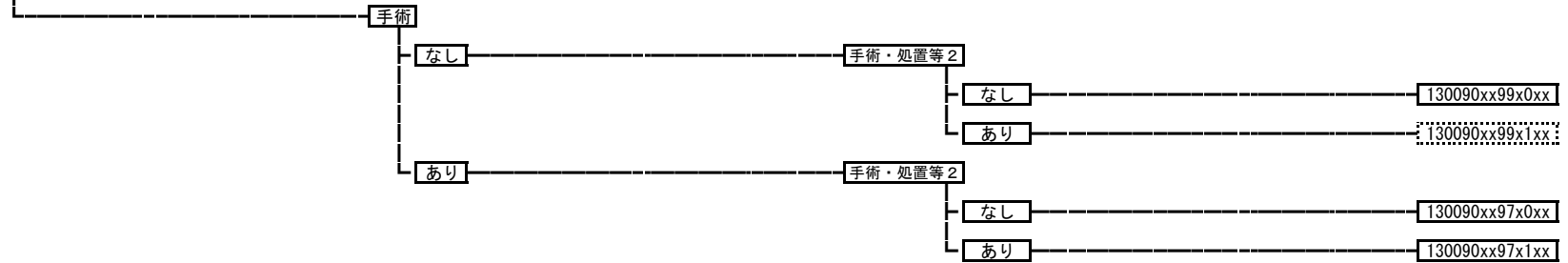
**130080 再生不良性貧血**

手術・処置等 2  
1; 人工呼吸など  
3; 抗リンパ球グロブリン



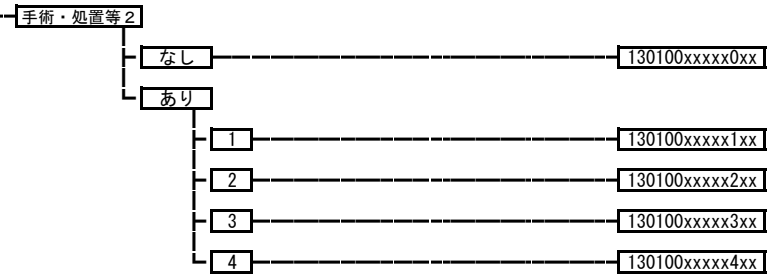


**130090 貧血（その他）**



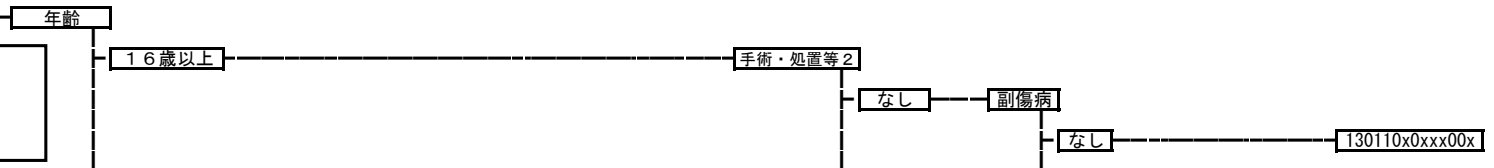
**130100 播種性血管内凝固症候群**

手術・処置等 2  
 1：中心静脈注射  
 2：人工呼吸、血漿交換療法  
 3：アンチトロンビンⅢ製剤  
 4：トロンボモデュリン アルファ

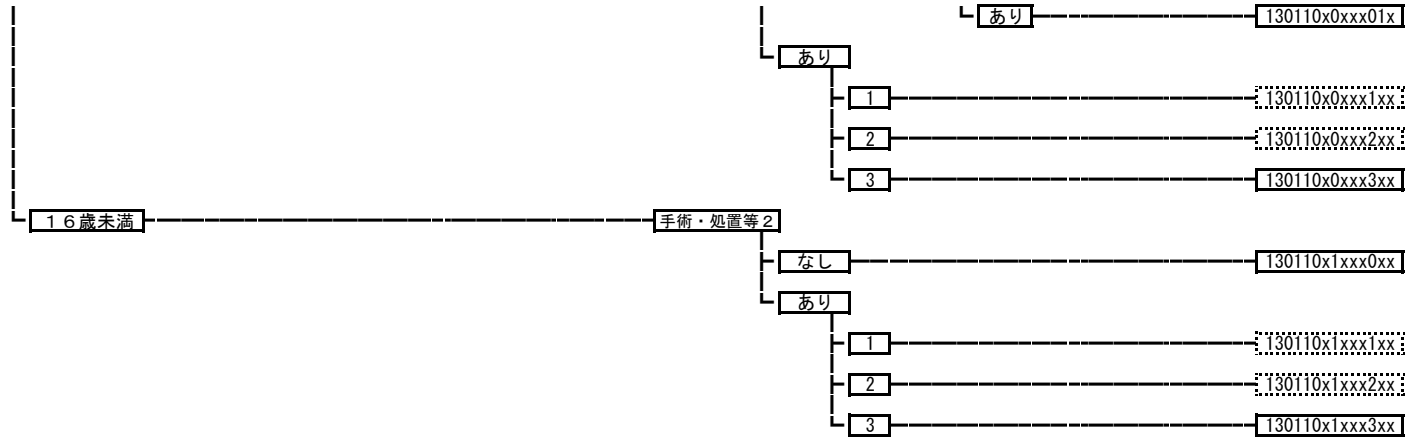


**130110 出血性疾患（その他）**

手術・処置等 2  
 1：人工呼吸など  
 2：アルガトロバン水和物  
 3：ガンマグロブリン





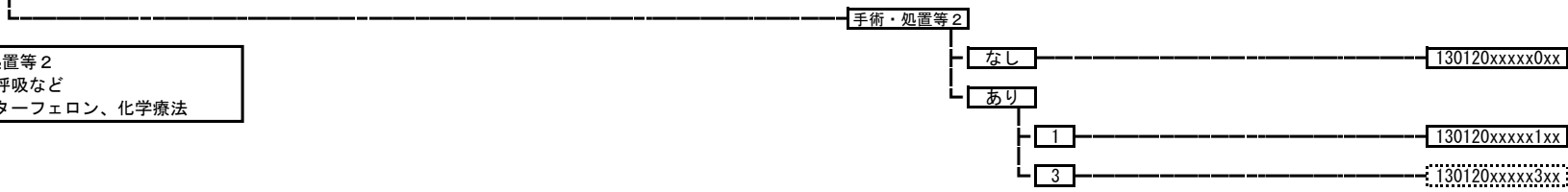


**130111 アレルギー性紫斑病**

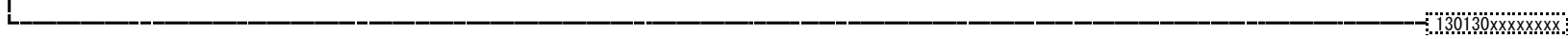


**130120 血液疾患（その他）**

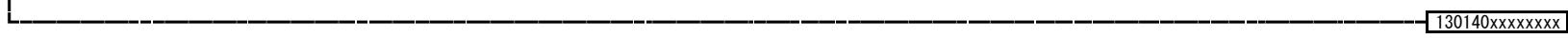
手術・処置等 2  
1; 人工呼吸など  
3; インターフェロン、化学療法



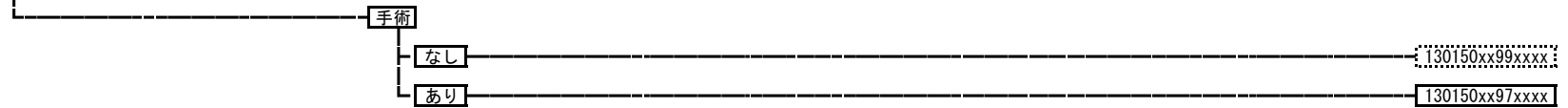
**130130 凝固異常（その他）**



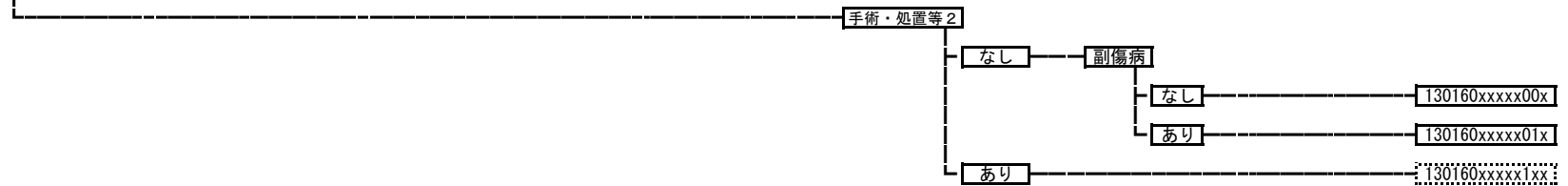
**130140 造血器疾患（その他）**



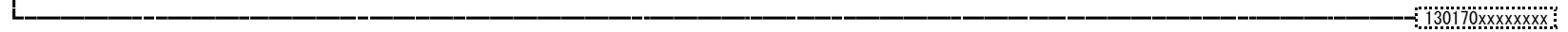
**130150 原発性免疫不全症候群**



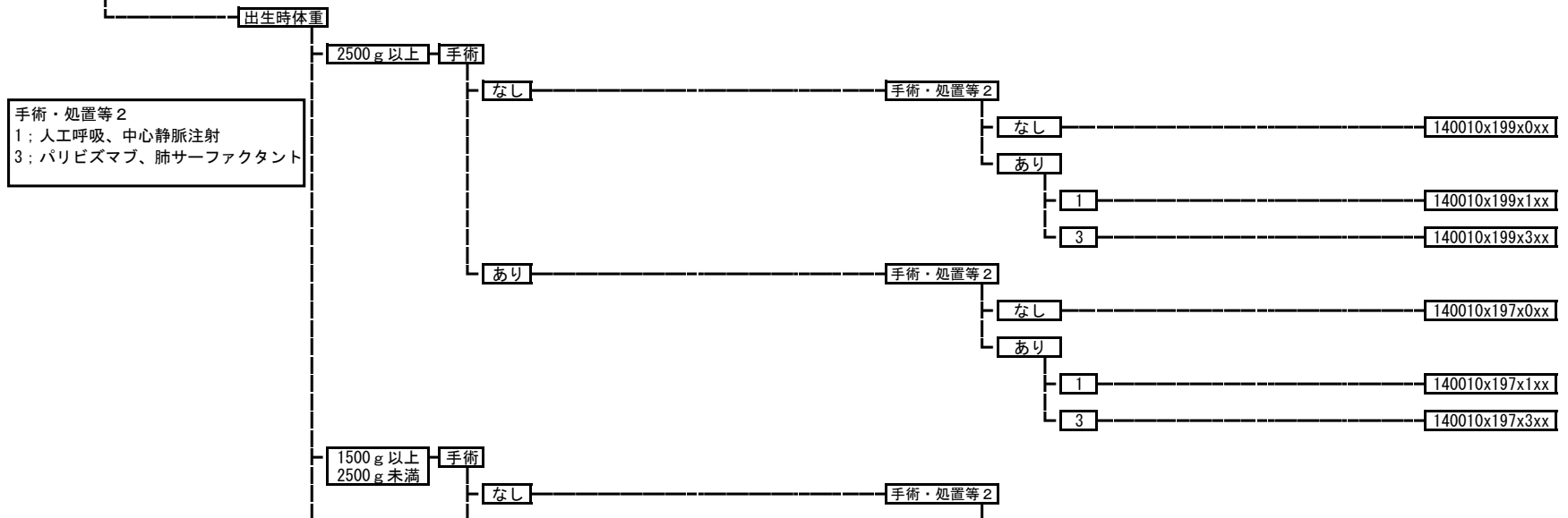
**130160 後天性免疫不全症候群**

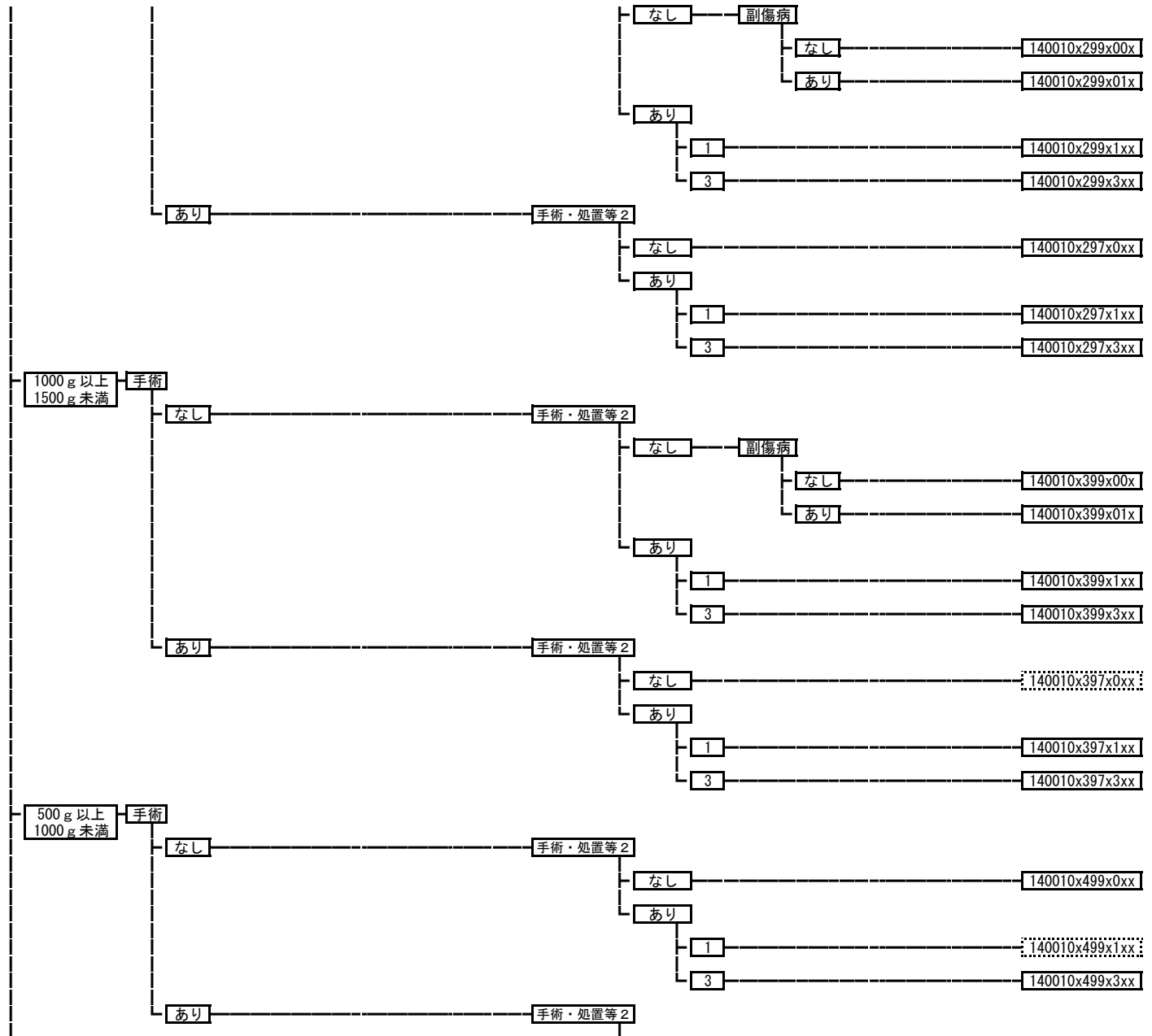


**130170 血友病**



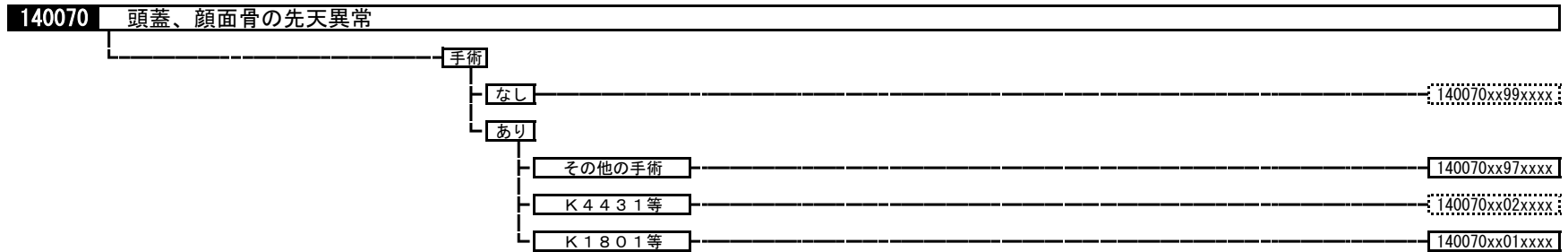
**140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害**



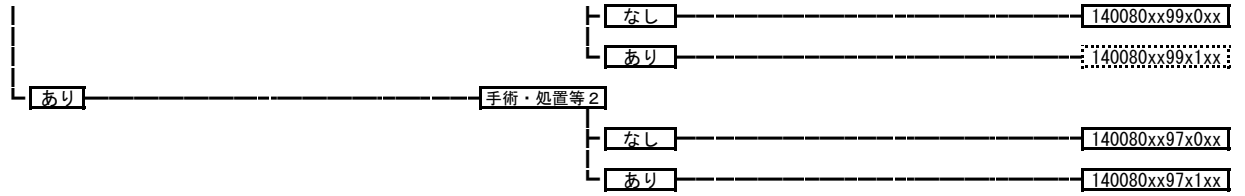




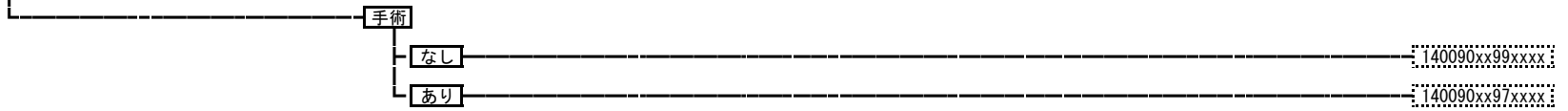
**140060** 新生児胃破裂  
 140060xxxxxxxxx



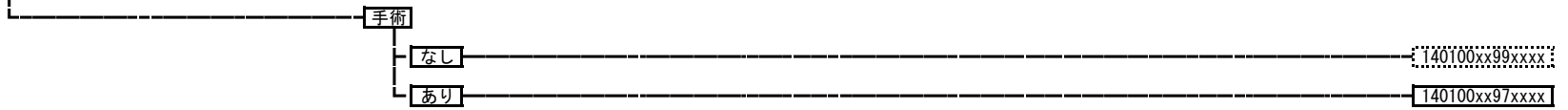
**140080** 脳、脊髄の先天異常  
 手術  
 なし 手術・処置等2



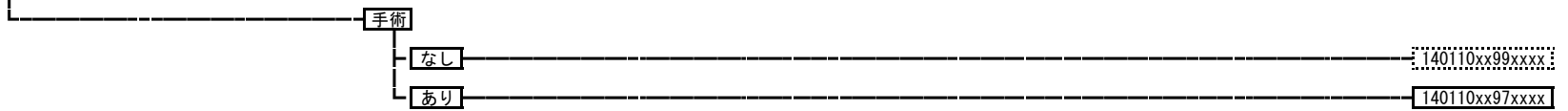
**140090 先天性鼻涙管閉塞**



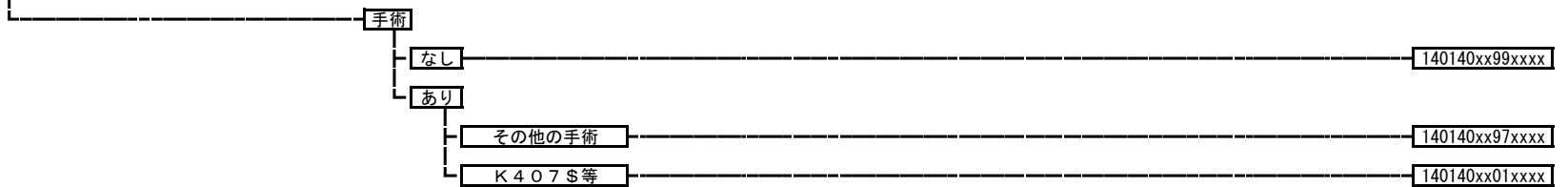
**140100 眼の先天異常**



**140110 鼻の先天異常**

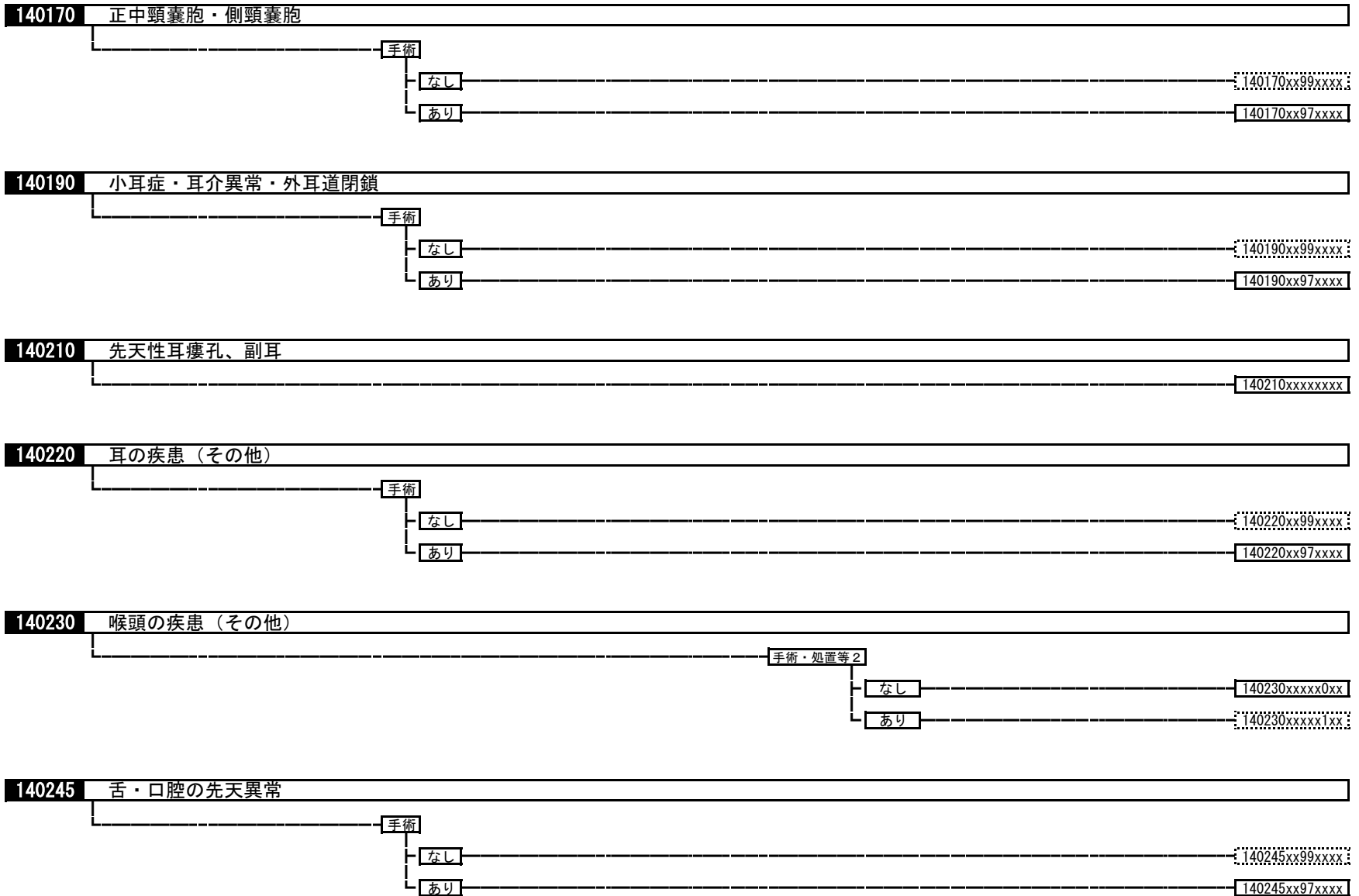


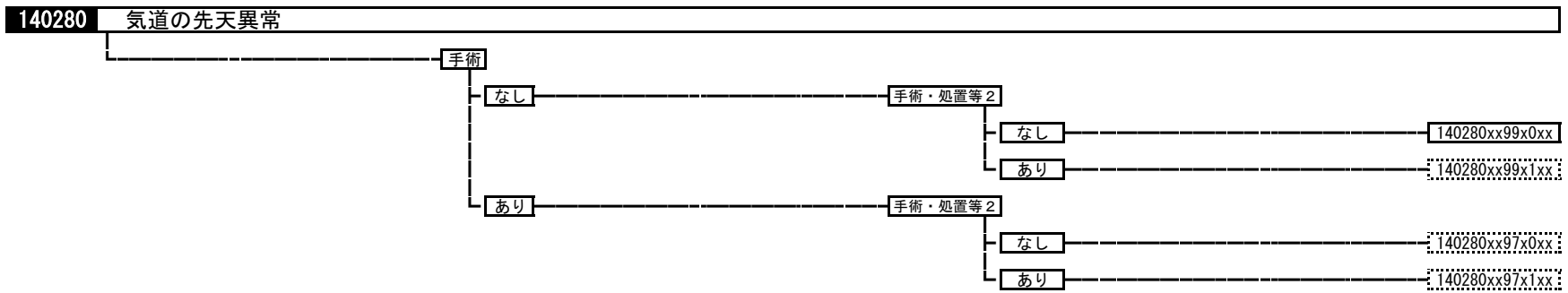
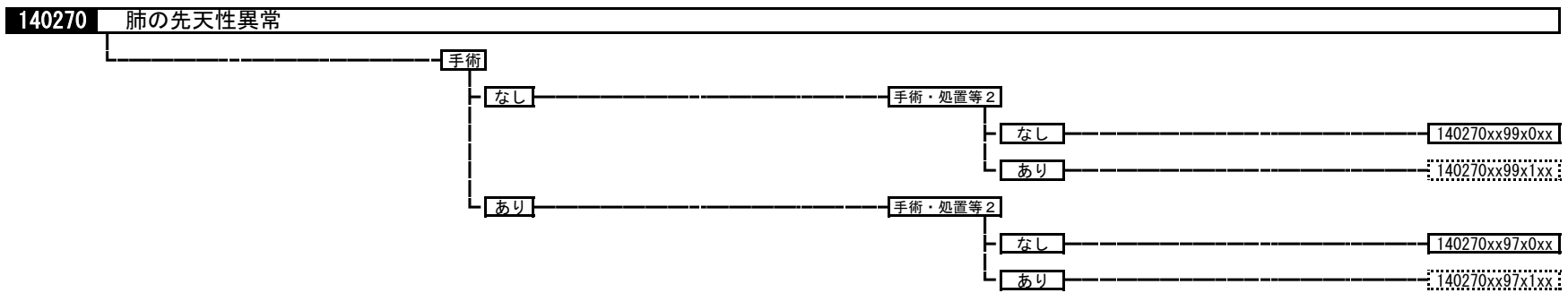
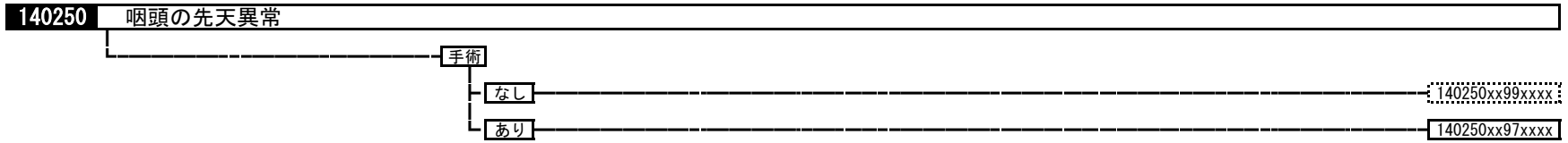
**140140 口蓋・口唇先天性疾患**



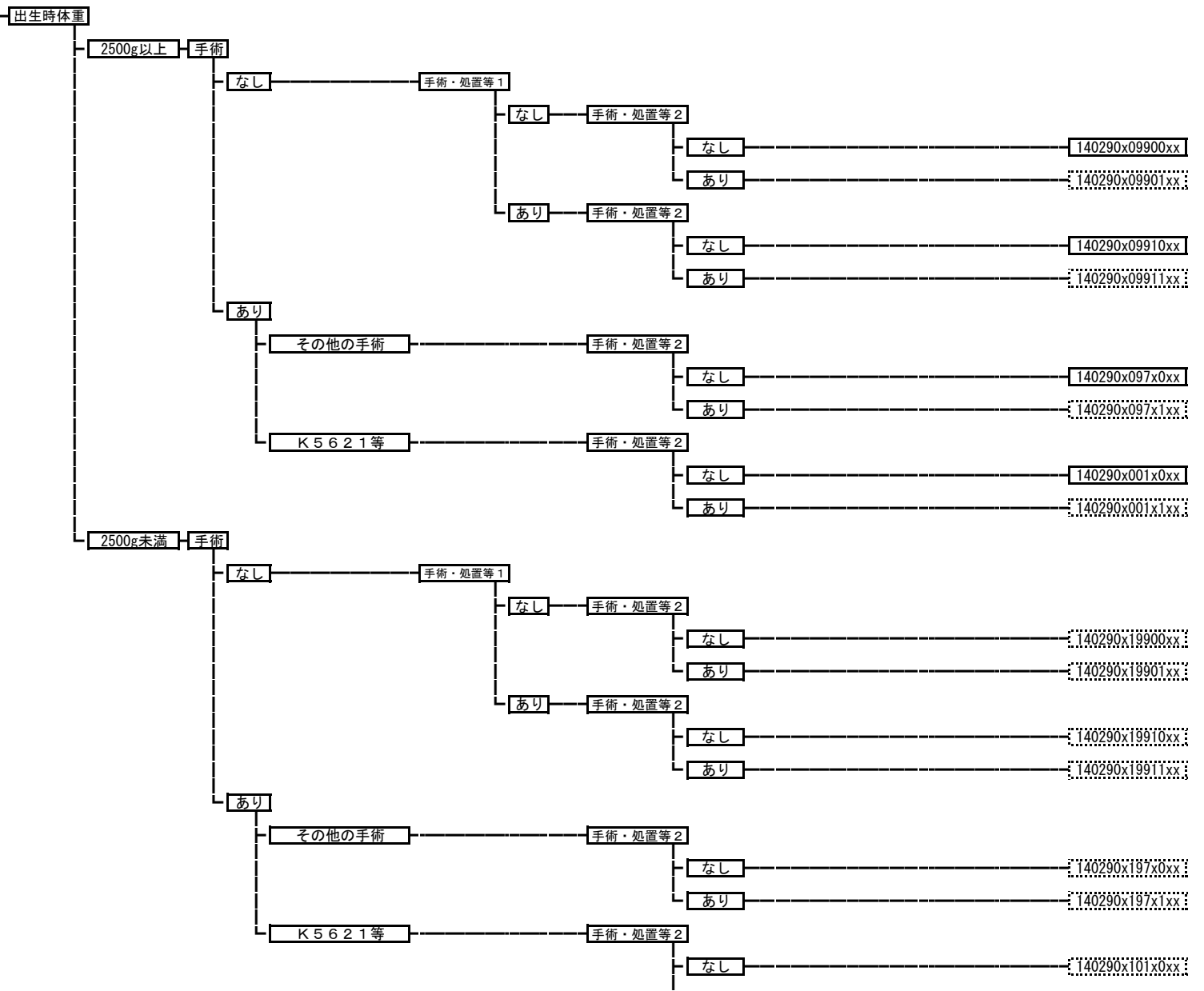
**140160 後鼻孔閉鎖症**







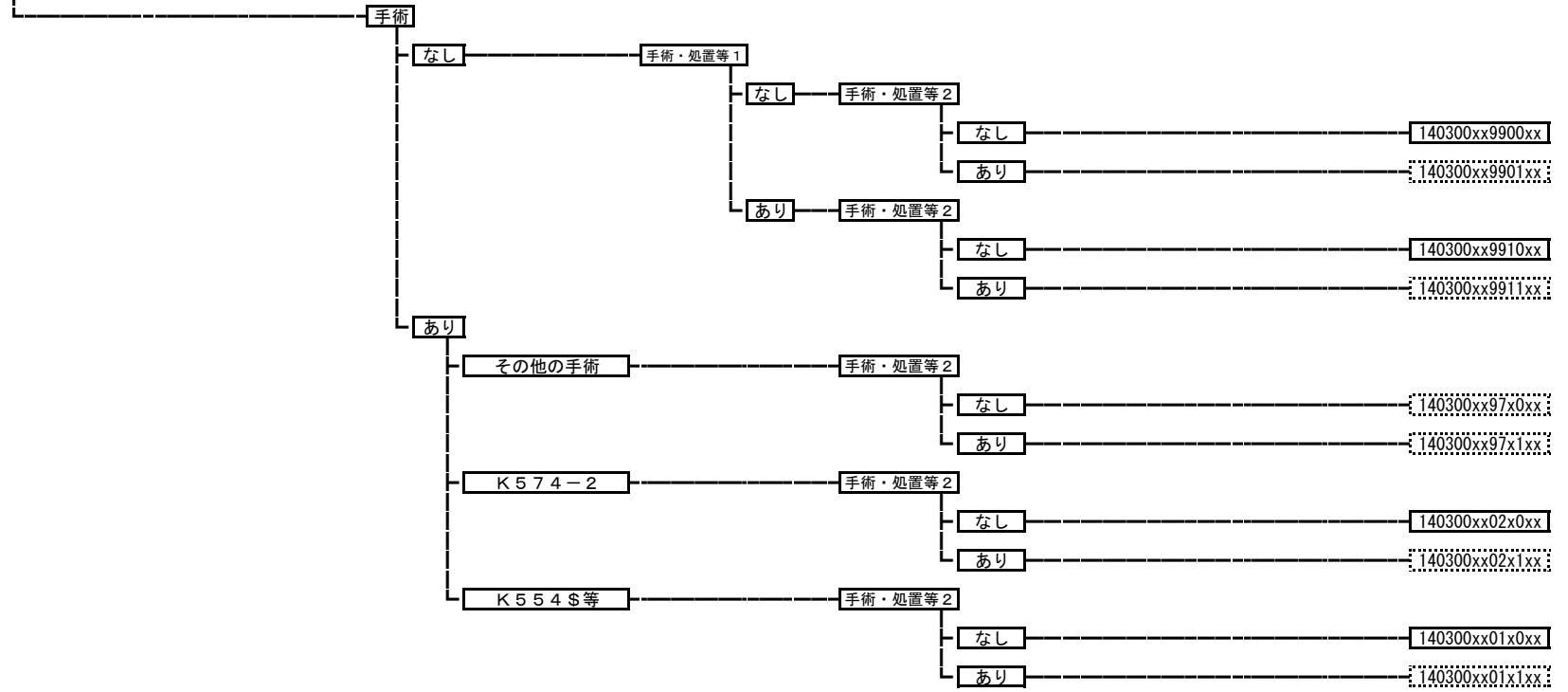
140290 動脈管開存症



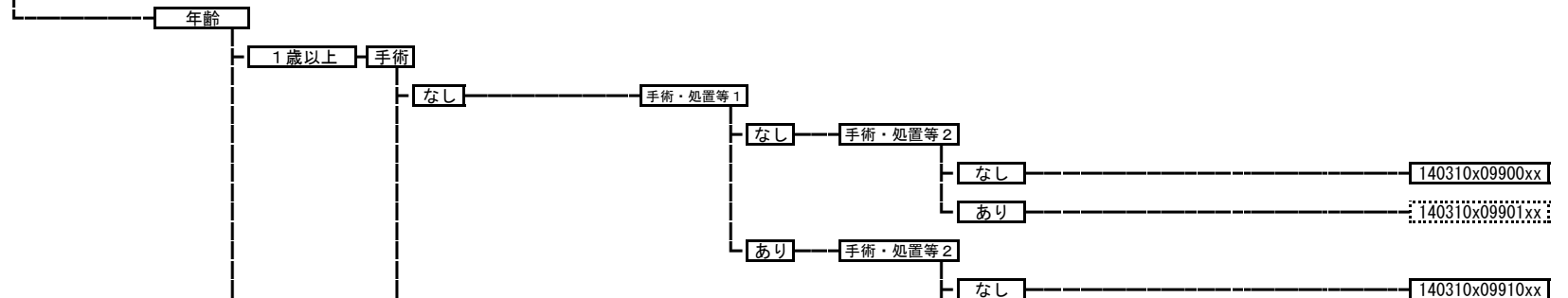


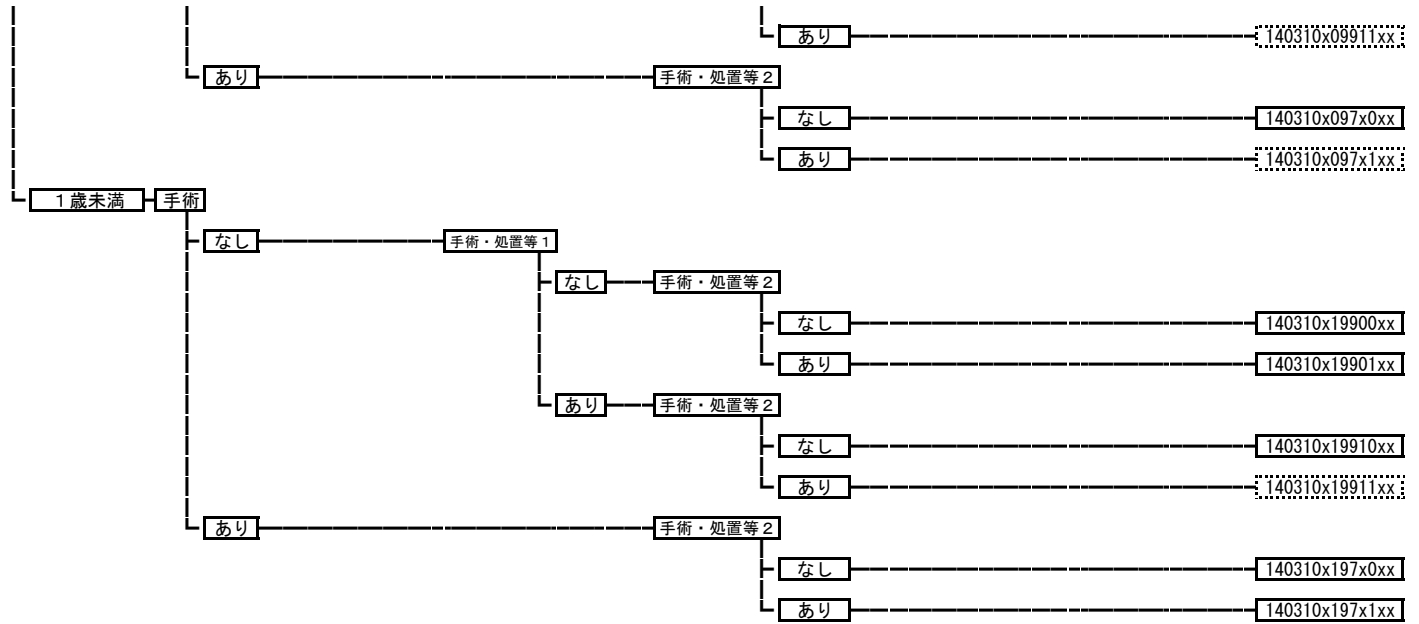
あり 140290x101x1xx

**140300 心房中隔欠損症**

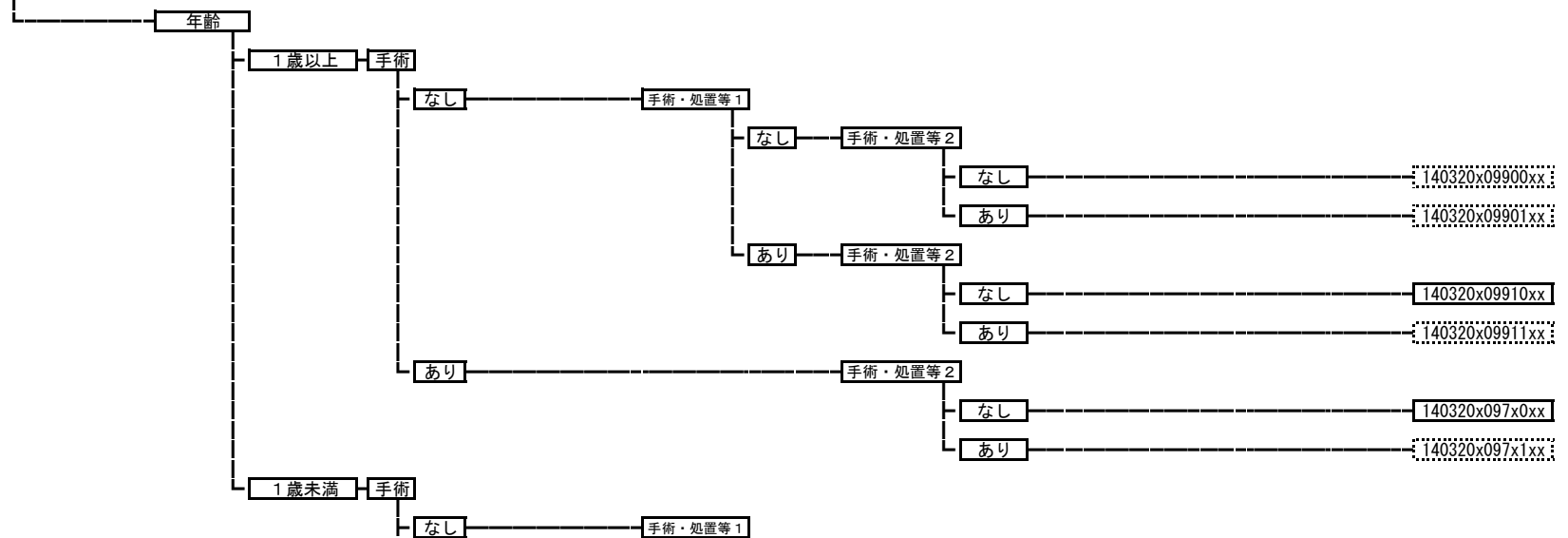


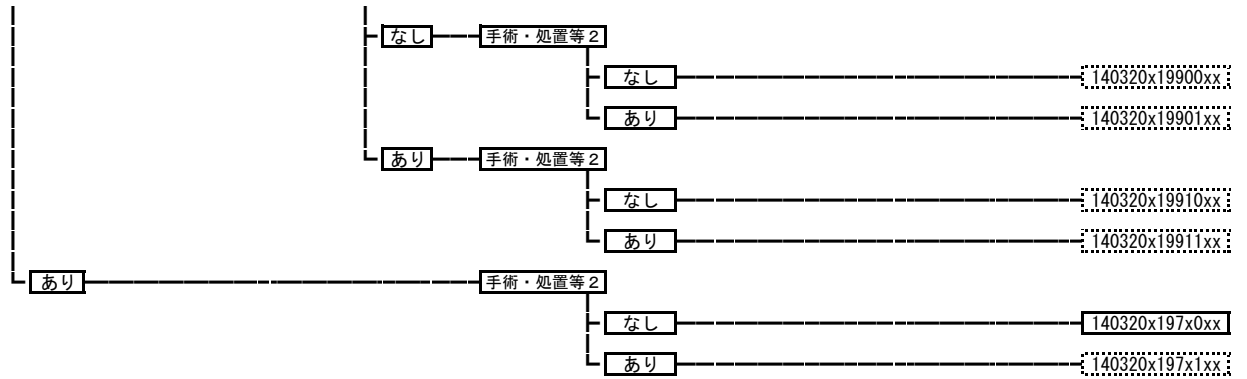
**140310 心室中隔欠損症**



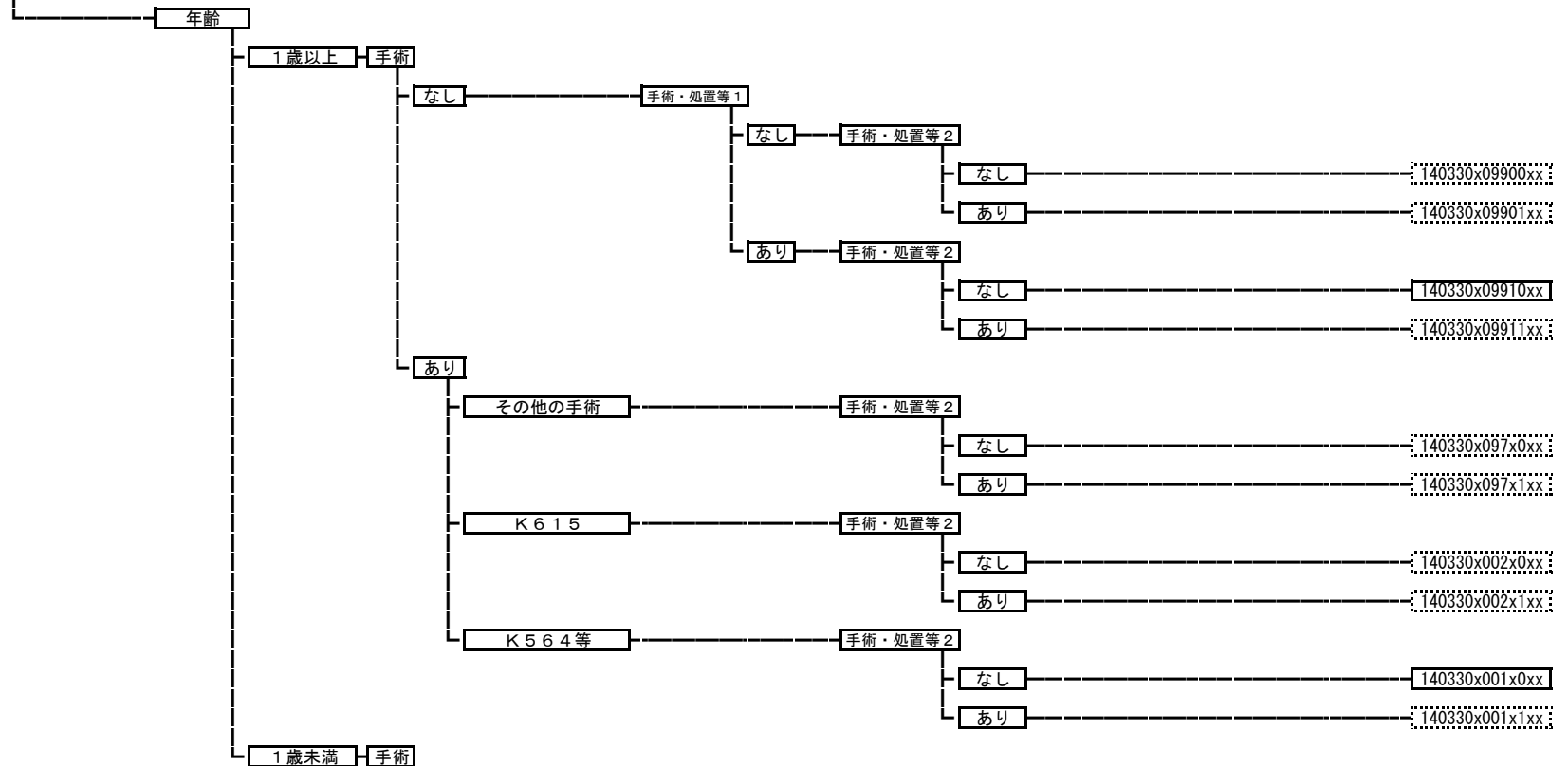


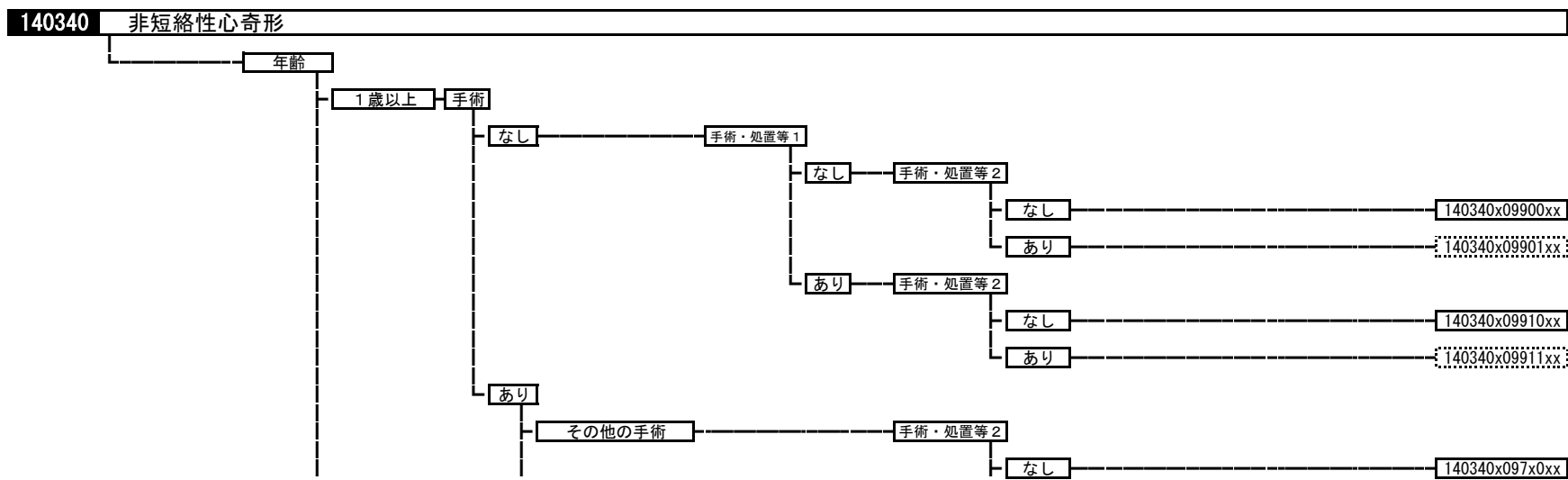
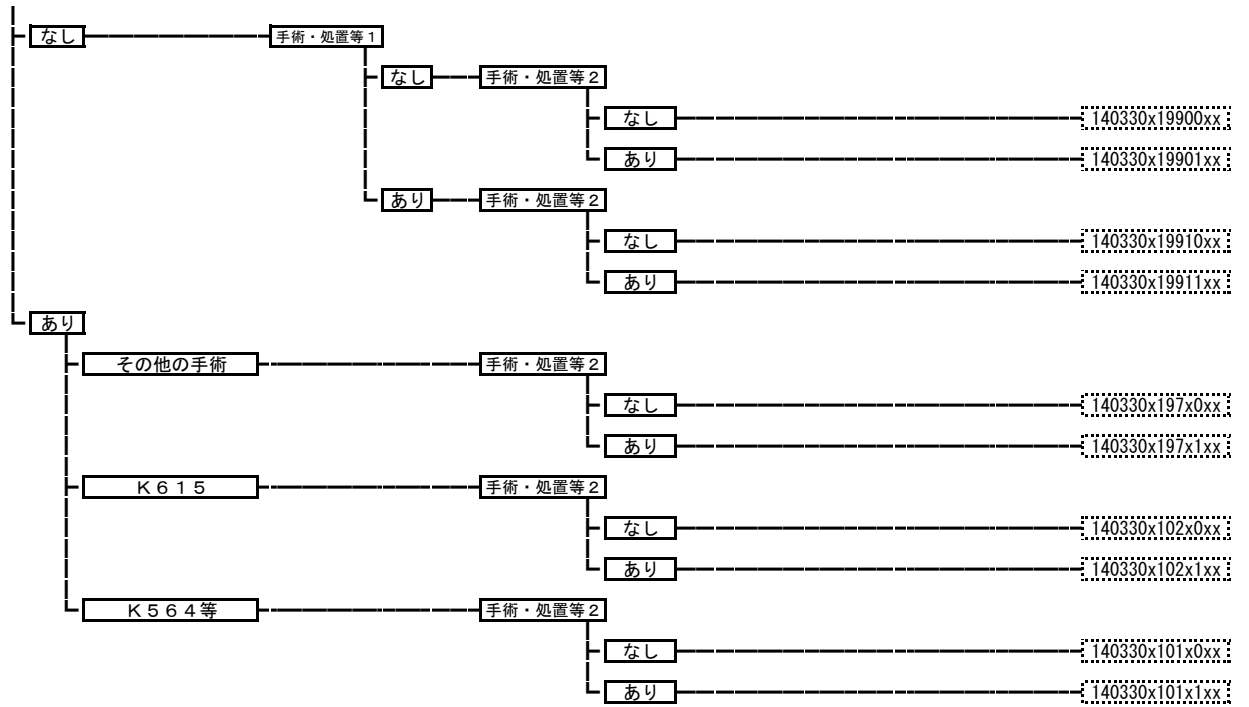
**140320 房室中隔欠損症**

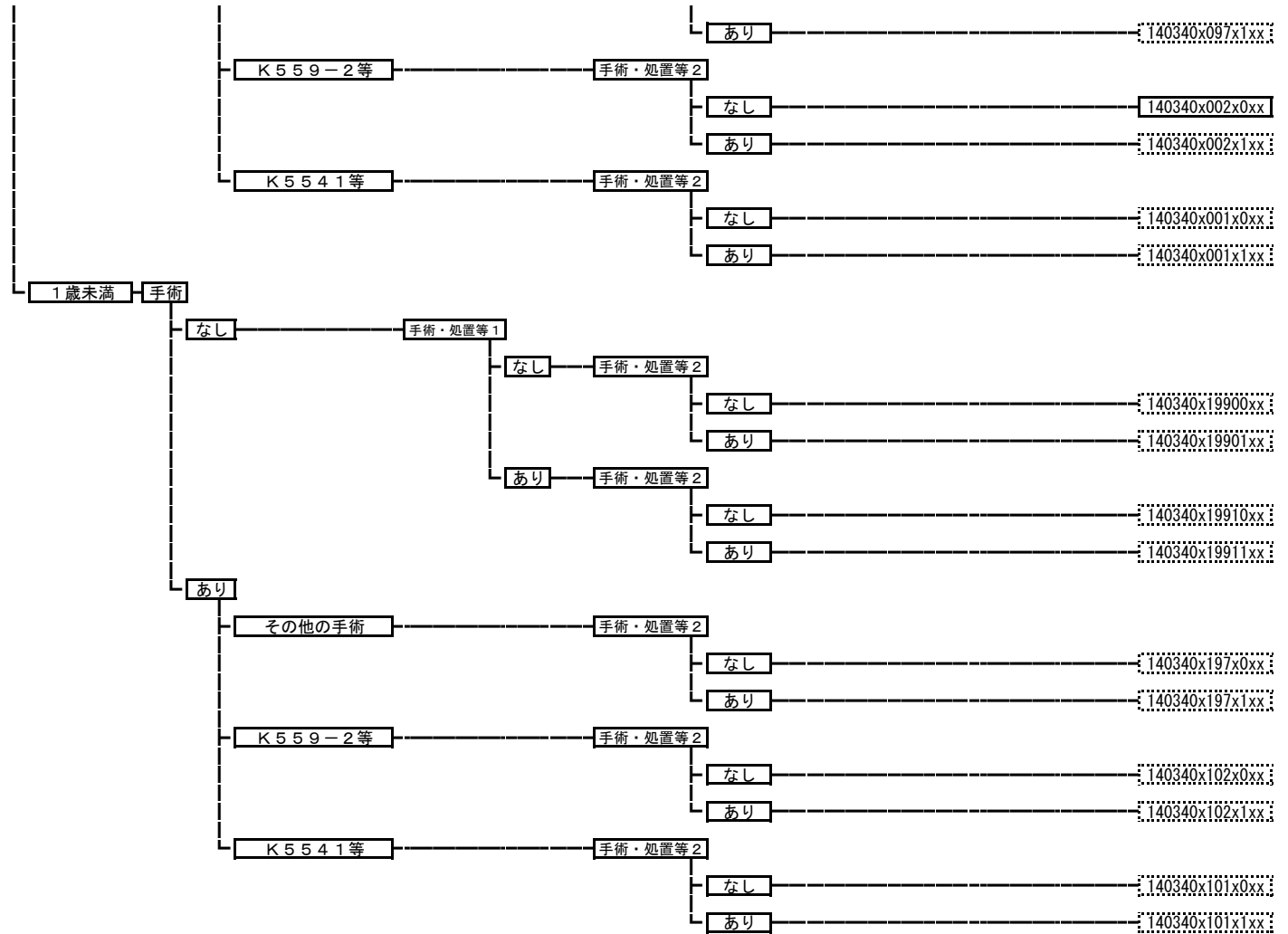




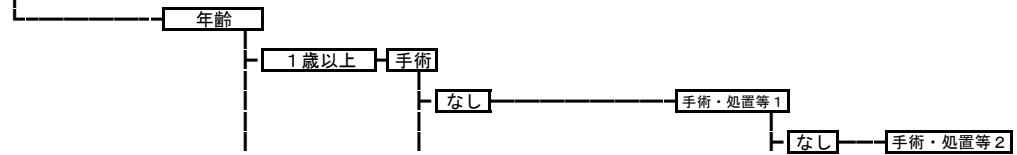
**140330 その他の左右短絡性心奇形**

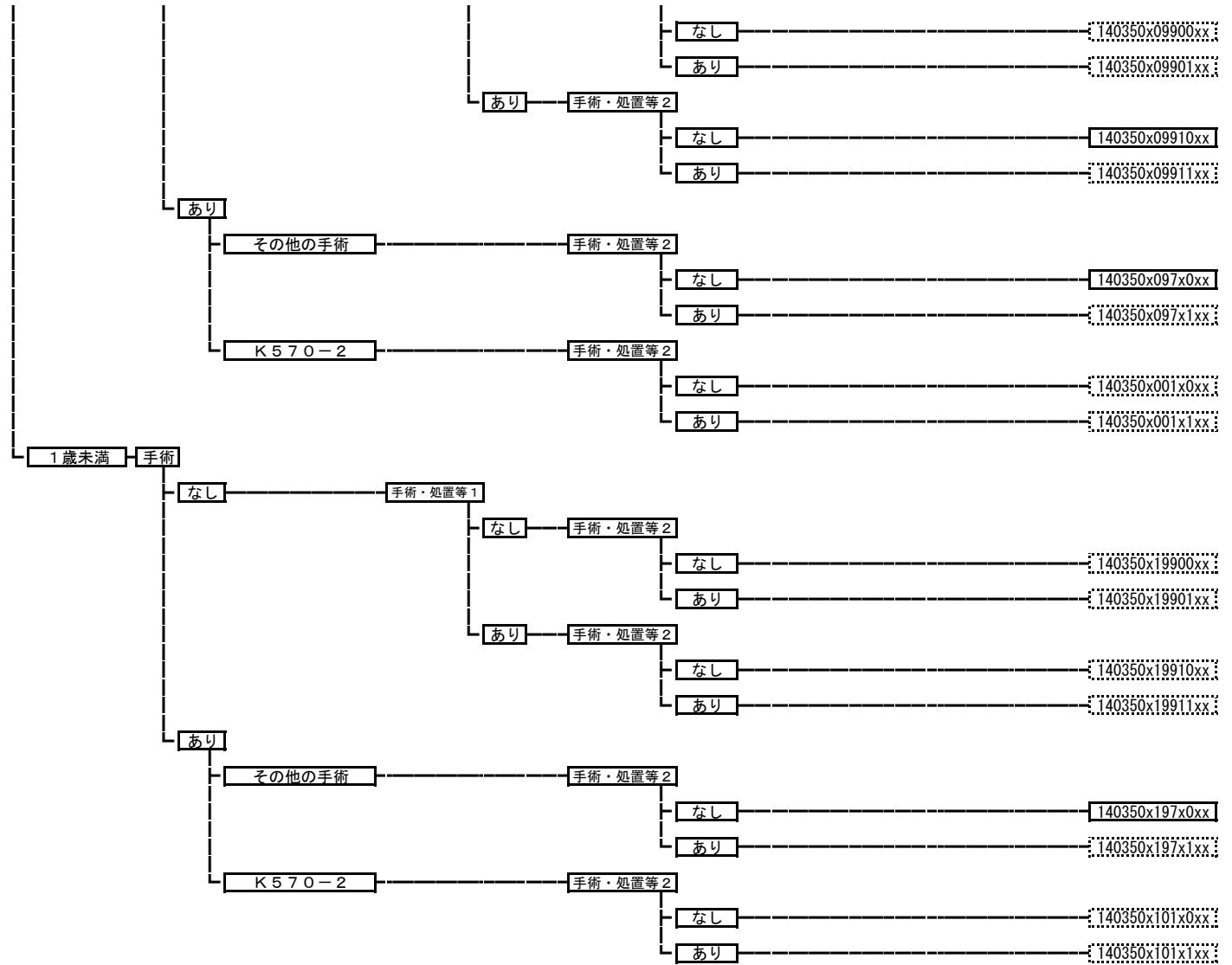




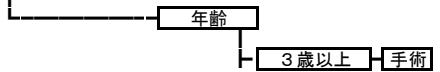


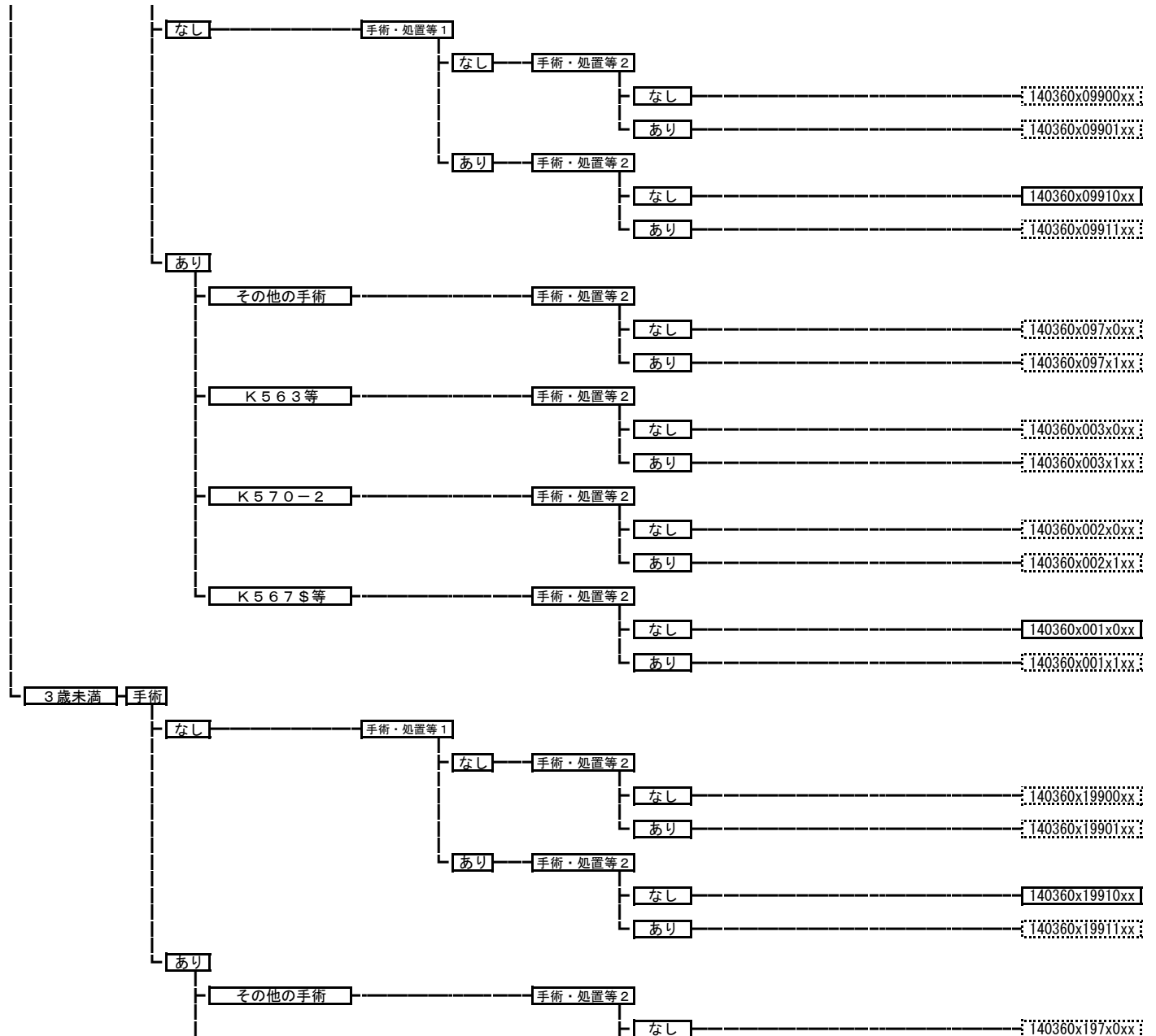
**140350 ファロー四徴症**

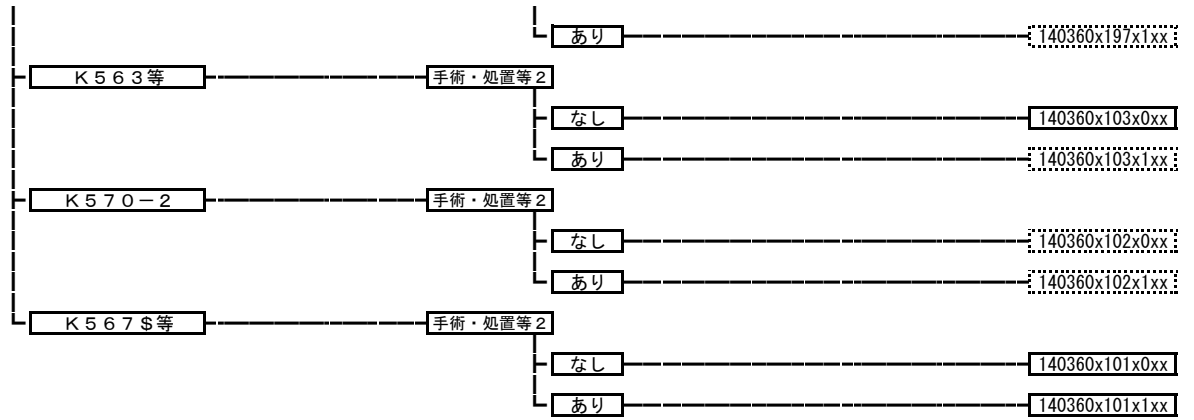




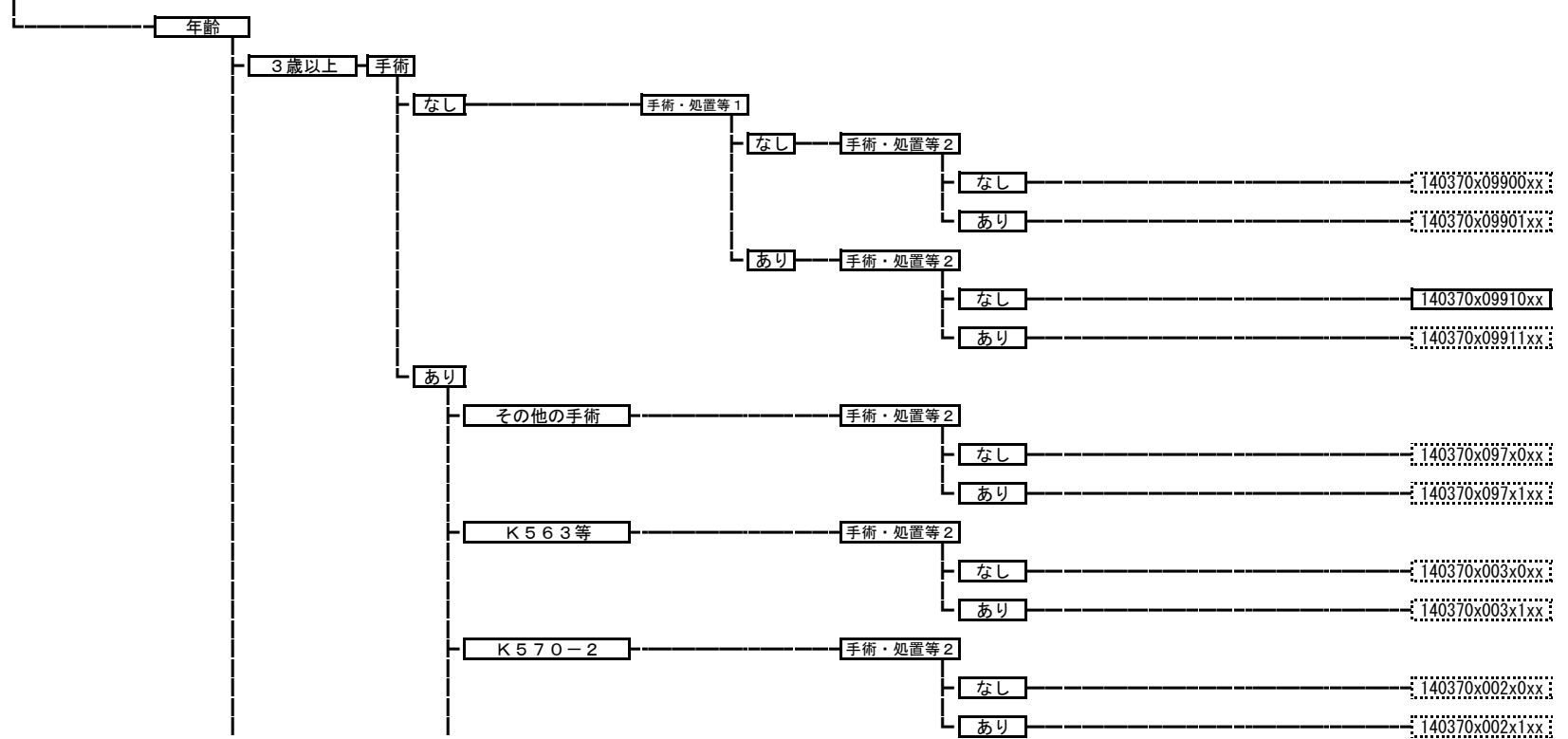
**140360 新生児乳児の先天性心奇形**



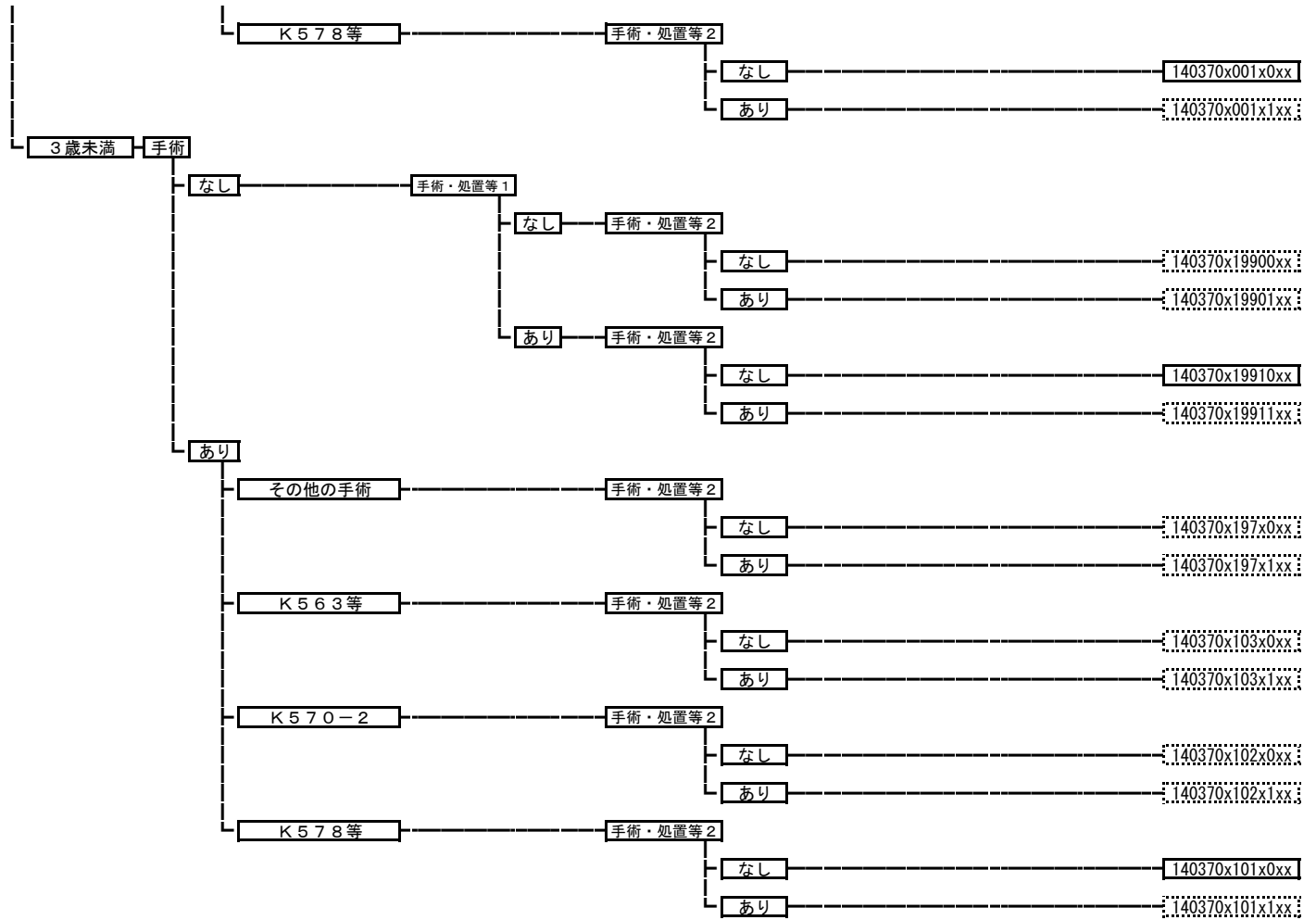




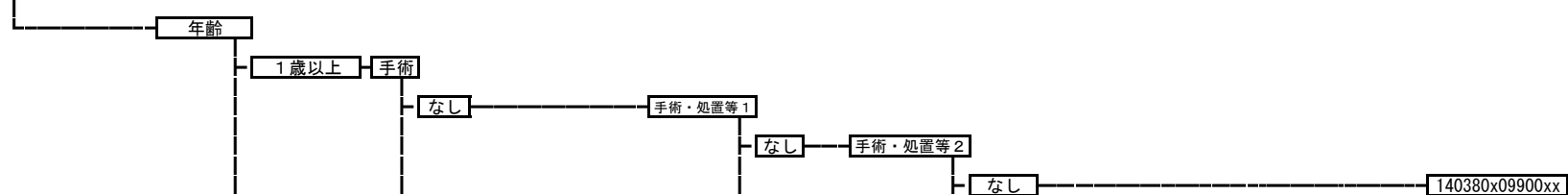
**140370 その他の複雑心奇形**

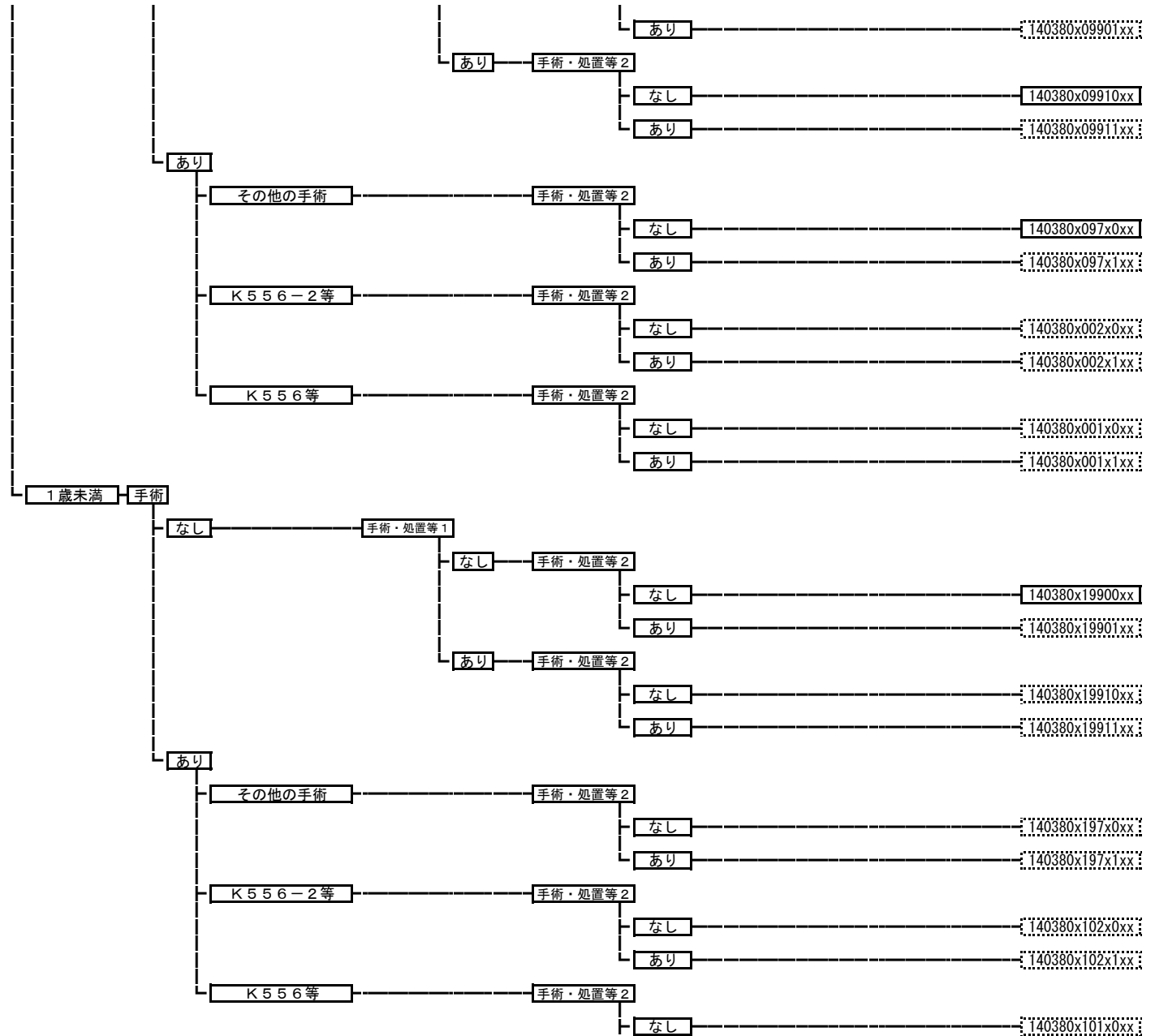






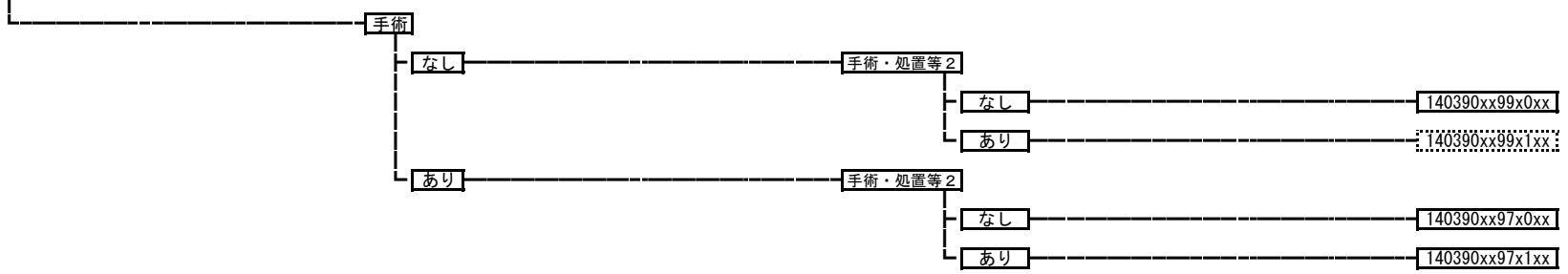
**140380 その他の循環器系の先天性奇形**



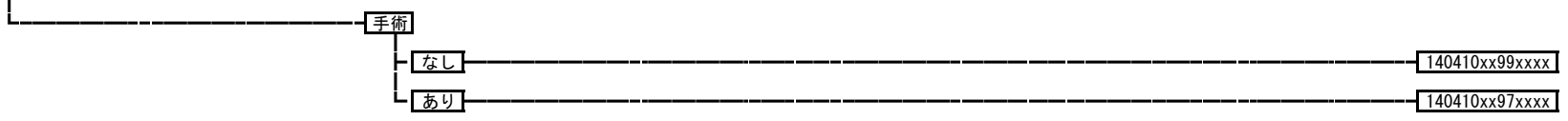


あり 140380x101x1xx

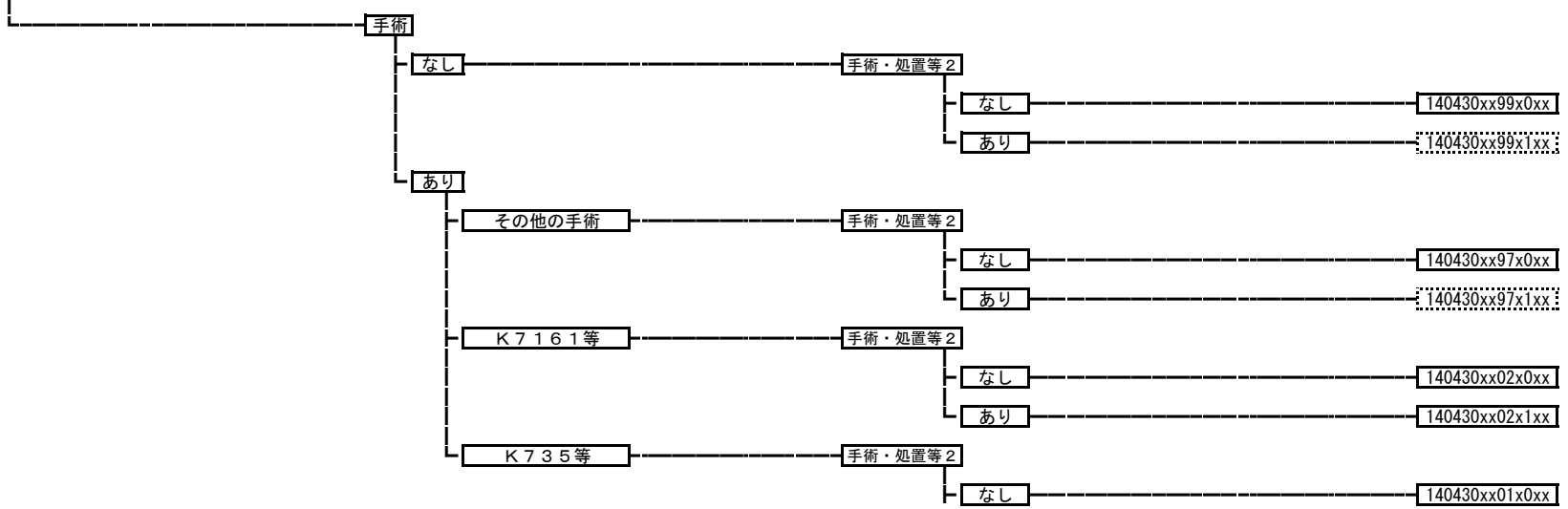
**140390 食道の先天異常**

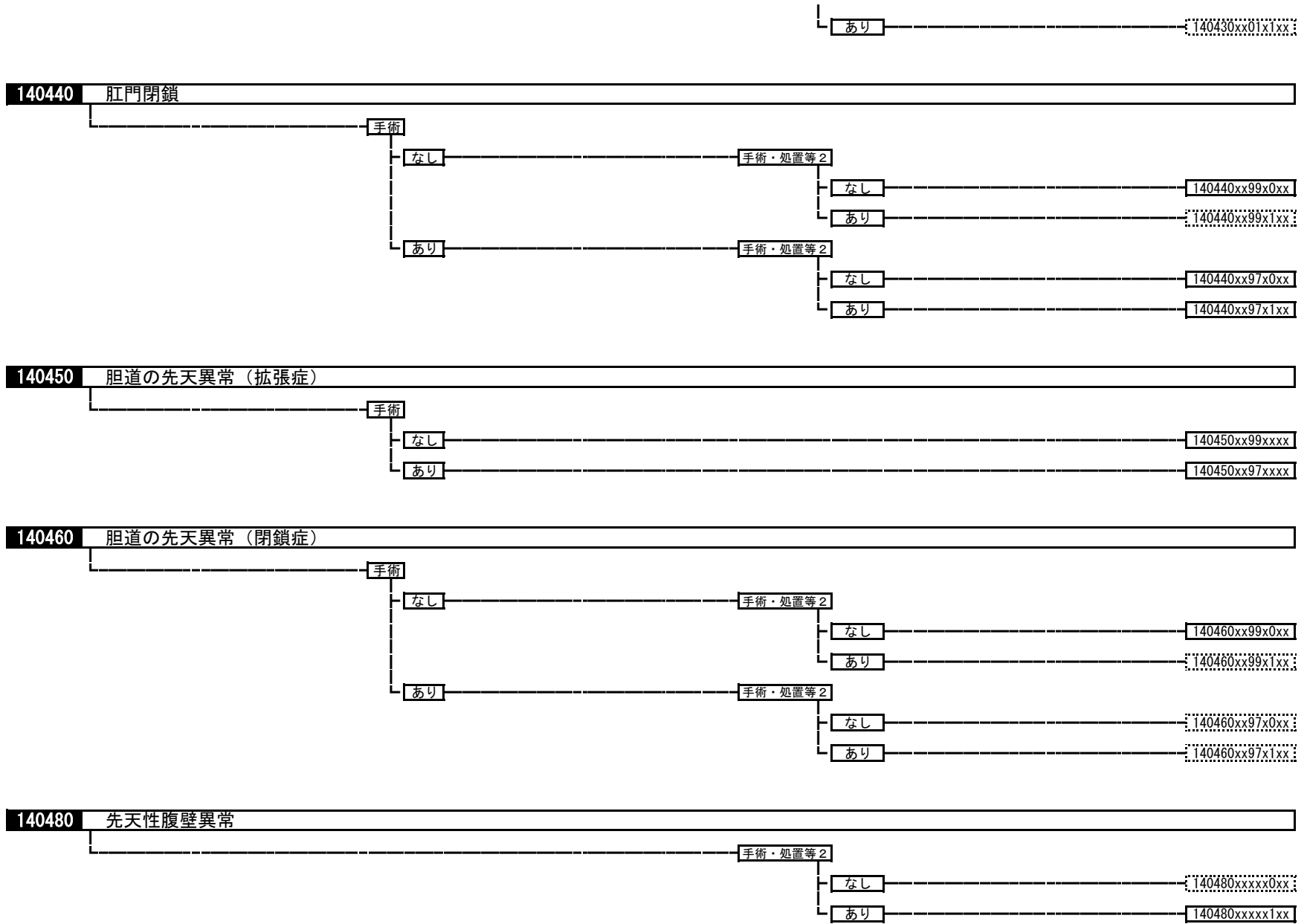


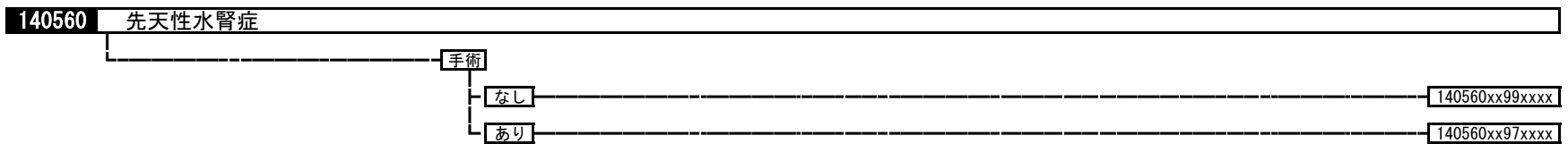
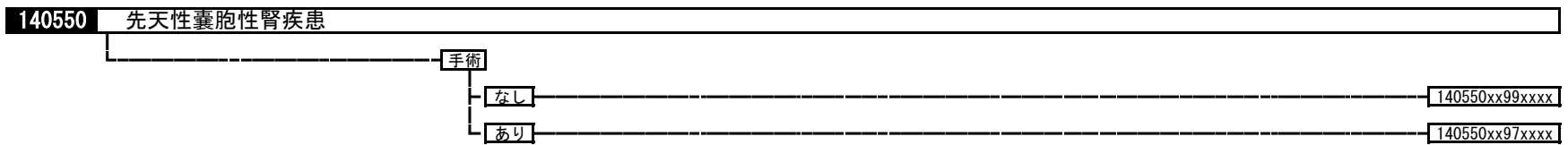
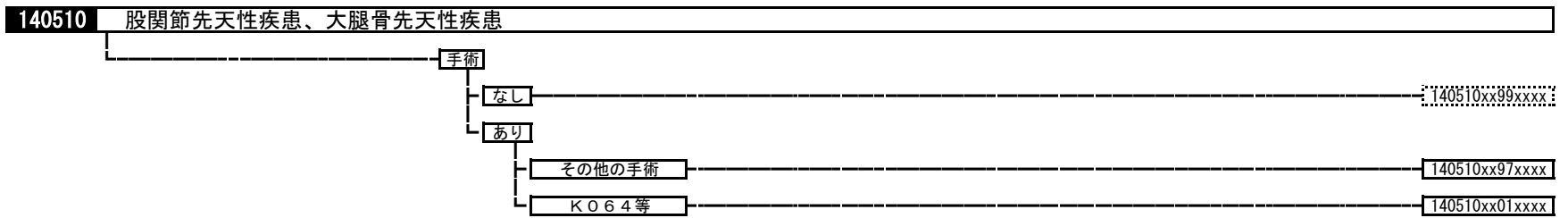
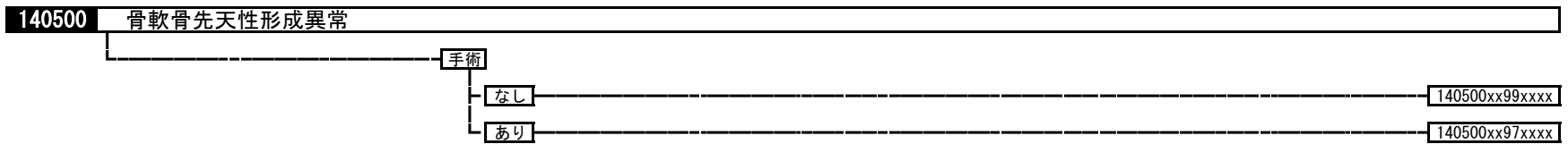
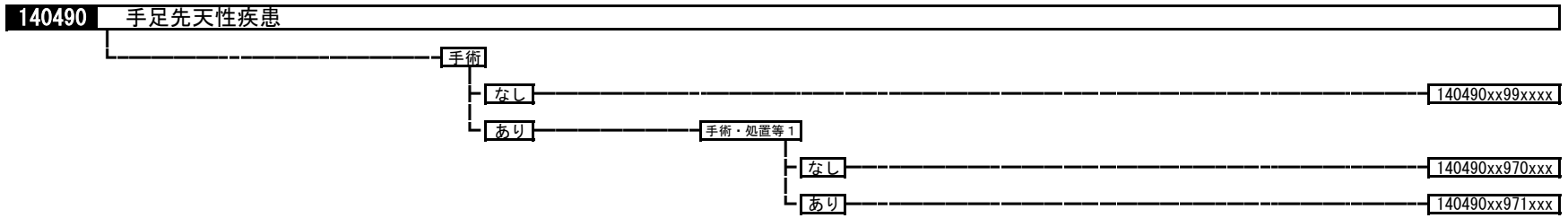
**140410 先天性肥厚性幽門狭窄症**

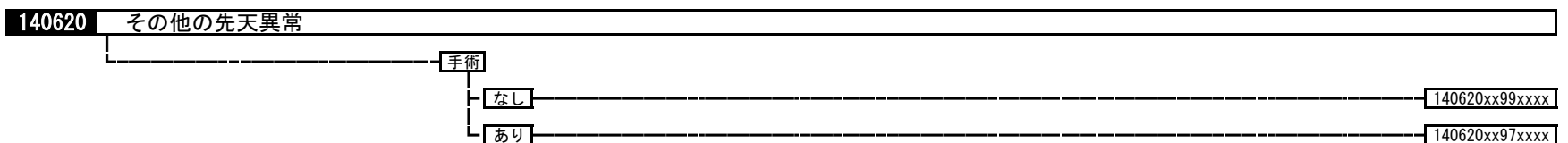
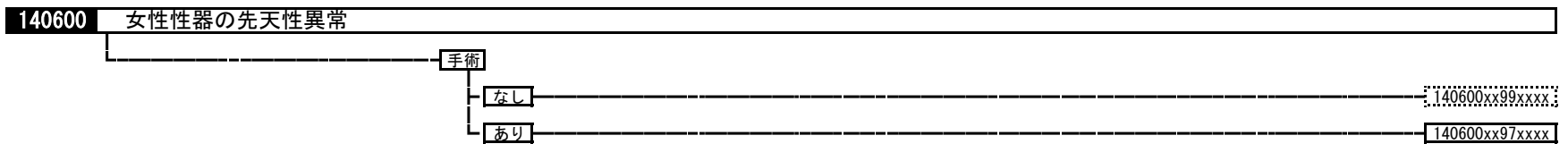
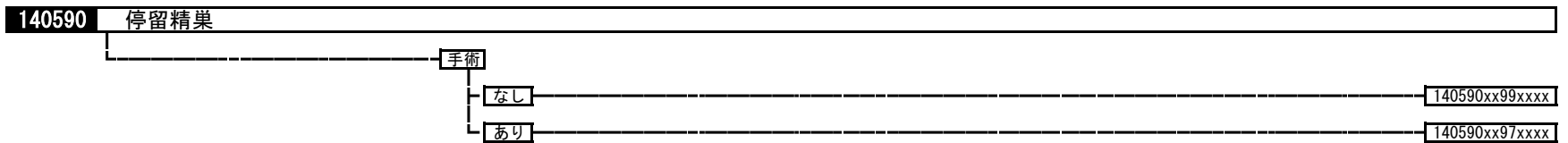
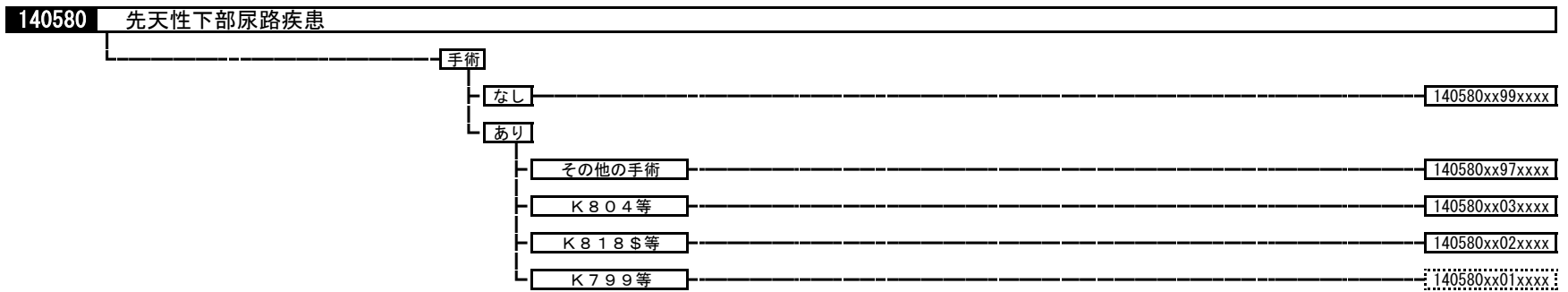
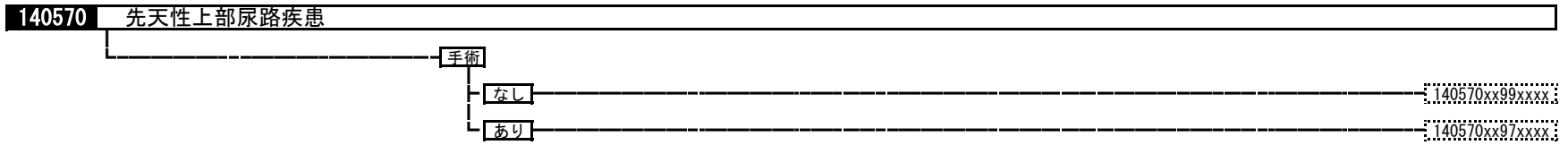


