

事務連絡  
平成22年3月26日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

平成22年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保発0305第3号）、「医療機器に係る保険適用希望書の提出方法等について」（平成22年2月12日医政経発0212第2号・保医発0212第2号）、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月5日保医発0305第2号）、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成22年3月5日保医発0305第3号）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第5号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成22年3月5日保医発0305第7号）及び「「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」について」（平成22年3月5日保医発0305第14号）について、それぞれ別紙1から別紙8までのとおり訂正するので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う  
実施上の留意事項について  
(平成22年3月5日保発0305第3号)

㊦訪問看護の情報提供書 (市町村等宛)

別紙様式1

平成 年 月 日

訪問看護の情報提供書

(情報提供先市町村等) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
電話番号  
管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別 (男 女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 職業
住 所
電 話 番 号 ( ) -

主治医氏名
住 所

主 傷 病 名	
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する事項に○)	
移動 自立 ・一部介助 ・全面介助	食事 自立 ・一部介助 ・全面介助
排泄 自立 ・一部介助 ・全面介助	入浴 自立 ・一部介助 ・全面介助
着替 自立 ・一部介助 ・全面介助	整容 自立 ・一部介助 ・全面介助

要介護認定の状況 (該当する事項に○)
自立 要支援 要介護 (1 2 3 4 5)

病状・障害等の状態
-----------

1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること) 日 ( 回)
---

看護の内容
-------

必要と考えられる保健福祉サービス
------------------

その他特記すべき事項
------------

【記入上の注意】

- 1 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2 わかりやすく記入すること。
- 3 必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。

④訪問看護の情報提供書 (保健所長等宛)

別紙様式2

平成 年 月 日

訪問看護の情報提供書

(情報提供先保健所長等) 殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称  
電話番号  
管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別 (男 女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳) 職業
住 所
電話番号 ( ) -

主治医氏名
住 所
主 傷 病 名
日常生活等の状況 1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 2 服薬等の状況について 3 作業 (仕事)、対人関係等について
要介護認定の状況 (該当する事項に○) 自立 要支援 要介護 (1 2 3 4 5)
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること) 日
看護の内容
必要と考 えられる 保健福祉 サービス
その他 特記すべ き事項

【記入上の注意】

- 1 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
- 2 わかりやすく記入すること。
- 3 必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。



診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について  
(平成22年3月5日保医発0305第1号)

第2部 入院料等

<通則>

5 入院中の患者の他医療機関への受診

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

(7) 入院中の患者(D P C算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。) に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合(当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。)の他医療機関において実施された診療にかかる費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定すること。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

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

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

(略)

※4 基本診療料の施設基準等別表第四第十二号に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、基本診療料の施設基準等別表第四第一号から第十一号の各号に掲げる状態に該当しない一般病棟入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該患者が入院している保険医療機関が退院や転院に向けて努力を

しており、その状況について、別紙様式27により地方厚生（支）局長に届け出ているものとする。なお、当該届出は毎月行うものとし、当該診療月の翌月10日までに届け出るものとする。

## 第2節 入院基本料等加算

### A206 在宅患者緊急入院診療加算

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

### A226-2 緩和ケア診療加算

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

### A230 精神病棟入院時医学管理加算

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

### 第3節 特定入院料

#### A 3 1 1 精神科救急入院料

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



## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

B005-2 地域連携診療計画管理料、B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)

B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)

(6) 地域連携診療計画退院時指導料(I)の「注~~2-3~~」に掲げる地域連携診療計画退院計画加算は、2段階目の保険医療機関及び3段階目の保険医療機関等を含んだ診療計画に基づき患者の同意を得て、当該保険医療機関の退院後、3段階目の保険医療機関等で行われるべき診療等の計画を作成するとともに、患者、家族に説明し、3段階目の保険医療機関等と適切に情報共有を行うことについて評価したものである。

B009 診療情報提供料(I)

(9) 下記のア、イの場合については、患者1人につき月1回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者~~居住系施設入居者等~~訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

## 第2部 在宅医療

### 第1節 在宅患者診療・指導料

#### C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

(3) 特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者は、医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、通院困難な者である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

(ロ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成20年厚生労働省令第107号）附則第2条第1号に規定する軽費老人ホームA型~~「軽費老人ホームの設備及び運営について」（昭和47年2月26日厚生省社会局長通知）第三に規定するA型のもの~~）に限り、（二）に規定する施設を除く。）