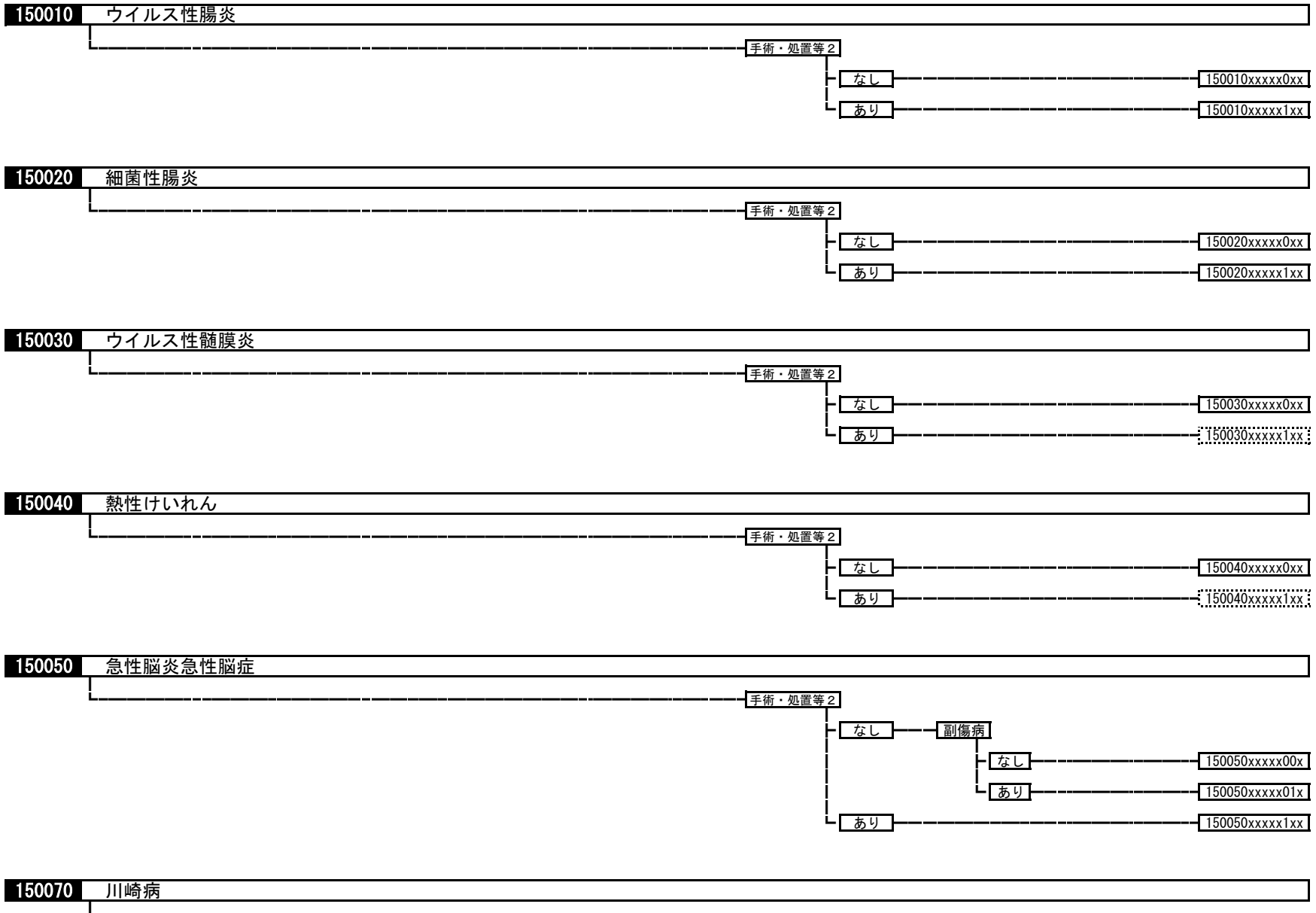
**140430 腸管の先天異常**

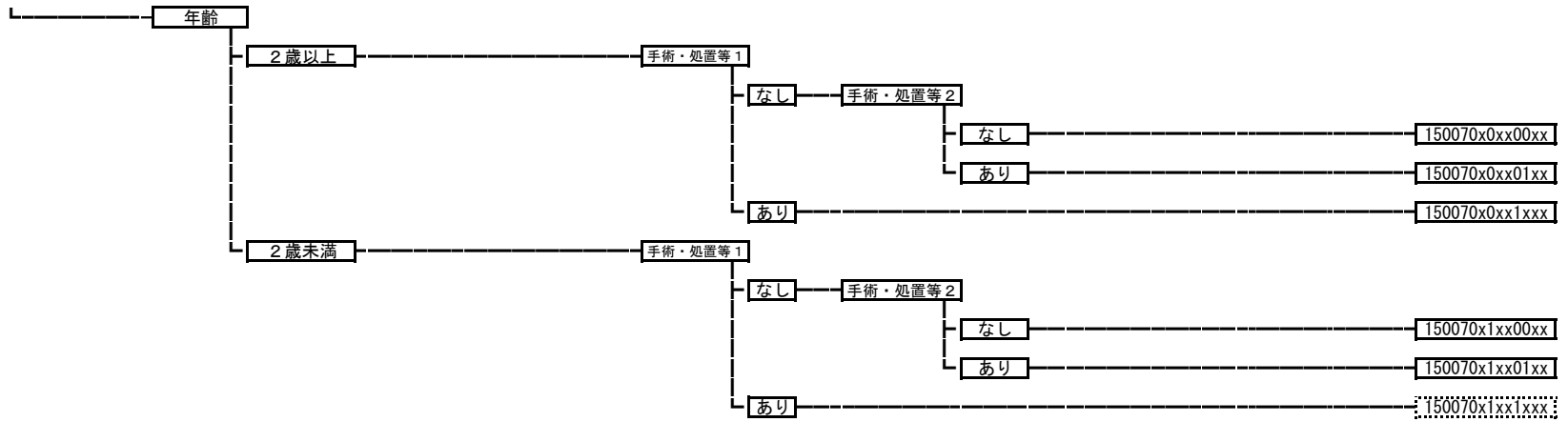






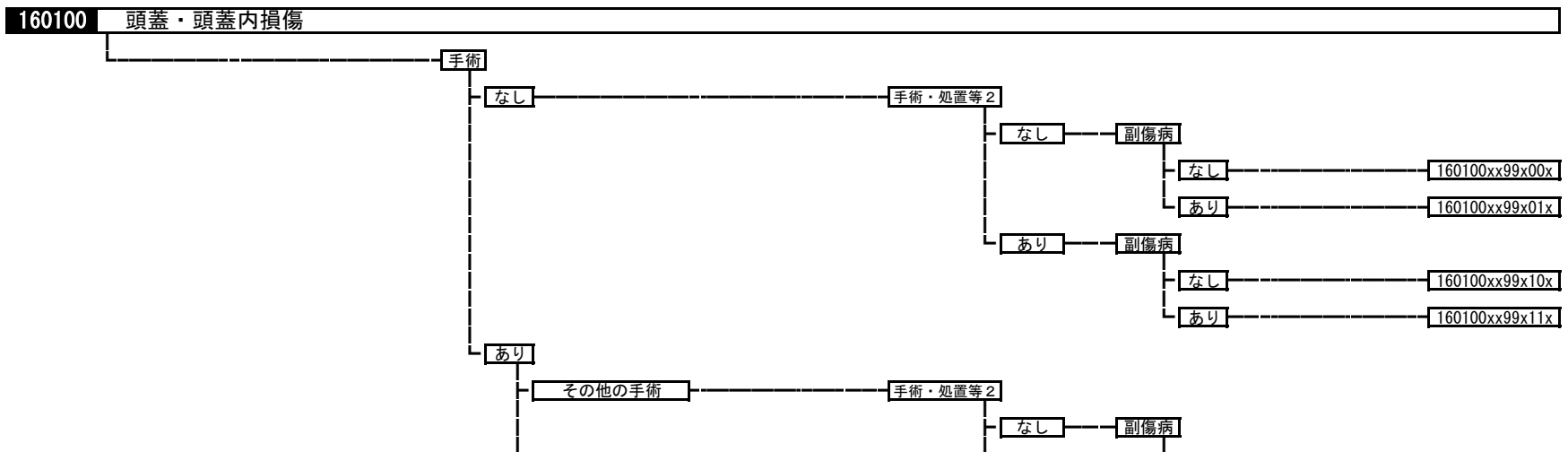




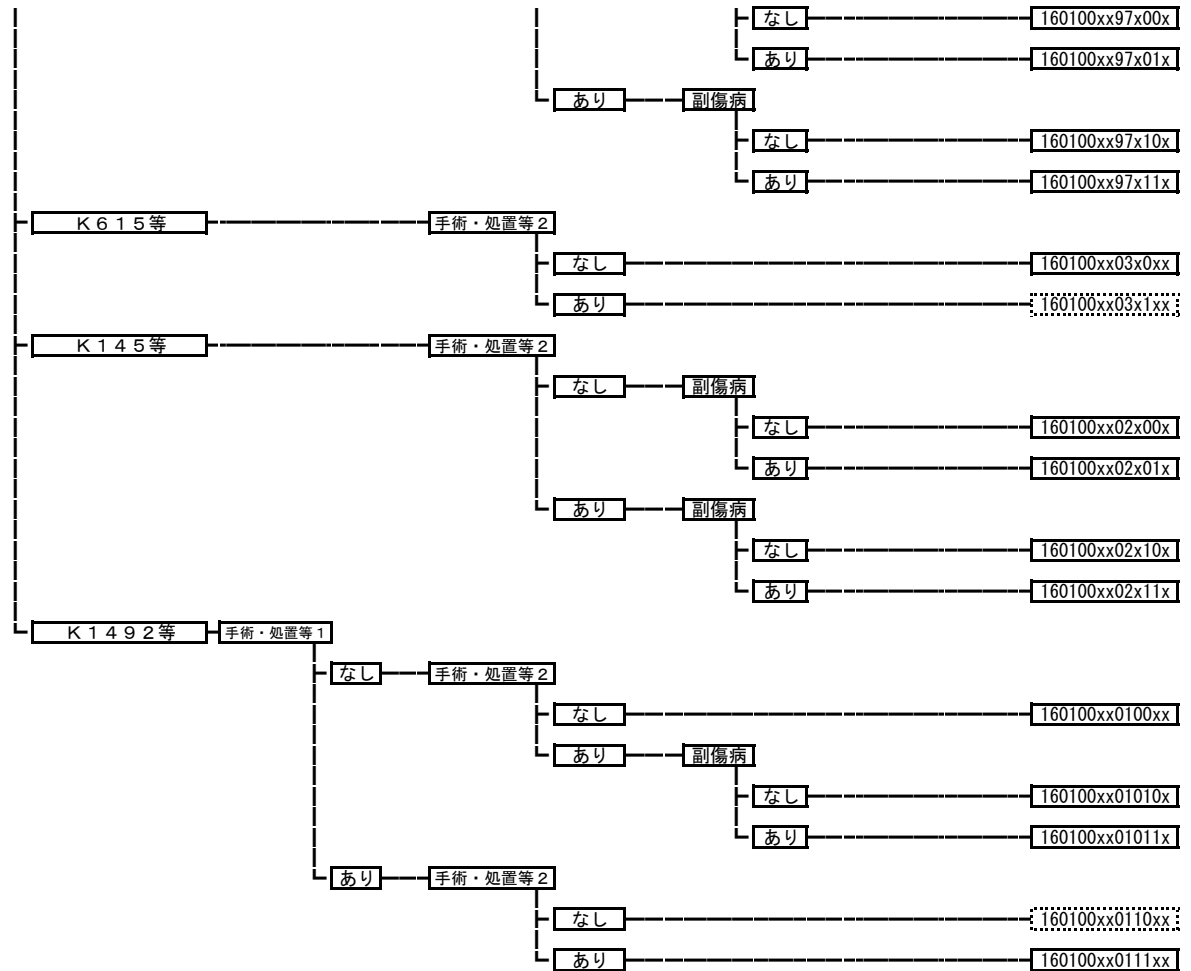


**150100** 虐待症候群  
 150100xxxxxxxxx

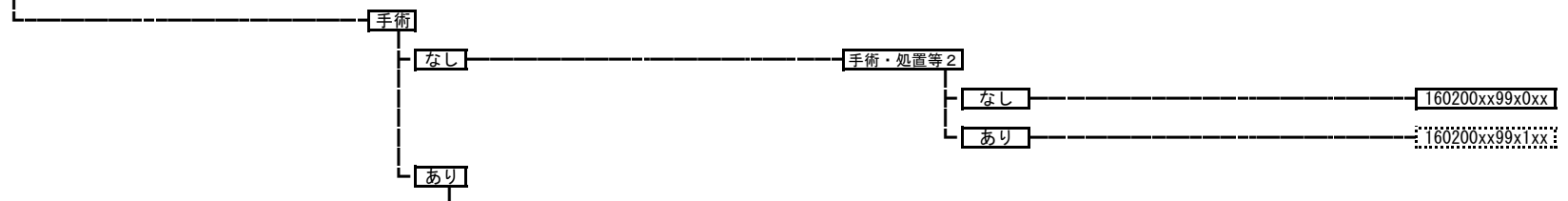
**150110** 染色体異常（ターナー症候群及びクラインフェルター症候群を除く。）  
 150110xxxxxxxxx

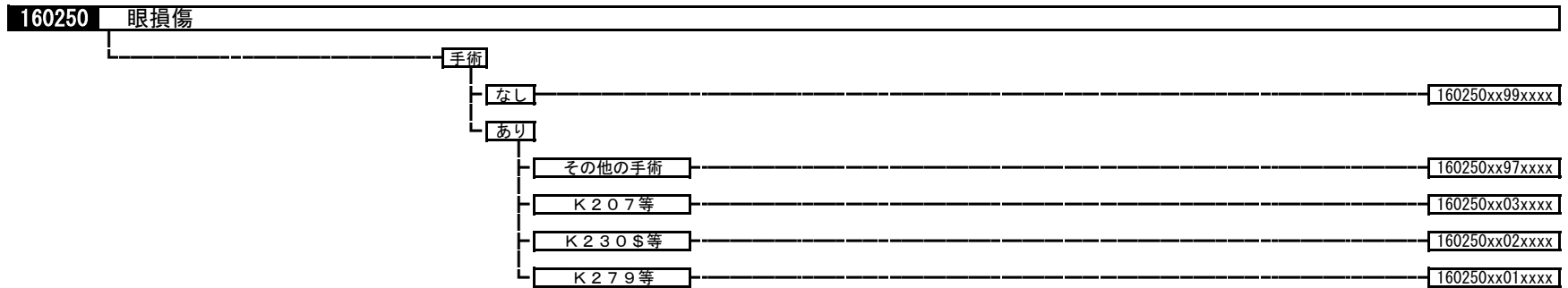
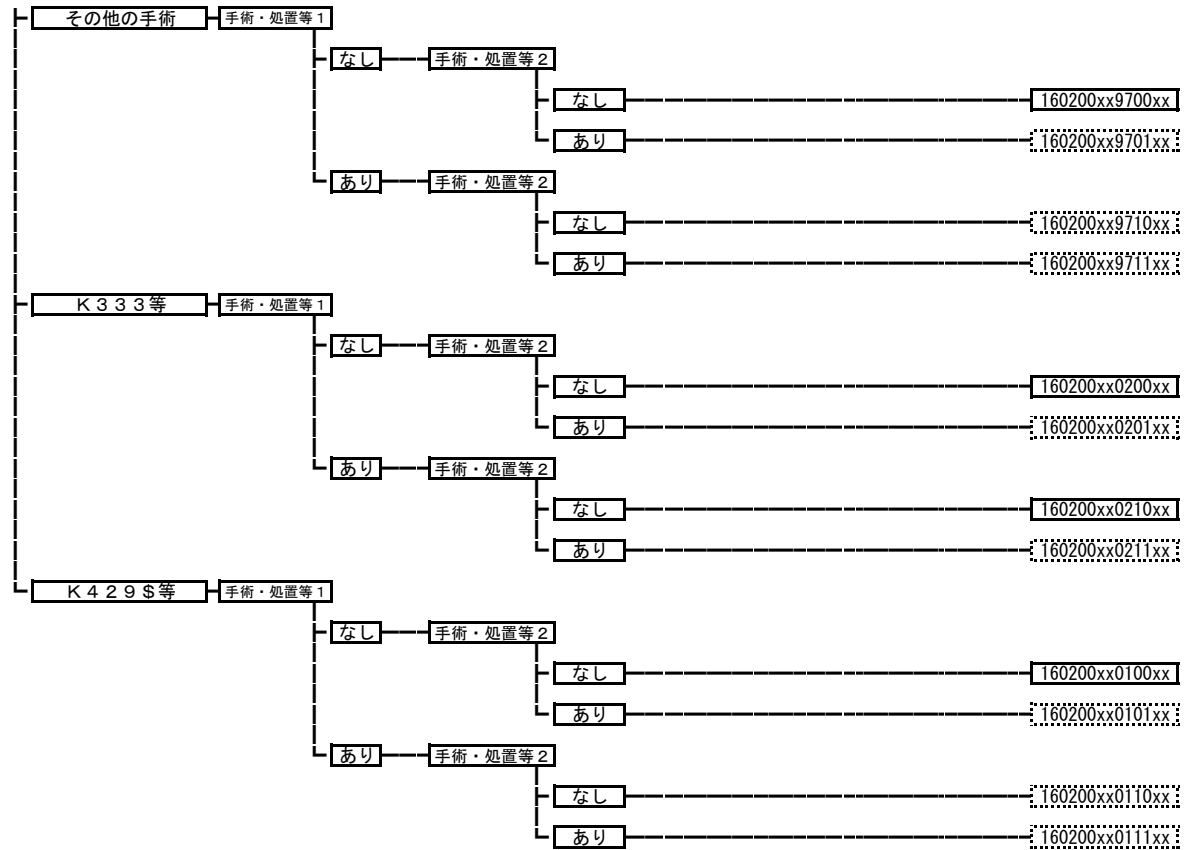


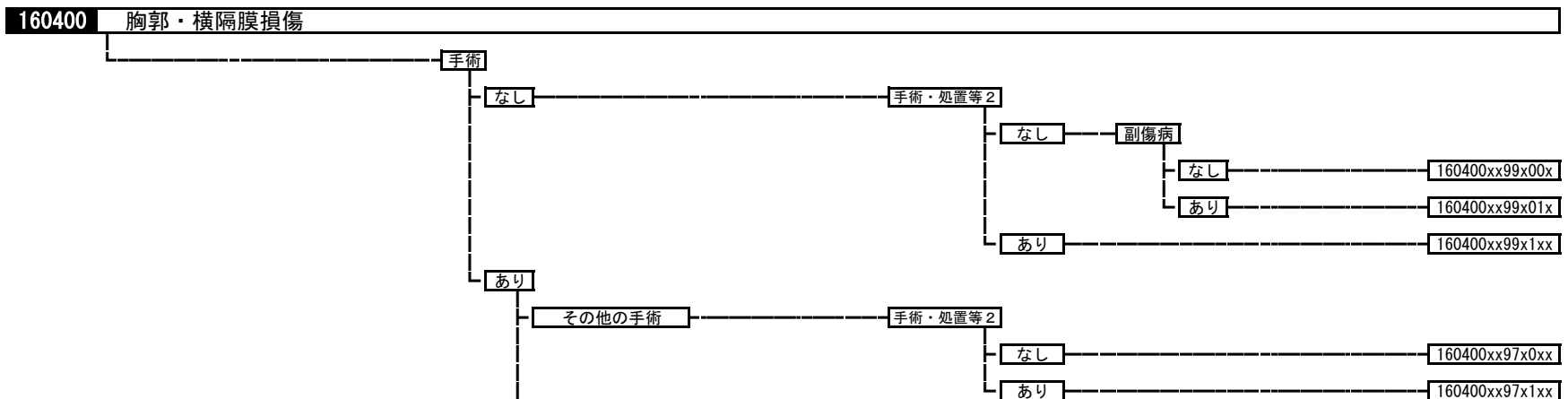
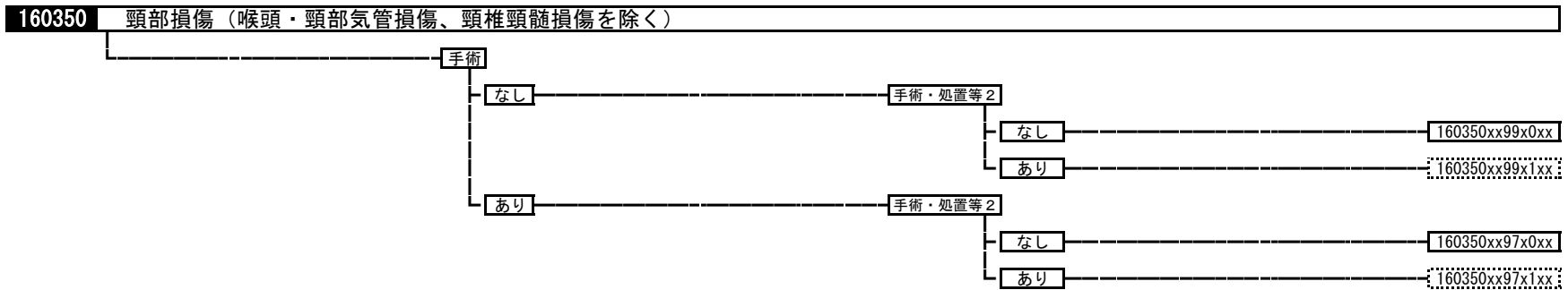
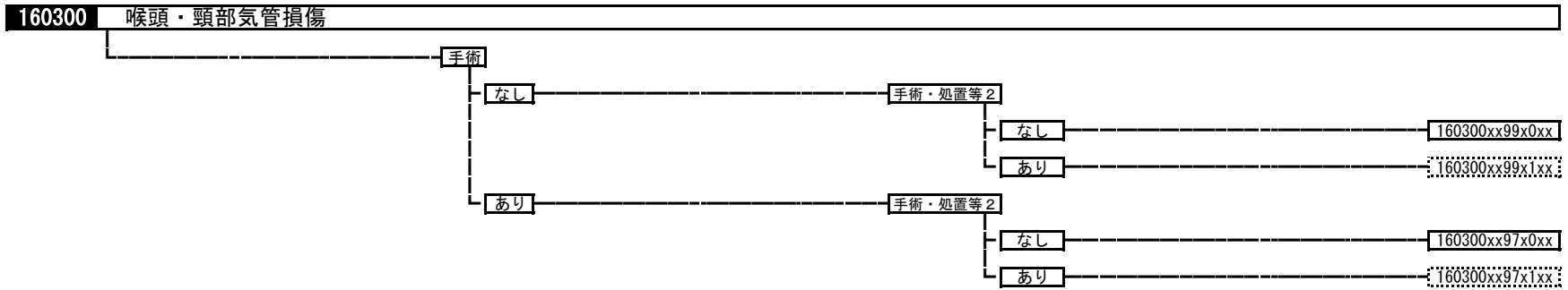


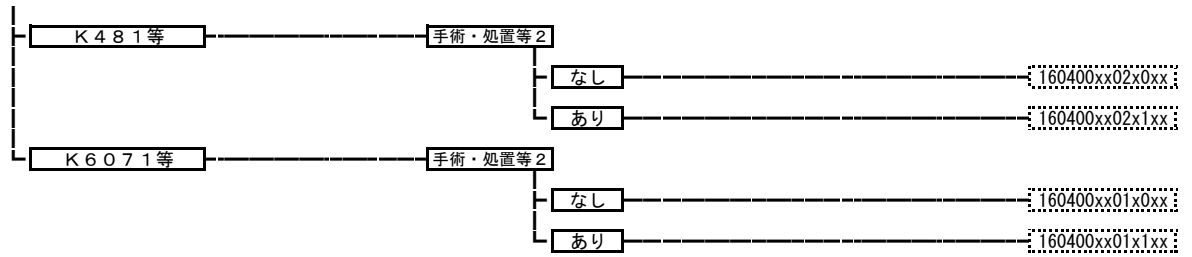


**160200 顔面損傷（口腔、咽頭損傷を含む）**

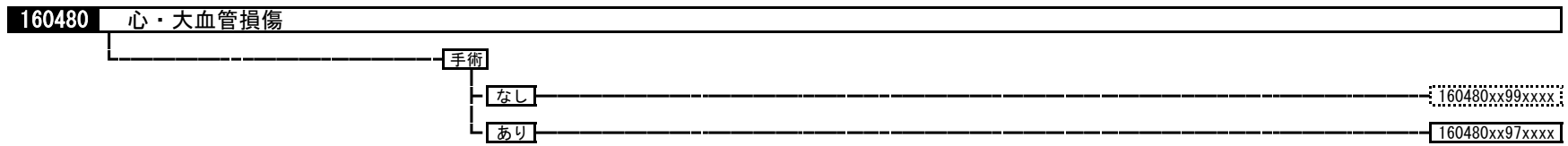
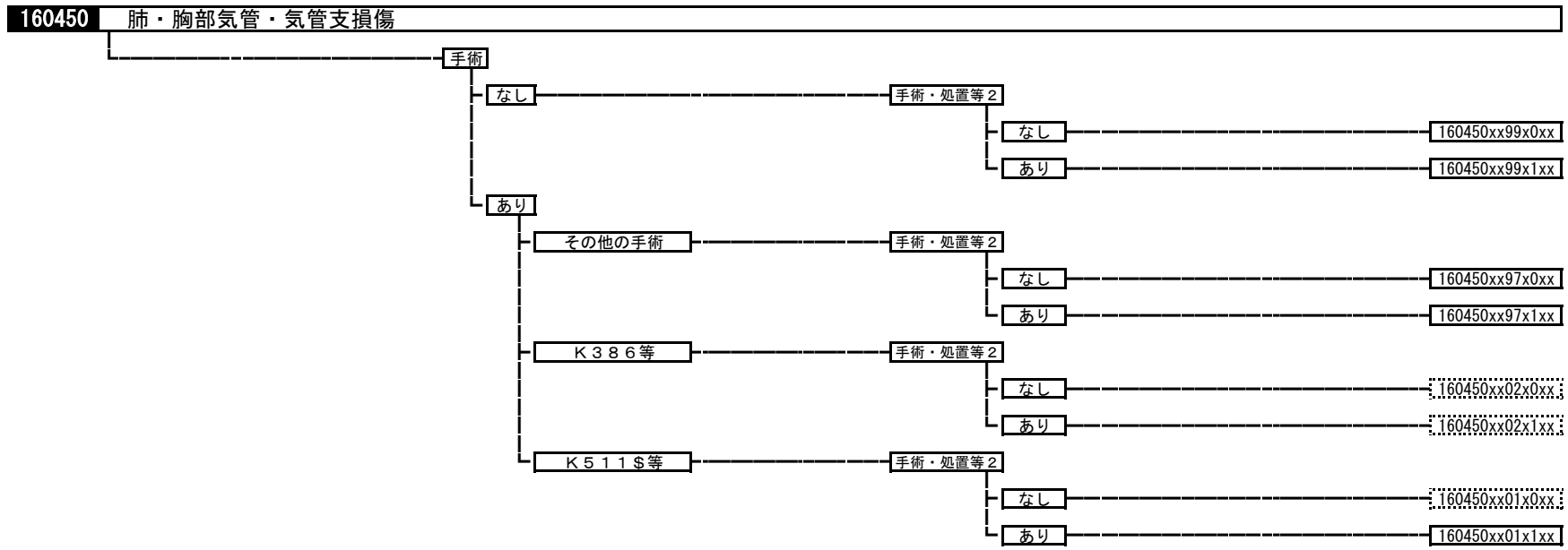


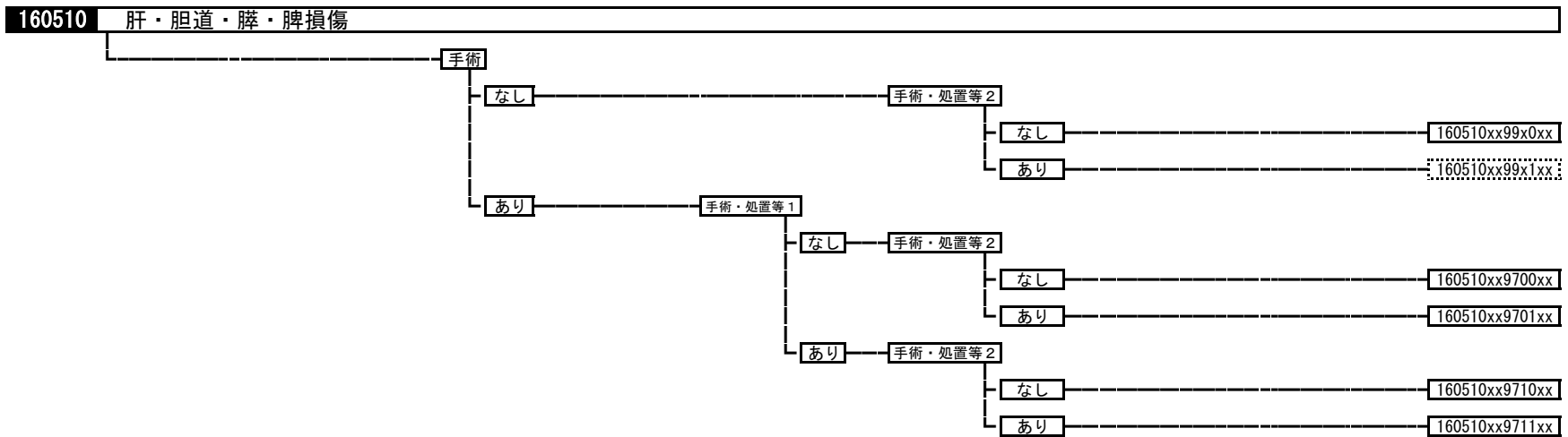




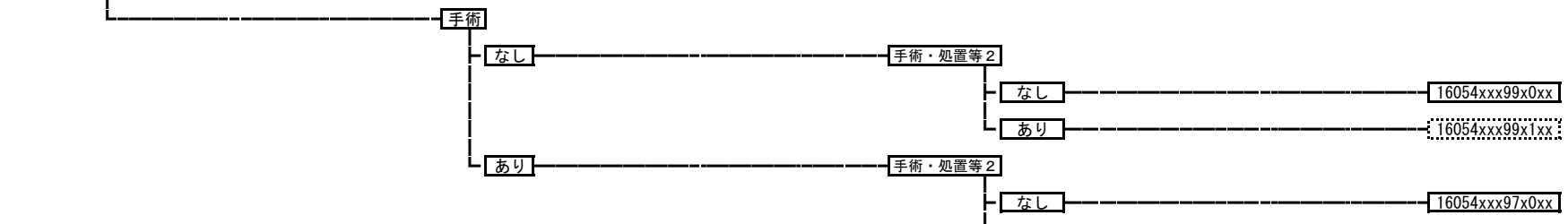


**160440 外耳・中耳損傷（異物を含む）**  
 160440xxxxxxxx



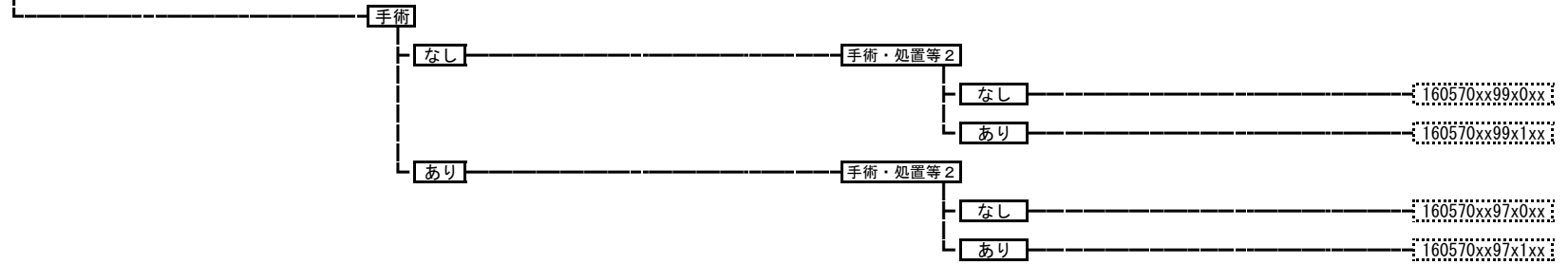


<b>16054x</b>	<b>腸管損傷（胃以外）</b>		
	160541	小腸・小腸腸間膜損傷	
	160542	結腸・直腸腸間膜損傷	
	160543	直腸・肛門損傷	

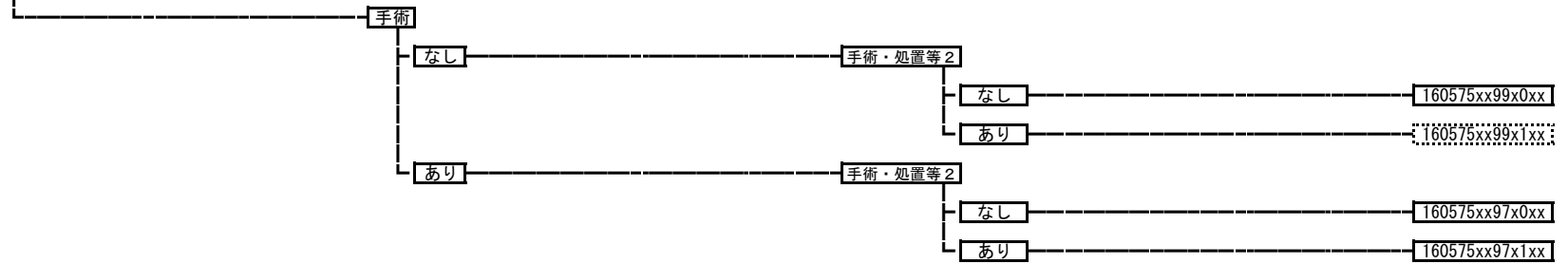


あり 16054xx97x1xx

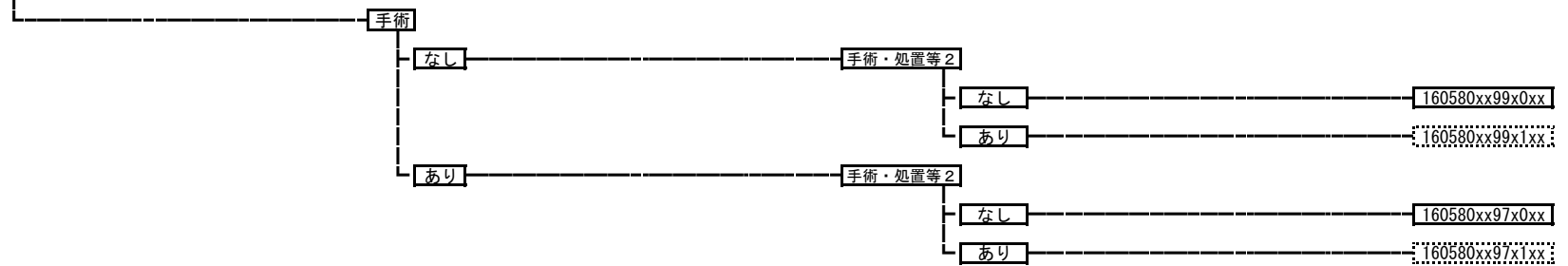
**160570 腹部血管損傷**



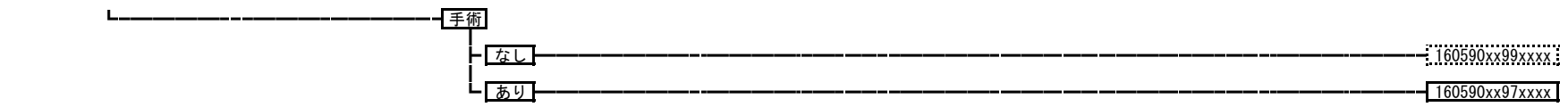
**160575 その他腹腔内臓器の損傷**



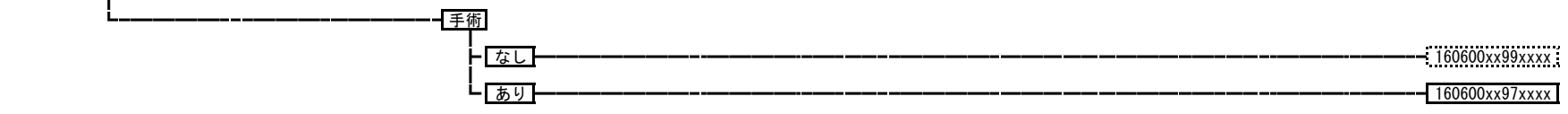
**160580 腹壁損傷**



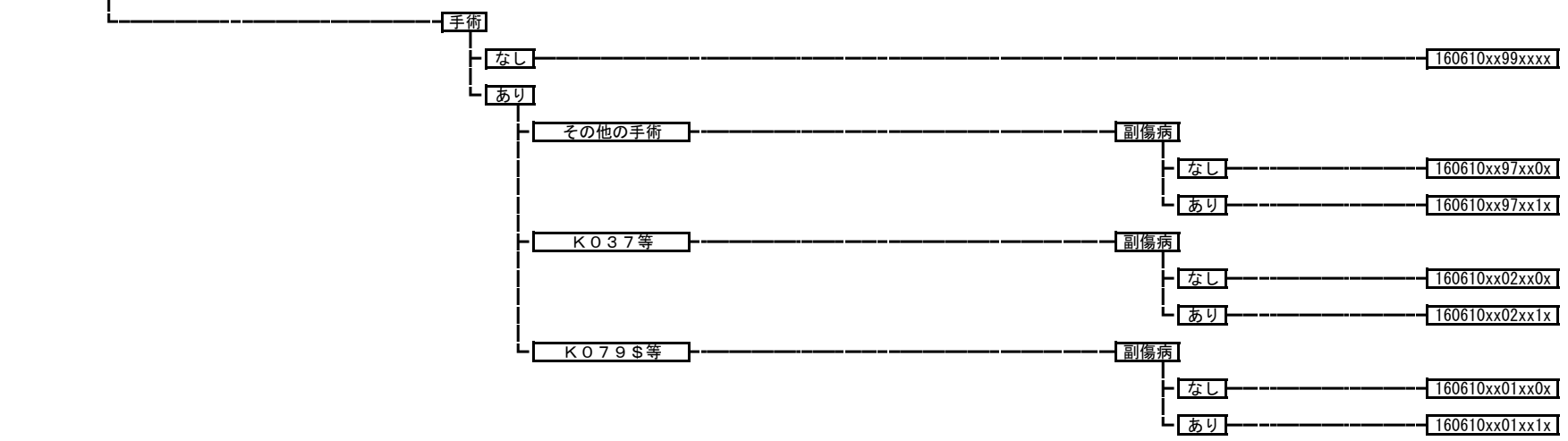
**160590 四肢神経損傷**



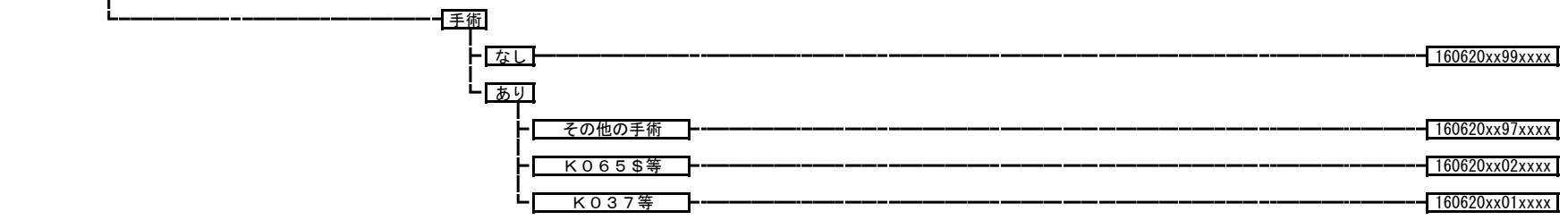
**160600 四肢血管損傷**

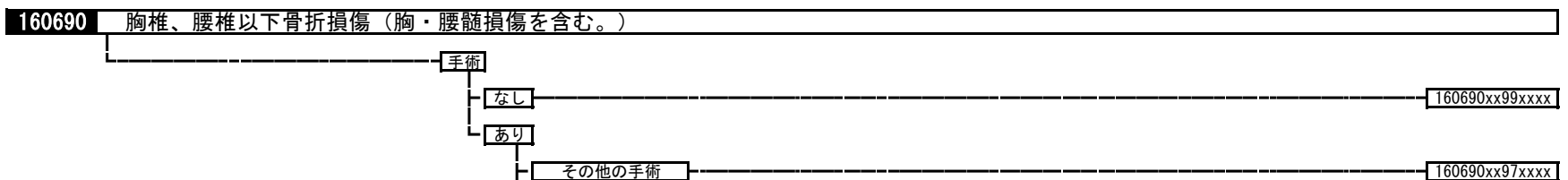
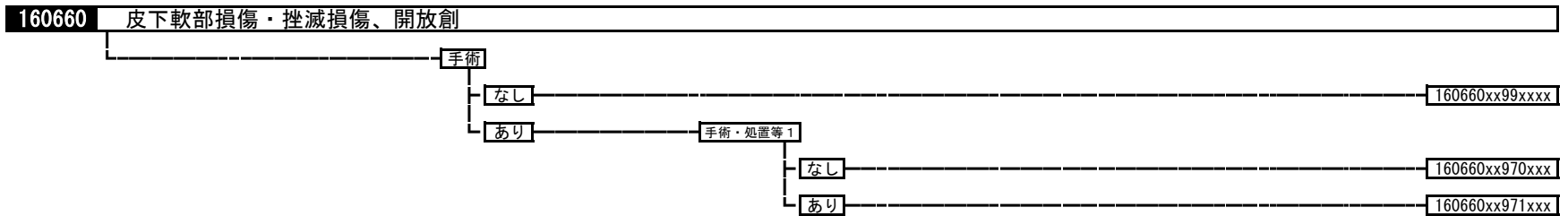
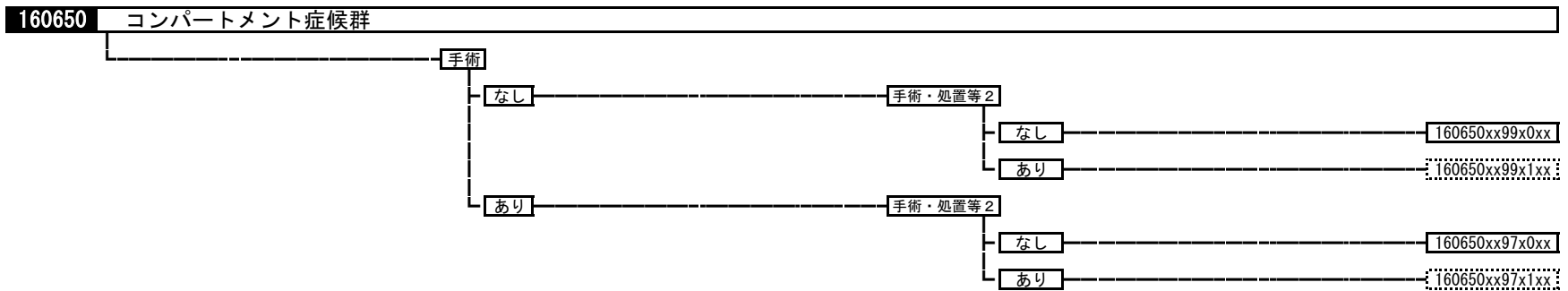
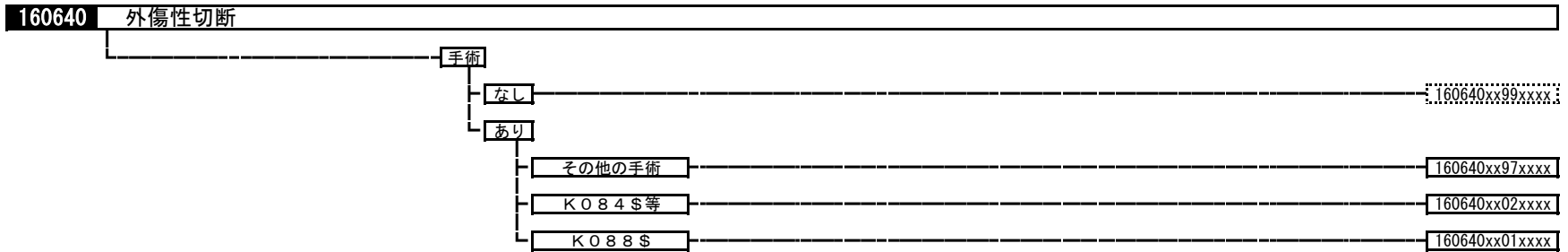


**160610 四肢筋腱損傷**

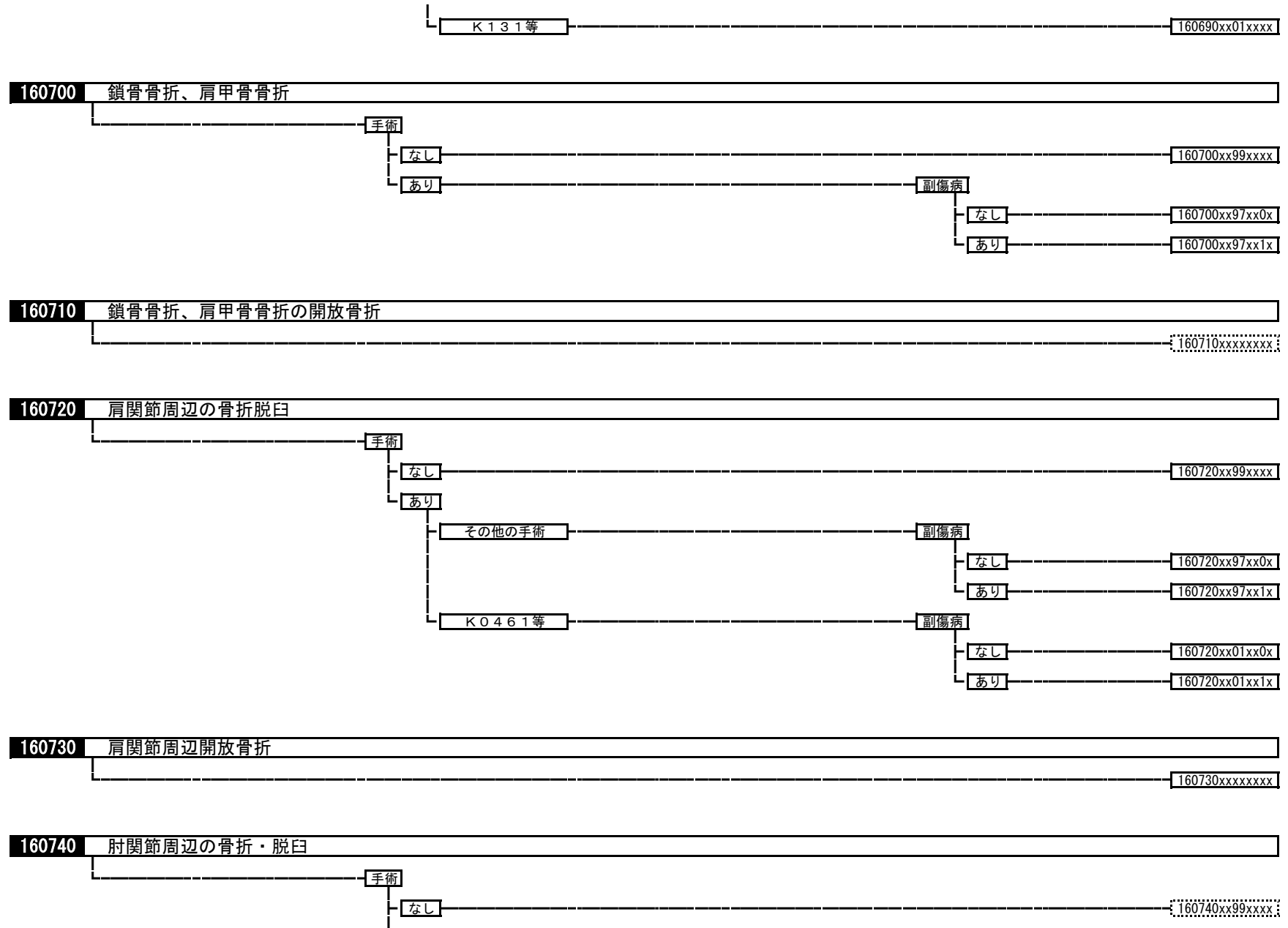


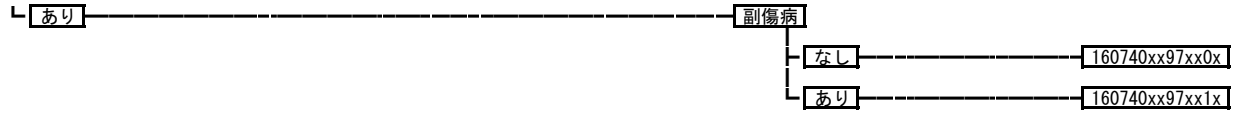
**160620 肘、膝の外傷（スポーツ障害等を含む。）**



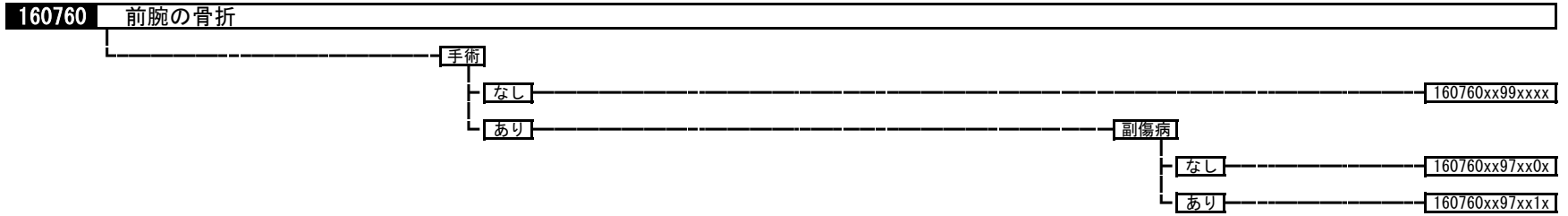




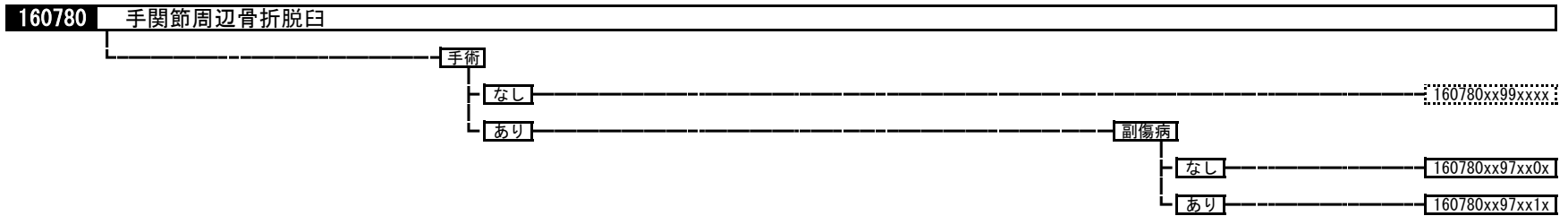




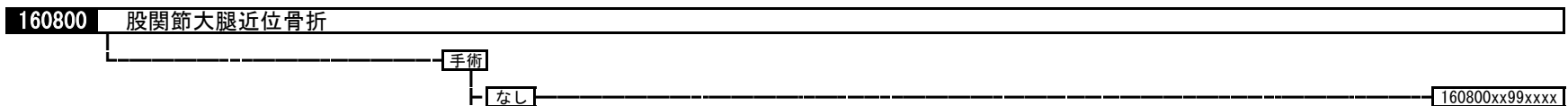
**160750** 肘関節周辺開放骨折  
 160750xxxxxxxx

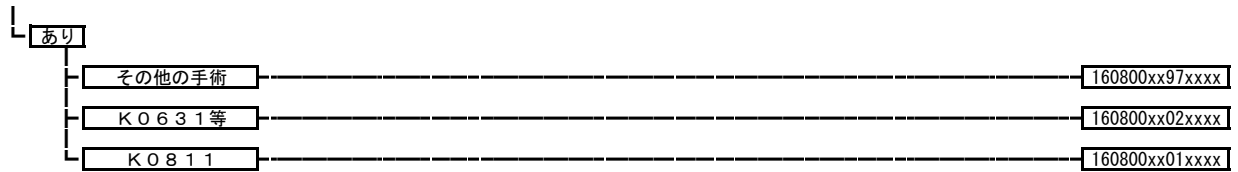


**160770** 前腕開放骨折  
 160770xxxxxxxx

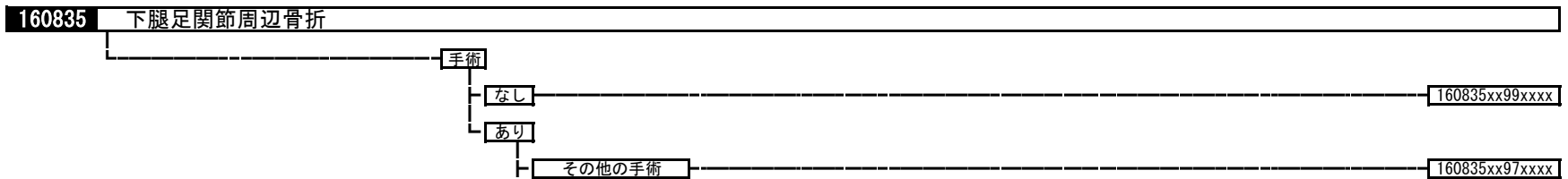
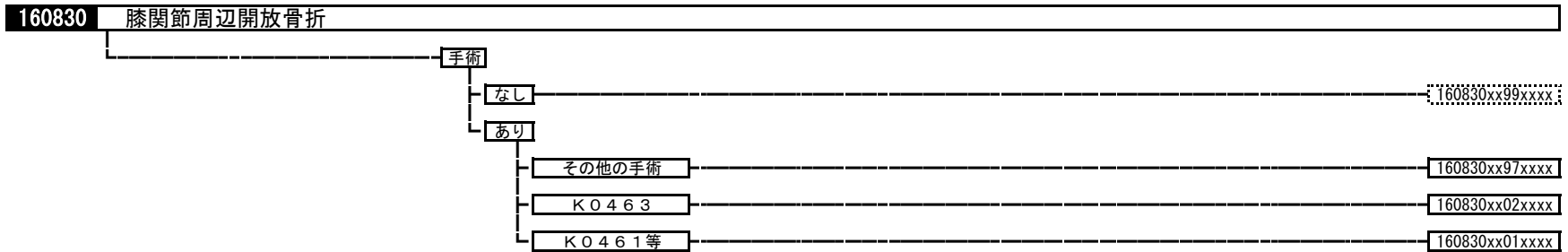
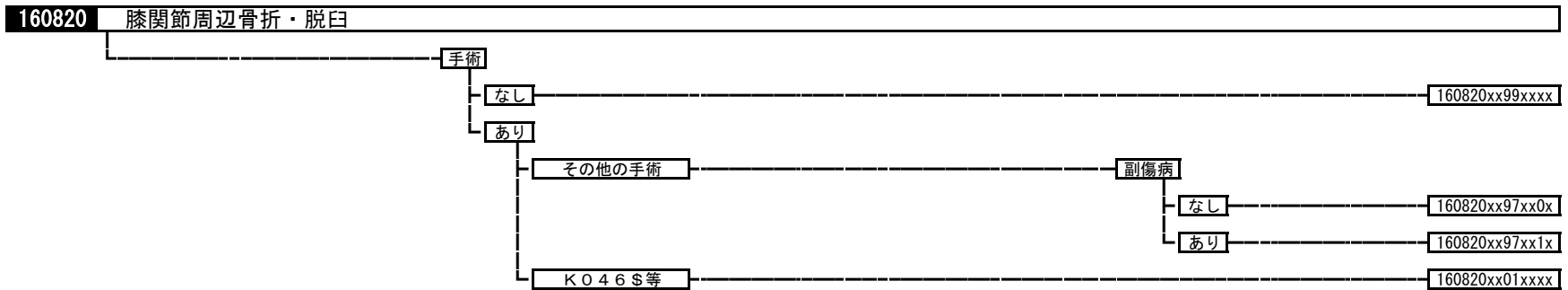


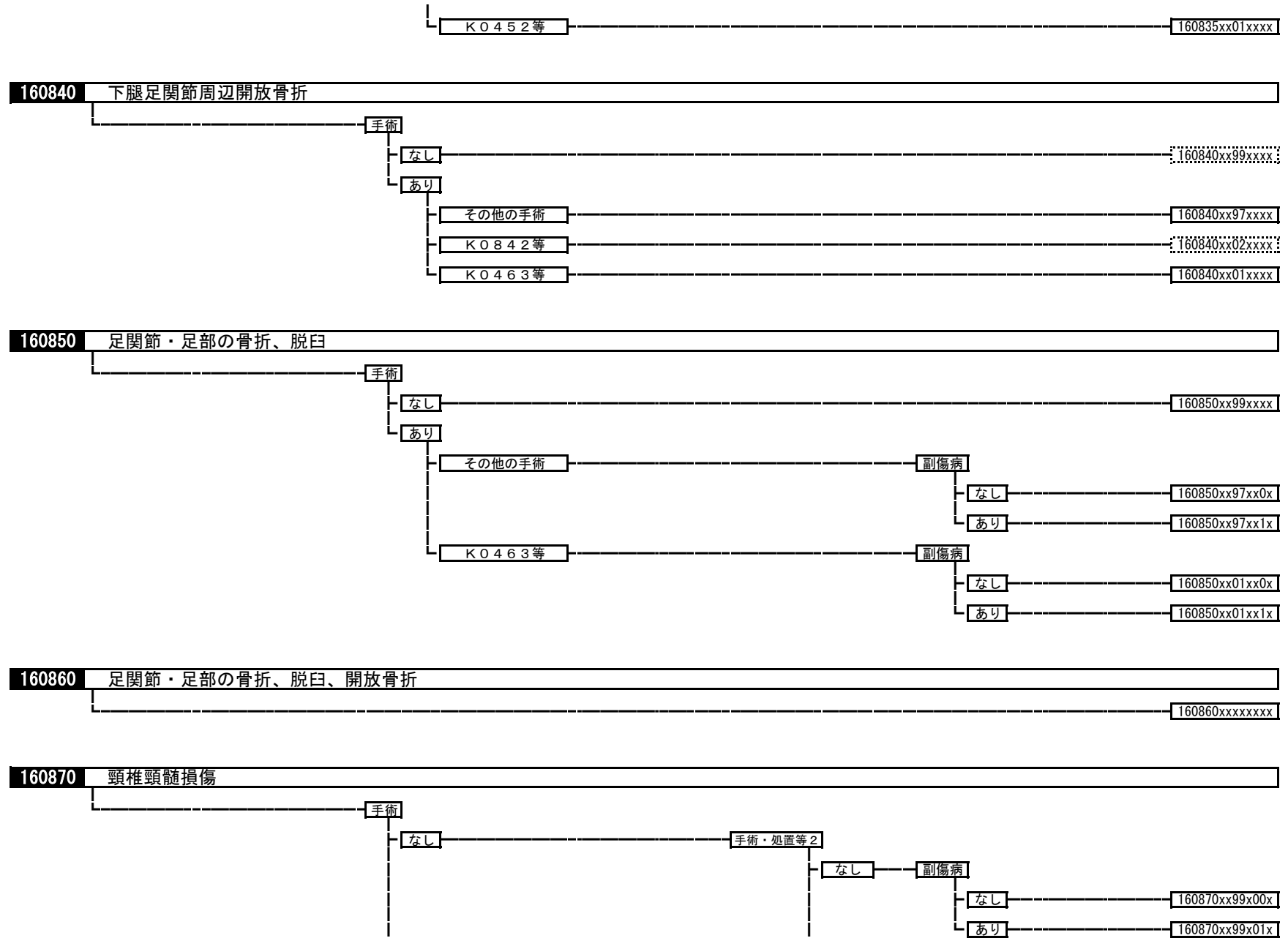
**160790** 手関節周辺開放骨折  
 160790xxxxxxxx

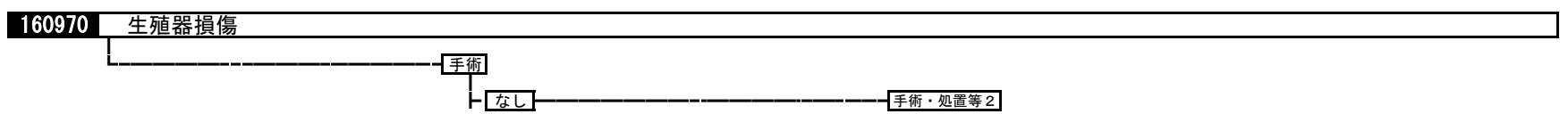
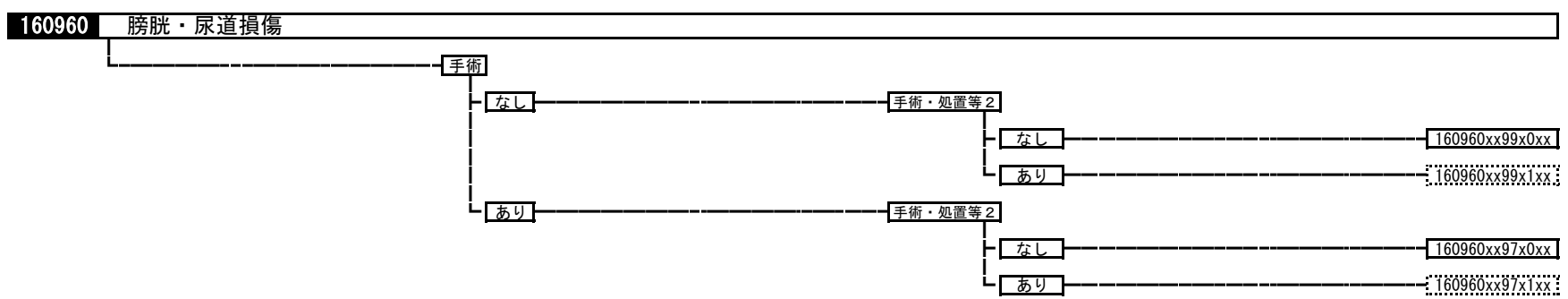
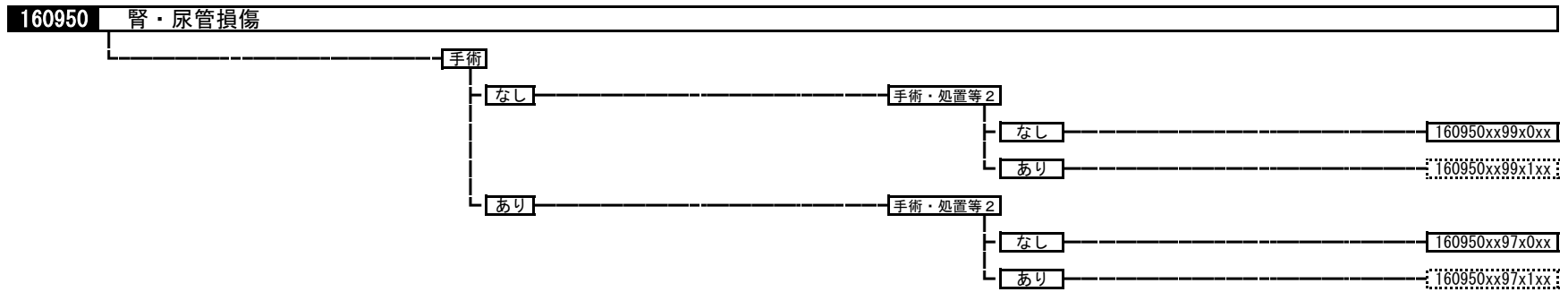
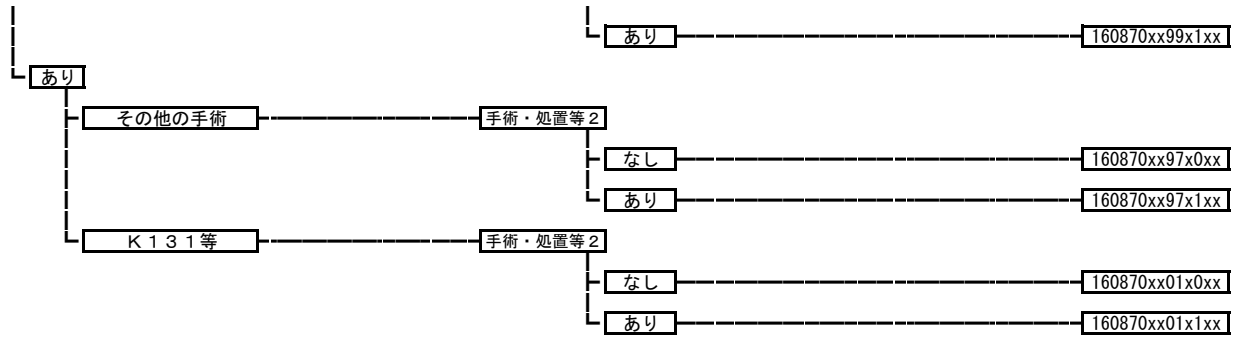


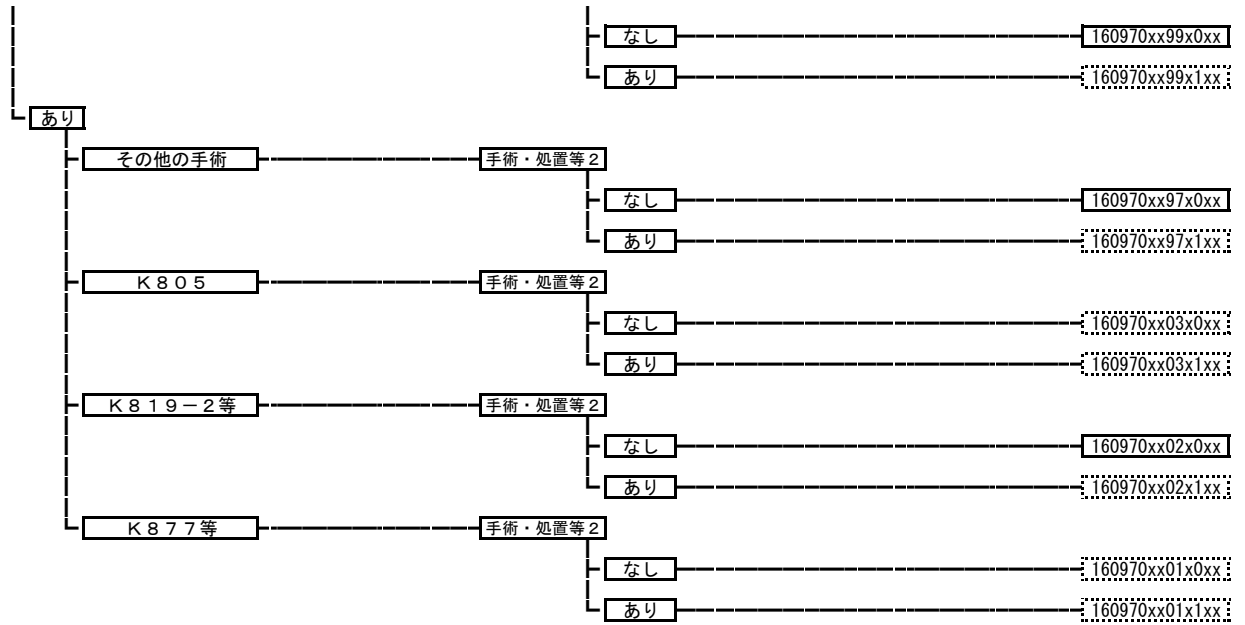


**160810 股関節大腿近位開放骨折** 160810xxxxxxxx

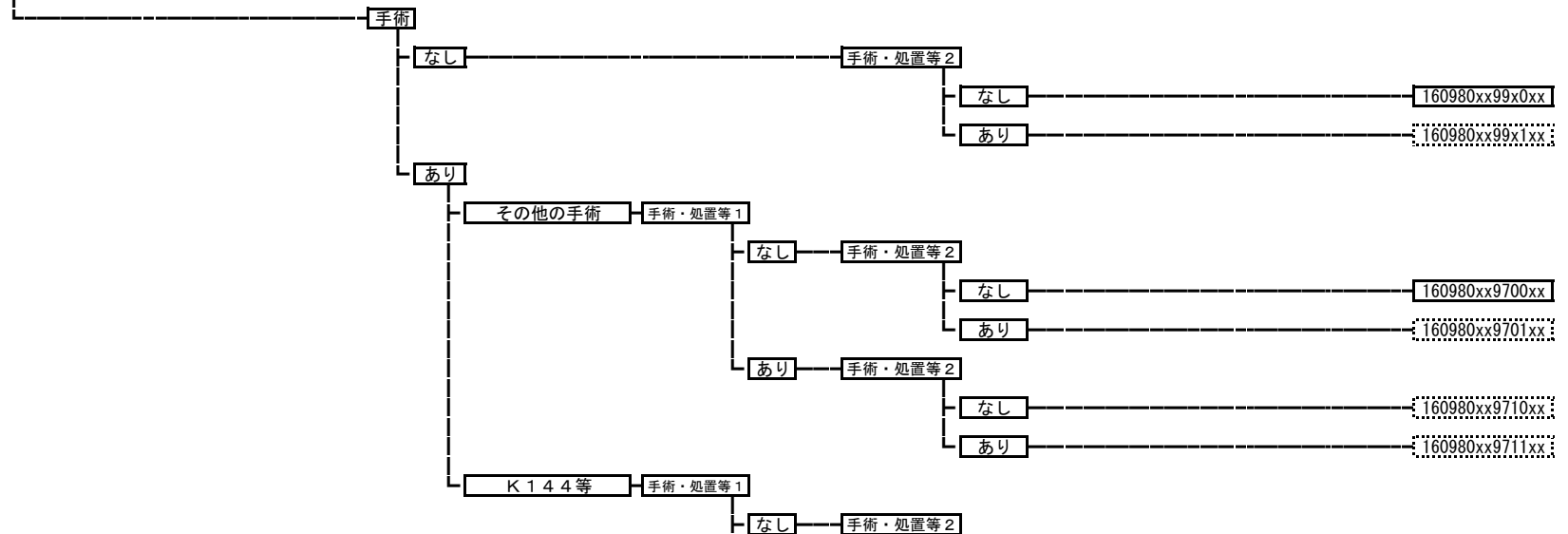


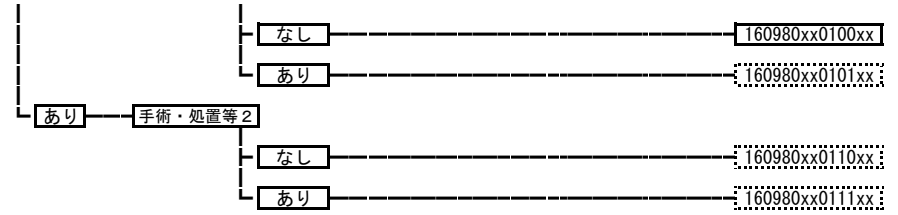




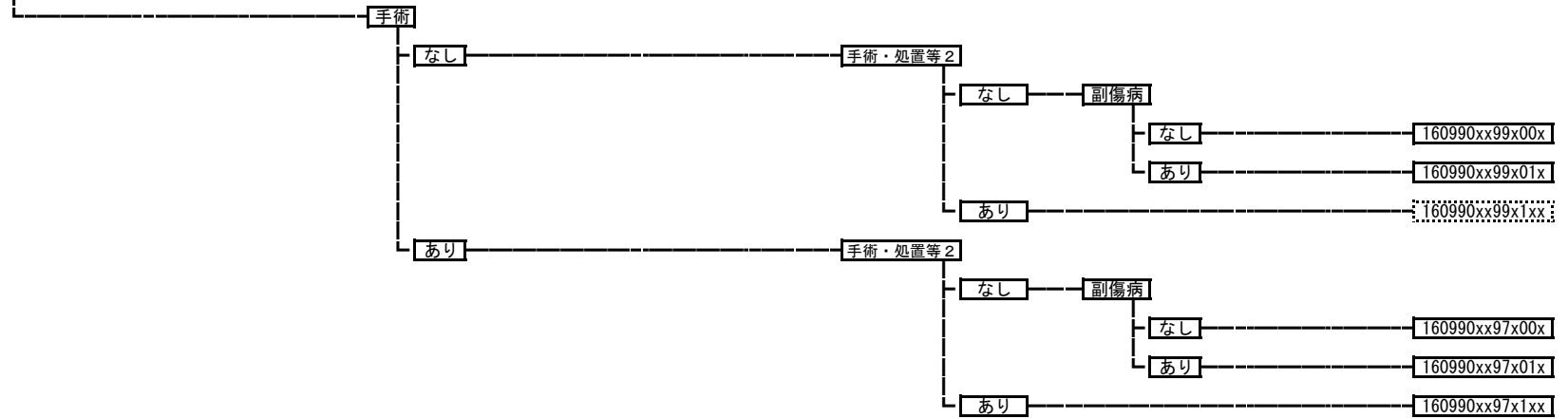


**160980 骨盤損傷**





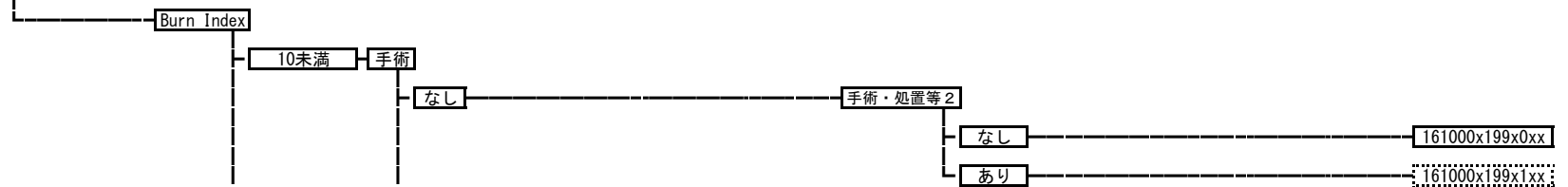
**160990 多部位外傷**

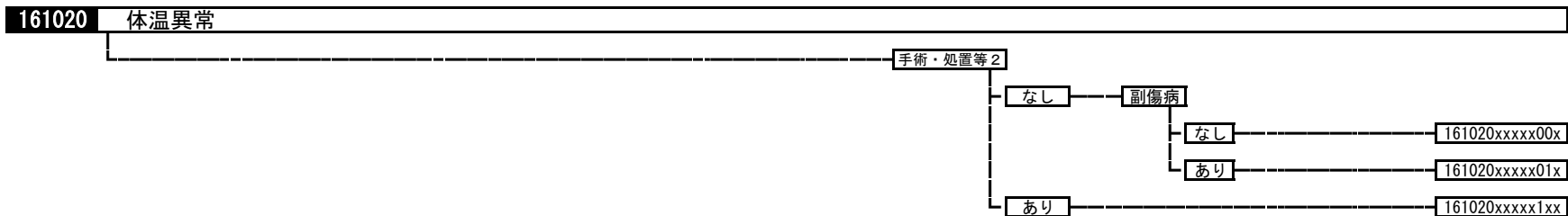
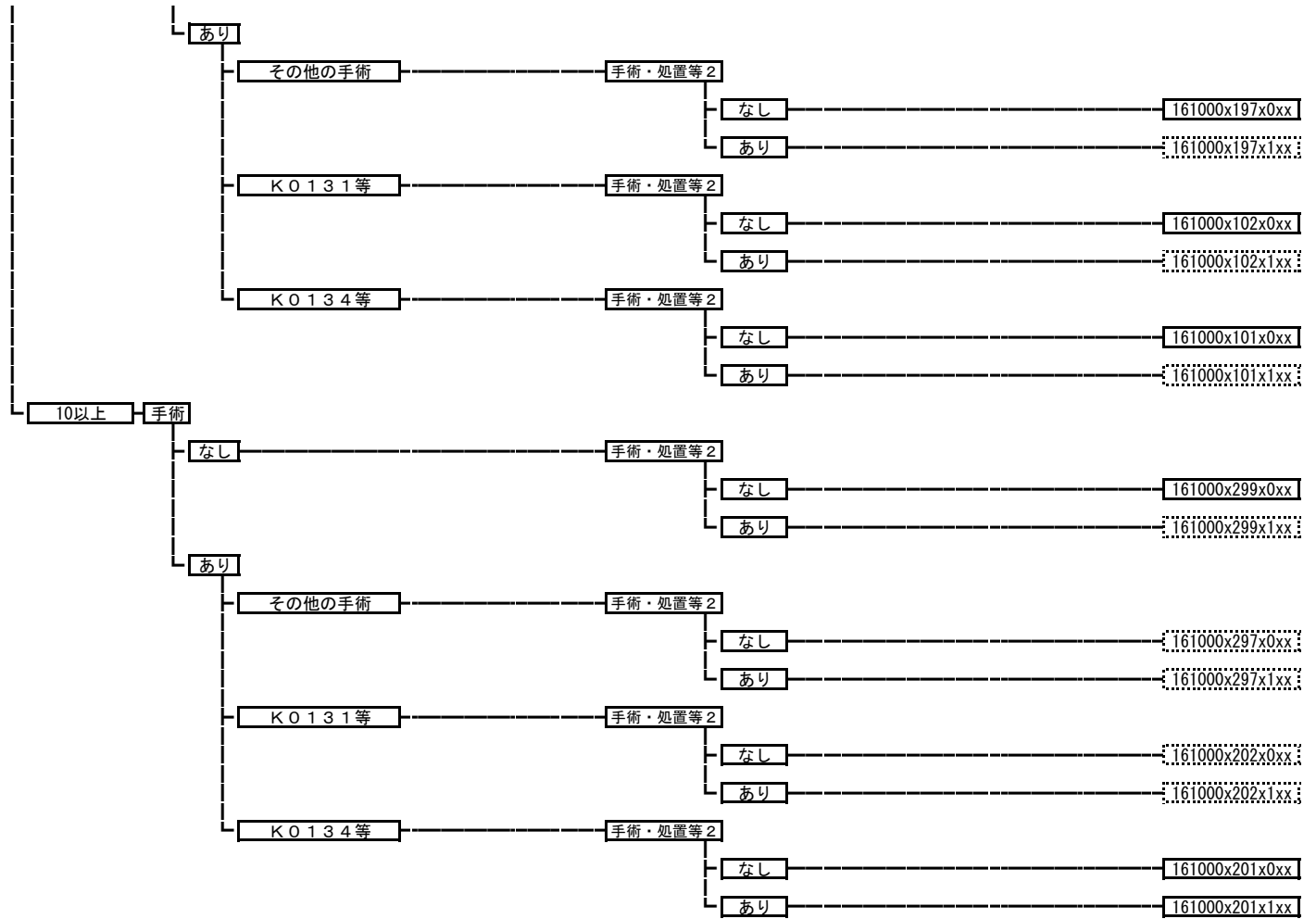


**160995 気道熱傷**



**161000 熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷**

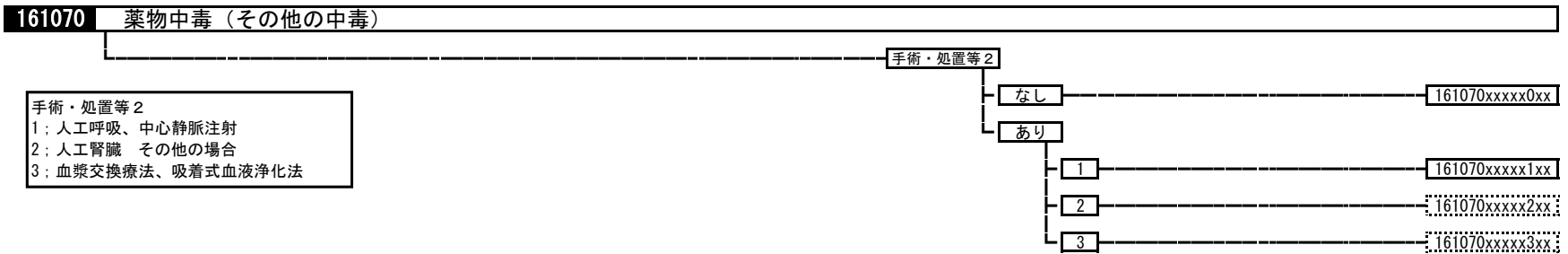
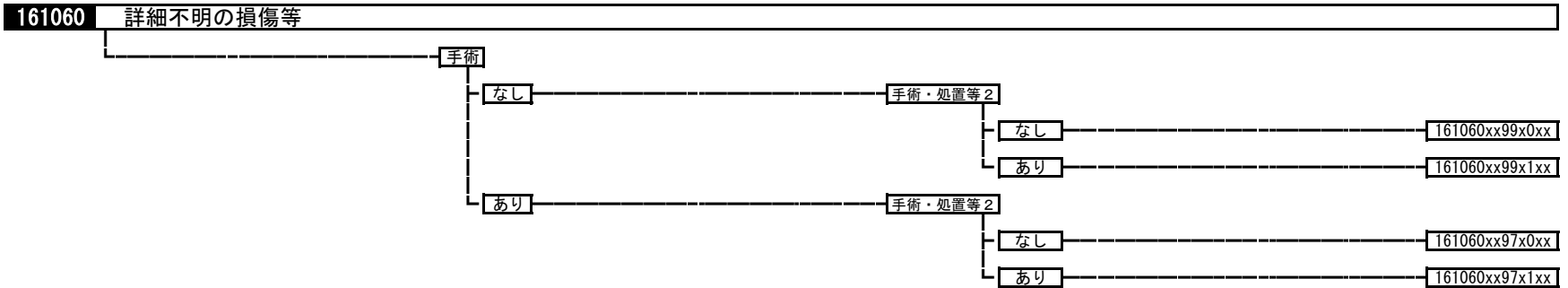






**161030** 気圧による損傷 161030xxxxxxxx

**161040** 損傷の続発性、後遺症 161040xxxxxxxx



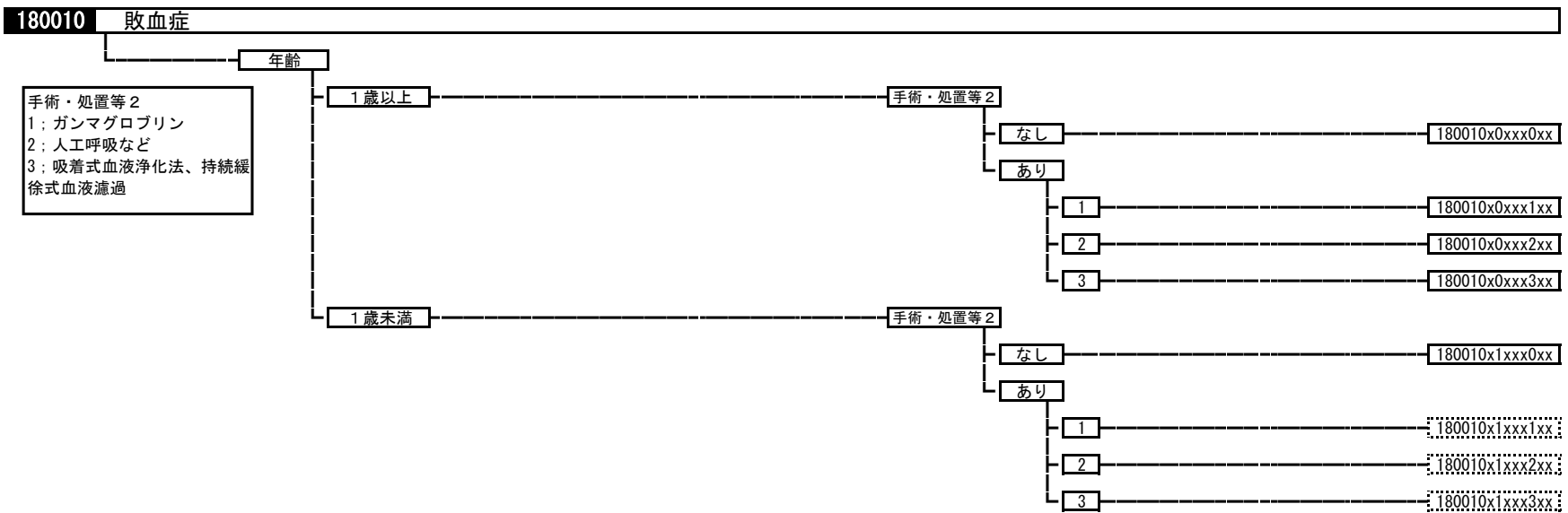
**170020** 精神作用物質使用による精神および行動の障害 170020xxxxxxxx

**170030** 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 170030xxxxxxxx

170040 気分〔感情〕障害  
170040xxxxxxxx

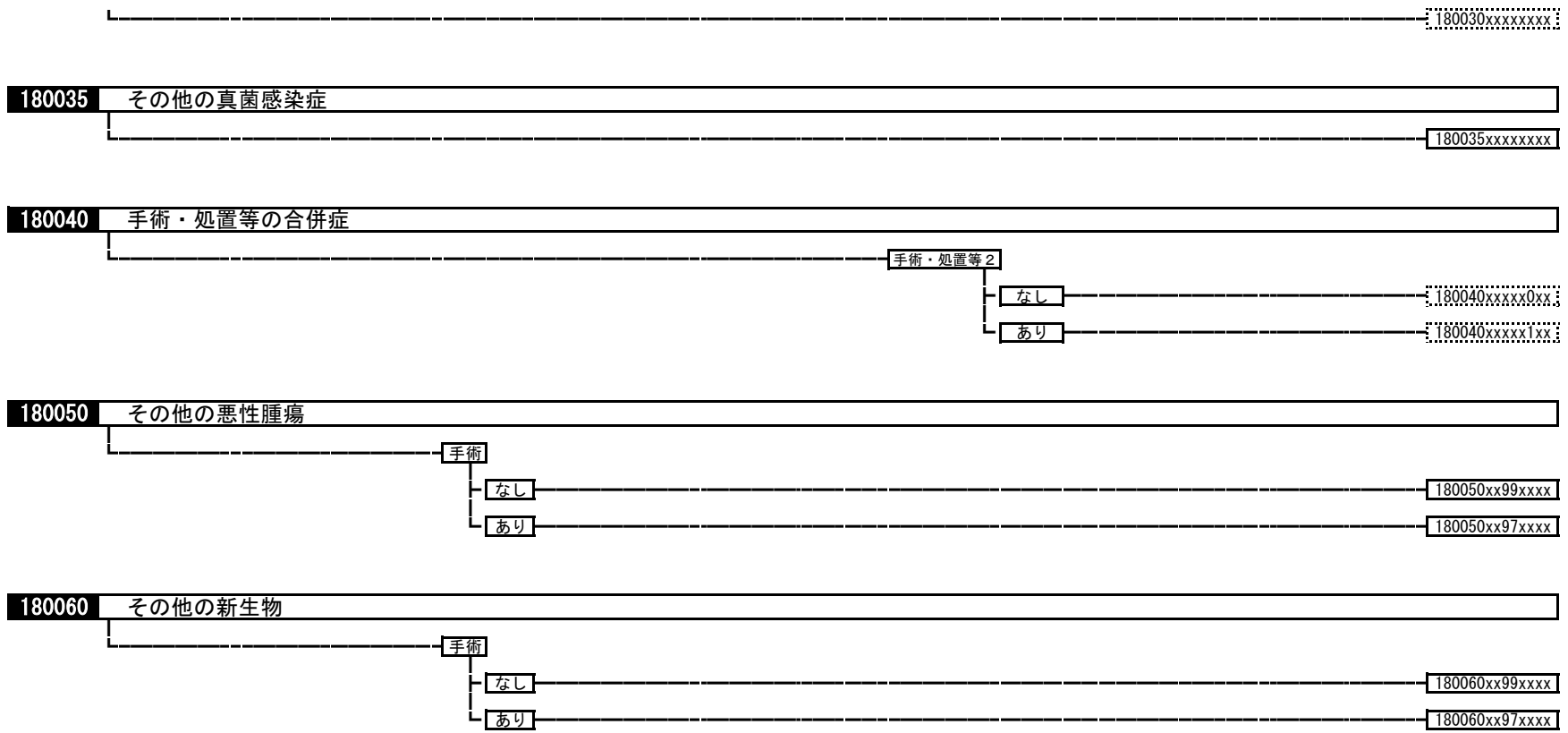
170050 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害  
170050xxxxxxxx

170060 その他の精神及び行動の障害  
170060xxxxxxxx



180020 性感染症  
180020xxxxxxxx

180030 その他の感染症 (真菌を除く)



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
01	0010	脳腫瘍	脳腫瘍の悪性新生物	C700	00	0	15歳以上	手術なし	99	99	手術なし	1	1	造影剤注入手技 動脈造影力テーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	E0033	7	10	テモゾロミド(初発の初回治療に限る。)	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし		
			髄膜の悪性新生物、部位不明	C709	15	1	15歳未満	その他の手術あり	97	04	穿頭脳室ドレナージ術	K145	6	9	メトレキサート	1	1	白血球疾患(その他)	130070	1	リハビリあり					
			脳の悪性新生物	C71\$					97	09	脳刺激装置交換術	K181-2	5	8	化学療法ありかつ放射線療法なし	1	2	水頭症	010200							
			嗅神経の悪性新生物	C722					97	10	脊髄刺激装置植込術	K190	4	7	化学療法ありかつ放射線療法あり	1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040							
			視神経の悪性新生物	C723					97	11	脊髄刺激装置交換術	K190-2	3	6	化学療法なしかつ放射線療法あり	1	2	脳性麻痺	070140							
			聴神経の悪性新生物	C724					97	13	水頭症手術	K174\$	2	4	SPECT	E101	1	3	脳脊髄の感染を伴う炎症	010080						
			脳および髄膜の続発性悪性新生物	C793					97	14	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K1801	2	4	PET	E101-2\$										
			脳腫瘍の良性新生物	D320					97	14	頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K1802	1	2	中心静脈注射	G005										
			髄膜の良性新生物、部位不明	D329					97	14	頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	K1803	1	1	人工呼吸	J045\$										
			脳の良性新生物、テント上	D330					97	15	脊髄硬膜切開術	K183														
			脳の良性新生物、テント下	D331					97	16	減圧脊髄切開術	K184														
			脳の良性新生物、部位不明	D332					97	17	髄液漏閉鎖術	K179														
			脳神経の良性新生物	D333					97	97		その他のKコード														
			中枢神経系のその他の明示された部位の良性新生物	D337				頭蓋内腫瘍摘出術等	01	01	頭蓋内腫瘍摘出術	K169\$														
			中枢神経系の良性新生物、部位不明	D339					01	01	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	K151-2														
			髄膜の性状不詳または不明の新生物	D420					01	01	頭蓋内腫瘍摘出術	K167														
			髄膜の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D429					01	01	経耳的聴神経腫瘍摘出術	K170														
			脳の性状不詳または不明の新生物、テント上	D430					01	01	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	K171														
			脳の性状不詳または不明の新生物、テント下	D431					01	02	機能的定位脳手術	K154\$														
			脳の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D432					01	03	顔面神経麻痺形成手術	K011\$														
			脳神経の性状不詳または不明の新生物	D433					01	05	減圧開頭術 その他の場合	K1492														
			中枢神経系のその他の部位の性状不詳または不明の新生物	D437					01	06	脳切除術	K168														
			中枢神経系のその他の部位の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D439					01	07	脳腫瘍排膿術	K150														
			新生物性疾患における主に中枢神経系を障害するその他の系統萎縮症	G131					01	08	頭蓋骨腫瘍摘出術	K161														
			粘液水腫における主に中枢神経系を障害する系統萎縮症	G132																						
01	0020	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤	くも膜下出血	160\$	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし	1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	2	脳梗塞	010060	0	リハビリなし	
					1	1	JCS30以上	その他の手術あり	97	97	その他のKコード	1	1	胃瘻閉鎖術	K665	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	水頭症	010200	1	リハビリあり	
			脳血管内手術					脳血管内手術	03	01	脳血管内手術	K178\$														
			穿頭脳室ドレナージ術等					穿頭脳室ドレナージ術等	02	05	穿頭脳室ドレナージ術	K145														
									02	05	水頭症手術	K174\$														
									02	06	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K1801														
									02	06	頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K1802														
									02	06	頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	K1803														
									02	07	脊髄ドレナージ術	K189														
								脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)等	01	02	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うもの)	K176\$														
									01	02	脳動脈瘤被包術	K175\$														
									01	02	脳動脈瘤頸部クリッピング	K177\$														
									01	03	減圧開頭術 その他の場合	K1492														
									01	03	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 脳内のもの	K1643														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								01 03		定位的脳内血腫除去術	K164-4															
								01 04		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜下 のもの	K1642															
01	0030	未破裂脳動脈瘤	脳動脈壁の解離、非<未>破裂性	I670			手術なし	99	99	手術なし		1	1	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影 した場合	E0033 イ	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	肺炎、急性気管 支炎、急性細気 管支炎	040080	0	リハビ リなし	
			脳動脈瘤、非<未>破裂性	I671			その他の手術あり	97	97	その他のK コード								1	1	人工呼吸	J045\$	1		1	リハビ リあり	
							脳血管内手術	03	01	脳血管内手術	K178\$															
							脳動脈瘤頭部クリッピング 等	01	02	脳動脈瘤頭部クリッピング	K177\$															
								01	02	脳動脈瘤被包術	K175\$															
								01	02	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うも の)	K176\$															
								01	02	脳動脈瘤流入血管クリッピング(開頭して行うも の)+動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	K176\$+K61 01															
01	0040	非外傷性頭蓋内 血腫(非外傷性 硬膜下血腫以 外)	脳内出血	I61\$	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし	1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術 を含む。)	K664	1	6	ガンマナイフによる定 位放射線治療	M001- 2	1	2	肺炎、急性気管 支炎、急性細気 管支炎	040080	0	リハビ リなし	
			頭蓋内出血(非外傷性)、詳細不明	I629	1	1	JCS30以上	その他の手術あり	97	97	その他のK コード	1	1	胃瘻閉鎖術	K665	1	6	直線加速器による定 位放射線治療	M001- 3	1	2	その他の真菌感 染症	180035	1	リハビ リあり	
			脳アミロイド血管症	I680			穿頭脳室ドレナージ術 等	02	05	穿頭脳室ドレナージ術	K145						1	3	人工腎臓 その他の 場合	J0382	1	2	えん<嚙>下降 害	R13		
			脳実質外血管の動脈奇形	Q280			脳血管内手術+脳動静 脈奇形摘出術等	02	08	水頭症手術 シヤント手術	K1742						1	2	中心静脈注射	G005	1					
			脳実質外血管のその他の奇形	Q281				01	01	脳血管内手術+脳動静 脈奇形摘出術	K178\$+K17 2						1	1	人工呼吸	J045\$						
			脳血管の動脈奇形	Q282				01	01	脳動静脈奇形摘出術	K172															
			脳血管のその他の奇形	Q283				01	02	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	K6101															
								01	03	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 脳内の もの	K1643															
								01	03	定位的脳内血腫除去術	K164-4															
								01	04	機能的定位脳手術	K154\$															
								01	07	減圧開頭術 その他の場合	K1492															
01	0050	非外傷性硬膜下 血腫	硬膜下出血(急性)(非外傷性)	I620	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし	1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術 を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 その他の 場合	J0382	1	1	肺炎、急性気管 支炎、急性細気 管支炎	040080	0	リハビ リなし	
			非外傷性硬膜外出血	I621	1	1	JCS30以上	その他の手術あり	97	97	その他のK コード	1	1	胃瘻閉鎖術	K665	1	2	中心静脈注射	G005	1		1	リハビ リあり			
							慢性硬膜下血腫穿孔洗 浄術等	02	02	慢性硬膜下血腫穿孔洗 浄術	K164-2						1	1	人工呼吸	J045\$						
								02	03	穿頭術(トレバナチオン)	K147															
								02	04	穿頭脳室ドレナージ術	K145															
							頭蓋内血腫除去術(開 頭して行うもの) 硬膜 下のもの	01	01	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 硬膜下 のもの	K1642															
01	0060	脳梗塞	一過性脳虚血発作および関連症候群	G45\$	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし	1	1	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影 した場合	E0033 イ	4	9	tPA		1	1	肺炎、急性気管 支炎、急性細気 管支炎	040080	0	リハビ リなし	
			脳血管疾患における脳の血管(性)症 候群	G46\$	1	1	JCS30以上	その他の手術あり	97	97	その他のK コード						3	8	エダラボン		1	1	腎臓または尿路 の感染症	110310	1	リハビ リあり
			脳梗塞	I63\$			経皮的脳血管形成術等	02	01	経皮的脳血管形成術	K178-2						2	4	SPECT	E101	1	1	敗血症	180010		
			脳実質外動脈の閉塞および狭窄、脳 梗塞に至らなかったもの	I65\$				02	01	脳血管内手術	K178\$						1	3	人工腎臓 その他の 場合	J0382	1	2	えん<嚙>下降 害	R13		
			脳動脈の閉塞および狭窄、脳梗塞に至 らなかったもの	I66\$				02	01	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術	K178-3\$						1	2	中心静脈注射	G005						
			もやもや病<ウイリス動脈輪閉塞症>	I675				02	01	経皮的動脈ステント留置術	K609-2						1	1	人工呼吸	J045\$						
			脳血管疾患、詳細不明	I679			動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈等	01	02	動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈	K6101															
			脳梗塞の続発・後遺症	I693				01	03	動脈血栓内摘出術	K609\$															
			循環器系のその他の処置後障害、他 に分類されないもの	I978				01	04	減圧開頭術 その他の場合	K1492															
								01	04	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの) 脳内の もの	K1643															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
									01 04		定位的脳内血腫除去術	K164-4														
									01 04		動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105														
01	0070	脳血管障害(その他)	脳卒中、脳出血または脳梗塞と明示されないもの	164	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし
			脳動脈のアテローム<じゅくく粥>状>硬化(症)	1672	1	1	JCS30以上	手術あり	97	01	脳血管内手術	K178\$	1	2	中心静脈注射	G005									1	リハビリあり
			頭蓋内静脈系の非化膿性血栓症	1676					97	02	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K1801	1	1	人工呼吸	J045\$										
			脳動脈炎、他に分類されないもの	1677					97	02	頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K1802														
			その他の明示された脳血管疾患	1678					97	02	頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	K1803														
			他に分類される感染症および寄生虫症における脳動脈炎	1681					97	03	穿頭脳室ドレナージ術	K145														
			他に分類されるその他の疾患における脳動脈炎	1682					97	03	水頭症手術	K174\$														
			他に分類される疾患におけるその他の脳血管障害	1688					97	05	脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)	K181\$														
			くも膜下出血の続発・後遺症	1690					97	97	その他のKコード															
			脳内出血の続発・後遺症	1691																						
			その他の非外傷性頭蓋内出血の続発・後遺症	1692																						
			脳卒中の続発・後遺症、出血または梗塞と明示されないもの	1694																						
			その他および詳細不明の脳血管疾患の続発・後遺症	1698																						
01	0080	脳脊髄の感染を伴う炎症	アメーバ性脳膿瘍	A066	0	0	JCS30未満	手術なし	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	4	9	ガンマグロブリン		1	2	てんかん	010230	0	リハビリなし
			リステリア性髄膜炎および髄膜炎	A321	1	1	JCS30以上	手術あり	97	01	脳膿瘍全摘術	K166	1	4	インターフェロン		1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	1	2	脳性麻痺	070140	1	リハビリあり
			髄膜炎菌性髄膜炎	A390					97	01	頭蓋内腫瘍摘出術	K167	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070						
			急性灰白髄炎<ポリオ>	A80\$					97	02	水頭症手術	K174\$	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	代謝性疾患(糖尿を除く。)	100300						
			狂犬病	A82\$					97	03	穿頭脳室ドレナージ術	K145														
			その他の蚊媒ウイルス(性)脳炎	A838					97	03	脳膿瘍排膿術	K150														
			蚊媒ウイルス(性)脳炎、詳細不明	A839					97	05	減圧開頭術 その他の場合	K1492														
			その他の明示されたウイルス(性)脳炎	A858					97	06	椎弓切除術	K131														
			中枢神経系のその他のウイルス感染症、他に分類されないもの	A88\$					97	07	椎弓形成手術	K132														
			中枢神経系の詳細不明のウイルス感染症	A89					97	08	鼻性頭蓋内合併症手術	K153														
			ヘルペスウイルス(性)髄膜炎	B003					97	09	上顎洞篩骨洞根治手術	K358														
			ヘルペスウイルス(性)脳炎	B004					97	97	その他のKコード															
			ヘルペスウイルス(性)眼疾患	B005																						
			水痘髄膜炎	B010																						
			水痘脳炎	B011																						
			帯状疱疹(性)脳炎	B020																						
			帯状疱疹(性)髄膜炎	B021																						
			麻疹、脳炎を合併するもの	B050																						
			麻疹、髄膜炎を合併するもの	B051																						
			風疹、神経合併症を伴うもの	B060																						
			ムンプス髄膜炎	B261																						
			ムンプス脳炎	B262																						
			カンジダ性髄膜炎	B375																						
			コクシオイデス性髄膜炎	B384																						
			フェオモコシス性脳膿瘍	B431																						
			トキソプラズマ髄膜炎	B582																						
			細菌性髄膜炎、他に分類されないもの	G00\$																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における髄膜炎 その他および詳細不明の原因による髄膜炎 熱帯性けいこ瘧疾 細菌性髄膜炎および髄膜脊髄炎、 他に分類されないもの その他の脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎 脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎、詳細不明 他に分類される疾患における脳炎、脊髄炎および脳脊髄炎 頭蓋内および脊髄管内の膿瘍および肉芽腫 他に分類される疾患における頭蓋内および脊髄管内の膿瘍および肉芽腫 頭蓋内および脊髄管内の静脈炎および血栓(性)静脈炎 中枢神経系の炎症性疾患の続発・後遺症 その他の明示された脊髄疾患	G02\$ G03\$ G041 G042 G048 G049 G05\$ G06\$ G07 G08 G09 G958																								
01	0083	結核性髄膜炎、髄膜脳炎	神経系結核	A17\$				99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	9	ガンマグロブリン						0	リハビリなし			
			他に分類される細菌性疾患における髄膜炎	G01				97	97	手術あり								1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382		1	リハビリあり				
				G005														1	2	中心静脈注射	G005							
				G045\$														1	1	人工呼吸	J045\$							
01	0086	プリオン病	中枢神経系の非定型ウイルス感染症	A81\$				99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382				0	リハビリなし				
				G005				97	97	手術あり								1	2	中心静脈注射	G005		1	リハビリあり				
				G045\$														1	1	人工呼吸	J045\$							
01	0090	多発性硬化症	多発性硬化症	G35	0	0	JCS30未満	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	4	9	インターフェロン					0	リハビリなし				
			視神経脊髄炎[デビック<Devic>病]	G360	1	1	JCS30以上	97	97	手術あり								3	5	血漿交換療法	J039		1	リハビリあり				
				G005														1	2	中心静脈注射	G005							
				J045\$														1	1	人工呼吸	J045\$							
01	0100	脱髄性疾患(その他)	急性播種性脳炎	G040	0	0	JCS30未満	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005				0	リハビリなし				
			急性および亜急性出血性白質脳炎[ハースト<Hurst>]	G361	1	1	JCS30以上	97	97	手術あり								1	1	人工呼吸	J045\$		1	リハビリあり				
			その他の明示された急性播種性脱髄疾患	G368																								
			急性播種性脱髄疾患、詳細不明	G369																								
			中枢神経系のその他の脱髄疾患	G37\$																								
01	0110	免疫介在性・炎症性ニューロパチー	炎症性多発(性)ニューロパチ<シ>ー	G61\$	00	0	6歳以上	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	4	9	ガンマグロブリン				1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし	
				G005				97	01	腱移行術	K040\$							3	5	血漿交換療法	J039	1	1	呼吸不全(その他)	040130	1	リハビリあり	
				K093				97	02	手根管開放手術	K093							1	2	中心静脈注射	G005							
				K093-2				97	02	関節鏡下手根管開放手術	K093-2							1	1	人工呼吸	J045\$							
				K182\$				97	03	神経縫合術	K182\$																	
				K188				97	04	神経剥離術	K188																	
				K197				97	05	神経移行術	K197																	
				K198				97	06	神経移植術	K198																	
				その他のKコード				97	97																			
01	0111	遺伝性ニューロパチー	新生物関連ニューロミオパチ<シ>ーおよびニューロパチ<シ>ー	G130	00	0	6歳以上	99	99	手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005				0	リハビリなし				
			他に分類される疾患における脳神経障害	G53\$	06	1	6歳未満	97	01	腱移行術	K040\$							1	1	人工呼吸	J045\$		1	リハビリあり				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			その他の単ニューロパチ<シ>ー 他に分類される疾患における単ニューロパチ<シ>ー 遺伝性および特発性ニューロパチ<シ>ー その他の多発(性)ニューロパチ<シ>ー 他に分類される疾患における多発(性)ニューロパチ<シ>ー 末梢神経系のその他の障害	G58\$ G59\$ G60\$ G62\$ G63\$ G64			97 02 手根管開放手術 97 02 関節鏡下手根管開放手術 97 03 神経縫合術 97 04 神経剥離術 97 05 神経移行術 97 06 神経移植術 97 97 その他のKコード			K093 K093-2 K182\$ K188 K197 K198 その他のKコード																		
01	0120	特発性(単)ニューロパチー	三叉神経障害 その他の脳神経障害	G50\$ G52\$			手術なし その他の手術あり 三叉神経節後線維切断術等	99 99 97 97 01 01 01 01 01 02 01 02 01 03 01 04 01 05 01 06	手術なし 手術なし 三叉神経節後線維切断術 顔面神経減圧手術(乳棘突起経由) 顔面神経管開放術 脳神経手術(開頭して行うもの) 頭蓋内微小血管減圧術 喉頭切開・截開術 筋膜移植術 喉頭粘膜下異物挿入術 減圧開頭術  その他の場合	K093 K157 K159 K159-2 K160 K160-2 K383 K033\$ K388 K1492	1 1 1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 胃瘻閉鎖術	K664 K665	1 3 1 2 1 1	人工腎臓  その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$										0 1	リハビリなし リハビリあり
01	0130	重症筋無力症、その他の神経筋障害	重症筋無力症およびその他の神経筋障害 イートン・ランバート<Eaton-Lambert>症候群	G70\$ G731			手術なし その他の手術あり 縦隔腫瘍、胸腺摘出術等	99 99 97 97 01 01 01 02 01 03 01 04	手術なし 手術なし 縦隔腫瘍、胸腺摘出術 縦隔悪性腫瘍手術 肺悪性腫瘍手術 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	K093 K502 K504 K514\$ K514-2\$	1 1 1 2 1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 中心静脈注射 人工呼吸	K664 G005 J045\$	3 5 1 2 1 1	血漿交換療法 中心静脈注射 人工呼吸	J039 G005 J045\$	1 2	えん<嚙>下降 害	R13					0 1	リハビリなし リハビリあり		
01	0140	筋疾患(その他)	原発性筋障害 その他のミオパチ<シ>ー 内分泌疾患における筋無力(症)症候群 新生物性疾患におけるその他の筋無力(症)症候群 他に分類されるその他の疾患における筋無力(症)症候群 他に分類される感染症および寄生虫症におけるミオパチ<シ>ー 内分泌疾患におけるミオパチ<シ>ー 代謝疾患におけるミオパチ<シ>ー 他に分類されるその他の疾患におけるミオパチ<シ>ー	G71\$ G72\$ G730 G732 G733 G734 G735 G736 G737	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	99 99 97 04 97 04 97 04 97 97	手術なし 創傷処理 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満) 小児創傷処理(6歳未満) 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル未満) 小児創傷処理(6歳未満) 筋肉、臓器に達するもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満) その他のKコード	K0001 K000-21 K000-22 その他のKコード	1 1 1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 中心静脈注射 人工呼吸	K664 G005 J045\$	1 2 1 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$	1 1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080				0 1	リハビリなし リハビリあり				
01	0155	運動ニューロン疾患等	脊髄性筋萎縮症および関連症候群	G12\$			99 99 97 97	手術なし 手術あり	99 99 97 97	手術なし 手術あり	K154\$	1 1 1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 中心静脈注射 人工呼吸	K664 G005 J045\$	1 2 1 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$	1 1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			0 1	リハビリなし リハビリあり			
01	0160	パーキンソン病	パーキンソン<Parkinson>病 続発性パーキンソン<Parkinson>症候群 他に分類される疾患におけるパーキンソン<Parkinson>症候群	G20 G21\$ G22			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01	手術なし 機能的定位脳手術 脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)	K154\$ K181\$	1 1 1 2 1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 中心静脈注射 人工呼吸	K664 G005 J045\$	1 4 1 2 1 1	SPECT 中心静脈注射 人工呼吸	E101 G005 J045\$	1 1 1 2 1 1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 腎臓または尿路の感染症	040080 110310			0 1	リハビリなし リハビリあり				



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
								97 02		脳刺激装置交換術	K181-2																
								97 03		脳血管内手術	K178\$																
								97 97		その他のKコード																	
01	0170	基底核等の変性疾患	ハンチントン<Huntington>病	G10			手術なし	99 99		手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	4	SPECT	E101	1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし		
			基底核のその他の変性疾患	G23\$			手術あり	97 01		機能的定位脳手術	K154\$														1	リハビリあり	
			薬物誘発性舞蹈病	G254				97 01		脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)	K181\$																
			その他の舞蹈病	G255				97 02		脳刺激装置交換術	K181-2																
			その他の明示された錐体外路障害および異常運動	G258				97 97		その他のKコード																	
			神経系の変性疾患、詳細不明	G319																							
			多系統変性(症)	G903																							
01	0180	不随意運動	けいこ瘻>性斜頸	G243			手術なし	99 99		手術なし																0	リハビリなし
			眼瞼けいれん<痙攣>	G245			手術あり	97 01		機能的定位脳手術	K154\$															1	リハビリあり
			本態性振戦	G250				97 01		脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)	K181\$																
			薬物誘発性振戦	G251				97 02		脳刺激装置交換術	K181-2																
			その他の明示された型の振戦	G252				97 97		その他のKコード																	
			ミオクローヌス	G253																							
			薬物誘発性チックおよびその他の器質的原因によるチック	G256																							
			他に分類される疾患における錐体外路障害および異常運動	G26																							
01	0190	遺伝性運動失調症	遺伝性運動失調(症)	G11\$				99 99		手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	人工呼吸	J045\$			0	リハビリなし
								97 97		手術あり																1	リハビリあり
01	0200	水頭症	水頭症	G91\$			手術なし	99 99		手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	脳脊髄の感染を伴う炎症	010080	0	リハビリなし		
							その他の手術あり	97 97		その他のKコード		1	1	胃瘻閉鎖術	K665	1	1	人工呼吸	J045\$							1	リハビリあり
			水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	01 01				01 01		水頭症手術 脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	K1741																
			水頭症手術 シヤント手術	01 02				01 02		水頭症手術 シヤント手術	K1742																
			穿頭脳室ドレナージ術	01 03				01 03		穿頭脳室ドレナージ術	K145																
01	021x	認知症	<b>010210 アルツハイマー型認知症</b>					99 99		手術なし		1	1	SPECT	E101	1	5	リハビリテーション		1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし		
			アルツハイマー病の認知症	F00\$				97 01		機能的定位脳手術	K154\$															1	リハビリあり
			<b>010211 血管性認知症</b>					97 97		その他のKコード																	
			血管性認知症	F01\$																							
			<b>010212 その他の認知症</b>																								
			他に分類されるその他の疾患の認知症	F02\$																							
			詳細不明の認知症	F03																							
			<b>010213 アルツハイマー病</b>																								
			アルツハイマー<Alzheimer>病	G30\$																							
01	0220	その他の変性疾患	他に分類されるその他の疾患における主に中枢神経系を障害する系統萎縮症	G138				99 99		手術なし		1	1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	4	SPECT	E101							0	リハビリなし
			限局性脳萎縮(症)	G310				97 01		機能的定位脳手術	K154\$															1	リハビリあり
			老人性脳変性、他に分類されないもの	G311				97 97		その他のKコード																	
			神経系のその他の明示された変性疾患	G318																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			他に分類される疾患における脊髄の重急性連合変性症 進行性血管性白質脳症 高血圧性脳症	G320 I673 I674																								
01	0230	てんかん	てんかん てんかん重積(状態)	G40\$ G41\$	00 0 1歳以上 01 1 1歳未満		手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 機能的定位脳手術		1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	2 4	SPECT	E101	1 1		1 1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	リハビリなし			
								97 01		顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術)	K154-2	1 2		中心静脈注射	G005	1 2		E101-2\$ G005	1 2		1 2	脳脊髄の感染を伴う炎症 脳性麻痺	010080 070140	1	リハビリあり			
01	0240	片頭痛、頭痛症候群(その他)	片頭痛 その他の頭痛症候群	G43\$ G44\$				99 99 97 97		手術なし 手術あり															0 1	リハビリなし リハビリあり		
01	0250	アルコール依存症候群	アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 依存症候群 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 残遺性および遅発性の精神病的障害	F102 F107				99 99 97 97		手術なし 手術あり																0 1	リハビリなし リハビリあり	
01	0260	ウェルニッケ脳症	ウェルニッケ<Wernicke>脳症<エッセファロパチ<シ>>	E512	0 0 JCS30未満 1 1 JCS30以上			99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 2	中心静脈注射	G005								0 1	リハビリなし リハビリあり	
01	0270	中毒性脳症	ボツリズム<ボツリズム中毒> 中毒性脳症	A051 G92	0 0 JCS30未満 1 1 JCS30以上			99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 5 1 3 1 2 1 1	血漿交換療法 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J039 J0382 G005 J045\$							0 1	リハビリなし リハビリあり		
01	0280	ジストニー、筋無力症	薬物誘発性ジストニー 特発性家族性ジストニー 特発性非家族性ジストニー 特発性口顔面ジストニー その他のジストニー ジストニー、詳細不明	G240 G241 G242 G244 G248 G249				99 99 97 01		手術なし 機能的定位脳手術		1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 9	A型ボツリズム毒素									0 1	リハビリなし リハビリあり	
01	0290	自律神経系の障害	特発性末梢性自律神経ニューロパチ<シ> 家族性自律神経異常症[ライリー・デイ<Riley-Day>症候群] ホルネル<Horner>症候群 自律神経の異常反射 自律神経系のその他の障害 自律神経系の障害、詳細不明	G900 G901 G902 G904 G908 G909				99 99 97 01		手術なし 顔面神経麻痺形成手術		1 1		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 3 1 2 1 1	人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$								0 1	リハビリなし リハビリあり	
								97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 07 97 97		眼瞼下垂症手術 交感神経節切除術 胸部 脊髄刺激装置植込術 交感神経節切除術 頭部 ペースメーカー移植術 交感神経節切除術 腰部 その他のKコード	K219\$ K1962 K190 K1961 K597\$ K1963 その他のKコード																0 1	リハビリなし リハビリあり
01	0300	睡眠障害	睡眠の導入および維持の障害[不眠症] 過度の傾眠[過眠症] 睡眠・覚醒スケジュール障害 ナルコレプシーおよびカタレプシー その他の睡眠障害 睡眠障害、詳細不明	G470 G471 G472 G474 G478 G479				99 99 97 97		手術なし 手術あり							1 1	人工呼吸	J045\$							0 1	リハビリなし リハビリあり	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等									
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等					
01	0310	脳の障害(その他)	髄体外路障害および異常運動、詳細不明 アルコールによる神経系の変性 他に分類される疾患における神経系のその他の明示された変性障害 脳のうく囊>胞 無酸素性脳損傷、他に分類されないもの 良性頭蓋内圧亢進症 ウイルス感染後疲労症候群 脳圧迫 脳浮腫 ライ<Reye>症候群 脳のその他の明示された障害 脳の障害、詳細不明 他に分類される疾患における脳のその他の障害 中枢神経系のその他の障害 神経系の処置後障害、他に分類されないもの 神経系のその他の障害、他に分類されないもの 他に分類される疾患における神経系のその他の障害	G259 G312 G328 G930 G931 G932 G933 G935 G936 G937 G938 G939 G94\$ G96\$ G97\$ G98 G99\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 97	手術なし 頭蓋内腫瘍摘出術 穿頭術(トレバチオン) 減圧開頭術 その他の場合 水頭症手術 シャント手術 髄液漏閉鎖術 脊髄刺激装置植込術 その他のKコード	K167 K147 K1492 K1742 K179 K190		1 1 1 1 1 1	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。) 人工呼吸	K664 G005 J045\$												0 1	リハビリなし リハビリあり			
02	001x	角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍	020011 眼瞼・結膜の悪性腫瘍 眼瞼の皮膚の悪性新生物、眼角を含む 結膜の悪性新生物 020012 眼窩の悪性腫瘍 眼窩の悪性新生物 020013 ぶどう膜の悪性黒色腫 脈絡膜の悪性新生物 毛様体の悪性新生物 020014 眼の悪性腫瘍(その他) 角膜の悪性新生物 眼および付属器の悪性新生物 眼および付属器の境界部病変 眼の悪性新生物、部位不明	C441 C690 C696 C693 C694 C691 C698 C699		手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 01 97 02 97 02 97 03 97 03 97 03 97 04 97 04 97 04 97 06 97 97	手術なし 眼瞼結膜悪性腫瘍手術 眼窩悪性腫瘍手術 治療的角膜切除術 毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 皮膚悪性腫瘍切除術 角膜表層除去併用結膜被覆術 虹彩腫瘍切除術 涙嚢摘出術 眼窩内容除去術 眼球摘出術 結膜腫瘍冷凍凝固術 結膜肉芽腫摘除術 眼球摘出及び組織又は義眼台充填術 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき)	K216 K236 K254\$ K266 K007\$ K257 K265 K203 K233 K241 K225 K225-3 K245 K2762 その他のKコード		1 1	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 分層植皮術 全層植皮術 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 粘膜炎移植術 粘膜炎手術 組織拡張器による再建手術(一連につき) 骨移植術(軟骨移植術を含む。) リンパ節摘出術 脾摘出術	K005\$ K013\$ K013-2\$ K015\$ K016 K017 K019 K020 K021\$ K021-2\$ K022 K059\$ K626\$ K711		1 8 1 6 1 2 1 1	化学療法 放射線療法 中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$												0 1	片眼 両眼
02	0040	網膜芽細胞腫	網膜の悪性新生物	C692		手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 97	手術なし 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) 網膜冷凍凝固術 眼球摘出及び組織又は義眼台充填術 眼球摘出術 義眼台包埋術 眼窩内容除去術 その他のKコード	K2762 K277 K245 K241 K243 K233		1 1 1 1	リンパ節摘出術 脾摘出術	K626\$ K711		1 8 1 6 1 2 1 1	化学療法 放射線療法 中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$										0 1	片眼 両眼		
02	006x	眼の良性腫瘍	020061 眼瞼の良性腫瘍 眼瞼の上皮内黒色腫、眼角を含む 眼瞼のメラニン細胞性母斑の良性新生物、眼角を含む	D031 D221		手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01	手術なし 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 虹彩腫瘍切除術				1 1 1 1 1 1	分層植皮術 25平方センチメートル未満 全層植皮術 25平方センチメートル未満 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25平方センチメートル未満	K0131 K013-21 K0151		1 6	放射線療法								0 1	片眼 両眼				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			眼瞼の皮膚の良性新生物、眼角を含む <b>020082 結膜・角膜腫瘍</b> 結膜の良性新生物 角膜の良性新生物 <b>020083 虹彩・毛様体・脈絡膜・網膜腫瘍</b> 網膜の良性新生物 脈絡膜の良性新生物 毛様体の良性新生物 <b>020084 眼の良性腫瘍(その他)</b> 眼の良性新生物、部位不明	D231 D310 D311 D312 D313 D314 D319						97 02 結膜囊形成手術 97 02 毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術 97 03 眼瞼結膜腫瘍手術 97 03 結膜腫瘍冷凍凝固術 97 03 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) 97 04 角膜移植術 97 04 網膜冷凍凝固術 97 05 結膜腫瘍摘出術 97 97 その他のKコード	K223\$ K266 K215-2 K225 K2762 K259 K277 K225-2 その他のKコード																	
02	0080	眼窩腫瘍	眼窩の良性新生物、部位不明	D316			手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	K235	1 1 1 1		分層植皮術 25平方センチメートル未満 全層植皮術 25平方センチメートル未満	K0131 K013-21											0 1	片眼 両眼	
			涙腺および涙管の悪性新生物 涙腺および涙管の良性新生物	C695 D315			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 97		手術なし 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 涙嚢摘出術 その他のKコード	K005\$ K203 その他のKコード	1 8 1 6		化学療法 放射線療法												0 0 1 1	初回 片眼 再手術 両眼	
02	0110	白内障、水晶体の疾患	老人性白内障 乳児、若年および初老期白内障 外傷性白内障 併発白内障 薬物誘発性白内障 後発白内障 その他の明示された白内障 白内障、詳細不明 水晶体のその他の障害 他に分類される疾患における白内障および水晶体のその他の障害 先天性(性)水晶体奇形	H25\$ H260 H261 H262 H263 H264 H268 H269 H27\$ H28\$ Q12\$			手術なし 手術あり	99 99 97 02 97 07 97 97		手術なし 水晶体再建術 後発白内障手術 その他のKコード	K282\$ K282-2 その他のKコード	1 1		角膜移植術	K259							1 3		虹彩毛様体炎、虹彩毛様体の障害	020340	0 1	片眼 両眼	
02	0120	急性前部ぶどう膜炎	急性および亜急性虹彩毛様体炎 虹彩毛様体炎、詳細不明	H200 H209			手術なし 手術あり	99 99 97 02 97 97		手術なし 虹彩整復・瞳孔形成術 その他のKコード	K269 その他のKコード															0 1	片眼 両眼	
02	0130	原田病	その他の網脈絡膜の炎症	H308			手術なし 手術あり	99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 5		全身麻酔												0 1	初回 再手術	
02	0140	網脈絡膜炎・網膜炎・急性網膜壊死	網脈絡膜の局在性炎症 網脈絡膜の散在性炎症 後部毛様体炎 網脈絡膜の炎症、詳細不明	H300 H301 H302 H309			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 97		手術なし 網膜復位術 硝子体切除術 緑内障手術 その他のKコード	K282\$ K275 K279 K268\$ その他のKコード	1 1		水晶体再建術	K282\$	1 5		全身麻酔								0 0 1 1	初回 片眼 再手術 両眼	
02	0150	斜視(外傷性・癒着性を除く)	麻痺性斜視	H49\$			手術なし	99 99		手術なし		1 5		全身麻酔												0	初回	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			共同性内斜視 共同性外斜視 上下斜視 間欠<歇>性斜視 その他および詳細不明の斜視 斜位 機械的斜視 その他の明示された斜視 斜視、詳細不明	H500 H501 H502 H503 H504 H505 H506 H508 H509			手術あり	97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 97		眼筋移動術 斜視手術 直筋の前後転法及び斜筋手術の併施 斜視手術 斜筋手術 斜視手術 前転法及び後転法の併施 斜視手術 後転法 斜視手術 前転法 その他のKコード	K244 K2425 K2424 K2423 K2422 K2421 その他のKコード														0 1 1	片眼 再手術 両眼
02	0160	網膜剥離	網膜剥離、網膜裂孔を伴うもの 漿液性網膜剥離 網膜裂孔、剥離を伴わないもの 牽引性網膜剥離 その他の網膜剥離	H330 H332 H333 H334 H335			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 97		手術なし 網膜復位術 硝子体茎顕微鏡下離断術 増殖性硝子体網膜症手術 網膜光凝固術 網膜冷凍凝固術 その他のKコード	K275 K280\$ K281 K276\$ K277 その他のKコード	1 1	1	水晶体再建術	K282\$	1 5	全身麻酔							0 1	片眼 両眼	
02	0180	糖尿病性増殖性網膜症	糖尿病(性)網膜症	H360			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 97		手術なし 増殖性硝子体網膜症手術 硝子体茎顕微鏡下離断術 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) その他のKコード	K281 K280\$ K2762 その他のKコード	1 1	1	水晶体再建術	K282\$	1 3	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	020340				0 1	片眼 両眼			
02	0190	未熟児網膜症	未熟児網膜症	H351			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 97		手術なし 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) 増殖性硝子体網膜症手術 網膜冷凍凝固術 網膜復位術 その他のKコード	K2762 K281 K277 K275 その他のKコード	1 5	5	全身麻酔								0 1	片眼 両眼			
02	0200	黄斑、後極変性網膜障害、詳細不明	黄斑および後極の変性網膜障害、詳細不明	H353 H359			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 97		手術なし 黄斑下手術 硝子体茎顕微鏡下離断術 網膜付着組織を含むもの 硝子体茎顕微鏡下離断術 その他のもの 増殖性硝子体網膜症手術 網膜光凝固術 その他のKコード	K277-2 K2801 K2802 K281 K276\$ その他のKコード	1 1	1	水晶体再建術	K282\$	4 9 3 8 2 7 1 5	ラニピズマブ ベガブタニブナトリウム ベルテポルフィン 全身麻酔	1 3 1 3	網膜剥離 手術・処置等の合併症	020160 180040	0 1	片眼 両眼				
02	0210	網膜血管閉塞症	網膜血管閉塞症 背景網膜症および網膜血管変化 その他の増殖性網膜症	H34\$ H350 H352			手術なし その他の手術あり	99 99 97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 07 97 97 01 01		手術なし 硝子体茎顕微鏡下離断術 網膜付着組織を含むもの 硝子体茎顕微鏡下離断術 その他のもの 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) 硝子体切除術 緑内障手術 虹彩切除術 網膜冷凍凝固術 増殖性硝子体網膜症手術	K2801 K2802 K2762 K279 K2681 K277 その他のKコード K281	1 1	1	水晶体再建術	K282\$	1 5	全身麻酔					0 1	片眼 両眼			
02	0220	緑内障	緑内障の疑い 原発開放隅角緑内障	H400 H401			手術なし 手術あり	99 99 97 04		手術なし 緑内障手術 虹彩切除術	K2681	1 1	1	水晶体再建術	K282\$	1 3	人工腎臓 其他の場合	J0382	1 2	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070	0 1	片眼 両眼			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			原発閉塞隅角緑内障	H402				97	05	虹彩光凝固術	K270														
			眼の外傷に続発する緑内障	H403				97	06	毛様体光凝固術	K271														
			眼の炎症に続発する緑内障	H404				97	07	緑内障手術 流出路再建術	K2682														
			その他の眼疾患に続発する緑内障	H405				97	07	緑内障手術 濾過手術	K2683														
			薬物による続発緑内障	H406				97	08	毛様体冷凍凝固術	K272														
			その他の緑内障	H408				97	09	隅角光凝固術	K273														
			緑内障、詳細不明	H409				97	12	虹彩修復・瞳孔形成術	K269														
			内分泌、栄養および代謝疾患における緑内障	H420				97	13	眼球摘出術	K241														
			他に分類されるその他の疾患における緑内障	H428				97	14	眼球内容除去術	K239														
			眼球の変性病態	H445				97	15	義眼台包埋術	K243														
			前眼部の先天奇形	Q13\$				97	97		その他のKコード														
			先天(性)緑内障	Q150																					
02	0230	眼瞼下垂	眼瞼下垂	H024			手術なし	99	99	手術なし														0	片眼
			先天(性)眼瞼下垂	Q100			手術あり	97	01	眼瞼下垂症手術	K219\$													1	両眼
								97	02	眼筋移動術	K244														
								97	97		その他のKコード														
02	0240	硝子体疾患	硝子体の障害	H43\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	水晶体再建術	K282\$									0	片眼
							手術あり	97	01	増殖性硝子体網膜症手術	K281													1	両眼
								97	02	硝子体茎頸顕微鏡下離断術	K280\$														
								97	03	硝子体切除術	K279														
								97	97		その他のKコード														
02	0250	結膜の障害	トラコーマ	A71\$			手術なし	99	99	手術なし														0	片眼
			クラミジア結膜炎	A740			手術あり	97	01	翼状片手術(弁の移植を要するもの)	K224													1	両眼
			アデノウイルスによる結膜炎	B301				97	02	結膜嚢形成手術	K223\$														
			急性流行性出血性結膜炎(エンテロウイルス性)	B303				97	03	結膜結石除去術	K221\$														
			その他のウイルス(性)結膜炎	B308				97	04	結膜下異物除去術	K222														
			ウイルス(性)結膜炎、詳細不明	B309				97	05	結膜腫瘍冷凍凝固術	K225														
			結膜炎	H10\$				97	97		その他のKコード														
			結膜のその他の障害	H11\$																					
			他に分類される疾患における結膜の障害	H13\$																					
02	0270	強膜の障害	強膜の障害	H15\$			手術なし	99	99	手術なし														0	片眼
							手術あり	97	01	強膜移植術	K260													1	両眼
								97	97		その他のKコード														
02	0280	角膜の障害	アデノウイルスによる角結膜炎	B300			手術なし	99	99	手術なし														0	片眼
			角膜炎	H16\$			手術あり	97	01	角膜移植術	K259													1	両眼
			角膜瘢痕および混濁	H17\$				97	02	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	K248														
			角膜のその他の障害	H18\$				97	02	顕微鏡下角膜抜糸術	K248-2														
			他に分類される疾患における強膜および角膜の障害	H19\$				97	03	角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	K249														
								97	04	角膜切開術	K250														
								97	06	角膜潰瘍結膜被覆術	K256														
								97	07	角膜表層除去併用結膜被覆術	K257														
								97	08	治療的角膜切除術	K254\$														
								97	09	強角膜瘻孔閉鎖術	K255														
								97	10	角膜形成手術	K261														
								97	11	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	K207														
								97	97		その他のKコード														
02	0290	涙器の疾患	涙道の急性および詳細不明の炎症	H043			手術なし	99	99	手術なし														0	初回
			涙道の慢性炎症	H044			手術あり	97	01	涙嚢鼻腔吻合術	K204													0	片眼

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			涙道の狭窄および不全 涙道におけるその他の変化	H045 H046				97 01		眼瞼腫瘍切開術	K209													1	再手術 1 両眼			
02	0320	眼瞼、涙器、眼窩の疾患	麦粒腫およびさんく霞>粒腫 眼瞼のその他の炎症 眼瞼内反(症)および(眼瞼)睫毛乱生(症) 眼瞼外反(症) 兎眼 眼瞼皮膚しこ弛>緩症 眼瞼機能のその他の障害 眼瞼偏平黄色腫<黄色板症> 眼瞼および眼周囲のその他の変性障害 眼瞼のその他の明示された障害 眼瞼の障害、詳細不明 他に分類される疾患における眼瞼の障害 涙腺炎 涙腺のその他の障害 流涙 涙器のその他の障害 涙器の障害、詳細不明 眼窩の急性炎症 眼窩の慢性炎症性障害 眼球突出 眼窩の変形 眼球陥入<陥凹> 眼窩のその他の障害 眼窩の障害、詳細不明 他に分類される疾患における涙器の障害 他に分類される疾患における眼窩の寄生虫 他に分類される疾患における眼窩のその他の障害	H00\$ H01\$ H020 H021 H022 H023 H025 H026 H027 H028 H029 H03\$ H040 H041 H042 H048 H049 H050 H051 H052 H053 H054 H058 H059 H060 H061 H063		手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 04 97 05 97 06 97 06 97 07 97 08 97 07 97 09 97 10 97 11 97 12 97 12 97 13 97 14 97 97	手術なし 眼瞼内反症手術 瞼縁縫合術(瞼縁縫合術を含む。) 麦粒腫切開術 眼瞼腫瘍切開術 睫毛電気分解術(毛根破壊) マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術 霰粒腫摘出術 瞼板切除術(巨大霰粒腫摘出) 眼瞼外反症手術 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 瘻管縮小形成手術 顔面 兎眼矯正術 分層植皮術 全層植皮術 眼瞼下垂症手術 眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	K209 K199 K200-2 K202 K200 K201 K203 K206 その他のKコード K217 K207 K208 K209 K211 K213 K214 K215 K218 K005\$ K0101 K212 K013\$ K013-2\$ K219\$ K237 その他のKコード																		0 1	片眼 両眼
02	0325	甲状腺機能異常性眼球突出(症)	甲状腺機能異常性眼球突出(症)	H062				99 99 97 97		手術なし 手術あり					1 6		放射線療法							0 1	片眼 両眼			
02	0340	虹彩毛様体炎、虹彩・毛様体の障害	慢性虹彩毛様体炎 水晶体原性虹彩毛様体炎 その他の虹彩毛様体炎 虹彩および毛様体のその他の障害 他に分類される疾患における虹彩および毛様体の障害	H201 H202 H208 H21\$ H22\$		手術なし 手術あり	99 99 97 02 97 03 97 04 97 97	手術なし 線内障手術 硝子体切除術 硝子体置換術			K268\$ K279 K284 その他のKコード	1 1		水晶体再建術	K282\$	1 5		全身麻酔						0 1	片眼 両眼			
02	0350	脈絡膜の疾患	脈絡膜のその他の障害 他に分類される疾患における網脈絡膜の障害 網膜分離症および網膜のう<囊>胞 周辺網膜変性	H31\$ H32\$ H331 H354		手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 97	手術なし 網膜光凝固術			K276\$ その他のKコード				1 5		全身麻酔							0 1	片眼 両眼			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			遺伝性網膜ジストロフィ 網膜出血 網膜層の分離 その他の明示された網膜障害 他に分類される疾患におけるその他の網膜障害	H355 H356 H357 H358 H368																					
02	0360	眼球の障害	化膿性眼内炎 その他の眼内炎 変性近視 眼球のその他の変性障害 低眼圧 眼球のその他の障害 眼球の障害、詳細不明 他に分類される疾患における硝子体および眼球の障害	H440 H441 H442 H443 H444 H448 H449 H458			手術なし 手術あり	99 99 97 01	手術なし 硝子体切除術		K279 K281 その他のKコード													0 1	片眼 両眼
02	0370	視神経の疾患	視神経炎 視神経の障害、他に分類されないもの 乳頭浮腫、詳細不明 視神経萎縮 視神経乳頭のその他の障害 視(神経)交叉の障害 その他の視(覚)路の障害 視覚皮質の障害 視(覚)路の障害、詳細不明 他に分類される疾患における視神経[第2脳神経]および視(覚)路の障害 視神経および視路の損傷	H46 H470 H471 H472 H473 H474 H475 H476 H477 H488 S040			手術なし 手術あり	99 99 97 01	手術なし 視神経管開放術		K158 その他のKコード			1 6	放射線療法									0 1	片眼 両眼
02	0380	眼球運動障害	両眼運動のその他の障害 眼振およびその他の不規則眼球運動	H518 H55			手術なし 手術あり	99 99 97 97	手術なし 手術あり															0 1	片眼 両眼
02	0390	視覚・視野障害	屈折および調節の障害 視覚障害 盲く失明>および低視力	H528 H538 H548				99 99 97 97	手術なし 手術あり																
02	0400	眼、付属器の障害	眼および付属器のその他の障害 他に分類される疾患における眼および付属器のその他の障害 眼および付属器の処置後障害、他に分類されないもの	H578 H588 H598			手術なし 手術あり	99 99 97 97	手術なし 手術あり															0 1	片眼 両眼
03	001x	頭頸部悪性腫瘍	<b>030010 口腔・下顎、口唇の悪性腫瘍</b> 口唇の悪性新生物 舌のその他および部位不明の悪性新生物 歯肉の悪性新生物 口(腔)底の悪性新生物 硬口蓋の悪性新生物 口蓋の悪性新生物 口蓋の境界部病巣 口蓋の悪性新生物、部位不明 その他および部位不明の口腔の悪性新生物 その他および部位不明の口唇、口腔および咽頭の悪性新生物 下顎の悪性新生物	C008 C028 C038 C048 C050 C058 C059 C068 C148 C411			手術なし その他の手術あり	99 99 97 02	手術なし 上顎洞開窓術 上咽頭腫瘍摘出術 中咽頭腫瘍摘出術 下咽頭腫瘍摘出術 副咽頭間隙腫瘍摘出術 喉頭腫瘍摘出術 リンパ節摘出術 気管切開術 食道狭窄拡張術 食道ステント留置術	K349 K3718 K3728 K3738 K3798 K3938 K6268 K386 K5228 K522-2		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	分層植皮術 全層植皮術 皮弁作成術、移動術、切断術、遅延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 神経縫合術 その他のもの 神経移植術	K0138 K013-28 K0158 K016 K017 K019 K020 K1822 K198	5 9 4 8 3 7 2 6 1 2 1 3 1 1 1 3	動注化学療法 化学療法ありかつ放射線療法なし 化学療法ありかつ放射線療法あり 化学療法なしかつ放射線療法あり 中心静脈注射 G005 J0458 人工呼吸	1 3 1 3 1 3 1 3 1 3 1 3 1 3 1 3	滲出性中耳炎、 耳管炎、耳管閉塞 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 食道の悪性腫瘍(頭部を含む) 胃の悪性腫瘍 白血球疾患(その他) 貧血(その他) その他の真菌感染症 その他の慢性疼痛	030430 040080 060010 060020 130070 130090 180035 R522						



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			口唇、口腔および咽頭の上皮内癌	D000				97	03	血管結紮術	K607\$														
			<b>030011 唾液腺の悪性腫瘍</b>					97	03	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664														
			耳下腺の悪性新生物	C07				97	97		その他のKコード														
			その他および部位不明の大唾液腺の悪性新生物	C08\$			頭部悪性腫瘍手術等	01	01	頭部悪性腫瘍手術	K470														
			<b>030012 上咽頭の悪性腫瘍</b>					01	01	皮膚悪性腫瘍切除術 広汎切除	K0071														
			鼻<上>咽頭の悪性新生物	C11\$				01	01	皮膚悪性腫瘍切除術 単純切除	K0072														
			<b>030013 中咽頭の悪性腫瘍</b>					01	01	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	K151-2														
			舌根<基底>部の悪性新生物	C01				01	01	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術	K162														
			軟口蓋の悪性新生物	C051				01	01	眼窩悪性腫瘍手術	K236														
			口蓋垂の悪性新生物	C052				01	01	耳介悪性腫瘍手術	K293														
			扁桃の悪性新生物	C09\$				01	01	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	K294														
			中咽頭の悪性新生物	C10\$				01	01	中耳悪性腫瘍手術 切除	K3141														
			<b>030014 下咽頭の悪性腫瘍</b>					01	01	中耳悪性腫瘍手術 側頭骨摘出術	K3142														
			梨状陥凹<洞>の悪性新生物	C12				01	01	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	K343\$														
			下咽頭の悪性新生物	C13\$				01	01	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	K374														
			<b>030015 喉頭の悪性腫瘍</b>					01	01	上咽頭悪性腫瘍手術	K376														
			喉頭の悪性新生物	C32\$				01	01	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	K379-2\$														
			喉頭の上皮内癌	D020				01	01	喉頭悪性腫瘍手術	K394\$														
			<b>030016 鼻腔・副鼻腔の悪性腫瘍</b>					01	01	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頭部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。)	K395														
			鼻腔の悪性新生物	C300				01	01	口腔底悪性腫瘍手術	K410														
			副鼻腔の悪性新生物	C31\$				01	01	頬粘膜悪性腫瘍手術	K412														
			頭蓋骨および顔面骨の悪性新生物	C410				01	01	舌悪性腫瘍手術 切除	K4151														
			<b>030017 転移性頭部悪性腫瘍</b>					01	01	舌悪性腫瘍手術 亜全摘	K4152														
			頭部、顔面および頸部リンパ節の悪性新生物	C770				01	01	口唇悪性腫瘍手術	K422														
			<b>030018 聴覚の悪性腫瘍</b>					01	01	類悪性腫瘍手術	K424														
			中耳の悪性新生物	C301				01	01	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	K425														
			耳および外耳道の皮膚の悪性新生物	C442				01	01	下顎骨悪性腫瘍手術	K439\$														
			<b>030019 頭頸部悪性腫瘍(その他)</b>					01	01	上顎骨悪性腫瘍手術	K442\$														
			口唇の悪性黒色腫	C430				01	01	顎下腺悪性腫瘍手術	K455														
			眼瞼の悪性黒色腫、眼角を含む	C431				01	01	耳下腺悪性腫瘍手術 切除	K4581														
			耳および外耳道の悪性黒色腫	C432				01	01	耳下腺悪性腫瘍手術 全摘	K4582														
			その他および部位不明の顔面の悪性黒色腫	C433				01	01	頭部郭清術	K469\$														
			頭皮および頸部の悪性黒色腫	C434				01	01	縦隔郭清術	K503														
			口唇の皮膚の悪性新生物	C440				01	01	リンパ節群郭清術 顎下部又は舌下部(浅在性)	K6271														
			その他および部位不明の顔面の皮膚の悪性新生物	C443				01	01	リンパ節群郭清術 頭部(深在性)	K6272														
			頭皮および頸部の皮膚の悪性新生物	C444				01	01	リンパ節群郭清術 鎖骨上窩及び下窩	K6273														
			頭部、顔面および頸部の末梢神経の悪性新生物	C470																					
			頭部、顔面および頸部の結合組織および軟部組織の悪性新生物	C490																					
			その他および部位不明の悪性新生物 頭部、顔面および頸部の悪性新生物	C760																					
			中耳および呼吸器系のその他の部位の上皮内癌	D023																					
			耳および外耳道の上皮内黒色腫	D032																					
			耳および外耳道の皮膚の上皮内癌	D042																					
03	0150	耳・鼻・口腔・咽頭の腫瘍	口唇の良性新生物	D100			手術なし	99	99	手術なし		1	1	分層植皮術	K013\$										
			舌の良性新生物	D101			手術あり	97	01	喉頭腫瘍摘出術 直達鏡によるもの	K3932	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			口(腔)底の良性新生物	D102				97	02	鼻副鼻腔腫瘍摘出術	K342	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K0151										

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			口腔のその他および部位不明の良性新生物	D103					97	02	口蓋腫瘍摘出術	K406\$	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	K0152													
			扁桃の良性新生物	D104					97	02	口腔底腫瘍摘出術	K409	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 100平方センチメートル以上	K0153													
			中咽頭のその他の部位の良性新生物	D105					97	02	舌腫瘍摘出術 その他のもの	K4132	1	1	複合組織移植術	K019													
			鼻く上咽頭の良性新生物	D106					97	02	口唇腫瘍摘出術	K421\$	1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020													
			下咽頭の良性新生物	D107					97	02	頬腫瘍摘出術	K423\$	1	1	粘膜移植術	K021\$													
			咽頭の良性新生物、部位不明	D109					97	97	その他のKコード	その他のKコード	1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル未満	K021-21													
			中耳、鼻腔および副鼻腔の良性新生物	D140					1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル以上	K021-22	1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル以上	K021-22													
			喉頭の良性新生物	D141					1	1	喉頭形成手術	K400\$	1	1	喉頭形成手術	K400\$													
			口唇、口腔および咽頭の性状不詳または不明の新生物	D370																									
			その他の呼吸器の性状不詳または不明の新生物	D385																									
			舌下静脈瘤	I860																									
03	0160	大唾液腺の良性腫瘍	大唾液腺の良性新生物	D11\$					99	99	手術なし		1	1	顔面神経麻痺形成手術	K011\$													
									97	01	耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	K4572	1	1	分層植皮術	K013\$													
									97	02	耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺浅葉摘出術	K4571	1	1	全層植皮術	K013-2\$													
									97	03	舌根甲状腺腫瘍摘出術	K414	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25平方センチメートル未満	K0151													
									97	03	舌下腺腫瘍摘出術	K452	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	K0152													
									97	03	顎下腺腫瘍摘出術	K453	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 100平方センチメートル以上	K0153													
									97	03	顎下腺摘出術	K454	1	1	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016													
									97	97	その他のKコード	その他のKコード	1	1	複合組織移植術	K019													
									1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020													
									1	1	粘膜移植術	K021\$	1	1	粘膜移植術	K021\$													
									1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル未満	K021-21	1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル未満	K021-21													
									1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル以上	K021-22	1	1	粘膜弁手術 4平方センチメートル以上	K021-22													
									1	1	神経縫合術 その他のもの	K1822	1	1	神経縫合術 その他のもの	K1822													
									1	1	神経移行術	K197	1	1	神経移行術	K197													
									1	1	神経移植術	K198	1	1	神経移植術	K198													
									1	1	喉頭形成手術	K400\$	1	1	喉頭形成手術	K400\$													
									1	1	血管移植術、バイパス移植術 頭、頸部動脈	K6144	1	1	血管移植術、バイパス移植術 頭、頸部動脈	K6144													
03	0180	口内炎、口腔疾患	口内炎および関連病変	K12\$	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし																		
			口唇および口腔粘膜のその他の疾患	K13\$	06	1	6歳未満	手術あり	97	97	手術あり																		
03	0190	唾液腺炎、唾液腺腫瘍	唾液腺炎	K112				手術なし	99	99	手術なし																		
			唾液腺腫瘍	K113				手術あり	97	97	手術あり																		
03	0200	腺内唾石	唾石症	K115				手術なし	99	99	手術なし																		
								手術あり	97	97	手術あり																		
03	0220	ガマ腫	唾液腺粘液のうく囊<腫>	K116				手術なし	99	99	手術なし																		
								手術あり	97	97	手術あり																		
03	0230	扁桃、アデノイドの慢性疾患	扁桃およびアデノイドの慢性疾患	J35\$	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし																		
							06	1	6歳未満	97	01	口蓋扁桃手術	K377\$																
									97	02	アデノイド切除術	K370																	
									97	97	その他のKコード	その他のKコード																	
03	0240	扁桃周囲膿瘍	扁桃周囲膿瘍	J36	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし																		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等				
					06	1	6歳未満	手術あり		97 01 扁桃周囲膿瘍切開術 97 97 その他のKコード	K368																	
03	0245	伝染性単核球症	伝染性単核症	B27\$						99 99 手術なし 97 97 手術あり																		
03	0250	睡眠時無呼吸	睡眠時無呼吸	G473			手術なし 手術あり			99 99 手術なし 97 01 軟口蓋形成手術 97 01 口唇裂形成手術(片側) 口唇のみの場合 97 02 口蓋扁桃手術 97 03 上顎骨形成術 単純な場合 97 03 上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合 97 03 上顎骨形成術 骨移動を伴う場合 97 04 下顎骨形成術 おとがい形成の場合 97 04 下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合 97 04 下顎骨形成術 再建の場合 97 04 下顎骨形成術 骨移動を伴う場合 97 97 その他のKコード	K407-2 K4261 K377\$ K4431 K4432 K4433 K4441 K4442 K4443 K4444	1	1	終夜睡眠ポリグラフィ	D237\$													
03	0270	上気道炎	ウイルス(性)咽頭結膜炎 急性鼻咽頭炎[かぜ] <感冒> 急性咽頭炎 多部位および部位不明の急性上気道感染症 慢性鼻炎、鼻咽頭炎および咽頭炎	B302 J00 J02\$ J06\$ J31\$	00	0	6歳以上			99 99 手術なし 97 97 手術あり										1	1	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) その他の真菌感染症	100070 180035					
03	0280	声帯ポリープ、結節	声帯および喉頭のポリープ 声帯結節	J381 J382						99 99 手術なし 97 97 手術あり														0 1	片側 両側			
03	0290	声帯麻痺	声帯および喉頭の麻痺	J380			手術なし 手術あり			99 99 手術なし 97 97 手術あり																		
03	0300	声帯の疾患(その他)	喉頭の性状不詳または不明の新生物 声帯のその他の疾患 喉頭浮腫 喉頭けいれん<痙攣> 喉頭狭窄 喉頭のその他の疾患	D380 J383 J384 J385 J386 J387			手術なし その他の手術あり			99 99 手術なし 97 97 01 01 喉頭・声帯ポリープ切除術等 01 02 喉頭腫瘍摘出術	その他のKコード K389\$ K393\$																	
03	0320	鼻中隔彎曲症	鼻中隔彎曲症	J342						99 99 手術なし 97 01 鼻中隔矯正術 97 97 その他のKコード	K347																	
03	0330	急性副鼻腔炎	急性副鼻腔炎	J01\$			手術なし 手術あり			99 99 手術なし 97 01 鼻中隔矯正術 97 01 鼻内上顎洞根治手術 97 01 鼻内篩骨洞根治手術 97 01 鼻内蝶形洞根治手術 97 02 上顎洞篩骨洞根治手術 97 02 前頭洞篩骨洞根治手術 97 02 篩骨洞蝶形洞根治手術 97 02 上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術 97 02 上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術 97 02 汎副鼻腔根本手術 97 97 その他のKコード	K347 K352-2 K353 K357 K358 K359 K360 K361 K362 K364																	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
03	0340	血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	血管運動性鼻炎およびアレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	J30\$					99	99	手術なし																		
									97	01	粘膜下下鼻甲介骨切除術	K339																	
									97	01	経鼻腔的翼突管神経切除術	K344																	
									97	01	経上顎洞的翼突管神経切除術	K365																	
									97	02	鼻甲介切除術 その他のもの	K3382																	
									97	03	鼻腔粘膜焼灼術	K331																	
									97	03	下甲介粘膜焼灼術	K331-2																	
									97	03	鼻甲介切除術 高周波電気凝固法によるもの	K3381																	
									97	97	その他のKコード																		
03	0350	慢性副鼻腔炎	慢性副鼻腔炎	J32\$					99	99	手術なし																0 1	片側 両側	
									97	01	上顎洞開窓術	K349																	
									97	01	鼻内篩骨洞根治手術	K353																	
									97	01	鼻内前頭洞根治手術	K355																	
									97	01	鼻内蝶形洞根治手術	K357																	
									97	02	上顎洞根治手術	K352																	
									97	02	鼻内上顎洞根治手術	K352-2																	
									97	02	副鼻腔炎術後後出血止血法	K352-3																	
									97	02	前頭洞根治手術	K356																	
									97	02	上顎洞篩骨洞根治手術	K358																	
									97	02	前頭洞篩骨洞根治手術	K359																	
									97	02	篩骨洞蝶形洞根治手術	K360																	
									97	02	上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	K361																	
									97	02	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	K362																	
									97	02	前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	K363																	
									97	02	汎副鼻腔根本手術	K364																	
									97	97	その他のKコード																		
03	0360	副鼻腔嚢胞、鼻前庭嚢胞	鼻および副鼻腔の、のう<囊>胞および粘液のう<囊>胞<腫>鼻および副鼻腔のその他の明示された障害	J341 J348					99	99	手術なし																		
									97	01	鼻甲介切除術 その他のもの	K3382																	
									97	01	鼻茸摘出術	K340																	
									97	01	上顎洞開窓術	K349																	
									97	02	鼻前庭嚢胞摘出術	K337																	
									97	02	鼻中隔矯正術	K347																	
									97	02	上顎洞根治手術	K352																	
									97	02	鼻内上顎洞根治手術	K352-2																	
									97	02	副鼻腔炎術後後出血止血法	K352-3																	
									97	02	術後性上顎嚢胞摘出術	K435																	
									97	03	鼻内篩骨洞根治手術	K353																	
									97	03	鼻内前頭洞根治手術	K355																	
									97	04	前頭洞根治手術	K356																	
									97	04	鼻内蝶形洞根治手術	K357																	
									97	04	上顎洞篩骨洞根治手術	K358																	
									97	04	前頭洞篩骨洞根治手術	K359																	
									97	04	篩骨洞蝶形洞根治手術	K360																	
									97	04	上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	K362																	
									97	04	汎副鼻腔根本手術	K364																	
									97	97	その他のKコード																		
03	0370	鼻ポリープ	鼻ポリープ	J33\$					99	99	手術なし																		
									97	01	鼻茸摘出術	K340																	
									97	02	上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	K341																	
									97	97	その他のKコード																		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
03	0380	鼻出血	鼻出血	R040				99	99	手術なし																
								97	01	経上顎洞的顎動脈結紮術	K362-2															
								97	02	鼻腔粘膜焼灼術	K331															
								97	02	下甲介粘膜焼灼術	K331-2															
								97	02	鼻甲介切除術 高周波電気凝固法によるもの	K3381															
								97	97	その他のKコード																
03	0390	顔面神経障害	顔面神経障害	G51\$			手術なし 手術あり	99	99	手術なし		1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
								97	01	顔面神経麻痺形成手術 動的なもの	K0112	1	1	複合組織移植術	K019											
								97	02	顔面神経麻痺形成手術 静的なもの	K0111	1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
								97	03	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	K159	1	1	筋膜移植術 その他のもの	K0332											
								97	03	顔面神経管開放術	K159-2	1	1	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
								97	04	兎眼矯正術	K212	1	1	神経縫合術 その他のもの	K1822											
								97	97	その他のKコード		1	1	神経移植術	K198											
03	0400	前庭機能障害	メニエル<Meniere>病 良性発作性めまい<眩暈(症)> 前庭神経炎 その他の末梢性めまい<眩暈(症)> その他の前庭機能障害 前庭機能障害、詳細不明	H810 H811 H812 H813 H818 H819			手術なし 手術あり	99	99	手術なし																
								97	01	内リンパ嚢開放術	K323															
								97	02	内耳閉塞術	K321															
								97	03	迷路摘出術	K325\$															
								97	97	その他のKコード																
03	0410	めまい(末梢前庭以外)	中枢性めまい<眩暈(症)>	H814				99	99	手術なし																
								97	97	手術あり																
03	0425	聴覚の障害(その他)	迷路瘻(孔) 騒音による内耳障害 伝音および感音難聴 聴器毒性難聴 老人性難聴 ろうあ<聾啞>、他に分類されないもの その他の明示された難聴 難聴、詳細不明 耳のその他の障害、他に分類されないもの 他に分類される疾患における耳のその他の障害	H831 H833 H90\$ H910 H911 H913 H918 H919 H93\$ H94\$			手術なし 手術あり	99	99	手術なし																
								97	01	人工内耳埋込術	K328															
								97	02	乳突削開術	K305															
								97	02	乳突充填術	K310															
								97	02	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	K311															
								97	02	中耳根本手術	K317															
								97	02	鼓膜形成手術	K318															
								97	02	鼓室形成手術	K319															
								97	02	アブミ骨摘出術・可動化手術	K320															
								97	02	内耳窓閉鎖術	K327															
								97	97	その他のKコード																
03	0428	突発性難聴	突発性難聴(特発性)	H912				99	99	手術なし																
								97	97	手術あり																
03	0430	滲出性中耳炎、耳管炎、耳管閉塞	非化膿性中耳炎 耳管炎および耳管閉塞 耳痛および耳内貯留	H65\$ H68\$ H92\$			手術なし 手術あり	99	99	手術なし											1	3	扁桃、アデノイドの慢性疾患	030230		
								97	01	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	K309															
								97	02	アデノイド切除術	K370															
								97	02	口蓋扁桃手術 摘出	K3772															
								97	03	鼓膜切開術	K300															
								97	97	その他のKコード																
03	0440	慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	慢性耳管鼓室化膿性中耳炎 慢性上鼓室乳突洞化膿性中耳炎 その他の慢性化膿性中耳炎 中耳炎、詳細不明 乳(様)突(起)炎および関連病態 中耳真珠腫 乳突洞削開術後腔の再発性真珠腫	H661 H662 H663 H669 H70\$ H71 H950			手術なし その他の手術あり	99	99	手術なし																
								97	03	乳突削開術	K305															
								97	04	顔面神経減圧手術(乳様突起経由)	K159															
								97	04	顔面神経管開放術	K159-2															
								97	04	神経縫合術 その他のもの	K1822															
								97	04	神経移植術	K198															
								97	04	鼓室開放術	K301															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
										97 04 上鼓室開放術	K302														
										97 04 上鼓室乳突洞開放術	K303														
										97 04 乳突洞開放術(アントロトミー)	K304														
										97 04 錐体部手術	K306														
										97 04 乳突充填術	K310														
										97 04 鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	K311														
										97 04 鼓膜鼓室内芽切除術	K312														
										97 04 S状洞血栓(静脈炎)手術	K316														
										97 04 中耳根本手術	K317														
										97 04 アブミ骨摘出術・可動化手術	K320														
										97 97	その他のKコード														
										02 02 鼓膜形成手術	K318														
										01 01 鼓室形成手術	K319														
03	0450	外耳の障害(その他)	外耳炎	H60\$			手術なし	99	99	手術なし															
			その他の外耳障害	H61\$			手術あり	97	01	皮膚切開術	K001\$														
			他に分類される疾患における外耳障害	H62\$				97	01	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$														
								97	01	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	K290														
								97	01	外耳道骨腫切除術	K290-2														
								97	01	外耳道腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	K292														
								97	97		その他のKコード														
03	0460	中耳・乳様突起の障害	麻疹、中耳炎を合併するもの	B05\$			手術なし	99	99	手術なし															
			急性化膿性中耳炎	H660			その他の手術あり	97	02	鼓膜形成手術	K318														
			化膿性中耳炎、詳細不明	H664				97	03	鼓室開放術	K301														
			他に分類される疾患における中耳炎	H67\$				97	03	上鼓室開放術	K302														
			その他の耳管障害	H69\$				97	03	上鼓室乳突洞開放術	K303														
			鼓膜穿孔	H72\$				97	03	乳突洞開放術(アントロトミー)	K304														
			鼓膜のその他の障害	H73\$				97	03	乳突閉鎖術	K305														
			中耳および乳様突起のその他の障害	H74\$				97	03	錐体部手術	K306														
			他に分類される疾患における中耳および乳様突起のその他の障害	H75\$				97	03	乳突充填術	K310														
			乳突洞閉鎖術に続発するその他の障害	H951				97	03	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	K311														
			耳および乳様突起のその他の処置後障害	H958				97	03	鼓膜鼓室内芽切除術	K312														
			耳および乳様突起の処置後障害、詳細不明	H959				97	03	S状洞血栓(静脈炎)手術	K316														
								97	03	中耳根本手術	K317														
								97	03	アブミ骨摘出術・可動化手術	K320														
								97	97		その他のKコード														
								01	01	鼓室形成手術	K319														
03	0470	内耳の障害(その他)	他に分類される疾患におけるめまい<眩暈>症候群	H82				99	99	手術なし															
			迷路炎	H830				97	01	アブミ骨摘出術・可動化手術	K320														
			迷路機能異常	H832				97	02	迷路摘出術	K325\$														
			その他の明示された内耳疾患	H838				97	03	内耳窓閉鎖術	K327														
			内耳疾患、詳細不明	H839				97	97		その他のKコード														
03	0475	耳硬化症	耳硬化症	H80\$				99	99	手術なし															
			耳小骨の先天奇形	Q163				97	01	アブミ骨摘出術・可動化手術	K320														
								97	97		その他のKコード														
03	0490	上気道の疾患(その他)	鼻の腫瘍、せつくフルンケル>およびよう<カルブケル>	J340				99	99	手術なし								1	1	人工呼吸	J045\$				
			鼻甲介の肥厚	J343				97	97		その他のKコード														
			慢性喉頭炎および慢性喉頭気管炎	J37\$																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
03	0500	唾液腺の疾患(その他)	唾液腺萎縮 唾液腺肥大 唾液腺瘻 唾液の分泌障害 その他の唾液腺疾患 唾液腺疾患、詳細不明	K110 K111 K114 K117 K118 K119				99	99	手術なし															
04	0010	縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	胸腺の悪性新生物 前縦隔の悪性新生物 後縦隔の悪性新生物 縦隔の悪性新生物、部位不明 心臓、縦隔および胸膜の悪性新生物 心臓、縦隔および胸膜の境界部病巣 その他および部位不明確の呼吸器系および胸腔内臓器の悪性新生物 胸腔内リンパ節の悪性新生物 縦隔の続発性悪性新生物 中耳ならびにその他および部位不明の呼吸器の続発性悪性新生物	C37 C381 C382 C383 C388 C39\$ C771 C781 C783			手術なし その他の手術あり 縦隔悪性腫瘍手術等	99	99	手術なし 97 97 01 01 縦隔悪性腫瘍手術 01 02 縦隔腫瘍、胸腺摘出術 01 03 縦隔郭清術 01 04 肺切除術	その他のKコード K504 K502 K503 K511\$	1	1	人工心肺(1日につき)+補助循環	K601\$ +補助循環加算	3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし 2 6 放射線療法 1 2 中心静脈注射 1 1 人工呼吸	G005 J045\$	1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 1 2 白血球疾患(その他)	040080 130070		
04	0020	縦隔の良性腫瘍	胸腺の良性新生物 縦隔の良性新生物 胸腔内臓器の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む) 縦隔の性状不詳または不明の新生物 胸腺の性状不詳または不明の新生物 胸腺の過形成遺残 胸腺の疾患、詳細不明 先天性縦隔のうく囊>胞	D150 D152 D174 D383 D384 E320 E329 Q341			手術なし その他の手術あり 縦隔腫瘍、胸腺摘出術等	99	99	手術なし 97 97 01 01 縦隔腫瘍、胸腺摘出術 01 02 胸腔鏡下肺切除術 01 02 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術	その他のKコード K502 K513 K513-2	1	1	人工心肺(1日につき)	K601\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
04	0030	呼吸器系の良性腫瘍	気管の良性新生物 気管支および肺の良性新生物 呼吸器系の良性新生物、部位不明 気管、気管支および肺の性状不詳または不明の新生物 呼吸器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D142 D143 D144 D381 D386			手術なし その他の手術あり 肺切除術 気管支形成を伴う肺切除等	99	99	手術なし 97 97 01 01 肺切除術 気管支形成を伴う肺切除 01 01 気管支形成手術 01 03 肺切除術 楔状部分切除 01 03 肺切除術 区域切除(1肺葉に満たないもの) 01 03 肺切除術 肺葉切除 01 04 胸腔鏡下肺切除術 01 05 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)	その他のKコード K5116 K518\$ K5111 K5112 K5113 K513 K510	1	1	人工呼吸	J045\$										
04	0040	肺の悪性腫瘍	気管の悪性新生物 気管支および肺の悪性新生物 肺の続発性悪性新生物 気管の上皮内癌 気管支および肺の上皮内癌 呼吸器系の上皮内癌、部位不明	C33 C34\$ C780 D021 D022 D024			手術なし その他の手術あり 肺悪性腫瘍手術等	99	99	手術なし 97 05 気管支腫瘍摘出術(気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの) 97 06 胸腔内(胸膜内)血腫除去術 97 07 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの) 97 97 01 01 肺悪性腫瘍手術 01 02 気管支形成手術 輪状切除術	K510 K494 K508 その他のKコード K514\$ K5182	1	1	気管支鏡検査、気管支カメラ 1 1 気管支ファイバースコーピー 1 1 経皮的針生検法 1 1 経気管肺生検法	D301 D302 D412 D415	7	11	ベバシズマブ 6 10 ベメトレキセドナトリウム水和物 5 9 カルボプラチン+パクリタキセルあり 4 8 化学療法ありかつ放射線療法なし 3 7 化学療法ありかつ放射線療法あり 2 6 化学療法なしかつ放射線療法あり 1 2 中心静脈注射	G005	1	1	白血球疾患(その他) 1 1 敗血症 1 1 その他の慢性疼痛 1 2 脳性麻痺 1 3 脳腫瘍 1 3 肺・縦隔の感染、膿瘍形成 1 3 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	130070 180010 R522 070140 010010 040150 070040		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等				
								01 04		肺切除術	K511\$					1 1		人工呼吸	J045\$	1 3		その他の真菌感染症	180035						
								01 04		胸腔鏡下肺切除術	K513																		
								01 04		胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	K514-2\$																		
04	0050	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	胸膜の悪性新生物	C384	00 0	15歳以上	手術なし	99 99		手術なし				1 2			皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	4 9			ベムレキセドナトリウム水和物							
			胸膜上皮腫	C450	15 1	15歳未満	その他の手術あり	97 97			その他のKコード	1 2					動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	3 8			化学療法ありかつ放射線療法なし							
			胸膜上皮腫	C452			肺切除術 1側肺全摘等	01 01		肺切除術 1側肺全摘	K5115	1 2					遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	2 6			放射線療法							
			胸膜の続発性悪性新生物	C782				01 01		肺悪性腫瘍手術 胸膜肺全摘	K5144	1 2					複合組織移植術	K019	1 2			中心静脈注射	G005						
			胸膜の上皮組織の良性新生物	D190				01 02		胸壁悪性腫瘍摘出術 胸壁形成手術を併施するもの	K4841	1 1					分層植皮術	K013\$	1 1			人工呼吸	J045\$						
			胸膜の性状不詳または不明の新生物	D382				01 02		胸壁悪性腫瘍摘出術 その他のもの	K4842	1 1					全層植皮術	K013-2\$											
								01 02		胸骨悪性腫瘍摘出術	K484-2\$																		
								01 03		胸壁腫瘍摘出術	K485																		
								01 05		胸腔鏡下肺切除術	K513																		
								01 05		胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術	K513-3																		
								01 06		肋骨切除術 その他の肋骨	K4822																		
								01 06		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	K483																		
04	0060	急性扁桃炎、急性咽喉頭炎	その他のワンサン<Vincent>感染症	A691	00 0	15歳以上	手術なし	99 99		手術なし								1 1				人工呼吸	J045\$	1 3		2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070		
			急性扁桃炎	J03\$	15 1	15歳未満	その他の手術あり	97 97			その他のKコード																		
			急性喉頭炎および気管炎	J04\$			咽後膿瘍切開術等	01 01		咽後膿瘍切開術	K367																		
			急性閉塞性喉頭炎[クループ]および喉頭蓋炎	J05\$				01 01		深頸部膿瘍切開術	K384-2																		
			咽後および副咽頭間隙膿瘍	J390				01 01		縦隔切開術 頸部よりのもの、経食道によるもの	K502-21																		
			咽頭のその他の膿瘍	J391				01 02		皮膚切開術	K001\$																		
			咽頭のその他の疾患	J392				01 05		気管切開術	K386																		
			上気道過敏反応、部位不明	J393				01 05		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615																		
			上気道の疾患、詳細不明	J399																									
04	0070	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	インフルエンザウイルスが分離されたインフルエンザ	J10\$	00 0	6歳以上	手術なし	99 99		手術なし								1 1				人工呼吸	J045\$						
			インフルエンザ、インフルエンザウイルスが分離されないもの	J11\$	06 1	6歳未満	手術あり	97 97		手術あり																			
			ウイルス肺炎、他に分類されないもの	J12\$																									
04	0080	肺炎、急性気管支炎、急性細菌性肺炎	百日咳菌による百日咳	A370	00 0	6歳以上	手術なし	99 99		手術なし								1 1				人工呼吸	J045\$	1 2		肺・縦隔の感染、膿瘍形成	040150		
			その他のボルデテラ属菌種による百日咳	A378	06 1	6歳未満	手術あり	97 97		手術あり														1 2		胸水、胸膜の疾患(その他)	040190		
			百日咳、詳細不明	A379																				1 2		心不全	050130		
			レジオネラ症<在郷軍人病>	A481																				1 2		2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070		
			水痘肺炎	B012																				1 2		播種性血管内凝固症候群	130100		
			麻疹、肺炎を合併するもの	B052																				1 2		敗血症	180010		
			肺カンジダ症	B371																				1 2		手術・処置等の合併症	180040		
			ニューモシスチス症	B59																				1 2		ショック、他に分類されないもの	R57\$		
			肺炎レンサ球菌による肺炎	J13																									
			インフルエンザ菌による肺炎	J14																									
			細菌性肺炎、他に分類されないもの	J15\$																									
			その他の感染病原体による肺炎、他に分類されないもの	J16\$																									
			他に分類される疾患における肺炎	J17\$																									
			肺炎、病原体不詳	J18\$																									



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			急性気管支炎	J20\$																						
			急性細気管支炎	J21\$																						
			詳細不明の急性下気道感染症	J22																						
			固形物および液状物による肺臓炎	J69\$																						
04	0090	下気道感染症(その他)	気管支炎、急性または慢性と明示されないもの	J40	00	0	15歳以上		99	99	手術なし					1	1	人工呼吸	J045\$							
			単純性慢性気管支炎および粘液膿性慢性気管支炎	J41\$	15	1	15歳未満		97	97	手術あり															
			詳細不明の慢性気管支炎	J42																						
04	0100	喘息	喘息	J45\$	00	0	15歳以上		99	99	手術なし					2	2	オマリズマブ		1	1	慢性閉塞性肺疾患	040120			
			喘息発作重積状態	J46	15	1	3歳以上15歳未満		97	97	手術あり					1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050			
					03	2	3歳未満									1	1			1	1	心不全	050130			
04	0110	間質性肺炎	炭坑夫じんく塵>肺(症)	J60	00	0	15歳以上		99	99	手術なし					1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	敗血症	180010			
			石綿<アスベスト>およびその他の無機繊維によるじんく塵>肺(症)	J61	15	1	15歳未満		97	97	手術あり															
			珪酸を含む粉じんく塵>によるじんく塵>肺(症)	J62\$																						
			その他の無機粉じんく塵>によるじんく塵>肺(症)	J63\$																						
			詳細不明のじんく塵>肺(症)	J64																						
			結核を伴うじんく塵>肺(症)	J65																						
			特異的な有機粉じんく塵>による気道疾患	J66\$																						
			有機粉じんく塵>による過敏性肺臓炎	J67\$																						
			化学物質、ガス、フュームおよび蒸気の吸入による呼吸器病態	J68\$																						
			その他の外的因子による呼吸器病態	J70\$																						
			肺好酸球症、他に分類されないもの	J82																						
			その他の間質性肺疾患	J84\$																						
			リウマチ性肺疾患	J990																						
			その他のびまんく広汎く結合組織障害における呼吸器障害	J991																						
04	0120	慢性閉塞性肺疾患	肺気腫	J43\$				手術なし	99	99	手術なし	1	1	シンチグラム	E100\$	1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			その他の慢性閉塞性肺疾患	J44\$				その他の手術あり	97	97				その他のKコード												
								肺切除術等	01	01	肺切除術			K511\$												
									01	02	胸腔鏡下肺切除術			K513												
									01	02	胸腔鏡下肺縫縮術			K513-4												
04	0130	呼吸不全(その他)	呼吸不全、他に分類されないもの	J96\$	00	0	15歳以上	手術なし	99	99	手術なし					1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	敗血症	180010			
					15	1	15歳未満	手術あり	97	01	気管切開術			K386								1	2	その他の真菌感染症	180035	
									97	97				その他のKコード												
04	0140	気道出血(その他)	喀血	R042	00	0	15歳以上	手術なし	99	99	手術なし	1	1	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1	1	人工呼吸	J045\$							
			気道のその他の部位からの出血	R048	15	1	15歳未満	手術あり	97	03	肺切除術			K511\$												
			気道からの出血、詳細不明	R049					97	97				その他のKコード												
04	0150	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	アヌーバ性肺膿瘍	A065	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし	1	2	皮膚作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$							
			優襲性肺アスペルギルス症	B440	06	1	6歳未満	手術あり	97	02	肺切除術			K511\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016								
			その他の肺アスペルギルス症	B441					97	03	胸腔鏡下肺切除術			K513	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017								
			クリプトコッカス症	B45\$					97	04	胸郭形成手術(臍胸手術の場合)			K498\$	1	2	複合組織移植術	K019								
			住血吸虫症、詳細不明	B659					97	04	縦隔切開術			K502-2\$	1	1	分層植皮術	K013\$								
			肺吸虫症	B664					97	04	肺膿瘍切開排膿術			K507	1	1	全層植皮術	K013-2\$								
			胸腺膿瘍	E321					97	05	縦隔膿瘍、胸腺摘出術			K502												
			その他の胸腺の疾患	E328					97	97				その他のKコード												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			肺のえくぼ>疽およびえくぼ>死 肺炎を伴う肺膿瘍 肺炎を伴わない肺膿瘍 縦隔膿瘍 膿胸(症) 縦隔の疾患、他に分類されないもの	J850 J851 J852 J853 J86\$ J985																						
04	0160	呼吸器の結核	呼吸器結核、細菌学的または組織学的に確認されたもの 肺結核、細菌学のおよび組織学的検査陰性のもの 肺結核、細菌学のおよび組織学的検査が実施されていないもの 肺結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 胸腔内リンパ節結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 結核性胸膜炎、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 初感染呼吸器結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの その他の呼吸器結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 詳細不明の呼吸器結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 粟粒結核	A15\$ A160 A161 A162 A163 A165 A167 A168 A169 A19\$	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満		99 99 手術なし 97 01 肺切除術 97 02 胸腔鏡下肺切除術 97 03 胸壁膿瘍切開術 97 03 肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髓炎手術 97 03 胸壁冷膿瘍手術 97 03 流注膿瘍切開掻爬術 97 03 胸郭形成手術(肺切除後遺残腔を含む。) 97 04 肺結核空洞吸引術(モナルジー法) 97 04 肺結核空洞切開術 97 97 その他のKコード	K511\$ K513 K477 K478 K480 K480-2 K499 K505 K506	1 2 分層植皮術 1 2 全層植皮術 1 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 1 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 1 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 1 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K013\$ K013-2\$ K015\$ K016 K017 K019 K020	1 1 人工呼吸	J045\$														
04	0170	抗酸菌関連疾患(肺結核以外)	肺非結核性抗酸菌感染症 非結核性抗酸菌感染症、詳細不明	A310 A319	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満		99 99 手術なし 97 97 手術あり									1 1 人工呼吸	J045\$									
04	0180	気管支狭窄など気管通過障害	喉頭、気管および気管支の結核、細菌学的または組織学的確認の記載がないもの 上気道のその他の明示された疾患 気管支の疾患、他に分類されないもの 肺虚脱	A164 J398 J980 J981	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満	手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 気管形成手術(管状気管、気管移植等) 97 01 気管支狭窄拡張術(気管支鏡によるもの) 97 01 肺切除術 97 01 気管支形成手術 97 97 その他のKコード	K403\$ K508 K511\$ K518\$	1 1 人工呼吸	J045\$																
04	0190	胸水、胸膜の疾患(その他)	胸水、他に分類されないもの 他に分類される病態における胸水 胸膜斑<ブランク> 線維胸 その他の明示された胸膜病態 胸膜病態、詳細不明	J90 J91 J92\$ J941 J948 J949		手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 醗膿胸膜、胸膜肝膵切除術 97 01 胸膜外肺剥皮術 97 97 その他のKコード	K496\$ K496-3\$	1 1 人工呼吸	J045\$																
04	0200	気胸	気胸	J93\$	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満	手術なし その他の手術あり	99 99 手術なし 97 97 肺切除術等 01 01 肺切除術 01 02 肺縫縮術 01 03 胸腔鏡下肺切除術	その他のKコード K511\$ K517 K513	1 1 人工呼吸	J045\$	1 1 間質性肺炎 1 1 慢性閉塞性肺疾患	040110 040120	0 片側 1 両側													
04	0210	気管支拡張症	気管支拡張症	J47		手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 肺切除術 肺葉切除 97 02 肺切除術 区域切除(1肺葉に満たないもの) 97 97 その他のKコード	K5113 K5112	1 1 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1 1 人工呼吸	J045\$												0 片側 1 両側		
04	0220	横隔膜腫瘍・横隔膜疾患(新生児を含む。)	横隔膜障害 横隔膜ヘルニア 出産損傷による横隔神経麻痺	J986 K44\$ P142	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満	手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 胸腹裂孔ヘルニア手術 97 02 後胸骨ヘルニア手術	K535\$ K536	1 1 経皮的心肺補助法(1日につき)	K602\$	1 1 人工呼吸	J045\$	1 3 妊娠期間短縮、 低出生体重に関連する障害	140010												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			先天性食道裂孔ヘルニア 先天性横隔膜ヘルニア 横隔膜のその他の先天奇形	Q401 Q790 Q791					97 02 97 03 97 03 97 97		食道裂孔ヘルニア手術 横隔膜縫合術 腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術 その他のKコード	K537\$ K534\$ K537-2 その他のKコード															
04	0230	血胸、血気胸、乳び胸	乳びく瘻>(胸膜)滲出 血胸 外傷性続発性出血および再発性出血	J940 J942 T792	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし 手術あり		99 99 97 01 97 02 97 97		手術なし 乳糜胸手術 胸腔内(胸膜内)血腫除去術 その他のKコード	K501 K494 その他のKコード			1 2 1 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$										
04	0240	肺循環疾患	(脊柱)後弯側弯性心疾患 その他の明示された肺性心疾患 その他の肺血管の疾患 肺水腫	I271 I278 I28\$ J81	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし 手術あり		99 99 97 97		手術なし 手術あり				1 9 1 1	プロスタグランジン2製剤 人工呼吸	G005 J045\$										
04	0250	急性呼吸促進症候群	成人呼吸窮<促>迫症候群<ARDS> >	J80	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし 手術あり		99 99 97 97		手術なし 手術あり				1 9 1 1	プロスタグランジン2製剤 人工呼吸	G005 J045\$	1 2 1 2	脳梗塞 敗血症	010060 180010							
04	0260	原発性肺高血圧	原発性肺高血圧(症)	I270			手術なし 手術あり		99 99 97 97		手術なし 手術あり				2 9 1 1	プロスタグランジン2製剤 人工呼吸	G005 J045\$										
04	0310	その他の呼吸器の障害	その他の二次性<続発性>肺高血圧(症) 肺性心疾患、詳細不明 処置後呼吸器障害、他に分類されないもの 間質性気腫 代償性肺気腫 肺のその他の障害 その他の明示された呼吸器障害 呼吸器障害、詳細不明 他に分類されるその他の疾患における呼吸器障害	I272 I279 J95\$ J982 J983 J984 J988 J989 J998					99 99 97 01 97 97		手術なし 気管・気管支ステント留置術 その他のKコード	K508-2 その他のKコード			1 1	人工呼吸	J045\$										
05	0010	心臓の悪性腫瘍	心臓の悪性新生物	C380					99 99 97 01 97 97		手術なし 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 その他のKコード	K544\$ その他のKコード	1 1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 8 1 5 1 5 1 5 1 5 1 5 1 3	化学療法 体外ペースメーカー 大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき) 人工心肺(1日につき)+補助循環 経皮的な心肺補助法(1日につき) 補助人工心臓(1日につき) 埋込型補助人工心臓 人工腎臓 場合	K596 K600\$ K601\$ K602\$ K603\$ K604\$ J0382								
05	0020	心臓の良性腫瘍	心臓の良性新生物	D151			手術なし その他の手術あり 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術		99 99 97 97 01 01		手術なし 手術あり 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	K544\$ その他のKコード K544\$	1 1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 8 1 5 1 5 1 5 1 5	化学療法 体外ペースメーカー 大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき) 人工心肺(1日につき)+補助循環 経皮的な心肺補助法(1日につき)	K596 K600\$ K601\$ K602\$								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
05	0030	急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞	急性心筋梗塞	I21\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	体外バースメーキング	K596	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	初回
			再発性心筋梗塞	I22\$			その他の手術あり	97	97		その他のKコード					4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$	1	3	急性腎不全	110290	1	再手術
			その他の急性虚血性心疾患	I24\$			経皮的冠動脈ステント留置術等	03	04	経皮的冠動脈ステント留置術	K549					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$	1	3	貧血(その他)	130090		
										経皮的冠動脈粥腫切除術	K547					4	5	経皮的冠動脈ステント留置術	K602\$						
										経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K548					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$						
										経皮的冠動脈形成術	K546					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$						
										冠動脈内血栓溶解療法	K550					3	9	tPA							
							冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等	02	02	冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)	K552-2\$					2	4	シンチグラム	E100\$						
							冠動脈、大動脈バイパス移植術	02	03	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$					2	4	SPECT	E101						
							心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)単独のもの	01	01	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)単独のもの	K5531					1	3	人工心臓 其他の場合	J0382						
							心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	01	01	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)冠動脈血行再建術(1吻合)を伴うもの	K5532														
							心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	01	01	心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)冠動脈血行再建術(2吻合以上)を伴うもの	K5533														
05	0040	急性心筋梗塞の続発性合併症	急性心筋梗塞の続発性合併症	I23\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	tPA							
			心(臓)中隔欠損(症)、後天性	I510			その他の手術あり	97	02	弁形成術	K554\$					1	5	体外バースメーキング	K596						
										弁置換術	K555\$					1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$						
										冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$					1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$						
										心室瘤切除術(梗塞切除を含む。)	K553\$					1	5	経皮的冠動脈ステント留置術	K602\$						
										心室中隔欠損閉鎖術	K576\$					1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$						
										冠動脈形成術(血栓内膜摘除)	K551\$					1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$						
										その他のKコード					1	4	シンチグラム	E100\$							
							左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	01	01	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	K553-2\$					1	4	SPECT	E101						
															1	3	人工心臓 其他の場合	J0382							
05	0050	狭心症、慢性虚血性心疾患	狭心症	I20\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	体外バースメーキング	K596	1	1	呼吸不全(その他)	040130	0	初回
			慢性虚血性心疾患	I25\$			その他の手術あり	97	97		その他のKコード					4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$	1	1	貧血(その他)	130090	1	再手術
							経皮的冠動脈ステント留置術等	03	05	経皮的冠動脈ステント留置術	K549					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$	1	1	ショック、他に分類されないもの	R57\$		
										経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	K548					4	5	経皮的冠動脈ステント留置術	K602\$	1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
										経皮的冠動脈粥腫切除術	K547					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$	1	2	腎血管性高血圧症	100310		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								03 08 経皮的冠動脈形成術			K546						4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$	1 2		腎臓または尿路の感染症	110310			
								冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心臓を使用しないもの)等	02 02		K552-2\$		3 9		tPA		1 2					1 2		その他の真菌感染症	180035		
								冠動脈、大動脈バイパス移植術	02 03		K552\$		2 4		シンテグラム	E100\$	1 3					1 3		頻脈性不整脈	050070		
								冠動脈形成術(血栓内膜摘除)	02 04		K551\$		2 4		SPECT	E101	1 3					1 3		心不全	050130		
								心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 単独のもの等	01 01		K5531		1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 3					1 3		出血性疾患(その他)	130110		
								心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 冠動脈血行再建術(1吻合を伴うもの)	01 01		K5532		1 3									1 3		血液疾患(その他)	130120		
								心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 冠動脈血行再建術(2吻合以上を伴うもの)	01 01		K5533		1 3									1 3		凝固異常(その他)	130130		
													1 3									1 3		手術・処置等の合併症	180040		
05	0060	心筋症	閉塞性肥大型心筋症	1421				手術なし	99 99		手術なし		1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4 5		体外ペースメーカー	K596							
			その他の肥大型心筋症	1422				手術あり	97 01		弁形成術	K554\$					4 5		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$							
			心内膜心筋(好酸球性)疾患	1423					97 01		弁置換術	K555\$					4 5		人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$							
			心内膜線維硬性症	1424					97 02		心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 単独のもの	K5531					4 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
			その他の拘束型心筋症	1425					97 03		大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	K557-2					4 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
			アルコール性心筋症	1426					97 04		経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$					4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
			薬物およびその他の外的因子による心筋症	1427					97 04		経皮的中隔心筋焼灼術	K595-2					2 4		シンテグラム	E100\$							
			その他の心筋症	1428					97 05		ペースメーカー移植術	K597\$					2 4		SPECT	E101							
			心筋症、詳細不明	1429					97 05		ペースメーカー交換術	K597-2					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
			他に分類される疾患における心筋症	143\$					97 05		両心室ペースメーカー移植術	K598															
			心筋変性(症)	1515					97 05		埋込型除細動器移植術	K599															
									97 05		埋込型除細動器交換術	K599-2															
									97 05		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術	K599-3															
									97 05		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	K599-4															
									97 97		その他のKコード																
05	0065	拡張型心筋症	拡張型心筋症	1420				手術なし	99 99		手術なし		1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4 5		体外ペースメーカー	K596							
								手術あり	97 01		心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 単独のもの	K5531					4 5		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$							
									97 02		弁形成術	K554\$					4 5		人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$							
									97 03		経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$					4 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
									97 04		ペースメーカー移植術	K597\$					4 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
									97 04		ペースメーカー交換術	K597-2					4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
									97 04		両心室ペースメーカー移植術	K598					2 4		シンテグラム	E100\$							
									97 04		埋込型除細動器移植術	K599					2 4		SPECT	E101							
									97 04		埋込型除細動器交換術	K599-2					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
									97 04		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術	K599-3															
									97 04		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	K599-4															
									97 97		その他のKコード																
05	0070	頻脈性不整脈	早期興奮症候群	1456				手術なし	99 99		手術なし		2 3		心臓電気生理学的検査		4 5		体外ペースメーカー	K596		1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			発作性頻拍(症)	147\$			その他の手術あり	97	02	不整脈手術	K594\$	1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$	1	1	拡張型心筋症	050065		
			心房細動および粗動	148				97	03	ペースメーカー移植術	K597\$					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$	1	2	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	070560		
			心室細動および粗動	1490				97	03	ペースメーカー交換術	K597-2					4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$	1	3	呼吸不全(その他)	040130		
			心房(性)早期脱分極	1491				97	03	埋込型除細動器移植術	K599					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$	1	3	心筋症	050060		
			房室接合部早期脱分極	1492				97	03	埋込型除細動器交換術	K599-2					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$	1	3	貧血(その他)	130090		
			心室性早期脱分極	1493				97	97	その他のKコード	K595\$					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			その他および詳細不明の早期脱分極	1494			経皮的カテーテル心筋焼灼術	01	01	経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$														
			その他の明示された不整脈	1498																					
05	0080	弁膜症	リウマチ性僧帽弁疾患	105\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	体外ペースメーカー	K596	1	2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	0	初回
			リウマチ性大動脈弁疾患	106\$			その他の手術あり	97	97		その他のKコード					4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$					1	再手術
			リウマチ性三尖弁疾患	107\$			経皮的僧帽弁拡張術等	03	05	経皮的僧帽弁拡張術	K559-2					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$						
			非リウマチ性僧帽弁障害	134\$				03	05	ペースメーカー移植術	K597\$					4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$						
			非リウマチ性大動脈弁障害	135\$				03	05	ペースメーカー交換術	K597-2					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$						
			非リウマチ性三尖弁障害	136\$				03	05	埋込型除細動器移植術	K599					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$						
			肺動脈弁障害	137\$				03	05	埋込型除細動器交換術	K599-2					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
							弁置換術等	02	04	弁置換術	K555\$														
								02	04	弁形成術	K554\$														
							ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)等	01	01	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K558														
								01	02	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	K5601														
								01	03	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	K557-3														
05	0085	連合弁膜症	連合弁膜症	108\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	体外ペースメーカー	K596					0	初回
							その他の手術あり	97	07	ペースメーカー移植術	K597\$					4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$					1	再手術
								97	07	ペースメーカー交換術	K597-2					4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$						
								97	07	埋込型除細動器移植術	K599					4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$						
								97	07	埋込型除細動器交換術	K599-2					4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$						
								97	97	その他のKコード	K553					4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$						
							弁置換術 3弁のもの等	01	01	弁置換術 3弁のもの	K5553					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
								01	02	弁置換術 2弁のもの	K5552														
								01	03	弁置換術 1弁のもの	K5551														
								01	03	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	K557-3														
								01	04	弁形成術 1弁のもの	K5541														
								01	05	弁形成術 2弁のもの	K5542														
								01	05	弁形成術 3弁のもの	K5543														
								01	06	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K558														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
05	0090	心内膜炎	急性および亜急性心内膜炎	133\$				手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	5	体外ペースメーカー	K596					0	初回
			心内膜炎、弁膜不詳	138				手術あり	97	01	弁置換術 1弁のもの	K5551							1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$			1	再手術
									97	02	弁置換術 2弁のもの	K5552							1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$ +補助循環加算				
									97	03	弁置換術 3弁のもの	K5553							1	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
									97	04	弁形成術 1弁のもの	K5541							1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
									97	05	弁形成術 2弁のもの	K5542							1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
									97	05	弁形成術 3弁のもの	K5543							1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				
									97	06	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K558														
									97	07	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	K5601														
									97	08	ペースメーカー移植術	K597\$														
									97	08	ペースメーカー交換術	K597-2														
									97	08	埋込型除細動器移植術	K599														
									97	08	埋込型除細動器交換術	K599-2														
									97	97	その他のKコード															
05	0100	心筋炎	急性心筋炎	140\$				手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	5	体外ペースメーカー	K596						
			他に分類される疾患における心筋炎	141\$				手術あり	97	01	ペースメーカー移植術	K597\$							1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				
			心筋炎、詳細不明	1514					97	01	ペースメーカー交換術	K597-2							1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$ +補助循環加算				
									97	01	埋込型除細動器移植術	K599							1	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
									97	01	埋込型除細動器交換術	K599-2							1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
									97	97	その他のKコード								1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
																			1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				
05	0110	急性心膜炎	急性リウマチ性心膜炎	1010	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	5	体外ペースメーカー	K596						
			その他の急性リウマチ性心疾患	1018	06	1	6歳未満	手術あり	97	01	心膜切開術	K539							1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				
			急性心膜炎	130\$					97	02	ペースメーカー移植術	K597\$							1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$ +補助循環加算				
			心膜のその他の明示された疾患	1318					97	02	ペースメーカー交換術	K597-2							1	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
			他に分類される疾患における心膜炎	132\$					97	02	埋込型除細動器移植術	K599							1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
									97	02	埋込型除細動器交換術	K599-2							1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
									97	97	その他のKコード								1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				
05	0120	収縮性心膜炎	慢性癒着性心膜炎	1310				手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	5	体外ペースメーカー	K596						
			慢性収縮性心膜炎	1311				手術あり	97	01	収縮性心膜炎手術	K540							1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				
									97	02	ペースメーカー移植術	K597\$							1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$ +補助循環加算				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								97 02		ペースメーカー交換術	K597-2					1 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
								97 02		埋込型除細動器移植術	K599					1 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
								97 02		埋込型除細動器交換術	K599-2					1 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
								97 97		その他のKコード						1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
05	0130	心不全	心不全	150\$				99 99		手術なし		1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4 5		体外ペースメーカーキング	K596							
								97 01		弁置換術	K555\$					4 5		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$							
								97 02		弁形成術	K554\$					4 5		人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$+補助循環加算							
								97 03		心室瘤切除術(梗塞切除を含む。) 単独のもの	K5531					4 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
								97 04		経皮的カテーテル心筋焼灼術	K595\$					4 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
								97 05		ペースメーカー移植術	K597\$					4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
								97 05		ペースメーカー交換術	K597-2					2 4		シンテグラム	E100\$							
								97 05		両心室ペースメーカー移植術	K598					2 4		SPECT	E101							
								97 05		埋込型除細動器移植術	K599					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
								97 05		埋込型除細動器交換術	K599-2															
								97 05		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術	K599-3															
								97 05		両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	K599-4															
								97 97		その他のKコード																
05	0140	高血圧性疾患	本態性(原発性<一次性>)高血圧(症)	110				99 99		手術なし		1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 5		体外ペースメーカーキング	K596	1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			高血圧性心疾患	111\$				97 97		手術あり						1 5		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$							
			高血圧性心腎疾患	113\$												1 5		人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$+補助循環加算							
																1 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
																1 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
																1 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
																1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
05	0161	解離性大動脈瘤	大動脈の解離[各部位]	1710			手術なし	99 99		手術なし		1 2		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4 5		体外ペースメーカーキング	K596	1 3		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
							その他の手術あり	97 10		冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$					4 5		大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$							
								97 10		弁形成術	K554\$					4 5		人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$+補助循環加算							
								97 10		弁置換術	K555\$					4 5		経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$							
								97 97		その他のKコード						4 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$							
							ステントグラフト内挿術	04 09		ステントグラフト内挿術	K561\$					4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$							
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部	03 07		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部	K5607					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
							大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)																			
							大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等																			
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部	03 08		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部	K5608															
							大動脈(その他のもの)																			



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等	02	04	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈	K5606															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 下行大動脈	02	06	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 下行大動脈	K5605															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等	01	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等	K5604															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 弓部大動脈	01	02	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 弓部大動脈	K5603															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	01	03	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	K5601															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(その他のもの)	01	05	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(その他のもの)	K5602															
05	0162	破裂性大動脈瘤	胸部大動脈瘤, 破裂性	I711			手術なし	99	99	手術なし				4	5	体外ベースメーキング	K596	1	3	脳梗塞		010060				
			腹部大動脈瘤, 破裂性	I713			その他の手術あり	97	10	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$			4	5	大動脈バルーンパンピング法(1ABP法)(1日につき)	K600\$									
			胸腹部大動脈瘤, 破裂性	I715				97	10	弁形成術	K554\$			4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$									
			部位不明の大動脈瘤, 破裂性	I718				97	10	弁置換術	K555\$			4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$									
								97	97	その他のKコード				4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$									
							ステントグラフト内挿術	04	09	ステントグラフト内挿術	K561\$			4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$									
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	03	07	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	K5607			1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382									
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(その他のもの)	03	08	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(その他のもの)	K5608															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈等	02	04	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 胸腹部大動脈	K5606															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 下行大動脈	02	06	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 下行大動脈	K5605															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等	01	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等	K5604															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 弓部大動脈	01	02	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 弓部大動脈	K5603															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	01	03	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	K5601															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(その他のもの)	01	05	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(その他のもの)	K5602															
05	0163	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	胸部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	I712			手術なし	99	99	手術なし			1	2	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$										
			腹部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	I714			その他の手術あり	97	10	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K552\$			4	5	大動脈バルーンパンピング法(1ABP法)(1日につき)	K600\$	1	3	敗血症		180010				
			胸腹部大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	I716				97	10	弁形成術	K554\$			4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$									
			部位不明の大動脈瘤, 破裂の記載がないもの	I719				97	10	弁置換術	K555\$			4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$									
			腸骨動脈瘤	I723				97	97	その他のKコード				4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$									
							ステントグラフト内挿術	04	09	ステントグラフト内挿術	K561\$			4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$									