(19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二第二号の

(1) ~~に~~に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。

### 第3部 検査

#### 第1節 検体検査料

##### 第1款 検体検査実施料

###### D015 血漿蛋白免疫学的検査

- (9) 「19」の頸管腔分泌液中癌胎児性フィブロネクチン及び区分番号「D007」血液化学検査の「34」の腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP-1）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

##### 第2款 検体検査判断料

###### D027 基本的検体検査判断料

- (5) 特定機能病院において、(3)に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

#### 第3節 生体検査料

##### D215 超音波検査

- (10) 「3」の「三三」胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師（胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。）が診断を行う場合に算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

## 第7部 リハビリテーション

### 第1節 リハビリテーション料

#### H007-2 がん患者リハビリテーション料

- (2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了~~終了~~した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

## 第8部 精神科専門療法

### 第1節 精神科専門療法料

#### I 0 1 3 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

- (2) 持続性抗精神病注射薬剤とは、ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステル及びリスペリドンをいう。

## 第9部 処置

### <処置料>

#### (一般処置)

#### J 0 3 8 人工腎臓

- (7) 区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の「1連続携行式腹膜灌流」の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C 1 0 2-2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

#### J 0 4 2 腹膜灌流

- (2) 区分番号「C 1 0 2」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「1連続携行式腹膜灌流」を行った場合には、区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

#### (耳鼻咽喉科処置)

#### J 1 0 2 上顎洞穿刺

- 区分番号「D 4 0 6 ~~2~~」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

## 第10部 手術

### <通則>

#### 16 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成~~22~~<sup>18</sup>年厚生労働省告示第~~94~~<sup>117</sup>号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。  
なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

#### (4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

イ デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)に該当しない手術については、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち2以上の手術を複数指に行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定め~~る~~<sup>る</sup>場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

エ 第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）と、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定め~~る~~<sup>る</sup>場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び~~関節~~<sup>関節</sup>を別の手術野として取り扱う手術を含む。）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

### 第1節 手術料

#### 第1款 皮膚・皮下組織

##### K014 皮膚移植術（生体・培養）

(3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### 第2款 筋骨格系・四肢・体幹

##### K055-3 大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー3次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間~~彎~~<sup>彎</sup>曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。

### 第3款 神経系・頭蓋

#### K 1 5 1 - 2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

イ 海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の~~開~~解放を伴う腫瘍切除及び再建術

エ 頸静脈孔周辺部腫瘍に対するS状静脈洞露出を伴う頸静脈孔~~開~~解放術による腫瘍摘出及び再建術

### 第7款 胸部

#### K 5 1 4 - 5 移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 5 1 4 - 6 生体部分肺移植術

(5) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

### 第8款 心・脈管

#### K 6 1 0 - 2 脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、~~もやもやモヤモヤ~~病に対して、浅側頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

### 第9款 腹部

#### K 6 9 7 - 5 生体部分肝移植術

(5) 請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

### 第10款 尿路系・副腎

#### K 7 7 9 移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 7 7 9 - 3 腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）



腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

#### K 7 8 0 - 2 生体腎移植術

(5) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

### 第2節 輸血料

#### K 9 2 2 造血幹細胞移植

(6) 同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞提供者の~~氏名及び~~療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

(7) 造血幹細胞採取(臍帯血移植を除く。)を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(9) 造血幹細胞採取(臍帯血移植を除く。)を行った医療機関と造血幹細胞移植を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、造血幹細胞移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

### 第3節 手術医療機器等加算

#### K 9 3 0 脊髄誘発電位測定等加算

(2) 「注」に規定する脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「K 1 1 6」から「K 1 1 8」まで、「K 1 2 8」から「K 1 3 6」まで、「K 1 3 8」、「K 1 3 9」、「K 1 4 2」から「K 1 4 2 - 3」まで、「K 1 5 1 - 2」~~】~~、「K 1 5 4」、「K 1 5 4 - 2」、「K 1 6 9」、「K 1 8 1」、「K 1 8 3」から「K 1 9 0 - 2」まで、「K 1 9 1」、「K 1 9 2」及び「K 5 6 0」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目により所定点数を算定する手術については加算は行わない。

## 第13部 病理診断

### 第2節 病理診断・判断料

#### N006 病理診断料

(3) 当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。

なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合（テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製及び術中迅速細胞診を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。

# 児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
診断名(状態像名)	ICD-10(コード番号):		

## I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成: (同居家族を含む)	社会的環境:	c. 職歴
		a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴: )	d. 交友関係など