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)等	03 07		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	K5607					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)大動脈(その他のもの)	03 08		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)大動脈(その他のもの)	K5608															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)胸腹部大動脈等	02 04		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)胸腹部大動脈	K5606															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)下行大動脈	02 06		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)下行大動脈	K5605															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術等	01 01		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(大動脈弁置換(形成)及び冠動脈再建を伴うもの)及び弓部大動脈の同時手術	K5604															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)弓部大動脈	01 02		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)弓部大動脈	K5603															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	01 03		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)大動脈(心臓弁置換(形成)又は冠動脈再建を伴うもの)	K5601															
							大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(その他のもの)	01 05		大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)上行大動脈(その他のもの)	K5602															
05	0170	閉塞性動脈疾患	大動脈のアテローム<じゅく>粥>状>硬化(症)	1700			手術なし	99 99		手術なし		1 2		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4 5		体外ペースメーカー	K596	1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			(四)肢の動脈のアテローム<じゅく>粥>状>硬化(症)	1702			その他の手術あり	97 97			その他のKコード					4 5		大動脈バルーンパンピング法(1A/BP法)(1日につき)	K600\$	1 1		急性膿皮症	080011			
			その他の動脈のアテローム<じゅく>粥>状>硬化(症)	1708			四肢の血管拡張術・血栓除去術	03 02		四肢の血管拡張術・血栓除去術	K616					4 5		人工心臓(1日につき)+補助循環加算	K601\$	1 1		えく&gt;疽、他に分類されないもの	R02			
			全身性および詳細不明のアテローム<じゅく>粥>状>硬化(症)	1709			四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等	02 03		四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等	K0842					4 5		経皮的心的補助法(1日につき)	K602\$	1 3		骨髄炎	070070			
			頸動脈瘤	1720			四肢切断術 指(手、足)	02 06		四肢切断術 指(手、足)	K0843					4 5		補助人工心臓(1日につき)	K603\$	1 3		糖尿病足病変	100100			
			上肢の動脈瘤	1721			四肢関節離断術	02 07		四肢関節離断術	K085\$					4 5		埋込型補助人工心臓	K604\$	1 3		貧血(その他)	130090			
			下肢の動脈瘤	1724			断端形成術(軟部形成のみのもの)	02 08		断端形成術(軟部形成のみのもの)	K086\$					1 4		血漿交換療法	J039	1 3		敗血症	180010			
			その他の末梢血管疾患	173\$			断端形成術(骨形成を要するもの)	02 09		断端形成術(骨形成を要するもの)	K087\$					1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 3		その他の真菌感染症	180035			
			腹部大動脈の塞栓症および血栓症	1740			分層植皮術	02 11		分層植皮術	K013\$															
			その他および部位不明の大動脈の塞栓症および血栓症	1741			全層植皮術	02 11		全層植皮術	K013-2\$															
			上肢の動脈の塞栓症および血栓症	1742			皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	02 12		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$															
			下肢の動脈の塞栓症および血栓症	1743			動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	02 13		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016															
			詳細不明の(四)肢の動脈の塞栓症および血栓症	1744			遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	02 14		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017															
			腸骨動脈の塞栓症および血栓症	1745			交感神経節切除術 胸部	02 15		交感神経節切除術 胸部	K1962															
			その他の動脈の塞栓症および血栓症	1748			血管移植術、バイパス移植術等	01 01		血管移植術、バイパス移植術等	K614\$															
			詳細不明の動脈の塞栓症および血栓症	1749			動脈形成術、吻合術 その他の動脈	01 04		動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105															
							動脈形成術、吻合術 指(手、足)の動脈	01 05		動脈形成術、吻合術 指(手、足)の動脈	K6104															
05	0180	静脈・リンパ管疾患	静脈炎および血栓(性)静脈炎	180\$			手術なし	99 99		手術なし		1 2		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 5		体外ペースメーカー	K596	1 3		心不全	050130			
			遊走性血栓(性)静脈炎	1821			その他の手術あり	97 02		静脈血栓摘出術	K619\$					1 5		大動脈バルーンパンピング法(1A/BP法)(1日につき)	K600\$	1 3		肺塞栓症	050190			
			その他の明示された静脈の塞栓症および血栓症	1828			総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	97 02		総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	K619-2					1 5		人工心臓(1日につき)+補助循環加算	K601\$							
			部位不明の静脈の塞栓症および血栓症	1829			静脈形成術、吻合術 指(手、足)の静脈	97 03		静脈形成術、吻合術 指(手、足)の静脈	K6233					1 5		経皮的心的補助法(1日につき)	K602\$							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			潰瘍を伴う下肢の静脈瘤	1830				97	04	静脈形成術、吻合術 その他の静脈	K6234			1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$								
			炎症を伴う下肢の静脈瘤	1831				97	06	分層植皮術	K013\$			1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$								
			潰瘍および炎症の両者を伴う下肢の静脈瘤	1832				97	06	全層植皮術	K013-2\$			1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382								
			潰瘍または炎症を伴わない下肢の静脈瘤	1839				97	07	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$														
			その他の明示された部位の静脈瘤	1868				97	08	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016														
			静脈炎後症候群	1870				97	09	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017														
			静脈機能不全(症)(慢性)(末梢)	1872				97	10	交感神経節切除術 胸部	K1962														
			静脈のその他の明示された障害	1878				97	97	その他のKコード															
							下肢静脈瘤手術等	01	01	下肢静脈瘤手術	K617\$														
								01	01	大伏在静脈抜去術	K617-2														
								01	01	静脈瘤切除術(下肢以外)	K617-3														
05	0190	肺塞栓症	肺塞栓症	I26\$			手術なし	99	99	手術なし			1	2	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$		4	5	体外ペースメーカーキング	K596				
			大静脈の塞栓症および血栓症	1822			手術あり	97	01	下大静脈フィルター留置	K620							4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				
			空気塞栓症(外傷性)	T790				97	02	静脈血栓摘出術 その他のもの(親血的なもの)	K6192							4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$+補助循環加算				
			脂肪塞栓症(外傷性)	T791				97	03	肺動脈塞栓除去術	K592							4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
								97	97	その他のKコード								4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
																		4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
																		3	9	tPA					
																		2	4	シンチグラム	E100\$				
																		2	4	SPECT	E101				
																		1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				
05	0200	循環器疾患(その他)	急性リウマチ性心内膜炎	I011			手術なし	99	99	手術なし			1	2	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$		1	5	体外ペースメーカーキング	K596				
			急性リウマチ性心筋炎	I012			手術あり	97	01	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)	K003\$							1	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				
			急性リウマチ性心疾患、詳細不明	I019				97	02	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)	K004\$							1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環	K601\$+補助循環加算				
			リウマチ性舞踏病	I02\$				97	03	分層植皮術	K013\$							1	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
			その他のリウマチ性心疾患	I09\$				97	03	全層植皮術	K013-2\$							1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
			その他の明示された動脈の動脈瘤	I728				97	04	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$							1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
			動脈および細動脈のその他の障害	I77\$				97	05	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016							1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				
			低血圧(症)	I95\$				97	06	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017														
			心(臓)切開後症候群	I970				97	07	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615														
			心臓手術に続発するその他の機能障害	I971				97	97	その他のKコード															
			循環器系の処置後障害、詳細不明	I979																					
			心血管梅毒	I980																					
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における心血管障害	I981																					
			他に分類される疾患における循環器系のその他の明示された障害	I988																					
			循環器系のその他および詳細不明の障害	I99																					
05	0210	徐脈性不整脈	房室ブロック、第1度	I440			手術なし	99	99	手術なし			2	3	心臓電気生理学的検査			4	5	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日につき)	K600\$				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			房室ブロック、第2度	1441				手術あり	97	01	冠動脈、大動脈バイパス移植術 2吻合以上のもの	K5522	1	2	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	4	5	人工心臓(1日につき)+補助循環加算	K601\$							
			房室ブロック、完全	1442					97	02	ペースメーカー移植術	K597\$								4	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
			その他および詳細不明の房室ブロック	1443					97	02	ペースメーカー交換術	K597-2								4	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
			左脚前枝ブロック	1444					97	97		その他のKコード								4	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
			左脚後枝ブロック	1445																1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382				
			その他および詳細不明の分枝ブロック	1446																							
			左脚ブロック、詳細不明	1447																							
			右脚分枝ブロック	1450																							
			その他および詳細不明の右脚ブロック	1451																							
			二束ブロック	1452																							
			三束ブロック	1453																							
			非特異性心室内ブロック	1454																							
			その他の明示された心ブロック	1455																							
			その他の明示された伝導障害	1458																							
			伝導障害、詳細不明	1459																							
			心停止	146\$																							
			洞不全症候群	1495																							
			心臓電子器具の機械的合併症	T821																							
05	0340	その他の循環器の障害	心臓血腫、他に分類されないもの	I312				手術なし	99	99	手術なし		1	2	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	5	体外ペースメーカーキング	K596							
			心臓滲出液(非炎症性)	I313				手術あり	97	97	手術あり									1	5	大動脈バルーンパンピング法(1ABP法)(1日につき)	K600\$				
			心臓の疾患、詳細不明	I319																1	5	人工心臓(1日につき)+補助循環加算	K601\$				
			他に分類される疾患における心臓膜炎および心弁膜障害	I39\$																1	5	経皮的心臓補助法(1日につき)	K602\$				
			不整脈、詳細不明	I499																1	5	補助人工心臓(1日につき)	K603\$				
			腱索の断裂、他に分類されないもの	I511																1	5	埋込型補助人工心臓	K604\$				
			乳頭筋の断裂、他に分類されないもの	I512																1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382				
			心臓内血栓症、他に分類されないもの	I513																							
			心血管疾患、詳細不明	I516																							
			心(臓)拡大	I517																							
			その他の診断名不明確な心疾患	I518																							
			心疾患、詳細不明	I519																							
			他に分類される疾患におけるその他の心臓障害	I52\$																							
			部位不明の動脈瘤	I729																							
			毛細血管のその他の疾患	I788																							
			毛細血管の疾患、詳細不明	I789																							
			他に分類される疾患における動脈、細動脈および毛細血管の障害	I79\$																							
			動脈および毛細血管の障害	I79\$																							
			静脈圧迫	I871																							
			静脈の障害、詳細不明	I879																							
06	0010	食道の悪性腫瘍(頸部を含む。)	頸部食道の悪性新生物	C150				手術なし	99	99	手術なし		1	4	分層植皮術	K013\$	3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし		1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			胸部食道の悪性新生物	C151				その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	4	全層植皮術	K013-2\$	2	6	放射線療法		1	1	呼吸不全(その他)	040130			
			腹部食道の悪性新生物	C152				内視鏡的食道粘膜切除術等	02	06	内視鏡的食道粘膜切除術	K526-2\$	1	4	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382	1	1	肺・縦隔の感染、膿瘍形成	040150			
			上部食道の悪性新生物	C153					02	06	食道腫瘍摘出術 内視鏡によるもの	K5261	1	4	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	白血球疾患(その他)	130070			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			中部食道の悪性新生物	C154			02 07			胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 4		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1 1		人工呼吸	J045\$	1 2		その他の真菌感染症	180035		
			下部食道の悪性新生物	C155			02 08			気管・気管支ステント留置術	K508-2	1 4		複合組織移植術	K019	1 3		気管支狭窄など		1 3		気管通過障害	040180		
			食道の悪性新生物 食道の境界部病巣	C158			02 08			食道狭窄拡張術	K522\$	1 4		粘膜移植術	K021\$	1 3		その他の呼吸器の障害		1 3		その他の呼吸器の障害	040310		
			食道の悪性新生物 部位不明	C159			02 08			食道ステント留置術	K522-2	1 4		動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105	1 3		播種性血管内凝固症候群		1 3		播種性血管内凝固症候群	130100		
			食道の上皮内癌	D001			02 16			内視鏡的消化管止血術	K654	1 4		静脈形成術、吻合術 その他の静脈	K6234	1 3		敗血症		1 3		敗血症	180010		
							01 01			食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頸部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。)	K5291														
							01 02			食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 胸部、腹部の操作によるもの	K5292														
							01 03			食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 腹部の操作によるもの	K5293														
							01 04			食道切除後2次的再建術	K531\$														
							01 05			頸部郭清術	K469\$														
							01 05			食道悪性腫瘍手術(単に切除のみのもの)	K527\$														
06	0020	胃の悪性腫瘍	胃の悪性新生物	C16\$			手術なし	99	99	手術なし		1 3		脳体尾部腫瘍切除術 脳尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)	K7021\$	3 8		化学療法ありかつ放射線療法なし		1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			胃の上皮内癌	D002			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1 2		脾摘出術	K711	2 6		放射線療法		1 1		呼吸不全(その他)	040130		
							内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	04	11	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	K653\$	1 1		胆嚢摘出術	K672	1 2		中心静脈注射	G005	1 1		ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
							試験開腹術等	03	07	試験開腹術	K636	1 1		人工呼吸	J045\$	1 1		人工呼吸	J045\$	1 1		腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性生殖器を除く。)	060370		
							03 08			胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662											敗血症	180010		
							03 09			胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664											ショック、他に分類されないもの	R57\$		
							03 10			内視鏡的消化管止血術	K654											脳腫瘍	010010		
							胃全摘術 悪性腫瘍手術等	01	01	胃全摘術 悪性腫瘍手術	K6572	1 2										胸水、胸膜の疾患(その他)	040190		
							01 01			噴門側胃切除術 悪性腫瘍切除術	K655-42	1 2										腹水	R18		
							01 02			腹腔鏡下胃全摘術 悪性腫瘍手術	K657-22	1 3										骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040		
							01 03			胃切除術 悪性腫瘍手術	K6552	1 3										後腹膜疾患	110050		
							01 04			腹腔鏡下胃切除術 悪性腫瘍手術	K655-22	1 3										播種性血管内凝固症候群	130100		
							01 05			胃局所切除術	K654-2														
							01 06			腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3														
06	0030	小腸の悪性腫瘍	小腸の悪性新生物	C17\$			手術なし	99	99	手術なし		1 3		経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775	3 8		化学療法ありかつ放射線療法なし		1 1		ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
			その他および部位不明確の消化器の悪性新生物 消化器系の境界部病巣	C268			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1 3		残存尿管摘出術	K784	2 6		放射線療法		1 3		敗血症	180010		
			腹膜中皮腫	C451			小腸切除術等	01	01	小腸切除術	K716\$	1 3		尿管膀胱吻合術	K786	1 2		中心静脈注射	G005						
			後腹膜の悪性新生物	C480				01	02	腹腔鏡下小腸切除術	K716-2	1 3		尿管尿管吻合術	K787	1 1		人工呼吸	J045\$						
			腹膜の明示された部位の悪性新生物	C481				01	03	後腹膜悪性腫瘍手術	K643	1 2		抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置	K611\$										
			腹膜の悪性新生物 部位不明	C482				01	04	試験開腹術	K636	1 1		人工肛門形成術	K736\$										
			後腹膜および腹膜の悪性新生物 後腹膜および腹膜の境界部病巣	C488				01	05	腸吻合術	K724														
			腹腔内リンパ節の悪性新生物	C772				01	06	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662														
			小腸の続発性悪性新生物	C784				01	07	人工肛門造設術	K726														
			その他の明示された消化器の上皮内癌	D017				01	08	リンパ節群郭清術	K627\$														
06	0035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	結腸の悪性新生物	C18\$			手術なし	99	99	手術なし		1 4		腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	5 9		セツキシマブ		1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			腸管の悪性新生物、部位不明	C260			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	3	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775	5	9	ペバシズマブ	1	1	呼吸不全(その他)	040130					
			消化器系の悪性新生物、部位不明確	C269			内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	03	09	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721\$	1	3	残存尿管摘出術	K784	4	8	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	1	1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210					
			骨盤内リンパ節の悪性新生物	C775			腸吻合術等	02	05	腸吻合術	K724	1	3	尿管膀胱吻合術	K786	3	7	化学療法ありかつ放射線療法なし	1	1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370					
			大腸および直腸の統発性悪性新生物	C785			試験開腹術	02	06	試験開腹術	K636	1	3	尿管尿管吻合術	K787	2	6	放射線療法	1	1	ショック、他に分類されないもの	R57\$					
			結腸の上皮内癌	D010			胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	02	07	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置	K611\$	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382	1	2	脳腫瘍	010010				
							リンパ節郭清術	02	08	リンパ節郭清術	K627\$	1	1	人工肛門造設術	K726	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040				
							結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等	01	01	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	K7193	1	1	人工肛門形成術	K736\$	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	腎臓または尿路の感染症	110310				
							腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	01	02	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	K719-3																
							腹腔鏡下結腸切除術	01	03	腹腔鏡下結腸切除術	K719-2\$																
							後腹膜悪性腫瘍手術	01	04	後腹膜悪性腫瘍手術	K643																
06	0040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	直腸S状結腸移行部の悪性新生物	C19			手術なし	99	99	手術なし		1	5	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	5	9	セツキシマブ	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080					
			直腸の悪性新生物	C20			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	4	分層植皮術	K013\$	5	9	ペバシズマブ	1	1	呼吸不全(その他)	040130					
			肛門および肛門管の悪性新生物	C21\$			内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	03	15	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721\$	1	4	全層植皮術	K013-2\$	4	8	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり	1	1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210					
			直腸S状結腸移行部の上皮内癌	D011			直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)	02	13	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)	K739\$	1	4	皮弁作成術、移動術、切断術、遅延皮弁術	K015\$	3	7	化学療法ありかつ放射線療法なし	1	1	腎臓または尿路の感染症	110310					
			直腸の上皮内癌	D012			経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	02	13	経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	K739-2	1	4	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	2	6	放射線療法	1	1	腎、泌尿器の疾患(その他)	110320					
			肛門および肛門管の上皮内癌	D013			試験開腹術	02	14	試験開腹術	K636	1	4	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382	1	2	脳腫瘍	010010				
			その他および部位不明の腸の上皮内癌	D014			骨盤内臓全摘術等	01	01	骨盤内臓全摘術	K645	1	4	複合組織移植術	K019	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	040050				
							肛門悪性腫瘍手術 直腸切断を伴うもの	01	02	肛門悪性腫瘍手術 直腸切断を伴うもの	K7482	1	4	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040				
							直腸切除・切断術 切断術	01	03	直腸切除・切断術 切断術	K7404	1	4	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022	1	2	男性生殖器疾患		1	2	11022x					
							肛門悪性腫瘍手術 切除	01	04	肛門悪性腫瘍手術 切除	K7481	1	3	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775	1	3	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370	1	3	敗血症	180010				
							直腸切除・切断術 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	01	05	直腸切除・切断術 超低位前方切除術(経肛門的結腸囊肛門吻合によるもの)	K7403	1	3	残存尿管摘出術	K784	1	3	尿管膀胱吻合術	K786	1	3	敗血症	180010				
							直腸切除・切断術 低位前方切除術	01	06	直腸切除・切断術 低位前方切除術	K7402	1	3	尿管尿管吻合術	K787	1	3	尿管尿管吻合術	K787	1	3						
							直腸切除・切断術 切除術	01	07	直腸切除・切断術 切除術	K7401	1	3	尿管尿管吻合術	K787	1	3	尿管尿管吻合術	K787	1	3						
							腹腔鏡下直腸切除・切断術 切断術	01	08	腹腔鏡下直腸切除・切断術 切断術	K740-23	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置	K611\$	1	2	人工腎臓 其他の場合	J0382	1	2	脳腫瘍	010010				
							腹腔鏡下直腸切除・切断術 低位前方切除術	01	09	腹腔鏡下直腸切除・切断術 低位前方切除術	K740-22	1	1	人工肛門造設術	K726	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040				
							腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	01	10	腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	K740-21	1	1	人工肛門閉鎖術 腸管切除を伴うもの	K7322	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	腎臓または尿路の感染症	110310				
							結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	01	11	結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術	K7193	1	1	人工肛門形成術	K736\$	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	腎臓または尿路の感染症	110310				
							腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	01	12	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	K719-3																
06	0050	肝・肝内胆管の悪性腫瘍(統発性を含む。)	肝および肝内胆管の悪性新生物	C22\$			手術なし	99	99	手術なし		1	4	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	K533	3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし	1	1	心不全	050130					
			肝の統発性悪性新生物	C787			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	4	内視鏡的食道・胃静脈瘤硬化術	K533-2	2	6	放射線療法	1	1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210					
			肝、胆のうく囊>および胆管の上皮内癌	D015			肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	03	08	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法(一連として)	K697-2	1	4	内視鏡的消化管止血術	K654	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382	1	1	肝腫瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	060310				
			肝、胆のうく囊>および胆管の性状不詳または不明の新生物	D376			肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	03	09	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)	K697-3	1	3	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								03	10	試験開腹術	K636	1	3	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2	1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	敗血症	180010		
							肝切除術 部分切除等	02	05	肝切除術 部分切除	K6951	1	3	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	2	脳腫瘍		1	2	010010			
							腹腔鏡下肝切除術 部分切除	02	05	腹腔鏡下肝切除術 部分切除	K695-21	1	3	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)		1	2	070040			
							肝切除術 区域切除・亜区域切除	02	06	肝切除術 区域切除・亜区域切除	K6952	1	3	胃瘻閉鎖術	K665	1	3	呼吸不全(その他)		1	3	040130			
							腹腔鏡下肝切除術 外側区域切除	02	06	腹腔鏡下肝切除術 外側区域切除	K695-22	1	3	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	1	3	胸水、胸膜の疾患(その他)		1	3	040190			
							胆管悪性腫瘍手術	02	07	胆管悪性腫瘍手術	K677	1	3	人工肛門造設術	K726	1	3	胆管(肝内外)		1	3	060340			
							肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	01	01	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	K6955	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置	K611\$	1	3	急性肺炎		1	3	060350			
							肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建あり	01	01	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建あり	K677-21	1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1	3	後腹膜疾患		1	3	110050			
							膵頭部腫瘍切除術	01	02	膵頭部腫瘍切除術	K703\$	1	1	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105	1	3	急性腎不全		1	3	110290			
							肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建なし	01	03	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建なし	K677-22	1	1	胆嚢摘出術	K672	1	3	播種性血管内凝固症候群		1	3	130100			
							肝切除術 拡大葉切除	01	03	肝切除術 拡大葉切除	K6954	1	1	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K672-2	1	3	細菌性腸炎		1	3	150020			
							肝切除術 葉切除	01	04	肝切除術 葉切除	K6953	1	1	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	K673	1	3	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821	1	3				
								1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822	1	3	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2	1	3								
								1	1	内視鏡的胆道ステント留置術	K688	1	3												
								1	1	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689	1	3												
								1	1	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971	1	3												
06	0060	胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	胆のう<嚢>の悪性新生物	C23			手術なし	99	99	手術なし		1	3	限局性腹腔腫瘍手術	K637\$	4	8	化学療法ありかつ放射線療法なし		1	1	呼吸不全(その他)	040130		
			その他および部位不明の胆道の悪性新生物	C24\$			その他の手術あり	97	06	試験開腹術	K636	1	3	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2	3	7	化学療法ありかつ放射線療法あり		1	1	播種性血管内凝固症候群	130100		
								97	06	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662	1	3	急性汎発性腹膜炎手術	K639	2	6	化学療法なしかつ放射線療法あり		1	2	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040		
								97	06	総胆管胃(腸)吻合術	K680	1	3	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
								97	06	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	K696	1	3	胃瘻閉鎖術	K665	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	腹膜炎、腹腔内腫瘍(女性生殖器を除く。)	060370		
								97	97	その他のKコード		1	3	膵管空腸吻合術	K706	1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	敗血症	180010		
							腹腔鏡下胆嚢摘出術等	04	05	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K672-2	1	3	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	1	3	ショック、他に分類されないもの		1	3	R57\$			
								04	05	胆嚢摘出術	K672	1	3	人工肛門造設術	K726	1	3								
							胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	03	04	胆嚢悪性腫瘍手術 胆嚢に限局するもの(リンパ節郭清を含む。)	K6751	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 開腹して設置した場合	K6111	1	3								
								03	04	胆管悪性腫瘍手術	K677	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 四肢に設置した場合	K6112	1	3								
							膵頭部腫瘍切除術等	02	02	膵頭部腫瘍切除術	K703\$	1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1	3								
								02	03	胆嚢悪性腫瘍手術 肝切除(葉以上)を伴うもの	K6752	1	1	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105	1	3								
								02	03	胆嚢悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除を伴うもの	K6753	1	1	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	K673	1	3								
								02	03	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建なし	K677-22	1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821	1	3								
								02	03	肝切除術 部分切除	K6951	1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822	1	3								
								02	03	肝切除術 区域切除・亜区域切除	K6952	1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2	1	3								
								02	03	肝切除術 葉切除	K6953	1	1	内視鏡的胆道ステント留置術	K688	1	3								
								02	03	肝切除術 拡大葉切除	K6954	1	1	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689	1	3								
								02	03	腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$	1	1	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971	1	3								
							肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	01	01	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合等	K6955	1	1	肝内胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6972	1	3								
								01	01	胆嚢悪性腫瘍手術 膵頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うもの	K6754	1	3												
								01	01	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建あり	K677-21	1	3												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01	01	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建あり+臍頭部腫瘍切除術	K677-21+K703\$														
								01	01	肝門部胆管悪性腫瘍手術 血行再建なし+臍頭部腫瘍切除術	K677-22+K703\$														
								01	01	肝切除術 区域切除+垂区域切除+臍頭部腫瘍切除術	K6952+K703\$														
								01	01	肝切除術 拡大葉切除+臍頭部腫瘍切除術	K6954+K703\$														
								01	01	肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合+臍頭部腫瘍切除術	K6955+K703\$														
								01	01	腹腔鏡下肝切除術 外側区域切除+臍頭部腫瘍切除術	K695-22+K703\$														
06	007x	脾臓、脾臓の腫瘍	060071 脾臓の腫瘍				手術なし	99	99	手術なし		1	3	限局性腹腔腫瘍手術	K637\$	4	8	化学療法ありかつ放射線療法なし		1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			脾の悪性新生物	C25\$			その他の手術あり	97	04	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 開腹して設置した場合	K6111	1	3	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2	3	7	化学療法ありかつ放射線療法あり		1	1	敗血症	180010		
			脾の良性新生物	D136				97	04	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 四肢に設置した場合	K6112	1	3	急性汎発性腹膜炎手術	K639	2	6	化学療法なしかつ放射線療法あり		1	2	胸水、胸膜の疾患(その他)	040190		
			内分泌腺の良性新生物	D137				97	04	限局性腹腔腫瘍手術	K637\$	1	3	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
			その他の消化器の性状不詳または不明の新生物	D377				97	04	経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2	1	3	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	腹膜炎、腹腔内腫瘍(女性生殖器を除く。)	060370		
			060072 脾臓の腫瘍					97	04	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	3	胃瘻閉鎖術	K665	1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	播種性血管内凝固症候群	130100		
			脾の悪性新生物	C261				97	04	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662	1	3	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725										
								97	04	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工肛門造設術	K726										
								97	04	胃瘻閉鎖術	K665	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 開腹して設置した場合	K6111										
								97	04	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821	1	2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 四肢に設置した場合	K6112										
								97	04	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822	1	1	総胆管胃(腸)吻合術	K680										
								97	04	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2	1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821										
								97	04	内視鏡的胆道ステント留置術	K688	1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822										
								97	04	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689	1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2										
								97	04	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971	1	1	内視鏡的胆道ステント留置術	K688										
								97	04	肝内胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6972	1	1	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689										
								97	04	膵管空腸吻合術	K706	1	1	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971										
								97	04	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	1	1	肝内胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6972										
								97	04	人工肛門造設術	K726	1	1	膵管空腸吻合術	K706										
								97	04	経皮的尿路結石除去術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	K764														
								97	05	試験開腹術	K636														
								97	05	胆嚢胃(腸)吻合術	K679														
								97	97	その他のKコード															
							脾縫合術(部分切除を含む。)	03	03	脾縫合術(部分切除を含む。)	K710														
							脾摘出術	03	03	脾摘出術	K711														
							腹腔鏡下脾摘出術	03	03	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2														
							脾体尾部腫瘍切除術等	02	02	脾体尾部腫瘍切除術	K702\$														
							脾中央切除術	02	02	脾中央切除術	K700														
							臍頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等	01	01	臍頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	K7034														
							臍頭部腫瘍切除術 臍頭十二指腸切除術の場合	01	01	臍頭部腫瘍切除術 臍頭十二指腸切除術の場合	K7031														
							臍頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	01	01	臍頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存脾頭切除術の場合	K7032														



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								01 01		膵頭部腫瘍切除術 周辺臓器(胃、結腸、腎、副腎等)の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	K7033															
								01 01		膵全摘術	K704															
06	0080	食道の良性腫瘍	食道の良性新生物	D130			手術なし	99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
							その他の手術あり	97	97		その他のKコード					1	2	中心静脈注射	G005							
							食道腫瘍摘出術 内視鏡によるもの	02	03	食道腫瘍摘出術 内視鏡によるもの	K5261					1	1	人工呼吸	J045\$							
							食道腫瘍摘出術 開胸又は開腹手術によるもの等	01	01	食道腫瘍摘出術 開胸又は開腹手術によるもの等	K5262															
							食道腫瘍摘出術 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	01	02	食道腫瘍摘出術 腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	K5263															
06	0090	胃の良性腫瘍	胃の良性新生物	D131			手術なし	99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			十二指腸の良性新生物	D132			その他の手術あり	97	97		その他のKコード					1	2	中心静脈注射	G005							
			胃の性状不詳または不明の新生物	D371			内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡によるもの	02	04	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡によるもの	K6534					1	1	人工呼吸	J045\$							
			胃および十二指腸のポリープ	K317			その他のポリープ・粘膜切除術等																			
							内視鏡的消化管止血術	02	04	内視鏡的消化管止血術	K654															
							胃全摘術 単純全摘術等	01	01	胃全摘術 単純全摘術等	K6571															
							腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	01	01	腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	K657-21															
							胃局所切除術	01	02	胃局所切除術	K654-2															
							腹腔鏡下胃局所切除術	01	02	腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3															
							胃切除術 単純切除術	01	02	胃切除術 単純切除術	K6551															
							腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	01	02	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	K655-21															
							噴門側胃切除術 単純切除術	01	02	噴門側胃切除術 単純切除術	K655-41															
							胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	01	03	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術(開腹によるもの)	K652															
06	0100	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)	結腸、直腸、肛門および肛門管の良性新生物	D12\$			手術なし	99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382			1	1	心不全	050130	
			その他および部位不明の小腸の良性新生物	D133			その他の手術あり	97	97		その他のKコード					1	2	中心静脈注射	G005			1	1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210	
			腹膜の中皮組織の良性新生物	D191			直腸切除・切断術等	03	04	直腸切除・切断術等	K740\$					1	1	人工呼吸	J045\$			1	1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性生殖器を除く。)	060370	
			その他の部位の中皮組織の良性新生物	D197			腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	03	04	腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	K740-21											1	1	貧血(その他)	130090	
			中皮組織の良性新生物、部位不明	D199			腸切開術	03	05	腸切開術	K713											1	1	敗血症	180010	
			腹膜の良性新生物	D201			試験開腹術	03	06	試験開腹術	K636											1	2	細菌性腸炎	150020	
			小腸の性状不詳または不明の新生物	D372			破裂腸管縫合術	03	07	破裂腸管縫合術	K712											1	3	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	
			虫垂の性状不詳または不明の新生物	D373			腸吻合術	03	08	腸吻合術	K724											1	3	栄養障害(その他)	100330	
			結腸の性状不詳または不明の新生物	D374			腹壁外腸管前置術	03	09	腹壁外腸管前置術	K727											1	3	下部尿路疾患	11013x	
			直腸の性状不詳または不明の新生物	D375			腸狭窄部切開縫合術	03	10	腸狭窄部切開縫合術	K728											1	3	腎、泌尿器の疾患(その他)	110320	
			腸の憩室性疾患	K57\$			腸閉鎖症手術	03	11	腸閉鎖症手術	K729\$											1	3	手術・処置等の合併症	180040	
			肛門ポリープ	K620			小腸瘻閉鎖術	03	12	小腸瘻閉鎖術	K730\$															
			直腸ポリープ	K621			結腸瘻閉鎖術	03	13	結腸瘻閉鎖術	K731\$															
			大腸<結腸>のポリープ	K635			人工肛門閉鎖術	03	14	人工肛門閉鎖術	K732\$															
							腹腔鏡下腸管癒着剥離術	03	16	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	K714-2															
							人工肛門造設術	03	19	人工肛門造設術	K726															
							人工肛門形成術	03	20	人工肛門形成術	K736\$															
							内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等	02	03	内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術等	K721\$															
							内視鏡的大腸ポリープ切除術	02	03	内視鏡的大腸ポリープ切除術	K721-2\$															
							直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)	02	03	直腸腫瘍摘出術(ポリープ摘出を含む。)	K739\$															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
							結腸切除術等	02 03		経肛門的内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	K739-2														
								02 15		小腸結腸内視鏡的止血術	K722														
								02 18		内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術その他のポリープ・粘膜切除術	K6534														
								01 01		結腸切除術	K719\$														
								01 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161														
								01 01		小腸腫瘍、小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。)	K717														
								01 01		結腸腫瘍(回盲部腫瘍摘出術を含む。)、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術(開腹によるもの)	K720														
								01 02		腹腔鏡下小腸切除術	K716-2														
								01 02		腹腔鏡下結腸切除術	K719-2\$														
06	0110	肝の良性腫瘍	肝の良性新生物	D134			手術なし	99 99		手術なし		1 3		限局性腹腔腫瘍手術	K637\$	1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382						
							手術あり	97 01		肝切除術 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	K6955	1 3		経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2	1 2		中心静脈注射	G005						
								97 02		肝切除術 葉切除	K6953	1 3		急性汎発性腹膜炎手術	K639	1 1		人工呼吸	J045\$						
								97 02		肝切除術 拡大葉切除	K6954	1 3		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664										
								97 03		肝切除術 部分切除	K6951	1 3		胃瘻閉鎖術	K665										
								97 03		肝切除術 区域切除・亜区域切除	K6952	1 3		腸瘻、虫垂瘻造設術	K725										
								97 03		腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$	1 3		人工肛門造設術	K726										
								97 97		その他のKコード		1 2		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615										
												1 1		胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821										
												1 1		胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822										
												1 1		経皮的胆管ドレナージ術	K682-2										
												1 1		内視鏡的胆道ステント留置術	K688										
												1 1		経皮経肝胆管ステント挿入術	K689										
06	0130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症(その他良性疾患)	麻疹、腸管合併症を伴うもの	B054			手術なし	99 99		手術なし		1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	O40080						
			非特異性腸間膜リンパ節炎	I880			その他の手術あり	97 97			その他のKコード	1 2		中心静脈注射	G005	1 1		栄養障害(その他)	100330						
			食道炎	K20			内視鏡的消化管止血術等	02 01		内視鏡的消化管止血術	K654	1 1		人工呼吸	J045\$	1 1		腎臓または尿路の感染症	110310						
			胃食道逆流症	K21\$				02 02		食道狭窄拡張術 内視鏡によるもの	K5221														
			アカラシア	K220				02 02		食道狭窄拡張術 拡張用バルーンによるもの	K5223														
			食道潰瘍	K221				02 03		食道狭窄拡張術 食道ブジー法	K5222														
			食道閉塞	K222				02 03		食道ステント留置術	K522-2														
			食道穿孔	K223				02 04		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664														
			食道ジスキネジー	K224				02 05		小腸結腸内視鏡的止血術	K722														
			後天性食道憩室	K225				02 08		食道・胃静脈硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	K533														
			食道胃接合部裂傷出血症候群	K226				02 08		内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	K533-2														
			食道のその他の明示された疾患	K228				02 11		内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術	K721\$														
			食道の疾患、詳細不明	K229				02 12		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615														
			他に分類される疾患における食道の障害	K23\$			食道アカラシア形成手術等	01 06		食道アカラシア形成手術	K530														
			部位不明の消化性潰瘍	K27\$				01 07		腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	K530-2														
			胃空腸潰瘍	K28\$				01 09		噴門形成術	K667														
			胃炎および十二指腸炎	K29\$				01 10		腹腔鏡下噴門形成術	K667-2														
			ディスペプシア(症)	K30				01 13		胃局所切除術	K654-2														
			急性胃拡張	K310				01 13		腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			幽門けいれん<痙攣>、他に分類されないもの	K313					01	13	胃切除術 単純切除術	K6551														
			十二指腸閉塞	K315					01	13	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	K655-21														
			胃および十二指腸瘻	K316					01	14	胃全摘術 単純全摘術	K6571														
			胃および十二指腸のその他の明示された疾患	K318					01	14	腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	K657-21														
			その他の非感染性胃腸炎および非感染性大腸炎	K52\$					01	15	食道切除再建術	K525\$														
			過敏性腸症候群	K58\$					01	16	食道縫合術(穿孔、損傷)	K520\$														
			放射線直腸炎	K627					01	16	食道周囲膿瘍切開誘導術 開胸手術	K5211														
			腸潰瘍	K633					01	16	食道周囲膿瘍切開誘導術 その他のもの(頸部手術を含む。)	K5213														
			腸下垂(症)	K634																						
			腸のその他の明示された疾患	K638																						
			腸の疾患、詳細不明	K639																						
			腸性吸収不良(症)	K90\$																						
			胃腸手術に続発する嘔吐	K910																						
			胃手術後症候群	K911																						
			術後吸収不良、他に分類されないもの	K912																						
			結腸瘻<人工肛門>および小腸瘻の機能障害	K914																						
			消化器系のその他の疾患	K92\$																						
			他に分類される疾患におけるその他の消化器の障害	K93\$																						
06	0140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄	胃潰瘍	K25\$				手術なし	99	99	手術なし				1	2	中心静脈注射	G005	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080				
			十二指腸潰瘍	K26\$				その他の手術あり	97	07	試験開腹術	K636			1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	腎臓または尿路の感染症	110310				
			成人の肥厚性幽門狭窄	K311					97	97		その他のKコード									1	3	腹膜炎、腹腔内臓器(女性器臓器を除く。)	060370		
			胃の砂時計状狭窄	K312				内視鏡的消化管止血術	02	06	内視鏡的消化管止血術	K654									1	3	敗血症	180010		
			胃憩室	K314				胃切除術 単純切除術等	01	02	胃切除術 単純切除術	K6551									1	3	その他の真菌感染症	180035		
									01	02	胃局所切除術	K654-2									1	3	手術・処置等の合併症	180040		
									01	02	腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3														
									01	02	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	K655-21														
									01	02	胃全摘術 単純全摘術	K6571														
									01	02	腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	K657-21														
									01	02	食道下部迷走神経切除術(幹迷切) 胃切除術を併施するもの	K6593														
									01	02	食道下部迷走神経選択的切除術 胃切除術を併施するもの	K6603														
									01	04	食道下部迷走神経切除術(幹迷切) 単独のもの	K6591														
									01	04	食道下部迷走神経切除術(幹迷切) ドレナージを併施するもの	K6592														
									01	04	食道下部迷走神経選択的切除術 単独のもの	K6601														
									01	04	食道下部迷走神経選択的切除術 ドレナージを併施するもの	K6602														
									01	05	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	K647-2														
									01	05	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	K660-2														
06	0150	虫垂炎	急性虫垂炎	K35\$				手術なし	99	99	手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070				
			その他の虫垂炎	K36				その他の手術あり	97	97		その他のKコード			1	2	中心静脈注射	G005	1	3	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210				
			詳細不明の虫垂炎	K37				虫垂切除術等	02	01	虫垂切除術	K718\$			1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	手術・処置等の合併症	180040				
			虫垂のその他の疾患	K38\$					02	02	限局性腹腔膿瘍手術 ダグラス窩膿瘍	K6372														
									02	02	限局性腹腔膿瘍手術 虫垂周囲膿瘍	K6373														
									02	02	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等			
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等
								02 02		急性汎発性腹膜炎手術	K639													
								02 03		腹腔鏡下虫垂切除術	K718-2\$													
								01 04		結腸切除術 小範囲切除等	K7191													
								01 04		結腸切除術 結腸半側切除	K7192													
06	0160	鼠径ヘルニア	そけい<鼠径>ヘルニア	K40\$	00 0	15歳以上	手術なし	99 99		手術なし						1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1		1 1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210	
					15 1	15歳未満	その他の手術あり	97 97			その他のKコード					1 2	中心静脈注射	G005	1 3		1 3	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080	
								03 03		腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	K634					1 1	人工呼吸	J045\$	1 3		1 3	心不全	050130	
								02 02		ヘルニア手術 鼠径ヘルニア	K6335										1 3	閉塞性動脈疾患	050170	
								01 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161													
								01 01		大網切除術	K641													
06	0170	閉塞、壊疽のない腹腔のヘルニア	大腿<股>ヘルニア	K41\$			手術なし	99 99		手術なし						1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1 3		1 3	呼吸不全(その他)	040130	
			臍ヘルニア	K42\$			その他の手術あり	97 03		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016					1 2	中心静脈注射	G005	1 3		1 3	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210	
			腹壁ヘルニア	K43\$				97 04		筋膜移植術 その他のもの	K0332					1 1	人工呼吸	J045\$	1 3		1 3	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	060300	
			その他の腹部ヘルニア	K45\$				97 05		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$									1 3	貧血(その他)	130090		
			詳細不明の腹部ヘルニア	K46\$				97 97		その他のKコード														
								02 02		ヘルニア手術 腹壁癒痕ヘルニア等	K6331													
								02 02		ヘルニア手術 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開	K6332													
								02 02		ヘルニア手術 臍ヘルニア	K6333													
								02 02		ヘルニア手術 臍帯ヘルニア	K6334													
								02 02		ヘルニア手術 大腿ヘルニア	K6336													
								02 02		ヘルニア手術 腰ヘルニア	K6337													
								02 02		ヘルニア手術 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア)	K6338													
								02 02		ヘルニア手術 内ヘルニア	K6339													
								01 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161													
06	0180	クローン病等	クローン<Crohn>病[限局性腸炎]	K50\$	00 0	6歳以上	手術なし	99 99		手術なし						1 1	痔瘻根治手術	K746\$	3 9		1 1	敗血症	180010	
			肛門および直腸の潰瘍	K626	06 1	6歳未満	その他の手術あり	97 97			その他のKコード					1 2	中心静脈注射	G005	1 2		1 2	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210	
								01 01		結腸切除術+人工肛門造設術等	K719\$+K726					1 1	人工呼吸	J045\$	1 2		1 2	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370	
								01 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術+人工肛門造設術	K7161+K726										1 2	栄養障害(その他)	100330	
								01 01		腹腔鏡下小腸切除術+人工肛門造設術	K716-2+K726										1 2	貧血(その他)	130090	
								01 01		腹腔鏡下結腸切除術+人工肛門造設術	K719-2\$+K726										1 3	手術・処置等の合併症	180040	
								01 03		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161													
								01 03		結腸切除術	K719\$													
								01 04		腹腔鏡下小腸切除術	K716-2													
								01 04		腹腔鏡下結腸切除術	K719-2\$													
								01 05		人工肛門造設術	K726													
								01 06		小腸瘻閉鎖術	K730\$													
								01 07		結腸瘻閉鎖術	K731\$													
								01 08		人工肛門閉鎖術	K732\$													
								01 08		小腸・結腸狭窄部拡張術(内視鏡によるもの)	K735-2													
								01 09		腸狭窄部切開縫合術	K728													
								01 10		腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	K740-21													

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01 10		腹腔鏡下直腸切除・切断術 低位前方切除術	K740-22														
								01 10		直腸切除・切断術 超低位前方切除術(経肛門的結腸直腸吻合によるもの)	K7403														
06	0185	潰瘍性大腸炎	潰瘍性大腸炎	K51\$	00 0	6歳以上	手術なし	99 99		手術なし								3 5	血球成分除去療法	J041-2	1 1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性生殖器を除く。)	060370		
			巨大結腸,他に分類されないもの	K593	06 1	6歳未満	その他の手術あり	97 97		その他のKコード								1 2	中心静脈注射	G005	1 1	敗血症	180010		
							結腸切除術+人工肛門造設術等	01 01		結腸切除術+人工肛門造設術	K719\$+K726							1 1	人工呼吸	J045\$	1 2	細菌性腸炎	150020		
								01 01		腹腔鏡下結腸切除術+人工肛門造設術	K719-2\$+K726														
								01 02		結腸切除術	K719\$														
								01 03		腹腔鏡下結腸切除術	K719-2\$														
								01 04		人工肛門造設術	K726														
								01 05		腸閉鎖症手術	K729\$														
								01 06		小腸瘻閉鎖術	K730\$														
								01 07		結腸瘻閉鎖術	K731\$														
								01 08		人工肛門閉鎖術	K732\$														
								01 09		直腸切除・切断術 超低位前方切除術(経肛門的結腸直腸吻合によるもの)	K7403														
								01 09		腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術	K740-21														
								01 09		腹腔鏡下直腸切除・切断術 低位前方切除術	K740-22														
06	0190	虚血性腸炎	腸の血行障害	K55\$			手術なし	99 99		手術なし								1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
							手術あり	97 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術+人工肛門造設術	K7161+K726							1 2	中心静脈注射	G005	1 1	播種性血管内凝固症候群	130100		
								97 01		腹腔鏡下小腸切除術+人工肛門造設術	K716-2+K726							1 1	人工呼吸	J045\$	1 1	敗血症	180010		
								97 01		結腸切除術+人工肛門造設術	K719\$+K726														
								97 01		腹腔鏡下結腸切除術+人工肛門造設術	K719-2\$+K726														
								97 02		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161														
								97 02		結腸切除術	K719\$														
								97 03		腹腔鏡下小腸切除術	K716-2														
								97 03		腹腔鏡下結腸切除術	K719-2\$														
								97 04		人工肛門造設術	K726														
								97 05		小腸瘻閉鎖術	K730\$														
								97 06		結腸瘻閉鎖術	K731\$														
								97 07		人工肛門閉鎖術	K732\$														
								97 08		腸狭窄部切開縫合術	K728														
								97 09		腸管癒着症手術	K714														
								97 97		その他のKコード															
06	0200	腸重積	腸重積症	K561			手術なし	99 99		手術なし								1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382					
							その他の手術あり	97 03		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161							1 2	中心静脈注射	G005					
								97 03		結腸切除術	K719\$							1 1	人工呼吸	J045\$					
								97 04		腸管癒着症手術	K714														
								97 97		その他のKコード															
							腸重積症整復術 観血的なもの	02 02		腸重積症整復術 観血的なもの	K7152														
							腸重積症整復術 非観血的なもの	01 01		腸重積症整復術 非観血的なもの	K7151														
06	0210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	麻痺性イレウス	K560			手術なし	99 99		手術なし								1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			軸捻(転)	K562			手術あり	97 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161							1 2	中心静脈注射	G005	1 1	敗血症	180010		
			胆石性イレウス	K563				97 01		結腸切除術	K719\$							1 1	人工呼吸	J045\$	1 2	腎臓または尿路の感染症	110310		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			その他の腸かんく嵌>頓 閉塞を伴う腸癒着[糸条物] その他および詳細不明の腸閉塞 イレウス、詳細不明 術後腸閉塞	K564 K565 K566 K567 K913				97	02	腸管癒着症手術	K714											1	2	ショック、他に分類されないもの	R57\$	
								97	97		その他のKコード											1	3	細菌性腸炎	150020	
06	0220	直腸脱、肛門脱	肛門脱<脱肛> 直腸脱	K622 K623			手術なし 手術あり	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382					
								97	01	直腸脱手術 直腸挙上固定を行うもの	K7422							1	2	中心静脈注射	G005					
								97	01	直腸脱手術 骨盤底形成を行うもの	K7423							1	1	人工呼吸	J045\$					
								97	01	直腸脱手術 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	K7424															
								97	02	直腸脱手術 経会陰によるもの	K7421															
								97	03	肛門括約筋形成手術	K750\$															
								97	05	人工肛門造設術	K726															
								97	06	痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術	K7434															
								97	06	痔核手術(脱肛を含む。) PPH	K7435															
								97	06	脱肛根本手術	K743-3															
								97	07	肛門形成手術 直腸粘膜脱形成手術	K7522															
								97	08	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$															
								97	08	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016															
								97	97		その他のKコード															
06	0230	肛門周囲膿瘍	肛門膿瘍 直腸膿瘍 肛門直腸膿瘍 坐骨直腸膿瘍 (肛門)括約筋内膿瘍 肛門および直腸のその他の明示された疾患	K610 K611 K612 K613 K614 K628			手術なし 手術あり	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382					
								97	01	直腸周囲膿瘍切開術	K737							1	2	中心静脈注射	G005					
								97	01	肛門周囲膿瘍切開術	K745							1	1	人工呼吸	J045\$					
								97	01	痔瘻根治手術	K746\$															
								97	01	高位直腸瘻手術	K746-2															
								97	02	肛門括約筋形成手術 組織置換によるもの	K7502															
								97	03	人工肛門造設術	K726															
								97	97		その他のKコード															
06	0235	痔瘻	痔瘻 直腸瘻 肛門直腸瘻	K603 K604 K605			手術なし 手術あり	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382					
								97	01	痔瘻根治手術 複雑なもの・肛門括約筋形成手術 組織置換によるもの	K7462+K7502							1	2	中心静脈注射	G005					
								97	02	痔瘻根治手術 複雑なもの	K7462							1	1	人工呼吸	J045\$					
								97	02	高位直腸瘻手術	K746-2															
								97	03	痔瘻根治手術 単純なもの	K7461															
								97	04	人工肛門造設術	K726															
								97	05	肛門括約筋形成手術 組織置換によるもの	K7502															
								97	97		その他のKコード															
06	0240	外痔核	血栓性外痔核 その他の合併症を伴う外痔核 合併症を伴わない外痔核 残遺痔核皮膚弁 詳細不明の血栓性痔核	1843 1844 1845 1846 1847			手術なし 手術あり	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382					
								97	01	痔核手術(脱肛を含む。) 結紮術、焼灼術、血栓摘出術	K7433							1	2	中心静脈注射	G005					
								97	02	直腸狭窄形成手術	K741							1	1	人工呼吸	J045\$					
								97	97		その他のKコード															
06	0245	内痔核	血栓性内痔核 その他の合併症を伴う内痔核 合併症を伴わない内痔核 その他の合併症を伴う詳細不明の痔核 合併症を伴わない痔核、詳細不明	1840 1841 1842 1843 1849			手術なし 手術あり	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382	1	1	貧血(その他)	130090	
								97	01	痔核手術(脱肛を含む。) 根治手術	K7434							1	2	中心静脈注射	G005	1	3	手術・処置等の合併症	180040	
								97	01	痔核手術後狭窄拡張手術	K743-4							1	1	人工呼吸	J045\$					
								97	01	痔核手術(脱肛を含む。) PPH	K7435															
								97	02	痔核手術(脱肛を含む。) 硬化療法	K7431															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			肛門および直腸の出血	K625				97	02	痔核手術(脱肛を含む。)硬化療法(四段階注射法によるもの)	K7432														
								97	02	肛門括約筋切開術	K743-2														
								97	02	痔核手術(脱肛を含む。)結紮術、焼灼術、血栓摘出術	K7433														
								97	03	直腸狭窄形成手術	K741														
								97	97	その他のKコード															
06	0250	尖圭コンジローム	肛門性器(性病性)いぼ<疣><疣贅>	A630			手術なし	99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
							手術あり	97	01	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	K747					1	2	中心静脈注射	G005						
								97	97	その他のKコード						1	1	人工呼吸	J045\$						
06	0260	肛門狭窄、肛門裂溝	急性裂肛	K600			手術なし	99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			慢性裂肛	K601			手術あり	97	01	痔核手術(脱肛を含む。)根治手術	K7434					1	2	中心静脈注射	G005						
			裂肛、詳細不明	K602				97	01	痔核手術後狭窄拡張手術	K743-4					1	1	人工呼吸	J045\$						
			肛門および直腸の狭窄	K624				97	01	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	K744					1	1	人工呼吸	J045\$						
								97	01	肛門拡張術(観血的なもの)	K749														
								97	01	肛門括約筋形成手術	K750\$														
								97	01	肛門形成手術 肛門狭窄形成手術	K7521														
								97	97	その他のKコード															
06	0270	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	急性A型肝炎、肝性昏睡を伴うもの	B150			手術なし	99	99	手術なし						4	6	吸着式血液浄化法	J041	1	1	心不全	050130		
			急性A型肝炎、肝性昏睡を伴わないもの	B159			手術あり	97	97	手術あり						4	5	血漿交換療法	J039	1	1	急性腎不全	110290		
			急性B型肝炎、デルタ因子(重複感染)および肝性昏睡を伴うもの	B160												1	4	持続緩徐式血液濾過	J038-2	1	1	敗血症	180010		
			急性B型肝炎、デルタ因子(重複感染)を伴い、肝性昏睡を伴わないもの	B161												1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			急性B型肝炎、デルタ因子を伴わず、肝性昏睡を伴うもの	B162												1	2	中心静脈注射	G005						
			急性B型肝炎、デルタ因子および肝性昏睡を伴わないもの	B169												1	1	人工呼吸	J045\$						
			B型肝炎キャリア<病原体保有者>の急性デルタ(重)感染症	B170																					
			急性C型肝炎	B171																					
			急性E型肝炎	B172																					
			その他の明示された急性ウイルス肝炎	B178																					
			詳細不明のウイルス肝炎	B19\$																					
			サイトメガロウイルス(性)肝炎	B251																					
			胆汁うっ滞を伴う中毒性肝疾患	K710																					
			肝えく<壊>死を伴う中毒性肝疾患	K711																					
			急性肝炎を伴う中毒性肝疾患	K712																					
			中毒性肝疾患、詳細不明	K719																					
			急性および亜急性肝不全	K720																					
			中心性出血性肝えく<壊>死	K762																					
			肝梗塞	K763																					
06	0280	アルコール性肝障害	アルコール性肝疾患	K70\$				99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
								97	97	手術あり						1	2	中心静脈注射	G005						
																1	1	人工呼吸	J045\$						
06	0290	慢性肝炎(慢性C型肝炎を除く。)	慢性B型肝炎、デルタ因子(重複感染)を伴うもの	B180			手術なし	99	99	手術なし						2	9	IFN-β(7日以上投与した場合に限る。)		1	2	劇症肝炎、急性肝不全、急性肝炎	060270		
			慢性B型肝炎、デルタ因子(重複感染)を伴わないもの	B181			手術あり	97	97	手術あり						1	5	IFN-α							
			その他の慢性ウイルス肝炎	B188																					
			慢性ウイルス肝炎、詳細不明	B189																					
			慢性持続性肝炎を伴う中毒性肝疾患	K713																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			慢性小葉(性)肝炎を伴う中毒性肝疾患 慢性活動性肝炎を伴う中毒性肝疾患 肝炎を伴う中毒性肝疾患、他に分類されないもの その他の肝障害を伴う中毒性肝疾患 慢性肝炎、他に分類されないもの 肉芽腫性肝炎、他に分類されないもの 自己免疫性肝炎 その他の明示された炎症性肝疾患 脂肪肝<肝の脂肪化>、他に分類されないもの 慢性(受動性)うっ血肝 他に分類される疾患における肝障害	K714 K715 K716 K718 K73\$ K753 K754 K758 K760 K761 K77\$																						
06	0295	慢性C型肝炎	慢性C型肝炎	B182			手術なし	99	99	手術なし						3	9	IFN-β(7日以上投与した場合に限る。)								
							手術あり	97	97	手術あり						2	8	血漿交換療法	J039							
																1	5	IFN-α								
06	0300	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	門脈血栓症 バッド・キアリ< Budd-Chiari > 症候群 出血を伴う食道静脈瘤 出血を伴わない食道静脈瘤 胃静脈瘤 他に分類される疾患における食道静脈瘤 肝線維症および肝硬変を伴う中毒性肝疾患 慢性肝不全 肝不全、詳細不明 肝線維症 肝硬化症 肝硬化症を伴う肝線維症 原発性胆汁性肝硬変 続発性胆汁性肝硬変 胆汁性肝硬変、詳細不明 その他および詳細不明の肝硬変 肝静脈閉塞性疾患 門脈圧亢進(症)	I81 I820 I850 I859 I864 I982 K717 K721 K729 K740 K741 K742 K743 K744 K745 K746 K765 K766			手術なし	99	99	手術なし			1	3	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	3	6	吸着式血液浄化法	J041	1	1	胸水、胸膜の疾患(その他)	040190		
							その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	3	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	3	5	血漿交換療法	J039	1	1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性生殖器を除く。)	060370			
							食道・胃静脈瘤手術等	01	01	食道・胃静脈瘤手術	K532\$	1	3	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	4	持続緩徐式血液濾過	J038-2	1	1	敗血症	180010			
								01	01	食道静脈瘤手術(開腹)	K532-2	1	3	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382							
								01	01	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	K621	1	3	胃瘻閉鎖術	K665	1	2	中心静脈注射	G005							
								01	01	胃横断術(静脈瘤手術)	K668	1	3	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725	1	1	人工呼吸	J045\$							
								01	02	脾摘出術	K711	1	3	人工肛門造設術	K726											
								01	02	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2	1	2	血管塞栓術(頭部、胸部、腹腔内血管)	K615											
								01	03	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	K635	1	1	食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	K533											
												1	1	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	K533-2											
												1	1	内視鏡的消化管止血術	K654											
06	0310	肝膿瘍(細菌性・寄生虫性疾患を含む。)	アメーバ性肝膿瘍 肝膿瘍 門脈の静脈炎 非特異的反応性肝炎	A064 K750 K751 K752			手術なし	99	99	手術なし			1	2	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382						
							手術あり	97	01	肝切除術	K695\$	1	2	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	2	中心静脈注射	G005							
								97	01	腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$	1	2	胃瘻閉鎖術	K665	1	1	人工呼吸	J045\$							
								97	02	限局性腹腔膿瘍手術 横隔膜下膿瘍	K6371	1	2	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725											
								97	02	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	2	人工肛門造設術	K726											
								97	02	肝膿瘍切開術	K691\$	1	1	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971											
								97	02	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	K691-2	1	1	肝内胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6972											
								97	02	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	K694															
								97	97		その他のKコード															



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
06	0320	肝嚢胞	その他の明示された肝疾患	K768			手術なし	99	99	手術なし		1	2	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382								
							手術あり	97	01	肝切除術	K695\$	1	2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	2	中心静脈注射	G005								
								97	01	腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$	1	2	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	1	人工呼吸	J045\$								
								97	02	肝嚢胞切開又は縫縮術	K692	1	2	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664												
								97	02	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	K692-2	1	2	胃瘻閉鎖術	K665												
								97	02	肝嚢胞、肝膿瘍摘出術	K694	1	2	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725												
								97	97	その他のKコード		1	2	人工肛門造設術	K726												
								1	1	肝内胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6971	1	1	肝内胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6972												
06	0330	胆嚢疾患(胆嚢結石など)	胆のうく嚢>炎を伴わない胆のうく嚢>結石	K802			手術なし	99	99	手術なし		1	2	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	急性肺炎	060350				
			その他の胆石症	K808			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	2	中心静脈注射	G005								
							腹腔鏡下胆嚢摘出術等	02	02	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K672-2	1	2	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	1	人工呼吸	J045\$								
							胆嚢切開結石摘出術	02	02	胆嚢切開結石摘出術	K670	1	2	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	K696												
							胆嚢摘出術	01	01	胆嚢摘出術	K672	1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821												
								01	01	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822	1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2												
								1	1	内視鏡的胆道ステント留置術	K688	1	1	内視鏡的胆道ステント留置術	K688												
06	0335	胆嚢水腫、胆嚢炎等	肝外胆管の良性新生物	D135			手術なし	99	99	手術なし		1	2	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080				
			急性胆のうく嚢>炎を伴う胆のうく嚢>結石	K800			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	2	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	呼吸不全(その他)	040130				
			その他の胆のうく嚢>炎を伴う胆のうく嚢>結石	K801			腹腔鏡下胆嚢摘出術等	02	02	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K672-2	1	2	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	敗血症	180010				
			胆のうく嚢>炎	K81\$				02	02	胆嚢切開結石摘出術	K670	1	2	内視鏡的胆道ステント留置術	K688							1	3	胆管(肝内外)結石、胆管炎	060340		
			胆のうく嚢>の閉塞	K820			胆嚢摘出術	01	01	胆嚢摘出術	K672	1	2	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	K696							1	3	急性肺炎	060350		
			胆のうく嚢>水腫	K821								1	1	胆嚢外瘻造設術	K681						1	3	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370			
			胆のうく嚢>の穿孔	K822								1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821						1	3	貧血(その他)	130090			
			胆のうく嚢>瘻(孔)	K823								1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822												
			胆のうく嚢>のコレステロール沈着症	K824								1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2												
			胆のうく嚢>のその他の明示された疾患	K828																							
			胆のうく嚢>の疾患、詳細不明	K829																							
			胆のうく嚢>胞	K835																							
			他に分類される疾患における胆のうく嚢>および胆道の障害	K870																							
06	0340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	胆管炎を伴う胆管結石	K803			手術なし	99	99	手術なし		1	4	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	5	腹腔灌流 その他の腹腔灌流	J0422	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080				
			胆のうく嚢>炎を伴う胆管結石	K804			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	4	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	呼吸不全(その他)	040130				
			胆管炎または胆のうく嚢>炎を伴わない胆管結石	K805			限局性腹腔膿瘍手術等	03	05	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	4	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	播種性血管内凝固症候群	130100				
			胆管炎	K830				03	05	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	3	内視鏡的胆道拡張術	K686	1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	敗血症	180010				
			胆管閉塞	K831				03	05	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	3	内視鏡的胆道ステント留置術	K688						1	3	小腸の悪性腫瘍	060030			
			胆管穿孔	K832				03	05	体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	K678	1	1	体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	K678						1	3	肝膿瘍(細菌性・寄生性疾患を含む。)	060310			
			胆管瘻(孔)	K833				03	05	胆嚢外瘻造設術	K681	1	1	胆嚢外瘻造設術	K681						1	3	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370			
			オディ<Oddi>括約筋けいれん<痙攣>	K834				03	05	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821	1	1	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821						1	3	細菌性腸炎	150020			
			胆道のその他の明示された疾患	K838				03	05	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822	1	1	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			胆道の疾患、詳細不明	K839				03	05	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2	1	1	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2												
			胆のう<嚢>摘出<除>後症候群	K915				03	05	内視鏡的胆道砕石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	K685	1	1	内視鏡的胆道砕石術(経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの)	K685												
								03	05	内視鏡的胆道拡張術	K686	1	1	内視鏡的乳頭切開術	K687\$												
								03	05	内視鏡的乳頭切開術	K687\$	1	1	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689												
								03	05	内視鏡的胆道ステント留置術	K688																
								03	05	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689																
								02	04	腹腔鏡下胆嚢摘出術等	K672-2																
								02	04	胆管切開術	K669																
								02	04	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)	K6711																
								02	04	胆嚢摘出を含むもの																	
								02	04	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術 胆嚢摘出を含むもの	K671-21																
								02	04	胆嚢摘出術	K672																
								01	01	肝切除術 部分切除	K6951																
								01	01	肝切除術 区域切除・亜区域切除	K6952																
								01	01	肝切除術 葉切除	K6953																
								01	01	肝切除術 拡大葉切除	K6954																
								01	01	腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$																
								01	02	総胆管胃(腸)吻合術	K680																
								01	02	肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	K696																
								01	03	肝内結石摘出術(開腹)	K693																
06	0350	急性膵炎	ムンプス膵炎	B263			手術なし	99	99	手術なし		1	4	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	4	持続緩徐式血液濾過	J038-2	1	1	呼吸不全(その他)	040130				
			急性膵炎	K85			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	4	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	心不全	050130				
			膵仮性のう<嚢>胞	K863			急性膵炎手術等	01	01	急性膵炎手術	K698\$	1	4	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性器臓器を除く。)	060370				
			他に分類される疾患における膵の障害	K871				01	03	胆管切開結石摘出術(チューブ挿入を含む。)	K6711	1	4	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	急性腎不全	110290				
								01	03	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術 胆嚢摘出を含むもの	K671-21	1	4	胃瘻閉鎖術	K665												
								01	03	胆嚢摘出術	K672	1	4	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725												
								01	03	腹腔鏡下胆嚢摘出術	K672-2	1	4	人工肛門造設術	K726												
								01	03	内視鏡的乳頭切開術 胆道砕石術を伴うもの	K6872	1	3	腹腔穿刺	J010												
								01	04	膵嚢胞胃(腸)吻合術	K705	1	2	胆嚢外瘻造設術	K681												
								01	04	膵嚢胞外瘻造設術 内視鏡によるもの	K7071	1	2	胆管外瘻造設術 開腹によるもの	K6821												
								01	04	膵嚢胞外瘻造設術 開腹によるもの	K7072	1	2	胆管外瘻造設術 経皮経肝によるもの	K6822												
												1	2	経皮的胆管ドレナージ術	K682-2												
												1	2	内視鏡的胆道ステント留置術	K688												
												1	2	経皮経肝胆管ステント挿入術	K689												
												1	1	体外衝撃波胆石砕石術(一連につき)	K678												
												1	1	膵結石手術 経十二指腸乳頭によるもの	K6992												
												1	1	膵瘻閉鎖術	K709												
06	0360	慢性膵炎(膵嚢胞を含む。)	アルコール性慢性膵炎	K860			手術なし	99	99	手術なし		1	3	限局性腹腔膿瘍手術	K637\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	2	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100080				
			その他の慢性膵炎	K861			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	3	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2	1	2	中心静脈注射	G005								
			膵のう<嚢>胞	K862			膵体尾部腫瘍切除術 膵尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)	01	01	膵体尾部腫瘍切除術 膵尾部切除術(腫瘍摘出術を含む。)	K7021\$	1	3	急性汎発性腹膜炎手術	K639	1	1	人工呼吸	J045\$								
			その他の明示された膵疾患	K868			膵頭部腫瘍切除術 膵頭十二指腸切除術の場合	01	01	膵頭部腫瘍切除術 膵頭十二指腸切除術の場合	K7031	1	3	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664												
			膵疾患、詳細不明	K869			膵頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	01	01	膵頭部腫瘍切除術 リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合	K7032	1	3	胃瘻閉鎖術	K665												
								01	02	膵結石手術 膵切開によるもの	K6991	1	3	腸瘻、虫垂瘻造設術	K725												
								01	02	膵結石手術 経十二指腸乳頭によるもの	K6992	1	3	人工肛門造設術	K726												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01 02		膵管空腸吻合術	K706	1 2		胆嚢外嚢造設術	K681										
								01 03		総胆管胃(腸)吻合術	K680	1 2		胆嚢外嚢造設術 開腹によるもの	K6821										
								01 03		肝内胆管(肝管)胃(腸)吻合術	K696	1 2		胆嚢外嚢造設術 経皮経肝によるもの	K6822										
								01 04		膵嚢胞胃(腸)吻合術	K705	1 2		経皮的胆管ドレナージ術	K682-2										
								01 04		膵嚢胞外嚢造設術 内視鏡によるもの	K7071	1 2		内視鏡的胆道拡張術	K686										
								01 04		膵嚢胞外嚢造設術 開腹によるもの	K7072	1 2		内視鏡的胆道ステント留置術	K688										
												1 2		経皮経肝胆管ステント挿入術	K689										
												1 1		体外衝撃波胆石破碎術(一連につき)	K678										
06	0370	腹膜炎、腹腔内膿瘍(女性生殖器を除く。)	腸、腹膜および腸間膜リンパ節の結核	A183			手術なし	99 99		手術なし						1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1			肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			腸膿瘍	K630			その他の手術あり	97 97			その他のKコード					1 2	中心静脈注射	G005	1 1			心不全	050130		
			腸穿孔(非外傷性)	K631			急性汎発性腹膜炎手術等	01 01		急性汎発性腹膜炎手術						1 1	人工呼吸	J045\$	1 1			播種性血管内凝固症候群	130100		
			腸瘻(孔)	K632				01 01		結核性腹膜炎手術	K639-2														
			腹膜炎	K65\$				01 02		限局性腹腔膿瘍手術	K637\$														
			他に分類される感染症における腹膜炎の障害	K67\$				01 02		経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2														
								01 03		骨盤腹膜炎膿瘍切開排膿術	K638														
06	0565	顎変形症	歯顎顔面(先天)異常[不正咬合を含む]	K07\$			手術なし	99 99		手術なし						1 2	中心静脈注射	G005							
								97 01		下顎骨部分切除術	K437					1 1	人工呼吸	J045\$							
								97 01		下顎骨離断術	K438														
								97 01		上顎骨形成術 単純な場合	K4431														
								97 01		上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合	K4432														
								97 01		上顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4433														
								97 01		下顎骨形成術 おとがい形成の場合	K4441														
								97 01		下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	K4442														
								97 01		下顎骨形成術 再建の場合	K4443														
								97 01		下顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4444														
								97 01		顎関節形成術	K445														
								97 01		顎関節円板整位術	K447\$														
								97 02		顎関節授動術	K446\$														
								97 03		粘膜移植術	K021\$														
								97 03		粘膜弁手術	K021-2\$														
								97 03		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$														
								97 97			その他のKコード														
06	0570	その他の消化管の障害	歯の発育および萌出の障害	K00\$			手術なし	99 99		手術なし						1 3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			埋伏歯	K01\$			手術あり	97 01		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$					1 2	中心静脈注射	G005							
			うく齧>蝕	K02\$				97 02		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016					1 1	人工呼吸	J045\$							
			歯の硬組織のその他の疾患	K03\$				97 03		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017														
			歯髓および根尖部歯周組織の疾患	K04\$				97 04		複合組織移植術	K019														
			歯肉炎および歯周疾患	K05\$				97 05		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020														
			歯肉および無歯顎堤のその他の障害	K06\$				97 06		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$														
			歯および歯の支持組織のその他の障害	K08\$				97 07		骨長調整手術	K058\$														
			口腔部のうく齧>蝕、他に分類されないもの	K09\$				97 08		顎関節形成術	K445														
			顎骨のその他の疾患	K10\$				97 09		上顎骨形成術 単純な場合	K4431														
			舌の疾患	K14\$				97 09		上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合	K4432														
			胃および十二指腸の疾患、詳細不明	K319				97 09		上顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4433														
			便秘	K590				97 10		下顎骨形成術 おとがい形成の場合	K4441														
			機能性下痢	K591				97 10		下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	K4442														
			神経性腸症、他に分類されないもの	K592				97 10		下顎骨形成術 再建の場合	K4443														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術			手術・処置等1			手術・処置等2			副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			肛門けいれん<瘻瘻>	K594				97	10	下顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4444															
			その他の明示された腸の機能障害	K598				97	11	抜歯手術(1歯につき)	K404\$															
			腸の機能障害、詳細不明	K599				97	12	顎関節投動術	K446\$															
			肛門および直腸の疾患、詳細不明	K629				97	13	顎関節円板整位術	K447\$															
			腹膜のその他の障害	K66\$				97	14	胃局所切除術	K654-2															
			炎症性肝疾患、詳細不明	K759				97	14	腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3															
			肝臓紫斑病	K764				97	14	胃切除術 単純切除術	K6551															
			肝疾患、詳細不明	K769				97	14	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	K655-21															
			消化器系のその他の処置後障害、他に分類されないもの	K918				97	15	胃全摘術 単純全摘術	K6571															
			消化器系の処置後障害、詳細不明	K919				97	15	腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	K657-21															
								97	97		その他のKコード															
07	0010	骨軟部良性腫瘍(脊椎骨髄を除く。)	肩甲骨および上肢の長骨の良性新生物	D160			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$							
			上肢の短骨の良性新生物	D161			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			下肢の長骨の良性新生物	D162			四肢・躯幹部腫瘍摘出術等	01	01	四肢・躯幹部腫瘍摘出術	K030\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			下肢の短骨の良性新生物	D163				01	01	骨全摘術	K051\$	1	2	複合組織移植術	K019											
			頭蓋骨および顔面骨の良性新生物	D164				01	01	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	K051-2	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			下顎骨の良性新生物	D165				01	01	骨腫瘍切除術	K052\$	1	2	粘膜移植術	K021\$											
			肋骨、胸骨および鎖骨の良性新生物	D167				01	01	多発性軟骨性外骨腫瘍摘出術	K052-2\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			骨盤骨、仙骨および尾骨の良性新生物	D168				01	01	多発性骨腫瘍摘出術	K052-3\$	1	2	骨長調整手術	K058\$											
			骨および関節軟骨の良性新生物、部位不明	D169				01	01	関節切除術	K072\$	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)、部位不明	D179				01	01	人工関節置換術	K082\$	1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615											
			上肢の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、肩を含む	D211				01	01	人工関節再置換術	K082-3\$	1	1	分層植皮術	K013\$											
			下肢の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、股関節部を含む	D212				01	02	骨穿孔術	K042	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			腹部の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物	D214				01	02	骨切り術	K054\$															
			骨盤の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物	D215				01	02	関節滑膜切除術 肩、股、膝	K0661															
			体幹の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、部位不明	D216				01	02	関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝	K066-21															
			結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物、部位不明	D219				01	03	皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術(露出部)	K003\$															
			その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 結合組織およびその他の軟部組織	D481				01	03	皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術(露出部以外)	K004\$															
			皮膚および皮下組織の毛包のうく囊>胞	L72\$				01	03	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$															
			線維性骨異形成(症)(単骨性)	M850\$				01	03	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$															
			硬化性骨炎	M853\$				01	03	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)	K006-4\$															
			単発性骨のうく囊>胞<腫>	M854\$				01	03	骨搔爬術	K043\$															
			動脈瘤様骨のうく囊>胞<腫>	M855\$				01	03	骨部分切除術	K049\$															
			その他の骨のうく囊>胞<腫>	M856\$				01	03	眼瞼結膜腫瘍手術	K215-2															
								01	04	骨内異物(挿入物を含む。)除去術	K048\$															
								01	04	関節内異物(挿入物を含む。)除去術	K065\$															
								01	04	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術	K065-2\$															
07	0020	神経の良性腫瘍	末梢神経および自律神経系の良性新生物	D361			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$							
			神経線維腫症(非悪性)	Q850			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
							皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等	02	02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
								02	02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	2	複合組織移植術	K019											
								02	02	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)	K006-4\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
							四肢・躯幹部腫瘍摘出術等	01	01	四肢・躯幹部腫瘍摘出術	K030\$	1	2	粘膜移植術	K021\$											
								01	01	神経腫切除術	K193\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
								01	01	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部)	K193-2\$	1	1	分層植皮術	K013\$											
								01	01	レックリングハウゼン病偽神経腫切除術(露出部以外)	K193-3\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
								01	01	神経移植術	K198															
07	0030	脊椎・脊髄腫瘍	脊椎の悪性新生物	C412			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	8	化学療法								
			骨盤骨、仙骨および尾骨の悪性新生物	C414			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	椎弓切除術	K131	1	2	中心静脈注射	G005							
			脊髄膜の悪性新生物	C701			脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの等	01	01	脊髄腫瘍摘出術 髄外のもの	K1911	1	2	椎弓形成手術	K132	1	1	人工呼吸	J045\$							
			脊髄の悪性新生物	C720				01	01	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)	K126\$	1	2	脊椎固定術	K142\$											
			馬尾の悪性新生物	C721				01	01	脊椎、骨盤腫瘍切除術	K135															
			その他および部位不明の脳神経の悪性新生物	C725				01	01	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術	K136															
			脊髄、脳神経および中枢神経系のその他の部位の悪性新生物	C728				01	01	脊髄血管腫摘出術	K192															
			中枢神経系の悪性新生物、部位不明	C729				01	04	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128															
			その他および部位不明確の悪性新生物	C763																						
			骨盤の悪性新生物	D166																						
			脊髄膜の良性新生物	D321																						
			脊髄の良性新生物	D334																						
			脊髄膜の性状不詳または不明の新生物	D421																						
			脊髄の性状不詳または不明の新生物	D434																						
			新生物性疾患における神経根および神経そうくさくの圧迫	G550																						
			他に分類される疾患における圧潰脊椎	M495\$																						
07	0040	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	肩甲骨および上肢の長骨の悪性新生物	C400			手術なし	99	99	手術なし		1	3	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	4	9	メトレキサート		1	1	脳性麻痺	070140			
			上肢の短骨の悪性新生物	C401			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし								
			下肢の長骨の悪性新生物	C402			骨悪性腫瘍手術等	03	03	骨悪性腫瘍手術	K053\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	2	6	放射線療法								
			下肢の短骨の悪性新生物	C403				03	03	骨内異物(挿入物を含む。)除去術	K048\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	2	中心静脈注射	G005							
			(四)肢の骨および関節軟骨の悪性新生物 (四)肢の骨および関節軟骨の境界部病巣	C408			四肢切断術等	02	02	四肢切断術	K084\$	1	2	複合組織移植術	K019	1	1	人工呼吸	J045\$							
			(四)肢の骨および関節軟骨の悪性新生物、部位不明	C409				02	02	骨部分切除術	K049\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			肋骨、胸骨および鎖骨の悪性新生物	C413				02	02	四肢関節離断術	K085\$	1	2	粘膜移植術	K021\$											
			その他および部位不明の骨および関節軟骨の悪性新生物 骨および関節軟骨の境界部病巣	C418				02	02	骨盤切断術	K137	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			骨および関節軟骨の悪性新生物、部位不明	C419								1	2	腱縫合術+靭帯断裂縫合術	K037+K074\$											
			骨および骨髄の続発性悪性新生物	C795								1	2	腱縫合術+関節鏡下靭帯断裂縫合術	K037+K074-2\$											
												1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)+靭帯断裂形成手術	K039\$+K079\$											
												1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)+関節鏡下靭帯断裂形成手術	K039\$+K079-2\$											
												1	2	骨長調整手術	K058\$											
												1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
												1	2	神経縫合術	K182\$											
												1	2	神経移植術	K198											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
													1 2		四肢の血管吻合術	K610-4											
													1 2		動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105											
													1 2		血管移植術、バイパス移植術 その他の動脈	K6145											
													1 1		分層植皮術	K013\$											
													1 1		全層植皮術	K013-2\$											
07	0041	軟部の悪性腫瘍(脊髄を除く。)	上肢の末梢神経の悪性新生物、肩を含む	C471				手術なし	99	99	手術なし				1 3		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	3	8			1 3		貧血(その他)	130090	
			下肢の末梢神経の悪性新生物、股関節部を含む	C472				その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	2	6									
			胸部<郭>の末梢神経の悪性新生物	C473				四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術	01	01	四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術	K031\$	1 2		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2			G005						
			腹部の末梢神経の悪性新生物	C474									1 2		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1			J045\$						
			骨盤の末梢神経の悪性新生物	C475									1 2		複合組織移植術	K019											
			体幹の末梢神経の悪性新生物、部位不明	C476									1 2		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			末梢神経および自律神経系の悪性新生物 末梢神経および自律神経系の境界部病巣	C478									1 2		粘膜炎移植術	K021\$											
			末梢神経および自律神経系の悪性新生物、部位不明	C479									1 2		組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			上肢の結合組織および軟部組織の悪性新生物、肩を含む	C491									1 2		腱縫合術+靭帯断裂縫合術	K037+K074\$											
			下肢の結合組織および軟部組織の悪性新生物、股関節部を含む	C492									1 2		腱縫合術+関節鏡下靭帯断裂縫合術	K037+K074-2\$											
			胸部<郭>の結合組織および軟部組織の悪性新生物	C493									1 2		腱移植術(人工腱形成術を含む。)+靭帯断裂形成手術	K039\$+K079\$											
			腹部の結合組織および軟部組織の悪性新生物	C494									1 2		腱移植術(人工腱形成術を含む。)+関節鏡下靭帯断裂形成手術	K039\$+K079-2\$											
			骨盤の結合組織および軟部組織の悪性新生物	C495									1 2		骨長調整手術	K058\$											
			体幹の結合組織および軟部組織の悪性新生物、部位不明	C496									1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			その他の結合組織および軟部組織の悪性新生物 結合組織および軟部組織の境界部病巣	C498									1 2		神経縫合術	K182\$											
			結合組織および軟部組織の悪性新生物、部位不明	C499									1 2		神経移植術	K198											
			その他および部位不明の悪性新生物 上肢の悪性新生物	C764									1 2		四肢の血管吻合術	K610-4											
			その他および部位不明の悪性新生物 下肢の悪性新生物	C765									1 2		動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105											
			腋窩および上肢リンパ節の悪性新生物	C773									1 2		血管移植術、バイパス移植術 その他の動脈	K6145											
			それ以外<単径>および下肢リンパ節の悪性新生物	C774									1 1		分層植皮術	K013\$											
			リンパ組織、造血組織および関連組織のその他および詳細不明の悪性新生物	C96\$									1 1		全層植皮術	K013-2\$											
			眼の上皮内癌	D092																							
			その他の明示された部位の上皮内癌	D097																							
07	0050	肩関節炎、肩の障害(その他)	ブドウ球菌性(多発性)関節炎 肩甲帯	M0001				手術なし	99	99	手術なし				1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1			J045\$				
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 肩甲帯	M0011				手術あり	97	01	関節滑膜切除術 肩、股、膝	K0661															
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 肩甲帯	M0021					97	01	関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝	K066-21															
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 肩甲帯	M0081					97	01	滑液膜摘出術 肩、股、膝	K066-31															
			化膿性関節炎、詳細不明 肩甲帯	M0091					97	01	関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝	K066-41															
			髄膜炎菌性関節炎 肩甲帯	M0101					97	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801															
			結核性関節炎 肩甲帯	M0111					97	01	人工関節挿入術 肩、股	K0811															
			ライム<Lyme>病における関節炎 肩甲帯	M0121					97	01	人工関節置換術 肩、股、膝	K0821															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			他に分類される他の細菌性疾患における関節炎 肩甲帯	M0131				97	01	人工関節再置換術 肩、股、膝	K082-31														
			風疹性関節炎 肩甲帯	M0141				97	02	関節切除術 肩、股、膝	K0721														
			他に分類される他のウイルス疾患における関節炎 肩甲帯	M0151				97	02	親血的関節授動術 肩、股、膝	K0761														
			真菌症における関節炎 肩甲帯	M0161				97	02	親血的関節制動術 肩、股、膝	K0771														
			他に分類される他の感染症および寄生虫症における関節炎 肩甲帯	M0181				97	03	骨部分切除術	K049\$														
			腸バイパスに続発する関節障害 肩甲帯	M0201				97	03	非親血的関節授動術 肩、股、膝	K0751														
			赤痢後関節障害 肩甲帯	M0211				97	04	肩腱板断裂手術	K080-3														
			予防接種後関節障害 肩甲帯	M0221				97	04	関節鏡下肩腱板断裂手術	K080-4														
			髄膜炎菌感染後関節炎 肩甲帯	M0301				97	97	その他のKコード															
			梅毒における感染後関節障害 肩甲帯	M0311																					
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 肩甲帯	M0321																					
			他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 肩甲帯	M0361																					
			破壊性関節炎 肩甲帯	M0711																					
			破壊性関節炎 上腕	M0712																					
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 肩甲帯	M0741																					
			潰瘍性大腸炎における関節障害 肩甲帯	M0751																					
			その他の腸病(性)関節障害 肩甲帯	M0761																					
			間欠性関節水腫 肩甲帯	M1241																					
			外傷性関節障害 肩甲帯	M1251																					
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 肩甲帯	M1281																					
			多発性関節炎、詳細不明 肩甲帯	M1301																					
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 肩甲帯	M1311																					
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 上腕	M1312																					
			その他の明示された関節炎 肩甲帯	M1381																					
			その他の明示された関節炎 上腕	M1382																					
			関節炎、詳細不明 肩甲帯	M1391																					
			関節炎、詳細不明 上腕	M1392																					
			その他の関節の原発性関節症 肩甲帯	M1901																					
			その他の関節の外傷後関節症 肩甲帯	M1911																					
			その他の続発性関節症 肩甲帯	M1921																					
			その他の明示された関節症 肩甲帯	M1981																					
			関節症、詳細不明 肩甲帯	M1991																					
			出血性関節症 肩甲帯	M2501																					
			関節の瘻(孔) 肩甲帯	M2511																					
			関節の瘻(孔) 上腕	M2512																					
			関節の瘻(孔) 前腕	M2513																					
			関節滲出液貯留 肩甲帯	M2541																					
			骨棘 肩甲帯	M2571																					
			その他の明示された関節障害 肩甲帯	M2581																					
			回旋腱板症候群	M751																					
			その他の肩の傷害<損傷>	M758																					
			肩の傷害<損傷>、詳細不明	M759																					
07	0060	手肘の関節炎	ブドウ球菌性(多発性)関節炎 上腕	M0002	00	0 6歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 前腕	M0003	06	1 6歳未満	手術あり	97	01	関節切開術 胸鎖、肘、手、足	K0602														
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 手	M0004				97	01	化膿性又は結核性関節炎掻爬術 胸鎖、肘、手、足	K060-32														
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 上腕	M0012				97	01	親血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782														
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 前腕	M0013				97	01	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 手	M0014					97	02	骨揺爬術	K043\$														
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 上腕	M0022					97	02	骨関節結核瘻孔摘出術	K043-2\$														
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 前腕	M0023					97	02	骨髄炎手術(骨結核手術を含む。)	K043-3\$														
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 手	M0024					97	02	関節滑膜切除術 胸鎖、肘、手、足	K0662														
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 上腕	M0082					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術 胸鎖、肘、手、足	K066-22														
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 前腕	M0083					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術 肩鎖、指(手、足)	K066-23														
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 手	M0084					97	02	関節滑膜切除術 肩鎖、指(手、足)	K0663														
			化膿性関節炎、詳細不明 上腕	M0092					97	02	滑液膜摘出術 胸鎖、肘、手、足	K066-32														
			化膿性関節炎、詳細不明 前腕	M0093					97	02	滑液膜摘出術 肩鎖、指(手、足)	K066-33														
			化膿性関節炎、詳細不明 手	M0094					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術 胸鎖、肘、手、足	K066-42														
			髄膜炎菌性関節炎 上腕	M0102					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術 肩鎖、指(手、足)	K066-43														
			髄膜炎菌性関節炎 前腕	M0103					97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7														
			髄膜炎菌性関節炎 手	M0104					97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8														
			結核性関節炎 上腕	M0112					97	97		その他のKコード														
			結核性関節炎 前腕	M0113																						
			結核性関節炎 手	M0114																						
			ライム<Lyme>病における関節炎 上腕	M0122																						
			ライム<Lyme>病における関節炎 前腕	M0123																						
			ライム<Lyme>病における関節炎 手	M0124																						
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 上腕	M0132																						
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 前腕	M0133																						
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 手	M0134																						
			風疹性関節炎 上腕	M0142																						
			風疹性関節炎 前腕	M0143																						
			風疹性関節炎 手	M0144																						
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 上腕	M0152																						
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 前腕	M0153																						
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 手	M0154																						
			真菌症における関節炎 上腕	M0162																						
			真菌症における関節炎 前腕	M0163																						
			真菌症における関節炎 手	M0164																						
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 上腕	M0182																						
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 前腕	M0183																						
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 手	M0184																						
			腸バイパスに続発する関節障害 上腕	M0202																						
			腸バイパスに続発する関節障害 前腕	M0203																						
			腸バイパスに続発する関節障害 手	M0204																						
			赤痢後関節障害 上腕	M0212																						
			赤痢後関節障害 前腕	M0213																						
			赤痢後関節障害 手	M0214																						
			予防接種後関節障害 上腕	M0222																						
			予防接種後関節障害 前腕	M0223																						
			予防接種後関節障害 手	M0224																						
			髄膜炎菌感染後関節炎 上腕	M0302																						
			髄膜炎菌感染後関節炎 前腕	M0303																						



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			髄膜炎菌感染後関節炎 手	M0304																					
			梅毒における感染後関節障害 前腕	M0313																					
			梅毒における感染後関節障害 手	M0314																					
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 上腕	M0322																					
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 前腕	M0323																					
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 手	M0324																					
			他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 上腕	M0362																					
			他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 前腕	M0363																					
			他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 手	M0364																					
			破壊性関節炎 前腕	M0713																					
			破壊性関節炎 手	M0714																					
			多発性関節炎、詳細不明 手	M1304																					
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 前腕	M1313																					
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 手	M1314																					
			その他の明示された関節炎 前腕	M1383																					
			その他の明示された関節炎 手	M1384																					
			関節炎、詳細不明 前腕	M1393																					
			関節炎、詳細不明 手	M1394																					
			関節の瘻(孔) 手	M2514																					
			関節の瘻(孔) 骨盤部および大腿	M2515																					
07	0070	骨髄炎	急性血行性骨髄炎 肩甲帯	M8601			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			急性血行性骨髄炎 上腕	M8602			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016										
			急性血行性骨髄炎 前腕	M8603			骨部分切除術等	01	01	骨部分切除術	K049\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017										
			急性血行性骨髄炎 手	M8604				01	01	腐骨摘出術 肩甲骨、上腕、大腿	K0501	1	2	複合組織移植術	K019										
			急性血行性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8605				01	01	腐骨摘出術 前腕、下腿	K0502	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			急性血行性骨髄炎 下腿	M8606				01	01	腐骨摘出術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0503	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			急性血行性骨髄炎 足関節部および足	M8607				01	02	骨搔爬術	K043\$	1	2	骨長調整手術	K058\$										
			急性血行性骨髄炎 その他	M8608				01	02	骨内異物(挿入物を含む。)除去術 頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿	K0481	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			急性血行性骨髄炎 部位不明	M8609				01	02	骨内異物(挿入物を含む。)除去術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0483	1	2	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105										
			その他の急性骨髄炎 多部位	M8610				01	03	偽関節手術	K056\$	1	1	分層植皮術	K013\$										
			その他の急性骨髄炎 肩甲帯	M8611				01	03	変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿	K0572	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			その他の急性骨髄炎 上腕	M8612				01	03	変形治癒骨折矯正手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0573														
			その他の急性骨髄炎 前腕	M8613																					
			その他の急性骨髄炎 手	M8614																					
			その他の急性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8615																					
			その他の急性骨髄炎 下腿	M8616																					
			その他の急性骨髄炎 足関節部および足	M8617																					
			その他の急性骨髄炎 その他	M8618																					
			その他の急性骨髄炎 部位不明	M8619																					
			亜急性骨髄炎 多部位	M8620																					
			亜急性骨髄炎 肩甲帯	M8621																					
			亜急性骨髄炎 上腕	M8622																					
			亜急性骨髄炎 前腕	M8623																					
			亜急性骨髄炎 手	M8624																					
			亜急性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8625																					
			亜急性骨髄炎 下腿	M8626																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			亜急性骨髄炎 足関節部および足	M8627																								
			亜急性骨髄炎 その他	M8628																								
			亜急性骨髄炎 部位不明	M8629																								
			慢性多発性骨髄炎 多部位	M8630																								
			慢性多発性骨髄炎 肩甲帯	M8631																								
			慢性多発性骨髄炎 上腕	M8632																								
			慢性多発性骨髄炎 前腕	M8633																								
			慢性多発性骨髄炎 手	M8634																								
			慢性多発性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8635																								
			慢性多発性骨髄炎 下腿	M8636																								
			慢性多発性骨髄炎 足関節部および足	M8637																								
			慢性多発性骨髄炎 その他	M8638																								
			慢性多発性骨髄炎 部位不明	M8639																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 多部位	M8640																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 肩甲帯	M8641																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 上腕	M8642																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 前腕	M8643																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 手	M8644																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8645																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 下腿	M8646																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 足関節部および足	M8647																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 その他	M8648																								
			瘻孔を伴う慢性骨髄炎 部位不明	M8649																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 多部位	M8650																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 肩甲帯	M8651																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 上腕	M8652																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 前腕	M8653																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 手	M8654																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8655																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 下腿	M8656																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 足関節部および足	M8657																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 その他	M8658																								
			その他の慢性血行性骨髄炎 部位不明	M8659																								
			その他の慢性骨髄炎 多部位	M8660																								
			その他の慢性骨髄炎 肩甲帯	M8661																								
			その他の慢性骨髄炎 上腕	M8662																								
			その他の慢性骨髄炎 前腕	M8663																								
			その他の慢性骨髄炎 手	M8664																								
			その他の慢性骨髄炎 骨盤部および大腿	M8665																								
			その他の慢性骨髄炎 下腿	M8666																								
			その他の慢性骨髄炎 足関節部および足	M8667																								
			その他の慢性骨髄炎 その他	M8668																								
			その他の慢性骨髄炎 部位不明	M8669																								
			その他の骨髄炎 多部位	M8680																								
			その他の骨髄炎 肩甲帯	M8681																								
			その他の骨髄炎 上腕	M8682																								
			その他の骨髄炎 前腕	M8683																								
			その他の骨髄炎 手	M8684																								
			その他の骨髄炎 骨盤部および大腿	M8685																								
			その他の骨髄炎 下腿	M8686																								
			その他の骨髄炎 足関節部および足	M8687																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の骨髄炎 その他	M8688																						
			その他の骨髄炎 部位不明	M8689																						
			骨髄炎、詳細不明 多部位	M8690																						
			骨髄炎、詳細不明 肩甲帯	M8691																						
			骨髄炎、詳細不明 上腕	M8692																						
			骨髄炎、詳細不明 前腕	M8693																						
			骨髄炎、詳細不明 手	M8694																						
			骨髄炎、詳細不明 骨盤部および大腿	M8695																						
			骨髄炎、詳細不明 下腿	M8696																						
			骨髄炎、詳細不明 足関節部および足	M8697																						
			骨髄炎、詳細不明 その他	M8698																						
			骨髄炎、詳細不明 部位不明	M8699																						
07	0080	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢)	靭帯の障害 肩甲帯	M2421				手術なし	99	99	手術なし		1	2	腱延長術	K038	1	1	人工呼吸	J045\$						
			腱鞘の腫瘍 肩甲帯	M6501				手術あり	97	01	骨部分切除術	K049\$	1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$										
			腱鞘の腫瘍 上腕	M6502					97	01	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	K051-2	1	2	腱移行術 その他のもの	K0402										
			腱鞘の腫瘍 前腕	M6503					97	01	骨全摘術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0513	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			腱鞘の腫瘍 手	M6504					97	02	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	K028														
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎> > 肩甲帯	M6511					97	02	腱切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034														
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎> > 上腕	M6512					97	02	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035														
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎> > 前腕	M6513					97	02	腱滑膜切除術	K035-2														
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎> > 手	M6514					97	02	骨穿孔術	K042														
			石灰(性)腱炎 肩甲帯	M6521					97	02	関節切開術 肩、股、膝	K0601														
			石灰(性)腱炎 上腕	M6522					97	02	関節切開術 肩、股、膝+関節形成手術 肩、股、膝	K0601+K0801														
			石灰(性)腱炎 前腕	M6523					97	02	関節滑膜切除術	K066\$														
			石灰(性)腱炎 手	M6524					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術	K066-2\$														
			ばね<弾発>指 肩甲帯	M6531					97	02	滑液膜摘出術	K066-3\$														
			ばね<弾発>指 上腕	M6532					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術	K066-4\$														
			ばね<弾発>指 前腕	M6533					97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7														
			ばね<弾発>指 手	M6534					97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8														
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥーケルバン<de Quervain>病] 肩甲帯	M6541					97	02	靭帯断裂形成手術	K079\$														
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥーケルバン<de Quervain>病] 上腕	M6542					97	02	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$														
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥーケルバン<de Quervain>病] 前腕	M6543					97	02	関節形成手術	K080\$														
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥーケルバン<de Quervain>病] 手	M6544					97	02	関節形成手術 肩、股、膝+靭帯の関節授動術	K0801+K076\$														
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 肩甲帯	M6581					97	02	神経剥離術	K188														
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 上腕	M6582					97	03	皮膚切開術	K001\$														
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 前腕	M6583					97	03	デブリードマン	K002\$														
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 手	M6584					97	03	筋膜切離術、筋膜切開術	K023														
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 肩甲帯	M6591					97	97		その他のKコード														
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 上腕	M6592																						
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 前腕	M6593																						
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 手	M6594																						
			手および手の慢性捻髪性滑膜炎 肩甲帯	M7001																						
			手および手の慢性捻髪性滑膜炎 上腕	M7002																						
			手および手の慢性捻髪性滑膜炎 前腕	M7003																						
			手および手の慢性捻髪性滑膜炎 手	M7004																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	対応コード	フラグ	重症度等	
			手の滑液包炎 肩甲帯	M7011																								
			手の滑液包炎 上腕	M7012																								
			手の滑液包炎 前腕	M7013																								
			手の滑液包炎 手	M7014																								
			肘頭滑液包炎 肩甲帯	M7021																								
			肘頭滑液包炎 上腕	M7022																								
			肘頭滑液包炎 前腕	M7023																								
			肘頭滑液包炎 手	M7024																								
			肘のその他の滑液包炎 肩甲帯	M7031																								
			肘のその他の滑液包炎 上腕	M7032																								
			肘のその他の滑液包炎 前腕	M7033																								
			肘のその他の滑液包炎 手	M7034																								
			転子滑液包炎 肩甲帯	M7061																								
			転子滑液包炎 上腕	M7062																								
			転子滑液包炎 前腕	M7063																								
			転子滑液包炎 手	M7064																								
			股関節部のその他の滑液包炎 肩甲帯	M7071																								
			股関節部のその他の滑液包炎 上腕	M7072																								
			股関節部のその他の滑液包炎 前腕	M7073																								
			股関節部のその他の滑液包炎 手	M7074																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 肩甲帯	M7081																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 上腕	M7082																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 前腕	M7083																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 手	M7084																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する詳細不明の軟部組織障害 肩甲帯	M7091																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する詳細不明の軟部組織障害 上腕	M7092																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する詳細不明の軟部組織障害 前腕	M7093																								
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する詳細不明の軟部組織障害 手	M7094																								
			滑液包の腫瘍 肩甲帯	M7101																								
			滑液包の腫瘍 上腕	M7102																								
			滑液包の腫瘍 前腕	M7103																								
			滑液包の腫瘍 手	M7104																								
			その他の感染性滑液包炎 肩甲帯	M7111																								
			その他の感染性滑液包炎 上腕	M7112																								
			その他の感染性滑液包炎 前腕	M7113																								
			その他の感染性滑液包炎 手	M7114																								
			膝高部滑膜のうく囊>腫[ベーカー< Baker>のうく囊>腫] 肩甲帯	M7121																								
			膝高部滑膜のうく囊>腫[ベーカー< Baker>のうく囊>腫] 上腕	M7122																								
			膝高部滑膜のうく囊>腫[ベーカー< Baker>のうく囊>腫] 前腕	M7123																								
			膝高部滑膜のうく囊>腫[ベーカー< Baker>のうく囊>腫] 手	M7124																								
			その他の滑液のうく囊>腫 肩甲帯	M7131																								
			その他の滑液のうく囊>腫 上腕	M7132																								
			その他の滑液のうく囊>腫 前腕	M7133																								
			その他の滑液のうく囊>腫 手	M7134																								
			滑液包石灰沈着(症) 肩甲帯	M7141																								
			滑液包石灰沈着(症) 上腕	M7142																								
			滑液包石灰沈着(症) 前腕	M7143																								
			滑液包石灰沈着(症) 手	M7144																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の滑液包炎,他に分類されないもの 肩甲帯	M7151																						
			その他の滑液包炎,他に分類されないもの 上腕	M7152																						
			その他の滑液包炎,他に分類されないもの 前腕	M7153																						
			その他の滑液包炎,他に分類されないもの 手	M7154																						
			その他の明示された滑液包障害 肩甲帯	M7181																						
			その他の明示された滑液包障害 上腕	M7182																						
			その他の明示された滑液包障害 前腕	M7183																						
			その他の明示された滑液包障害 手	M7184																						
			滑液包障害,詳細不明 肩甲帯	M7191																						
			滑液包障害,詳細不明 上腕	M7192																						
			滑液包障害,詳細不明 前腕	M7193																						
			滑液包障害,詳細不明 手	M7194																						
			淋菌性滑液包炎 肩甲帯	M7301																						
			淋菌性滑液包炎 上腕	M7302																						
			淋菌性滑液包炎 前腕	M7303																						
			淋菌性滑液包炎 手	M7304																						
			梅毒性滑液包炎 肩甲帯	M7311																						
			梅毒性滑液包炎 上腕	M7312																						
			梅毒性滑液包炎 前腕	M7313																						
			梅毒性滑液包炎 手	M7314																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 肩甲帯	M7381																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 上腕	M7382																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 前腕	M7383																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 手	M7384																						
			肩の石灰(性)腱炎	M753																						
			肩のインピンジメント症候群	M754																						
			肩の滑液包炎	M755																						
			殿筋腱炎 肩甲帯	M7601																						
			殿筋腱炎 上腕	M7602																						
			殿筋腱炎 前腕	M7603																						
			殿筋腱炎 手	M7604																						
			腰筋腱炎 肩甲帯	M7611																						
			腰筋腱炎 上腕	M7612																						
			腰筋腱炎 前腕	M7613																						
			腰筋腱炎 手	M7614																						
			腸骨稜棘 肩甲帯	M7621																						
			腸骨稜棘 上腕	M7622																						
			腸骨稜棘 前腕	M7623																						
			腸骨稜棘 手	M7624																						
			内側側副滑液包炎[ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病] 肩甲帯	M7641																						
			内側側副滑液包炎[ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病] 上腕	M7642																						
			内側側副滑液包炎[ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病] 前腕	M7643																						
			内側側副滑液包炎[ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病] 手	M7644																						
			膝蓋骨腱炎 肩甲帯	M7651																						
			膝蓋骨腱炎 上腕	M7652																						
			膝蓋骨腱炎 前腕	M7653																						
			膝蓋骨腱炎 手	M7654																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			アキレス腱炎 肩甲帯	M7661																							
			アキレス腱炎 上腕	M7662																							
			アキレス腱炎 前腕	M7663																							
			アキレス腱炎 手	M7664																							
			腓骨腱炎 肩甲帯	M7671																							
			腓骨腱炎 上腕	M7672																							
			腓骨腱炎 前腕	M7673																							
			腓骨腱炎 手	M7674																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 肩甲帯	M7681																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 上腕	M7682																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 前腕	M7683																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 手	M7684																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 肩甲帯	M7691																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 上腕	M7692																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 前腕	M7693																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 手	M7694																							
			内側上顆炎 肩甲帯	M7701																							
			内側上顆炎 上腕	M7702																							
			内側上顆炎 前腕	M7703																							
			内側上顆炎 手	M7704																							
			外側上顆炎 肩甲帯	M7711																							
			外側上顆炎 上腕	M7712																							
			外側上顆炎 前腕	M7713																							
			外側上顆炎 手	M7714																							
			手首の関節周囲炎 肩甲帯	M7721																							
			手首の関節周囲炎 上腕	M7722																							
			手首の関節周囲炎 前腕	M7723																							
			手首の関節周囲炎 手	M7724																							
			踵骨棘 肩甲帯	M7731																							
			踵骨棘 上腕	M7732																							
			踵骨棘 前腕	M7733																							
			踵骨棘 手	M7734																							
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 肩甲帯	M7751																							
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 上腕	M7752																							
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 前腕	M7753																							
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 手	M7754																							
			その他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 肩甲帯	M7781																							
			その他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 上腕	M7782																							
			その他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 前腕	M7783																							
			その他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 手	M7784																							
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 肩甲帯	M7791																							
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 上腕	M7792																							
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 前腕	M7793																							
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 手	M7794																							
			(膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 肩甲帯	M7941																							
			(膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 上腕	M7942																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			(膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 前腕	M7943																					
			(膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 手	M7944																					
			肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 肩甲帯	M9401																					
			肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 上腕	M9402																					
			肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 前腕	M9403																					
			肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 手	M9404																					
			再発性多発軟骨炎 肩甲帯	M9411																					
			再発性多発軟骨炎 上腕	M9412																					
			再発性多発軟骨炎 前腕	M9413																					
			再発性多発軟骨炎 手	M9414																					
			軟骨のその他の明示された障害 肩甲帯	M9481																					
			軟骨のその他の明示された障害 上腕	M9482																					
			軟骨のその他の明示された障害 前腕	M9483																					
			軟骨のその他の明示された障害 手	M9484																					
			軟骨の障害、詳細不明 肩甲帯	M9491																					
			軟骨の障害、詳細不明 上腕	M9492																					
			軟骨の障害、詳細不明 前腕	M9493																					
			軟骨の障害、詳細不明 手	M9494																					
07	0085	滑膜炎、腱鞘炎、軟骨などの炎症(上肢以外)	真菌症における関節炎 足関節部および足	M0167			手術なし	99	99	手術なし		1	2	腱延長術	K038	1	1	人工呼吸	J045\$						
			腸バイパスに続発する関節障害 足関節部および足	M0207			手術あり	97	01	骨部分切除術	K049\$	1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$										
			赤痢後関節障害 足関節部および足	M0217				97	01	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	K051-2	1	2	腱移行術 その他のもの	K0402										
			予防接種後関節障害 足関節部および足	M0227				97	01	骨全摘術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0513	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 足関節部および足	M0747				97	02	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	K028														
			潰瘍性大腸炎における関節障害 足関節部および足	M0757				97	02	腱切断・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034														
			その他の腸病(性)関節障害 足関節部および足	M0767				97	02	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035														
			間欠性関節水腫 下腿	M1246				97	02	腱滑膜切除術	K035-2														
			間欠性関節水腫 足関節部および足	M1247				97	02	骨穿孔術	K042														
			外傷性関節障害 下腿	M1256				97	02	関節切開術 肩、股、膝	K0601														
			外傷性関節障害 足関節部および足	M1257				97	02	関節切開術 肩、股、膝+関節形成手術 肩、股、膝	K0601+K0801														
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 下腿	M1286				97	02	関節滑膜切除術	K066\$														
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 足関節部および足	M1287				97	02	関節鏡下関節滑膜切除術	K066-2\$														
			多発性関節炎、詳細不明 足関節部および足	M1307				97	02	滑液膜摘出術	K066-3\$														
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 足関節部および足	M1317				97	02	関節鏡下滑液膜摘出術	K066-4\$														
			その他の明示された関節炎 足関節部および足	M1387				97	02	膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5														
			関節炎、詳細不明 足関節部および足	M1397				97	02	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6														
			その他の関節の原発性関節症 足関節部および足	M1907				97	02	靭性の関節授動術	K076\$														
			その他の関節の外傷後関節症 足関節部および足	M1917				97	02	靭帯断裂形成手術	K079\$														
			その他の続発性関節症 足関節部および足	M1927				97	02	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$														
			その他の明示された関節症 足関節部および足	M1987				97	02	関節形成手術	K080\$														
			関節症、詳細不明 足関節部および足	M1997				97	02	関節形成手術 肩、股、膝+靭性の関節授動術	K0801+K076\$														
			靭帯の障害 多部位	M2420				97	02	神経剥離術	K188														
			靭帯の障害 骨盤部および大腿	M2425				97	03	皮膚切開術	K001\$														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			靭帯の障害 その他	M2428				97	03	デブリードマン	K002\$														
			靭帯の障害 部位不明	M2429				97	03	筋膜切断術、筋膜切開術	K023														
			出血性関節症 足関節部および足	M2507				97	97		その他のKコード														
			関節滲出液貯留 足関節部および足	M2547																					
			骨棘 足関節部および足	M2577																					
			その他の明示された関節障害 足関節部および足	M2587																					
			関節障害、詳細不明 足関節部および足	M2597																					
			腱鞘の腫瘍 多部位	M6500																					
			腱鞘の腫瘍 骨盤部および大腿	M6505																					
			腱鞘の腫瘍 下腿	M6506																					
			腱鞘の腫瘍 足関節部および足	M6507																					
			腱鞘の腫瘍 その他	M6508																					
			腱鞘の腫瘍 部位不明	M6509																					
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6510																					
			> 多部位																						
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6515																					
			> 骨盤部および大腿																						
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6516																					
			> 下腿																						
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6517																					
			> 足関節部および足																						
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6518																					
			> その他																						
			その他の感染性(腱)滑膜炎<腱鞘炎>	M6519																					
			> 部位不明																						
			石灰(性)腱炎 多部位	M6520																					
			石灰(性)腱炎 骨盤部および大腿	M6525																					
			石灰(性)腱炎 下腿	M6526																					
			石灰(性)腱炎 足関節部および足	M6527																					
			石灰(性)腱炎 その他	M6528																					
			石灰(性)腱炎 部位不明	M6529																					
			ばね<弾発>指 多部位	M6530																					
			ばね<弾発>指 骨盤部および大腿	M6535																					
			ばね<弾発>指 下腿	M6536																					
			ばね<弾発>指 足関節部および足	M6537																					
			ばね<弾発>指 その他	M6538																					
			ばね<弾発>指 部位不明	M6539																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] 多部位	M6540																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] 骨盤部および大腿	M6545																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] 下腿	M6546																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] 足関節部および足	M6547																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] その他	M6548																					
			橈骨茎状突起腱鞘炎[ドゥケルバン<de Quervain>病] 部位不明	M6549																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 多部位	M6580																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 骨盤部および大腿	M6585																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 下腿	M6586																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 足関節部および足	M6587																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 その他	M6588																					
			その他の滑膜炎および腱鞘炎 部位不明	M6589																					
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 多部位	M6590																					



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 骨盤	M6595																						
			部および大腿																							
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 下腿	M6596																						
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 足関節	M6597																						
			筋部および足																							
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 その他	M6598																						
			滑膜炎および腱鞘炎、詳細不明 部位不明	M6599																						
			他に分類される疾患における滑膜炎および腱の障害	M68\$																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 多部位	M7000																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 骨盤部および大腿	M7005																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 下腿	M7006																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 足関節部および足	M7007																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 その他	M7008																						
			手および手首の慢性捻髪性滑膜炎 部位不明	M7009																						
			手の滑液包炎 多部位	M7010																						
			手の滑液包炎 骨盤部および大腿	M7015																						
			手の滑液包炎 下腿	M7016																						
			手の滑液包炎 足関節部および足	M7017																						
			手の滑液包炎 その他	M7018																						
			手の滑液包炎 部位不明	M7019																						
			肘頭滑液包炎 多部位	M7020																						
			肘頭滑液包炎 骨盤部および大腿	M7025																						
			肘頭滑液包炎 下腿	M7026																						
			肘頭滑液包炎 足関節部および足	M7027																						
			肘頭滑液包炎 その他	M7028																						
			肘頭滑液包炎 部位不明	M7029																						
			肘のその他の滑液包炎 多部位	M7030																						
			肘のその他の滑液包炎 骨盤部および大腿	M7035																						
			肘のその他の滑液包炎 下腿	M7036																						
			肘のその他の滑液包炎 足関節部および足	M7037																						
			肘のその他の滑液包炎 その他	M7038																						
			肘のその他の滑液包炎 部位不明	M7039																						
			転子滑液包炎 多部位	M7060																						
			転子滑液包炎 骨盤部および大腿	M7065																						
			転子滑液包炎 下腿	M7066																						
			転子滑液包炎 足関節部および足	M7067																						
			転子滑液包炎 その他	M7068																						
			転子滑液包炎 部位不明	M7069																						
			股関節部のその他の滑液包炎 多部位	M7070																						
			股関節部のその他の滑液包炎 骨盤部および大腿	M7075																						
			股関節部のその他の滑液包炎 下腿	M7076																						
			股関節部のその他の滑液包炎 足関節部および足	M7077																						
			股関節部のその他の滑液包炎 その他	M7078																						
			股関節部のその他の滑液包炎 部位不明	M7079																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 多部位	M7080																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 下腿	M7086																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する その他の軟部組織障害 足関節部および足	M7087																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する その他の軟部組織障害 その他	M7088																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する その他の軟部組織障害 部位不明	M7089																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 多部位	M7090																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 骨盤部および大腿	M7095																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 下腿	M7096																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 足関節部および足	M7097																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 その他	M7098																						
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連する 詳細不明の軟部組織障害 部位不明	M7099																						
			滑液包の腫瘍 多部位	M7100																						
			滑液包の腫瘍 骨盤部および大腿	M7105																						
			滑液包の腫瘍 下腿	M7106																						
			滑液包の腫瘍 足関節部および足	M7107																						
			滑液包の腫瘍 その他	M7108																						
			滑液包の腫瘍 部位不明	M7109																						
			その他の感染性滑液包炎 多部位	M7110																						
			その他の感染性滑液包炎 骨盤部および大腿	M7115																						
			その他の感染性滑液包炎 下腿	M7116																						
			その他の感染性滑液包炎 足関節部および足	M7117																						
			その他の感染性滑液包炎 その他	M7118																						
			その他の感染性滑液包炎 部位不明	M7119																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] 多部位	M7120																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] 骨盤部および大腿	M7125																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] 下腿	M7126																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] 足関節部および足	M7127																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] その他	M7128																						
			膝窩部滑膜のうく囊>腫[Baker<のうく囊>腫] 部位不明	M7129																						
			その他の滑液のうく囊>腫 多部位	M7130																						
			その他の滑液のうく囊>腫 骨盤部および大腿	M7135																						
			その他の滑液のうく囊>腫 下腿	M7136																						
			その他の滑液のうく囊>腫 足関節部および足	M7137																						
			その他の滑液のうく囊>腫 その他	M7138																						
			その他の滑液のうく囊>腫 部位不明	M7139																						
			滑液包石灰沈着(症) 多部位	M7140																						
			滑液包石灰沈着(症) 骨盤部および大腿	M7145																						
			滑液包石灰沈着(症) 下腿	M7146																						
			滑液包石灰沈着(症) 足関節部および足	M7147																						
			滑液包石灰沈着(症) その他	M7148																						
			滑液包石灰沈着(症) 部位不明	M7149																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの 多部位	M7150																						
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M7155																						
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの 下腿	M7156																						
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの 足関節部および足	M7157																						
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの その他	M7158																						
			その他の滑液包炎、他に分類されないもの 部位不明	M7159																						
			その他の明示された滑液包障害 多部位	M7180																						
			その他の明示された滑液包障害 骨盤部および大腿	M7185																						
			その他の明示された滑液包障害 下腿	M7186																						
			その他の明示された滑液包障害 足関節部および足	M7187																						
			その他の明示された滑液包障害 その他	M7188																						
			その他の明示された滑液包障害 部位不明	M7189																						
			滑液包障害、詳細不明 多部位	M7190																						
			滑液包障害、詳細不明 骨盤部および大腿	M7195																						
			滑液包障害、詳細不明 下腿	M7196																						
			滑液包障害、詳細不明 足関節部および足	M7197																						
			滑液包障害、詳細不明 その他	M7198																						
			滑液包障害、詳細不明 部位不明	M7199																						
			淋菌性滑液包炎 多部位	M7300																						
			淋菌性滑液包炎 骨盤部および大腿	M7305																						
			淋菌性滑液包炎 下腿	M7306																						
			淋菌性滑液包炎 足関節部および足	M7307																						
			淋菌性滑液包炎 その他	M7308																						
			淋菌性滑液包炎 部位不明	M7309																						
			梅毒性滑液包炎 多部位	M7310																						
			梅毒性滑液包炎 骨盤部および大腿	M7315																						
			梅毒性滑液包炎 下腿	M7316																						
			梅毒性滑液包炎 足関節部および足	M7317																						
			梅毒性滑液包炎 その他	M7318																						
			梅毒性滑液包炎 部位不明	M7319																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 多部位	M7380																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 骨盤部および大腿	M7385																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 下腿	M7386																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 足関節部および足	M7387																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 その他	M7388																						
			他に分類される疾患におけるその他の軟部組織障害 部位不明	M7389																						
			殿筋腱炎 多部位	M7600																						
			殿筋腱炎 骨盤部および大腿	M7605																						
			殿筋腱炎 下腿	M7606																						
			殿筋腱炎 足関節部および足	M7607																						
			殿筋腱炎 その他	M7608																						
			殿筋腱炎 部位不明	M7609																						
			腰筋腱炎 多部位	M7610																						
			腰筋腱炎 骨盤部および大腿	M7615																						
			腰筋腱炎 下腿	M7616																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			腰筋腱炎 足関節部および足	M7617																							
			腰筋腱炎 その他	M7618																							
			腰筋腱炎 部位不明	M7619																							
			腸骨稜棘 多部位	M7620																							
			腸骨稜棘 骨盤部および大腿	M7625																							
			腸骨稜棘 下腿	M7626																							
			腸骨稜棘 足関節部および足	M7627																							
			腸骨稜棘 その他	M7628																							
			腸骨稜棘 部位不明	M7629																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 多部位	M7640																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 骨盤部および大腿	M7645																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 下腿	M7646																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 足関節部および足	M7647																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 その他	M7648																							
			内側側副滑液包炎〔ペレグリニ・ステータ<Pellegrini-Stieda>病〕 部位不明	M7649																							
			膝蓋骨腱炎 多部位	M7650																							
			膝蓋骨腱炎 骨盤部および大腿	M7655																							
			膝蓋骨腱炎 下腿	M7656																							
			膝蓋骨腱炎 足関節部および足	M7657																							
			膝蓋骨腱炎 その他	M7658																							
			膝蓋骨腱炎 部位不明	M7659																							
			アキレス腱炎 多部位	M7660																							
			アキレス腱炎 骨盤部および大腿	M7665																							
			アキレス腱炎 下腿	M7666																							
			アキレス腱炎 足関節部および足	M7667																							
			アキレス腱炎 その他	M7668																							
			アキレス腱炎 部位不明	M7669																							
			腓骨腱炎 多部位	M7670																							
			腓骨腱炎 骨盤部および大腿	M7675																							
			腓骨腱炎 下腿	M7676																							
			腓骨腱炎 足関節部および足	M7677																							
			腓骨腱炎 その他	M7678																							
			腓骨腱炎 部位不明	M7679																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 多部位	M7680																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 骨盤部および大腿	M7685																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 下腿	M7686																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 足関節部および足	M7687																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く その他	M7688																							
			下肢のその他の腱(靭帯)付着部症、足を除く 部位不明	M7689																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 多部位	M7690																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 骨盤部および大腿	M7695																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 下腿	M7696																							
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 足関節部および足	M7697																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 その他	M7698																						
			下肢の腱(靭帯)付着部症、詳細不明 部位不明	M7699																						
			内側上顆炎 多部位	M7700																						
			内側上顆炎 骨盤部および大腿	M7705																						
			内側上顆炎 下腿	M7706																						
			内側上顆炎 足関節部および足	M7707																						
			内側上顆炎 その他	M7708																						
			内側上顆炎 部位不明	M7709																						
			外側上顆炎 多部位	M7710																						
			外側上顆炎 骨盤部および大腿	M7715																						
			外側上顆炎 下腿	M7716																						
			外側上顆炎 足関節部および足	M7717																						
			外側上顆炎 その他	M7718																						
			外側上顆炎 部位不明	M7719																						
			手首の関節周囲炎 多部位	M7720																						
			手首の関節周囲炎 骨盤部および大腿	M7725																						
			手首の関節周囲炎 下腿	M7726																						
			手首の関節周囲炎 足関節部および足	M7727																						
			手首の関節周囲炎 その他	M7728																						
			手首の関節周囲炎 部位不明	M7729																						
			踵骨棘 多部位	M7730																						
			踵骨棘 骨盤部および大腿	M7735																						
			踵骨棘 下腿	M7736																						
			踵骨棘 足関節部および足	M7737																						
			踵骨棘 その他	M7738																						
			踵骨棘 部位不明	M7739																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 多部位	M7750																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 骨盤部および大腿	M7755																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 下腿	M7756																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 足関節部および足	M7757																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 その他	M7758																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症 部位不明	M7759																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 多部位	M7780																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M7785																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 下腿	M7786																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 足関節部および足	M7787																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの その他	M7788																						
			足のその他の腱(靭帯)付着部症、他に分類されないもの 部位不明	M7789																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 多部位	M7790																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 骨盤部および大腿	M7795																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 下腿	M7796																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 足関節部および足	M7797																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 その他	M7798																						
			腱(靭帯)付着部症、詳細不明 部位不明	M7799																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			(膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 多部位 M7940 (膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 骨盤部および大腿 M7945 (膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 下腿 M7946 (膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 足関節および足 M7947 (膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> その他 M7948 (膝蓋下)脂肪体の肥大<肥厚> 部位不明 M7949 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 多部位 M9400 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 骨盤部および大腿 M9405 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 下腿 M9406 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 足関節および足 M9407 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] その他 M9408 肋軟骨骨結合症候群[ティーツェ<Tietze>病] 部位不明 M9409 再発性多発軟骨炎 多部位 M9410 再発性多発軟骨炎 骨盤部および大腿 M9415 再発性多発軟骨炎 下腿 M9416 再発性多発軟骨炎 足関節および足 M9417 再発性多発軟骨炎 その他 M9418 再発性多発軟骨炎 部位不明 M9419 軟骨のその他の明示された障害 多部 M9480 軟骨のその他の明示された障害 骨盤部および大腿 M9485 軟骨のその他の明示された障害 下腿 M9486 軟骨のその他の明示された障害 足関節および足 M9487 軟骨のその他の明示された障害 その他 M9488 軟骨のその他の明示された障害 部位不明 M9489 軟骨の障害、詳細不明 多部位 M9490 軟骨の障害、詳細不明 骨盤部および大腿 M9495 軟骨の障害、詳細不明 下腿 M9496 軟骨の障害、詳細不明 足関節および足 M9497 軟骨の障害、詳細不明 その他 M9498 軟骨の障害、詳細不明 部位不明 M9499																										
07	0090	筋炎(感染性を含む。)	感染性筋炎 M600\$ 間質性筋炎 M601\$ 軟部組織の異肉芽腫、他に分類されないもの M602\$ その他の筋炎 M608\$ 筋炎、詳細不明 M609\$ 外傷性骨化性筋炎 M610\$ 進行性骨化性筋炎 M611\$ 筋の麻痺性石灰化および骨化 M612\$ 熱傷に伴う筋の石灰化および骨化 M613\$ 筋のその他の石灰化 M614\$ 筋のその他の骨化 M615\$ 筋の石灰化および骨化、詳細不明 M619\$	M600\$ M601\$ M602\$ M608\$ M609\$ M610\$ M611\$ M612\$ M613\$ M614\$ M615\$ M619\$				手術なし	99	99	手術なし						1	1	人工呼吸	J045\$									
			間質性筋炎 M601\$ 軟部組織の異肉芽腫、他に分類されないもの M602\$ その他の筋炎 M608\$ 筋炎、詳細不明 M609\$ 外傷性骨化性筋炎 M610\$ 進行性骨化性筋炎 M611\$ 筋の麻痺性石灰化および骨化 M612\$ 熱傷に伴う筋の石灰化および骨化 M613\$ 筋のその他の石灰化 M614\$ 筋のその他の骨化 M615\$ 筋の石灰化および骨化、詳細不明 M619\$	M601\$ M602\$ M608\$ M609\$ M610\$ M611\$ M612\$ M613\$ M614\$ M615\$ M619\$			手術あり	97	01	四肢・幹軟部腫瘍摘出術 K030\$ 97 02 腫移行術 K040\$ 97 02 親血の関節授動術 K076\$ 97 03 皮膚切開術 K001\$ 97 03 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) K005\$ 97 03 筋膜切離術、筋膜切開術 K023 97 03 筋炎手術 K027\$ 97 03 筋肉内異物摘出術 K029 97 97 その他のKコード	K030\$ K040\$ K076\$ K001\$ K005\$ K023 K027\$ K029 その他のKコード																		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等	
			他に分類される細菌性疾患における筋炎 M630 他に分類される原虫および寄生虫感染症における筋炎 M631 他に分類されるその他の感染症における筋炎 M632 他に分類される疾患におけるその他の筋障害 M638 二頭筋腱炎 M752 筋(肉)痛 M791\$ 神経痛および神経炎、詳細不明 M792\$ 皮下脂肪組織炎、詳細不明 M793\$ 軟部組織内の残留異物 M795\$ (四)肢痛 上腕 M7962 (四)肢痛 前腕 M7963 (四)肢痛 手 M7964 (四)肢痛 下腿 M7966 (四)肢痛 足関節部および足 M7967																						
07	010x	化膿性関節炎(下肢)	<b>070101 化膿性・結核性股関節炎</b> ブドウ球菌性(多発性)関節炎 骨盤部および大腿 M0005 肺炎球菌性(多発性)関節炎 骨盤部および大腿 M0015 その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 骨盤部および大腿 M0025 その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 骨盤部および大腿 M0085 化膿性関節炎、詳細不明 骨盤部および大腿 M0095 髄膜炎菌性関節炎 骨盤部および大腿 M0105 結核性関節炎 骨盤部および大腿 M0115 ライム<Lyme>病における関節炎 骨盤部および大腿 M0125 他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 骨盤部および大腿 M0135 風疹性関節炎 骨盤部および大腿 M0145 他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 骨盤部および大腿 M0155 真菌症における関節炎 骨盤部および大腿 M0165 他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 骨盤部および大腿 M0185 腸バイパスに続発する関節障害 骨盤部および大腿 M0205 赤痢後関節障害 骨盤部および大腿 M0215 予防接種後関節障害 骨盤部および大腿 M0225 髄膜炎菌感染後関節炎 骨盤部および大腿 M0305 梅毒における感染後関節障害 骨盤部および大腿 M0315 他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 骨盤部および大腿 M0325 他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 骨盤部および大腿 M0385 関節の瘻(孔) 下腿 M2516 <b>070102 化膿性膝関節炎</b> ブドウ球菌性(多発性)関節炎 下腿 M0006 肺炎球菌性(多発性)関節炎 下腿 M0016 その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 下腿 M0026 その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 下腿 M0086 化膿性関節炎、詳細不明 下腿 M0096	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満	手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 骨髄爬術 K043\$ 97 01 骨関節結核瘻孔摘出術 K043-2\$ 97 01 骨髄炎手術(骨結核手術を含む。) K043-3\$ 97 01 骨部分切除術 K049\$ 97 01 腐骨摘出術 前腕、下腿 K0502 97 01 腐骨摘出術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 K0503 97 01 偽関節手術 K056\$ 97 01 変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿 K0572 97 01 変形治癒骨折矯正手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 K0573 97 01 関節切開術 肩、股、膝 K0601 97 01 化膿性又は結核性関節炎掻爬術 肩、股、膝 K060-31 97 01 関節滑膜切除術 肩、股、膝 K0661 97 01 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 K066-21 97 01 滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-31 97 01 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-41 97 01 膝蓋骨滑液囊切除術 K066-5 97 01 関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術 K066-6 97 01 掌指関節滑膜切除術 K066-7 97 01 関節鏡下掌指関節滑膜切除術 K066-8 97 01 半月板切除術 K068 97 01 関節鏡下半月板切除術 K068-2 97 01 関節切除術 肩、股、膝 K0721 97 01 親血的関節固定術 肩、股、膝 K0781 97 01 人工骨頭挿入術 肩、股、膝 K0811 97 01 人工関節置換術 肩、股、膝 K0821 97 01 人工関節除去術 肩、股、膝 K082-21 97 01 人工関節再置換術 肩、股、膝 K082-31	1 2 骨移植術(軟骨移植術を含む。) K059\$	1 1 人工呼吸 J045\$																	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			髄膜炎菌性関節炎 下腿	M0106				97	01	四肢関節離断術 肩、股、膝	K0851														
			結核性関節炎 下腿	M0116				97	97		その他のKコード														
			ライム<Lyme>病における関節炎 下腿	M0126																					
			他に分類される他の細菌性疾患における関節炎 下腿	M0136																					
			風疹性関節炎 下腿	M0146																					
			他に分類される他のウイルス疾患における関節炎 下腿	M0156																					
			真菌症における関節炎 下腿	M0166																					
			他に分類される他の感染症および寄生虫症における関節炎 下腿	M0186																					
			髄膜炎菌感染後関節炎 下腿	M0306																					
			梅毒における感染後関節障害 下腿	M0316																					
			他に分類される疾患における他の感染後関節障害 下腿	M0326																					
			他に分類される他の疾患における反応性関節障害 下腿	M0366																					
			多発性関節炎、詳細不明 下腿	M1306																					
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの 下腿	M1316																					
			その他の明示された関節炎 下腿	M1386																					
			関節炎、詳細不明 下腿	M1396																					
			<b>070103 下腿(股関節以外)関節炎</b>																						
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 足関節部および足	M0007																					
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 足関節部および足	M0017																					
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 足関節部および足	M0027																					
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 足関節部および足	M0087																					
			化膿性関節炎、詳細不明 足関節部および足	M0097																					
			髄膜炎菌性関節炎 足関節部および足	M0107																					
			結核性関節炎 足関節部および足	M0117																					
			ライム<Lyme>病における関節炎 足関節部および足	M0127																					
			他に分類される他の細菌性疾患における関節炎 足関節部および足	M0137																					
			風疹性関節炎 足関節部および足	M0147																					
			他に分類される他のウイルス疾患における関節炎 足関節部および足	M0157																					
			他に分類される他の感染症および寄生虫症における関節炎 足関節部および足	M0187																					
			髄膜炎菌感染後関節炎 足関節部および足	M0307																					
			梅毒における感染後関節障害 足関節部および足	M0317																					
			他に分類される疾患における他の感染後関節障害 足関節部および足	M0327																					
			他に分類される他の疾患における反応性関節障害 足関節部および足	M0367																					
			破壊性関節炎 足関節部および足	M0717																					
			関節の瘻(孔) 足関節部および足	M2517																					
07	0140	脳性麻痺	脳性麻痺	G80\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	4	リハビリテーション						0	片側
			片麻痺	G81\$			手術あり	97	01	関節切除術	K072\$													1	両側
			対麻痺および四肢麻痺	G82\$				97	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801														
			上肢の高(側)麻痺	G830				97	02	筋切断術	K024														
			下肢の単麻痺	G831				97	02	股関節筋群離断術	K026														
			上肢の単麻痺	G832				97	02	腱切断・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034														
			単麻痺、詳細不明	G833				97	02	腱切断・切除術(関節鏡下によるものを含む。)+ 腱延長術	K034+K038														



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の明示された麻痺性症候群 麻痺性症候群、詳細不明	G838 G839				97	02	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035														
								97	02	腱延長術	K038														
								97	02	腱移行術 その他のもの	K0402														
								97	02	親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0762														
								97	02	親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	K0763														
								97	02	親血的関節制動術 胸鎖、肘、手、足	K0772														
								97	02	親血的関節制動術 肩鎖、指(手、足)	K0773														
								97	02	親血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782														
								97	02	親血的関節固定術 肩鎖、指(手、足)	K0783														
								97	02	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802														
								97	02	関節形成手術 肩鎖、指(手、足)	K0803														
								97	02	足三関節固定(ランプリステイ)手術	K094														
								97	03	交感神経節切除術 腰部	K1963														
								97	03	喉頭切開・截開術	K383														
								97	03	気管切開術	K386														
								97	03	喉頭蓋切除術	K392														
								97	03	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664														
								97	03	噴門形成術	K667														
								97	03	腹腔鏡下噴門形成術	K667-2														
								97	97	その他のKコード															
07	0150	上肢神経障害 (胸部出口症候群含む。)	神経根および神経そうく叢>の障害 出産損傷によるエルブ<Erb>麻痺 出産損傷によるクランプケ<Klumpke>麻痺 その他の上腕神経そうく叢>の出産損傷	G54\$ P140 P141e P143			手術なし 手術あり	99	99	手術なし 97 01 神経腫切除術 97 01 交感神経節切除術 97 01 肋骨切除術 第1肋骨 97 02 腱延長術 97 02 腱移行術 97 02 親血的関節固定術 97 02 神経縫合術 97 02 神経交差縫合術 97 02 神経剥離術 97 97	K193\$ K196\$ K4821 K038 K040\$ K078\$ K182\$ K182-2\$ K188 その他のKコード	1	2	動脈塞栓除去術 動脈血栓内摘出術 血管移植術、バイパス移植術 胸腔内動脈 血管移植術、バイパス移植術 その他の動脈 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 神経移植術	K608\$ K609\$ K6142 K6145 K020 K198	1	1	人工呼吸	J045\$						
07	0160	上肢末梢神経麻痺	上肢の単ニューロパチ<シ>ー 末梢神経系のその他の部位の出産損傷 末梢神経系の出産損傷、詳細不明	G56\$ P148 P149			手術なし その他の手術あり 手根管開放手術等	99	99	手術なし 97 97 01 01 手根管開放手術 01 01 腱移行術 01 01 親血的関節固定術 01 01 四肢関節離断術 肘、手、足 01 01 四肢関節離断術 指(手、足) 01 01 関節鏡下手根管開放手術 01 01 母指対立再建術 01 01 神経縫合術 01 01 神経剥離術 01 01 神経移行術	K093 K040\$ K078\$ K0852 K0853 K093-2 K108 K182\$ K188 K197	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 神経移植術	K020 K198	1	1	人工呼吸	J045\$						
07	0170	下肢神経疾患	下肢の単ニューロパチ<シ>ー	G57\$			手術なし 手術あり	99	99	手術なし 97 01 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 97 01 腱移行術 97 01 神経剥離術 97 01 神経腫切除術	K020 K040\$ K188 K193\$	1	1	人工呼吸	J045\$										

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等			
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等
								97	01	神経移植術	K198													
								97	97	その他のKコード														
07	0180	脊椎変形	姿勢性(脊柱)後弯(症)	M400\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	1	1	人工呼吸	J045\$					
			その他の続発性(脊柱)後弯(症)	M401\$			手術あり	97	01	脊椎骨切り術	K139	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$									
			その他および詳細不明の(脊柱)後弯(症)	M402\$				97	01	脊椎固定術	K142\$													
			平背症候群	M403\$				97	01	脊椎側彎症手術	K142-2\$													
			その他の(脊柱)前弯(症)	M404\$				97	01	体外式脊椎固定術	K144													
			(脊柱)前弯(症)、詳細不明	M405\$				97	02	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128													
			乳児特発性(脊柱)側弯(症)	M410\$				97	97		その他のKコード													
			若年性特発性(脊柱)側弯(症)	M411\$																				
			その他の特発性(脊柱)側弯(症)	M412\$																				
			胸郭原性(脊柱)側弯(症)	M413\$																				
			神経筋性(脊柱)側弯(症)	M414\$																				
			その他の続発性(脊柱)側弯(症)	M415\$																				
			その他の型の(脊柱)側弯(症)	M418\$																				
			(脊柱)側弯(症)、詳細不明	M419\$																				
			その他の明示された変形性脊柱障害	M438\$																				
			変形性脊柱障害、詳細不明	M439\$																				
			放射線照射後(脊柱)後弯(症)	M962																				
			椎弓切除後(脊柱)後弯(症)	M963																				
			術後(脊柱)前弯(症)	M964																				
			放射線照射後(脊柱)側弯(症)	M965																				
			脊柱の先天(性)変形	Q675																				
			クリッペル・ファイル<Klippel-Feil>症候群	Q761																				
			先天性脊椎すべり症	Q762																				
			先天性骨奇形による先天性(脊柱)側弯(症)	Q763																				
			脊柱のその他の先天性(脊柱)側弯(症)に関連しないもの	Q764																				
07	0190	上肢・手の変形(偽関節を除く。)	指の変形	M200			手術なし	99	99	手術なし		1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	1	1	人工呼吸	J045\$					
			外反変形、他に分類されないもの 肩甲帯	M2101			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	骨長調整手術	K058\$									
			外反変形、他に分類されないもの 上腕	M2102			巨指症手術等	01	01	巨指症手術	K102\$	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$									
			外反変形、他に分類されないもの 前腕	M2103				01	01	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	K028	1	2	神経移植術	K198									
			外反変形、他に分類されないもの 手	M2104				01	01	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034													
			内反変形、他に分類されないもの 肩甲帯	M2111				01	01	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035													
			内反変形、他に分類されないもの 上腕	M2112				01	01	腱移行術	K040\$													
			内反変形、他に分類されないもの 前腕	M2113				01	01	骨折観血的手術	K046\$													
			内反変形、他に分類されないもの 手	M2114				01	01	骨切り術	K054\$													
			屈曲変形 肩甲帯	M2121				01	01	変形治癒骨折矯正手術	K057\$													
			屈曲変形 上腕	M2122				01	01	観血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0762													
			屈曲変形 前腕	M2123				01	01	観血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	K0763													
			屈曲変形 手	M2124				01	01	観血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782													
			下垂手または下垂足(後天性) 上腕	M2132				01	01	観血的関節固定術 肩鎖、指(手、足)	K0783													
			下垂手または下垂足(後天性) 前腕	M2133				01	01	裂手、裂足手術	K105													
			下垂手または下垂足(後天性) 手	M2134				01	01	母指化手術	K106													
			後天性わし<鷲>手、内反手、鉤爪足	M2152				01	01	指移植手術	K107													
			および内反足 上腕	M2153				01	01	神経縫合術	K182\$													
			後天性わし<鷲>手、内反手、鉤爪足	M2153				01	01															
			および内反足 前腕	M2154				01	01	神経剥離術	K188													
			後天性わし<鷲>手、内反手、鉤爪足	M2154				01	01															
			および内反足 手																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			(四)肢不等長(後天性) 肩甲帯	M2171					01	02	非親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0752															
			(四)肢不等長(後天性) 上腕	M2172					01	02	非親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	K0753															
			(四)肢不等長(後天性) 前腕	M2173					01	03	骨内異物(挿入物を含む。)除去術	K048\$															
			(四)肢不等長(後天性) 手	M2174					01	03	偽関節手術	K056\$															
			(四)肢のその他の明示された後天性変形 肩甲帯	M2181					01	04	難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	K047															
			(四)肢のその他の明示された後天性変形 上腕	M2182					01	04	難治性骨折超音波治療法(一連につき)	K047-2															
			(四)肢のその他の明示された後天性変形 前腕	M2183					01	05	分層植皮術	K013\$															
			(四)肢のその他の明示された後天性変形 手	M2184					01	05	全層植皮術	K013-2\$															
			(四)肢の後天性変形、詳細不明 肩甲帯	M2191					01	05	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$															
			(四)肢の後天性変形、詳細不明 上腕	M2192					01	05	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016															
			(四)肢の後天性変形、詳細不明 前腕	M2193					01	05	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017															
			(四)肢の後天性変形、詳細不明 手	M2194					01	05	複合組織移植術	K019															
									01	05	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020															
									01	05	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022															
07	0200	手関節症(変形性を含む。)	クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 上腕	M0742				手術なし	99	99	手術なし		1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	1	人工呼吸	J045\$							
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 前腕	M0743				手術あり	97	01	人工関節置換術 胸鎖、肘、手、足	K0822	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 手	M0744					97	01	人工関節置換術 肩鎖、指(手、足)	K0823	1	2	骨長調整手術 骨短縮術	K0582											
			潰瘍性大腸炎における関節障害 上腕	M0752					97	02	関節滑膜切除術 胸鎖、肘、手、足	K0662	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			潰瘍性大腸炎における関節障害 前腕	M0753					97	02	関節滑膜切除術 肩鎖、指(手、足)	K0663															
			潰瘍性大腸炎における関節障害 手	M0754					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術 胸鎖、肘、手、足	K066-22															
			その他の腸病(性)関節障害 上腕	M0762					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術 肩鎖、指(手、足)	K066-23															
			その他の腸病(性)関節障害 前腕	M0763					97	02	滑液膜摘出術 胸鎖、肘、手、足	K066-32															
			その他の腸病(性)関節障害 手	M0764					97	02	滑液膜摘出術 肩鎖、指(手、足)	K066-33															
			間欠性関節水腫 上腕	M1242					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術 胸鎖、肘、手、足	K066-42															
			間欠性関節水腫 前腕	M1243					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術 肩鎖、指(手、足)	K066-43															
			間欠性関節水腫 手	M1244					97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7															
			外傷性関節障害 上腕	M1252					97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8															
			外傷性関節障害 前腕	M1253					97	02	関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	K0672															
			外傷性関節障害 手	M1254					97	02	関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	K0673															
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 上腕	M1282					97	02	関節鏡下関節鼠摘出手術 胸鎖、肘、手、足	K067-22															
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 前腕	M1283					97	02	関節鏡下関節鼠摘出手術 肩鎖、指(手、足)	K067-23															
			その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 手	M1284					97	02	親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0762															
			ヘバーデン<Heberden>結節(関節障害を伴うもの)	M151					97	02	親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	K0763															
			ブシャール<Bouchard>結節(関節障害を伴うもの)	M152					97	02	親血的関節制動術	K077\$															
			第1手根中手関節の関節症	M18\$					97	02	親血的関節固定術	K078\$															
			その他の関節の原発性関節症 上腕	M1902					97	02	靭帯断裂形成手術	K079\$															
			その他の関節の原発性関節症 前腕	M1903					97	02	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$															
			その他の関節の原発性関節症 手	M1904					97	02	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802															
			その他の関節の原発性関節症 骨盤部および大腿	M1905					97	02	関節形成手術 肩鎖、指(手、足)	K0803															
			その他の関節の外傷後関節症 上腕	M1912					97	03	非親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0752															
			その他の関節の外傷後関節症 前腕	M1913					97	03	非親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足)	K0753															
			その他の関節の外傷後関節症 手	M1914					97	97		その他のKコード															
			その他の関節の外傷後関節症 骨盤部および大腿	M1915																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の続発性関節症 上腕	M1922																					
			その他の続発性関節症 前腕	M1923																					
			その他の続発性関節症 手	M1924																					
			その他の続発性関節症 骨盤部および大腿	M1925																					
			その他の明示された関節症 上腕	M1982																					
			その他の明示された関節症 前腕	M1983																					
			その他の明示された関節症 手	M1984																					
			その他の明示された関節症 骨盤部および大腿	M1985																					
			関節症, 詳細不明 上腕	M1992																					
			関節症, 詳細不明 前腕	M1993																					
			関節症, 詳細不明 手	M1994																					
			関節症, 詳細不明 骨盤部および大腿	M1995																					
			出血性関節症 上腕	M2502																					
			出血性関節症 前腕	M2503																					
			出血性関節症 手	M2504																					
			関節滲出液貯留 上腕	M2542																					
			関節滲出液貯留 前腕	M2543																					
			関節滲出液貯留 手	M2544																					
			関節痛 前腕	M2553																					
			関節硬直, 他に分類されないもの 前腕	M2563																					
			骨棘 上腕	M2572																					
			骨棘 前腕	M2573																					
			骨棘 手	M2574																					
			その他の明示された関節障害 上腕	M2582																					
			その他の明示された関節障害 前腕	M2583																					
			その他の明示された関節障害 手	M2584																					
			関節障害, 詳細不明 上腕	M2592																					
			関節障害, 詳細不明 前腕	M2593																					
			関節障害, 詳細不明 手	M2594																					
07	0210	下肢の変形	外反母趾(後天性)	M201			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$					0	片側
			強剛母趾	M202			その他の手術あり	99	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016								1	両側	
			母趾のその他の変形(後天性)	M203			骨切り術 前腕、下腿等	01	01	骨切り術 前腕、下腿	K0542	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017										
			その他のつちく楯>(状)趾<足ゆび>(後天性)	M204				01	01	骨切り術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0543	1	2	複合組織移植術	K019										
			趾<足ゆび>のその他の変形(後天性)	M205				01	01	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			趾<足ゆび>の後天性変形, 詳細不明	M206				01	01	内反足手術	K080-2	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			外反変形, 他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M2105				01	01	足三関節固定(ランプリヌディ)手術	K094	1	2	骨長調整手術	K058\$										
			外反変形, 他に分類されないもの 下腿	M2106				01	01	裂手、裂足手術	K105	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			外反変形, 他に分類されないもの 足関節部および足	M2107				01	01	第四足指短縮症手術	K110	1	1	分層植皮術	K013\$										
			内反変形, 他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M2115				01	01	第一足指外反症矯正手術	K110-2	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			内反変形, 他に分類されないもの 下腿	M2116				01	02	腱移行術	K040\$														
			内反変形, 他に分類されないもの 足関節部および足	M2117				01	02	関節脱臼観血的整復術	K063\$														
			屈曲変形 骨盤部および大腿	M2125				01	02	神経剥離術	K188														
			屈曲変形 下腿	M2126				01	03	変形治癒骨折矯正手術	K057\$														
			屈曲変形 足関節部および足	M2127				01	03	関節脱臼非観血的整復術	K061\$														
			下垂手または下垂足(後天性) 下腿	M2136				01	04	偽関節手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0562														
			下垂手または下垂足(後天性) 足関節部および足	M2137				01	04	偽関節手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0563														
			扁平足(後天性)	M214\$																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等									
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等					
			後天性わしく鷲>手、内反手、鉤爪足 および内反足 下腿 後天性わしく鷲>手、内反手、鉤爪足 および内反足 足関節および足 足首および足のその他の後天性変形 (四)肢不等長(後天性) 下腿 (四)肢不等長(後天性) 足関節および足 (四)肢のその他の明示された後天性変形 下腿 (四)肢のその他の明示された後天性変形 足関節および足 (四)肢の後天性変形、詳細不明 下腿 (四)肢の後天性変形、詳細不明 足関節および足 出血性関節症 下腿 短アキレス腱(後天性)	M2156 M2157 M2168 M2176 M2177 M2186 M2187 M2196 M2197 M2506 M670																										
07	0220	股関節症(変形性を含む。)	クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 骨盤部および大腿 潰瘍性大腸炎における関節障害 骨盤部および大腿 その他の腸病(性)関節障害 骨盤部および大腿 間欠性関節水腫 骨盤部および大腿 外傷性関節障害 骨盤部および大腿 その他の明示された関節障害、他に分類されないもの 骨盤部および大腿 単(発性)関節炎、他に分類されないもの 骨盤部および大腿 その他の明示された関節炎 骨盤部および大腿 関節炎、詳細不明 骨盤部および大腿 股関節症[股関節部の関節症]  その他の関節の原発性関節症 下腿 その他の関節の外傷後関節症 下腿 その他の続発性関節症 下腿 その他の明示された関節症 下腿 関節症、詳細不明 下腿 (四)肢不等長(後天性) 骨盤部および大腿 (四)肢のその他の明示された後天性変形 骨盤部および大腿 (四)肢の後天性変形、詳細不明 骨盤部および大腿 出血性関節症 骨盤部および大腿 関節滲出液貯留 骨盤部および大腿 骨棘 骨盤部および大腿 その他の明示された関節障害 骨盤部および大腿 関節障害、詳細不明 骨盤部および大腿	M0745 M0755 M0765 M1245 M1255 M1285 M1315 M1385 M1395 M168  M1906 M1916 M1926 M1986 M1996 M2175 M2185 M2195 M2505 M2545 M2575 M2585 M2595			手術なし その他の手術あり 関節滑膜切除術 肩、股、膝等 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 滑液膜摘出術 肩、股、膝 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 股関節内転筋切離術 股関節筋群解離術 股関節周囲筋解離術(変形性股関節症) 大腿骨頭回転骨切り術等 骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿 大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術 関節切除術 肩、股、膝 親骨の関節固定術 肩、股、膝 関節形成手術 肩、股、膝 人工関節除去術 骨盤骨切り術 臼蓋形成手術 寛骨臼移動術 人工関節再置換術等 人工関節再置換術 人工骨頭挿入術 肩、股 人工関節置換術	99 99 97 97 03 04 03 04 03 04 03 04 03 05 03 05 03 05 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03 01 01 01 02 01 02	手術なし その他のKコード K0661 K066-21 K066-31 K066-41 K025 K026 K055-2 K0541 K055-3 K0721 K0781 K0801 K082-2\$ K140 K141 K141-2 K082-3\$ K0811 K082\$																					
07	0230	膝関節症(変形性を含む。)	神経障害性関節障害 膝関節症[膝の関節症] 関節滲出液貯留 下腿 骨棘 下腿 その他の明示された関節障害 下腿 関節障害、詳細不明 下腿	M146 M178 M2546 M2576 M2586 M2596			手術なし その他の手術あり 関節滑膜切除術 肩、股、膝等 骨穿孔術 骨切り術 前腕、下腿 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 滑液膜摘出術 肩、股、膝 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 膝蓋骨滑液囊切除術	99 99 97 97 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03 02 03	手術なし その他のKコード K0661 K042 K0542 K066-21 K066-31 K066-41 K066-5																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
										02 03 関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6														
										02 03 半月板切除術	K068														
										02 03 関節鏡下半月板切除術	K068-2														
										02 03 観血的関節授動術 肩、股、膝	K0761														
										02 03 観血的関節制動術 肩、股、膝	K0771														
										02 03 関節形成手術 肩、股、膝	K0801														
										01 01 人工関節再置換術	K082-3\$														
										01 02 人工関節置換術	K082\$														
07	0240	動揺関節症	靭帯の障害 上腕	M2422			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			靭帯の障害 前腕	M2423			手術あり	97	01	股関節筋群解離術	K026														
			靭帯の障害 手	M2424				97	01	腱切断・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034														
			靭帯の障害 下腿	M2426				97	01	関節脱臼観血的整復術	K063\$														
			靭帯の障害 足関節部および足	M2427				97	01	観血的関節授動術	K076\$														
			関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 上腕	M2432				97	01	観血的関節制動術	K077\$														
			関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 前腕	M2433				97	01	観血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782														
			関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 手	M2434				97	01	靭帯断裂形成手術	K079\$														
			関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 下腿	M2436				97	01	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$														
			関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 足関節部および足	M2437				97	01	関節形成手術 肩鎖、指(手、足)	K0803														
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 上腕	M2442				97	01	足三関節固定(ランプリヌイ)手術	K094														
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 前腕	M2443				97	02	関節脱臼非観血的整復術	K061\$														
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 手	M2444				97	97		その他のKコード														
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 下腿	M2446																					
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 足関節部および足	M2447																					
			動揺関節 多部位	M2520																					
			動揺関節 肩甲帯	M2521																					
			動揺関節 上腕	M2522																					
			動揺関節 前腕	M2523																					
			動揺関節 手	M2524																					
			動揺関節 骨盤部および大腿	M2525																					
			動揺関節 下腿	M2526																					
			動揺関節 足関節部および足	M2527																					
			動揺関節 その他	M2528																					
			動揺関節 部位不明	M2529																					
			関節のその他の不安定症 多部位	M2530																					
			関節のその他の不安定症 肩甲帯	M2531																					
			関節のその他の不安定症 上腕	M2532																					
			関節のその他の不安定症 前腕	M2533																					
			関節のその他の不安定症 手	M2534																					
			関節のその他の不安定症 骨盤部および大腿	M2535																					
			関節のその他の不安定症 下腿	M2536																					
			関節のその他の不安定症 足関節部および足	M2537																					
			関節のその他の不安定症 その他	M2538																					
			関節のその他の不安定症 部位不明	M2539																					
			使用、使い過ぎおよび圧迫に関連するその他の軟部組織障害 骨盤部および大腿	M7085																					
			腸腰靭帯症候群	M763\$																					
07	0250	関節内障、関節内遊離体	関節内遊離体	M240\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			その他の関節軟骨障害	M241\$			手術あり	97	01	人工関節置換術	K082\$														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 上腕	M2482					97	02	関節内異物(挿入物を含む。)除去術 肩、股、膝	K0651																
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 前腕	M2483					97	02	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術 肩、股、膝	K065-21																
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 手	M2484					97	02	関節滑膜切除術 肩、股、膝	K0661																
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M2485					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝	K066-21																
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 下腿	M2486					97	02	滑液膜摘出術 肩、股、膝	K066-31																
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 足関節部および足	M2487					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝	K066-41																
			関節内障、詳細不明 多部位	M2490					97	02	膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5																
			関節内障、詳細不明 上腕	M2492					97	02	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6																
			関節内障、詳細不明 前腕	M2493					97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7																
			関節内障、詳細不明 手	M2494					97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8																
			関節内障、詳細不明 骨盤部および大腿	M2495					97	02	関節鼠摘出手術	K067\$																
			関節内障、詳細不明 下腿	M2496					97	02	関節鏡下関節鼠摘出手術	K067-2\$																
			関節内障、詳細不明 足関節部および足	M2497					97	02	関節切除術	K072\$																
			関節内障、詳細不明 その他	M2498					97	02	靭帯断裂縫合術	K074\$																
			関節内障、詳細不明 部位不明	M2499					97	02	関節鏡下靭帯断裂縫合術	K074-2\$																
									97	02	親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0762																
									97	02	親血的関節固定術	K078\$																
									97	02	靭帯断裂形成手術	K079\$																
									97	02	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$																
									97	02	関節形成手術	K080\$																
									97	97	その他のKコード																	
07	0270	膝蓋骨の障害	膝蓋骨の障害	M22\$				手術なし 手術あり	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$						0	片側 1	両側
									97	01	骨穿孔術	K042																
									97	01	骨部分切除術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0493																
									97	01	骨切り術 前腕、下腿	K0542																
									97	01	関節鼠摘出手術	K067\$																
									97	01	関節鏡下関節鼠摘出手術	K067-2\$																
									97	01	関節内骨折親血的手術 肩、股、膝	K0731																
									97	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801																
									97	02	筋膜切離術、筋膜切開術	K023																
									97	02	腱移行術 その他のもの	K0402																
									97	02	靭帯断裂形成手術	K079\$																
									97	02	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$																
									97	97	その他のKコード																	
07	0280	骨端症、骨軟骨障害・骨壊死、発育期の膝関節障害	若年性脊椎骨軟骨症<骨端症>	M420\$				手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$								
			成人脊椎骨軟骨症<骨端症>	M421\$				手術あり	97	01	骨穿孔術	K042	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016												
			脊椎骨軟骨症<骨端症>、詳細不明	M429\$					97	01	骨折親血的手術	K046\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017												
			中足骨痛症	M774\$					97	01	骨部分切除術	K049\$	1	2	複合組織移植術	K019												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 多部位	M8700					97	01	骨全摘術	K051\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 肩甲帯	M8701					97	01	中手骨又は中足骨摘除術(2本以上)	K051-2	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 上腕	M8702					97	01	骨切り術	K054\$	1	2	骨長調整手術	K058\$												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 前腕	M8703					97	01	関節鼠摘出手術	K067\$	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 手	M8704					97	01	関節鏡下関節鼠摘出手術	K067-2\$	1	1	分層植皮術	K013\$												
			骨の特発性無菌<腐>性えく壊>死 下腿	M8706					97	01	親血的関節固定術	K078\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			骨の特異性無菌<腐>性え<壊>死	M8707				97	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801														
			足関節部および足																						
			骨の特異性無菌<腐>性え<壊>死	M8708				97	02	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$														
			その他																						
			骨の特異性無菌<腐>性え<壊>死	M8709				97	02	骨搔爬術	K043\$														
			部位不明																						
			薬物による骨え<壊>死 多部位	M8710				97	03	偽関節手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0563														
			薬物による骨え<壊>死 肩甲帯	M8711				97	03	変形治療骨折矯正手術	K057\$														
			薬物による骨え<壊>死 上腕	M8712				97	97		その他のKコード														
			薬物による骨え<壊>死 前腕	M8713																					
			薬物による骨え<壊>死 手	M8714																					
			薬物による骨え<壊>死 下腿	M8716																					
			薬物による骨え<壊>死 足関節部および足	M8717																					
			薬物による骨え<壊>死 その他	M8718																					
			薬物による骨え<壊>死 部位不明	M8719																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 多部位	M8720																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 肩甲帯	M8721																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 上腕	M8722																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 前腕	M8723																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 手	M8724																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 下腿	M8726																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 足関節部および足	M8727																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 その他	M8728																					
			既往の外傷による骨え<壊>死 部位不明	M8729																					
			その他の続発性骨え<壊>死 多部位	M8730																					
			その他の続発性骨え<壊>死 肩甲帯	M8731																					
			その他の続発性骨え<壊>死 上腕	M8732																					
			その他の続発性骨え<壊>死 前腕	M8733																					
			その他の続発性骨え<壊>死 手	M8734																					
			その他の続発性骨え<壊>死 下腿	M8736																					
			その他の続発性骨え<壊>死 足関節部および足	M8737																					
			その他の続発性骨え<壊>死 その他	M8738																					
			その他の続発性骨え<壊>死 部位不明	M8739																					
			その他の骨え<壊>死 多部位	M8780																					
			その他の骨え<壊>死 肩甲帯	M8781																					
			その他の骨え<壊>死 上腕	M8782																					
			その他の骨え<壊>死 前腕	M8783																					
			その他の骨え<壊>死 手	M8784																					
			その他の骨え<壊>死 下腿	M8786																					
			その他の骨え<壊>死 足関節部および足	M8787																					
			その他の骨え<壊>死 その他	M8788																					
			その他の骨え<壊>死 部位不明	M8789																					
			骨え<壊>死、詳細不明 多部位	M8790																					
			骨え<壊>死、詳細不明 肩甲帯	M8791																					
			骨え<壊>死、詳細不明 上腕	M8792																					
			骨え<壊>死、詳細不明 前腕	M8793																					
			骨え<壊>死、詳細不明 手	M8794																					



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			骨えくぼ>死、詳細不明 下腿	M8796																							
			骨えくぼ>死、詳細不明 足関節部および足	M8797																							
			骨えくぼ>死、詳細不明 その他	M8798																							
			骨えくぼ>死、詳細不明 部位不明	M8799																							
			頭蓋のバジェット<ページェット><Paget>病 その他	M8808																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 多部位	M8880																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 肩甲帯	M8881																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 上腕	M8882																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 前腕	M8883																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 手	M8884																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 骨盤部および大腿	M8885																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 下腿	M8886																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 足関節部および足	M8887																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 その他	M8888																							
			その他の骨のバジェット<ページェット><Paget>病 部位不明	M8889																							
			急性灰白髄炎<ポリオ>後骨障害	M896\$																							
			潜函病<減圧病>における骨えくぼ>死	M903\$																							
			異常ヘモグロビン<血色素>症による骨えくぼ>死	M904\$																							
			他に分類されるその他の疾患における骨えくぼ>死	M905\$																							
			骨盤の若年性骨軟骨症<骨端症>	M910\$																							
			扁平股	M912\$																							
			股関節および骨盤のその他の若年性骨軟骨症<骨端症>	M918\$																							
			股関節および骨盤の若年性骨軟骨症<骨端症>、詳細不明	M919\$																							
			上腕骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M920																							
			橈骨および尺骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M921																							
			手の若年性骨軟骨症<骨端症>	M922																							
			上肢のその他の若年性骨軟骨症<骨端症>	M923																							
			膝蓋骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M924																							
			脛骨および腓骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M925																							
			足根骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M926																							
			中足骨の若年性骨軟骨症<骨端症>	M927																							
			その他の明示された若年性骨軟骨症<骨端症>	M928																							
			若年性骨軟骨症<骨端症>、詳細不明	M929																							
			成人のキーンベック<Kienbock>病	M931																							
			骨軟骨障害、詳細不明	M939																							
			軟骨軟化症	M942\$																							
			軟骨溶解(症)	M943\$																							
07	0290	上肢関節拘縮・強直	関節拘縮 肩甲帯	M2451				手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$							
			関節拘縮 上腕	M2452				手術あり	97	01	親血の関節授動術 肩、股、膝	K0761	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			関節拘縮 前腕	M2453					97	02	人工関節置換術 胸鎖、肘、手、足	K0822	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			関節拘縮 手	M2454					97	03	癒痕拘縮形成手術 その他	K0102	1	2	複合組織移植術	K019											
			関節強直 肩甲帯	M2461					97	03	腱切断・切除術(関節鏡下によるものを含む。)	K034	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			関節強直 上腕	M2462				97	03	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			関節強直 前腕	M2463				97	03	変形治療骨折矯正手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0573	1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$										
			関節強直 手	M2464				97	03	親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0762	1	2	骨長調整手術	K058\$										
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 肩甲帯	M2481				97	03	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			関節内障、詳細不明 肩甲帯	M2491				97	03	指痕痕拘縮手術	K099	1	1	痕痕拘縮形成手術	K010\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 肩甲帯	M2561				97	04	非親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足	K0752	1	1	分層植皮術	K013\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 上腕	M2562				97	97		その他のKコード	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 手	M2564																					
			関節障害、詳細不明 肩甲帯	M2591																					
			筋拘縮 肩甲帯	M6241																					
			筋拘縮 手	M6244																					
			癒着性肩関節包炎	M750																					
07	0310	下肢関節拘縮・強直	関節拘縮 骨盤部および大腿	M2455			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			関節拘縮 下腿	M2456			手術あり	97	01	人工関節置換術 肩、股、膝	K0821	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016										
			関節拘縮 足関節部および足	M2457				97	02	股関節筋群離断術	K026	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017										
			関節強直 骨盤部および大腿	M2465				97	02	骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿	K0541	1	2	複合組織移植術	K019										
			関節強直 下腿	M2466				97	02	親血的関節授動術 肩、股、膝	K0761	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			関節強直 足関節部および足	M2467				97	02	親血的関節固定術 肩、股、膝	K0781	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			股臼底突出(症)	M247\$				97	97		その他のKコード	1	2	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M2565								1	2	骨長調整手術	K058\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 下腿	M2566								1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			関節硬直、他に分類されないもの 足	M2567								1	1	痕痕拘縮形成手術	K010\$										
			関節部および足	M247\$								1	1	分層植皮術	K013\$										
			筋拘縮 骨盤部および大腿	M6245								1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			筋拘縮 下腿	M6246								1	1	全層植皮術	K013-2\$										
07	0330	脊椎感染(感染を含む。)	多発性関節炎、詳細不明 その他	M1308			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの その他	M1318			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016										
			その他の明示された関節炎 その他	M1388			脊椎固定術等	01	01	脊椎固定術	K142\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017										
			関節炎、詳細不明 その他	M1398				01	02	脊椎、骨盤骨掻爬術	K116	1	2	複合組織移植術	K019										
			脊椎の腫(靱帯)付着部症	M460\$				01	03	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			仙腸骨炎、他に分類されないもの	M461\$								1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			椎骨の骨髄炎	M462\$								1	2	骨長調整手術	K058\$										
			椎間板の感染症(化膿性)	M463\$								1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			椎間板炎、詳細不明	M464\$								1	1	分層植皮術	K013\$										
			その他の感染性脊椎障害	M465\$								1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			その他の明示された炎症性脊椎障害	M468\$																					
			炎症性脊椎障害、詳細不明	M469\$																					
			脊椎結核	M490\$																					
			ブルセラ症性脊椎炎	M491\$																					
			腸内細菌性脊椎炎	M492\$																					
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における脊椎障害	M493\$																					
07	034x	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	<b>070341 頸部</b>				手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	脳性麻痺	070140		
			脊髓空洞症および延髄空洞症	G950			その他の手術あり	97	03	椎弓切除術	K131										1	3	腎臓または尿路の感染症	110310	
			その他の脊椎(骨)癒合 後頭環軸部	M4321				97	03	椎弓形成手術	K132														
			その他の脊椎(骨)癒合 頸部	M4322				97	03	椎間板摘出術	K134\$														
			前脊髓動脈および椎骨動脈圧迫症候群 後頭環軸部	M4701				97	03	体外式脊椎固定術	K144														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫候群 頸部	M4702					97	04	脊髄刺激装置植込術	K190															
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 後頭環軸部	M4711					97	05	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128															
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 頸部	M4712					97	97		その他のKコード															
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 後頭環軸部	M4721				内視鏡下椎弓切除術	02	02	内視鏡下椎弓切除術	K131-2															
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 頸部	M4722				脊椎固定術	01	01	脊椎固定術	K142\$															
			その他の脊椎症 後頭環軸部	M4781																							
			その他の脊椎症 頸部	M4782																							
			脊椎症、詳細不明 後頭環軸部	M4791																							
			脊椎症、詳細不明 頸部	M4792																							
			脊柱管狭窄(症) 後頭環軸部	M4801																							
			脊柱管狭窄(症) 頸部	M4802																							
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレスト工<Forestier>病] 後頭環軸部	M4811																							
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレスト工<Forestier>病] 頸部	M4812																							
			棘突起接触(症) 後頭環軸部	M4821																							
			棘突起接触(症) 頸部	M4822																							
			外傷性脊椎障害 後頭環軸部	M4831																							
			外傷性脊椎障害 頸部	M4832																							
			椎骨の疲労骨折 後頭環軸部	M4841																							
			椎骨の疲労骨折 頸部	M4842																							
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 後頭環軸部	M4851																							
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 頸部	M4852																							
			その他の明示された脊椎障害 後頭環軸部	M4881																							
			その他の明示された脊椎障害 頸部	M4882																							
			脊椎障害、詳細不明 後頭環軸部	M4891																							
			脊椎障害、詳細不明 頸部	M4892																							
			神経障害性脊椎障害 後頭環軸部	M4941																							
			神経障害性脊椎障害 頸部	M4942																							
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 後頭環軸部	M4981																							
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 頸部	M4982																							
			頸頭蓋症候群 後頭環軸部	M5301																							
			頸頭蓋症候群 頸部	M5302																							
			頸腕症候群 後頭環軸部	M5311																							
			頸腕症候群 頸部	M5312																							
			仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 後頭環軸部	M5331																							
			仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 頸部	M5332																							
			その他の明示された脊柱障害 後頭環軸部	M5381																							
			その他の明示された脊柱障害 頸部	M5382																							
			脊柱障害、詳細不明 後頭環軸部	M5391																							
			脊柱障害、詳細不明 頸部	M5392																							
			神経管の椎間板性狭窄(症) 頸部	M9951																							
			神経管の椎間板性狭窄(症) 胸部	M9952																							
			椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 頸部	M9961																							
			椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 胸部	M9962																							
			椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 頸部	M9971																							
			椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 胸部	M9972																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術			手術・処置等1			手術・処置等2			副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			<b>070342 胸部</b>																			
			その他の脊椎(骨)癒合 頸胸部	M4323																		
			その他の脊椎(骨)癒合 胸部	M4324																		
			その他の脊椎(骨)癒合 胸腰部	M4325																		
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 頸胸部	M4703																		
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 胸部	M4704																		
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 胸腰部	M4705																		
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 頸胸部	M4713																		
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 胸部	M4714																		
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 胸腰部	M4715																		
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 頸胸部	M4723																		
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 胸部	M4724																		
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 胸腰部	M4725																		
			その他の脊椎症 頸胸部	M4783																		
			その他の脊椎症 胸部	M4784																		
			その他の脊椎症 胸腰部	M4785																		
			脊椎症、詳細不明 頸胸部	M4793																		
			脊椎症、詳細不明 胸部	M4794																		
			脊椎症、詳細不明 胸腰部	M4795																		
			脊柱管狭窄(症) 頸胸部	M4803																		
			脊柱管狭窄(症) 胸部	M4804																		
			脊柱管狭窄(症) 胸腰部	M4805																		
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 頸胸部	M4813																		
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 胸部	M4814																		
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 胸腰部	M4815																		
			棘突起接触(症) 頸胸部	M4823																		
			棘突起接触(症) 胸部	M4824																		
			棘突起接触(症) 胸腰部	M4825																		
			外傷性脊椎障害 頸胸部	M4833																		
			外傷性脊椎障害 胸部	M4834																		
			外傷性脊椎障害 胸腰部	M4835																		
			椎骨の疲労骨折 頸胸部	M4843																		
			椎骨の疲労骨折 胸部	M4844																		
			椎骨の疲労骨折 胸腰部	M4845																		
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 頸胸部	M4853																		
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 胸部	M4854																		
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 胸腰部	M4855																		
			その他の明示された脊椎障害 頸胸部	M4883																		
			その他の明示された脊椎障害 胸部	M4884																		
			その他の明示された脊椎障害 胸腰部	M4885																		
			脊椎障害、詳細不明 頸胸部	M4893																		
			脊椎障害、詳細不明 胸部	M4894																		
			脊椎障害、詳細不明 胸腰部	M4895																		
			神経障害性脊椎障害 頸胸部	M4943																		
			神経障害性脊椎障害 胸部	M4944																		
			神経障害性脊椎障害 胸腰部	M4945																		
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 頸胸部	M4983																		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			他に分類される他の疾患における 脊椎障害 胸部	M4984																					
			他に分類される他の疾患における 脊椎障害 胸腰部	M4985																					
			頸頭蓋症候群 頸胸部	M5303																					
			頸頭蓋症候群 胸部	M5304																					
			頸頭蓋症候群 胸腰部	M5305																					
			頸腕症候群 頸胸部	M5313																					
			頸腕症候群 胸部	M5314																					
			頸腕症候群 胸腰部	M5315																					
			仙骨尾骨障害, 他に分類されないもの 頸胸部	M5333																					
			仙骨尾骨障害, 他に分類されないもの 胸部	M5334																					
			仙骨尾骨障害, 他に分類されないもの 胸腰部	M5335																					
			その他の明示された脊柱障害 頸胸部	M5383																					
			その他の明示された脊柱障害 胸部	M5384																					
			その他の明示された脊柱障害 胸腰部	M5385																					
			脊柱障害, 詳細不明 頸胸部	M5393																					
			脊柱障害, 詳細不明 胸部	M5394																					
			脊柱障害, 詳細不明 胸腰部	M5395																					
			神経管の椎間板性狭窄(症) 腰部	M9953																					
			神経管の椎間板性狭窄(症) 仙骨部	M9954																					
			神経管の椎間板性狭窄(症) 骨盤部	M9955																					
			椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄 (症) 腰部	M9963																					
			椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄 (症) 仙骨部	M9964																					
			椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄 (症) 骨盤部	M9965																					
			椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄 (症) 腰部	M9973																					
			椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄 (症) 仙骨部	M9974																					
			椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄 (症) 骨盤部	M9975																					
			<b>070343 腰部骨癒合</b>																						
			その他の脊椎(骨)癒合 腰部	M4326																					
			その他の脊椎(骨)癒合 腰仙部	M4327																					
			その他の脊椎(骨)癒合 仙骨部および仙尾骨部	M4328																					
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 腰部	M4706																					
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 腰仙部	M4707																					
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 仙骨部および仙尾骨部	M4708																					
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴う その他の脊椎症 腰部	M4716																					
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴う その他の脊椎症 腰仙部	M4717																					
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴う その他の脊椎症 仙骨部および仙尾骨部	M4718																					
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 腰部	M4726																					
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 腰仙部	M4727																					
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 仙骨部および仙尾骨部	M4728																					
			その他の脊椎症 腰部	M4786																					
			その他の脊椎症 腰仙部	M4787																					
			その他の脊椎症 仙骨部および仙尾骨部	M4788																					
			脊椎症, 詳細不明 腰部	M4796																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			脊椎症、詳細不明 腰仙部	M4797																								
			脊椎症、詳細不明 仙骨部および仙尾骨部	M4798																								
			脊柱管狭窄(症) 腰部	M4806																								
			脊柱管狭窄(症) 腰仙部	M4807																								
			脊柱管狭窄(症) 仙骨部および仙尾骨部	M4808																								
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 腰部	M4816																								
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 腰仙部	M4817																								
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレストエ<Forestier>病] 仙骨部および仙尾骨部	M4818																								
			棘突起接触(症) 腰部	M4826																								
			棘突起接触(症) 腰仙部	M4827																								
			棘突起接触(症) 仙骨部および仙尾骨部	M4828																								
			外傷性脊椎障害 腰部	M4836																								
			外傷性脊椎障害 腰仙部	M4837																								
			外傷性脊椎障害 仙骨部および仙尾骨部	M4838																								
			椎骨の疲労骨折 腰部	M4846																								
			椎骨の疲労骨折 腰仙部	M4847																								
			椎骨の疲労骨折 仙骨部および仙尾骨部	M4848																								
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 腰部	M4856																								
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 腰仙部	M4857																								
			圧潰脊椎、他に分類されないもの 仙骨部および仙尾骨部	M4858																								
			その他の明示された脊椎障害 腰部	M4886																								
			その他の明示された脊椎障害 腰仙部	M4887																								
			その他の明示された脊椎障害 仙骨部および仙尾骨部	M4888																								
			脊椎障害、詳細不明 腰部	M4896																								
			脊椎障害、詳細不明 腰仙部	M4897																								
			脊椎障害、詳細不明 仙骨部および仙尾骨部	M4898																								
			神経障害性脊椎障害 腰部	M4946																								
			神経障害性脊椎障害 腰仙部	M4947																								
			神経障害性脊椎障害 仙骨部および仙尾骨部	M4948																								
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 腰部	M4986																								
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 腰仙部	M4987																								
			他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 仙骨部および仙尾骨部	M4988																								
			頸頭蓋症候群 腰部	M5306																								
			頸頭蓋症候群 腰仙部	M5307																								
			頸頭蓋症候群 仙骨部および仙尾骨部	M5308																								
			頸腕症候群 腰部	M5316																								
			頸腕症候群 腰仙部	M5317																								
			頸腕症候群 仙骨部および仙尾骨部	M5318																								
			仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 腰部	M5336																								
			仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 腰仙部	M5337																								
			仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 仙骨部および仙尾骨部	M5338																								
			その他の明示された脊柱障害 腰部	M5386																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の明示された脊柱障害 腰仙部	M5387																						
			その他の明示された脊柱障害 仙骨部	M5388																						
			および仙尾骨部																							
			脊柱障害, 詳細不明 腰部	M5396																						
			脊柱障害, 詳細不明 腰仙部	M5397																						
			脊柱障害, 詳細不明 仙骨部および仙尾骨部	M5398																						
			<b>070344 その他</b>																							
			椎間板障害における神経根および神経そう<叢>の圧迫	G551																						
			脊髄症における神経根および神経そう<叢>の圧迫	G552																						
			その他の脊柱障害における神経根および神経そう<叢>の圧迫	G553																						
			他に分類されるその他の疾患における神経根および神経そう<叢>の圧迫	G558																						
			血管性ミエロパチ<シ>-	G951																						
			脊髄圧迫, 詳細不明	G952																						
			脊髄疾患, 詳細不明	G959																						
			その他の脊椎(骨)癒合 脊柱<脊椎>の多部位	M4320																						
			その他の脊椎(骨)癒合 部位不明	M4329																						
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 脊柱<脊椎>の多部位	M4700																						
			前脊髄動脈および椎骨動脈圧迫症候群 部位不明	M4709																						
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 脊柱<脊椎>の多部位	M4710																						
			ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴うその他の脊椎症 部位不明	M4719																						
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 脊柱<脊椎>の多部位	M4720																						
			神経根障害を伴うその他の脊椎症 部位不明	M4729																						
			その他の脊椎症 脊柱<脊椎>の多部位	M4780																						
			その他の脊椎症 部位不明	M4789																						
			脊椎症, 詳細不明 脊柱<脊椎>の多部位	M4790																						
			脊椎症, 詳細不明 部位不明	M4799																						
			脊柱管狭窄(症) 脊柱<脊椎>の多部位	M4800																						
			脊柱管狭窄(症) 部位不明	M4809																						
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレスト子工<Forestier>病] 脊柱<脊椎>の多部位	M4810																						
			強直性脊椎骨増殖(肥厚)症[フォレスト子工<Forestier>病] 部位不明	M4819																						
			棘突起接触(症) 脊柱<脊椎>の多部位	M4820																						
			棘突起接触(症) 部位不明	M4829																						
			外傷性脊椎障害 脊柱<脊椎>の多部位	M4830																						
			外傷性脊椎障害 部位不明	M4839																						
			椎骨の疲労骨折 脊柱<脊椎>の多部位	M4840																						
			椎骨の疲労骨折 部位不明	M4849																						
			圧潰脊椎, 他に分類されないもの 脊柱<脊椎>の多部位	M4850																						
			圧潰脊椎, 他に分類されないもの 部位不明	M4859																						
			その他の明示された脊椎障害 脊柱<脊椎>の多部位	M4880																						
			その他の明示された脊椎障害 部位不明	M4889																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			脊椎障害、詳細不明 脊柱<脊椎>の多部位 M4890 脊椎障害、詳細不明 部位不明 M4899 神経障害性脊椎障害 脊柱<脊椎>の多部位 M4940 神経障害性脊椎障害 部位不明 M4949 他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 脊柱<脊椎>の多部位 M4980 他に分類されるその他の疾患における脊椎障害 部位不明 M4989 頰頭蓋症候群 脊柱<脊椎>の多部位 M5300 頰頭蓋症候群 部位不明 M5309 頰腕症候群 脊柱<脊椎>の多部位 M5310 頰腕症候群 部位不明 M5319 仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 脊柱<脊椎>の多部位 M5330 仙骨尾骨障害、他に分類されないもの 部位不明 M5339 その他の明示された脊柱障害 脊柱<脊椎>の多部位 M5380 その他の明示された脊柱障害 部位不明 M5389 脊椎障害、詳細不明 脊柱<脊椎>の多部位 M5390 脊椎障害、詳細不明 部位不明 M5399 神経管の椎間板性狭窄(症) 頭部 M9950 神経管の椎間板性狭窄(症) 下肢 M9956 神経管の椎間板性狭窄(症) 上肢 M9957 神経管の椎間板性狭窄(症) 胸部 M9958 神経管の椎間板性狭窄(症) 腹部およびその他 M9959 椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 頭部 M9960 椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 下肢 M9966 椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 上肢 M9967 椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 胸部 M9968 椎間孔の骨性または亜脱臼性狭窄(症) 腹部およびその他 M9969 椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 頭部 M9970 椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 下肢 M9976 椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 上肢 M9977 椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 胸部 M9978 椎間孔の結合組織および椎間板性狭窄(症) 腹部およびその他 M9979																								
07	0350	椎間板変性、ヘルニア	頸部椎間板障害 M50\$ その他の椎間板障害 M51\$				手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$								
							その他の手術あり	97	02	椎弓切除術 K131																	
								97	02	椎弓形成手術 K132																	
								97	02	椎間板摘出術 K134\$																	
								97	02	脊椎固定術 K142\$																	
								97	02	体外式脊椎固定術 K144																	
								97	03	脊髄硬膜内神経切断術 K186																	
								97	03	脊髄刺激装置植込術 K190																	
								97	04	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術 K128																	
								97	97	その他のKコード																	
							内視鏡下椎間板摘出(切除)術	01	01	内視鏡下椎間板摘出(切除)術 K134-2\$																	



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
07	0360	不安定椎	脊椎分離症 脊椎すべり症 ミエロパチ<シ>-<脊髄障害>を伴う反復性環軸関節亜脱臼 その他の反復性環軸関節亜脱臼 その他の反復性椎骨亜脱臼 脊椎不安定(症)	M430\$ M431\$ M433\$ M434\$ M435\$ M532\$			手術なし その他の手術あり 椎弓切除術等	99 97 01	99 97 01	手術なし 椎弓切除術 椎弓形成手術 脊椎固定術 体外式脊椎固定術	その他のK コード K131 K132 K142\$ K144	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$									
07	0370	脊椎骨粗鬆症	閉経後骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 卵巣摘出(術)後骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 廃用性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 術後吸収不良性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 薬物誘発性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 特発性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの その他の骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 詳細不明の骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、病的骨折を伴うもの 閉経後骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 卵巣摘出(術)後骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 廃用性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 術後吸収不良性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 薬物誘発性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 特発性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 限局性骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> その他の骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス>、詳細不明 多発性骨髄腫症における骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 内分泌障害における骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 他に分類されるその他の疾患における骨粗しょう<鬆>症<オステオポロシス> 骨格フック素(沈着)症	M800\$ M801\$ M802\$ M803\$ M804\$ M805\$ M808\$ M809\$ M810\$ M811\$ M812\$ M813\$ M814\$ M815\$ M816\$ M818\$ M819\$ M820\$ M821\$ M828\$ M851\$		手術なし 手術あり	99 97	99 97	手術なし 手術あり						1	1	人工呼吸	J045\$										
07	0380	ガングリオン	滑膜炎大<肥厚>、他に分類されないもの 一過性滑膜炎 ガングリオン	M672 M673 M674			手術なし その他の手術あり 関節滑膜切除術等	99 97 01	99 97 01	手術なし 関節滑膜切除術 関節滑膜切除術 骨腫瘍切除術 関節鏡下関節滑膜切除術 滑液膜摘出術 関節鏡下滑液膜摘出術 膝蓋骨滑液嚢切除術 関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術 掌指関節滑膜切除術	その他のK コード K066\$ K035-2 K052\$ K066-2\$ K066-3\$ K066-4\$ K066-5 K066-6 K066-7																	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
									01 01		関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8															
									01 01		ガングリオン摘出術	K070\$															
07	0390	線維芽細胞性障害	手掌腱膜線維腫症 [デュビイトラン< Dupuytren> 拘縮]	M720\$				手術なし	99 99		手術なし		1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1 1		人工呼吸	J045\$							
			ナックルバッド	M721\$				手術あり	97 01		筋膜切離術、筋膜切開術	K023	1 1		分層植皮術	K013\$											
			足底腱膜線維腫症	M722\$					97 01		四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術	K030\$	1 1		全層植皮術	K013-2\$											
			偽肉腫性線維腫症	M724\$					97 01		デュビイトラン拘縮手術	K099-2\$															
			その他の線維芽細胞性障害	M728\$					97 97		その他のKコード																
			線維芽細胞性障害、詳細不明	M729\$																							
07	0395	壊死性筋膜炎	ガスえく壊>瘻	A480	00 0		6歳以上	手術なし	99 99		手術なし		1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 3		貧血(その他)	130090			
			毒素ショック症候群	A483	06 1		6歳未満	手術あり	97 01		四肢切断術	K084\$	1 2		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1 2		中心静脈注射	G005							
			えく壊>死性筋膜炎	M726\$					97 02		皮膚切開術	K001\$	1 2		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1 1		人工呼吸	J045\$							
									97 02		デブリードマン	K002\$	1 2		複合組織移植術	K019											
									97 97		その他のKコード		1 2		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
													1 1		瘢痕拘縮形成手術	K010\$											
													1 1		分層植皮術	K013\$											
													1 1		全層植皮術	K013-2\$											
07	0400	股関節骨頭壊死	骨の特異性無菌く壊>性えく壊>死	M8705				手術なし	99 99		手術なし		1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1 1		人工呼吸	J045\$							
			骨盤部および大腿	M8715				その他の手術あり	97 97			その他のKコード	1 2		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			薬物による骨えく壊>死	M8715				人工関節再置換術等	01 01		人工関節再置換術	K082-3\$	1 2		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			既往の外傷による骨えく壊>死	M8725					01 02		人工骨頭挿入術 肩、股	K0811	1 2		複合組織移植術	K019											
			部および大腿	M8735					01 02		人工関節置換術 肩、股、膝	K0821	1 2		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			その他の続発性骨えく壊>死	M8735					01 02		人工関節置換術 肩、股、膝	K0821	1 2		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			部および大腿	M8785					01 03		骨揺脱術 肩甲骨、上腕、大腿	K0431	1 2		組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			その他の骨えく壊>死	M8785					01 03		骨関節結核瘻孔摘出術 肩甲骨、上腕、大腿	K043-21	1 2		骨長調整手術	K058\$											
			大腿	M8795					01 03		骨髄炎手術(骨結核手術を含む。) 肩甲骨、上腕、大腿	K043-31	1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			骨えく壊>死、詳細不明	M8795					01 03		腐骨摘出術	K050\$	1 1		分層植皮術	K013\$											
			部および大腿	M8795					01 03		人工関節除去術 肩、股、膝	K082-21	1 1		全層植皮術	K013-2\$											
									01 04		骨全摘術 肩甲骨、上腕、大腿	K0511															
									01 04		骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿	K0541															
									01 04		大腿骨頭回転骨切り術	K055-2															
									01 04		大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	K055-3															
									01 05		関節鼠摘出手術	K067\$															
									01 05		関節鏡下関節鼠摘出手術	K067-2\$															
									01 05		親血的関節固定術 肩、股、膝	K0781															
									01 05		親血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782															
07	0420	大腿骨頭すべり症	大腿骨頭すべり症(非外傷性)	M930				手術なし	99 99		手術なし		1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1 1		人工呼吸	J045\$							
								手術あり	97 01		骨折経皮的鋼線刺入固定術 肩甲骨、上腕、大腿	K0451															
									97 01		骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿	K0541															
									97 01		大腿骨頭回転骨切り術	K055-2															
									97 01		大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術	K055-3															
									97 97		その他のKコード																
07	0430	神経異常栄養症、骨成長障害、骨障害(その他)	有痛性神経異常栄養症	M890\$				手術なし	99 99		手術なし		1 2		骨長調整手術	K058\$	1 1		人工呼吸	J045\$							
			骨端線成長停止	M891\$				その他の手術あり	97 97			その他のKコード	1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			骨の発育および成長のその他の障害	M892\$				骨部分切除術等	01 01		骨部分切除術	K049\$															
			骨の肥厚<大>	M893\$					01 01		骨腫瘍切除術	K052\$															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			その他の肥厚<大>性骨関節症 骨溶解(症) その他の明示された骨障害 骨障害、詳細不明	M894\$ M895\$ M896\$ M899\$				01 01		多発性軟骨性外骨腫摘出術	K052-2\$																
07	0440	色素性絨毛結節性滑膜炎	絨毛結節性滑膜炎(色素性) 多部位 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 肩甲帯 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 上腕 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 前腕 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 手 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 骨盤部および大腿 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 下腿 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 足関節部および足 絨毛結節性滑膜炎(色素性) その他 絨毛結節性滑膜炎(色素性) 部位不明	M1220 M1221 M1222 M1223 M1224 M1225 M1226 M1227 M1228 M1229			手術なし 手術あり	99 99		手術なし 人工骨頭挿入術 人工関節置換術 人工関節再置換術 関節滑膜切除術 関節鏡下関節滑膜切除術 滑液膜摘出術 関節鏡下滑液膜摘出術 膝蓋骨滑液囊切除術 関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術 掌指関節滑膜切除術 関節鏡下掌指関節滑膜切除術 親血的関節固定術 関節内異物(挿入物を含む。)除去術 関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術 97 97	K081\$ K082\$ K082-3\$ K066\$ K066-2\$ K066-3\$ K066-4\$ K066-5 K066-6 K066-7 K066-8 K078\$ K065\$ K065-2\$ その他のKコード	1 2 1 2 1 2	皮膚作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K015\$ K016 K059\$	1 1		J045\$										
07	0460	股関節ヘルテス病	大腿骨頭の若年性軟骨症<骨端症> [レッグ・カルウェ・ヘルテス<Legg-Calve-Perthes>病]	M911\$			手術なし 手術あり	99 99		手術なし 骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿 大腿骨頭回転骨切り術 大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術 関節形成手術 肩、股、膝 97 97	K0541 K055-2 K055-3 K0801 その他のKコード	1 2 1 2	骨長調整手術 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K058\$ K059\$	1 1		J045\$										
07	0470	関節リウマチ	関節障害性乾せんく瘡< 腸バイパスに続発する関節障害 赤痢後関節障害 予防接種後関節障害 ライター<Reiter>病 多部位 ライター<Reiter>病 肩甲帯 ライター<Reiter>病 上腕 ライター<Reiter>病 前腕 ライター<Reiter>病 手 ライター<Reiter>病 骨盤部および大腿 ライター<Reiter>病 下腿 ライター<Reiter>病 足関節部および足 ライター<Reiter>病 その他 ライター<Reiter>病 部位不明 その他の反応性関節障害 肩甲帯 その他の反応性関節障害 上腕 その他の反応性関節障害 前腕 その他の反応性関節障害 手 その他の反応性関節障害 骨盤部および大腿 その他の反応性関節障害 下腿	L405 M0206 M0216 M0226 M0230 M0231 M0232 M0233 M0234 M0235 M0236 M0237 M0238 M0239 M0281 M0282 M0283 M0284 M0285 M0286	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満	手術なし その他の手術あり 筋肉内異物摘出術等	99 99		手術なし 皮膚切開術 筋肉内異物摘出術 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 骨切り術 関節切開術 肩甲関節周囲沈着石灰摘出術 関節内異物(挿入物を含む。)除去術 関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術 関節滑膜切除術 肩、股、膝 関節滑膜切除術 胸鎖、肘、手、足 関節滑膜切除術 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下関節滑膜切除術 滑液膜摘出術 関節鏡下滑液膜摘出術 掌指関節滑膜切除術 関節鏡下掌指関節滑膜切除術 半月板切除術 関節鏡下半月板切除術	K001\$ その他のKコード K029 K030\$ K054\$ K060\$ K060-2 K065\$ K065-2\$ K0661 K0662 K0663 K066-2\$ K066-3\$ K066-4\$ K066-7 K066-8 K068 K068-2	1 2 1 2	骨長調整手術 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K058\$ K059\$	6 10 5 9 4 8 3 7 2 6 1 5 1 4 1 2 1 1	インフリキシマブ トシリズマブ アダリムマブ エタネルセプト リハビリテーション 血球成分除去療法 血漿交換療法 中心静脈注射 人工呼吸	J041-2 J039 G005 J045\$	1 1 1 2	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 心不全	040080 050130	0 1	片側 両側						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の反応性関節障害	足関節部	M0287				03	03	関節内骨折親血的手術 肩、股、膝	K0731														
			および足																							
			反応性関節障害	詳細不明	肩甲帯	M0291			03	03	親血の関節授動術	K076\$														
			反応性関節障害	詳細不明	上腕	M0292			03	03	親血の関節固定術	K078\$														
			反応性関節障害	詳細不明	前腕	M0293			03	03	関節形成手術	K080\$														
			反応性関節障害	詳細不明	手	M0294		関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股等	02	02	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股	K0801+K0811														
			反応性関節障害	詳細不明	骨盤部および大腿	M0295			02	02	関節形成手術 肩、股、膝+人工関節置換術 肩、股、膝	K0801+K0821														
			反応性関節障害	詳細不明	下腿	M0296			02	02	人工骨頭挿入術 肩、股	K0811														
			反応性関節障害	詳細不明	足関節部および足	M0297			02	02	人工関節置換術	K082\$														
			フェルティエ<Felty>症候群	多部位	M0500				02	02	脊椎骨切り術	K139														
			フェルティエ<Felty>症候群	肩甲帯	M0501				02	02	脊椎固定術	K142\$														
			フェルティエ<Felty>症候群	上腕	M0502				02	02	脊椎側彎症手術	K142-2\$														
			フェルティエ<Felty>症候群	前腕	M0503				02	02	体外式脊椎固定術	K144														
			フェルティエ<Felty>症候群	手	M0504		人工関節再置換術	01	01	人工関節再置換術	K082-3\$															
			フェルティエ<Felty>症候群	骨盤部および大腿	M0505																					
			フェルティエ<Felty>症候群	下腿	M0506																					
			フェルティエ<Felty>症候群	足関節部および足	M0507																					
			フェルティエ<Felty>症候群	その他	M0508																					
			フェルティエ<Felty>症候群	部位不明	M0509																					
			リウマチ性肺疾患	多部位	M0510																					
			リウマチ性肺疾患	肩甲帯	M0511																					
			リウマチ性肺疾患	上腕	M0512																					
			リウマチ性肺疾患	前腕	M0513																					
			リウマチ性肺疾患	手	M0514																					
			リウマチ性肺疾患	骨盤部および大腿	M0515																					
			リウマチ性肺疾患	下腿	M0516																					
			リウマチ性肺疾患	足関節部および足	M0517																					
			リウマチ性肺疾患	その他	M0518																					
			リウマチ性肺疾患	部位不明	M0519																					
			リウマチ性血管炎	多部位	M0520																					
			リウマチ性血管炎	肩甲帯	M0521																					
			リウマチ性血管炎	上腕	M0522																					
			リウマチ性血管炎	前腕	M0523																					
			リウマチ性血管炎	手	M0524																					
			リウマチ性血管炎	骨盤部および大腿	M0525																					
			リウマチ性血管炎	下腿	M0526																					
			リウマチ性血管炎	足関節部および足	M0527																					
			リウマチ性血管炎	その他	M0528																					
			リウマチ性血管炎	部位不明	M0529																					
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	多部位	M0530																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	肩甲帯	M0531																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	上腕	M0532																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	前腕	M0533																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	手	M0534																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	骨盤部および大腿	M0535																				
			その他の臓器および器官系の併発症	を伴う関節リウマチ	下腿	M0536																				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の臓器および器官系の併発症を伴う関節リウマチ 足関節および足	M0537																						
			その他の臓器および器官系の併発症を伴う関節リウマチ その他	M0538																						
			その他の臓器および器官系の併発症を伴う関節リウマチ 部位不明	M0539																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 多部位	M0580																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 肩甲帯	M0581																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 上腕	M0582																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 前腕	M0583																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 手	M0584																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 骨盤部および大腿	M0585																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 下腿	M0586																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 足関節および足	M0587																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ その他	M0588																						
			その他の血清反応陽性関節リウマチ 部位不明	M0589																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 多部位	M0590																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 肩甲帯	M0591																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 上腕	M0592																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 前腕	M0593																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 手	M0594																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 骨盤部および大腿	M0595																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 下腿	M0596																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 足関節および足	M0597																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 その他	M0598																						
			血清反応陽性関節リウマチ、詳細不明 部位不明	M0599																						
			血清反応陰性関節リウマチ 多部位	M0600																						
			血清反応陰性関節リウマチ 肩甲帯	M0601																						
			血清反応陰性関節リウマチ 上腕	M0602																						
			血清反応陰性関節リウマチ 前腕	M0603																						
			血清反応陰性関節リウマチ 手	M0604																						
			血清反応陰性関節リウマチ 骨盤部および大腿	M0605																						
			血清反応陰性関節リウマチ 下腿	M0606																						
			血清反応陰性関節リウマチ 足関節および足	M0607																						
			血清反応陰性関節リウマチ その他	M0608																						
			血清反応陰性関節リウマチ 部位不明	M0609																						
			成人発症ステル<Still>病 多部位	M0610																						
			成人発症ステル<Still>病 肩甲帯	M0611																						
			成人発症ステル<Still>病 上腕	M0612																						
			成人発症ステル<Still>病 前腕	M0613																						
			成人発症ステル<Still>病 手	M0614																						
			成人発症ステル<Still>病 骨盤部および大腿	M0615																						
			成人発症ステル<Still>病 下腿	M0616																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生 時体重	手術分岐	対応 コード	フラグ	点数表名称	区分番号 等	対応 コード	フラグ	処置等名称	区分 番号 等	対応 コード	フラグ	処置等名称	区分 番号 等	対応 コード	フラグ	疾患名	疾患 コード または ICD コード	フラグ	重症度 等
			成人発症ステル<Still>病 足関節部	M0617																						
			および足																							
			成人発症ステル<Still>病 その他	M0618																						
			成人発症ステル<Still>病 部位不明	M0619																						
			リウマチ性滑液包炎 多部位	M0620																						
			リウマチ性滑液包炎 肩甲帯	M0621																						
			リウマチ性滑液包炎 上腕	M0622																						
			リウマチ性滑液包炎 前腕	M0623																						
			リウマチ性滑液包炎 手	M0624																						
			リウマチ性滑液包炎 骨盤部および大 腿	M0625																						
			リウマチ性滑液包炎 下腿	M0626																						
			リウマチ性滑液包炎 足関節部および 足	M0627																						
			リウマチ性滑液包炎 その他	M0628																						
			リウマチ性滑液包炎 部位不明	M0629																						
			リウマチ性皮下結節 多部位	M0630																						
			リウマチ性皮下結節 肩甲帯	M0631																						
			リウマチ性皮下結節 上腕	M0632																						
			リウマチ性皮下結節 前腕	M0633																						
			リウマチ性皮下結節 手	M0634																						
			リウマチ性皮下結節 骨盤部および大 腿	M0635																						
			リウマチ性皮下結節 下腿	M0636																						
			リウマチ性皮下結節 足関節部および 足	M0637																						
			リウマチ性皮下結節 その他	M0638																						
			リウマチ性皮下結節 部位不明	M0639																						
			炎症性多発性関節障害 多部位	M0640																						
			炎症性多発性関節障害 肩甲帯	M0641																						
			炎症性多発性関節障害 上腕	M0642																						
			炎症性多発性関節障害 前腕	M0643																						
			炎症性多発性関節障害 手	M0644																						
			炎症性多発性関節障害 骨盤部およ び大腿	M0645																						
			炎症性多発性関節障害 下腿	M0646																						
			炎症性多発性関節障害 足関節部およ び足	M0647																						
			炎症性多発性関節障害 その他	M0648																						
			炎症性多発性関節障害 部位不明	M0649																						
			その他の明示された関節リウマチ 多 部位	M0680																						
			その他の明示された関節リウマチ 肩 甲帯	M0681																						
			その他の明示された関節リウマチ 上 腕	M0682																						
			その他の明示された関節リウマチ 前 腕	M0683																						
			その他の明示された関節リウマチ 手	M0684																						
			その他の明示された関節リウマチ 骨 盤部および大腿	M0685																						
			その他の明示された関節リウマチ 下 腿	M0686																						
			その他の明示された関節リウマチ 足 関節部および足	M0687																						
			その他の明示された関節リウマチ そ の他	M0688																						
			その他の明示された関節リウマチ 部 位不明	M0689																						
			関節リウマチ, 詳細不明 多部位	M0690																						
			関節リウマチ, 詳細不明 肩甲帯	M0691																						
			関節リウマチ, 詳細不明 上腕	M0692																						
			関節リウマチ, 詳細不明 前腕	M0693																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			関節リウマチ、詳細不明 手	M0694																							
			関節リウマチ、詳細不明 骨盤部および大腿	M0695																							
			関節リウマチ、詳細不明 下腿	M0696																							
			関節リウマチ、詳細不明 足関節部および足	M0697																							
			関節リウマチ、詳細不明 その他	M0698																							
			関節リウマチ、詳細不明 部位不明	M0699																							
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0700																							
			性関節障害 多部位																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0701																							
			性関節障害 肩甲帯																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0702																							
			性関節障害 上腕																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0703																							
			性関節障害 前腕																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0704																							
			性関節障害 手																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0705																							
			性関節障害 骨盤部および大腿																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0706																							
			性関節障害 下腿																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0707																							
			性関節障害 足関節部および足																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0708																							
			性関節障害 その他																								
			遠位指<趾>節間関節乾せん<癩>	M0709																							
			性関節障害 部位不明																								
			破壊性関節炎 多部位	M0710																							
			破壊性関節炎 下腿	M0716																							
			破壊性関節炎 その他	M0718																							
			破壊性関節炎 部位不明	M0719																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 肩甲帯	M0721																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 上腕	M0722																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 前腕	M0723																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 手	M0724																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 骨盤部および大腿	M0725																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 下腿	M0726																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 足関節部および足	M0727																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 その他	M0728																							
			乾せん<癩>性脊椎炎 部位不明	M0729																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 多部位	M0730																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 肩甲帯	M0731																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 上腕	M0732																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 前腕	M0733																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 手	M0734																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 骨盤部および大腿	M0735																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 下腿	M0736																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 足関節部および足	M0737																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 その他	M0738																							
			その他の乾せん<癩>性関節障害 部位不明	M0739																							
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における関節障害 下腿	M0746																							
			潰瘍性大腸炎における関節障害 下腿	M0756																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の腸病(性)関節障害 下腿	M0766																						
			若年性関節リウマチ 多部位	M0800																						
			若年性関節リウマチ 肩甲帯	M0801																						
			若年性関節リウマチ 上腕	M0802																						
			若年性関節リウマチ 前腕	M0803																						
			若年性関節リウマチ 手	M0804																						
			若年性関節リウマチ 骨盤部および大腿	M0805																						
			若年性関節リウマチ 下腿	M0806																						
			若年性関節リウマチ 足関節部および足	M0807																						
			若年性関節リウマチ その他	M0808																						
			若年性関節リウマチ 部位不明	M0809																						
			若年性強直性脊椎炎	M081\$																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 多部位	M0820																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 肩甲帯	M0821																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 上腕	M0822																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 前腕	M0823																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 手	M0824																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 骨盤部および大腿	M0825																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 下腿	M0826																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 足関節部および足	M0827																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] その他	M0828																						
			全身性発症を伴う若年性関節炎[ステル<Still>病] 部位不明	M0829																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 肩甲帯	M0831																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 上腕	M0832																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 前腕	M0833																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 手	M0834																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 骨盤部および大腿	M0835																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 下腿	M0836																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 足関節部および足	M0837																						
			少関節型若年性関節炎 肩甲帯	M0841																						
			少関節型若年性関節炎 上腕	M0842																						
			少関節型若年性関節炎 前腕	M0843																						
			少関節型若年性関節炎 手	M0844																						
			少関節型若年性関節炎 骨盤部および大腿	M0845																						
			少関節型若年性関節炎 下腿	M0846																						
			少関節型若年性関節炎 足関節部および足	M0847																						
			その他の若年性関節炎 肩甲帯	M0881																						
			その他の若年性関節炎 上腕	M0882																						
			その他の若年性関節炎 前腕	M0883																						
			その他の若年性関節炎 手	M0884																						
			その他の若年性関節炎 骨盤部および大腿	M0885																						
			その他の若年性関節炎 下腿	M0886																						