## II. 入院時の状況

入院年月日	平成 年 月 日 ( 曜日)	入院形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主訴	患者:		
	家族(父・母・その他):		
症状 および 問題行動:			
A. 行動: a. 動き: <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 寡動 <input type="checkbox"/> 常同症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 ( ) b. 表情: <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 無表情 c. 話し方: <input type="checkbox"/> 緘黙 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語 d. その他: <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常			
B. 情緒: <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和			
C. 対人関係: <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 他罰的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如			
D. 知的機能: <input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味限局 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習(能力)障害			
E. 意識: <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害			
F. 意欲: <input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進			
G. 行為: <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破損			
H. 知覚: <input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚			
I. 思考: <input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 ( ) <input type="checkbox"/> 連合障害			
J. その他: <input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立			
具体的な事柄:			

### (※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

### Ⅲ. 治療計画

(患者氏名 )

予定治療期間 ( 週間/月 ) 本人の希望 :  家族の希望 :  目標の設定 :  同意事項 : <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	基本方針 :
	治療と検査 : A. 治療 : 精神療法 : <input type="checkbox"/> 個人精神療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法 :      回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法 :              回/週 薬物療法 : <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) B. 検査 : 理化学検査 : <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X 線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) 心理検査 : <input type="checkbox"/> 知能検査 (                      ) <input type="checkbox"/> 性格検査 (                      )
行動制限 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他                      )    隔離室・個室使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
退院後の目標 : <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	

### Ⅳ. 家族へのアプローチ

面接 : <input type="checkbox"/> 家族面接 :      回/週・月 ( <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) ) <input type="checkbox"/> 本人との同席面接 :                      回/週・月 その他 : <input type="checkbox"/> 家族療法 :                      回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 :                      回/週・月	具体的アプローチ
---	----------

### Ⅴ. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮 : <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 地元 (原籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	学校への具体的アプローチ : <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 現状での問題点 (                      ) <input type="checkbox"/> 今後の方向性 (                      )
--	---

上記説明を受けました。 平成 年 月 日 本人サイン \_\_\_\_\_ 保護者サイン \_\_\_\_\_

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。  
(児童・思春期精神医療入院治療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみの交付でも可)

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師氏名

患者氏名
性別 ( 男 ・ 女 ) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 ( 歳) 職業
住所
電話番号

診 療 形 態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発 症 年 月 日	平成 年 月 日	
	受 診 年 月 日	平成 年 月 日	
初 発 / 再 発	1. 初発	2. 再発 ( 年 月 日 初発)	

その他の傷病名

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。

C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (A D L) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。

III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。  
2. わかりやすく記入すること。  
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院 ・ 外来	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	入院日	年 月 日
主傷病		リハビリテーション起算日	年 月 日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III	
1	廃用をもたらすに至った要因		
2	臥床・活動性低下の期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
3	廃用に陥る前のADL	<input type="checkbox"/> F I M70点未満 <input type="checkbox"/> F I M70点から114点 <input type="checkbox"/> F I M115点以上	<input type="checkbox"/> B . I 45点未満 <input type="checkbox"/> B . I 45点から84点 <input type="checkbox"/> B . I 85点以上
4	廃用の内容		
5	介入による改善の可能性 (該当する数字に○をつける)		
6	改善に要する 見込み期間	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月
7	前回の評価からの 改善や変化		

[記載上の注意]

- 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて、F I M又はB . I を用いて記載すること。
- 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

(略)

(19) 「注11」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に算定できる。ただし、当該加算を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号 A 0 0 2 に掲げる再診料の「注 8」及び区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料の「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」は算定できない。

(20) 「注11」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、常時携行している切削器具名を診療録に記載した場合に算定する。

第 2 節 再診料

A 0 0 2 再診料

(略)

(7) 「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、「イ 1 回目」は、再診時に 1 回目の歯科訪問診療を行った場合であって、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定しない場合に算定できる。ただし、「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料の「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」は算定できない。

(8) 「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、常時携行している切削器具名を診療録に記載した場合に算定する。

第 2 章 特掲診療料

第 2 部 在宅医療

C 0 0 0 歯科訪問診療料

(5) 「歯科訪問診療 2」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者 1 人につき 20 分以上になる場合に算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和 25 年法律第 20 1 号）第 2 条第 1 号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。



イ 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等~~の施設~~に入居又は入所している複数の患者

#### C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

- (3) 「注1」に規定する管理計画書の提供時期については、当該管理を開始する時期、管理計画の内容に変更があったとき、一連の補綴治療が終了したとき及びその他療養上必要な時期に提供するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りではない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供するものとする。なお、歯周疾患に罹患している患者に対して、初めて管理計画書を作成するに当たっては、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周疾患に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成し、2回目以降の管理計画書については、歯周疾患の治療の進捗状況を踏まえたものとする。