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			その他の若年性関節炎 足関節および足	M0887																						
			若年性関節炎, 詳細不明 肩甲帯	M0891																						
			若年性関節炎, 詳細不明 上腕	M0892																						
			若年性関節炎, 詳細不明 前腕	M0893																						
			若年性関節炎, 詳細不明 手	M0894																						
			若年性関節炎, 詳細不明 骨盤部および大腿	M0895																						
			若年性関節炎, 詳細不明 下腿	M0896																						
			若年性関節炎, 詳細不明 足関節および足	M0897																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 多部位	M0900																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 肩甲帯	M0901																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 上腕	M0902																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 前腕	M0903																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 手	M0904																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 骨盤部および大腿	M0905																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 下腿	M0906																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 足関節および足	M0907																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 その他	M0908																						
			乾せんく瘻>における若年性関節炎 部位不明	M0909																						
			回帰性リウマチ 肩甲帯	M1231																						
			回帰性リウマチ 上腕	M1232																						
			回帰性リウマチ 前腕	M1233																						
			回帰性リウマチ 手	M1234																						
			回帰性リウマチ 骨盤部および大腿	M1235																						
			回帰性リウマチ 下腿	M1236																						
			回帰性リウマチ 足関節および足	M1237																						
			強直性脊椎炎	M45\$																						
07	0510	痛風、関節の障害(その他)	痛風	M10\$				手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	1	人工呼吸	J045\$						
			その他の結晶性関節障害	M11\$				手術あり	97	01	関節切開術	K060\$														
			酵素欠損およびその他の遺伝性障害による痛風性関節障害	M140					97	01	関節滑膜切除術	K066\$														
			その他の代謝障害における結晶性関節障害	M141					97	01	観血的関節固定術	K078\$														
			リポイド皮膚関節炎	M143					97	01	関節形成手術	K080\$														
			アミロイドーシス<アミロイド症>における関節障害	M144					97	02	皮膚切開術	K001\$														
			その他の内分泌、栄養および代謝障害における関節障害	M145					97	02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$														
			他に分類されるその他の明示された疾患における関節障害	M148					97	97		その他のKコード														
			リウマチ, 詳細不明	M790\$																						
07	0520	リンパ節、リンパ管の疾患	結核性末梢(性)リンパ節症	A182	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし						1	2	中心静脈注射	G005						
			リンパ節の良性新生物	D360	06	1	6歳未満	手術あり	97	01	創傷処理	K000\$						1	1	人工呼吸	J045\$					
			慢性リンパ節炎, 腸間膜を除く	I881					97	01	皮膚切開術	K001\$														
			その他の非特異性リンパ節炎	I888					97	01	デブリードマン	K002\$														
			非特異性リンパ節炎, 詳細不明	I889					97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$														
			リンパ管およびリンパ節のその他の非感染性障害	I89\$					97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$														
			急性リンパ節炎	L04\$					97	01	リンパ節摘出術	K626\$														
									97	01	リンパ管吻合術	K628														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等	重症度等	
								97	97		その他のKコード															
07	0560	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	サルコイドーシス	D86\$	00	0	6歳以上	手術なし	99	99	手術なし	1	2	骨長調整手術	K058\$	6	10	インフリキシマブ		1	2	出血性疾患(その他)	130110			
			心臓併発症の記載のないリウマチ熱	I00	06	1	6歳未満	手術あり	97	01	人工骨頭挿入術 肩、股	K0811	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	5	9	トシリズマブ		1	3	敗血症	180010		
			えくぼ>痘性膿皮症	L88					97	01	人工関節置換術 肩、股、膝	K0821					4	8	アダリムマブ							
			皮膚および皮下組織の肉芽腫性障害	L92\$					97	01	人工関節抜去術	K082-2\$					3	7	エタネルセプト							
			エリテマトーデス<紅斑性狼瘡>	L93\$					97	01	人工関節再置換術 肩、股、膝	K082-31					2	5	血漿交換療法	J039						
			斑状強皮症[モルフェア]	L940					97	02	関節切開術	K060\$					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			線状強皮症	L941					97	02	関節滑膜切除術	K066\$					1	2	中心静脈注射	G005						
			皮膚石灰沈着症	L942					97	02	関節鏡下関節滑膜切除術	K066-2\$					1	1	人工呼吸	J045\$						
			手指硬化症	L943					97	02	滑液膜摘出術	K066-3\$														
			皮膚に限局した血管炎、他に分類されないもの	L95\$					97	02	関節鏡下滑液膜摘出術	K066-4\$														
			(急性)熱性好中球性皮膚症[スウィート<Sweet>症候群]	L982					97	02	膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5														
			好酸球性蜂巣炎<蜂窩織炎>[ウェルズ<Wells>病]	L983					97	02	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6														
			腸/バイパスに続発する関節障害 多部位	M0200					97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7														
			腸/バイパスに続発する関節障害 その他	M0208					97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8														
			腸/バイパスに続発する関節障害 部位不明	M0209					97	02	観血的関節授動術	K076\$														
			赤痢後関節障害 多部位	M0210					97	02	観血的関節制動術	K077\$														
			赤痢後関節障害 その他	M0218					97	02	観血的関節固定術	K078\$														
			赤痢後関節障害 部位不明	M0219					97	02	関節形成手術	K080\$														
			予防接種後関節障害 多部位	M0220					97	97		その他のKコード														
			予防接種後関節障害 その他	M0228																						
			予防接種後関節障害 部位不明	M0229																						
			その他の反応性関節障害 多部位	M0280																						
			その他の反応性関節障害 その他	M0288																						
			その他の反応性関節障害 部位不明	M0289																						
			反応性関節障害、詳細不明 多部位	M0290																						
			反応性関節障害、詳細不明 その他	M0298																						
			反応性関節障害、詳細不明 部位不明	M0299																						
			髄膜炎菌感染後関節炎 多部位	M0300																						
			梅毒における感染後関節障害 多部位	M0310																						
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 多部位	M0320																						
			他に分類されるその他の疾患における反応性関節障害 多部位	M0360																						
			乾せん<癩>性脊椎炎 多部位	M0720																						
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎] における関節障害 多部位	M0740																						
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎] における関節障害 その他	M0748																						
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎] における関節障害 部位不明	M0749																						
			潰瘍性大腸炎における関節障害 多部位	M0750																						
			潰瘍性大腸炎における関節障害 その他	M0758																						
			潰瘍性大腸炎における関節障害 部位不明	M0759																						
			その他の腸病(性)関節障害 多部位	M0760																						
			その他の腸病(性)関節障害 その他	M0768																						
			その他の腸病(性)関節障害 部位不明	M0769																						
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 多部位	M0830																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) その他	M0838																					
			若年性多発性関節炎(血清反応陰性) 部位不明	M0839																					
			少関節型若年性関節炎 多部位	M0840																					
			少関節型若年性関節炎 その他	M0848																					
			少関節型若年性関節炎 部位不明	M0849																					
			その他の若年性関節炎 多部位	M0880																					
			その他の若年性関節炎 その他	M0888																					
			その他の若年性関節炎 部位不明	M0889																					
			若年性関節炎, 詳細不明 多部位	M0890																					
			若年性関節炎, 詳細不明 その他	M0898																					
			若年性関節炎, 詳細不明 部位不明	M0899																					
			クローン<Crohn>病[限局性腸炎]における若年性関節炎	M091\$																					
			潰瘍性大腸炎における若年性関節炎	M092\$																					
			他に分類されるその他の疾患における若年性関節炎	M098\$																					
			リウマチ熱後慢性関節障害[ジャクー<Jaccoud>病]	M120\$																					
			カシン・ベック<Kaschin-Beck>病	M121\$																					
			回帰性リウマチ 多部位	M1230																					
			回帰性リウマチ その他	M1238																					
			回帰性リウマチ 部位不明	M1239																					
			多発性関節炎, 詳細不明 多部位	M1300																					
			多発性関節炎, 詳細不明 上腕	M1302																					
			多発性関節炎, 詳細不明 前腕	M1303																					
			多発性関節炎, 詳細不明 骨盤部および大腿	M1305																					
			単(発性)関節炎, 他に分類されないもの 多部位	M1310																					
			その他の明示された関節炎 多部位	M1380																					
			関節炎, 詳細不明 多部位	M1390																					
			原発性全身性(骨)関節症	M150																					
			続発性多発性関節症	M153																					
			びらん性(骨)関節症	M154																					
			その他の多発性関節症	M158																					
			多発性関節症, 詳細不明	M159																					
			その他の関節の原発性関節症 多部位	M1900																					
			結節性多発(性)動脈炎	M300																					
			肺の併発症を伴う多発(性)動脈炎 [チャウグ・シュトラウス<Churg-Strauss>症候群]	M301																					
			若年性多発(性)動脈炎	M302																					
			結節性多発(性)動脈炎に関連するその他の病態	M308																					
			その他のえ<壊>死性血管障害	M31\$																					
			全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>	M32\$																					
			若年性皮膚筋炎	M330																					
			その他の皮膚筋炎	M331																					
			多発性筋炎	M332																					
			皮膚(多発性)筋炎, 詳細不明	M339																					
			全身性硬化症	M34\$																					
			乾燥症候群[シェーグレン<Sjogren>症候群]	M350																					
			その他の重複症候群	M351																					
			ベーチェット<Behcet>病	M352																					
			リウマチ性多発筋痛症	M353																					
			びまん性(好酸球増加性)筋膜炎	M354																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			多巣性線維性硬化症 M355 再発性<反復性>皮下脂肪組織炎 [ウェーバー・クリスチヤン<Weber-Christian>病] M356 過度<刺>運動性症候群 M357 その他の明示された全身性結合組織疾患 M358 全身性結合組織疾患、詳細不明 M359 他に分類される疾患における全身性結合組織障害 M365 サルコイドーシスにおける筋炎 M633																						
07	0570	瘻痕拘縮	皮膚の瘻痕状態および線維症 L905 皮膚の肥厚性障害 L915 皮膚の慢性潰瘍、他に分類されないもの L984 皮膚および皮下組織のその他の明示された障害 L988				手術なし その他の手術あり 創傷処理等 皮膚切開術 デブリードマン 皮膚剝削術 瘻痕拘縮形成手術等 臍剥離術(関節鏡下によるものを含む。) 01 01 観血的関節授動術 01 01 指瘻痕拘縮手術	99 99 97 97 02 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01		手術なし 手術あり 97 01 臍切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。) 97 01 脊椎固定術 97 01 体外式脊椎固定術 その他のKコード		2 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 K015\$ 2 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 2 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 2 2 複合組織移植術 K019 2 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K020 2 2 組織拡張器による再建手術(一連につき) K022 1 1 分層植皮術 K013\$ 1 1 全層植皮術 K013-2\$ K099		1 1 人工呼吸 J045\$		1 3 閉塞性動脈疾患 050170									
07	0580	斜頸	斜頸 M436\$ 胸鎖乳突筋の先天(性)変形 Q680				手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 97		手術なし 97 01 臍切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。) K034 K142\$ K144 その他のKコード		1 1 人工呼吸 J045\$													
07	0590	血管腫、リンパ管腫	血管腫、全ての部位 D180 リンパ管腫、全ての部位 D181 遺伝性出血性毛細血管拡張症 I780				手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 97		手術なし 97 01 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部) K003\$ 97 01 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外) K004\$ 97 01 リンパ管腫摘出術 K625\$ その他のKコード	1 3 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管) K615 1 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 K015\$ 1 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 1 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 1 2 複合組織移植術 K019 1 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K020 1 2 粘膜移植術 K021\$ 1 2 粘膜弁手術 K021-2\$ 1 2 組織拡張器による再建手術(一連につき) K022 1 1 分層植皮術 K013\$ 1 1 全層植皮術 K013-2\$	2 4 皮膚レーザー照射療法 J054-2\$ 1 1 人工呼吸 J045\$	1 1 てんかん 010230 1 3 貧血(その他) 130090												
07	0600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢以外)	骨折の変形癒合 骨盤部および大腿 M8405 骨折の変形癒合 下腿 M8406 骨折の変形癒合 足関節および足 M8407 骨折の癒合不全〔偽関節〕 骨盤部および大腿 M8415 骨折の癒合不全〔偽関節〕 下腿 M8416 骨折の癒合不全〔偽関節〕 足関節および足 M8417 骨折の癒合遅延 骨盤部および大腿 M8425 骨折の癒合遅延 下腿 M8426				手術なし その他の手術あり 骨長調整手術等	99 99 97 02 97 02 97 97 01 01 01 01 01 01 01 01		手術なし 97 02 難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき) K047 97 02 難治性骨折超音波治療法(一連につき) K047-2 その他のKコード 01 01 骨長調整手術 K058\$ 01 01 偽関節手術 K056\$ 01 01 変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿 K0572 01 01 変形治癒骨折矯正手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 K0573	1 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 K015\$ 1 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 1 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 1 2 複合組織移植術 K019 1 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K020 1 2 組織拡張器による再建手術(一連につき) K022 1 1 分層植皮術 K013\$ 1 1 全層植皮術 K013-2\$	1 3 人工呼吸 人工呼吸 人工呼吸 J0382 1 2 中心静脈注射 G005 1 1 人工呼吸 J045\$													

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			骨折の癒合遅延 足関節部および足	M8427				01	01	観血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			病的骨折、他に分類されないもの 骨盤部および大腿	M8445				01	01	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802														
			病的骨折、他に分類されないもの 下腿	M8446																					
			病的骨折、他に分類されないもの 足関節部および足	M8447																					
			骨のその他の癒合障害 骨盤部および大腿	M8485																					
			骨のその他の癒合障害 下腿	M8486																					
			骨のその他の癒合障害 足関節部および足	M8487																					
			骨癒合術後または関節固定術後の偽関節	M960																					
			脊椎骨折の続発・後遺症	T911																					
			胸部<郭>および骨盤部のその他の骨折の続発・後遺症	T912																					
			大腿骨骨折の続発・後遺症	T931																					
			下肢のその他の骨折の続発・後遺症	T932																					
07	0610	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(上肢)	骨折の変形癒合 肩甲帯	M8401			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			骨折の変形癒合 上腕	M8402			その他の手術あり	97	02	難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき)	K047	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005						
			骨折の変形癒合 前腕	M8403				97	02	変形性骨折超音波治療法(一連につき)	K047-2	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$						
			骨折の変形癒合 手	M8404				97	97	その他のKコード	K0572	1	2	複合組織移植術	K019										
			骨折の癒合不全〔偽関節〕 肩甲帯	M8411			変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿等	01	01	変形治癒骨折矯正手術 前腕、下腿	K0572	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			骨折の癒合不全〔偽関節〕 上腕	M8412				01	01	偽関節手術	K056\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			骨折の癒合不全〔偽関節〕 前腕	M8413				01	01	変形治癒骨折矯正手術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0573	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			骨折の癒合不全〔偽関節〕 手	M8414				01	01	骨長調整手術	K058\$	1	1	分層植皮術	K013\$										
			骨折の癒合遅延 肩甲帯	M8421				01	01	観血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			骨折の癒合遅延 上腕	M8422				01	01	関節形成手術 胸鎖、肘、手、足	K0802														
			骨折の癒合遅延 前腕	M8423																					
			骨折の癒合遅延 手	M8424																					
			疲労骨折、他に分類されないもの 肩甲帯	M8431																					
			疲労骨折、他に分類されないもの 上腕	M8432																					
			疲労骨折、他に分類されないもの 前腕	M8433																					
			疲労骨折、他に分類されないもの 手	M8434																					
			病的骨折、他に分類されないもの 肩甲帯	M8441																					
			病的骨折、他に分類されないもの 上腕	M8442																					
			病的骨折、他に分類されないもの 前腕	M8443																					
			病的骨折、他に分類されないもの 手	M8444																					
			骨の癒合障害、詳細不明 肩甲帯	M8491																					
			骨の癒合障害、詳細不明 上腕	M8492																					
			骨の癒合障害、詳細不明 前腕	M8493																					
			骨の癒合障害、詳細不明 手	M8494																					
			腕の骨折の続発・後遺症	T921																					
			手首および手の骨折の続発・後遺症	T922																					
07	1030	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	この表の傷病名の欄に掲げるICDコード以外の筋骨格系及び結合組織の疾患に係るICDコード	M!!!!			手術なし	99	99	手術なし		1	1	人工呼吸	J045\$										
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 多部位	M0000			手術あり	97	97	手術あり															
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 その他	M0008																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			ブドウ球菌性(多発性)関節炎 部位不明	M0009																							
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 多部位	M0010																							
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 その他	M0018																							
			肺炎球菌性(多発性)関節炎 部位不明	M0019																							
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 多部位	M0020																							
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 その他	M0028																							
			その他のレンサ球菌性(多発性)関節炎 部位不明	M0029																							
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 多部位	M0080																							
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 その他	M0088																							
			その他の明示された病原体による(多発性)関節炎 部位不明	M0089																							
			化膿性関節炎, 詳細不明 多部位	M0090																							
			化膿性関節炎, 詳細不明 その他	M0098																							
			化膿性関節炎, 詳細不明 部位不明	M0099																							
			髄膜炎菌性関節炎 多部位	M0100																							
			髄膜炎菌性関節炎 その他	M0108																							
			髄膜炎菌性関節炎 部位不明	M0109																							
			結核性関節炎 多部位	M0110																							
			結核性関節炎 その他	M0118																							
			結核性関節炎 部位不明	M0119																							
			ライム<Lyme>病における関節炎 多部位	M0120																							
			ライム<Lyme>病における関節炎 その他	M0128																							
			ライム<Lyme>病における関節炎 部位不明	M0129																							
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 多部位	M0130																							
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 その他	M0138																							
			他に分類されるその他の細菌性疾患における関節炎 部位不明	M0139																							
			風疹性関節炎 多部位	M0140																							
			風疹性関節炎 その他	M0148																							
			風疹性関節炎 部位不明	M0149																							
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 多部位	M0150																							
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 その他	M0158																							
			他に分類されるその他のウイルス疾患における関節炎 部位不明	M0159																							
			真菌症における関節炎 多部位	M0160																							
			真菌症における関節炎 その他	M0168																							
			真菌症における関節炎 部位不明	M0169																							
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 多部位	M0180																							
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 その他	M0188																							
			他に分類されるその他の感染症および寄生虫症における関節炎 部位不明	M0189																							
			髄膜炎菌感染後関節炎 その他	M0308																							
			髄膜炎菌感染後関節炎 部位不明	M0309																							
			梅毒における感染後関節障害 上腕	M0312																							
			梅毒における感染後関節障害 その他	M0318																							
			梅毒における感染後関節障害 部位不明	M0319																							
			他に分類される疾患におけるその他の感染後関節障害 その他	M0328																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術			手術・処置等1			手術・処置等2			副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			他に分類される疾患におけるその他の	M0329																		
			感染後関節障害 部位不明																			
			他に分類されるその他の疾患における	M0368																		
			反応性関節障害 その他																			
			他に分類されるその他の疾患における	M0369																		
			反応性関節障害 部位不明																			
			間欠性関節水腫 多部位	M1240																		
			間欠性関節水腫 その他	M1248																		
			間欠性関節水腫 部位不明	M1249																		
			外傷性関節障害 多部位	M1250																		
			外傷性関節障害 その他	M1258																		
			外傷性関節障害 部位不明	M1259																		
			その他の明示された関節障害、他に分	M1280																		
			類されないもの 多部位																			
			その他の明示された関節障害、他に分	M1288																		
			類されないもの その他																			
			その他の明示された関節障害、他に分	M1289																		
			類されないもの 部位不明																			
			多発性関節炎、詳細不明 部位不明	M1309																		
			単(発性)関節炎、他に分類されないもの	M1319																		
			部位不明																			
			その他の明示された関節炎 部位不明	M1389																		
			関節炎、詳細不明 部位不明	M1399																		
			その他の関節の原発性関節症 その他	M1908																		
			他																			
			その他の関節の原発性関節症 部位	M1909																		
			不明																			
			その他の関節の外傷後関節症 多部位	M1910																		
			位																			
			その他の関節の外傷後関節症 その他	M1918																		
			他																			
			その他の関節の外傷後関節症 部位	M1919																		
			不明																			
			その他の続発性関節症 多部位	M1920																		
			その他の続発性関節症 その他	M1928																		
			その他の続発性関節症 部位不明	M1929																		
			その他の明示された関節症 多部位	M1980																		
			その他の明示された関節症 その他	M1988																		
			その他の明示された関節症 部位不明	M1989																		
			関節症、詳細不明 多部位	M1990																		
			関節症、詳細不明 その他	M1998																		
			関節症、詳細不明 部位不明	M1999																		
			外反変形、他に分類されないもの 多	M2100																		
			部位																			
			外反変形、他に分類されないもの そ	M2108																		
			その他																			
			外反変形、他に分類されないもの 部	M2109																		
			位不明																			
			内反変形、他に分類されないもの 多	M2110																		
			部位																			
			内反変形、他に分類されないもの そ	M2118																		
			その他																			
			内反変形、他に分類されないもの 部	M2119																		
			位不明																			
			屈曲変形 多部位	M2120																		
			屈曲変形 その他	M2128																		
			屈曲変形 部位不明	M2129																		
			(四)肢不等長(後天性) 多部位	M2170																		
			(四)肢不等長(後天性) その他	M2178																		
			(四)肢不等長(後天性) 部位不明	M2179																		
			(四)肢のその他の明示された後天性	M2180																		
			変形 多部位																			
			(四)肢のその他の明示された後天性	M2188																		
			変形 その他																			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	対応コード	フラグ	重症度等
			(四) 肢のその他の明示された後天性変形 部位不明 M2189																								
			(四) 肢の後天性変形、詳細不明 多部 M2190																								
			(四) 肢の後天性変形、詳細不明 部位 M2198																								
			(四) 肢の後天性変形、詳細不明 部位 M2199																								
			関節拘縮 多部位 M2450																								
			関節拘縮 その他 M2458																								
			関節拘縮 部位不明 M2459																								
			関節強直 多部位 M2460																								
			関節強直 その他 M2468																								
			関節強直 部位不明 M2469																								
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの 多部位 M2480																								
			その他の明示された関節内障、他に分類されないもの M2488																								
			出血性関節症 多部位 M2500																								
			出血性関節症 その他 M2508																								
			出血性関節症 部位不明 M2509																								
			関節の瘻(孔) 多部位 M2510																								
			関節の瘻(孔) その他 M2518																								
			関節の瘻(孔) 部位不明 M2519																								
			関節滲出液貯留 多部位 M2540																								
			関節滲出液貯留 その他 M2548																								
			関節滲出液貯留 部位不明 M2549																								
			関節痛 多部位 M2550																								
			関節痛 肩甲骨 M2551																								
			関節痛 上腕 M2552																								
			関節痛 手 M2554																								
			関節痛 骨盤部および大腿 M2555																								
			関節痛 下腿 M2556																								
			関節痛 足関節部および足 M2557																								
			関節痛 その他 M2558																								
			関節痛 部位不明 M2559																								
			関節硬直、他に分類されないもの 多部位 M2560																								
			関節硬直、他に分類されないもの M2568																								
			関節硬直、他に分類されないもの 部位不明 M2569																								
			骨棘 多部位 M2570																								
			骨棘 その他 M2578																								
			骨棘 部位不明 M2579																								
			その他の明示された関節障害 多部位 M2580																								
			その他の明示された関節障害 その他 M2588																								
			その他の明示された関節障害 部位不明 M2589																								
			関節障害、詳細不明 多部位 M2590																								
			関節障害、詳細不明 その他 M2598																								
			関節障害、詳細不明 部位不明 M2599																								
			頸部および背部を障害する皮下脂肪組織炎 M540\$																								
			神経根障害 M541\$																								
			頸部痛 M542\$																								
			坐骨神経痛 M543\$																								
			坐骨神経痛を伴う腰痛症 M544\$																								
			下背部痛 M545\$																								



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			胸椎の疼痛	M546\$																						
			その他の背部痛	M548\$																						
			背部痛, 詳細不明	M549\$																						
			その他の腱(韌)拘縮	M671																						
			滑膜および腱のその他の明示された障害	M678																						
			滑膜および腱の障害, 詳細不明	M679																						
			その他の明示された軟部組織障害	M798\$																						
			軟部組織障害, 詳細不明	M799\$																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 多部位	M8300																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 肩甲帯	M8301																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 上腕	M8302																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 前腕	M8303																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 手	M8304																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 骨盤部および大腿	M8305																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 足関節部および足	M8307																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 その他	M8308																						
			産じょくく禰>性骨軟化症 部位不明	M8309																						
			老人性骨軟化症 多部位	M8310																						
			老人性骨軟化症 肩甲帯	M8311																						
			老人性骨軟化症 上腕	M8312																						
			老人性骨軟化症 前腕	M8313																						
			老人性骨軟化症 手	M8314																						
			老人性骨軟化症 骨盤部および大腿	M8315																						
			老人性骨軟化症 足関節部および足	M8317																						
			老人性骨軟化症 その他	M8318																						
			老人性骨軟化症 部位不明	M8319																						
			吸収不良による成人骨軟化症 多部位	M8320																						
			吸収不良による成人骨軟化症 肩甲帯	M8321																						
			吸収不良による成人骨軟化症 上腕	M8322																						
			吸収不良による成人骨軟化症 前腕	M8323																						
			吸収不良による成人骨軟化症 手	M8324																						
			吸収不良による成人骨軟化症 骨盤部および大腿	M8325																						
			吸収不良による成人骨軟化症 足関節部および足	M8327																						
			吸収不良による成人骨軟化症 その他	M8328																						
			吸収不良による成人骨軟化症 部位不明	M8329																						
			栄養失調性成人骨軟化症 多部位	M8330																						
			栄養失調性成人骨軟化症 肩甲帯	M8331																						
			栄養失調性成人骨軟化症 上腕	M8332																						
			栄養失調性成人骨軟化症 前腕	M8333																						
			栄養失調性成人骨軟化症 手	M8334																						
			栄養失調性成人骨軟化症 骨盤部および大腿	M8335																						
			栄養失調性成人骨軟化症 足関節部および足	M8337																						
			栄養失調性成人骨軟化症 その他	M8338																						
			栄養失調性成人骨軟化症 部位不明	M8339																						
			アルミニウム骨疾患 多部位	M8340																						
			アルミニウム骨疾患 肩甲帯	M8341																						
			アルミニウム骨疾患 上腕	M8342																						
			アルミニウム骨疾患 前腕	M8343																						
			アルミニウム骨疾患 手	M8344																						
			アルミニウム骨疾患 骨盤部および大腿	M8345																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			アルミニウム骨疾患 足関節部および足	M8347																							
			アルミニウム骨疾患 その他	M8348																							
			アルミニウム骨疾患 部位不明	M8349																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 多部位	M8350																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 肩甲骨	M8351																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 上腕	M8352																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 前腕	M8353																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 手	M8354																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 骨盤部および大腿	M8355																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 足関節部および足	M8357																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 その他	M8358																							
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 部位不明	M8359																							
			その他の成人骨軟化症 多部位	M8380																							
			その他の成人骨軟化症 肩甲骨	M8381																							
			その他の成人骨軟化症 上腕	M8382																							
			その他の成人骨軟化症 前腕	M8383																							
			その他の成人骨軟化症 手	M8384																							
			その他の成人骨軟化症 骨盤部および大腿	M8385																							
			その他の成人骨軟化症 足関節部および足	M8387																							
			その他の成人骨軟化症 その他	M8388																							
			その他の成人骨軟化症 部位不明	M8389																							
			成人骨軟化症、詳細不明 多部位	M8390																							
			成人骨軟化症、詳細不明 肩甲骨	M8391																							
			成人骨軟化症、詳細不明 上腕	M8392																							
			成人骨軟化症、詳細不明 前腕	M8393																							
			成人骨軟化症、詳細不明 手	M8394																							
			成人骨軟化症、詳細不明 骨盤部および大腿	M8395																							
			成人骨軟化症、詳細不明 足関節部および足	M8397																							
			成人骨軟化症、詳細不明 その他	M8398																							
			成人骨軟化症、詳細不明 部位不明	M8399																							
			頭蓋骨増殖症	M852\$																							
			骨の密度および構造のその他の明示された障害	M858\$																							
			骨の密度および構造の障害、詳細不明	M859\$																							
			急性血行性骨髄炎 多部位	M8600																							
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8800																								
			get>病 多部位																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8801																								
			get>病 肩甲骨																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8802																								
			get>病 上腕																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8803																								
			get>病 前腕																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8804																								
			get>病 手																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8805																								
			get>病 骨盤部および大腿																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8806																								
			get>病 下腕																								
			頭蓋のバジェット<ページ><Pa M8807																								
			get>病 足関節部および足																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			頭蓋のバジレット<ページェット><Pa M8809 get>病 部位不明 骨のバジレット<ページェット>< M889\$ Paget>病, 詳細不明 骨結核 M900\$ 他に分類されるその他の感染症におけ M901\$ る骨膜炎 他に分類されるその他の感染症におけ M902\$ る骨障害 新生物性疾患における変形性骨炎 M906\$ 新生物性疾患における骨折 M907\$ 偽性股関節痛 M913\$ その他の明示された骨軟骨障害 M938 花キャベツ状耳 M951 頭部のその他の後天性変形 M952 頸部の後天性変形 M953 胸部および肋骨の後天性変形 M954 骨盤の後天性変形 M955 筋骨格系のその他の明示された後天 M958 性変形 筋骨格系の後天性変形, 詳細不明 M959 椎弓切除後症候群, 他に分類されない M961 もの 整形外科的挿入物, 関節プロステーシ M966 スまたは骨プレートの使用後に続発す る骨折 その他の処置後筋骨格障害 M968 処置後筋骨格障害, 詳細不明 M969 分節性および身体的機能不全 M990\$ 亜脱臼(症)(椎骨) M991\$ 神経管の亜脱臼性狭窄(症) M992\$ 神経管の骨性狭窄(症) M993\$ 神経管の結合組織性狭窄(症) M994\$ その他の生体力学的傷害<損傷> M998\$ 生体力学的傷害<損傷>, 詳細不明 M999\$																										
08	0005	黒色腫	体幹の悪性黒色腫 C435 上肢の悪性黒色腫, 肩を含む C436 下肢の悪性黒色腫, 股関節部を含む C437 皮膚境界部悪性黒色腫 C438 皮膚の悪性黒色腫, 部位不明 C439 口唇の上皮内黒色腫 D030 その他および部位不明の顔面の上皮 D033 内黒色腫 頭皮および頭部の上皮内黒色腫 D034 体幹の上皮内黒色腫 D035 上肢の上皮内黒色腫, 肩を含む D036 下肢の上皮内黒色腫, 股関節部を含 D037 む その他の部位の上皮内黒色腫 D038 上皮内黒色腫, 部位不明 D039					手術なし 99 99 手術なし その他の手術あり 97 97 皮膚悪性腫瘍切除術等 01 01 皮膚悪性腫瘍切除術 K007\$ 01 01 四肢・躯幹部悪性腫瘍手術 K031\$ 01 01 骨盤切断術 K137 01 01 脊髄腫瘍摘出術 髄内のもの K1912 01 01 リンパ節群郭清術 K627\$ 01 02 四肢切断術 K084\$ 01 02 四肢関節離断術 K085\$ 01 03 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 K048\$ 01 03 骨部分切除術 K049\$ 01 03 骨悪性腫瘍手術 K053\$																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
												1	2	血管移植術、バイパス移植術 その他の動脈	K614\$											
												1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
08	0006	皮膚の悪性腫瘍 (黒色腫以外)	体幹の皮膚の悪性新生物	C445			手術なし	99	99	手術なし		1	1	分層植皮術	K013\$	3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし								
			上肢の皮膚の悪性新生物。肩を含む	C446			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	1	全層植皮術	K013-2\$	2	6	放射線療法								
			下肢の皮膚の悪性新生物。股関節部を含む	C447			皮膚悪性腫瘍切除術等	01	01	皮膚悪性腫瘍切除術	K007\$	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	2	中心静脈注射	G005							
			皮膚のその他の悪性新生物 皮膚の境界部病巣	C448				01	02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	1	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	1	人工呼吸	J045\$							
			皮膚の悪性新生物。部位不明	C449				01	02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	1	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			皮膚の桃斑性悪性新生物	C792				01	02	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)	K006-4\$	1	1	複合組織移植術	K019											
			眼瞼の皮膚の上皮内癌。眼角を含む	D041				01	02	四肢・躯幹部悪性腫瘍手術	K031\$	1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			頭皮および頸部の皮膚の上皮内癌	D044								1	1	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			体幹の皮膚の上皮内癌	D045								1	1	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			上肢の皮膚の上皮内癌。肩を含む	D046								1	1	リンパ節摘出術	K626\$											
			下肢の皮膚の上皮内癌。股関節部を含む	D047								1	1	リンパ節郭清術 後腹膜	K6277											
			その他の部位の皮膚の上皮内癌	D048								1	1	リンパ節郭清術 骨髄	K6278											
			皮膚の上皮内癌。部位不明	D049																						
08	0007	皮膚の良性新生物	頭部、顔面および頸部の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)	D170			手術なし	99	99	手術なし		1	1	分層植皮術	K013\$											
			体幹の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)	D171			その他の手術あり	97	02	四肢・躯幹部腫瘍摘出術	K030\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			(四)肢の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)	D172				97	97		その他のKコード	1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K0151											
			その他および部位不明の皮膚および皮下組織の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む)	D173			皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)等	01	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	1	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			頭部、顔面および頸部の結合組織およびその軟部組織の良性新生物	D210				01	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	1	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			体幹のメラニン細胞性母斑の良性新生物	D225				01	01	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術(一連につき)	K006-4\$	1	1	複合組織移植術	K019											
			上肢のメラニン細胞性母斑の良性新生物。肩を含む	D226								1	1	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			下肢のメラニン細胞性母斑の良性新生物。股関節部を含む	D227								1	1	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			口唇の皮膚の良性新生物	D230																						
			耳および外耳道の皮膚の良性新生物	D232																						
			その他および部位不明の顔面の皮膚の良性新生物	D233																						
			頭皮および頸部の皮膚の良性新生物	D234																						
			体幹の皮膚の良性新生物	D235																						
			上肢の皮膚の良性新生物。肩を含む	D236																						
			下肢の皮膚の良性新生物。股関節部を含む	D237																						
			皮膚の良性新生物。部位不明	D239																						
			脂漏性角化症	L82																						
08	0011	急性膿皮症	丹毒	A46			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$							1	2	全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患	070560	
			ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群<SS SS>	L00			手術あり	97	01	皮膚切開術 長径10センチメートル未満	K0011	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016							1	3	貧血(その他)	130090	
			膿かく痂>疹	L01\$				97	01	デブリードマン	K002\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			顔面の皮膚膿瘍。せつ<フルンケル>	L020				97	01	ひょう疽手術	K090\$	1	2	複合組織移植術	K019											
			および よう<カルブンケル>																							
			頸部の皮膚膿瘍。せつ<フルンケル>	L021				97	97		その他のKコード	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			および よう<カルブンケル>																							
			体幹の皮膚膿瘍。せつ<フルンケル>	L022								1	1	分層植皮術	K013\$											
			および よう<カルブンケル>																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			(四)肢の皮膚腫瘍、せつくフルンケル>およびようくカルブンケル> その他の部位の皮膚腫瘍、せつくフルンケル>およびようくカルブンケル> 皮膚腫瘍、せつくフルンケル>およびようくカルブンケル>、部位不明 蜂巣炎<蜂窩織炎> 皮膚および皮下組織のその他の局所感染症	L024 L028 L029 L03\$ L08\$								1	1	全層植皮術	K013-2\$												
08	0020	带状疱疹	带状疱疹、その他の神経系合併症を伴うもの 带状疱疹(性)眼疾患 播種性带状疱疹 带状疱疹、その他の合併症を伴うもの 带状疱疹、合併症を伴わないもの	B022 B023 B027 B028 B029	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満			99 99	手術なし																		
08	0030	疱疹(带状疱疹を除く。)、その類症	疱疹性湿疹 水痘、その他の合併症を伴うもの 水痘、合併症を伴わないもの	B000 B018 B019	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満			99 99	手術なし																		
08	0040	ウイルス性急性発疹症	麻疹、その他の合併症を伴うもの 麻疹、合併症を伴わないもの 風疹、その他の合併症を伴うもの 風疹、合併症を伴わないもの 伝染性紅斑[第5病]	B058 B059 B068 B069 B083	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満			99 99	手術なし																		
08	0050	湿疹、皮膚炎群	アトピー性皮膚炎 脂漏性皮膚炎 アレルギー性接触皮膚炎 刺激性接触皮膚炎 詳細不明の接触皮膚炎 その他の皮膚炎	L20\$ L21\$ L23\$ L24\$ L25\$ L30\$	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満			99 99	手術なし																		
08	0070	慢性膿皮症	顔部の皮膚腫瘍、せつくフルンケル>およびようくカルブンケル> 毛嚢のうく囊>胞	L023 L05\$			手術なし 手術あり	99 99	手術なし		K753	1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$												
								97 01	毛嚢嚢、毛嚢嚢、毛嚢嚢手術		K001\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016												
								97 02	皮膚切開術		K002\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017												
								97 02	デブリードマン		K006\$	1	2	複合組織移植術	K019												
								97 02	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)			1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
								97 97			その他のKコード	1	1	瘢痕拘縮形成手術	K010\$												
												1	1	分層植皮術	K013\$												
												1	1	全層植皮術	K013-2\$												
08	0080	痒疹、蕁麻疹	慢性単純性苔せんく瘡>および痒疹 そうく搔>痒症 じんまく蕁麻疹>疹	L28\$ L29\$ L50\$				99 99	手術なし								1	4	全身麻酔								
08	0090	紅斑症	非水疱性多形紅斑 その他の多形紅斑 多形紅斑、詳細不明 結節性紅斑 その他の紅斑性病態 他に分類される疾患における紅斑 温熱性<日焼け>紅斑[温熱性皮膚炎]	L510 L518 L519 L52 L53\$ L54\$ L590	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満			99 99	手術なし																		
08	0100	薬疹、中毒疹	摂取物質による皮膚炎	L27\$	00 0 6歳以上 06 1 6歳未満			99 99	手術なし			1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	4	全身麻酔									
								97 97	手術あり			1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	1	人工呼吸	J045\$								
												1	1	デブリードマン	K002\$												
												1	1	分層植皮術	K013\$												
												1	1	全層植皮術	K013-2\$												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
08	0105	重症薬疹	水疱性多形紅斑 中毒性表皮えく壊>死剥離症[ライエル<ライル><Lyell>病]	L511 L512	00 0 06 1	6歳以上 6歳未満		99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 2 1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K015\$ K016	1 5 1 4		血漿交換療法 全身麻酔	J039								
08	0110	水疱症	天疱瘡 その他のアカントリゼ<棘融解>性障害 類天疱瘡 その他の水疱症 他に分類される疾患における水疱症 表皮水疱症	L10\$ L11\$ L12\$ L13\$ L14 Q81\$				99 99 97 97		手術なし 手術あり						2 6 1 5		乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン 血漿交換療法	J039								
08	0120	紅皮症	剥脱性皮膚炎	L26				99 99 97 97		手術なし 手術あり																	
08	0130	角化症、角皮症	黒色表皮腫 後天性魚りんせん<鱗癬> 後天性掌蹠<手掌足底>角化症[角皮症] 皮膚乾燥症<乾皮症> 先天性魚りんせん<鱗癬> 皮膚のその他の明示された先天奇形	L83 L850 L851 L853 Q80\$ Q828	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満		99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 2 1 2 1 1 1 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 分層植皮術 全層植皮術	K015\$ K016 K013\$ K013-2\$	1 1		人工呼吸	J045\$								
08	0140	炎症性角化症	尋常性乾せん<癬> 全身性膿疱性乾せん<癬> 稽留性<連続性>先<肢>端皮膚炎 掌蹠<手掌足底>膿疱症 滴状乾せん<癬> その他の乾せん<癬> 乾せん<癬>、詳細不明 類乾せん<癬> バラ色ひこく<靴癬>疹 扁平苔せん<癬> その他の丘疹落せつ<屑><りんせつ><鱗屑>>性障害	L400 L401 L402 L403 L404 L408 L409 L41\$ L42 L43\$ L44\$					99 99 97 97		手術なし 手術あり																
08	0150	爪の疾患	かんで嵌>入爪(甲) 爪(甲)剥離症 爪(甲)鉤弯症 爪栄養障害 ポー<Beau>線<爪横溝症> 黄色爪症候群 その他の爪の障害 爪の障害、詳細不明 他に分類される疾患における爪の障害	L600 L601 L602 L603 L604 L605 L608 L609 L62\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 97		手術なし 甲甲除去術 陥入爪手術	K089 K091\$ その他のKコード	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 1 1 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 分層植皮術 全層植皮術	K015\$ K016 K017 K019 K020 K013\$ K013-2\$												
08	0160	皮膚の萎縮性障害	癩痕性脱毛症 硬化性萎縮性苔せん<癬> シュヴェニガー・ブツェイ<Schweninger-Buzzi>の斑状皮膚萎縮症 ヤダソン・ペリツァリイ<Jadassohn-Pellizzari>の斑状皮膚萎縮症 パンニ<Pasini>およびピエリーニ<Pierini>の皮膚萎縮症 慢性萎縮性肢端皮膚炎	L66\$ L900 L901 L902 L903 L904				99 99 97 01 97 97		手術なし 癩痕拘縮形成手術	K010\$ その他のKコード	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 分層植皮術	K015\$ K016 K017 K019 K020 K013\$												

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			線状皮膚萎縮症	L906								1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			皮膚のその他の萎縮性障害	L908																						
			皮膚の萎縮性障害、詳細不明	L909																						
08	0180	母斑、母斑症	口唇のメラニン細胞性母斑の良性新生物	D220			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$		5	皮膚レーザー照射療法	J054-2\$							
			耳および外耳道のメラニン細胞性母斑の良性新生物	D222			手術あり	97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			その他および部位不明の顔面のメラニン細胞性母斑の良性新生物	D223				97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			頭皮および顔部のメラニン細胞性母斑の良性新生物	D224				97	97		その他のKコード	1	2	複合組織移植術	K019											
			メラニン細胞性母斑の良性新生物、部位不明	D229								1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			母斑、非新生物性	I781								1	1	分層植皮術	K013\$											
			先天性非腫瘍性非新生物性母斑	Q825								1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			結節性硬化症	Q851																						
			その他の母斑症、他に分類されないもの	Q858																						
			母斑症、詳細不明	Q859																						
08	0190	脱毛症	円形脱毛症	L63\$				99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			男性ホルモン性脱毛症	L64\$				97	97	手術あり		1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			その他の非瘢痕性脱毛症	L65\$								1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
												1	2	複合組織移植術	K019											
												1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
												1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
08	0210	ざ瘡、皮膚の障害(その他)	ざ瘡<アクネ>	L70\$				99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			その他の毛包障害	L73\$				97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	1	分層植皮術	K013\$											
			化膿性肉芽腫	L980				97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
								97	01	皮膚剥削術	K009\$															
								97	97		その他のKコード															
08	0220	エクリン汗腺の障害、アポクリン汗腺の障害	エクリン汗腺の障害	L74\$				99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			アポクリン汗腺の障害	L75\$				手術あり	97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016										
								97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
								97	02	腋臭症手術	K008\$	1	2	複合組織移植術	K019											
								97	02	交感神経節切除術	K196\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
								97	03	胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	K196-2	1	1	分層植皮術	K013\$											
								97	97		その他のKコード	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
08	0230	皮膚色素異常症	白斑	L80				99	99	手術なし		1	1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			その他の色素異常症	L81\$				手術あり	97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部)	K005\$	1	1	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016										
								97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$	1	1	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
								97	01	分層植皮術	K013\$	1	1	複合組織移植術	K019											
								97	01	全層植皮術	K013-2\$															
								97	97		その他のKコード															
08	0240	多汗症	発汗過多<多汗>(症)	R61\$				手術なし	99	99	手術なし															
								手術あり	97	01	腋臭症手術	K008\$														
								97	01	交感神経節切除術	K196\$															
								97	97		その他のKコード															
08	0245	放射線皮膚障害	非電離放射線の慢性曝露による皮膚変化	L57\$				手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$		1	人工呼吸	J045\$						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			放射線皮膚炎 皮膚および皮下組織の放射線に関連するその他の明示された障害 皮膚および皮下組織の放射線に関連する障害、詳細不明	L58\$ L59\$ L599			手術あり	97 01		創傷処理 皮膚切開術 デブリードマン 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) その他のKコード	K000\$ K001\$ K002\$ K005\$ K006\$ その他のKコード	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K016 K017 K019 K020 K022 K059\$													
08	0250	褥瘡潰瘍	じよくく褥>瘡性潰瘍 破壊性関節炎 骨盤部および大腿	L89 M0715			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 01 97 01 97 97		手術なし 創傷処理 皮膚切開術 デブリードマン 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) その他のKコード	K000\$ K001\$ K002\$ K005\$ K006\$ その他のKコード	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 1 1 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 分層植皮術 全層植皮術	K015\$ K016 K017 K019 K020 K022 K013\$ K013-2\$	1 1	重度褥瘡処置	J001-4\$										
08	0260	その他の皮膚の疾患	乳房切断後リンパ浮腫症候群 おむつ<ナブキン>皮膚炎 他に分類される疾患における丘疹落せ つ<肩><りんせつ<鱗屑>>性障害 毛髪の色および毛幹の異常 多毛症 しゅさ<酒さ> うおのめ<鶏眼>およびべんち<胼胝> 点状(掌蹠<手掌足底>)角化症 その他の明示された表皮肥厚 表皮肥厚、詳細不明 他に分類される疾患における角皮症 経表皮性排除疾患 ゴットロン<Gottron>丘疹 血管性多形皮膚萎縮症 アインフム<特異性指趾離断症> その他の明示された限局性結合組織障害 限局性結合組織障害、詳細不明 人工皮膚炎 皮膚のムチン(沈着)症 皮膚および皮下組織のその他の浸潤性障害 皮膚および皮下組織の障害、詳細不明 他に分類される疾患における皮膚および皮下組織のその他の障害	I972 L22 L45 L67\$ L68\$ L71\$ L84 L852 L858 L859 L86 L87\$ L944 L945 L946 L948 L949 L981 L985 L986 L989 L99\$			手術なし 手術あり	99 99 97 97			手術なし 手術あり	K000\$ K001\$ K002\$ K005\$ K006\$ その他のKコード																
08	0270	食物アレルギー	有害食物反応によるアナフィラキシーショック その他の有害食物反応、他に分類されないもの	T780 T781			手術なし 手術あり	99 99 97 97		手術なし 手術あり		1 1		小児食物アレルギー負荷検査	D291-2													
09	0010	乳房の悪性腫瘍	乳房の悪性新生物 乳房の上皮内癌	C50\$ D05\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01		手術なし 皮膚悪性腫瘍切除術 乳腺悪性腫瘍手術	K007\$ K476\$	1 2 1 2 1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K015\$ K016 K017	5 9 4 8 4 7		トラスツスマブ シクロホスファミド+塩酸エビルシシンあり パクリタキセル又はドセタキセルあり		1 1 1 1 1 1		脳腫瘍 胸壁腫瘍、胸膜腫瘍 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	010010 040050 070040	0 1 1	片側 両側			



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								97 01		リンパ節群郭清術	K627\$	1 2		複合組織移植術	K019	3 6		化学療法ありかつ放射線療法なし		1 1		皮膚の悪性腫瘍(黒色腫以外)	08006			
								97 02		乳腺腫瘍摘出術	K474\$	1 2		自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	2 5		放射線療法		1 2		胸水、胸膜の疾患(その他)	040190			
								97 02		乳管腺葉区域切除術	K474-2	1 2		組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022	1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 2		放射線皮膚障害	080245			
								97 02		乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	K474-3	1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1 2		中心静脈注射	G005	1 2		肺の悪性腫瘍	040040			
								97 02		乳房切除術	K475	1 1		分層植皮術	K013\$	1 1		人工呼吸	J045\$	1 3		呼吸不全(その他)	040130			
								97 02		乳癌冷凍凝固摘出術	K475-2	1 1		全層植皮術	K013-2\$	1 3				1 3		白血球疾患(その他)	130070			
								97 02		乳房再建術(乳房切除後) 二期的に行うもの	K476-32	1 1		陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	K476-2	1 3				1 3		貧血(その他)	130090			
								97 97		その他のKコード		1 1		乳房再建術(乳房切除後) 一期的に行うもの	K476-31											
09	0020	乳房の良性腫瘍	乳房の良性新生物 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 乳房 良性乳房異形成(症) 乳房の詳細不明の塊<lump>	D24 D486 N60\$ N63			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 02 97 02 97 97		手術なし 乳房切除術 乳腺腫瘍摘出術 乳管腺葉区域切除術 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき) その他のKコード	K475 K474\$ K474-2 K474-3 その他のKコード	1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 骨移植術(軟骨移植術を含む。) 分層植皮術 全層植皮術 陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	K015\$ K016 K017 K019 K020 K022 K059\$ K013\$ K013-2\$ K476-2	1 3 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$							
09	0030	乳房の炎症性障害	乳房の炎症性障害 分娩に関連する乳房の感染症	N61 O91\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 01 97 97		手術なし 乳腺腫瘍切開術 乳腺腫瘍摘出術 乳管腺葉区域切除術 陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術 その他のKコード	K472 K474\$ K474-2 K476-2 その他のKコード	1 3 1 2 1 1		人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$											
09	0040	乳房の形態異常、女性化乳房、乳腺症など	乳房肥大 乳房のその他の障害 分娩に関連する陥没乳頭 分娩に関連する乳頭亀裂 乳房の先天奇形	N62 N64\$ O920 O921 Q83\$			手術なし その他の手術あり 分層植皮術等	99 99 97 02 97 02 97 02 97 02 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 97 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01		手術なし 乳腺腫瘍摘出術 乳管腺葉区域切除術 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき) 乳房切除術 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 乳腺腫瘍切開術 陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術 その他のKコード 分層植皮術 全層植皮術 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K474\$ K474-2 K474-3 K475 K005\$ K006\$ K472 K476-2 その他のKコード K013\$ K013-2\$ K015\$ K016 K017 K019 K020 K022 K059\$	1 3 1 2 1		人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
10	0010	多発性内分泌腺腫症	その他および部位不明の内分泌腺の良性新生物 複数の内分泌腺の内分泌腺の性状不詳または不明の新生物 複数の内分泌腺	D358 D448			手術なし 手術あり	99 99 97 97		手術なし 手術あり															
10	0020	甲状腺の悪性腫瘍	甲状腺の悪性新生物 甲状腺およびその他の内分泌腺の上皮内癌 甲状腺の性状不詳または不明の新生物 カルシトニンの分泌過剰	C73 D093 D440 E070			手術なし その他の手術あり	99 99 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 97 03 01 01 01 02 01 04		手術なし 喉頭悪性腫瘍手術 喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頭部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。) 気管形成手術(管状気管、気管移植等) 胸壁悪性腫瘍摘出術 縦隔腫瘍、胸腺摘出術 縦隔郭清術 縦隔悪性腫瘍手術 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの) 頭部、胸部、腹部の操作によるもの(胸腔鏡下によるものを含む。) 食道切除後2次的再建術 甲状腺悪性腫瘍手術 切除 甲状腺悪性腫瘍手術 全摘及び亜全摘 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術	K394\$ K395 K403\$ K484\$ K502 K503 K504 K5291 K531\$ その他のKコード K4631 K4632 K461\$				2 9 1 8 1 6	1131内用療法 化学療法 放射線療法		1 1 1 2 1 2 1 3 1 3	特異性(単)ニューロバチー 頭頸部悪性腫瘍 骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。) 声帯の疾患(その他) 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	010120 03001x 070040 030300 040080					
10	0030	内分泌腺および関連組織の腫瘍	頭蓋咽頭管の悪性新生物 松果体の悪性新生物 頸動脈小体の悪性新生物 大動脈小体およびその他のバラガングリア<傍神経節>の悪性新生物 その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 複数の内分泌腺、部位不明 その他の内分泌腺および関連組織の悪性新生物 内分泌腺、部位不明 頭蓋咽頭管の良性新生物 松果体の良性新生物 頸動脈小体の良性新生物 その他の明示された内分泌腺の良性新生物 内分泌腺の良性新生物、部位不明 上皮小体<副甲状腺>の性状不詳または不明の新生物 頭蓋咽頭管の性状不詳または不明の新生物 松果体の性状不詳または不明の新生物 頸動脈小体の性状不詳または不明の新生物	C752 C753 C754 C755 C758 C759 D353 D354 D355 D357 D359 D442 D444 D445 D446			手術なし 手術あり	99 99 97 97		手術なし 手術あり								1 8 1 6	化学療法 放射線療法						
10	0040	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡	インスリン依存性糖尿病<IDDM> 昏睡を伴うもの インスリン依存性糖尿病<IDDM> ケトアシドーシスを伴うもの インスリン非依存性糖尿病<NIDDM> 昏睡を伴うもの インスリン非依存性糖尿病<NIDDM> ケトアシドーシスを伴うもの その他の明示された糖尿病 昏睡を伴うもの その他の明示された糖尿病 ケトアシドーシスを伴うもの 詳細不明の糖尿病 昏睡を伴うもの	E100 E101 E110 E111 E130 E131 E140			手術なし 手術あり	99 99 97 97		手術なし 手術あり								1 3 1 2	人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射	J0382 G005	1 1	腎臓または尿路の感染症	110310	0 1	JCS30未 JCS30以上

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			詳細不明の糖尿病 ケトアシドーシスを伴うもの	E141																					
10	0050	低血糖症(糖尿病治療に伴う場合)	昏睡を伴わない薬物誘発性低血糖症	E160				99	99	手術なし				1	2	中心静脈注射	G005							0	JCS30未満
								97	97	手術あり				1	1	人工呼吸	J045\$							1	JCS30以上
10	0060	1型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	インスリン依存性糖尿病<IDDM>腎合併症を伴うもの	E102				99	99	手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382								
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>眼合併症を伴うもの	E103				97	97	手術あり															
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>神経(学的)合併症を伴うもの	E104																					
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>末梢循環合併症を伴うもの	E105																					
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>その他の明示された合併症を伴うもの	E106																					
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>多発合併症を伴うもの	E107																					
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>詳細不明の合併症を伴うもの	E108																					
			インスリン依存性糖尿病<IDDM>合併症を伴わないもの	E109																					
10	0070	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>腎合併症を伴うもの	E112				99	99	手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382			1	1	骨髄炎	070070		
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>眼合併症を伴うもの	E113				97	97	手術あり															
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>神経(学的)合併症を伴うもの	E114																					
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>末梢循環合併症を伴うもの	E115																					
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>その他の明示された合併症を伴うもの	E116																					
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>多発合併症を伴うもの	E117																					
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>詳細不明の合併症を伴うもの	E118																					
			インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>合併症を伴わないもの	E119																					
10	0080	その他の糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	栄養障害に関連する糖尿病 昏睡を伴うもの	E120				99	99	手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382			1	1	閉塞性動脈疾患	050170		
			栄養障害に関連する糖尿病 ケトアシドーシスを伴うもの	E121				97	97	手術あり															
			栄養障害に関連する糖尿病 腎合併症を伴うもの	E122																					
			栄養障害に関連する糖尿病 眼合併症を伴うもの	E123																					
			栄養障害に関連する糖尿病 神経(学的)合併症を伴うもの	E124																					
			栄養障害に関連する糖尿病 末梢循環合併症を伴うもの	E125																					
			栄養障害に関連する糖尿病 その他の明示された合併症を伴うもの	E126																					
			栄養障害に関連する糖尿病 多発合併症を伴うもの	E127																					
			栄養障害に関連する糖尿病 詳細不明の合併症を伴うもの	E128																					
			栄養障害に関連する糖尿病 合併症を伴わないもの	E129																					
			その他の明示された糖尿病 腎合併症を伴うもの	E132																					
			その他の明示された糖尿病 眼合併症を伴うもの	E133																					
			その他の明示された糖尿病 神経(学的)合併症を伴うもの	E134																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等				
			その他の明示された糖尿病 末梢循環 E135 合併症を伴うもの その他の明示された糖尿病 その他の E136 明示された合併症を伴うもの その他の明示された糖尿病 多発合併 E137 症を伴うもの その他の明示された糖尿病 詳細不明 E138 の合併症を伴うもの その他の明示された糖尿病 合併症を E139 伴わないもの 詳細不明の糖尿病 腎合併症を伴うも E142 の 詳細不明の糖尿病 眼合併症を伴うも E143 の 詳細不明の糖尿病 神経(学的)合併 E144 症を伴うもの 詳細不明の糖尿病 末梢循環合併症 E145 を伴うもの 詳細不明の糖尿病 その他の明示され E146 た合併症を伴うもの 詳細不明の糖尿病 多発合併症を伴う E147 もの 詳細不明の糖尿病 詳細不明の合併症 E148 を伴うもの 詳細不明の糖尿病 合併症を伴わな E149 いもの ブドウ糖負荷試験異常 R730																										
10	0100	糖尿病足病変	下肢の潰瘍、他に分類されないもの L97 糖尿病性関節障害 M142				手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足 四肢切断術 指(手、足) 四肢関節離断術 肘、手、足 四肢関節離断術 指(手、足) 血管移植術、バイパス移植術 断端形成術(軟部形成のみのもの) 断端形成術(骨形成を要するもの) 創傷処理 デブリードマン 骨搔爬術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 97 97	K0842 K0843 K0852 K0853 K614\$ K086\$ K087\$ K000\$ K002\$ K0433 その他のK コード		1 2 1 2 1 1 1 1		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁 K015\$ 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 分層植皮術 K013\$ 全層植皮術 K013-2\$														
10	0120	肥満症	肥満(症) E66\$					99 99 97 97		手術なし 手術あり																			
10	0130	甲状腺の良性結節	甲状腺の良性新生物 D34 ヨード欠乏による甲状腺障害および類縁病態 E01\$ その他の非中毒性甲状腺腫 E04\$ 甲状腺ホルモン合成障害による甲状腺腫 E071				手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 03 97 97		手術なし 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみ の場合 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 両葉の場合 縦隔腫瘍、胸腺摘出術 97 97	K4611 K4612 K502 その他のK コード		1 5 1 4																
10	0140	甲状腺機能亢進症	びまん性甲状腺腫を伴う甲状腺中毒症 E050 中毒性単発性甲状腺結節を伴う甲状腺中毒症 E051 中毒性多結節性甲状腺腫を伴う甲状腺中毒症 E052 異所性甲状腺組織による甲状腺中毒症 E053 人工的甲状腺中毒症 E054 甲状腺クリーゼまたは急性発症 E055 その他の甲状腺中毒症 E058				手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 97		手術なし パセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉) 97 97	K462 その他のK コード		2 9 1 6 1 5 1 2 1 1																

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術			手術・処置等1			手術・処置等2			副傷病		重症度等										
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等							
			甲状腺中毒症、詳細不明	E059																								
			亜急性甲状腺炎	E061																								
10	0150	慢性甲状腺炎	一過性甲状腺中毒症を伴う慢性甲状腺炎	E062				99	99	手術なし																		
			自己免疫性甲状腺炎	E063				97	97	手術あり																		
			薬物誘発性甲状腺炎	E064																								
			その他の慢性甲状腺炎	E065																								
			甲状腺炎、詳細不明	E069																								
			分娩後甲状腺炎	O905																								
10	0160	甲状腺機能低下症	無症候性ヨード欠乏性甲状腺機能低下症	E02				99	99	手術なし						1	1	心不全	050130	0	JCS30未満							
			その他の甲状腺機能低下症	E03\$				97	97	手術あり										1	JCS30以上							
			その他の明示された甲状腺障害	E078																								
			治療後甲状腺機能低下症	E890																								
10	0170	急性甲状腺炎	急性甲状腺炎	E060				99	99	手術なし		1	1	咽頭瘻閉鎖術	K382													
								97	01	甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術 片葉のみ	K4611																	
								97	02	喉頭腫瘍切開術	K384																	
								97	97	その他のKコード																		
10	0180	副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍	副腎皮質の悪性新生物	C740			手術なし	99	99	手術なし		1	1	造影剤注入手技 静脈造影カテーテル法	E0034	1	8	化学療法		1	2	その他の糖尿病 (糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100080	0	一側			
			副腎の悪性新生物、部位不明	C749			その他の手術あり	97	05	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	K673							1	6	放射線療法		1	3	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040	1	両側	
			副腎の続発性悪性新生物	C797				97	06	リンパ節摘出術	K626\$																	
			副腎の良性新生物	D350				97	06	脾摘出術	K711																	
			副腎の性状不詳または不明の新生物	D441				97	97	その他のKコード																		
			薬物誘発性クッシング<Cushing>症候群	E242			腹腔鏡下副腎摘出術等	04	04	腹腔鏡下副腎摘出術	K754-2																	
			異所性ACTH<副腎皮質刺激ホルモン>症候群	E243				04	04	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	K754																	
			アルコール性偽性クッシング<Cushing>症候群	E244				04	04	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	K754-3																	
			その他のクッシング<Cushing>症候群	E248				04	04	副腎腫瘍摘出術 皮質腫瘍	K7551																	
			クッシング<Cushing>症候群、詳細不明	E249			副腎悪性腫瘍手術	03	03	副腎悪性腫瘍手術	K756																	
			その他の副腎性器障害	E258			頭蓋内腫瘍摘出術等	01	01	頭蓋内腫瘍摘出術	K169\$																	
			副腎性器障害、詳細不明	E259				01	02	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	K171																	
			原発性アルドステロン症	E260																								
			続発性<二次性>アルドステロン症	E261																								
			アルドステロン症、詳細不明	E269																								
			その他の副腎皮質機能亢進症	E270																								
10	0190	褐色細胞腫、パラングリオーマ	副腎髄質の悪性新生物	C741			手術なし	99	99	手術なし						1	8	化学療法								0	一側	
			大動脈小体およびその他のパラングリア<傍神経節>の良性新生物	D356			手術あり	97	01	後腹膜悪性腫瘍手術	K643																1	両側
			大動脈小体およびその他のパラングリア<傍神経節>の性状不詳または不明の新生物	D447				97	01	副腎悪性腫瘍手術	K756																	
			副腎髄質機能亢進症	E275				97	02	腹腔鏡下副腎摘出術	K754-2																	
								97	02	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	K754-3																	
								97	02	副腎腫瘍摘出術 髄質腫瘍(褐色細胞腫)	K7552																	
								97	03	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	K642\$																	
								97	04	胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	K673																	
								97	04	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	K754																	
								97	97	その他のKコード																		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
10	0202	その他の副腎皮質機能低下症	酵素欠損による先天性副腎性器障害 原発性副腎皮質機能不全(症) アジソン<Addison>クリーゼ<発症> 薬物誘発性副腎皮質機能不全(症) その他および詳細不明の副腎皮質機能不全(症) 治療後副腎皮質<髄質>機能低下症	E250 E271 E272 E273 E274 E896			99 99 手術なし 97 97 手術あり							1 2 中心静脈注射	G005											
10	0210	低血糖症	非糖尿病性低血糖性昏睡 その他の低血糖症 低血糖症、詳細不明	E15 E161 E162			99 99 手術なし 97 01 膵全摘術 97 02 膵頭部腫瘍切除術 97 03 膵中央切除術 97 03 膵体尾部腫瘍切除術 97 97				K704 K703\$ K700 K702\$ その他のKコード			1 2 中心静脈注射	G005			1 1 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 1 1 心不全 1 1 貧血(その他)	040080 050130 130090							
10	0220	原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺腫瘍	上皮小体<副甲状腺>の悪性新生物 上皮小体<副甲状腺>の良性新生物 原発性副甲状腺<上皮小体>機能亢進症 その他の副甲状腺<上皮小体>機能亢進症 副甲状腺<上皮小体>機能亢進症、詳細不明 その他の明示された副甲状腺<上皮小体>障害 副甲状腺<上皮小体>障害、詳細不明	C750 D351 E210 E212 E213 E214 E215			手術なし その他の手術あり 副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術 副甲状腺(上皮小体)摘出術等 副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術 副甲状腺(上皮小体)全摘術(一部筋肉移植) 胸腔鏡下肺切除術等 肺切除術 副甲状腺(上皮小体)悪性腫瘍手術(広汎)	99 99 手術なし 97 04 リンパ節摘出術 97 97 03 03 03 03 01 01 01 01 01 02			K626\$ その他のKコード K4641 K4642 K513 K511\$ K465		1 1 頸部郭清術	K469\$												
10	0230	続発性副甲状腺機能亢進症	続発性<二次性>副甲状腺<上皮小体>機能亢進症、他に分類されないもの	E211			手術なし その他の手術あり 副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	99 99 手術なし 97 97 01 01			その他のKコード K464\$															
10	0240	副甲状腺機能低下症	副甲状腺<上皮小体>機能低下症 治療後副甲状腺<上皮小体>機能低下症	E20\$ E892			99 99 手術なし 97 97 手術あり																			
10	0250	下垂体機能低下症	下垂体機能低下症 薬物誘発性下垂体機能低下症 その他の下垂体障害 下垂体障害、詳細不明	E230 E231 E236 E237			手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 経鼻的下垂体腫瘍摘出術 97 02 頭蓋内腫瘍摘出術 97 97			K171 K169\$ その他のKコード			1 9 成長ホルモン剤				1 2 その他の副腎皮質機能低下症 1 2 尿崩症 1 2 代謝性疾患(糖尿病を除く。)	100202 100280 100300							
10	0260	下垂体機能亢進症	下垂体の悪性新生物 下垂体の良性新生物 下垂体の性状不詳または不明の新生物 末端肥大症<先端巨大症>および下垂体性巨人症 高プロラクチン血症 その他の下垂体機能亢進症 下垂体機能亢進症、詳細不明 下垂体依存性クッシング<Cushing>病 ネルソン<Nelson>症候群	C751 D352 D443 E220 E221 E228 E229 E240 E241			手術なし 手術あり	99 99 手術なし 97 01 経鼻的下垂体腫瘍摘出術 97 02 頭蓋内腫瘍摘出術 97 97			K171 K169\$ その他のKコード			1 9 ソマトスタチンアナログ 1 9 ベグビソマン 1 8 化学療法 1 6 放射線療法			1 2 尿崩症	100280								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
10	0270	間脳下垂体疾患(その他)	視床下部機能障害、他に分類されないもの 神経性無食欲症 神経性大食症	E233 F500 F502				99	99	手術なし						1	9	LH-RH		1	1	甲状腺機能低下症	100160			
10	0280	尿崩症	尿崩症	E232	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満			99	99	手術なし																
10	0285	ADH分泌異常症	抗利尿ホルモン不適合分泌症候群<SIADH>	E222	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満			99	99	手術なし																
10	0290	グルコース調節・膵内分泌障害、その他の内分泌疾患	先天性ヨード欠乏症候群 甲状腺障害、詳細不明 グルカゴン分泌増加 ガストリンの異常分泌 その他の明示された膵内分泌障害 膵内分泌障害、詳細不明 その他の明示された副腎障害 副腎障害、詳細不明 卵巣機能障害 精巣<睾丸>機能障害 思春期障害、他に分類されないもの 多腺性機能障害 カルチノイド症候群 消化管ホルモンのその他の分泌過剰 異所性ホルモン分泌、他に分類されないもの 体質性高身長 アンドロゲン抵抗性症候群 その他の明示された内分泌障害 内分泌障害、詳細不明 他に分類される疾患における内分泌腺障害 治療後低インスリン血症 治療後下垂体機能低下症 治療後卵巣機能不全(症) 治療後精巣<睾丸>機能低下症 その他の治療後内分泌および代謝障害 治療後内分泌および代謝障害、詳細不明 ターナー<Turner>症候群 クラインフェルター<Klinefelter>症候群、核型 47, XXY クラインフェルター<Klinefelter>症候群、3本以上のX染色体を持つ男性 クラインフェルター<Klinefelter>症候群、46, XX核型を持つ男性 46, XX核型を持つその他の男性<XX男性> クラインフェルター<Klinefelter>症候群、詳細不明	E00\$ E079 E163 E164 E168 E169 E278 E279 E28\$ E29\$ E30\$ E31\$ E340 E341 E342 E344 E345 E348 E349 E35\$ E891 E893 E894 E895 E898 E899 Q96\$ Q980 Q981 Q982 Q983 Q984	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満		99	99	手術なし									1	9	ソマトスタチンアナログ 性腺刺激ホルモン						
10	0300	代謝性疾患(糖尿病を除く。)	糖尿病	E740			手術なし	99	99	手術なし						1	5	血漿交換療法	J039							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			リポたんぱく<蛋白>代謝障害および その他の脂(質)血症 炎症性関節炎および痛風結節性疾患 の徴候を伴わない高尿酸血症 ポルフィリンおよびビリルビン代謝障害 銅代謝障害 鉄代謝障害 亜鉛代謝障害 リン代謝障害 マグネシウム代謝障害 その他のミネラル<鉱質>代謝障害 ミネラル<鉱質>代謝障害、詳細不明	E78\$ E790 E80\$ E830 E831 E832 E833 E834 E838 E839			手術あり	97	97	手術あり					1	3	人工腎臓 その他の 場合	J0382							
10	0310	腎血管性高血圧 症	腎血管性高血圧(症)  腎動脈のアテローム<じゅく>粥>状 >硬化(症) 腎動脈瘤	I150  I701 I722			手術なし  手術あり	99	99	手術なし  97 01 腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)	K613	1	1	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影 した場合	E0033 イ										
10	0320	内分泌性高血圧 症(その他)	その他の腎障害による二次性<続発 性>高血圧(症) 内分泌障害による二次性<続発性> 高血圧(症) その他の二次性<続発性>高血圧 (症) 二次性<続発性>高血圧(症)、詳細 不明	I151 I152 I158 I159				99	99	手術なし  手術あり															
10	0330	栄養障害(その 他)	クワシオールコル  栄養性消耗症<マラスムス> 消耗症(性)クワシオールコル 詳細不明の重度たんぱく<蛋白>エネ ルギー性栄養失調(症) 中等度および軽度のたんぱく<蛋白> エネルギー性栄養失調(症) たんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失 調(症)に続発する発育遅延 詳細不明のたんぱく<蛋白>エネ ルギー性栄養失調(症) ビタミンA欠乏症 脚気 その他のチ<サイ>アミン欠乏症の症 状発現 チ<サイ>アミン欠乏症、詳細不明 ナイアシン欠乏症[ペラグラ] その他のビタミンB群の欠乏症 アスコルビン酸欠乏症 ビタミンD欠乏症 その他のビタミン欠乏症 食事性カルシウム欠乏症 食事性セレン欠乏症 食事性亜鉛欠乏症 その他の栄養素欠乏症 その他の栄養欠乏症 栄養失調(症)およびその他の栄養欠 乏症の続発・後遺症 限局性脂肪症<脂肪過多症> その他の過栄養<過剰摂食> 過栄養<過剰摂食>の続発・後遺症	E40 E41 E42 E43 E44\$ E45 E46 E50\$ E511 E518 E519 E52 E53\$ E54 E55\$ E56\$ E58 E59 E60 E61\$ E63\$ E64\$ E65 E67\$ E68	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満		99 99 手術なし 97 03 脾摘出術 97 04 水晶体再建術 97 06 体外衝撃波胆石破砕術(一連につき) 97 07 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含 む。) 97 97	K711 K282\$ K678 K664 その他のK コード	1 2 中心静脈注射 1 1 人工呼吸	G005 J045\$	1 1 呼吸不全(その 他)	040130													
10	0335	代謝障害(その 他)	芳香族アミノ酸代謝障害	E70\$			手術なし	99	99	手術なし					2	9	酵素補充療法		1	2	肺炎、急性気管 支炎、急性細気 管支炎	040080			



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			測鎖く分枝鎖>アミノ酸代謝および脂肪酸代謝障害	E71\$				手術あり	97	03	脾摘出術	K711					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	2	肝硬変(胆汁性肝硬変を含む。)	060300				
			その他のアミノ酸代謝障害	E72\$					97	04	水晶体再建術	K282\$					1	2	中心静脈注射	G005	1	2	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070				
			乳糖不耐症	E73\$					97	06	体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)	K678					1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	貧血(その他)	130090				
			フルクトース<果糖>代謝障害	E741					97	07	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664																
			ガラクトース代謝障害	E742					97	97		その他のKコード																
			その他の糖質腸吸収障害	E743																								
			ビルベークビルビン酸>代謝および糖新生障害	E744																								
			その他の明示された糖質代謝障害	E748																								
			糖質代謝障害, 詳細不明	E749																								
			スフィンゴリピド代謝障害およびその他の脂質蓄積障害	E75\$																								
			グリコサミノグリカン代謝障害	E76\$																								
			糖たんぱく<蛋白>代謝障害	E77\$																								
			レスシュ・ナイハン<Lesch-Nyhan>症候群	E791																								
			その他のプリンおよびピリミジン代謝障害	E798																								
			プリンおよびピリミジン代謝障害, 詳細不明	E799																								
			のう陥性線維症<システィックファイブローシス>	E84\$																								
			その他の代謝障害	E88\$																								
			他に分類される疾患における栄養および代謝障害	E90																								
10	0360	小人症	低身長, 他に分類されないもの	E343					99	99	手術なし																	
									97	01	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$																
									97	97		その他のKコード																
10	0370	アミロイドーシス	アミロイドーシス<アミロイド症>	E85\$	00	0	15歳以上	手術なし	99	99	手術なし																	
							15	1	15歳未満	手術あり	97	01	血管結紮術 その他のもの	K6072					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
									97	97		その他のKコード																
10	0380	体液量減少症	体液量減少(症)	E86					99	99	手術なし												1	1	脳梗塞	010060		
									97	97	手術あり												1	1	心不全	050130		
10	0391	低カリウム血症	その他のアルドステロン症	E268				手術なし	99	99	手術なし																	
			低カリウム<K>血症	E876				手術あり	97	97	手術あり																	
10	0392	カルシウム代謝障害	カルシウム代謝障害	E835				手術なし	99	99	手術なし																	
								手術あり	97	97	手術あり																	
10	0393	その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	高浸透圧および高ナトリウム血症	E870				手術なし	99	99	手術なし												1	2	腎臓または尿路の感染症	110310		
			低浸透圧および低ナトリウム血症	E871				手術あり	97	97	手術あり																	
			アシドーシス	E872																								
			アルカローシス	E873																								
			混合型酸塩基平衡障害	E874																								
			高カリウム<K>血症	E875																								
			体液過負荷	E877																								
			その他の電解質および体液障害, 他に分類されないもの	E878																								
11	001x	腎腫瘍	<b>110011 腎の悪性腫瘍</b>					手術なし	99	99	手術なし				1	1	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法	E0033\$	4	9	IL-2		1	3	肺の悪性腫瘍	040040		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			腎盂を除く腎の悪性新生物	C64			その他の手術あり	97	03	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615					3	8	スニチニプリンコ酸		1	3	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			腎および腎盂の続発性悪性新生物	C790				97	04	静脈血栓摘出術	K619\$					2	7	ソラフェニブチル酸		1	3	骨の悪性腫瘍(脊椎を除く。)	070040		
			<b>110012 腎の良性腫瘍</b>					97	97		その他のKコード					1	6	化学療法							
			腎の良性新生物	D300			腎(尿管)悪性腫瘍手術等	01	01	腎(尿管)悪性腫瘍手術	K773					1	6	放射線療法							
			腎の性状不詳または不明の新生物	D410				01	02	腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術	K773-2					1	5	インターフェロン							
								01	02	腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	K773-3					1	2	中心静脈注射	G005						
																1	1	人工呼吸	J045\$						
11	002x	性器の悪性腫瘍	<b>110021 陰茎の悪性腫瘍</b>				手術なし	99	99	手術なし		1	1	膀胱瘻造設術	K805	1	8	化学療法							
			陰茎の悪性新生物	C60\$			手術あり	97	02	分層植皮術	K013\$					1	6	放射線療法							
			陰茎の上皮内癌	D074				97	02	全層植皮術	K013-2\$					1	2	中心静脈注射	G005						
			<b>110022 性器の悪性腫瘍</b>					97	03	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$					1	1	人工呼吸	J045\$						
			男性生殖器の境界部病巣の悪性新生物	C638				97	04	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016														
			男性生殖器の悪性新生物、部位不明	C639				97	05	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017														
			腎尿路の境界部病巣の悪性新生物	C688				97	06	複合組織移植術	K019														
			尿路の悪性新生物、部位不明	C689				97	07	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020														
								97	08	粘膜移植術	K021\$														
								97	09	粘膜弁手術	K021-2\$														
								97	10	神経移植術	K198														
								97	11	陰茎悪性腫瘍手術	K827\$														
								97	12	リンパ節群郭清術 鼠径部及び股部	K6276														
								97	13	リンパ節群郭清術 後腹膜	K6277														
								97	13	リンパ節群郭清術 骨盤	K6278														
								97	14	デブリードマン	K002\$														
								97	15	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$														
								97	16	尿道下裂形成手術	K819														
								97	16	陰茎形成術	K819-2														
								97	17	包茎手術	K828\$														
								97	97		その他のKコード														
11	004x	尿道・性器の良性腫瘍	<b>110041 尿道腫瘍</b>				手術なし	99	99	手術なし															
			尿道の良性新生物	D304			手術あり	97	01	皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)	K006\$														
			尿道粘膜脱	N363				97	02	皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術(露出部以外)	K004\$														
			<b>110042 性器の良性腫瘍(その他)</b>					97	03	分層植皮術	K013\$														
			その他および部位不明の男性生殖器の上皮内癌	D076				97	03	全層植皮術	K013-2\$														
			陰茎の良性新生物	D290				97	04	外尿道腫瘍切除術	K816														
			その他の男性生殖器の良性新生物	D297				97	05	女子尿道脱手術	K822														
			男性生殖器の良性新生物、部位不明	D299				97	97		その他のKコード														
			その他の尿路の良性新生物	D307																					
			尿路の良性新生物、部位不明	D309																					
			精巣<睾丸>の性状不詳または不明の新生物	D401																					
			その他の男性生殖器の性状不詳または不明の新生物	D407																					
			男性生殖器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D409																					
			腎盂の性状不詳または不明の新生物	D411																					
			尿管の性状不詳または不明の新生物	D412																					
			尿道の性状不詳または不明の新生物	D413																					
			膀胱の性状不詳または不明の新生物	D414																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等									
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等					
			その他の尿路の性状不詳または不明の新生物 尿路の性状不詳または不明の新生物 部位不明	D417 D419																										
11	0050	後腹膜疾患	後腹膜および腹膜の続発性悪性新生物 後腹膜の良性新生物 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 後腹膜	C786 D200 D483			手術なし その他の手術あり 後腹膜悪性腫瘍手術等	99	99	手術なし 97 97 01 01 後腹膜悪性腫瘍手術 01 02 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術 01 03 腎(尿管)悪性腫瘍手術 01 03 腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術 01 03 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術 01 04 試験開腹術 01 05 経皮的腎(腎盂)瘻造設術 01 05 残存尿管摘出術 01 05 尿管剥離術 01 05 尿管膀胱吻合術 01 05 尿管尿管吻合術 01 06 リンパ節群郭清術 後腹膜 01 06 リンパ節群郭清術 骨盤	K K643 K642\$ K773 K773-2 K773-3 K636 K775 K784 K784-2 K786 K787 K6277 K6278																			
11	0060	腎盂・尿管の悪性腫瘍	腎盂の悪性新生物 尿管の悪性新生物 その他および部位不明の腎尿路の上皮内癌	C65 C66 D091			手術なし その他の手術あり 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術等	99	99	手術なし 97 97 02 03 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術 02 04 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 02 05 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管) 02 06 膀胱単純摘除術 その他のもの 02 07 経皮的腎盂腫瘍切除術(経皮的腎瘻造設術を含む。) 腎(尿管)悪性腫瘍手術等 01 01 腎(尿管)悪性腫瘍手術 01 02 腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術 01 02 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	K K785 K8036 K615 K8012 K765 K773 K773-2 K773-3	1	1	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775															
11	0070	膀胱腫瘍	膀胱の悪性新生物 尿道の悪性新生物 尿道傍腺の悪性新生物 膀胱ならびにその他および部位不明の尿路の続発性悪性新生物 膀胱の上皮内癌 膀胱の良性新生物	C67\$ C680 C681 C791 D090 D303			手術なし その他の手術あり	99	99	手術なし 97 03 尿管皮膚瘻造設術 97 03 膀胱壁切除術 97 03 膀胱憩室切除術 97 03 膀胱単純摘除術 97 03 膀胱腫瘍摘出術 97 03 尿管摘出術 97 03 尿道悪性腫瘍摘出術 97 97 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 膀胱悪性腫瘍手術 切除等 01 01 膀胱悪性腫瘍手術 全摘(腸管等を利用して尿路変更を行わないもの) 01 01 膀胱悪性腫瘍手術 全摘(尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの) 01 01 膀胱悪性腫瘍手術 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	K K790 K799 K800 K801\$ K802 K804 K817\$ K8036 K8031 K8032 K8033 K8034	1	1	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管) 経皮的腎(腎盂)瘻造設術 膀胱内凝血除去術 膀胱瘻造設術	K615 K775 K797 K805															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01 01		膀胱悪性腫瘍手術 全摘(代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの)	K8035														
11	0080	前立腺の悪性腫瘍	前立腺の悪性新生物 その他の明示された男性生殖器の悪性新生物 前立腺の上皮内癌	C61 C637 D075			手術なし その他の手術あり 精巣摘出術 前立腺悪性腫瘍手術等	99 99 97 04 97 05 97 97 02 03 01 01 01 02 01 02		手術なし 経尿道的前立腺手術 前立腺被膜下摘出術 精巣摘出術 前立腺悪性腫瘍手術 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	K841 K840 その他のKコード K830 K843 K843-2 K843-3		1 1	前立腺針生検法	D413	3 9 2 6 1 8 1 2 1 1		密封小線源治療(一連につき)組織内照射 前立腺癌に対する永久挿入療法 放射線療法 化学療法 中心静脈注射 人工呼吸	M0043 G005 J045\$	1 1 1 1 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2		骨の悪性腫瘍(脊椎を除く) その他の慢性疼痛 肺の悪性腫瘍 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 心不全 肝・肝内胆管の悪性腫瘍(続発性を含む) 膀胱腫瘍 腎、泌尿器の疾患(その他) 水腎症(その他) 白血球疾患(その他) 貧血(その他)	070040 R522 040040 040080 050130 060050 110070 110320 110420 130070 130090		
11	0100	精巣腫瘍	精巣<睾丸>の悪性新生物 精巣上体<副睾丸>の悪性新生物 精索の悪性新生物 陰のう<囊>の悪性新生物 精索の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む) 精巣<睾丸>の良性新生物 精巣上体<副睾丸>の良性新生物	C62\$ C630 C631 C632 D176 D292 D293			手術なし その他の手術あり 精巣悪性腫瘍手術	99 99 97 02 97 04 97 97 01 01		手術なし 精巣上体摘出術 精巣摘出術 精巣悪性腫瘍手術	K832 K830 その他のKコード K833		1 1 1 1 1 1 1 1	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管) リンパ節摘出術 リンパ節群郭清術 後腹膜 リンパ節群郭清術 骨盤	K615 K626\$ K6277 K6278	1 8 1 6 1 2 1 1		化学療法 放射線療法 中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$	1 3		白血球疾患(その他)	130070		
11	012x	上部尿路疾患	110121 上部尿路結石 腎結石および尿管結石性閉塞を伴う水腎症 腎結石および尿管結石 110122 上部尿路疾患(その他) 腎盂の良性新生物 尿管の良性新生物 腎のう<囊>胞、後天性 腎および尿管のその他の明示された障害	N132 N20\$ D301 D302 N281 N288			手術なし その他の手術あり 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき) 経皮的尿管拡張術(経皮的腎嚢造設術を含む。) 経皮的尿管結石除去術(経皮的腎嚢造設術を含む。) 経尿道的尿管結石除去術(超音波下に行った場合も含む。) 腎切石術等	99 99 97 05 97 05 97 05 97 05 97 97 04 04 03 03 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01		手術なし 経皮的尿管拡張術(経皮的腎嚢造設術を含む。) 経皮的尿管結石除去術(経皮的腎嚢造設術を含む。) 経尿道的尿管結石除去術(超音波下に行った場合も含む。) ピンハンマー式尿管結石破碎術 腎切石術 腎切半術 腎盂切石術 腎摘出術 腹腔鏡下腎摘出術 腹腔鏡下小切開腎摘出術 尿管切石術	K766 K771 K775 K783 K785 その他のKコード K768 K764 K781 K781-2 K763 K759 K767 K772 K772-2 K772-3 K782\$		1 1	経皮的腎(腎盂)嚢造設術	K775					1 1 1 3 1 3		腎、泌尿器の疾患(その他) 急性腎不全 敗血症	110320 110290 180010		
11	013x	下部尿路疾患	110131 下部尿路結石症 下部尿路結石 110132 膀胱尿管逆流症	N21\$	00 0 2歳以上 02 1 2歳未満		手術なし その他の手術あり	99 99 97 03 97 02		手術なし 尿道結石、異物摘出術 膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	K815\$ K7981		1 1	膀胱嚢造設術	K805	1 4	シンテグラム	E100\$							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等												
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等							
			膀胱尿管逆流性尿路疾患 N137 その他の閉塞性尿路疾患および逆流性尿路疾患 N138 閉塞性尿路疾患および逆流性尿路疾患、詳細不明 N139 先天性膀胱尿管逆流 Q627 <b>110133 神経因性膀胱</b> 馬尾症候群 G834 神経因性膀胱(機能障害)、他に分類されないもの N31\$ <b>110134 下部尿路の炎症</b> 尿路性器のクラミジア感染症、詳細不明 A562 膀胱炎 N30\$ 尿道炎および尿道炎候群 N34\$ <b>110135 尿道狭窄</b> 尿道狭窄 N35\$ 処置後尿道狭窄 N991 <b>110136 尿失禁</b> 緊張性<腹圧性>尿失禁 N393 その他の明示された尿失禁 N394					97 02 経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用) K798-2 97 97 膀胱結石、異物摘出術 膀胱高位切開術 膀胱高位切開術 尿管膀胱吻合術等 03 06 尿管膀胱吻合術 K786 03 05 膀胱尿管逆流手術 K809-2 尿道狭窄内視鏡手術等 02 04 尿道狭窄内視鏡手術 K821 02 04 外尿道口切開術 K814 02 04 尿道ステント前立腺部尿道拡張術 K821-3 尿道形成手術等 01 07 尿道形成手術 K818\$ 01 07 尿道狭窄拡張術(尿道バルーンカテーテル) K821-2																									
11	0200	前立腺肥大症等	前立腺の良性新生物 D291 前立腺の性状不詳または不明の新生物 D400 前立腺肥大(症) N40					手術なし 99 99 手術なし その他の手術あり 97 97 経尿道的レーザー前立腺切除術等 04 04 経尿道的レーザー前立腺切除術 K841-2 04 04 経尿道的前立腺高温度治療(一連につき) K841-3 04 04 焦点式高エネルギー超音波療法(一連につき) K841-4 経尿道的前立腺手術 02 02 経尿道的前立腺手術 K841 前立腺被膜下摘出術 01 01 前立腺被膜下摘出術 K840					1	1	前立腺針生検法 D413								1	2	腎臓または尿路の感染症 110310								
11	022x	男性生殖器疾患	<b>110221 男性生殖器炎症性疾患</b> 前立腺の炎症性疾患 N41\$ 精巣<睾丸>炎および精巣上体<副睾丸>炎 N45\$ <b>110222 陰茎・包皮の疾患</b> 過長包皮、包茎およびがんく瘻>頓包茎 N47 陰茎のその他の障害 N48\$ <b>110223 陰嚢内疾患(悪性、炎症性疾患を除く。)</b> 陰のうく嚢>の良性新生物 D294 陰のうく嚢>静脈瘤 I861 精巣<睾丸>水腫および精液瘤 N43\$ 精巣<睾丸>捻転 N44 <b>110224 男性生殖器の障害</b> 男性不妊(症) N46 男性生殖器のその他の明示された障害 N508					手術なし 99 99 手術なし その他の手術あり 97 06 停留精巣固定術 K836 97 07 精巣摘出術 K830 97 08 精巣上体摘出術 K832 97 09 精管切断、切除術(両側) K829 97 10 前立腺腫瘍切開術 K839 97 97 その他のKコード K828\$ 包茎手術 04 05 包茎手術 K834 精索静脈瘤手術等 03 03 精索静脈瘤手術 K834-2 03 04 腹腔鏡下内精索静脈結紮術 K835\$ 陰嚢水腫手術 02 02 陰嚢水腫手術 K838\$ 01 01 精索捻転手術 K838\$																1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 100070 1	3	前立腺肥大症等 110200					
11	0260	ネフローゼ症候群	ネフローゼ症候群 N04\$		00	0	2歳以上	手術なし 99 99 手術なし 手術あり 97 01 動脈形成術、吻合術 其他の動脈 K6105 97 97 その他のKコード					1	1	経皮的針生検法 D412								1	5	血漿交換療法 J039								
11	0270	急速進行性腎炎症候群	急速進行性腎炎症候群 N01\$		00	0	2歳以上	手術なし 99 99 手術なし 手術あり 97 97 手術あり					1	1	動脈形成術、吻合術 其他の動脈 K6105							3	5	血漿交換療法 J039					1	3	人工腎臓 其他の場合 J0382		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
11	0275	急性腎炎症候群	急性腎炎症候群	N00\$	00	0 2歳以上		99	99	手術なし		1	1	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K610\$												
11	0280	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	腎不全を伴う高血圧性腎疾患	I120	00	0 2歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	1	経皮的針生検法	D412		4	6	血漿交換療法	J039	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			腎不全を伴わない高血圧性腎疾患	I129	02	1 2歳未満	手術あり	97	01	血管結紮術 その他のもの	K6072						3	5	持続緩徐式血液濾過	J038-2	1	3	敗血症	180010			
			反復性および持続性血尿	N02\$				97	01	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K610\$						2	4	腹腔灌流 連続携行式腹腔灌流	J0421							
			慢性腎炎症候群	N03\$				97	01	連続携行式腹腔灌流用カテーテル腹腔内留置術	K635-3						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			詳細不明の腎炎症候群	N05\$				97	97		その他のKコード																
			明示された形態学的病変を伴う単たんばく<蛋白>尿	N06\$																							
			遺伝性腎症<ネフロパシー>、他に分類されないもの	N07\$																							
			他に分類される疾患における糸球体障害	N08\$																							
			慢性尿細管間質性腎炎	N11\$																							
			尿細管間質性腎炎、急性または慢性と明示されないもの	N12																							
			薬物および重金属により誘発された尿細管間質および尿細管の病態	N14\$																							
			慢性腎不全	N18\$																							
			持続性たんばく<蛋白>尿、詳細不明	N391																							
			起立性たんばく<蛋白>尿、詳細不明	N392																							
11	0290	急性腎不全	肝腎症候群	K767			手術なし	99	99	手術なし		1	1	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775		3	5	持続緩徐式血液濾過	J038-2	1	3	胸水、胸膜の疾患(その他)	040190			
			急性腎不全	N17\$			手術あり	97	01	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K610\$	1	1	経尿道的尿管ステント留置術	K783-2		1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
								97	97		その他のKコード	1	1	経尿道的尿管ステント抜去術	K783-3												
								1	1	膀胱結石、異物摘出術 経尿道的手術	K7981																
								1	1	経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)	K798-2																
11	0310	腎臓または尿路の感染症	急性尿細管間質性腎炎	N10			手術なし	99	99	手術なし		1	1	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775							1	2	その他の真菌感染症	180035		
			腎膿瘍および腎周囲膿瘍	N151			手術あり	97	01	腎摘出術	K772	1	1	経尿道的尿管ステント留置術	K783-2							1	3	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			尿路感染症、部位不明	N390				97	01	腹腔鏡下腎摘出術	K772-2																
								97	01	腹腔鏡下小切開腎摘出術	K772-3																
								97	02	腎周囲膿瘍切開術	K758																
								97	97		その他のKコード																
11	0320	腎、泌尿器の疾患(その他)	腎静脈の血栓症および血栓症	I823	00	0 6歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	1	シンチグラム	E100\$												
			バルカン<Balkan>腎症<ネフロパシー>	N150	06	1 6歳未満	その他の手術あり	97	97		その他のKコード																
			その他の明示された尿細管間質性疾患	N158				01	01	瘢痕拘縮形成手術等	K010\$																
			尿細管間質性疾患、詳細不明	N159				01	02	尿道下裂形成手術	K819																
			他に分類される疾患における尿細管間質性障害	N16\$				01	02	陰莖形成術	K819-2																
			詳細不明の腎不全	N19				01	03	分層植皮術	K013\$																
			他に分類される疾患における尿路結石	N22\$				01	03	全層植皮術	K013-2\$																
			詳細不明の腎仙痛	N23				01	04	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$																
			腎尿細管機能障害から生じた障害	N25\$				01	05	副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	K464\$																
			詳細不明の萎縮腎	N26				01	06	腎盂形成手術	K778																
			原因不明の矮小腎	N27\$				01	06	腹腔鏡下腎盂形成手術	K778-2																
			腎および尿管の障害、詳細不明	N289				01	07	腎摘出術	K772																
			他に分類される疾患における腎および尿管のその他の障害	N29\$				01	07	腹腔鏡下腎摘出術	K772-2																



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01 01		リンパ節群郭清術 骨盤	K6278			1 2	中心静脈注射	G005									
								01 01		大網切除術	K641			1 1	人工呼吸	J045\$									
								01 01		骨盤内臓全摘術	K645														
								01 01		直腸切除・切断術 低位前方切除術	K7402														
								01 01		子宮全摘術	K877														
								01 01		子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	K888\$														
								01 01		卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血手術(両側)	K888-2\$														
12	0020	子宮頸・体部の悪性腫瘍	子宮頸(部)の悪性新生物	C53\$			手術なし	99	99	手術なし								4 8	化学療法ありかつ放射線療法なし		1 1	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210		
			子宮体部の悪性新生物	C54\$			その他の手術あり	97	04	試験開腹術	K636			3 7	化学療法ありかつ放射線療法あり			1 1	膀胱腫瘍		1 1	膀胱腫瘍	110070		
			子宮の悪性新生物、部位不明	C55				97	97		その他のKコード			2 6	化学療法なしかつ放射線療法あり			1 1	水腎症(その他)		1 1	水腎症(その他)	110420		
			子宮頸(部)の上皮内癌	D06\$			子宮内臓腫瘍術	03	03	子宮内臓腫瘍術	K861			1 2	中心静脈注射	G005		1 1	白血球疾患(その他)		1 1	白血球疾患(その他)	130070		
			子宮内臓の上皮内癌	D070			子宮筋腫摘出(核出)術 腔式 腔式等	02	02	子宮筋腫摘出(核出)術 腔式 腔式等	K8722			1 1	人工呼吸	J045\$		1 2	子宮・子宮付属器の炎症性疾患		1 2	子宮・子宮付属器の炎症性疾患	120110		
			その他および部位不明の女性生殖器の上皮内癌	D073				02	02	子宮頸部(腔部)切除術	K867							1 3	静脈・リンパ管疾患		1 3	静脈・リンパ管疾患	050180		
			子宮頸(部)の異形成	N87\$				02	02	子宮頸部摘出術(腔部切断術を含む。)	K867-3							1 3	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍		1 3	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	060035		
							子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	02	02	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	K867-4			1 3	後腹膜疾患			1 3	後腹膜疾患		1 3	後腹膜疾患	110050		
							子宮悪性腫瘍手術等	01	01	子宮悪性腫瘍手術	K879			1 3	下部尿路疾患			1 3	下部尿路疾患		1 3	下部尿路疾患	11013x		
								01	01	リンパ節群郭清術 後腹膜	K6277			1 3	腎、泌尿器の疾患(その他)			1 3	腎、泌尿器の疾患(その他)		1 3	腎、泌尿器の疾患(その他)	110320		
								01	01	リンパ節群郭清術 骨盤	K6278			1 3	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍			1 3	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍		1 3	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	120010		
								01	01	骨盤内臓全摘術	K645			1 3	貧血(その他)			1 3	貧血(その他)		1 3	貧血(その他)	130090		
								01	01	子宮全摘術	K877			1 3	その他の慢性疼痛			1 3	その他の慢性疼痛		1 3	その他の慢性疼痛	R522		
																		1 3	ショック、他に分類されないもの		1 3	ショック、他に分類されないもの	R57\$		
12	0030	外陰の悪性腫瘍	外陰(部)の悪性新生物	C51\$			手術なし	99	99	手術なし			1 2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$			3 8	化学療法ありかつ放射線療法なし						
			外陰部の上皮内癌	D071			手術あり	97	01	皮膚悪性腫瘍切除術	K007\$			1 2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016		2 6	放射線療法						
			軽度外陰異形成	N900				97	01	女子外生殖器悪性腫瘍手術	K850\$			1 2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017		1 2	中心静脈注射	G005					
			中等度外陰異形成	N901				97	02	女子外生殖器腫瘍摘出術	K849			1 2	複合組織移植術	K019		1 1	人工呼吸	J045\$					
			高度外陰異形成、他に分類されないもの	N902				97	97		その他のKコード			1 2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020									
			外陰異形成、詳細不明	N903										1 2	粘膜移植術	K021\$									
			外陰の白斑症<ロイコプラキ>	N904										1 2	粘膜弁手術	K021-2\$									
														1 1	分層植皮術	K013\$									
														1 1	全層植皮術	K013-2\$									
12	0040	陰の悪性腫瘍	陰の悪性新生物	C52			手術なし	99	99	手術なし				1 2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$			3 8	化学療法ありかつ放射線療法なし					
			陰の上皮内癌	D072			手術あり	97	01	陰壁悪性腫瘍手術	K857			1 2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016		2 6	放射線療法						
			軽度陰異形成	N890				97	01	子宮全摘術	K877			1 2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017		1 2	中心静脈注射	G005					
			中等度陰異形成	N891				97	02	陰壁腫瘍摘出術	K856			1 2	複合組織移植術	K019		1 1	人工呼吸	J045\$					
			高度陰異形成、他に分類されないもの	N892				97	97		その他のKコード			1 2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020									
			陰異形成、詳細不明	N893										1 2	粘膜移植術	K021\$									
			陰の白斑症<ロイコプラキ>	N894										1 2	粘膜弁手術	K021-2\$									
														1 2	造陰術、陰閉鎖症術	K859\$									
														1 1	分層植皮術	K013\$									
														1 1	全層植皮術	K013-2\$									
12	0050	絨毛性疾患	胎盤の悪性新生物	C58			手術なし	99	99	手術なし									1 8	化学療法					
			胎盤の性状不詳または不明の新生物	D392			その他の手術あり	97	01	子宮全摘術	K877														



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等				
			胎状奇胎	O01\$				97	97		その他のKコード K911 K861																		
12	0060	子宮の良性腫瘍	子宮平滑筋腫 子宮のその他の良性新生物 子宮の性状不詳または不明の新生物	D25\$ D26\$ D390			手術なし その他の手術あり 腹腔鏡下腔式子宮全摘術等 腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術 腹腔鏡下有蒂粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 子宮全摘術等 子宮憩肉様筋腫摘出術(腔式) 子宮筋腫摘出(核出)術 腹式 子宮筋腫摘出(核出)術 腔式 子宮腔上部切断術 広韧带内腫瘍摘出術 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01	手術なし その他の手術あり 腹腔鏡によるもの 腔式卵巣嚢腫内容排除術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管口切開術 腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)(開腹によるもの) 子宮腔上部切断術 子宮全摘術 広韧带内腫瘍摘出術 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 開腹によるもの 卵管口切開術 開腹によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 開腹によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 開腹によるもの	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01	手術なし その他の手術あり 腹腔鏡によるもの 腔式卵巣嚢腫内容排除術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管口切開術 腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)(開腹によるもの) 子宮腔上部切断術 子宮全摘術 広韧带内腫瘍摘出術 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 開腹によるもの 卵管口切開術 開腹によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 開腹によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 開腹によるもの	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01	99 97 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01	人工呼吸	J045\$	1	3	水腎症(その他)	110420								
12	0070	卵巣の良性腫瘍	卵巣の良性新生物 卵巣の性状不詳または不明の新生物	D27 D391			手術なし その他の手術あり 卵巣部分切除術(腔式を含む。)(両側) 腹腔鏡によるもの等 腔式卵巣嚢腫内容排除術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管口切開術 腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)(開腹によるもの) 子宮腔上部切断術 子宮全摘術 広韧带内腫瘍摘出術 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 開腹によるもの 卵管口切開術 開腹によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 開腹によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 開腹によるもの	99 97 02 02 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	99 97 02 02 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	手術なし その他の手術あり 腹腔鏡によるもの 腔式卵巣嚢腫内容排除術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管口切開術 腹腔鏡によるもの 腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 腹腔鏡によるもの 卵巣部分切除術(腔式を含む。)(開腹によるもの) 子宮腔上部切断術 子宮全摘術 広韧带内腫瘍摘出術 腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 開腹によるもの 卵管口切開術 開腹によるもの 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 開腹によるもの 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 開腹によるもの	99 97 02 02 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	99 97 02 02 02 02 02 02 02 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	人工呼吸	J045\$	1	3	ヘルニアの記載のない腸閉塞	060210											
12	0080	女性生殖器の良性腫瘍(その他)	その他および部位不明の女性生殖器の良性新生物 その他の女性生殖器の性状不詳または不明の新生物 女性生殖器の性状不詳または不明の新生物、部位不明	D28\$ D397 D399			手術なし 手術あり 腔壁腫瘍摘出術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 輪状処女膜切除術 バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) その他のKコード	99 97 97 97 97 97 97 97 97	99 01 01 01 01 02 02 03 97	手術なし 腔壁腫瘍摘出術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側) 卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側) 輪状処女膜切除術 バルトリン腺嚢胞腫瘍摘出術(造袋術を含む。) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) その他のKコード	99 01 01 01 01 02 02 03 97	99 01 01 01 01 02 02 03 97	皮膚作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 粘膜移植術 粘膜弁手術 造陰術、陰閉鎖症術 分層植皮術 全層植皮術	K015\$ K016 K017 K019 K021\$ K021-2\$ K859\$ K013\$ K013-2\$	1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1 1 1 1	人工呼吸	J045\$											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
12	0090	生殖器脱出症	女性性器脱	N81\$			手術なし	99	99	手術なし				1	1			人工呼吸	J045\$						
							手術あり	97	01	直腸脱手術 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	K7424														
								97	01	子宮脱手術	K865\$														
								97	01	子宮全摘術	K877														
								97	02	膀胱脱手術	K802-2\$														
								97	02	会陰形成手術	K851\$														
								97	02	陰壁裂創縫合術(分娩時を除く。) 陰円蓋に及び裂創	K8523														
								97	02	陰閉鎖術	K853\$														
								97	02	造陰術、陰閉鎖症術 陰断端挙上によるもの	K8593														
								97	02	陰壁形成手術	K860														
								97	02	陰断端挙上術(陰式、腹式)	K860-2														
								97	97	その他のKコード															
12	0100	子宮内膜症	子宮の子宮内膜症 卵巣の子宮内膜症 卵管の子宮内膜症 骨盤腹膜の子宮内膜症 直腸腔中隔および腔の子宮内膜症 腸の子宮内膜症 皮膚瘢痕における子宮内膜症 その他の子宮内膜症 子宮内膜症、詳細不明	N800 N801 N802 N803 N804 N805 N806 N808 N809			手術なし その他の手術あり	99 97	99 97	手術なし その他の手術あり	その他のKコード K877-2			1	1			人工呼吸	J045\$						
							腹腔鏡下腔式子宮全摘術等	02	02	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	K863														
								02	03	子宮付属器癒着剥離術(両側) 腹腔鏡によるもの	K8862														
								02	04	腔式卵巣嚢腫内容排除術	K885														
								02	04	卵巣部分切除術(腔式を含む。)	K887\$														
								02	04	卵管結紮術(腔式を含む。)(両側)	K887-2\$														
								02	04	卵管口切開術	K887-3\$														
							子宮全摘術等	01	01	子宮全摘術	K877														
								01	01	子宮付属器癒着剥離術(両側) 開腹によるもの	K8861														
								01	01	子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	K888\$														
								01	01	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)	K888-2\$														
12	0110	子宮・子宮付属器の炎症性疾患	卵管炎および卵巣炎 子宮の炎症性疾患、子宮頸(部)を除く 子宮頸(部)の炎症性疾患 その他の女性骨盤炎症性疾患 他に分類される疾患における女性骨盤炎症性障害	N70\$ N71\$ N72 N73\$ N74\$			手術なし その他の手術あり	99 97	99 03	手術なし 卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	K890			1	1			人工呼吸	J045\$						
							骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術等	02	02	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術	K638														
								02	02	限局性腹腔膿瘍手術 ダグラス窩膿瘍	K6372														
								02	02	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	K637-2														
								02	02	急性汎発性腹膜炎手術	K639														
								02	02	腔式子宮旁結合織炎(膿瘍)切開術	K854														
								02	02	後陰円蓋切開(子宮外妊娠)	K854-2														
								02	02	子宮付属器癒着剥離術(両側)	K886\$														
							子宮全摘術等	01	01	子宮全摘術	K877														
								01	01	子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	K888\$														
								01	01	卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)	K888-2\$														
12	0120	卵巣・卵管・広間膜の非炎症性疾患	卵巣、卵管および子宮広間膜の非炎症性疾患	N83\$			手術なし 手術あり	99 97	99 01	手術なし 子宮付属器癒着剥離術(両側) 卵巣部分切除術(腔式を含む。) 卵管結紮術(腔式を含む。)(両側) 卵管口切開術 子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	K886\$ K887\$ K887-2\$ K887-3\$ K888\$			1	1			人工呼吸	J045\$						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等	重症度等		
								97 01		卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術(両側)	K888-2\$																
								97 97		その他のKコード																	
12	0130	子宮外妊娠	子宮外妊娠	O00\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 子宮全摘術	K877			1 1	人工呼吸	J045\$											
								97 01		子宮外妊娠手術	K912\$																
								97 02		子宮内膜掻爬術	K861																
								97 97		その他のKコード																	
12	0140	流産	受胎のその他の異常生成物 自然流産 医学的人工流産 その他の流産 詳細不明の流産 不成功に終わった人工流産 流産、子宮外妊娠および胎状奇胎妊娠に続発する合併症	O02\$ O03\$ O04\$ O05\$ O06\$ O07\$ O08\$			手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 子宮全摘術	K877			1 1	人工呼吸	J045\$		1 3	貧血(その他)	130090							
								97 02		流産手術	K909\$																
								97 02		子宮内容除去術(不全流産)	K909-2																
								97 97		その他のKコード																	
12	0150	妊娠早期の出血	妊娠早期の出血	O20\$			手術なし  手術あり	99 99  97 01		手術なし  子宮頸管縫縮術	K906\$			1 1	人工呼吸	J045\$											
								97 01		流産手術	K909\$																
								97 01		子宮内容除去術(不全流産)	K909-2																
								97 01		胎状奇胎除去術	K911																
								97 97		その他のKコード																	
12	0160	妊娠・分娩・産褥に合併する高血圧症等	妊娠、分娩および産じょく褥>に合併する既存の高血圧(症)  増悪したたんぱく尿を伴う既存の高血圧性障害 高血圧(症)を伴わない妊娠浮腫および妊娠たんぱく尿 明らかなたんぱく尿を伴わない妊娠高血圧(症) 明らかなたんぱく尿を伴う妊娠高血圧(症) 子かんく瘻> 詳細不明の母体の高血圧(症) 過度の妊娠嘔吐 妊娠中の静脈合併症 妊娠中の腎尿路性器感染症 妊娠中の栄養失調(症) 主として妊娠に関連するその他の病態の母体ケア	O10\$  O11 O12\$ O13 O14\$ O15\$ O16 O21\$ O22\$ O23\$ O25 O26\$			手術なし  その他の手術あり	99 99  97 03		手術なし  分娩時頸部切開術(縫合を含む。)	K891			1 1	人工呼吸	J045\$											
								97 03		子宮内反症整復手術(腔式、腹式)	K905\$																
								97 03		子宮頸管縫縮術	K906\$																
								97 03		流産手術	K909\$																
								97 03		子宮内容除去術(不全流産)	K909-2																
								97 04		骨盤位娩出術	K892																
								97 04		吸引娩出術	K893																
								97 04		鉗子娩出術	K894\$																
								97 04		胎児縮小術(娩出術を含む。)	K899																
								97 04		臍帯還納術	K900																
								97 04		脱垂肢整復術	K900-2																
								97 04		子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。)	K901																
								97 04		胎盤用手剥離術	K902																
								97 05		会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時)	K895																
								97 05		会陰(陰門)裂創縫合術(分娩時)	K896\$																
								97 05		頭管裂創縫合術(分娩時)	K897																
								97 06		胎児外回転術	K907																
								97 06		胎児内(双合)回転術	K908																
								97 97		その他のKコード																	
							子宮破裂手術等	01 01		子宮破裂手術	K903\$																
								01 01		妊娠子宮摘出術(ポロ一手術)	K904																
								01 02		帝王切開術	K898\$																
12	0170	早産、切迫早産	妊娠満37週未満の偽陣痛	O470			手術なし	99 99		手術なし				1 1	人工呼吸	J045\$											



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								97	97	その他のKコード															
12	0210	女性性器を含む瘻	女性性器を含む瘻	N82\$			手術なし	99	99	手術なし		1	1	膀胱瘻造設術	K805	1	1	人工呼吸	J045\$						
							手術あり	97	01	腎摘出術	K772														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎摘出術	K772-3														
								97	01	回腸(結腸)導管造設術	K812														
								97	02	人工肛門造設術	K726														
								97	02	尿管膀胱吻合術	K786														
								97	02	尿管皮膚瘻造設術	K790														
								97	02	尿道形成手術 前部尿道	K8181														
								97	03	陰嚢嚢閉鎖術	K858														
								97	03	腹壁子宮瘻手術	K881														
								97	97	その他のKコード															
12	0220	女性性器のポリープ	女性性器のポリープ	N84\$			手術なし	99	99	手術なし						1	1	人工呼吸	J045\$						
							その他の手術あり	97	97	その他のKコード															
							子宮内膜掻爬術	02	04	子宮内膜掻爬術	K861														
							子宮全摘術等	01	01	子宮全摘術	K877														
								01	01	女子外生殖器腫瘍摘出術	K849														
								01	02	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	K872-2														
								01	02	子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術	K872-3														
								01	03	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	K747														
								01	03	陰壁腫瘍摘出術	K856														
								01	03	陰壁嚢腫切除術	K856-2														
								01	03	陰ポリープ切除術	K856-3														
								01	03	陰壁尖圭コンジローム切除術	K856-4														
								01	03	子宮頸管ポリープ切除術	K866														
								01	03	子宮頸部冷凍凝固術	K866-2														
12	0230	子宮の非炎症性障害	子宮のその他の非炎症性障害、子宮頸(部)を除く 子宮頸(部)のびらんおよび外反(症) 子宮頸(部)のその他の非炎症性障害	N85\$ N86 N88\$			手術なし	99	99	手術なし						1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	手術・処置等の合併症	180040		
							その他の手術あり	97	97	その他のKコード															
							子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剝離術を含む。)等	02	02	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剝離術を含む。)	K863-2														
								02	03	子宮頸部(腔部)切除術	K867														
								02	03	子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療	K867-4														
								02	03	子宮頸管形成手術	K883														
								02	04	子宮内膜掻爬術	K861														
								02	04	子宮位置矯正術	K864\$														
							子宮全摘術	01	01	子宮全摘術	K877														
12	0240	陰及び外陰の非炎症性障害	陰の狭窄および閉鎖 処女膜輪狭小 陰留血症 陰のその他の明示された非炎症性障害 陰の非炎症性障害、詳細不明 外陰萎縮 外陰肥大 外陰のうく囊>胞 外陰および会陰のその他の明示された非炎症性障害 外陰および会陰の非炎症性障害、詳細不明	N895 N896 N897 N898 N899 N905 N906 N907 N908 N909			手術なし	99	99	手術なし						1	1	人工呼吸	J045\$						
								97	01	会陰形成手術	K851\$														
								97	01	陰壁形成手術	K860														
								97	02	卵管形成手術(卵管・卵巣移植、卵管架橋等)	K890														
								97	03	処女膜切開術	K845														
								97	03	処女膜切除術	K846														
								97	03	輪状処女膜切除術	K847														
								97	03	陰嚢裂創縫合術(分娩時を除く。)	K852\$														
								97	04	分層植皮術	K013\$														
								97	04	全層植皮術	K013-2\$														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								97 04		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$															
								97 04		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017															
								97 97		その他のKコード																
12	0250	生殖・月経周期に関連する病態	無月経、過少月経および希発月経 過多月経、頻発月経及び月経不順 子宮および腔のその他の異常出血 女性生殖器及び月経周期に関連する疼痛及びその他の病態 閉経期およびその他の閉経周辺障害 習慣流産 女性不妊症	N91\$ N92\$ N93\$ N94\$ N95\$ N96 N97\$			手術なし 手術あり	99 99		手術なし 子宮内膜掻爬術	K861 その他のKコード															
12	0260	分娩の合併症、産科手術を伴う異常分娩	分娩誘発の不成功 娩出力の異常 遷延分娩 胎位異常および胎向異常による分娩停止 母体の骨盤異常による分娩停止 その他の分娩停止 分娩時出血を合併する分娩、他に分類されないもの 胎児ストレス[仮死<ジストレス>]を合併する分娩 臍帯合併症を合併する分娩 分娩における会陰裂傷<laceration> その他の産科的外傷 第3期出血 その他の分娩直後出血 遷延および二次性分娩後出血 遺残胎盤および遺残卵膜、出血を伴わないもの 分娩における麻酔合併症 分娩のその他の合併症、他に分類されないもの 鉗子分娩および吸引分娩による単胎分娩 帝王切開による単胎分娩 その他の介助単胎分娩 多胎分娩	O61\$ O62\$ O63\$ O64\$ O65\$ O66\$ O67\$ O68\$ O69\$ O70\$ O71\$ O720 O721 O722 O73\$ O74\$ O75\$ O81\$ O82\$ O83\$ O84\$			手術なし その他の手術あり 子宮頸管縫縮術等 子宮破裂手術等	99 99		手術なし 子宮頸管縫縮術 骨盤位娩出術 吸引娩出術 鉗子娩出術 臍帯還納術 脱垂肢整復術 子宮双手圧迫術(大動脈圧迫術を含む。) 胎盤用手剥離術 分娩時頸部切開術(縫合を含む。) 会陰(陰門)切開及び縫合術(分娩時) 会陰(陰門)裂創縫合術(分娩時) 頭管裂創縫合術(分娩時) 胎児外回転術 胎児内(双合)回転術 子宮破裂手術 妊娠子宮摘出術(ボロー手術) 帝王切開術 胎児縮小術(娩出術を含む。) 子宮内反症整復手術(腔式、腹式)	K900\$ K906\$ K892 K893 K894\$ K900 K900-2 K901 K902 K891 K895 K896\$ K897 K907 K908 K903\$ K904 K898\$ K899 K905\$			1 1		人工呼吸	J045\$									
12	0270	妊娠、分娩、産褥に伴う病態	母体の分娩前スクリーニングにおける異常所見 妊娠中の麻酔合併症 産じょく瘻>性敗血症 その他の産じょく瘻>性感染症 産じょく瘻>における静脈合併症 産科的塞栓症 産じょく瘻>における麻酔合併症 帝王切開創の離開 産科的会陰創の離開 産科的創傷の血腫 産じょく瘻>における心筋症 分娩後急性腎不全 産じょく瘻>のその他の合併症、他に分類されないもの 産じょく瘻>の合併症、詳細不明	O28\$ O29\$ O85 O86\$ O87\$ O88\$ O89\$ O900 O901 O902 O903 O904 O908 O909			手術なし 手術あり	99 99		手術なし 乳腺腫瘍切開術 会陰形成手術 外陰-陰血腫除去術 腔壁裂創縫合術(分娩時を除く。)	K472 K851\$ K851-2 K852\$ その他のKコード			1 4 1 3 1 2 1 1		持続緩徐式血液濾過 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J038-2 J0382 G005 J045\$									

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術			手術・処置等1			手術・処置等2			副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			分娩に関連するその他および詳細不明の乳房障害 乳汁分泌欠如(症) 乳汁分泌過少(症) 乳汁分泌抑制 乳汁漏出症 その他および詳細不明の乳汁分泌障害 妊娠、分娩および産じょく褥の合併症の続発・後遺症 原因不明の産科的死亡 分娩満42日以後1年未満に発生したあらゆる産科的原因による母体死亡 直接産科的続発・後遺症による死亡 他に分類されるが妊娠、分娩および産じょく褥に合併する母体の感染症および寄生虫症 他に分類されるが妊娠、分娩および産じょく褥に合併するその他の母体疾患	O922 O923 O924 O925 O926 O927 O94 O95 O96 O97 O98\$ O99\$																			
12	0280	骨盤静脈瘤、外陰静脈瘤	骨盤静脈瘤 外陰静脈瘤	I862 I863				99	99	手術なし													
12	0300	人工授精に関する合併症	人工授精に関連する合併症	N98\$				99	99	手術なし													
13	0010	急性白血病	急性リンパ芽球性白血病 亜急性リンパ球性白血病 前リンパ球性白血病 その他のリンパ性白血病 リンパ性白血病、詳細不明 急性骨髄性白血病 亜急性骨髄性白血病 骨髄性肉腫 急性前骨髄球性白血病 急性骨髄単球性白血病 その他の骨髄性白血病 骨髄性白血病、詳細不明 急性単球性白血病 亜急性単球性白血病 その他の単球性白血病 単球性白血病、詳細不明 急性赤血球および赤白血病 急性巨核芽球性白血病 肥満細胞白血病 急性汎骨髄症 急性骨髄線維症 その他の明示された白血病 細胞型不明の急性白血病 細胞型不明の亜急性白血病 細胞型不明のその他の白血病 白血病、詳細不明	C910 C912 C913 C917 C919 C920 C922 C923 C924 C925 C927 C929 C930 C932 C937 C939 C940 C942 C943 C944 C945 C947 C950 C952 C957 C959	00 0 15歳以上 15 1 15歳未満	手術なし 手術あり	99 99 97 03	手術なし 脾摘出術 腹腔鏡下脾摘出術 リンパ節摘出術 97 97			K711 K711-2 K626\$ その他のKコード			7 12 ネララビン 6 11 ダサチニブ水和物 6 11 ニロチニブ塩酸塩水和物 5 10 三酸化ヒ素製剤 4 9 ゲムツズマブオゾガマイン 3 8 イマチニブメシル酸 2 7 化学療法 1 6 放射線療法 1 3 人工腎臓 その他の場合 1 2 中心静脈注射 1 1 人工呼吸		1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 J0382 G005 J045\$	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 代謝性疾患(糖尿病を除く。) 播種性血管内凝固症候群 敗血症 手術・処置等の合併症	100070 100300 130100 180010 180040					
13	0020	ホジキン病	ホジキン<Hodgkin>病 リンパ球優勢型 ホジキン<Hodgkin>病 結節硬化型	C810 C811		手術なし 手術あり	99 99 97 03	手術なし 脾摘出術			K711			3 8 化学療法ありかつ放射線療法なし 2 6 放射線療法		1 2	白血球疾患(その他)	130070					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			ホジキン<Hodgkin>病 混合細胞型	C812				97	03	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2			1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382									
			ホジキン<Hodgkin>病 リンパ球減少型	C813				97	04	リンパ節摘出術	K626\$			1	2	中心静脈注射	G005									
			その他のホジキン<Hodgkin>病	C817				97	97		その他のKコード'			1	1	人工呼吸	J045\$									
			ホジキン<Hodgkin>病 詳細不明	C819																						
13	0030	非ホジキンリンパ腫	中細胞型、ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫	C820			手術なし	99	99	手術なし				5	9	イブリゾマブチウキセタン塩化イットリウム		1	1	敗血症	180010					
			中細胞および大細胞混合型、ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫	C821			手術あり	97	03	胃局所切除術	K654-2			5	9	イブリゾマブチウキセタン塩化インジウム										
			大細胞型、ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫	C822				97	03	腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3			4	8	リツキシマブ										
			ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫の他の型	C827				97	03	胃切除術	K655\$			3	7	化学療法ありかつ放射線療法なし										
			ろく濾>胞性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、詳細不明	C829				97	03	腹腔鏡下胃切除術	K655-2\$			2	6	放射線療法										
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、小細胞型(びまん性)	C830				97	03	噴門側胃切除術	K655-4\$			1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382									
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、小細胞型(びまん性)	C831				97	04	脾摘出術	K711			1	2	中心静脈注射	G005									
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、小細胞および大細胞混合型(びまん性)	C832				97	04	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2			1	1	人工呼吸	J045\$									
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、大細胞型(びまん性)	C833				97	05	リンパ節摘出術	K626\$															
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、免疫芽球型(びまん性)	C834				97	97		その他のKコード'															
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、リンパ芽球型(びまん性)	C835																						
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、未分化型(びまん性)	C836																						
			バーキット<Burkitt>腫瘍	C837																						
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫の他の型	C838																						
			びまん性非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、詳細不明	C839																						
			蕈状息肉症	C840																						
			セザリー<Sézary>病	C841																						
			Tゾーン<T-zone>リンパ腫	C842																						
			リンパ類上皮性リンパ腫	C843																						
			末梢性T細胞リンパ腫	C844																						
			その他および詳細不明のT細胞リンパ腫	C845																						
			リンパ肉腫	C850																						
			B細胞リンパ腫、詳細不明	C851																						
			非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫の他の明示された型	C857																						
			非ホジキン<non-Hodgkin>リンパ腫、型不明	C859																						
13	0040	多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	ワルデンストレーム<Waldenstrom>マクログロブリン血症	C880			手術なし	99	99	手術なし				5	10	ボルテゾミブ		1	2	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	160690					
			アルファH(重)鎖病	C881			手術あり	97	97	手術あり				4	9	サリドマイド										
			ガンマH(重)鎖病	C882										3	8	化学療法ありかつ放射線療法なし										
			免疫増殖性小腸疾患	C883										2	6	放射線療法										
			その他の悪性免疫増殖性疾患	C887										1	5	血漿交換療法	J039									
			悪性免疫増殖性疾患、詳細不明	C889										1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382									
			多発性骨髄腫	C900										1	2	中心静脈注射	G005									
			形質細胞白血病	C901										1	1	人工呼吸	J045\$									
			形質細胞腫、髄外性	C902																						



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
13	0050	慢性白血病、骨髄増殖性疾患	慢性リンパ球性白血病 毛様細胞性<hairy-cell>白血病 成人型T細胞白血病 慢性骨髄性白血病 慢性単球性白血病 細胞型不明の慢性白血病 真正赤血球増加症<多血症> 慢性骨髄増殖性疾患 本悪性(出血性)血小板血症	C911 C914 C915 C921 C931 C951 D45 D471 D473			手術なし 手術あり	99 97	99 03	手術なし 脾摘出術 腹腔鏡下脾摘出術 リンパ節摘出術 その他のKコード	K711 K711-2 K626\$ その他のKコード					4 4 3 2 1	10 10 9 8 6	ダサチニブ水和物 ニロチニブ塩酸塩水和物 イマチニブメシル酸 化学療法 放射線療法	J0382 G005 J045\$	1 1 1 1	2 2 1 1	白血球疾患(その他)	130070			
13	0060	骨髄異形成症候群	骨髄異形成症候群 鉄芽球を伴わない不応性貧血と記載されたもの 骨髄異形成症候群 鉄芽球を伴う不応性貧血 骨髄異形成症候群 芽球過剰性不応性貧血 骨髄異形成症候群 白血病移行期にある芽球過剰性不応性貧血 骨髄異形成症候群 不応性貧血、詳細不明 その他の骨髄異形成症候群 骨髄異形成症候群、詳細不明	D460 D461 D462 D463 D464 D467 D469			手術なし 手術あり	99 97	99 03	手術なし リンパ節摘出術 その他のKコード	K626\$ その他のKコード					3 1 1 1 1	8 6 3 2 1	化学療法 放射線療法 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$	1 1 1 1 1	3 3 3 3 3	白血球疾患(その他) 敗血症	130070 180010			
13	0070	白血球疾患(その他)	無顆粒球症 白血球の遺伝性異常 好酸球増加症 その他の明示された白血球の障害 白血球の障害、詳細不明	D70 D720 D721 D728 D729	00 06	0 1	6歳以上 6歳未満	手術なし 手術あり	99 97	99 03	手術なし リンパ節摘出術 その他のKコード	K626\$ その他のKコード				1 1	2 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$							
13	0080	再生不良性貧血	慢性後天性赤芽球ろう<癆> 一過性後天性赤芽球ろう<癆> 後天性赤芽球ろう<癆>、詳細不明 体質性再生不良性貧血 薬物誘発性再生不良性貧血 その他の外的因子による再生不良性貧血 特発性再生不良性貧血 無形成性貧血、詳細不明	D600 D601 D609 D610 D611 D612 D613 D619				手術なし 手術あり	99 97	99 97	手術なし 手術あり					3 1 1 1 1 1	9 8 5 5 2 1	抗リンパ球グロブリン 化学療法 インターフェロン シクロスポリン 中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$	1 1 1 1 1	3 3 3 3 3 3	白血球疾患(その他) 敗血症	130070 180010			
13	0090	貧血(その他)	失血による鉄欠乏性貧血(慢性) 鉄欠乏性えん<嚙>下降害 その他の鉄欠乏性貧血 鉄欠乏性貧血、詳細不明 ビタミンB12欠乏性貧血、内因子欠乏によるもの ビタミンB12欠乏性貧血、たんぱく<白>蛋白<尿>を伴う選択的ビタミンB12吸収不良によるもの トランスコバラミンII欠乏症 その他の食事性ビタミンB12欠乏性貧血 その他のビタミンB12欠乏性貧血 ビタミンB12欠乏性貧血、詳細不明 食事性葉酸欠乏性貧血 薬物誘発性葉酸欠乏性貧血 その他の葉酸欠乏性貧血 葉酸欠乏性貧血、詳細不明 たんぱく<白>蛋白<尿>欠乏性貧血	D500 D501 D508 D509 D510 D511 D512 D513 D518 D519 D520 D521 D528 D529 D530				手術なし 手術あり	99 97	99 03	手術なし 脾摘出術 腹腔鏡下脾摘出術 その他のKコード	K711 K711-2 その他のKコード					1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	9 5 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	人ハプトグロビン 血漿交換療法 中心静脈注射 人工呼吸	J039 G005 J045\$						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			その他の巨赤芽球性貧血、他に分類されないもの 鎌状赤血球性貧血 その他の明示された栄養性貧血 栄養性貧血、詳細不明 グルコース-6-リン<糖>酸脱水素酵素[G6PD]欠損による貧血 その他のグルタチオン代謝障害による貧血 解糖系酵素障害による貧血 酵素障害による貧血、詳細不明 アルファサラセミア<地中海貧血> ベータサラセミア<地中海貧血> デルタ・ベータサラセミア<地中海貧血> サラセミア<地中海貧血> 保因者 遺伝性高胎児ヘモグロビン<血色素>症[HPFH] サラセミア<地中海貧血>、詳細不明 鎌状赤血球性貧血、クリーゼを伴うもの 鎌状赤血球性貧血、クリーゼを伴わないもの 重複ヘテロ複合型鎌状化障害 鎌状赤血球保因者 遺伝性球状赤血球症 遺伝性楕円赤血球症 その他の異常ヘモグロビン<血色素>症 その他の明示された遺伝性溶血性貧血 遺伝性溶血性貧血、詳細不明 薬物誘発性自己免疫性溶血性貧血 その他の自己免疫性溶血性貧血 薬物誘発性非自己免疫性溶血性貧血 溶血性尿毒症候群 その他の非自己免疫性溶血性貧血 発作性夜間ヘモグロビン<血色素>尿症[マルキヤファー・ガミアケリ<Marchiafava-Micheli>症候群] その他の外因による溶血性ヘモグロビン<血色素>尿症 後天性溶血性貧血、詳細不明 急性出血後貧血 遺伝性鉄芽球性貧血 続発性鉄芽球性貧血、疾病によるもの 続発性鉄芽球性貧血、薬物および毒素によるもの その他の鉄芽球性貧血 先天性赤血球生成障害性貧血 その他の明示された貧血 貧血、詳細不明	D531 D532 D538 D539 D550 D551 D552 D559 D560 D561 D562 D563 D564 D569 D570 D571 D572 D573 D580 D581 D582 D588 D589 D590 D591 D592 D593 D594 D595 D596 D599 D62 D640 D641 D642 D643 D644 D648 D649																								
13	0100	播種性血管内凝固症候群	播種性血管内凝固症候群[脱線維素症候群] 循環抗凝固薬による出血性障害 分娩後凝固障害	D65 D683 O723					99	99	手術なし							4	9	トロンボモデュリンアルファ								
									97	97	手術あり							3	8	アンチトロンピンIII製剤								
																		2	5	血漿交換療法	J039							
																		2	2	人工呼吸	J045\$							
																		1	1	中心静脈注射	G005							
13	0110	出血性疾患(その他)	血小板機能異常症	D691	00	0	16歳以上		99	99	手術なし		1	1	脾摘出術	K711		3	9	ガンマグロブリン		1	1	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			その他の血小板減少性紫斑病	D692	16	1 16歳未満		97	97	手術あり		1	1	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2	2	8	アルガトロバン水和物		1	1	その他の真菌感染症	180035			
			特発性血小板減少性紫斑病	D693													1	6	放射線療法							
			その他の原発性血小板減少症	D694													1	5	血漿交換療法	J039						
			続発性血小板減少症	D695													1	1	人工呼吸	J045\$						
			血小板減少症、詳細不明	D696																						
			その他の明示された出血性病態	D698																						
			出血性病態、詳細不明	D699																						
13	0111	アレルギー性紫斑病	アレルギー性紫斑病	D690				99	99	手術なし							1	9	第XIII因子製剤							
								97	97	手術あり																
13	0120	血液疾患(その他)	慢性赤血病	C941				99	99	手術なし							3	9	インターフェロン		1	1	その他の真菌感染症	180035		
			ヌクレオチド代謝障害による貧血	D553				97	03	脾摘出術	K711						3	8	化学療法							
			酵素障害によるその他の貧血	D558				97	04	腹腔鏡下脾摘出術	K711-2						1	6	放射線療法							
			その他のサラセミア<地中海貧血>	D568				97	05	リンパ節摘出術	K626\$						1	2	中心静脈注射	G005						
			その他の鎌状赤血球障害	D578				97	97		その他のKコード						1	1	人工呼吸	J045\$						
			その他の後天性溶血性貧血	D598																						
			その他の後天性赤芽球ろうく癆>	D608																						
			その他の明示された無形成性貧血	D618																						
			他に分類される慢性疾患における貧血	D63\$																						
			脾疾患	D73\$																						
			メトヘモグロビン血症	D74\$																						
			血液および造血器のその他の疾患	D75\$																						
			リンパ系細網組織および細網組織球系の疾患	D76\$																						
			他に分類される疾患における血液および造血器のその他の障害	D77																						
			その他の免疫機構の障害、他に分類されないもの	D89\$																						
13	0130	凝固異常(その他)	フォン ウィレブランド<ト>< von Willebrand>病	D680				99	99	手術なし							1	5	リハビリテーション							
			遺伝性第XI因子欠乏症	D681				97	97	手術あり							1	1	人工呼吸	J045\$						
			その他の凝固因子の遺伝性欠乏症	D682																						
			後天性凝固因子欠乏症	D684																						
			その他の明示された凝固障害	D688																						
			凝固障害、詳細不明	D689																						
13	0140	造血器疾患(その他)	性状不詳および不明の組織球および肥満細胞性腫瘍	D470				99	99	手術なし																
			単クローン性異常免疫グロブリン血症<monoclonal gammopathy>	D472				97	97	手術あり																
			リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明のその他の明示された新生物	D477																						
			リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明の新生物、詳細不明	D479																						
13	0150	原発性免疫不全症候群	多形核好中球機能障害	D71	00	0 6歳以上	手術なし	99	99	手術なし							1	9	ガンマグロブリン							
			主として抗体欠乏を伴う免疫不全症	D80\$	06	1 6歳未満	手術あり	97	97	手術あり																
			複合免疫不全症	D81\$																						
			その他の大きな欠損に関連する免疫不全症	D82\$																						
			分類不能型免疫不全症	D83\$																						
			その他の免疫不全症	D84\$																						
13	0160	後天性免疫不全症候群	感染症および寄生虫症を起したヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病	B20\$				99	99	手術なし							1	2	中心静脈注射	G005	1	1	その他の真菌感染症	180035		
			悪性新生物を起したヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病	B21\$				97	97	手術あり																
			その他の明示された疾患を起したヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病	B22\$																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
			その他の病態を起こしたヒト免疫不全ウイルス[HIV]病 詳細不明のヒト免疫不全ウイルス[HIV]病 カポジ<Kaposi>肉腫	B23\$ B24 C46\$																									
13	0170	血友病	遺伝性第Ⅷ因子欠乏症 遺伝性第Ⅸ因子欠乏症	D66 D67					99 99		手術なし						1 4		血漿交換療法	J039									
14	0010	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	現在の妊娠とは無関係の場合もありうる母体の病態により影響を受けた胎児および新生児 母体の妊娠合併症により影響を受けた胎児および新生児 胎児および新生児 胎盤、臍帯および卵膜の合併症により影響を受けた胎児および新生児 その他の分娩合併症により影響を受けた胎児および新生児 胎盤または母乳を介して有害な影響を受けた胎児および新生児 胎児発育遅延<成長遅滞>および胎児栄養失調(症) 妊娠期間短縮および低出産体重に関連する障害、他に分類されないもの 遅延妊娠および高出産体重に関連する障害 出産損傷による頭蓋内裂傷<laceration>および出血 中枢神経系のその他の出産損傷 頭皮の出産損傷 骨格の出産損傷 その他の出産損傷 子宮内低酸素症 出生時仮死 新生児の呼吸窮<促>迫 先天性肺炎 新生児吸引症候群 周産期に発生した間質性気腫および関連病態 周産期に発生した肺出血 周産期に発生した慢性呼吸器疾患 周産期に発生したその他の呼吸器病態 周産期に発生した心血管障害 先天性ウイルス疾患 新生児の細菌性敗血症 その他の先天性感染症および寄生虫症 軽度出血を伴うまたは伴わない新生児の臍炎 周産期に特異的なその他の感染症 胎児失血 新生児の臍出血 胎児および新生児の頭蓋内非外傷性出血 胎児および新生児の出血性疾患 その他の新生児出血 胎児および新生児の溶血性疾患 溶血性疾患による胎児水腫 核黄疸 その他の多量の溶血による新生児黄疸 早産に関連する新生児黄疸 濃縮胆汁症候群	P00\$ P01\$ P02\$ P03\$ P04\$ P05\$ P07\$ P08\$ P10\$ P11\$ P12\$ P13\$ P15\$ P20\$ P21\$ P22\$ P23\$ P24\$ P25\$ P26\$ P27\$ P28\$ P29\$ P35\$ P36\$ P37\$ P38 P39\$ P50\$ P51\$ P52\$ P53 P54\$ P55\$ P56\$ P57\$ P58\$ P590 P591		出生時体重	手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 97	手術なし 網膜光凝固術 その他特殊なもの(一連につき) 新生児仮死蘇生術 仮死第1度のもの 新生児仮死蘇生術 仮死第2度のもの その他のKコード										3 9 3 9 1 2 1 1		バリビズマブ 肺サーファクタント 中心静脈注射 人工呼吸	J045\$ G005 J045\$		1 1 1 1 1 1 1 2 1 2 1 2		未熟児網膜症 原発性免疫不全症候群 動脈管閉存症 敗血症 栄養障害(その他) カルシウム代謝障害 貧血(その他)	020190 130150 140290 180010 100330 100392 130090		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			その他および詳細不明の肝細胞傷害による新生児黄疸 P592 母乳の抱合抑制因子による新生児黄疸 P593 その他の明示された原因による新生児黄疸 P598 新生児黄疸、詳細不明 P599 胎児および新生児の播種性血管内凝固 P60 その他の周産期の血液障害 P61\$ 胎児および新生児に特異的な一過性糖質代謝障害 P70\$ カルシウムおよびマグネシウム代謝の一過性新生児障害 P71\$ その他の一過性新生児内分泌障害 P72\$ その他の一過性新生児電解質障害および代謝障害 P74\$ 胎便<メコニウム>イレウス P75 新生児のその他の腸閉塞 P76\$ 胎児および新生児のえく壊>死性腸炎 P77 周産期の腸穿孔 P780 その他の新生児腹膜炎 P781 母体血液のえんく嚙>下による新生児吐血およびメナ P782 新生児非感染性下痢症 P783 周産期の消化器系障害、詳細不明 P789 新生児低体温 P80\$ 新生児のその他の体温調節機能障害 P81\$ 胎児および新生児に特異的な外皮のその他の病態 P83\$ 新生児のけいれん<痙攣> P90 新生児の脳その他の機能障害 P91\$ 新生児の哺乳上の問題 P92\$ 胎児および新生児に投与された薬物による反応および中毒 P93 新生児の筋緊張障害 P94\$ 原因不明の胎児死亡 P95 周産期に発生したその他の病態 P96\$																								
14	0060	新生児胃破裂	その他の明示された周産期の消化器系障害 P788				99 99 手術なし 97 97 手術あり					1 2 中心静脈注射 1 1 人工呼吸	G005 J045\$	1 9 パリビズマブ 1 9 肺サーファクタント													
14	0070	頭蓋、顔面骨の先天異常	顔面非対称 Q670 顔面圧縮<圧迫顔面> Q671 長頭(症) Q672 斜頭(蓋)(症) Q673 頭蓋および顔面骨のその他の先天奇形 Q75\$ 先天奇形症候群、主として顔貌異常を伴うもの Q870				手術なし その他の手術あり 上顎骨形成術 単純な場合等 上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合 上顎骨形成術 骨移動を伴う場合 下顎骨形成術 おとがい形成の場合 下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合 下顎骨形成術 再建の場合 下顎骨形成術 骨移動を伴う場合 顎関節形成術 頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの等 頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの 頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	99 99 手術なし 97 97 手術あり 02 02 上顎骨形成術 単純な場合 02 02 上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合 02 02 上顎骨形成術 骨移動を伴う場合 02 02 下顎骨形成術 おとがい形成の場合 02 02 下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合 02 02 下顎骨形成術 再建の場合 02 02 下顎骨形成術 骨移動を伴う場合 02 02 顎関節形成術 01 01 頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの等 01 01 頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの 01 01 頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	その他のKコード K4431 K4432 K4433 K4441 K4442 K4443 K4444 K445 K1801 K1802 K1803	1 1 分層植皮術 1 1 全層植皮術 1 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 1 1 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 1 1 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 1 1 複合組織移植術 1 1 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 1 1 粘膜移植術 1 1 粘膜弁手術 1 1 骨腫瘍切除術 1 1 骨移植術(軟骨移植術を含む。) 1 1 眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	K013\$ K013-2\$ K015\$ K016 K017 K019 K020 K021\$ K021-2\$ K052\$ K059\$ K237	1 1 人工呼吸 J045\$															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
14	0080	脳、脊髄の先天異常	無脳症および類似先天奇形	Q00\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	5	リハビリテーション		1	1	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害	140010			
			脳瘤	Q01\$			手術あり	97	01	脊髄腫瘍摘出術	K191\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			小頭症	Q02				97	02	椎弓切除術	K131	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017		1	1	人工呼吸	J045\$						
			先天性水頭症	Q03\$				97	02	穿頭脳室ドレーナージ術	K145	1	2	複合組織移植術	K019											
			脳のその他の先天奇形	Q04\$				97	02	減圧開頭術 ケアリ奇形、脊髄空洞症の場合	K1491	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			二分脊椎<脊椎抜く破>裂>	Q05\$				97	02	水頭症手術	K174\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			脊髄のその他の先天奇形	Q06\$				97	03	脊椎破裂手術	K138\$	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			神経系のその他の先天奇形	Q07\$				97	97	その他のKコード		1	1	分層植皮術	K013\$											
			潜在性二分脊椎<脊椎抜く破>裂>	Q760								1	1	全層植皮術	K013-2\$											
14	0090	先天性鼻涙管閉塞	涙管の先天(性)狭窄	Q105			手術なし	99	99	手術なし														0	初回	
							手術あり	97	01	先天性鼻涙管閉塞開放術	K201													0	片側	
								97	01	涙嚢摘出術	K203													1	再手術	
								97	01	涙嚢鼻腔吻合術	K204													1	両側	
								97	02	涙管チューブ挿入術	K202															
								97	97	その他のKコード																
14	0100	眼の先天異常	先天(性)眼瞼外反(症)	Q101			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$									0	片側	
			先天(性)眼瞼内反(症)	Q102			手術あり	97	01	眼瞼内反症手術	K217	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016									1	両側	
			眼瞼のその他の先天奇形	Q103				97	02	涙嚢鼻腔吻合術	K204	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			涙器の欠損および無発生	Q104				97	02	涙小管形成手術	K206	1	2	複合組織移植術	K019											
			涙器のその他の先天奇形	Q106				97	02	眼瞼外反症手術	K218	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			眼窩の先天奇形	Q107				97	02	結膜嚢形成手術	K223\$	1	2	粘膜移植術	K021\$											
			無眼球(症)、小眼球(症)および巨大眼球(症)	Q11\$				97	02	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	K237	1	2	粘膜弁手術	K021-2\$											
			眼球後極部の先天奇形	Q14\$				97	02	網膜光凝固術	K276\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			眼のその他の明示された先天奇形	Q158				97	02	硝子体切除術	K279	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			眼の先天奇形、詳細不明	Q159				97	97	その他のKコード		1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
14	0110	鼻の先天異常	鼻の後天性変形	M950			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			鼻の無発生および未発達	Q301			手術あり	97	01	変形外鼻手術	K347-2	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			裂溝性鼻、切痕性鼻および鼻裂	Q302				97	97	その他のKコード		1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			先天性穿孔性鼻中隔	Q303								1	2	複合組織移植術	K019											
			鼻のその他の先天奇形	Q308								1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			鼻の先天奇形、詳細不明	Q309								1	2	粘膜移植術	K021\$											
												1	2	粘膜弁手術	K021-2\$											
												1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
												1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
												1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
												1	1	筋膜移植術	K033\$											
14	0140	口蓋・口唇先天性疾患	口蓋裂	Q35\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$											
			唇裂	Q36\$			その他の手術あり	97	03	鼻中隔矯正術	K347	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			唇裂を伴う口蓋裂	Q37\$				97	03	変形外鼻手術	K347-2	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
								97	03	鼻咽腔閉鎖術	K375-2	1	2	複合組織移植術	K019											
								97	97	その他のKコード		1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
								01	01	顎・口蓋裂形成手術	K407\$	1	2	粘膜移植術	K021\$											
								01	02	口唇裂形成手術(片側)	K426\$	1	2	粘膜弁手術	K021-2\$											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
								01 02		口唇裂形成手術(両側)	K426-2\$	1 2		組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022												
												1 2		骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$												
												1 1		分層植皮術	K013\$												
												1 1		全層植皮術	K013-2\$												
14	0160	後鼻孔閉鎖症	後鼻孔閉鎖(症)	Q300				99 99		手術なし																	
								97 01		後鼻孔閉鎖症手術 単純なもの(膜性閉鎖)	K3461																
								97 01		後鼻孔閉鎖症手術 複雑なもの(骨性閉鎖)	K3462																
								97 97		その他のKコード																	
14	0170	正中頭蓋・側頭蓋	顔面および頸部のその他の明示された先天奇形	Q188			手術なし	99 99		手術なし																	
			その他の内分泌腺の先天奇形	Q892			手術あり	97 01		甲状舌管嚢摘出術	K414-2																
								97 01		頭瘻、頭嚢摘出術	K467																
								97 97		その他のKコード																	
14	0190	小耳症・耳介異常・外耳道閉鎖	先天性耳介欠損	Q160			手術なし	99 99		手術なし																	
			外耳道の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄	Q161			手術あり	97 01		小耳症手術	K299\$																
			巨<大>耳(症)	Q171				97 02		耳介形成手術	K296\$																
			小耳(症)	Q172				97 04		外耳道形成手術	K297																
			その他の耳の変形	Q173				97 04		外耳道造設術・閉鎖症手術	K298																
			耳の位置異常	Q174				97 97		その他のKコード																	
			聾立耳	Q175																							
14	0210	先天性耳瘻孔、副耳	副耳(介)	Q170				99 99		手術なし																	
			先天性耳ろうく瘻>孔と先天性のうく瘻>胞	Q181				97 01		先天性耳瘻管摘出術	K287																
								97 02		副耳(介)切除術	K288																
								97 03		皮膚切開術	K001\$																
								97 97		その他のKコード																	
14	0220	耳の疾患(その他)	耳管欠損	Q162			手術なし	99 99		手術なし																	
			中耳のその他の先天奇形	Q164			手術あり	97 01		耳介形成手術	K296\$																
			内耳の先天奇形	Q165				97 02		鼓室形成手術	K319																
			聴覚障害の原因となる耳の先天奇形、詳細不明	Q169				97 97		その他のKコード																	
			耳のその他の明示された先天奇形	Q178																							
			耳の先天奇形、詳細不明	Q179																							
			嚙溝<裂>の洞、瘻およびのうく瘻>胞	Q180																							
			その他の嚙溝<裂>奇形	Q182																							
			頰の翼状異常	Q183																							
			顔面および頸部の先天奇形、詳細不明	Q189																							
14	0230	喉頭の疾患(その他)	先天性声門下狭窄(症)	Q311				99 99		手術なし																	
			喉頭低形成<形成不全>	Q312				97 97		手術あり																	
			喉頭のうく瘻>胞	Q313																							
			先天性喉頭軟化症	Q315																							
			喉頭の先天奇形、詳細不明	Q319																							
14	0245	舌・口腔の先天異常	巨口(症)	Q184			手術なし	99 99		手術なし																	
			小口(症)	Q185			手術あり	97 01		口唇腫瘍摘出術	K421\$																
			(巨)大(口)唇(症)	Q186				97 01		口唇裂形成手術(片側)	K426\$																
			小(口)唇(症)	Q187				97 01		口唇裂形成手術(両側)	K426-2\$																
			口唇の先天奇形、他に分類されないもの	Q380				97 02		舌形成手術(巨舌症手術)	K418																

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			舌小帯短縮(症) 巨(大)舌(症) 舌のその他の先天奇形 唾液腺および唾液腺管の先天奇形 口蓋の先天奇形、他に分類されないもの 口(腔)のその他の先天奇形 咽頭のうく囊>	Q381 Q382 Q383 Q384 Q385 Q386 Q387				97 02 97 02 97 97		舌繫帯痕性短縮矯正術 頬、口唇、舌小帯形成手術 その他のKコード	K418-2 K419															
14	0250	咽頭の先天異常	咽頭のその他の先天奇形	Q388			手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 鼻咽腔閉鎖術 咽頭嚙閉鎖術 咽頭皮膚瘻孔閉鎖術 その他のKコード	K375-2 K382 K382-2				1 1		人工呼吸	J045\$								
14	0260	胸郭の変形および先天異常	漏斗胸 鳩胸 胸のその他の先天(性)変形 頸肋 肋骨のその他の先天奇形 胸骨の先天奇形	Q676 Q677 Q678 Q675 Q676 Q677	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし その他の手術あり 漏斗胸手術 胸骨挙上法によるもの等 肋骨切除術 漏斗胸手術 胸骨翻転法によるもの 胸郭形成手術(臍胸手術の場合) 肋骨切除を主とするもの 漏斗胸手術 胸腔鏡によるもの	99 99 97 97 01 01 01 01 01 01 01 02		手術なし その他の手術あり 漏斗胸手術 胸骨挙上法によるもの 肋骨切除術 漏斗胸手術 胸骨翻転法によるもの 胸郭形成手術(臍胸手術の場合) 肋骨切除を主とするもの 漏斗胸手術 胸腔鏡によるもの	K418-2 K419 K4871 K482\$ K4872 K4981 K4873			1 5 1 4 1 1		胸腔穿刺 持続的胸腔ドレナージ 人工呼吸	J008 J019 J045\$									
14	0270	肺の先天異常	先天性のうく囊> 胞肺 肺の副葉 肺分画症 肺の無発生 先天性気管支拡張症 肺の異所組織 肺の低形成<形成不全>および異形成<形成異常> 肺のその他の先天奇形 肺の先天奇形、詳細不明 胸膜の異常	Q330 Q331 Q332 Q333 Q334 Q335 Q336 Q338 Q339 Q340	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 02 97 97		手術なし 肺切除術 区域切除(1肺葉に満たないもの) 肺切除術 楔状部分切除 その他のKコード	K5112 K5111 その他のKコード			1 9 1 9 1 2 1 1		バリビスマブ 肺サーファクタント 中心静脈注射 人工呼吸	J045\$ G005 J045\$									
14	0280	気道の先天異常	喉頭横隔膜症 喉頭のその他の先天奇形 気管および気管支の先天奇形 呼吸器系のその他の明示された先天奇形 呼吸器系の先天奇形、詳細不明	Q310 Q318 Q32\$ Q348 Q349	00 0 15 1	15歳以上 15歳未満	手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 01 97 02 97 97		手術なし 喉頭狭窄症手術 気管狭窄症手術 喉頭形成手術 気管支形成手術 先天性気管狭窄症手術 喉頭横隔膜切除術(ステント挿入固定術を含む。) その他のKコード	K398\$ K399 K400\$ K518\$ K519 K397 その他のKコード		1 2		人工心肺(1日につき)	K601\$	1 9 1 9 1 1		バリビスマブ 肺サーファクタント 人工呼吸	J045\$						
14	0290	動脈管開存症	動脈管開存(症)	Q250		出生時体重	手術なし その他の手術あり 動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術等 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	99 99 97 02 97 97 01 01 01 01		手術なし 動脈管開存症手術 動脈管開存閉鎖術(直視下) 動脈管開存症手術 経皮的動脈管開存閉鎖術等 血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K5622 その他のKコード K5621 K615		1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 9		バリビスマブ		1 1 1 2		妊娠期間短縮、140010 低出生体重に関連する障害 頻脈性不整脈	050070		
14	0300	心房中隔欠損症	心房中隔欠損(症)	Q211			手術なし	99 99		手術なし			1 1		心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1 9		バリビスマブ		1 2					



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
							その他の手術あり	97	97		その他のKコード							1	3	弁膜症		050080				
							経皮的心房中隔欠損閉鎖術	02	02	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	K574-2															
							弁形成術等	01	01	弁形成術	K554\$															
							心房中隔欠損閉鎖術 単独のもの	01	01	心房中隔欠損閉鎖術 単独のもの	K5741															
							心房中隔欠損閉鎖術 肺動脈弁狭窄を合併するもの	01	01	心房中隔欠損閉鎖術 肺動脈弁狭窄を合併するもの	K5742															
14	0310	心室中隔欠損症	心室中隔欠損(症)	Q210	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ			1	1	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害	140010
					01	1	1歳未満	手術あり	97	01	弁形成術	K554\$											1	2	心房中隔欠損症	140300
14	0320	房室中隔欠損症	房室中隔欠損(症)	Q212	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ						
					01	1	1歳未満	手術あり	97	01	不完全型房室中隔欠損症手術	K579\$														
							完全型房室中隔欠損症手術	97	01	完全型房室中隔欠損症手術	K579-2\$															
								97	97		その他のKコード															
14	0330	その他の左右短絡性心奇形	大動脈肺動脈中隔欠損(症)	Q214	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ						
			冠(状)血管の奇形	Q245	01	1	1歳未満	その他の手術あり	97	97		その他のKコード														
			大動脈のその他の先天奇形	Q254				血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	02	02	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615														
			肺動脈のその他の先天奇形	Q257				血管輪又は重複大動脈弓離断手術等	01	01	血管輪又は重複大動脈弓離断手術等	K564														
			部分肺静脈還流<結合>異常(症)	Q263				巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	01	01	巨大側副血管手術(肺内肺動脈統合術)	K565														
								大動脈肺動脈中隔欠損症手術	01	01	大動脈肺動脈中隔欠損症手術	K568\$														
								肺静脈還流異常症手術 部分肺静脈還流異常	01	01	肺静脈還流異常症手術 部分肺静脈還流異常	K5711														
								肺静脈形成術	01	01	肺静脈形成術	K572														
								バルサルバ洞動脈瘤手術	01	01	バルサルバ洞動脈瘤手術	K577\$														
								冠動静脈瘻閉鎖術	01	01	冠動静脈瘻閉鎖術	K588														
								冠動脈起始異常症手術	01	01	冠動脈起始異常症手術	K589														
14	0340	非短絡性心奇形	大動脈弁の先天性閉鎖不全(症)	Q231	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ						
			先天性僧帽弁狭窄(症)	Q232	01	1	1歳未満	その他の手術あり	97	97		その他のKコード														
			先天性僧帽弁閉鎖不全(症)	Q233				経皮的僧帽弁拡張術等	02	02	経皮的僧帽弁拡張術	K559-2														
			大動脈狭窄(症)	Q253				経皮的肺動脈弁拡張術	02	02	経皮的肺動脈弁拡張術	K570-2														
			肺動脈狭窄(症)	Q256				弁形成術 1弁のもの等	01	01	弁形成術 1弁のもの	K5541														
								ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	01	01	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K558														
								肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	01	01	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	K570\$														
14	0350	ファロー四徴症	ファロー四徴(症)	Q213	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ						
					01	1	1歳未満	その他の手術あり	97	02	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	K566														
								完全型房室中隔欠損症手術 ファロー四徴症手術を伴うもの	97	02	完全型房室中隔欠損症手術 ファロー四徴症手術を伴うもの	K579-22														
								ファロー四徴症手術 右室流出路形成術を伴うもの	97	02	ファロー四徴症手術 右室流出路形成術を伴うもの	K5801														
								ファロー四徴症手術 末梢肺動脈形成術を伴うもの	97	02	ファロー四徴症手術 末梢肺動脈形成術を伴うもの	K5802														
									97	97		その他のKコード														
								経皮的肺動脈弁拡張術	01	01	経皮的肺動脈弁拡張術	K570-2														
14	0360	新生児乳児の先天性心奇形	総動脈幹(症)	Q200	00	0	3歳以上	手術なし	99	99	手術なし			1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビスマブ			1	3	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害	140010

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			両大血管右室起始(症)	Q201	03	1	3歳未満	その他の手術あり	97	97	その他のKコード														
			両大血管左室起始(症)	Q202				肺動脈絞扼術等	03	03	肺動脈絞扼術	K563													
			(心)室大血管結合不一致	Q203					03	03	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	K566													
			肺動脈弁閉鎖(症)	Q220					03	03	心房中隔欠損作成術 経皮的心房中隔欠損作成術(ランジュキンド法)	K5731													
			右心低形成<形成不全>症候群	Q226				経皮的肺動脈弁拡張術	02	02	経皮的肺動脈弁拡張術	K570-2													
			左心低形成<形成不全>症候群	Q234				大動脈縮窄(離断)症手術等	01	01	大動脈縮窄(離断)症手術	K567\$													
			大動脈縮窄(症)	Q251					01	01	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	K570\$													
			大動脈弁閉鎖(症)	Q252					01	01	肺静脈逆流異常症手術	K571\$													
			肺動脈閉鎖(症)	Q255					01	01	肺静脈形成術	K572													
			総<全>肺静脈還流<結合>異常(症)	Q262					01	01	心房中隔欠損作成術 心房中隔欠損作成術	K5732													
									01	01	肺動脈閉鎖症手術	K581\$													
									01	01	両大血管右室起始症手術	K582\$													
									01	01	大血管転位症手術	K583\$													
									01	01	修正大血管転位症手術	K584\$													
									01	01	総動脈幹症手術	K585													
									01	01	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 両方向性グレン手術	K5861													
									01	01	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術 フォンタン手術	K5862													
									01	01	左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)	K587													
14	0370	その他の複雑心奇形	両心室結合	Q204	00	0	3歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビズマブ						
			房室結合不一致	Q205	03	1	3歳未満	その他の手術あり	97	97	その他のKコード														
			先天性三尖弁狭窄(症)	Q224				肺動脈絞扼術等	03	03	肺動脈絞扼術	K563													
									03	03	体動脈肺動脈短絡手術(ブラロック手術、ウォーターストン手術)	K566													
									02	02	経皮的肺動脈弁拡張術	K570-2													
									01	01	右室二腔症手術等	K578													
									01	01	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	K586\$													
14	0380	その他の循環器系の先天性奇形	心臓の房室および結合部のその他の先天奇形	Q208	00	0	1歳以上	手術なし	99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	バリビズマブ						
			心臓の房室および結合部の先天奇形、詳細不明	Q209	01	1	1歳未満	その他の手術あり	97	97	その他のKコード														
			心(臓)中隔のその他の先天奇形、詳細不明	Q218				経皮的肺動脈弁拡張術等	02	02	経皮的肺動脈弁拡張術	K556-2													
			心(臓)中隔の先天奇形、詳細不明	Q219					02	02	経皮的肺動脈弁拡張術	K570-2													
			先天性肺動脈弁狭窄(症)	Q221				大動脈弁狭窄直視下切開術等	01	01	大動脈弁狭窄直視下切開術	K556													
			先天性肺動脈弁閉鎖不全(症)	Q222					01	01	大動脈弁上狭窄手術	K557													
			肺動脈弁のその他の先天奇形	Q223					01	01	大動脈弁下狭窄切除術(線維性、筋肥厚性を含む。)	K557-2													
			エプスタイン<Ebstein>奇形<異常>	Q225					01	01	ダムス・ケー・スタンセル(DKS)吻合を伴う大動脈狭窄症手術	K557-4													
			三尖弁のその他の先天奇形	Q228					01	01	ロス手術(自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術)	K558													
			三尖弁の先天奇形、詳細不明	Q229					01	01	三尖弁手術(エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術)	K569													
			大動脈弁の先天性狭窄(症)	Q230					01	01	三心房心手術	K575													
			大動脈弁および僧帽弁のその他の先天奇形	Q238																					
			大動脈弁および僧帽弁の先天奇形、詳細不明	Q239																					
			右胸心<右心症>	Q240																					
			左胸心<左心症>	Q241																					
			三心房心	Q242																					
			肺動脈漏斗部狭窄(症)	Q243																					
			先天性大動脈弁下狭窄(症)	Q244																					
			先天性心ブロック	Q246																					
			心臓のその他の明示された先天奇形	Q248																					

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			心臓の先天奇形 詳細不明 大型動脈のその他の先天奇形 大型動脈の先天奇形 詳細不明 大静脈の先天狭窄(症) 左上大静脈遺残 肺静脈還流<結合>異常(症)、詳細不明 門脈還流<結合>異常(症) 門脈・肝動脈瘻 大型静脈のその他の先天奇形 大型静脈の先天奇形 詳細不明	Q249 Q258 Q259 Q260 Q261 Q264 Q265 Q266 Q268 Q269																							
14	0390	食道の先天異常	食道の先天奇形	Q395			手術なし 手術あり	99 99 97 01		手術なし 先天性食道閉鎖症根治手術								1 9 1 9	バリビズマブ 肺サーファクタント								
										97 02 97 02 97 02 97 02 97 02 97 97	K522\$ K522-2 K530 K530-2 その他のKコード							1 2 1 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$							
14	0410	先天性肥厚性幽門狭窄症	先天性肥厚性幽門狭窄	Q400			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 97		手術なし 胃切開術 幽門形成術(粘膜外幽門筋切開術を含む。) 腹腔鏡下幽門形成術								1 2 1 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$							
14	0430	腸管の先天異常	胃のその他の明示された先天奇形 胃の先天奇形 詳細不明 上部消化管のその他の明示された先天奇形 上部消化管の先天奇形 詳細不明 小腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄 メッケル<Meckel>憩室 ヒルシュスプリング<Hirschsprung>病 結腸のその他の先天性機能障害 腸管固定の先天奇形 重複腸(管)<腸重複症> 腸のその他の明示された先天奇形 腸の先天奇形 詳細不明 輪状<環状>瘻 消化器系のその他の明示された先天奇形 消化器系の先天奇形 詳細不明	Q402 Q403 Q408 Q409 Q41\$ Q430 Q431 Q432 Q433\$ Q434 Q438 Q439 Q451 Q458 Q459			手術なし その他の手術あり 小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術等 小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術 小腸憩室摘出術(メッケル憩室炎手術を含む。) 腹腔鏡下結腸切除術 腸吻合術 人工肛門造設術 腸狭窄部切開縫合術 腸閉鎖症手術 腸回転異常症手術 直腸切除・切断術 切除術 腹腔鏡下直腸切除・切断術 切除術 肛門形成手術 肛門狭窄形成手術 先天性巨大結腸症手術等 腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	99 99 97 04 97 97 02 01 01 01 01		手術なし 人工肛門形成術 その他のKコード K736\$ K7161 K717 K719-2\$ K724 K726 K728 K729\$ K734 K7401 K740-21 K7521 K735 K735-3																	
14	0440	肛門閉鎖	大腸の先天(性)欠損、閉鎖および狭窄 異所性肛門<肛門転位> 直腸および肛門の先天性瘻 総排泄腔遺残	Q42\$ Q435 Q436 Q437			手術なし 手術あり	99 99 97 01 97 01 97 01 97 02 97 02 97 03 97 03 97 04		手術なし 鎖肛手術 仙骨会陰式 鎖肛手術 腹会陰、腹仙骨式 腹腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式) 鎖肛手術 肛門膜状閉鎖切開 鎖肛手術 会陰式 人工肛門造設術 人工肛門閉鎖術 肛門形成手術																	
																		1 9 1 9 1 2 1 1	バリビズマブ 肺サーファクタント 中心静脈注射 人工呼吸								
																						1 3	妊娠期間短縮、140010 低出産体重に関連する障害				

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等				
								97	97	その他のKコード																			
14	0450	胆道の先天異常(拡張症)	胆のう<囊>の無発生、無形成および低形成<形成不全> 胆のう<囊>のその他の先天奇形 先天性胆道拡張症<総胆管のう<囊>>胞> 胆管のその他の先天奇形 肝のう<囊>胞性疾患 肝のその他の先天奇形 膵の無発生、無形成および低形成<形成不全> 先天性膵のう<囊>胞 膵および膵管のその他の先天奇形	Q440 Q441 Q444 Q445 Q446 Q447 Q450 Q452 Q453			手術なし 手術あり	99 97	99 01	手術なし 胆管形成手術(胆管切除術を含む。) 総胆管拡張症手術								1 1	2 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$								
14	0460	胆道の先天異常(閉鎖症)	胆道<管>閉鎖(症) 胆管の先天(性)狭窄	Q442 Q443			手術なし 手術あり	99 97	99 01	手術なし 先天性胆道閉鎖症手術 門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)								1 1	2 1	中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$								
14	0480	先天性腹壁異常	臍帯ヘルニア 腹壁破裂(症)	Q792 Q793			手術なし 手術あり	99 97	99 01	手術なし ヘルニア手術 臍帯ヘルニア								1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 1 1 1 1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 分層植皮術 全層植皮術 筋膜移植術  その他のもの	K015\$ K016 K017 K019 K020 K022 K013\$ K013-2\$ K0332	1 1 1 1 1 1 1 1	9 9 2 1	バリビズマブ 肺サーファクタント 中心静脈注射 人工呼吸	G005 J045\$				
14	0490	手足先天性疾患	足の先天(性)変形 手の先天(性)変形 膝の先天(性)変形 脛骨および腓骨の先天(性)弯曲 脚の長管骨の先天(性)弯曲、詳細不明 その他の明示された先天(性)筋骨格変形 副(手)指 副母指 副趾 多指<趾>(症)、詳細不明 癒合指 みずかき<翼状>指 癒合趾 みずかき<翼状>趾 多合指<趾>(症) 合指<趾>(症)、詳細不明 上肢の先天(性)完全欠損 上腕および前腕の先天(性)欠損、手の存在するもの 前腕および手の先天(性)合併欠損 手および指の先天(性)欠損 橈骨の縦線<軸>型欠損 尺骨の縦線<軸>型欠損 裂手	Q66\$ Q681 Q682 Q684 Q685 Q688 Q690 Q691 Q692 Q699 Q700 Q701 Q702 Q703 Q704 Q709 Q710 Q711 Q712 Q713 Q714 Q715 Q716		手術なし 手術あり	99 97	99 01	手術なし 腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。) 腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。) 腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。) 腱移行術 骨折親血的手術 偽関節手術 関節脱臼非親血的整復術 非親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足 非親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足) 親血的関節授動術 胸鎖、肘、手、足 親血的関節授動術 肩鎖、指(手、足) 親血的関節固定術 胸鎖、肘、手、足 親血的関節固定術 肩鎖、指(手、足) 関節形成手術 神経縫合術 神経剥離術 神経移植術 難治性骨折電磁波電気治療法(一連につき) 難治性骨折超音波治療法(一連につき) 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 骨切り術 変形治療骨折矯正手術																			0 1	片側 両側

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			上肢のその他の減形成	Q718					97	03	骨長調整手術	K058\$															
			上肢の減形成、詳細不明	Q719					97	03	内反足手術	K080-2															
			下肢の先天(性)完全欠損	Q720					97	03	足三関節固定(ランプリステイ)手術	K094															
			大腿および下腿の先天(性)欠損、足の存在するもの	Q721					97	03	多指症手術	K100\$															
			下腿および足の先天(性)合併欠損	Q722					97	03	合指症手術	K101\$															
			足および趾<足ゆび>の先天(性)欠損	Q723					97	03	指癒着症手術	K101-2\$															
			大腿骨の縦線<軸>型欠損	Q724					97	03	巨指症手術	K102\$															
			脛骨の縦線<軸>型欠損	Q725					97	03	屈指症手術、斜指症手術	K103\$															
			腓骨の縦線<軸>型欠損	Q726					97	03	裂手、裂足手術	K105															
			裂足	Q727					97	03	母指化手術	K106															
			下肢の減形成、詳細不明	Q729					97	03	指移植手術	K107															
			詳細不明の(四)肢の減形成	Q73\$					97	03	母指対立再建術	K108															
			上肢のその他の先天奇形、肩甲帯を含む	Q740					97	03	第四指短縮症手術	K110															
			(四)肢の詳細不明の先天奇形	Q749					97	03	第一足指外反症矯正手術	K110-2															
									97	97	その他のKコード																
14	0500	骨軟骨先天性形成異常	骨軟骨異形成<形成異常>(症)、長管骨および脊椎の成長障害を伴うもの その他の骨軟骨異形成<形成異常>(症) エーラーズ・ダンス<Ehlers-Danlos>症候群 筋骨格系のその他の先天奇形	Q77\$ Q78\$ Q796 Q798				手術なし 手術あり	99	99	手術なし 癒痕拘縮形成手術 骨腫瘍切除術 多発性骨腫瘍摘出術 骨切り術 骨長調整手術 指癒痕拘縮手術 頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみもの 頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの 頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの 眼窩内腫瘍摘出術(深在性) 眼窩縁形成手術(骨移植によるもの) 下顎骨部分切除術 上顎骨切除術 上顎骨形成術 単純な場合 上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合 上顎骨形成術 骨移動を伴う場合 下顎骨形成術 おとがい形成の場合 下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合 下顎骨形成術 再建の場合 下顎骨形成術 骨移動を伴う場合 腱延長術 親血的関節固定術 97 97																
									1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$															
									1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016															
									1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017															
									1	2	複合組織移植術	K019															
									1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020															
									1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022															
									1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$															
									1	1	分層植皮術	K013\$															
									1	1	全層植皮術	K013-2\$															
14	0510	股関節先天性疾患、大腿骨先天性疾患	股関節部の先天(性)変形 大腿骨の先天(性)弯曲	Q65\$ Q683				手術なし その他の手術あり 先天性股関節脱臼親血的整復術等	99	99	手術なし 97 97 01 01 先天性股関節脱臼親血的整復術等 01 01 骨切り術 肩甲骨、上腕、大腿 01 01 骨切り術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 01 01 大腿骨頭回転骨切り術 01 01 大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術																
									1	1	人工呼吸	J045\$															
																										0	片側
																										1	両側

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
								01	01	骨長調整手術 骨短縮術	K0582														
								01	01	骨長調整手術 骨延長術(指(手、足)以外)	K0584														
								01	01	親血の関節固定術 肩、股、膝	K0781														
								01	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801														
								01	01	臼蓋形成手術	K141														
								01	02	関節脱臼非親血的整復術 肩、股、膝	K0611														
								01	02	先天性股関節脱臼非親血的整復術(両側) リーモンビューゲル法	K0621														
14	0550	先天性嚢胞性腎疾患	のうく襄>胞性腎疾患	Q61\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	経皮的腎嚢胞穿刺術	K771	1	1	人工呼吸	J045\$						
							手術あり	97	01	癒合腎離断術	K760														
								97	01	腎部分切除術	K769														
								97	01	腹腔鏡下腎部分切除術	K769-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	K769-3														
								97	01	腎摘出術	K772														
								97	01	腹腔鏡下腎摘出術	K772-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎摘出術	K772-3														
								97	02	腎嚢胞切除縮小術	K770														
								97	02	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術	K770-2														
								97	97	その他のKコード															
14	0560	先天性水腎症	先天性水腎症	Q620			手術なし	99	99	手術なし		1	1	人工呼吸	J045\$										
			尿管の閉鎖および狭窄	Q621			手術あり	97	01	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	K766														
			先天性巨大尿管(症)	Q622				97	01	腎盂形成手術	K778														
			腎盂および尿管のその他の閉塞性欠損	Q623				97	01	腹腔鏡下腎盂形成手術	K778-2														
								97	01	残存尿管摘出術	K784														
								97	01	尿管剥離術	K784-2														
								97	01	尿管膀胱吻合術	K786														
								97	01	尿管尿管吻合術	K787														
								97	01	尿管口形成手術	K794														
								97	02	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775														
								97	02	経尿道的尿管狭窄拡張術	K783														
								97	97	その他のKコード															
14	0570	先天性上部尿路疾患	重複尿管	Q625			手術なし	99	99	手術なし		1	1	人工呼吸	J045\$										
			尿管の位置異常	Q626			手術あり	97	01	癒合腎離断術	K760														
			腎のその他の先天奇形	Q63\$				97	01	経皮的尿管拡張術(経皮的腎瘻造設術を含む。)	K766														
								97	01	腎部分切除術	K769														
								97	01	腹腔鏡下腎部分切除術	K769-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	K769-3														
								97	01	腎摘出術	K772														
								97	01	腹腔鏡下腎摘出術	K772-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎摘出術	K772-3														
								97	01	腎盂形成手術	K778														
								97	01	腹腔鏡下腎盂形成手術	K778-2														
								97	01	尿管切石術	K782\$														
								97	01	残存尿管摘出術	K784														
								97	01	尿管剥離術	K784-2														
								97	01	尿管尿管吻合術	K787														
								97	01	尿管口形成手術	K794														
								97	02	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775														
								97	02	経尿道的尿管狭窄拡張術	K783														
								97	97	その他のKコード															
14	0580	先天性下部尿路疾患	尿道下裂	Q54\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			男性生殖器のその他の先天奇形	Q55\$			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016												
			尿路系のその他の先天奇形	Q64\$			尿管摘出術等	03	03	尿管摘出術	K804	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017												
								03	03	人工肛門造設術	K726	1	2	複合組織移植術	K019												
							尿道形成手術等	02	02	尿道形成手術	K818\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
								02	02	尿道下裂形成手術	K819	1	1	分層植皮術	K013\$												
								02	02	尿道上裂形成手術	K820	1	1	全層植皮術	K013-2\$												
								02	02	尿道狭窄内視鏡手術	K821																
							膀胱壁切除術等	01	01	膀胱壁切除術	K799																
								01	01	膀胱瘻造設術	K805																
14	0590	停留精巣	停留精巣<睾丸>	Q53\$			手術なし	99	99	手術なし						1	1	人工呼吸	J045\$								
							手術あり	97	01	停留精巣固定術	K836																
								97	02	性腺摘出術	K913-2\$																
								97	03	試験開腹術	K636																
								97	03	尿道周囲膿瘍切開術	K813																
								97	03	尿道下裂形成手術	K819																
								97	03	陰莖形成術	K819-2																
								97	97	その他のKコード																	
14	0600	女性生殖器の先天性異常	子宮および子宮頸(部)の先天奇形	Q51\$			手術なし	99	99	手術なし						1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$								
			女性生殖器のその他の先天奇形	Q52\$			手術あり	97	01	会陰形成手術	K851\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	9	バリビズマブ									
								97	01	癒合陰唇形成手術	K851-3\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	9	肺サーファクタント									
								97	01	腔中隔切除術	K855\$	1	2	複合組織移植術	K019	1	1	人工呼吸	J045\$								
								97	01	造陰術、腔閉鎖症術	K859\$	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
								97	01	腔壁形成手術	K860	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022												
								97	01	子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術(癒着剥離術を含む。)	K863-2	1	1	分層植皮術	K013\$												
								97	01	重複子宮、双角子宮手術	K882	1	1	全層植皮術	K013-2\$												
								97	01	子宮頸管形成手術	K883																
								97	01	子宮頸管閉鎖症手術	K883-2\$																
								97	01	奇形子宮形成手術(ストラスマン手術)	K884																
								97	02	処女膜切開術	K845																
								97	02	処女膜切除術	K846																
								97	02	輪状処女膜切除術	K847																
								97	97	その他のKコード																	
14	0620	その他の先天異常	心耳相同	Q206			手術なし	99	99	手術なし						1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$							0	片側
			臍動脈の先天性欠損および低形成不全	Q270			手術あり	97	01	試験開頭術	K148	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											1	両側
			先天性腎動脈狭窄(症)	Q271				97	01	減圧開頭術 キアリ奇形、脊髄空洞症の場合	K1491	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017												
			腎動脈のその他の先天奇形	Q272				97	01	髄液漏閉鎖術	K179	1	2	複合組織移植術	K019												
			末梢性動脈奇形	Q273				97	01	頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K1801	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
			先天性静脈拡張症	Q274				97	01	頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K1802	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022												
			末梢血管系のその他の明示された先天奇形	Q278				97	01	頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	K1803	1	1	分層植皮術	K013\$												
			末梢血管系の先天奇形、詳細不明	Q279				97	02	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの)	K237	1	1	全層植皮術	K013-2\$												
			循環器系のその他の明示された先天奇形	Q288				97	03	抜歯手術(1歯につき)	K404\$																
			循環器系の先天奇形、詳細不明	Q289				97	03	上顎骨形成術 単純な場合	K4431																
			卵巣、卵管および広間膜の先天奇形	Q50\$				97	03	上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合	K4432																
			性不確定および仮性半陰陽	Q56\$				97	03	上顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4433																

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			腎の無発生およびその他の減形成	Q60\$				97	03	下顎骨形成術 おとがい形成の場合	K4441														
			頭蓋、顔面および顎のその他の先天(性)変形	Q674				97	03	下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	K4442														
			下肢のその他の減形成	Q728				97	03	下顎骨形成術 再建の場合	K4443														
			膝の先天奇形	Q741				97	03	下顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4444														
			下肢のその他の先天奇形、骨盤帯を含む	Q742				97	03	顎関節形成術	K445														
			先天性多発性関節拘縮(症)	Q743				97	04	気管切開術	K386														
			(四)肢のその他の明示された先天奇形	Q748				97	04	肺切除術	K511\$														
			骨性胸郭のその他の先天奇形	Q768				97	06	ヘルニア手術 臍帯ヘルニア	K6334														
			骨性胸郭の先天奇形、詳細不明	Q769				97	06	胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664														
			プルンベリー<prune belly>症候群	Q794				97	07	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部)	K003\$														
			腹壁のその他の先天奇形	Q795				97	07	皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術(露出部以外)	K004\$														
			筋骨格系の先天奇形、詳細不明	Q799				97	07	皮膚剥削術	K009\$														
			遺伝性リンパ浮腫	Q820				97	07	骨長調整手術	K058\$														
			色素性乾皮症	Q821				97	07	多指症手術	K100\$														
			肥満細胞症	Q822				97	07	合指症手術	K101\$														
			色素失調症	Q823				97	07	指癒着症手術	K101-2\$														
			外胚葉性異形成<形成異常>(症)(無(発)汗(症)性)	Q824				97	09	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	K476-2														
			皮膚の先天奇形、詳細不明	Q829				97	11	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775														
			外皮のその他の先天奇形	Q84\$				97	11	膀胱瘻造設術	K805														
			既知の外因による先天奇形症候群、他に分類されないもの	Q86\$				97	12	卵巣部分切除術(腔式を含む。)	K887\$														
			先天奇形症候群、主として低身長を伴うもの	Q871				97	12	子宮附屬器腫瘍摘出術(両側)	K888\$														
			先天奇形症候群、主として(四)肢の障害されたもの	Q872				97	97		その他のKコード														
			早期過(剰)成長を含む先天奇形症候群	Q873																					
			マルファン<Marfan>症候群	Q874																					
			その他の骨格変化を伴うその他の先天奇形症候群	Q875																					
			その他の明示された先天奇形症候群、他に分類されないもの	Q878																					
			脾の先天奇形	Q890																					
			副腎の先天奇形	Q891																					
			内臓逆位	Q893																					
			結合<二重>体<結合双体>	Q894																					
			多発先天奇形、他に分類されないもの	Q897																					
			その他の明示された先天奇形	Q898																					
			先天奇形、詳細不明	Q899																					
15	0010	ウイルス性腸炎	ウイルス性およびその他の明示された腸管感染症	A08\$	00	0	6歳以上	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓 慢性維持透析を行った場合	J0381				
			感染症と推定される下痢および胃腸炎	A09	06	1	6歳未満	97	97	手術あり								1	2	中心静脈注射	G005				
																		1	1	人工呼吸	J045\$				
15	0020	細菌性腸炎	コレラ	A00\$	00	0	6歳以上	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓 慢性維持透析を行った場合	J0381				
			腸チフスおよびパラチフス	A01\$	06	1	6歳未満	97	97	手術あり								1	2	中心静脈注射	G005				
			局所的サルモネラ腸炎	A020														1	1	人工呼吸	J045\$				
			局所的サルモネラ感染症	A022																					
			その他の明示されたサルモネラ感染症	A028																					
			サルモネラ感染症、詳細不明	A029																					
			志賀菌による細菌性赤痢	A030																					
			フレクスマー菌による細菌性赤痢	A031																					
			ボイド菌による細菌性赤痢	A032																					
			ソクネ菌による細菌性赤痢	A033																					
			その他の細菌性赤痢	A038																					



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	重症度等
			細菌性赤痢、詳細不明 腸管病原性大腸菌感染症 腸管毒素原性大腸菌感染症 腸管組織侵襲性大腸菌感染症 腸管出血性大腸菌感染症 その他の大腸菌性腸管感染症 カンピロバクター腸炎 エルシニア エンテロコリチカによる腸炎 クロストリジウム・ディフィシルによる全腸炎 その他の明示された細菌性腸管感染症 細菌性腸管感染症、詳細不明 ブドウ球菌性食中毒 ウェルシュ菌食中毒 腸炎ビブリオ食中毒 セレウス菌食中毒 その他の明示された細菌性食中毒 細菌性食中毒、詳細不明	A039 A040 A041 A042 A043 A044 A045 A046 A047 A048 A049 A050 A052 A053 A054 A058 A059																					
15	0030	ウイルス性髄膜炎	ウイルス(性)髄膜炎	A87\$	00	0	6歳以上		99	99	手術なし		1	1	腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	D403	1	2	中心静脈注射	G005					
					06	1	6歳未満		97	97	手術あり		1	1	人工呼吸	J045\$									
15	0040	熱性けいれん	熱性けいれん<痘皰>	R560					99	99	手術なし		1	1	腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	D403	1	2	中心静脈注射	G005					
									97	97	手術あり		1	1	人工呼吸	J045\$									
15	0050	急性脳炎急性脳症	日本脳炎 西部馬脳炎 東部馬脳炎 セントルイス脳炎 オーストラリア脳炎 カリフォルニア脳炎 ロシオ<Rocio>ウイルス病 ダニ媒介ウイルス(性)脳炎 エンテロウイルス(性)脳炎 アデノウイルス脳炎 節足動物媒介ウイルス(性)脳炎、詳細不明 詳細不明のウイルス(性)脳炎 脳症<エンセファロパチ<シ>->、詳細不明	A830 A831 A832 A833 A834 A835 A836 A84\$ A850 A851 A852 A86 G934	00	0	15歳以上		99	99	手術なし		1	1	腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む。)	D403	1	2	中心静脈注射	G005	1	1	てんかん	010230	
					15	1	15歳未満		97	97	手術あり		1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	敗血症	180010					
15	0070	川崎病	皮膚粘膜リンパ節症候群[川崎病]	M303	00	0	2歳以上		99	99	手術なし		1	1	心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)	D206\$	1	9	ガンマグロブリン						
					02	1	2歳未満		97	97	手術あり		1	1	人工呼吸	J045\$									
15	0100	虐待症候群	虐待症候群	T74\$					99	99	手術なし		1	1	人工呼吸	J045\$									
									97	97	手術あり		1	1	人工呼吸	J045\$									
15	0110	染色体異常(ターナー症候群及びクラインフェルター症候群を除く。)	ダウン<Down>症候群 エドワーズ<Edwards>症候群およびパト<Patau>症候群 常染色体のその他のトリソミーおよび部分トリソミー、他に分類されないもの 常染色体のモノソミーおよび欠失、他に分類されないもの 均衡型再配列およびマーカー(染色体)、他に分類されないもの その他の性染色体異常、女性表現型、他に分類されないもの	Q90\$ Q91\$ Q92\$ Q93\$ Q95\$ Q97\$					99	99	手術なし						1	2	中心静脈注射	G005					
									97	01	多指症手術	K100\$	1	1	人工呼吸	J045\$									
									97	01	合指症手術	K101\$													
									97	01	指癒着症手術	K101-2\$													
									97	02	卵巢部分切除術(腔式を含む。)	K887\$													
									97	02	子宮付属器腫瘍摘出術(両側)	K888\$													