### 第8部 処置

#### 第1節 処置料

##### I 0 1 7 床副子

- (8) 歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバートル式のもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のイの(2) 困難なもの」を、咬合採得を行った場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」を、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(1) ~~印象採得が困難なもの~~」により算定する。
- (9) 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のもの以外のもの）を製作するにあたり、区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のイの(1) 簡単なもの」により、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が~~困難~~簡単なもの」により算定する。
- (11) 睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」を、咬合採得は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」を、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(2) ~~印象採得が著しく困難なもの~~」により算定する。

ただし、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定できる。

口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、1口腔につき区分番号I 0 1 7 - 2に掲げる床副子調整の「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。ま



た、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付すること。なお、医科歯科併設の病院である保険医療機関で算定した場合については、院内紹介を受けた情報提供の内容及び担当科名を診療録に記載するとともに、情報提供に係る文書を診療録に添付すること。

#### I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

- (1) 術後専門的口腔衛生処置は、「注」に規定する手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

## 第12部 歯冠修復及び欠損補綴

### 通則

- 17 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類及び装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）の各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。

### 第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

#### M004 リテイナー

- (4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料については、歯冠形成を算定~~印象採得後~~リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限り算定が認められる。また、必要があってブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

### <欠損補綴>

#### M018 有床義歯

- (11) 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。なお、小児義歯に係る費用を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に義歯の装着年月日、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名を記載すること。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態で

あって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の適否を決するものとする。なお、模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが、エックス線フィルム又はその複製については、区分番号 E 1 0 0 に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号 E 3 0 0 に掲げるフィルムにより算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分 0 1 調剤料

(1) 内服薬

テ 一包化加算を算定した場合においては、自家製剤加算（「区分番号 0 1」の「注 6」に規定する加算をいう。以下同じ。）及び計量混合調剤加算（「区分番号 0 1」の「注 7」に規定する加算をいう。以下同じ。）は算定できないものであること。

<薬学管理料>

区分 1 1 薬剤情報提供料

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

ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録

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

区分 1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号 1 0」の薬剤服用歴管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合を除く。）、「区分番号 1 1」の薬剤情報提供料、「区分番号 1 3」の長期投薬情報提供料、「区分番号 1 4」の後発医薬品情報提供料、「区分番号 1 4 の 2」の外来服薬支援料、「区分番号 1 6」の調剤情報提供料又は「区分番号 1 7」の服薬情報提供料（~~当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合を除く。~~）は算定できない。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて  
(平成22年 3月 5日保医発0305第 2号)

第 4 経過措置等

1 第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、平成22年 3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成22年 3月31日において現に表 1 及び表 2 に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成22年 4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成22年 4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

(略)

特定集中治療室管理料 2

特定集中治療室管理料注 2 に掲げる小児加算

新生児特定集中治療室管理料 2

(略)

表 2 施設基準の改正により、平成22年 3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成22年 4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

(略)

小児入院医療管理料 1 (別添 4 の第10の 2 の(4)のイ及びウに規定する基準については、平成22年10月 1 日以降に限る。)

(略)

表 3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成22年 3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

(略)	→	(略)
入院時医学管理加算	→	総合入院体制加算
<u>医療安全対策加算</u>	→	<u>医療安全対策加算 1</u>
退院調整加算	→	慢性期病棟等退院調整加算 2
(略)	→	(略)

## 入院基本料等加算の施設基準等

### 第4の2 医師事務作業補助体制加算

#### 6 届出に関する事項

- (1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の2、様式18及び様式18の2を用いること。また、毎年4月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

### 第15 精神科応急入院施設管理加算

#### 1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第33条の4第1項及び同法第34条第1項から第3項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。

### 第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

#### 2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添6の別紙様式14の2を参照のこと。

### 第19の2 栄養サポートチーム加算

#### 1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
- (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
- (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
- (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
- (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- (リ~~ニ~~) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応

- (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

## 第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

### 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (3) 別添6の~~別紙様式~~16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。

## 第24の2 急性期病棟等退院調整加算

### ~~3~~ 届出に関する事項

急性期病棟等退院調整加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39を用いること。

## 特定入院料の施設基準等

### 第3 ハイケアユニット入院医療管理料

#### 1 ハイケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (5) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙様式18の「重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。