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			核型 47, XYY<XYY男性> 性染色体構造異常を持つ男性 性染色体モザイクを持つ男性 その他の明示された性染色体異常, 男性表現型 性染色体異常, 男性表現型, 詳細不明 その他の染色体異常, 他に分類されないもの	Q985 Q986 Q987 Q988 Q989 Q99\$				97 97			点数表名称	その他のKコード															
16	0100	頭蓋・頭蓋内損傷	頭皮の表在損傷	S000				手術なし	99 99		手術なし		1 3		骨折経皮的鋼線刺入固定術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K045\$	1 4		頭蓋内圧持続測定	D227\$	1 1		その他の変性疾患	010220	0	片側	
			頭部の多発性表在損傷	S007				その他の手術あり	97 97			その他のKコード	1 3		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083	1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382	1 1		てんかん	010230	1	両側	
			頭部のその他の部位の表在損傷	S008				血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)等	03 03		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)等	K615	1 3		仙腸関節脱臼観血的手術	K119	1 2		中心静脈注射	G005	1 1		肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			頭部の表在損傷、部位不明	S009					03 04		脳内異物摘出術	K165	1 3		恥骨結合離開観血的手術	K120	1 1		人工呼吸	J045\$	1 1		前立腺肥大症等	110200			
			頭皮の開放創	S010					03 04		頭蓋骨形成手術 頭蓋骨のみのもの	K1801	1 3		骨盤骨折非観血的整復術	K121					1 2		脳性麻痺	070140			
			頭部の多発性開放創	S017					03 04		頭蓋骨形成手術 硬膜形成を伴うもの	K1802	1 3		腸骨翼骨折観血的手術	K124					1 2		2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070			
			頭部のその他の部位の開放創	S018					03 04		頭蓋骨形成手術 骨移動を伴うもの	K1803	1 3		骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	K125	1 2				1 2		下部尿路疾患	11013x			
			頭部の開放創、部位不明	S019				穿頭脳室ドレナージ術等	02 02		穿頭脳室ドレナージ術等	K145	1 3		脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128	1 3				1 3		水頭症	010200			
			頭蓋穹隆部骨折	S020\$					02 02		穿頭術(トレパナチオン)	K147	1 3		仙腸関節固定術	K143					1 3		呼吸不全(その他)	040130			
			頭蓋底骨折	S021\$					02 02		機能的定位脳手術	K154\$	1 3		体外式脊椎固定術	K144					1 3		肺・胸部気管・気管支損傷	160450			
			頭蓋内損傷	S06\$					02 02		慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	K164-2	1 3		気管切開術	K386					1 3		手術・処置等の合併症	180040			
			頭蓋の挫減損傷	S071				減圧開頭術 その他の場合等	01 01		減圧開頭術 その他の場合等	K1492	1 3		肋骨骨折観血的手術	K481											
			頭部の挫減損傷、部位不明	S079					01 01		頭蓋骨膜下血腫摘出術	K163	1 3		胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	K483											
			頭皮の裂離	S080					01 01		頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)	K164\$	1 3		胸腔内(胸膜内)血腫除去術	K494											
			頭部の部位不明の外傷性切断	S089					01 01		脳切除術	K168	1 3		気管支異物除去術 直達鏡によるもの	K5091											
			頭部の血管損傷、他に分類されないもの	S090									1 3		気管支異物除去術 開胸手術によるもの	K5092											
			頭部の筋および腱の損傷	S091									1 3		肺切除術	K511\$											
			頭部の多発性損傷	S097									1 3		胸腔鏡下肺切除術	K513											
													1 3		肺縫縮術	K517											
													1 3		横隔膜縫合術 経胸又は経腹	K5341											
													1 3		横隔膜縫合術 経胸及び経腹	K5342											
													1 3		血管結紮術	K607\$											
													1 3		血管縫合術(簡単なもの)	K607-2											
													1 3		静脈形成術、吻合術 胸腔内静脈	K6231											
16	0200	顔面損傷(口腔、咽喉損傷を含む)	鼻の表在損傷	S003				手術なし	99 99		手術なし		1 3		血管結紮術 その他のもの	K6072	1 5		気管切開術	K386	1 1		てんかん	010230	0	片側	
			耳の表在損傷	S004				その他の手術あり	97 04		小児創傷処理(6歳未満)	K000-2\$	1 3		血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1 4		頭蓋内圧持続測定	D227\$	1 2		2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070	1	両側	
			口唇および口腔の表在損傷	S005					97 04		デブリードマン	K002\$	1 2		皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1 4		胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。)	K664	1 4						
			鼻の開放創	S012					97 97			その他のKコード	1 2		動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1 3		人工腎臓 その他の場合	J0382							
			耳の開放創	S013				鼻骨骨折整復固定術等	02 02		鼻骨骨折整復固定術	K333	1 2		遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1 2		中心静脈注射	G005							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			頬骨および側頭下顎部の開放創	S014				02	02	眼窩骨折視血の手術(眼窩フローアウト骨折手術を含む。)	K227	1	2	複合組織移植術	K019	1	1	人工呼吸	J045\$						
			口唇および口腔の開放創	S015				02	02	眼窩骨折整復術	K228	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			鼻骨骨折	S022\$				02	02	鼻骨脱臼整復術	K333-2	1	2	粘膜移植術	K021\$										
			眼窩底部骨折	S023\$				02	02	鼻骨骨折徒手整復術	K333-3	1	2	粘膜弁手術	K021-2\$										
			頬骨および上顎骨骨折	S024\$				02	02	鼻骨骨折視血の手術	K334	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			歯の破折	S025\$				02	02	鼻骨変形治療骨折矯正術	K334-2	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			下顎骨骨折	S026\$				02	02	鼻中隔骨折視血の手術	K335	1	1	分層植皮術	K013\$										
			頭蓋骨および顔面骨を含む多発骨折	S027\$				02	02	上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	K335-2	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			その他の頭蓋骨および顔面骨の骨折	S028\$				02	02	上顎洞鼻外手術	K335-3														
			頭蓋骨および顔面骨の骨折、部位不明	S029\$				02	02	頬骨骨折視血の整復術	K427														
			動眼神経損傷	S041				02	02	頬骨変形治療骨折矯正術	K427-2														
			滑車神経損傷	S042				02	03	眼窩内異物除去術(表在性)	K229														
			三叉神経損傷	S043				02	03	下顎骨折非視血の整復術	K428														
			外転神経損傷	S044				02	03	顎関節脱臼非視血の整復術	K430														
			顔面神経損傷	S045				02	03	上顎骨折非視血の整復術	K432														
			聴神経損傷	S046				01	01	下顎骨折視血の手術	K429\$														
			副神経損傷	S047				01	01	下顎関節突起骨折視血の手術	K429-2\$														
			その他の脳神経損傷	S048				01	01	顎関節脱臼視血の手術	K431														
			詳細不明の脳神経損傷	S049				01	01	上顎骨折視血の手術	K433														
			顔面の挫滅損傷	S070				01	01	顔面多発骨折視血の手術	K434														
			頭部のその他の部位の挫滅損傷	S078				01	01	上顎骨形成術 単純な場合	K4431														
			耳の外傷性切断	S081				01	01	上顎骨形成術 複雑な場合及び2次的再建の場合	K4432														
			頭部のその他の部位の外傷性切断	S088				01	01	上顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4433														
			頭部の詳細不明の損傷	S099				01	01	下顎骨形成術 おとがい形成の場合	K4441														
			咽喉部<のど>の挫傷	S100				01	01	下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合	K4442														
			咽喉部<のど>のその他および詳細不明の表在損傷	S101				01	01	下顎骨形成術 再建の場合	K4443														
			口腔内異物	T180				01	01	下顎骨形成術 骨移動を伴う場合	K4444														
								01	01	顎関節形成術	K445														
								01	01	顎関節授動術	K446\$														
16	0250	眼損傷	眼窩の穿通創後の異物残留(陳旧性)	H055			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			眼内磁性異物残留(陳旧性)	H446			その他の手術あり	97	97		その他のKコード	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005						
			眼内非磁性異物残留(陳旧性)	H447			瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	03	03	瞼縁縫合術(瞼板縫合術を含む。)	K207	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$						
			眼瞼および眼球周囲部の挫傷	S001			小児創傷処理(6歳未満)	03	03	小児創傷処理(6歳未満)	K000-2\$	1	2	複合組織移植術	K019										
			眼瞼および眼球周囲部のその他の表在損傷	S002			皮膚切開術	03	03	皮膚切開術	K001\$	1	2	粘膜弁手術	K021-2\$										
			眼瞼および眼球周囲部の開放創	S011			瘻痕拘縮形成手術	03	03	瘻痕拘縮形成手術	K010\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			結膜損傷および角膜擦過傷、異物の記載がないもの	S050			涙囊鼻腔吻合術	03	03	涙囊鼻腔吻合術	K204	1	2	筋膜移植術	K033\$										
			眼球および眼窩組織の挫傷	S051			涙小管形成手術	03	03	涙小管形成手術	K206	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			眼球の裂傷<laceration>および破裂、眼球内組織の脱出または喪失を伴うもの	S052			前房、虹彩内異物除去術	03	03	前房、虹彩内異物除去術	K274	1	1	分層植皮術	K013\$										
			眼球の裂傷<laceration>、眼球内組織の脱出または喪失を伴わないもの	S053			眼窩内異物除去術(深在性)等	02	02	眼窩内異物除去術(深在性)等	K230\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			眼窩の穿通創、異物を伴うものまたは伴わないもの	S054			眼窩膿瘍切開術	02	02	眼窩膿瘍切開術	K226	1	1	粘膜移植術	K021\$										
			眼球の穿通創、異物を伴うもの	S055			眼窩内異物除去術(表在性)	02	02	眼窩内異物除去術(表在性)	K229														
			眼球の穿通創、異物を伴わないもの	S056			義眼台包埋術	02	02	義眼台包埋術	K243														
			眼球の裂離	S057			角膜・強膜異物除去術	02	02	角膜・強膜異物除去術	K252														
			眼球および眼窩のその他の損傷	S058			硝子体切除術等	01	01	硝子体切除術	K279														
			眼球および眼窩の損傷、詳細不明	S059			眼球内容除去術	01	01	眼球内容除去術	K239														
			角膜内異物	T150			眼球摘出術	01	01	眼球摘出術	K241														

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			結膜のうく壔>内異物 T151 外眼のその他の部位および多部位に T158 おける異物 T159 外眼における異物、部位不明 T265 眼および付属器に限局する熱傷および 腐食						01 01		眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	K245															
16	0300	喉頭・頸部気管 損傷	喉頭および気管を含む開放創 S110 気道内異物 T175		00 0	15歳以上	手術なし		99 99		手術なし																
			頸部の関節および靭帯の脱臼、捻挫 およびストレイン S035 頸部の多発性表在損傷 S107 頸部のその他の部位の表在損傷 S108 頸部の表在損傷、部位不明 S109 甲状腺を含む開放創 S111 咽頭および頸部食道を含む開放創 S112 頸部の多発性開放創 S117 頸部のその他の部位の開放創 S118 頸部の開放創、部位不明 S119 頸部のその他の部位の骨折 S1285 甲状腺部の捻挫およびストレイン S135 頸部の血管損傷 S155 頸部の筋および腱の損傷 S16 頸部の挫減損傷 S175 頸部の外傷性切断 S18 頸部のその他および詳細不明の損傷 S195					手術なし		99 99	手術なし																
16	0400	胸郭・横隔膜損 傷	胸郭<郭>の表在損傷 S205 胸郭<郭>の開放創 S215 胸骨骨折 S2225 肋骨骨折 S2235 多発性肋骨骨折 S2245 動揺胸郭 S2255 骨性胸郭のその他の部位の骨折 S2285 骨性胸郭の骨折、部位不明 S2295 肋骨および胸骨の捻挫およびストレ イン S234 胸郭<郭>のその他および部位不明 の捻挫およびストレイン S235 その他の明示された胸腔内臓器の損 傷 S2785 胸郭<郭>のその他および詳細不明 の損傷 S295		00 0	15歳以上	手術なし		99 99	手術なし																	
			胸郭<郭>の開放創 S215 胸骨骨折 S2225 肋骨骨折 S2235 多発性肋骨骨折 S2245 動揺胸郭 S2255 骨性胸郭のその他の部位の骨折 S2285 骨性胸郭の骨折、部位不明 S2295 肋骨および胸骨の捻挫およびストレ イン S234 胸郭<郭>のその他および部位不明 の捻挫およびストレイン S235 その他の明示された胸腔内臓器の損 傷 S2785 胸郭<郭>のその他および詳細不明 の損傷 S295		15 1	15歳未満	その他の手術あり		97 97		その他のK コード K481																
			肋骨骨折 S2235 多発性肋骨骨折 S2245 動揺胸郭 S2255 骨性胸郭のその他の部位の骨折 S2285 骨性胸郭の骨折、部位不明 S2295 肋骨および胸骨の捻挫およびストレ イン S234 胸郭<郭>のその他および部位不明 の捻挫およびストレイン S235 その他の明示された胸腔内臓器の損 傷 S2785 胸郭<郭>のその他および詳細不明 の損傷 S295				肋骨骨折観血的手術等		02 02		肋骨骨折観血的手術																
			肋骨骨折 S2235 多発性肋骨骨折 S2245 動揺胸郭 S2255 骨性胸郭のその他の部位の骨折 S2285 骨性胸郭の骨折、部位不明 S2295 肋骨および胸骨の捻挫およびストレ イン S234 胸郭<郭>のその他および部位不明 の捻挫およびストレイン S235 その他の明示された胸腔内臓器の損 傷 S2785 胸郭<郭>のその他および詳細不明 の損傷 S295				血管結紮術 開胸又は 開腹を伴うもの等		01 01		血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	K6071															
			肋骨骨折 S2235 多発性肋骨骨折 S2245 動揺胸郭 S2255 骨性胸郭のその他の部位の骨折 S2285 骨性胸郭の骨折、部位不明 S2295 肋骨および胸骨の捻挫およびストレ イン S234 胸郭<郭>のその他および部位不明 の捻挫およびストレイン S235 その他の明示された胸腔内臓器の損 傷 S2785 胸郭<郭>のその他および詳細不明 の損傷 S295				横隔膜縫合術 経胸又は経腹 横隔膜縫合術 経胸及び経腹		01 01		横隔膜縫合術 経胸又は経腹 横隔膜縫合術 経胸及び経腹	K5341 K5342															
16	0440	外耳・中耳損傷 (異物を含む)	鼓膜の外傷性破裂 S092 頭部のその他の明示された損傷 S098 耳内異物 T16						99 99		手術なし																
			鼓膜の外傷性破裂 S092 頭部のその他の明示された損傷 S098 耳内異物 T16						97 97		手術あり																

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
16	0450	肺・胸部気管・気管支損傷	胸部<郭>の末梢神経損傷	S243	00	0	15歳以上	手術なし	99	99	手術なし					1	5	持続的胸腔ドレナージ	J019							
			胸部交感神経損傷	S244	15	1	15歳未満	その他の手術あり	97	04	試験開胸術	K488				1	4	胸腔穿刺	J008							
			胸部<郭>の詳細不明の神経損傷	S246					97	97	その他のKコード					1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			肺血管損傷	S254				気管切開術等	02	03	気管切開術	K386				1	2	中心静脈注射	G005							
			肋間血管損傷	S255					02	03	気管支異物除去術 直達鏡によるもの	K5091				1	1	人工呼吸	J045\$							
			胸部<郭>の多発性血管損傷	S257					02	03	気管支異物除去術 開胸手術によるもの	K5092														
			胸部<郭>のその他の血管損傷	S258				肺切除術等	01	01	肺切除術	K511\$														
			胸部<郭>の詳細不明の血管損傷	S259					01	01	血管結紮術	K607\$														
			外傷性気胸	S270\$					01	01	血管縫合術(簡単なもの)	K607-2														
			外傷性血胸	S271\$					01	01	静脈形成術、吻合術 胸腔内静脈	K6231														
			外傷性血気胸	S272\$					01	02	胸腔内(胸膜内)血腫除去術	K494														
			その他の肺損傷	S273\$					01	02	胸腔鏡下肺切除術	K513														
			気管支損傷	S274\$					01	02	肺縫縮術	K517														
			胸部<郭>の気管損傷	S275\$																						
			胸膜損傷	S276\$																						
			胸腔内臓器の多発性損傷	S277\$																						
			詳細不明の胸腔内臓器の損傷	S279\$																						
			胸部<郭>の挫滅損傷および外傷性切断	S28\$																						
16	0480	心・大血管損傷	胸部大動脈損傷	S250				手術なし	99	99	手術なし					1	2	大動脈バルーンパンピング法(IABP法)(1日に1回につき)	K600\$							
			腕頭動脈または鎖骨下動脈の損傷	S251				手術あり	97	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 上行大動脈(その他のもの)	K5602				1	2	経皮的心肺補助法(1日に1回につき)	K602\$							
			上大静脈損傷	S252					97	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 弓部大動脈	K5603				1	2	補助人工心臓(1日に1回につき)	K603\$							
			腕頭静脈または鎖骨下静脈の損傷	S253					97	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 下行大動脈	K5605				1	1	人工呼吸	J045\$							
			心臓損傷	S26\$					97	01	ステントグラフト内挿術 胸部大動脈	K5611														
									97	01	血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	K6071														
									97	01	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105														
									97	01	血管移植術、バイパス移植術 大動脈	K6141														
									97	01	血管移植術、バイパス移植術 胸腔内動脈	K6142														
									97	02	心臓縫合術	K538														
									97	02	心筋縫合止血術(外傷性)	K538-2														
									97	02	心臓切開術	K539														
									97	02	心臓嚢胞、心臓腫瘍切除術	K539-2														
									97	02	心腔内異物除去術	K542														
									97	03	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615														
									97	04	開胸心臓マッサージ	K545														
									97	05	試験開心術	K541														
									97	97	その他のKコード															
16	0500	食道・胃損傷	胃損傷	S363\$				手術なし	99	99	手術なし															
			食道内異物	T181				その他の手術あり	97	02	食道縫合術(穿孔、損傷)	K520\$				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			胃内異物	T182					97	02	食道切除再建術	K525\$				1	2	中心静脈注射	G005							
			食道の熱傷	T281					97	02	胃局所切除術	K654-2				1	1	人工呼吸	J045\$							
			食道の腐食	T286					97	02	腹腔鏡下胃局所切除術	K654-3														
									97	02	胃切除術 単純切除術	K6551														
									97	02	腹腔鏡下胃切除術 単純切除術	K655-21														
									97	02	胃全摘術 単純全摘術	K6571														
									97	02	腹腔鏡下胃全摘術 単純全摘術	K657-21														
									97	03	大網切除術	K641														
									97	03	胃縫合術(大網充填術又は被覆術を含む。)	K647														
									97	03	胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662														
									97	04	試験開腹術	K636														
									97	97	その他のKコード															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
							食道異物摘出術等	01 01		食道異物摘出術	K523\$															
								01 01		食道・胃内異物除去摘出術(マグネットカテーターによるもの)	K653-2															
								01 01		内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	K653-3															
16	0510	肝・胆道・膵・脾損傷	肝または胆のうく囊の損傷	S361\$			手術なし	99 99		手術なし			1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615		1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382					
			膵損傷	S362\$			手術あり	97 01		肝切除術	K695\$			1	2	中心静脈注射	G005		1	1	人工呼吸	J045\$				
			脾損傷	S360\$				97 01		血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	K6071															
								97 01		静脈形成術、吻合術 腹腔内静脈	K6232															
								97 01		胆管形成手術(胆管切除術を含む。)	K673															
								97 01		総胆管胃(腸)吻合術	K680															
								97 01		肝縫合術	K690															
								97 01		腹腔鏡下肝切除術	K695-2\$															
								97 01		膵中央切除術	K700															
								97 01		膵体尾部腫瘍切除術	K702\$															
								97 01		膵頭部腫瘍切除術	K703\$															
								97 01		膵管空腸吻合術	K706															
								97 01		脾摘出術	K711															
								97 02		限局性腹腔腫瘍手術 その他のもの	K6374															
								97 02		経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2															
								97 02		胆嚢摘出術	K672															
								97 02		胆管外瘻造設術	K682\$															
								97 02		経皮的胆管ドレナージ術	K682-2															
								97 02		内視鏡的胆道ステント留置術	K688															
								97 02		破綻裂縫合術	K701															
								97 02		膵嚢胞外瘻造設術	K707\$															
								97 02		膵管外瘻造設術	K708															
								97 02		膵管誘導手術	K708-2															
								97 02		脾縫合術(部分切除を含む。)	K710															
								97 03		試験開腹術	K636															
								97 97		その他のKコード																
16	054x	腸管損傷(胃以外)	<b>160541 小腸・小腸腸間膜損傷</b>				手術なし	99 99		手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382									
			小腸損傷	S364\$			手術あり	97 01		血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	K6071			1	2	中心静脈注射	G005		1	1	人工呼吸	J045\$				
			小腸内異物	T183				97 01		腸間膜損傷手術 縫合、修復のみのもの	K6401															
			<b>160542 結腸・直腸腸間膜損傷</b>					97 01		腸間膜損傷手術 腸管切除を伴うもの	K6402															
			大腸損傷	S365\$				97 01		胃腸吻合術(ブラウン吻合を含む。)	K662															
			大腸内異物	T184				97 01		十二指腸空腸吻合術	K663															
			<b>160543 直腸・肛門損傷</b>					97 01		腸切開術	K713															
			直腸損傷	S366\$				97 01		小腸切除術 悪性腫瘍手術以外の切除術	K7161															
			肛門および直腸内異物	T185				97 01		腹腔鏡下小腸切除術	K716-2															
								97 01		結腸切除術 小範囲切除	K7191															
								97 01		結腸切除術 結腸半側切除	K7192															
								97 01		腸吻合術	K724															
								97 01		直腸異物除去術	K738\$															
								97 01		直腸切除・切断術	K740\$															
								97 02		限局性腹腔腫瘍手術 その他のもの	K6374															
								97 02		経皮的腹腔腫瘍ドレナージ術	K637-2															
								97 02		急性汎発性腹膜炎手術	K639															
								97 02		腸瘻、虫垂瘻造設術	K725															
								97 02		人工肛門造設術	K726															
								97 03		試験開腹術	K636															
								97 97		その他のKコード																
16	0570	腹部血管損傷	腹部、下背部および骨盤部の血管損傷	S35\$			手術なし	99 99		手術なし				1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382									

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
							手術あり	97	01	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。) 腹部大動脈(分枝血管の再建を伴うもの)	K5607					1	2	中心静脈注射	G005								
								97	01	動脈形成術、吻合術 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	K6103					1	1	人工呼吸	J045\$								
								97	02	ステントグラフト内挿術 腹部大動脈	K5612																
								97	02	血管結紮術 開胸又は開腹を伴うもの	K6071																
								97	02	静脈形成術、吻合術 腹腔内静脈	K6232																
								97	97	その他のKコード																	
16	0575	その他腹腔内臓器の損傷	腹腔内臓器の多発性損傷	S367\$			手術なし	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			その他の腹腔内臓器の損傷	S368\$			手術あり	97	01	直腸異物除去術	K738\$							1	2	中心静脈注射	G005						
			詳細不明の腹腔内臓器の損傷	S369\$				97	97	その他のKコード								1	1	人工呼吸	J045\$						
			消化管のその他の部位および多部位における異物	T188																							
			消化管のその他の部位の熱傷	T282																							
			消化管のその他の部位の腐食	T287																							
16	0580	腹壁損傷	腹部、下背部および骨盤部の表在損傷	S30\$			手術なし	99	99	手術なし								1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382				0	片側	
			下背部および骨盤部の開放創	S310			手術あり	97	01	試験開腹術	K636							1	2	中心静脈注射	G005				1	両側	
			腹壁の開放創	S311				97	97	その他のKコード								1	1	人工呼吸	J045\$						
16	0590	四肢神経損傷	肩および上腕の神経損傷	S44\$			手術なし	99	99	手術なし				1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382					0	片側
			前腕の神経損傷	S54\$			手術あり	97	01	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$			1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005				1	両側	
			手首および手の神経損傷	S64\$				97	01	腱移行術	K040\$			1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$						
			股関節部および大腿の神経損傷	S74\$				97	01	神経縫合術	K182\$			1	2	複合組織移植術	K019										
			下腿の神経損傷	S84\$				97	01	神経交差縫合術	K182-2\$			1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			足首および足の神経損傷	S94\$				97	01	神経移行術	K197			1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			上肢の詳細不明の神経損傷、部位不明	T113				97	01	神経移植術	K198			1	1	分層植皮術	K013\$										
								97	02	デブリードマン	K002\$			1	1	全層植皮術	K013-2\$										
								97	02	親血的関節固定術	K078\$																
								97	02	神経剥離術	K188																
								97	97	その他のKコード																	
16	0600	四肢血管損傷	肩および上腕の血管損傷	S45\$			手術なし	99	99	手術なし				1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			前腕の血管損傷	S55\$			手術あり	97	01	四肢関節離断術	K085\$			1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005						
			手首および手の血管損傷	S65\$				97	01	動脈形成術、吻合術	K610\$			1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$						
			股関節部および大腿の血管損傷	S75\$				97	01	四肢の血管吻合術	K610-4			1	2	複合組織移植術	K019										
			下腿の血管損傷	S85\$				97	01	血管移植術、バイパス移植術	K614\$			1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			足首および足の血管損傷	S95\$				97	01	四肢の血管拡張術・血栓除去術	K616			1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			上肢の詳細不明の血管損傷、部位不明	T114				97	02	デブリードマン	K002\$			1	1	分層植皮術	K013\$										
								97	02	四肢切断術	K084\$			1	1	全層植皮術	K013-2\$										
								97	02	肩甲帯離断術	K084-2																
								97	02	血管結紮術	K607\$																
								97	02	血管縫合術(簡単なもの)	K607-2																
								97	97	その他のKコード																	
16	0610	四肢筋腱損傷	筋離解	M620\$			手術なし	99	99	手術なし				1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050	0	片側
			その他の筋断裂(非外傷性)	M621\$			その他の手術あり	97	03	デブリードマン	K002\$			1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	上肢関節拘縮・強直	070290	1	両側
			移動不能症候群(対麻痺性)	M623\$				97	97	その他のKコード				1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070		

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			筋ストレイン	M626\$			腱縫合術等	02	02	腱縫合術	K037	1	2	複合組織移植術	K019	1	3	代謝性疾患(糖尿病を除く.)	100300							
			その他の明示された筋障害	M628\$				02	02	腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)	K035	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020	1	3	手術・処置等の合併症	180040							
			筋障害、詳細不明	M629\$				02	02	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K039\$	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			膝窩(部)のうく囊>胞の破裂	M660\$				02	02	腱移行術	K040\$	1	1	分層植皮術	K013\$											
			滑膜の断裂	M661\$				02	02	靭血的関節固定術	K078\$	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			伸筋腱の特発性断裂	M662\$			靭帯断裂形成手術等	01	01	靭帯断裂形成手術	K079\$															
			屈筋腱の特発性断裂	M663\$				01	01	腱切離・切除術(関節鏡下によるものを含む。)+腱移行術 指(手、足)	K034+K0401															
			その他の腱の特発性断裂	M664\$				01	01	腱縫合術+腱移行術+腱移植術(人工腱形成術を含む。)	K037+K040\$+K039\$															
			詳細不明の腱の特発性断裂	M665\$				01	01	腱移植術(人工腱形成術を含む。)+腱移行術	K039\$+K040\$															
			肩および上腕の筋および腱の損傷	S46\$				01	01	靭帯断裂縫合術	K074\$															
			肘の捻挫およびストレイン	S534				01	01	関節鏡下靭帯断裂縫合術	K074-2\$															
			前腕の筋および腱の損傷	S56\$				01	01	関節鏡下靭帯断裂形成手術	K079-2\$															
			手首および手根の靭帯の外傷性断裂	S633				01	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801															
			中手指節関節および指節間関節の靭帯の外傷性断裂	S634				01	01	肩腱板断裂手術	K080-3															
			手首の捻挫およびストレイン	S635				01	01	関節鏡下肩腱板断裂手術	K080-4															
			指の捻挫およびストレイン	S636																						
			手のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	S637																						
			手首および手の筋および腱の損傷	S66\$																						
			股関節部の捻挫およびストレイン	S731																						
			股関節部および大腿の筋および腱の損傷	S76\$																						
			下腿の筋および腱の損傷	S86\$																						
			足首の捻挫およびストレイン	S934																						
			趾<足ゆび>の捻挫およびストレイン	S935																						
			足のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	S936																						
			足首および足の筋および腱の損傷	S96\$																						
			上肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン、部位不明	T112																						
			上肢の詳細不明の筋および腱の損傷、部位不明	T115																						
16	0620	肘、膝の外傷(スポーツ障害等を含む。)	膝内障	M23\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			膝蓋前部滑液包炎	M704\$			その他の手術あり	97	97		その他のKコード															
			膝のその他の滑液包炎	M705\$			関節内異物(挿入物を含む。)除去術	02	02	関節内異物(挿入物を含む。)除去術	K065\$															
			産じょく<褥>性骨軟化症 下腿	M8306			骨穿孔術	02	02	骨穿孔術	K042															
			老人性骨軟化症 下腿	M8316			関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術	02	02	関節鏡下関節内異物(挿入物を含む。)除去術	K065-2\$															
			吸収不良による成人骨軟化症 下腿	M8326			腱縫合術等	01	01	腱縫合術	K037															
			栄養失調性成人骨軟化症 下腿	M8336			関節滑膜切除術	01	01	関節滑膜切除術	K066\$															
			アルミニウム骨疾患 下腿	M8346			関節鏡下関節滑膜切除術	01	01	関節鏡下関節滑膜切除術	K066-2\$															
			成人におけるその他の薬物誘発性骨軟化症 下腿	M8356			滑液膜摘出術	01	01	滑液膜摘出術	K066-3\$															
			その他の成人骨軟化症 下腿	M8386			関節鏡下滑液膜摘出術	01	01	関節鏡下滑液膜摘出術	K066-4\$															
			成人骨軟化症、詳細不明 下腿	M8396			膝蓋骨滑液囊切除術	01	01	膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5															
			離断性骨軟骨炎	M932			関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	01	01	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6															
			外側副靭帯の外傷性断裂	S532			関節鼠摘出手術	01	01	関節鼠摘出手術	K067\$															
			内側副靭帯の外傷性断裂	S533			関節鏡下関節鼠摘出手術	01	01	関節鏡下関節鼠摘出手術	K067-2\$															
			膝蓋骨の脱臼	S830			半月板切除術	01	01	半月板切除術	K068															
			膝の脱臼	S831			関節鏡下半月板切除術	01	01	関節鏡下半月板切除術	K068-2															
			半月裂傷<断裂><tear>、新鮮損傷	S832			半月板縫合術	01	01	半月板縫合術	K069															
			膝関節軟骨の裂傷<断裂><tear>、新鮮損傷	S833			関節鏡下半月板縫合術	01	01	関節鏡下半月板縫合術	K069-3															





診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			手首および手のその他の表在損傷 手首および手の表在損傷、詳細不明 爪の傷害を伴わない指の開放創 爪の傷害を伴う指の開放創 手首および手の多発性開放創 手首および手のその他の部位の開放創 手首および手の開放創、部位不明 母指およびその他の指の挫滅損傷 手首および手のその他および部位不明の挫滅損傷 股関節部および大腿の表在損傷 股関節部および大腿の開放創 股関節部および大腿の挫滅損傷 下腿の表在損傷 下腿の開放創 下腿の挫滅損傷 足首および足の表在損傷 足首および足の開放創 足首および足の挫滅損傷 上肢の開放創、部位不明 上肢のその他の明示された損傷、部位不明	S608 S609 S610 S611 S617 S618 S619 S670 S678 S70\$ S71\$ S77\$ S80\$ S81\$ S87\$ S90\$ S91\$ S97\$ T111 T118																								
16	0690	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	胸椎骨折 胸椎の多発骨折 胸部椎間板の外傷性断裂 胸椎の脱臼 胸部<郭>のその他および部位不明の脱臼 胸椎の捻挫およびストレイン 胸髄の振とう<蓋>(症)および浮腫 胸髄のその他および詳細不明の損傷 胸椎の神経根損傷 胸部<郭>のその他の神経損傷 腰椎骨折 腰部椎間板の外傷性断裂 腰椎脱臼 腰髄の振とう<蓋>(症)および浮腫 腰髄のその他の損傷 腰椎および仙椎の神経根損傷 馬尾損傷 腰仙神経そう<蓋>損傷 腰部、仙骨部および骨盤部の交感神経損傷 脊椎骨折、部位不明	S220\$ S221\$ S230 S231 S232 S233 S240 S241 S242 S245 S320\$ S330 S331 S340 S341 S342 S343 S344 S345 T08\$				手術なし その他の手術あり 椎弓切除術等	99 97 97 01	99 02 97 01	手術なし 脊椎脱臼非観血的整復術 その他のKコード 椎弓切除術 脊椎、骨盤脱臼観血的手術 椎弓形成術 椎間板摘出術 脊椎固定術 体外式脊椎固定術	K117 K131 K118 K132 K134\$ K142\$ K144		1 1 1	2 骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$		1 1 1	3 人工腎臓  その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$	1 1 1	3 手術・処置等の合併症	180040					
16	0700	鎖骨骨折、肩甲骨骨折	鎖骨骨折 閉鎖性 肩甲骨骨折 閉鎖性	S4200 S4210				手術なし 手術あり	99 97 97 97 97	99 01 01 01 01	手術なし 骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿 骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝 関節内骨折観血的手術 肩、股、膝	K0461 K0463 K0631 K0731		1 1 1	3 人工腎臓  その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$	1 1 1	3 2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 胸郭・横隔膜損傷 皮下軟部損傷・挫滅損傷、開放創 肩関節周辺骨折脱臼	100070 160400 160660 160720									

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等			
								97 02		骨折非観血的整復術 肩甲骨、上腕、大腿	K0441																	
								97 02		骨折非観血的整復術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0443																	
								97 02		関節脱臼非観血的整復術 肩、股、膝	K0611																	
								97 97		その他のKコード																		
16	0710	鎖骨骨折、肩甲骨骨折の開放骨折	鎖骨骨折 開放性	S4201				99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382									
			肩甲骨骨折 開放性	S4211				97 01		骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461																	
								97 97		その他のKコード																		
16	0720	肩関節周辺の骨折脱臼	関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 肩甲帯	M2431			手術なし	99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	脳梗塞	010060					
			関節の反復性脱臼および亜脱臼 肩甲帯	M2441			その他の手術あり	97 02		骨折非観血的整復術 肩甲骨、上腕、大腿	K0441										1	3	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050				
			上腕骨近位端骨折 閉鎖性	S4220				97 02		関節脱臼非観血的整復術 肩、股、膝	K0611										1	3	脊椎骨粗鬆症	070370				
			上腕骨骨幹部骨折 閉鎖性	S4230				97 97		その他のKコード											1	3	貧血(その他)	130090				
			鎖骨、肩甲骨および上腕骨の多発骨折 閉鎖性	S4270			骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿等	01 01		骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461																	
			肩および上腕のその他の部位の骨折 閉鎖性	S4280				01 01		骨折経皮的鋼線刺入固定術	K045\$																	
			肩甲<上肢>帯の骨折、部位不明 閉鎖性	S4290				01 01		骨部分切除術	K049\$																	
			肩関節脱臼	S430				01 01		関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝	K0631																	
			肩鎖関節脱臼	S431				01 01		関節内骨折観血的手術 肩、股、膝	K0731																	
			胸鎖関節脱臼	S432				01 01		関節形成手術 肩、股、膝	K0801																	
			肩甲<上肢>帯のその他および部位不明の脱臼	S433				01 01		人工骨頭挿入術 肩、股	K0811																	
								01 01		神経縫合術 その他のもの	K1822																	
								01 01		神経交差縫合術 その他のもの	K182-22																	
								01 01		神経剥離術	K188																	
16	0730	肩関節周辺開放骨折	上腕骨近位端骨折 開放性	S4221				99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382									
			上腕骨骨幹部骨折 開放性	S4231				97 01		骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461										1	2	中心静脈注射	G005				
			鎖骨、肩甲骨および上腕骨の多発骨折 開放性	S4271				97 01		鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手術料を含む。)(1局所につき)	K083									1	1	人工呼吸	J045\$					
			肩および上腕のその他の部位の骨折 開放性	S4281				97 97		その他のKコード																		
			肩甲<上肢>帯の骨折、部位不明 開放性	S4291																								
16	0740	肘関節周辺の骨折・脱臼	上腕骨遠位端骨折 閉鎖性	S4240			手術なし	99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050					
			尺骨近位端骨折 閉鎖性	S5200			手術あり	97 01		骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿	K0452										1	2	中心静脈注射	G005	1	3	脊椎骨粗鬆症	070370
			橈骨近位端骨折 閉鎖性	S5210				97 01		骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461										1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070
								97 01		骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462											1	3	代謝性疾患(糖尿病を除く。)	100300			
			橈骨頭の脱臼	S530				97 01		骨切り術	K054\$										1	3	皮下軟部損傷、挫減損傷、開放創	160660				
			肘の脱臼、詳細不明	S531																	1	3	手術・処置等の合併症	180040				
								97 01		関節脱臼観血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0632																	
								97 01		関節内骨折観血的手術 胸鎖、肘、手、足	K0732																	
								97 01		靱帯断裂縫合術	K074\$																	
								97 01		関節鏡下靱帯断裂縫合術	K074-2\$																	
								97 01		靱帯断裂形成手術	K079\$																	
								97 01		関節鏡下靱帯断裂形成手術	K079-2\$																	
								97 01		神経剥離術	K188																	
								97 02		骨折非観血的整復術 肩甲骨、上腕、大腿	K0441																	
								97 02		骨折非観血的整復術 前腕、下腿	K0442																	
								97 02		関節脱臼非観血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0612																	

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
								97 02		鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083																
								97 97		その他のKコード																	
16	0750	肘関節周辺開放骨折	上腕骨遠位端骨折 開放性	S4241				99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382								
			尺骨近位端骨折 開放性	S5201				97 01		骨折親血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461							1	2	中心静脈注射	G005						
			橈骨近位端骨折 開放性	S5211				97 01		骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462							1	1	人工呼吸	J045\$						
								97 02		鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083																
								97 97		その他のKコード																	
16	0760	前腕の骨折	尺骨骨幹部骨折 閉鎖性	S5220			手術なし	99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050	0	片側		
			橈骨骨幹部骨折 閉鎖性	S5230			手術あり	97 01		骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462							1	2	中心静脈注射	G005	1	3	頻脈性不整脈	050070	1	両側
			尺骨および橈骨の両骨幹部の骨折 閉鎖性	S5240				97 01		関節脱臼親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0632							1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	脊椎骨粗鬆症	070370		
			橈骨遠位端骨折 閉鎖性	S5250				97 01		関節内骨折親血的手術 胸鎖、肘、手、足	K0732											1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070		
			前腕の多発骨折 閉鎖性	S5270				97 01		神経剥離術	K188											1	3	頭蓋・頭蓋内損傷	160100		
			前腕のその他の部位の骨折 閉鎖性	S5280				97 02		骨折非親血的整復術 前腕、下腿	K0442											1	3	皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創	160660		
			前腕の骨折、部位不明 閉鎖性	S5290				97 02		関節脱臼非親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0612																
								97 02		鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083																
								97 97		その他のKコード																	
16	0770	前腕開放骨折	尺骨骨幹部骨折 開放性	S5221				99 99		手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382								
			橈骨骨幹部骨折 開放性	S5231				97 01		骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005								
			尺骨および橈骨の両骨幹部の骨折 開放性	S5241				97 97		その他のKコード		1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$								
			橈骨遠位端骨折 開放性	S5251								1	2	複合組織移植術	K019												
			前腕の多発骨折 開放性	S5271								1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020												
			前腕のその他の部位の骨折 開放性	S5281								1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022												
			前腕の骨折、部位不明 開放性	S5291								1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$												
												1	1	分層植皮術	K013\$												
												1	1	全層植皮術	K013-2\$												
16	0780	手関節周辺骨折脱臼	尺骨および橈骨の両遠位端の骨折 閉鎖性	S5260			手術なし	99 99		手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	脊椎骨粗鬆症	070370	0	片側		
			手の舟状骨骨折 閉鎖性	S6200			手術あり	97 01		指伸筋腱脱臼親血的整復術	K040-2							1	2	中心静脈注射	G005	1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070	1	両側
			その他の手根骨骨折 閉鎖性	S6210				97 01		骨折経皮的鋼線刺入固定術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0453											1	1	人工呼吸	J045\$		
			第1中手骨骨折 閉鎖性	S6220				97 01		骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462																
			その他の中手骨骨折 閉鎖性	S6230				97 01		骨折親血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0463																
			中手骨の多発骨折 閉鎖性	S6240				97 01		関節脱臼親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0632																
			母指の骨折 閉鎖性	S6250				97 01		関節脱臼親血的整復術 肩鎖、指(手、足)	K0633																
			その他の指の骨折 閉鎖性	S6260				97 02		骨折非親血的整復術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0443																
			指の多発骨折 閉鎖性	S6270				97 02		関節脱臼非親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0612																
			手首および手のその他および部位不明の骨折 閉鎖性	S6280				97 02		関節脱臼非親血的整復術 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	K0613																
			手首の脱臼	S630				97 97		その他のKコード																	
			指の脱臼	S631																							
			指の多発性脱臼	S632																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等								
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等				
16	0790	手関節周辺開放骨折	尺骨および橈骨の両遠位端の骨折開放性 手の舟状骨骨折 開放性 その他の手根骨骨折 開放性 第1中手骨骨折 開放性 その他の中手骨骨折 開放性 中手骨の多発骨折 開放性 母指の骨折 開放性 その他の指の骨折 開放性 指の多発骨折 開放性 手首および手のその他および部位不明の骨折 開放性	S5261 S6201 S6211 S6221 S6231 S6241 S6251 S6261 S6271 S6281			99 99 手術なし 97 01 骨折観血的手術 前腕、下腿、手舟状骨 K0462 97 01 骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く)、足、指(手、足)その他 K0463 97 02 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) K083 97 97 観血的手術等 観血的手術等 K046\$ 01 01 骨部分切除術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 K0493 01 01 骨全摘術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 K0513 01 01 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝 K0631 01 01 関節滑膜切除術 肩、股、膝 K0661 01 01 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 K066-21 01 01 滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-31 01 01 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-41	1 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 K015\$ 1 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 1 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 1 2 複合組織移植術 K019 1 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K020 1 2 組織拡張器による再建手術(一連につき) K022 1 2 骨移植術(軟骨移植術を含む。) K059\$ 1 1 分層植皮術 K013\$ 1 1 全層植皮術 K013-2\$	1 3 人工腎臓 その他の場合 J0382 1 2 中心静脈注射 G005 1 1 人工呼吸 J045\$																				
16	0800	股関節大腿近位骨折	関節の病的脱臼および亜脱臼、他に分類されないもの 骨盤部および大腿関節の反復性脱臼および亜脱臼 骨盤部および大腿 大腿骨頸部骨折 閉鎖性 転子貫通骨折 閉鎖性 転子下骨折 閉鎖性 大腿骨骨幹部骨折 閉鎖性 大腿骨の多発骨折 閉鎖性 大腿骨のその他の部位の骨折 閉鎖性 大腿骨骨折、部位不明 閉鎖性 股関節脱臼	M2435 M2445 S7200 S7210 S7220 S7230 S7270 S7280 S7290 S730			手術なし その他の手術あり 97 03 骨折非観血的整復術 肩甲骨、上腕、大腿+鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) K0441+K083 97 03 関節脱臼非観血的整復術 肩、股、膝 K0611 97 03 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) K083 02 02 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝 K0631 02 02 骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿 K0461 01 01 人工骨頭挿入術 肩、股 K0811	1 2 骨移植術(軟骨移植術を含む。) K059\$	1 3 人工腎臓 その他の場合 J0382 1 2 中心静脈注射 G005 1 1 人工呼吸 J045\$																0 片側 1 両側				
16	0810	股関節大腿近位開放骨折	大腿骨頸部骨折 開放性 転子貫通骨折 開放性 転子下骨折 開放性 大腿骨骨幹部骨折 開放性 大腿骨の多発骨折 開放性 大腿骨のその他の部位の骨折 開放性 大腿骨骨折、部位不明 開放性	S7201 S7211 S7221 S7231 S7271 S7281 S7291			99 99 手術なし 97 01 骨折観血的手術 肩甲骨、上腕、大腿 K0461 97 02 関節脱臼非観血的整復術 肩、股、膝 K0611 97 02 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) K083 97 97 観血的手術等 観血的手術等 K046\$ 01 01 骨部分切除術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 K0493 01 01 骨全摘術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 K0513 01 01 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝 K0631 01 01 関節滑膜切除術 肩、股、膝 K0661 01 01 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 K066-21 01 01 滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-31 01 01 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-41	1 2 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 K015\$ 1 2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 K016 1 2 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K017 1 2 複合組織移植術 K019 1 2 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) K020 1 2 組織拡張器による再建手術(一連につき) K022 1 2 骨移植術(軟骨移植術を含む。) K059\$ 1 1 分層植皮術 K013\$ 1 1 全層植皮術 K013-2\$	1 3 人工腎臓 その他の場合 J0382 1 2 中心静脈注射 G005 1 1 人工呼吸 J045\$																				
16	0820	膝関節周辺骨折・脱臼	大腿骨遠位端骨折 閉鎖性 膝蓋骨骨折 閉鎖性 脛骨近位端骨折 閉鎖性 下腿の多発骨折 閉鎖性	S7240 S8200 S8210 S8270			手術なし その他の手術あり 97 02 骨折非観血的整復術 前腕、下腿 K0442 97 02 骨折非観血的整復術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 K0443 97 02 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき) K083 97 97 観血的手術等 観血的手術等 K046\$ 01 01 骨部分切除術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他 K0493 01 01 骨全摘術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 K0513 01 01 関節脱臼観血的整復術 肩、股、膝 K0631 01 01 関節滑膜切除術 肩、股、膝 K0661 01 01 関節鏡下関節滑膜切除術 肩、股、膝 K066-21 01 01 滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-31 01 01 関節鏡下滑液膜摘出術 肩、股、膝 K066-41	1 2 骨移植術(軟骨移植術を含む。) K059\$	1 3 人工腎臓 その他の場合 J0382 1 2 中心静脈注射 G005 1 1 人工呼吸 J045\$	1 3 関節リウマチ 070470 1 3 貧血(その他) 130090 1 3 手術・処置等の合併症 180040																			

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
								01 01		膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5															
								01 01		関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6															
								01 01		関節内骨折親血的手術 肩、股、膝	K0731															
16	0830	膝関節周辺開放骨折	大腿骨遠位端骨折 開放性	S7241			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			膝蓋骨骨折 開放性	S8201			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005							
			脛骨近位端骨折 開放性	S8211			骨折親血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	02	02	骨折親血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0463	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$							
			下腿の多発骨折 開放性	S8271			骨折親血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	01	01	骨折親血的手術 肩甲骨、上腕、大腿	K0461	1	2	複合組織移植術	K019											
							骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	01	01	骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
												1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
												1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
												1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
16	0835	下腿足関節周辺骨折	疲労骨折、他に分類されないもの 下腿	M8436			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						0	片側
			脛骨骨幹部骨折 閉鎖性	S8220			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005						1	両側
			脛骨遠位端骨折 閉鎖性	S8230			骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿	01	01	骨折経皮的鋼線刺入固定術 前腕、下腿	K0452	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$							
			腓骨のみの骨折 閉鎖性	S8240			骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	01	01	骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462	1	2	複合組織移植術	K019											
			下腿の骨折、部位不明 閉鎖性	S8290			関節脱臼親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	01	01	関節脱臼親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0632	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
							関節内骨折親血的手術 肩、股、膝	01	01	関節内骨折親血的手術 肩、股、膝	K0731	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
							関節内骨折親血的手術 胸鎖、肘、手、足	01	01	関節内骨折親血的手術 胸鎖、肘、手、足	K0732	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
							親血の関節固定術 胸鎖、肘、手、足	01	01	親血の関節固定術 胸鎖、肘、手、足	K0782	1	1	分層植皮術	K013\$											
							骨折非親血的整復術 前腕、下腿	01	02	骨折非親血的整復術 前腕、下腿	K0442	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
							関節脱臼非親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	01	02	関節脱臼非親血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0612															
							鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	01	02	鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083															
16	0840	下腿足関節周辺開放骨折	脛骨骨幹部骨折 開放性	S8221			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			脛骨遠位端骨折 開放性	S8231			その他の手術あり	97	03	デブリードマン	K002\$	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005							
			腓骨のみの骨折 開放性	S8241			その他のKコード	97	97	その他のKコード		1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$							
			下腿の骨折、部位不明 開放性	S8291			四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等	02	02	四肢切断術 上腕、前腕、手、大腿、下腿、足等	K0842	1	2	複合組織移植術	K019											
							鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	02	02	鋼線等による直達牽引(初日、親血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
							骨折親血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	01	01	骨折親血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0463	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
							骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	01	01	骨折親血的手術 前腕、下腿、手舟状骨	K0462	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
												1	1	分層植皮術	K013\$											
												1	1	全層植皮術	K013-2\$											
16	0850	足関節・足部の骨折、脱臼	疲労骨折、他に分類されないもの 足関節部および足	M8437			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050			
			内果骨折 閉鎖性	S8250			その他の手術あり	97	02	骨折非親血的整復術 前腕、下腿	K0442															
			外果骨折 閉鎖性	S8260			骨折非親血的整復術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	97	02	骨折非親血的整復術 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	K0443	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	脊椎骨粗鬆症	070370							
												1	1	人工呼吸	J045\$	1	3	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070							
			下腿のその他の部位の骨折 閉鎖性	S8280			骨折経皮的鋼線刺入固定術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	97	02	骨折経皮的鋼線刺入固定術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0453															
												1	3	代謝性疾患(糖尿病を除く。)	100300											

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			踵骨骨折 閉鎖性	S9200				97	02	関節脱臼非観血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0612											1	3	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	160690	
			距骨骨折 閉鎖性	S9210				97	02	関節脱臼非観血的整復術 肩鎖、指(手、足)、小児肘内障	K0613															
			その他の足根骨の骨折 閉鎖性	S9220				97	02	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手術料を含む。)(1局所につき)	K083															
			中足骨骨折 閉鎖性	S9230				97	97		その他のKコード															
			母趾の骨折 閉鎖性	S9240				01	01	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0463															
			その他の趾<足ゆび>の骨折 閉鎖性	S9250				01	01	関節脱臼観血的整復術 胸鎖、肘、手、足	K0632															
			足の多発骨折 閉鎖性	S9270				01	01	関節脱臼観血的整復術 肩鎖、指(手、足)	K0633															
			足の骨折、詳細不明 閉鎖性	S9290				01	01	関節内骨折観血的手術 胸鎖、肘、手、足	K0732															
			足関節の脱臼	S930				01	01	関節内骨折観血的手術 肩鎖、指(手、足)	K0733															
			趾<足ゆび>の脱臼	S931				01	01	関節鏡下靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	K074-23															
			足首および足の靭帯の断裂	S932				01	01	靭帯断裂縫合術 指(手、足)その他の靭帯	K0743															
			足のその他および部位不明の脱臼	S933																						
16	0860	足関節・足部の骨折、脱臼、開放骨折	内果骨折 開放性	S8251				99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
			外果骨折 開放性	S8261				97	01	骨折観血的手術 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	K0463	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005							
			下腿のその他の部位の骨折 開放性	S8281				97	02	デブリードマン	K002\$	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$							
			踵骨骨折 開放性	S9201				97	02	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手術料を含む。)(1局所につき)	K083	1	2	複合組織移植術	K019											
			距骨骨折 開放性	S9211				97	97		その他のKコード	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			その他の足根骨の骨折 開放性	S9221								1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			中足骨骨折 開放性	S9231								1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$											
			母趾の骨折 開放性	S9241								1	1	分層植皮術	K013\$											
			その他の趾<足ゆび>の骨折 開放性	S9251								1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			足の多発骨折 開放性	S9271																						
			足の骨折、詳細不明 開放性	S9291																						
16	0870	頸椎頭頸損傷	第1頸椎骨折	S120\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
			第2頸椎骨折	S121\$			その他の手術あり	97	02	鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手術料を含む。)(1局所につき)	K083	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	脳性麻痺	070140							
			その他の明示された頸椎骨折	S122\$				97	02	脊椎脱臼非観血的整復術	K117	1	1	人工呼吸	J045\$											
			頸椎の多発骨折	S127\$				97	02	頸椎非観血的整復術	K117-2															
			頸部の骨折、部位不明	S129\$				97	02	体外式脊椎固定術	K144															
			頸部椎間板の外傷性断裂	S130				97	97		その他のKコード															
			頸椎の脱臼	S131			椎弓切除術等	01	01	椎弓切除術	K131															
			頸部のその他および部位不明の脱臼	S132				01	01	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	K118															
			頸部の多発性脱臼	S133				01	01	椎弓形成手術	K132															
			頸椎の捻挫およびストレイン	S134				01	01	椎間板摘出術	K134\$															
			頸部のその他および部位不明の関節および靭帯の捻挫およびストレイン	S136				01	01	脊椎固定術	K142\$															
			頸髄の振とう<蓋>(症)および浮腫	S140				01	01	神経縫合術	K182\$															
			頸髄のその他および詳細不明の損傷	S141				01	01	神経交差縫合術	K182-2\$															
			頸椎の神経根損傷	S142				01	01	神経剥離術	K188															
			腕神経そう<蓋>損傷	S143																						
			頸部の末梢神経損傷	S144																						
			頸部交感神経損傷	S145																						
			頸部のその他および詳細不明の神経損傷	S146																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等				
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			腹部、下背部および骨盤部の末梢神経損傷	S346																					
16	0950	腎・尿管損傷	腎損傷	S370\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			尿管損傷	S371\$			手術あり	97	01	動脈形成術、吻合術 腹腔内動脈(大動脈を除く。)	K6103	1	1	経皮的腎(腎盂)瘻造設術	K775	1	2	中心静脈注射	G005						
								97	01	腎破裂縫合術	K757	1	1	経尿道的尿管ステント留置術	K783-2	1	1	人工呼吸	J045\$						
								97	01	腎破裂手術	K757-2														
								97	01	腎部分切除術	K769														
								97	01	腹腔鏡下腎部分切除術	K769-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	K769-3														
								97	01	腎摘出術	K772														
								97	01	腹腔鏡下腎摘出術	K772-2														
								97	01	腹腔鏡下小切開腎摘出術	K772-3														
								97	01	尿管膀胱吻合術	K786														
								97	01	尿管尿管吻合術	K787														
								97	97	その他のKコード															
16	0960	膀胱・尿道損傷	膀胱損傷	S372\$			手術なし	99	99	手術なし															
			尿道損傷	S373\$			手術あり	97	01	膀胱破裂閉鎖術	K795														
			尿道内異物	T190				97	01	尿道形成手術	K818\$														
			膀胱内異物	T191				97	02	膀胱内凝血除去術	K797														
								97	02	膀胱結石、異物摘出術	K798\$														
								97	02	膀胱瘻造設術	K805														
								97	97	その他のKコード															
16	0970	生殖器損傷	陰茎の開放創	S312			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382						
			陰のおうこ囊>および精巣<睾丸>の開放創	S313			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005						
			陰および外陰の開放創	S314			膀胱瘻造設術	03	03	膀胱瘻造設術	K805	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$						
			その他および詳細不明の外生殖器の開放創	S315			陰茎形成術等	02	02	陰茎形成術	K819-2	1	2	複合組織移植術	K019										
			腹部のその他および部位不明の開放創	S318				02	02	陰茎全摘術	K825	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020										
			卵巣損傷	S374\$				02	02	陰茎切断術	K826	1	2	粘膜移植術	K021\$										
			卵管損傷	S375\$				02	02	陰茎折症手術	K826-2	1	2	粘膜弁手術	K021-2\$										
			子宮損傷	S376\$				02	02	精巣摘出術	K830	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022										
			外生殖器の性減損傷	S380				02	02	精巣外傷手術	K830-2\$	1	2	骨移植術(軟骨移植術を含む。)	K059\$										
			外生殖器の外傷性切断	S382				02	02	会陰形成手術	K851\$	1	1	分層植皮術	K013\$										
			外陰および陰内異物	T192				02	02	外陰・陰血腫除去術	K851-2	1	1	全層植皮術	K013-2\$										
			子宮内異物[各部位]	T193				02	02	陰茎裂創縫合術(分娩時を除く。)	K852\$														
			尿路性器のその他の部位および多部位における異物	T198			子宮全摘術等	01	01	子宮全摘術	K877														
			尿路性器内異物、部位不明	T199				01	01	卵巣部分切除術(腔式を含む。)	K887\$														
								01	01	子宮破裂手術	K903\$														
16	0980	骨盤損傷	仙骨骨折	S321\$			手術なし	99	99	手術なし		1	2	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管)	K615	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	3	股関節大腿近位骨折	160800		
			尾骨骨折	S322\$			その他の手術あり	97	97	その他のKコード		1	1	人工肛門造設術	K726	1	2	中心静脈注射	G005						
			腸骨骨折	S323\$			体外式脊椎固定術等	01	01	体外式脊椎固定術	K144	1	1	膀胱瘻造設術	K805	1	1	人工呼吸	J045\$						
			寛骨臼骨折	S324\$				01	01	仙腸関節脱臼親血的手術	K119														
			恥骨骨折	S325\$				01	01	恥骨結合離開親血的手術	K120														
			腰椎および骨盤の多発骨折	S327\$				01	01	腸骨翼骨折親血的手術	K124														
			腰椎および骨盤のその他および部位不明の骨折	S328\$				01	01	骨盤骨折親血的手術(腸骨翼骨折を除く。)	K125														
			仙腸関節および仙尾関節の脱臼	S332				01	01	脊椎、骨盤内異物(挿入物)除去術	K128														
			腰椎および骨盤のその他および部位不明の脱臼	S333				01	01	仙腸関節固定術	K143														



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			恥骨結合の外傷性離開	S334				01	02	骨折経皮的鋼線刺入固定術 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他	K0453															
			腰椎の捻挫およびストレイン	S335				01	02	鋼線等による直達牽引(初日、観血的に行った場合の手技料を含む。)(1局所につき)	K083															
			仙腸関節の捻挫およびストレイン	S336				01	02	骨盤骨折非観血的修復術	K121															
			腰椎および骨盤のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	S337																						
			腹部、下背部および骨盤部のその他および詳細不明の神経損傷	S348																						
			骨盤臓器の多発性損傷	S377\$																						
			その他の骨盤臓器の損傷	S378\$																						
			詳細不明の骨盤臓器の損傷	S379\$																						
			腹部、下背部および骨盤部のその他および部位不明の外傷性切断	S383																						
			腹部、下背部および骨盤部のその他および詳細不明の損傷	S39\$																						
16	0990	多部位外傷	肩関節の捻挫およびストレイン	S434			手術なし	99	99	手術なし		1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	股関節大腿近位骨折	160800			
			肩鎖関節の捻挫およびストレイン	S435			手術あり	97	01	関節形成手術 肩、股、膝	K0801	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016	1	2	中心静脈注射	G005	1	2	脳梗塞	010060			
			胸鎖関節の捻挫およびストレイン	S436				97	01	関節形成手術 肩、股、膝+人工骨頭挿入術 肩、股	K0801+K0811	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017	1	1	人工呼吸	J045\$	1	2	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	100070			
			肩甲く上肢>帯のその他および部位不明の捻挫およびストレイン	S437				97	01	関節形成手術 肩、股、膝+人工関節置換術 肩、股、膝	K0801+K0821	1	2	複合組織移植術	K019							1	3	骨盤損傷	160980	
			肩および上腕のその他および詳細不明の損傷	S49\$				97	01	人工骨頭挿入術 肩、股	K0811	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			前腕のその他および詳細不明の損傷	S59\$				97	01	人工関節置換術 肩、股、膝	K0821	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			手首および手のその他および詳細不明の損傷	S69\$				97	01	四肢切断術	K084\$	1	1	分層植皮術	K013\$											
			股関節部および大腿のその他および詳細不明の損傷	S79\$				97	01	肩甲帯離断術	K084-2	1	1	全層植皮術	K013-2\$											
			下腿のその他および詳細不明の損傷	S89\$				97	01	四肢関節離断術	K085\$															
			足首および足のその他および詳細不明の損傷	S99\$				97	01	断端形成術(軟部形成のみのもの)	K086\$															
			多部位の表皮損傷	T00\$				97	01	断端形成術(骨形成を要するもの)	K087\$															
			多部位の開放創	T01\$				97	01	切断四肢再接合術	K088\$															
			多部位の骨折	T02\$				97	01	動脈形成術、吻合術 指(手、足)の動脈	K6104															
			多部位の脱臼、捻挫およびストレイン	T03\$				97	01	動脈形成術、吻合術 その他の動脈	K6105															
			多部位の挫減損傷	T04\$				97	02	関節滑膜切除術	K066\$															
			多部位のその他の損傷、他に分類されないもの	T06\$				97	02	関節鏡下関節滑膜切除術	K066-2\$															
			詳細不明の多発性損傷	T07				97	02	滑液膜摘出術	K066-3\$															
								97	02	関節鏡下滑液膜摘出術	K066-4\$															
								97	02	膝蓋骨滑液囊切除術	K066-5															
								97	02	関節鏡下膝蓋骨滑液囊切除術	K066-6															
								97	02	掌指関節滑膜切除術	K066-7															
								97	02	関節鏡下掌指関節滑膜切除術	K066-8															
								97	03	小児創傷処理(6歳未満)	K000-2\$															
								97	03	爪甲除去術	K089															
								97	97	その他のKコード																
16	0995	気道熱傷	気道の熱傷および腐食	T27\$				99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
								97	97	手術あり						1	2	中心静脈注射	G005							
																1	1	人工呼吸	J045\$							
16	1000	熱傷・化学熱傷・凍傷・電撃傷	日焼け	L55\$	1	1	Burn Index10未満	手術なし	99	99	手術なし		1	3	気管切開術	K386	1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	敗血症	180010		
			紫外線によるその他の急性皮膚変化	L56\$	2	2	Burn Index10以上	その他の手術あり	97	97	その他のKコード	1	3	人工肛門造設術	K726	1	2	中心静脈注射	G005	1	3	貧血(その他)	130090			
			頭部および頸部の程度不明の熱傷	T200				分層植皮術 25平方センチメートル未満	02	02	分層植皮術 25平方センチメートル未満	K0131	1	2	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	K015\$	1	1	人工呼吸	J045\$						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			頭部および頸部の第1度熱傷	T201					02	02	分層植皮術 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	K0132	1	2	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	K016											
			頭部および頸部の第2度熱傷	T202					02	02	分層植皮術 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	K0133	1	2	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K017											
			頭部および頸部の第3度熱傷	T203					02	02	全層植皮術 25平方センチメートル未満	K013-21	1	2	複合組織移植術	K019											
			頭部および頸部の程度不明の腐食	T204					02	02	全層植皮術 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	K013-22	1	2	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	K020											
			頭部および頸部の第1度腐食	T205					02	02	全層植皮術 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	K013-23	1	2	組織拡張器による再建手術(一連につき)	K022											
			頭部および頸部の第2度腐食	T206				分層植皮術 200平方センチメートル以上等	01	01	分層植皮術 200平方センチメートル以上	K0134															
			頭部および頸部の第3度腐食	T207					01	01	全層植皮術 200平方センチメートル以上	K013-24															
			体幹の程度不明の熱傷	T210																							
			体幹の第1度熱傷	T211																							
			体幹の第2度熱傷	T212																							
			体幹の第3度熱傷	T213																							
			体幹の程度不明の腐食	T214																							
			体幹の第1度腐食	T215																							
			体幹の第2度腐食	T216																							
			体幹の第3度腐食	T217																							
			肩および上肢の程度不明の熱傷、手首および手を除く	T220																							
			肩および上肢の第1度熱傷、手首および手を除く	T221																							
			肩および上肢の第2度熱傷、手首および手を除く	T222																							
			肩および上肢の第3度熱傷、手首および手を除く	T223																							
			肩および上肢の程度不明の腐食、手首および手を除く	T224																							
			肩および上肢の第1度腐食、手首および手を除く	T225																							
			肩および上肢の第2度腐食、手首および手を除く	T226																							
			肩および上肢の第3度腐食、手首および手を除く	T227																							
			手首および手の程度不明の熱傷	T230																							
			手首および手の第1度熱傷	T231																							
			手首および手の第2度熱傷	T232																							
			手首および手の第3度熱傷	T233																							
			手首および手の程度不明の腐食	T234																							
			手首および手の第1度腐食	T235																							
			手首および手の第2度腐食	T236																							
			手首および手の第3度腐食	T237																							
			股関節部および下肢の程度不明の熱傷、足首および足を除く	T240																							
			股関節部および下肢の第1度熱傷、足首および足を除く	T241																							
			股関節部および下肢の第2度熱傷、足首および足を除く	T242																							
			股関節部および下肢の第3度熱傷、足首および足を除く	T243																							
			股関節部および下肢の程度不明の腐食、足首および足を除く	T244																							
			股関節部および下肢の第1度腐食、足首および足を除く	T245																							
			股関節部および下肢の第2度腐食、足首および足を除く	T246																							
			股関節部および下肢の第3度腐食、足首および足を除く	T247																							
			足首および足の程度不明の熱傷	T250																							
			足首および足の第1度熱傷	T251																							
			足首および足の第2度熱傷	T252																							
			足首および足の第3度熱傷	T253																							
			足首および足の程度不明の腐食	T254																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			足首および足の第1度腐食	T255																							
			足首および足の第2度腐食	T256																							
			足首および足の第3度腐食	T257																							
			口腔および咽頭の熱傷	T280																							
			内部腎尿路生殖器の熱傷	T283																							
			その他および詳細不明の内臓の熱傷	T284																							
			口腔および咽頭の腐食	T285																							
			多部位の熱傷、程度不明	T290																							
			多部位の熱傷、第1度以下と記載されたもの	T291																							
			多部位の熱傷、第2度以下と記載されたもの	T292																							
			多部位の熱傷、少なくとも1か所が第3度と記載されたもの	T293																							
			多部位の腐食、程度不明	T294																							
			多部位の腐食、第1度以下と記載されたもの	T295																							
			多部位の腐食、第2度以下と記載されたもの	T296																							
			多部位の腐食、少なくとも1か所が第3度と記載されたもの	T297																							
			部位不明の熱傷、程度不明	T300																							
			第1度熱傷、部位不明	T301																							
			第2度熱傷、部位不明	T302																							
			第3度熱傷、部位不明	T303																							
			部位不明の腐食、程度不明	T304																							
			第1度腐食、部位不明	T305																							
			第2度腐食、部位不明	T306																							
			第3度腐食、部位不明	T307																							
			傷害された体表面積による熱傷分類	T318																							
			傷害された体表面積による腐食分類	T328																							
			頭部の表在性凍傷	T330																							
			頸部の表在性凍傷	T331																							
			胸部<郭>の表在性凍傷	T332																							
			腹壁、下背部および骨盤部の表在性凍傷	T333																							
			腕の表在性凍傷	T334																							
			手首および手の表在性凍傷	T335																							
			股関節部および大腿の表在性凍傷	T336																							
			膝および下腿の表在性凍傷	T337																							
			足首および足の表在性凍傷	T338																							
			その他および部位不明の表在性凍傷	T339																							
			頭部の組織え<壊>死を伴う凍傷	T340																							
			頸部の組織え<壊>死を伴う凍傷	T341																							
			胸部<郭>の組織え<壊>死を伴う凍傷	T342																							
			腹壁、下背部および骨盤部の組織え<壊>死を伴う凍傷	T343																							
			腕の組織え<壊>死を伴う凍傷	T344																							
			手首および手の組織え<壊>死を伴う凍傷	T345																							
			股関節部および大腿の組織え<壊>死を伴う凍傷	T346																							
			膝および下腿の組織え<壊>死を伴う凍傷	T347																							
			足首および足の組織え<壊>死を伴う凍傷	T348																							
			その他および部位不明の組織え<壊>死を伴う凍傷	T349																							
			多部位の表在性凍傷	T350																							
			多部位の組織え<壊>死を伴う凍傷	T351																							
			頭部および頸部の詳細不明の凍傷	T352																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			胸部<郭>、腹部、下部および骨盤部の詳細不明の凍傷 T353 上部の詳細不明の凍傷 T354 下部の詳細不明の凍傷 T355 多部位の詳細不明の凍傷 T356 詳細不明の凍傷、部位不明 T357 雷撃の作用 T750 振動の作用 T752 電流の作用 T754																								
16	1020	体温異常	熱および光線の作用 T67\$ 低体温(症) T68 低温のその他の作用 T69\$						99	99	手術なし						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	脳梗塞	010060			
									97	97	手術あり						1	2	中心静脈注射	G005	1	1	認知症	01021x			
									97	97	手術あり						1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080			
16	1030	気圧による損傷	気圧または水圧の作用 T70\$						99	99	手術なし		1	1	高気圧酸素治療	J027\$											
									97	97	手術あり						1	3	人工腎臓 その他の場合	J0382							
									97	97	手術あり						1	2	中心静脈注射	G005							
																	1	1	人工呼吸	J045\$							
16	1040	損傷の続発性、後遺症	頭部損傷の続発・後遺症 T90\$ 頭部および体幹の表在損傷および開放創の続発・後遺症 T910 背髄損傷の続発・後遺症 T913 胸腔内臓器損傷の続発・後遺症 T914 腹腔内および骨盤臓器の損傷の続発・後遺症 T915 頭部または体幹のその他の明示された損傷の続発・後遺症 T918 頭部および体幹の詳細不明の損傷の続発・後遺症 T919 上肢の開放創の続発・後遺症 T920 上肢の脱臼、捻挫およびストレインの続発・後遺症 T923 上肢の神経損傷の続発・後遺症 T924 上肢の筋および腱の損傷の続発・後遺症 T925 上肢の挫減損傷および外傷性切断の続発・後遺症 T926 上肢のその他の明示された損傷の続発・後遺症 T928 上肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症 T929 下肢の開放創の続発・後遺症 T930 下肢の脱臼、捻挫およびストレインの続発・後遺症 T933 下肢の神経損傷の続発・後遺症 T934 下肢の筋および腱の損傷の続発・後遺症 T935 下肢の挫減損傷および外傷性切断の続発・後遺症 T936 下肢のその他の明示された損傷の続発・後遺症 T938 下肢の詳細不明の損傷の続発・後遺症 T939 多部位および部位不明の損傷の続発・後遺症 T94\$ 熱傷、腐食および凍傷の続発・後遺症 T95\$ 薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒の続発・後遺症 T96 薬用を主としない物質の毒作用の続発・後遺症 T97 外因のその他および詳細不明の作用の続発・後遺症 T98\$																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
16	1060	詳細不明の損傷等	体幹の表在損傷、部位不明	T090				手術なし	99	99	手術なし																
			体幹の開放創、部位不明	T091				手術あり	97	97	手術あり																
			体幹の詳細不明の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン	T092																							
			背髄損傷、部位不明	T093																							
			体幹の詳細不明の神経、背髄神経根および神経そうく叢の損傷	T094																							
			体幹の詳細不明の筋および腱の損傷	T095																							
			体幹のその他の明示された損傷、部位不明	T098																							
			体幹の詳細不明の損傷、部位不明	T099																							
			上肢の骨折、部位不明	T100																							
			上肢の表在損傷、部位不明	T110																							
			上肢の詳細不明の損傷、部位不明	T119																							
			下肢の骨折、部位不明	T120																							
			下肢の表在損傷、部位不明	T130																							
			下肢の開放創、部位不明	T131																							
			下肢の詳細不明の関節および靭帯の脱臼、捻挫およびストレイン、部位不明	T132																							
			下肢の詳細不明の神経損傷、部位不明	T133																							
			下肢の詳細不明の血管損傷、部位不明	T134																							
			下肢の詳細不明の筋および腱の損傷、部位不明	T135																							
			下肢のその他の明示された損傷、部位不明	T138																							
			下肢の詳細不明の損傷、部位不明	T139																							
			部位不明の表在損傷	T140																							
			部位不明の開放創	T141																							
			部位不明の骨折	T142																							
			部位不明の脱臼、捻挫およびストレイン	T143																							
			部位不明の神経損傷	T144																							
			部位不明の血管損傷	T145																							
			部位不明の筋および腱の損傷	T146																							
			部位不明のその他の損傷	T148																							
			損傷、詳細不明	T149																							
			消化管内異物、部位不明	T189																							
			内部腎尿路生殖器の腐食	T288																							
			その他および詳細不明の内臓の腐食	T289																							
			放射線の作用、詳細不明	T66																							
			窒息	T71																							
			その他の欠乏・消耗の作用	T73																							
			溺死および死に至らない溺水	T751																							
			動揺病	T753																							
			外因のその他の明示された作用	T758																							
			アナフィラキシーショック、詳細不明	T782																							
			血管神経浮腫	T783																							
			アレルギー、詳細不明	T784																							
			その他の有害作用、他に分類されないもの	T788																							
			有害作用、詳細不明	T789																							
			外傷性ショック	T794																							
			外傷性無尿	T795																							
			外傷性皮下気腫	T797																							
			外傷のその他の早期合併症	T798																							
			外傷の詳細不明の早期合併症	T799																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
16	1070	薬物中毒(その他の中毒)	全身性抗生物質による中毒	T36\$				99 99			手術なし						3	5	吸着式血液浄化法	J041	1	1	脳梗塞	010060		
			その他の全身性抗感染薬および抗寄生虫薬による中毒	T37\$				97 97			手術あり						3	4	血漿交換療法	J039	1	1	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎	040080		
			ホルモン類、その合成代替薬および拮抗薬による中毒、他に分類されないもの	T38\$													2	3	人工腎臓 その他の場合	J0382	1	1	呼吸不全(その他)	040130		
			非オピオイド系鎮痛薬、解熱薬および抗リウマチ薬による中毒	T39\$													1	2	中心静脈注射	G005	1	1	狭心症、慢性虚血性心疾患	050050		
			麻薬および精神変容薬[幻覚発現薬]による中毒	T40\$													1	1	人工呼吸	J045\$	1	1	頻脈性不整脈	050070		
			麻酔薬および治療用ガス類による中毒	T41\$																						
			抗てんかん薬、鎮静・催眠薬および抗パーキンソン病薬による中毒	T42\$																						
			向精神薬による中毒、他に分類されないもの	T43\$																						
			主として自律神経系に作用する薬物による中毒	T44\$																						
			主として全身および血液に作用する薬物による中毒、他に分類されないもの	T45\$																						
			主として心血管系に作用する薬物による中毒	T46\$																						
			主として消化器系に作用する薬物による中毒	T47\$																						
			主として平滑筋、骨格筋および呼吸器系に作用する薬物による中毒	T48\$																						
			主として皮膚および粘膜に作用する局所用薬物、眼科用薬、耳鼻咽喉科用薬および歯科用薬による中毒	T49\$																						
			利尿薬、その他および詳細不明の薬物、薬剤および生物学的製剤による中毒	T50\$																						
			アルコールの毒作用	T51\$																						
			有機溶剤の毒作用	T52\$																						
			脂肪族および芳香族炭化水素のハロゲン誘導体の毒作用	T53\$																						
			腐食性物質の毒作用	T54\$																						
			石鹼および洗浄剤の毒作用	T55																						
			金属の毒作用	T56\$																						
			その他の無機物質の毒作用	T57\$																						
			一酸化炭素の毒作用	T58																						
			その他の気体、フュームおよび蒸気の毒作用	T59\$																						
			農薬の毒作用	T60\$																						
			海産食品として摂取された有害物質の毒作用	T61\$																						
			食物として摂取されたその他の有害物質による毒作用	T62\$																						
			有毒動物との接触による毒作用	T63\$																						
			アフラトキシンおよびその他の真菌毒素<マイコトキシン>による食物汚染物質の毒作用	T64																						
			その他および詳細不明の物質の毒作用	T65\$																						
			薬物および薬剤の詳細不明の有害作用	T887																						
17	0020	精神作用物質使用による精神および行動の障害	アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 急性中毒	F100	0	0	GAF40以上		99	99	手術なし		1	1	SPECT	E101	1	5	リハビリテーション							
			アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 有害な使用	F101	1	1	GAF40未満		97	97	手術あり						1	5	精神科専門療法							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分枝	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 離脱状態 F103 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 せん妄を伴う離脱状態 F104 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 精神病性障害 F105 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 健忘症候群 F106 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 その他の精神および行動の障害 F108 アルコール使用<飲酒>による精神および行動の障害 詳細不明の精神および行動の障害 F109 アヘン類使用による精神および行動の障害 F11\$ 大麻類使用による精神および行動の障害 F12\$ 鎮静薬または催眠薬使用による精神および行動の障害 F13\$ コカイン使用による精神および行動の障害 F14\$ カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害 F15\$ 幻覚薬使用による精神および行動の障害 F16\$ タバコ使用<喫煙>による精神および行動の障害 F17\$ 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害 F18\$ 多剤使用およびその他の精神作用物質使用による精神および行動の障害 F19\$																									
17	0030	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	統合失調症 F20\$ 統合失調症型障害 F21 持続性妄想性障害 F22\$ 急性一過性精神病性障害 F23\$ 反応性妄想性障害 F24 統合失調感情障害 F25\$ その他の非器質性精神病性障害 F28 詳細不明の非器質性精神病 F29	F20\$ F21 F22\$ F23\$ F24 F25\$ F28 F29	0 0 1 1	GAF40以上 GAF40未満		99 99 97 97		手術なし 手術あり			1 1 1 1 1 2 1 1	SPECT リハビリテーション 精神科専門療法 中心静脈注射 人工呼吸	E101 G005 J045\$													
17	0040	気分[感情]障害	躁病エピソード F30\$ 双極性感情障害<躁うつ病> F31\$ うつ病エピソード F32\$ 反復性うつ病性障害 F33\$ 持続性気分[感情]障害 F34\$ その他の気分[感情]障害 F38\$ 詳細不明の気分[感情]障害 F39	F30\$ F31\$ F32\$ F33\$ F34\$ F38\$ F39	0 0 1 1	GAF40以上 GAF40未満		99 99 97 97		手術なし 手術あり			1 1 1 1 1 2 1 1	SPECT リハビリテーション 精神科専門療法 中心静脈注射 人工呼吸	E101 G005 J045\$													
17	0050	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	恐怖症性不安障害 F40\$ その他の不安障害 F41\$ 強迫性障害<強迫神経症> F42\$ 重度ストレスへの反応および適応障害 F43\$ 解離性[転換性]障害 F44\$ 身体表現性障害 F45\$ その他の神経症性障害 F48\$	F40\$ F41\$ F42\$ F43\$ F44\$ F45\$ F48\$	0 0 1 1	GAF40以上 GAF40未満		99 99 97 97		手術なし 手術あり			1 1 1 1 1 2 1 1	SPECT リハビリテーション 精神科専門療法 中心静脈注射 人工呼吸	E101 G005 J045\$													
17	0060	その他の精神および行動の障害	器質性健忘症候群、アルコールその他の精神作用物質によらないもの F04	F04	0 0	GAF40以上		99 99		手術なし			1 1	SPECT	E101													

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの 脳の損傷および機能不全ならびに疾患によるその他の精神障害 脳の疾患、損傷および機能不全による人格および行動の障害 詳細不明の器質性または症状性精神障害 非定型神経性無食欲症 非定型神経性大食症 その他の心理的障害に関連した過食 その他の心理的障害に関連した嘔吐 その他の摂食障害 摂食障害、詳細不明 非器質性睡眠障害 機能不全、器質性障害または疾病によらないもの 産じょくく幅>に関連した精神および行動の障害、他に分類されないもの 他に分類される障害または疾病に関連する心理的または行動的要因 依存を生じない物質の乱用 生理的障害および身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群 特定的人格障害 混合性およびその他の人格障害 持続的人格変化、脳損傷および脳疾患によらないもの 習慣および衝動の障害 性同一性障害 性嗜好の障害 性発達および方向づけに関連する心理および行動の障害 その他の成人の人格および行動の障害 詳細不明の成人の人格および行動の障害 軽度精神遅滞 中等度精神遅滞 重度精神遅滞 最重度精神遅滞 その他の精神遅滞 詳細不明の精神遅滞 会話および言語の特異的発達障害 学習能力の特異的発達障害 運動機能の特異的発達障害 混合性特異的発達障害 広汎性発達障害 その他の心理的発達障害 詳細不明の心理的発達障害 多動性障害 行為障害 行為および情緒の混合性障害 小児<児童>期に特異的に発症する情緒障害 小児<児童>期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害 チック障害 小児<児童>期および青年期に通常発症するその他の行動および情緒の障害 精神障害、詳細不明	F05\$ F06\$ F07\$ F09 F501 F503 F504 F505 F508 F509 F51\$ F52\$ F53\$ F54 F55 F59 F60\$ F61 F62\$ F63\$ F64\$ F65\$ F66\$ F68\$ F69 F70\$ F71\$ F72\$ F73\$ F78\$ F79\$ F80\$ F81\$ F82 F83 F84\$ F88 F89 F90\$ F91\$ F92\$ F93\$ F94\$ F95\$ F98\$ F99	1 1		GAF40未満		97 97	手術あり							5 2 1	精神科専門療法 中心静脈注射 人工呼吸		G005 J045\$								



診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
18	0010	敗血症	サルモネラ敗血症 リステリア性敗血症 ウォータハウス-フリーデリクセン<Walterhouse-Friderichsen>症候群 急性髄膜炎菌血症 慢性髄膜炎菌血症 髄膜炎菌血症、詳細不明 髄膜炎菌性心疾患 その他の髄膜炎菌感染症 髄膜炎菌感染症、詳細不明 レンサ球菌性敗血症 その他の敗血症 播種性ヘルペスウイルス疾患 サイトメガロウイルス(性)肺炎 サイトメガロウイルス(性)肺炎 カンジダ性心内膜炎 カンジダ性敗血症 播種性コクシオイデス症 カプスラーツム播種性ヒストプラズマ症 播種性プラストミセス症 播種性バラコクシオイデス症 播種性スポトロコーシス 播種性アスペルギルス症 播種性ムーコル<ムコール>症	A021 A327 A391 A392 A393 A394 A395 A398 A399 A40\$ A41\$ B007 B250 B252 B376 B377 B387 B393 B407 B417 B427 B447 B464	00 01	1歳以上 1歳未満		99 97	99 97	手術なし 手術あり						3 3 2 2 2 1 1	5 4 3 2 2 1 9	吸着式血液浄化法 持続緩徐式血液濾過 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸 ガンマグロブリン	J041 J038-2 J0382 G005 J045\$								
18	0020	性感染症	先天梅毒 早期梅毒 晩期梅毒 その他および詳細不明の梅毒 淋菌感染症 クラミジア性リンパ肉芽腫(性病性) 下部尿路性器のクラミジア感染症 骨盤腹膜およびその他の尿路生殖器のクラミジア感染症 肛門および直腸のクラミジア感染症 咽頭のクラミジア感染症 その他の部位の性的伝播性クラミジア感染症 軟性下疳 そけい<鼠径>(部)肉芽腫 トリコモナス症 肛門性器ヘルペスウイルス[単純ヘルペス]感染症 主として性的伝播様式をとるその他の明示された感染症 性的伝播様式をとる詳細不明の感染症 非性病性梅毒 フランベジア<yaws> ピンタ<pinta>[カラート<carate>]	A50\$ A51\$ A52\$ A53\$ A54\$ A55 A560 A561 A563 A564 A568 A57 A58 A59\$ A60\$ A638 A64 A65 A66\$ A67\$				99 97	99 97	手術なし 手術あり						1 1 1	3 2 1	人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$								
18	0030	その他の感染症(真菌を除く)	急性アメーバ赤痢 慢性腸アメーバ症 アメーバ性非赤痢性大腸炎 腸管アメーバ肉芽腫 皮膚アメーバ症 その他の部位のアメーバ感染症 アメーバ症、詳細不明 その他の原虫性腸疾患	A060 A061 A062 A063 A067 A068 A069 A07\$				99 97	99 97	手術なし 手術あり					1 1 1	3 2 1	人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸	J0382 G005 J045\$									

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等							
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等		
			骨および関節の結核	A180																								
			腎尿路生殖器系の結核	A181																								
			皮膚および皮下組織の結核	A184																								
			眼の結核	A185																								
			耳の結核	A186																								
			副腎の結核	A187																								
			その他の明示された臓器の結核	A188																								
			ペスト	A20\$																								
			野兔病<ツラレミア>	A21\$																								
			炭疽	A22\$																								
			ブルセラ症	A23\$																								
			鼻疽および類鼻疽	A24\$																								
			鼠咬症	A25\$																								
			類丹毒	A26\$																								
			レプトスピラ症	A27\$																								
			その他の人畜共通細菌性疾患、他に分類されないもの	A28\$																								
			ハンセン<Hansen>病	A30\$																								
			皮膚非結核性抗酸菌感染症	A311																								
			その他の非結核性抗酸菌感染症	A318																								
			皮膚リステリア症	A320																								
			その他の型のリステリア症	A328																								
			リステリア症、詳細不明	A329																								
			新生児破傷風	A33																								
			産科的破傷風	A34																								
			その他の破傷風	A35																								
			ジフテリア	A36\$																								
			パラ百日咳菌による百日咳	A371																								
			猩紅熱	A38																								
			放線菌症<アクテノミセス症>	A42\$																								
			非肺炎性レジオネラ症〔ボンティアック<Pontiac>熱〕	A482																								
			ブラジル紫斑熱	A484																								
			その他の明示された細菌性疾患	A488																								
			部位不明の細菌感染症	A49\$																								
			回帰熱	A68\$																								
			えくぼ>死性潰瘍性口内炎	A690																								
			ライム<Lyme>病	A692																								
			その他の明示されたスピロヘータ感染症	A698																								
			スピロヘータ感染症、詳細不明	A699																								
			オウム病クラミジア感染症	A70																								
			その他のクラミジア疾患	A748																								
			クラミジア感染症、詳細不明	A749																								
			発疹チフス	A75\$																								
			紅斑熱〔マダニ媒介リケッチア症〕	A77\$																								
			Q熱	A78																								
			その他のリケッチア症	A79\$																								
			デング熱〔古典デング〕	A90																								
			デング出血熱	A91																								
			その他の蚊媒ウイルス熱	A92\$																								
			その他の節足動物媒介ウイルス熱、他に分類されないもの	A93\$																								
			詳細不明の節足動物媒介ウイルス熱	A94																								
			黄熱	A95\$																								
			アレンウイルス出血熱	A96\$																								
			その他のウイルス性出血熱、他に分類されないもの	A98\$																								

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			詳細不明のウイルス性出血熱	A99																						
			ヘルペスウイルス(性)小水疱性皮膚炎	B001																						
			ヘルペスウイルス(性)歯肉口内炎および咽頭扁桃炎	B002																						
			その他の型のヘルペスウイルス感染症	B008																						
			ヘルペスウイルス感染症、詳細不明	B009																						
			瘰癧	B03																						
			サル痘	B04																						
			ウイルス(性)いぼ<疣><疣贅>	B07																						
			その他のオルソポックスウイルス感染症	B080																						
			伝染性軟属腫	B081																						
			突発性発疹[第6病]	B082																						
			発疹を伴うエンテロウイルス性小水疱性口内炎	B084																						
			エンテロウイルス性水疱性咽頭炎	B085																						
			皮膚および粘膜病変を特徴とする他の明示されたウイルス感染症	B088																						
			詳細不明の皮膚および粘膜病変を特徴とするウイルス感染症	B09																						
			その他のサイトメガロウイルス病	B258																						
			サイトメガロウイルス病、詳細不明	B259																						
			ムンプス精巢<睾丸>炎	B260																						
			ムンプス、その他の合併症を伴うもの	B268																						
			ムンプス、合併症を伴わないもの	B269																						
			その他のウイルス疾患、他に分類されないもの	B33\$																						
			部位不明のウイルス感染症	B34\$																						
			熱帯熱マラリア	B50\$																						
			三日熱マラリア	B51\$																						
			四日熱マラリア	B52\$																						
			その他の寄生虫学的に確認されたマラリア	B53\$																						
			詳細不明のマラリア	B54																						
			リーシュマニア症	B55\$																						
			アフリカ トリパノソーム症	B56\$																						
			シャガス<Chagas>病	B57\$																						
			トキソプラズマ眼障害	B580																						
			トキソプラズマ肝炎	B581																						
			肺トキソプラズマ症	B583																						
			トキソプラズマ症、その他の臓器障害を伴うもの	B588																						
			トキソプラズマ症、詳細不明	B589																						
			その他の原虫疾患、他に分類されないもの	B60\$																						
			詳細不明の原虫疾患	B64																						
			ビルハルツ住血吸虫症[尿住血吸虫症]	B650																						
			マンソン住血吸虫症[腸住血吸虫症]	B651																						
			日本住血吸虫症	B652																						
			セルカリア皮膚炎	B653																						
			その他の住血吸虫症	B658																						
			オビストルキス症	B660																						
			肝吸虫<肝ジストマ>症	B661																						
			二腔吸虫感染症	B662																						
			肝蛭症	B663																						
			肥大吸虫症	B665																						
			その他の明示された吸虫感染症	B668																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			吸虫感染症，詳細不明	B669																							
			エキ<ヒ>/ノックス症	B67\$																							
			糸虫症	B68\$																							
			のう<囊>(尾)虫症	B69\$																							
			裂頭糸虫症および孤虫症<スバルガースム症>	B70\$																							
			その他の糸虫感染症	B71\$																							
			メジナ虫症<ドラカ<ク>ンクルス症>	B72																							
			オンセルカ症	B73																							
			フィラリア症<糸状虫症>	B74\$																							
			旋毛虫症	B75																							
			鉤虫症	B76\$																							
			回<蛭>虫症	B77\$																							
			糞線虫症	B78\$																							
			鞭虫症	B79																							
			ぎょく<蟻>虫症	B80																							
			その他の腸ぜん<蟻>虫症，他に分類されないもの	B81\$																							
			詳細不明の腸寄生虫症	B82\$																							
			その他のぜん<蟻>虫症	B83\$																							
			シラミ症およびケジラミ症	B85\$																							
			かいせん<疥癬>	B86																							
			ハエ幼虫症	B87\$																							
			その他の寄生症	B88\$																							
			結核の続発・後遺症	B90\$																							
			灰白髄炎<ポリオ>の続発・後遺症	B91																							
			ハンセン<Hansen>病の続発・後遺症	B92																							
			その他および詳細不明の感染症および寄生虫症の続発・後遺症	B94\$																							
			外傷後の創傷感染症，他に分類されないもの	T793																							
			重症急性呼吸器症候群[SARS]，詳細不明	U049																							
18	0035	その他の真菌感染症	ノカルジア症	A43\$					99	99	手術なし								1	3	人工腎臓 其他の場合	J0382					
			バルトネラ症	A44\$					97	97	手術あり								1	2	中心静脈注射	G005					
			皮膚糸状菌症	B35\$															1	1	人工呼吸	J045\$					
			その他の表在性真菌症	B36\$																							
			カンジダ性口内炎	B370																							
			皮膚および爪のカンジダ症	B372																							
			外陰および陰のカンジダ症	B373																							
			その他の尿路性器のカンジダ症	B374																							
			その他の部位のカンジダ症	B378																							
			カンジダ症，詳細不明	B379																							
			急性肺コクシジオイデス症	B380																							
			慢性肺コクシジオイデス症	B381																							
			肺コクシジオイデス症，詳細不明	B382																							
			皮膚コクシジオイデス症	B383																							
			その他の型のコクシジオイデス症	B388																							
			コクシジオイデス症，詳細不明	B389																							
			カプスラーツム急性肺ヒストプラズマ症	B390																							
			カプスラーツム慢性肺ヒストプラズマ症	B391																							
			カプスラーツム肺ヒストプラズマ症，詳細不明	B392																							
			カプスラーツムヒストプラズマ症，詳細不明	B394																							
			スポアジヒストプラズマ症	B395																							
			ヒストプラズマ症，詳細不明	B399																							
			急性肺プラストミセス症	B400																							

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等					
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等
			慢性肺プラストミセス症	B401																						
			肺プラストミセス症、詳細不明	B402																						
			皮膚プラストミセス症	B403																						
			その他の型のプラストミセス症	B408																						
			プラストミセス症、詳細不明	B409																						
			肺バラコキシジオイデス症	B410																						
			その他の型のバラコキシジオイデス症	B418																						
			バラコキシジオイデス症、詳細不明	B419																						
			肺スポトロリコーシス	B420																						
			リンパ管皮膚型スポトロリコーシス	B421																						
			その他の型のスポトロリコーシス	B428																						
			スポトロリコーシス、詳細不明	B429																						
			皮膚クロモミコーシス	B430																						
			皮下フェオミコーシス性膿瘍およびのう	B432																						
			<囊>胞																							
			その他の型のクロモミコーシス	B438																						
			クロモミコーシス、詳細不明	B439																						
			扁桃アスペルギルス症	B442																						
			その他の型のアスペルギルス症	B448																						
			アスペルギルス症、詳細不明	B449																						
			肺ムーコル<ムコール>症	B460																						
			鼻脳ムーコル<ムコール>症	B461																						
			胃腸ムーコル<ムコール>症	B462																						
			皮膚ムーコル<ムコール>症	B463																						
			ムーコル<ムコール>症、詳細不明	B465																						
			その他の接合菌症	B468																						
			接合菌症、詳細不明	B469																						
			菌腫	B475																						
			その他の真菌症、他に分類されないもの	B485																						
			詳細不明の真菌症	B49																						
18	0040	手術・処置等の合併症	輸液、輸血および治療用注射に続発する合併症	T805					99	99	手術なし						1	3	人工腎臓  その他の場合	J0382						
			処置の合併症、他に分類されないもの	T815					97	97	手術あり															
			人工心臓弁の機械的合併症	T820																						
			冠(状)動脈バイパス<副行路>および弁移植の機械的合併症	T822																						
			その他の血管移植片の機械的合併症	T823																						
			血管透析カテーテルの機械的合併症	T824																						
			その他の心臓および血管の人工器具および挿入物の機械的合併症	T825																						
			人工心臓弁による感染症および炎症性反応	T826																						
			その他の心臓および血管の人工器具、挿入物および移植片による感染症および炎症性反応	T827																						
			心臓および血管のプロステーシス、挿入物および移植片のその他の合併症	T828																						
			心臓および血管のプロステーシス、挿入物および移植片の詳細不明の合併症	T829																						
			尿路性器プロステーシス、挿入物および移植片の合併症	T835																						
			体内整形外科的プロステーシス、挿入物および移植片の合併症	T845																						
			その他の体内プロステーシス、挿入物および移植片の合併症	T855																						
			移植臓器および組織の不全および拒絶反応	T865																						
			再接着および切断に特有の合併症	T875																						
			予防接種に続発する感染症	T880																						

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等												
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等								
			予防接種に続発するその他の合併症、他に分類されないもの 麻酔によるショック 麻酔による悪性高熱<体温>(症) 挿管の不成功または困難 麻酔のその他の合併症 適正に投与された正しい薬物および薬剤の有害作用によるアナフィラキシーショック 外科的および内科的ケアのその他の明示された合併症、他に分類されないもの 外科的および内科的ケアの合併症、詳細不明	T881 T882 T883 T884 T885 T886 T888 T889																													
18	0050	その他の悪性腫瘍	その他の部位の中皮腫 中皮腫、部位不明 その他および部位不明の悪性新生物 胸部<郭>の悪性新生物 その他および部位不明の悪性新生物 腹部の悪性新生物 その他および部位不明の悪性新生物 その他の不明確な部位の悪性新生物 その他および部位不明の悪性新生物 その他および部位不明の境界部病巣 多部位のリンパ節の悪性新生物 リンパ節の悪性新生物、部位不明 その他および部位不明の消化器の続発性悪性新生物 眼ならびにその他および部位不明の中 枢神経系の続発性悪性新生物 その他の明示された部位の続発性悪性新生物 部位の明示されない悪性新生物 独立した(原発性)多部位の悪性新生物 消化器の上皮内癌、部位不明 口唇の皮膚の上皮内癌 その他および部位不明の顔面の皮膚の上皮内癌 上皮内癌、部位不明	C457 C459 C761 C762 C767 C768 C778 C779 C788 C794 C798 C80 C97 D019 D040 D043 D099			手術なし 手術あり	99 99 97 03 97 04 97 97	手術なし 脾摘出術 リンパ節摘出術		K711 K626\$ その他のKコード		1 2 1 2 1 2 1 2 1 1 1 1	2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき)	K015\$ K016 K017 K019 K020 K022		1 8 1 6 1 3 1 2 1 1	化学療法 放射線療法 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸															
18	0060	その他の新生物	消化器系の良性新生物、部位不明確 その他の明示された胸腔内臓器の良性新生物 胸腔内臓器の良性新生物、部位不明 腹腔内臓器の良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む) 良性脂肪腫性新生物(脂肪腫を含む) その他の部位 胸部<郭>の結合組織およびその他の軟部組織の良性新生物 その他および部位不明の良性新生物 その他の明示された部位 その他および部位不明の良性新生物 部位不明の良性新生物 消化器の性状不詳または不明の新生物、部位不明 内分泌腺の性状不詳または不明の新生物、部位不明 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 骨および関節軟骨	D139 D157 D159 D175 D177 D213 D367 D369 D379 D449 D480			手術なし 手術あり	99 99 97 03 97 04 97 05 97 06 97 07 97 07 97 97	手術なし 脾摘出術 リンパ節摘出術 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部) 皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外) 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 骨腫瘍切除術		K711 K626\$ K005\$ K006\$ K030\$ K052\$ その他のKコード		1 2 1 2 1 2 1 2 1 1 1 1	2 動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 複合組織移植術 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの) 組織拡張器による再建手術(一連につき) 分層植皮術 全層植皮術	K015\$ K016 K017 K019 K020 K022 K013\$ K013-2\$		1 8 1 6 1 3 1 2 1 1	化学療法 放射線療法 人工腎臓 その他の場合 中心静脈注射 人工呼吸															

診断群分類			医療資源を最も投入した傷病名		年齢、出生時体重等		手術				手術・処置等1				手術・処置等2				副傷病		重症度等						
MDC	コード	分類名	ICD名称	ICDコード	コード	フラグ	年齢、出生時体重	手術分岐	対応コード	フラグ	点数表名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等	対応コード	フラグ	疾患名	疾患コードまたはICDコード	フラグ	重症度等	
			その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 末梢神経および自律神経系 D482 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 腹膜 D484 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 皮膚 D485 その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物 その他の明示された部位 D487 性状不詳または不明の新生物、部位不明 D489																								