### 第12 亜急性期入院医療管理料

#### 3 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

- (1) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、当該病室に入院する患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者、当該保険医療機関の他の病棟から転棟してきた患者又は当該病棟の他の病床から転床してきた患者であって、転院前、転棟前又は転床前の保険医療機関において区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算、区分番号A300に掲げる救命救急入院料、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料、区分番号A301-2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号A301-3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定し、当該病室に入院した時点でこれらを算定するに至った負傷又は疾病に対して急性期治療が提供された日から起算して3週間が経過していない者（以下「急性期治療を経過した患者」という。）の数が3分の2以上であること。



## 強度行動障害児(者)の医療度判定基準

## I 強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	1点	3点	5点
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
2 ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
4 激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6 食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄つに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに入る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9 通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさまられずつきあっていられない状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難



## II 医療度判定スコア

1 行動障害に対する専門医療の実施の有無	
① 向精神薬による治療	5点
② 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点
2 神経・精神疾患の合併状態	
① 著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	
② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往	5点
③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	5点
④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点 5点
3 身体疾患の合併状態	
① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内に）	
② 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（6ヶ月以内に1ヶ月以上継続）	3点
③ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	3点
④ 呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば）	3点
⑤ その他の身体疾患での検査・治療 （定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば）	3点 3点
4 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
① 行動障害のため常に一対一の対応が必要	
② 行動障害のため個室対応等が必要（一対一の対応でも開放処遇困難）	3点
③ 行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険）	5点
※) いずれか一つを選択	10点
5 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
① 食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	
② 排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	3、5点
③ 移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	3、5点
④ 入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険）	3、5点
⑤ 更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険）	3、5点
※) 次により配点	3、5点
・常時一対一で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5点）	
・時に一対一で医療的観察が必要な場合（3点）	

注) 「強度行動障害児(者)の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。

「I」が10点以上、かつ「II」が24点以上。

## 「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

### I 強度行動障害スコア

- 1 行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から6カ月以前の行動であれば該当しない。
- 2 定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）。
- 3 頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- 4 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。
- 5 評価は年1回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。
- 6 項目別留意点
  - (1) 「1 ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具（ヘッドギアなど）は着用していない状態を想定して評価する。
  - (2) 「4 はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。
  - (3) 「5 睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があつて個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。
  - (4) 「6 食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定してする。
  - (5) 「7 排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。
  - (6) 「8 著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

### II 医療度判定スコア

- 1 患者特性に応じた個別の治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点
  - (1) 多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。
  - (2) 当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記載。

- (3) 患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

## 2 行動障害に対する専門医療の実施有無

- (1) ①の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬 (mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。
- (2) ②は行動療法・動作法・TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

## 3 神経・精神疾患の合併状態

- (1) ①の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。
- (2) ②の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は2-①と同様。

## 4 身体疾患の合併状態

- (1) ①は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。
- (2) ④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。
- (3) ⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

## 5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (1) ①、②、③はいずれか一つをチェックする。
- (2) ②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

## 6 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は5点とみなす。

7 対 1 入院基本料  
 一般病棟看護必要度評価加算  
 急性期看護補助体制加算

における患者の重症度・看護必要  
 度に係る報告書類

(いずれかを○で囲むこと)

届出 入院料	届出 区分	届出 病床数	入院患者の状況			入院患者延べ 数の算出期間 (1ヶ月)
			①入院患者 延べ数	② ①のうち 重症度・看護 必要度の基準 を満たす患者 の延べ数	③重症度・看 護必要度の基 準を満たす患 者の割合 (②/①)	
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 入院患者延べ数とは、算出期間中に7対1入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び15歳未満の小児の患者数は含めない。
- 2 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 3 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算する。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・4月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

- 医師・看護師等の業務分担
- 医師事務作業補助者の配置
- 短時間正規雇用の医師の活用
- 地域の他の医療機関との連携体制
- 交代勤務制の導入
- 外来縮小の取組み
  - ア 初診における選定療養の額 \_\_\_\_\_円
  - イ 診療情報提供料等を算定する割合 \_\_\_\_\_割
- その他

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

- 勤務時間 (平均週 \_\_\_\_\_時間(うち、残業 \_\_\_\_\_時間))
- 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 \_\_\_\_\_回)
- 当直翌日の通常勤務に係る配慮( 当直翌日は休日としている  当直翌日の業務内容の配慮を行っている  その他(具体的に: \_\_\_\_\_))
- 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定
- その他

(3) 職員等に対する周知 ( 有 \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_ )  
具体的な周知方法( \_\_\_\_\_ )

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

- ア 開催頻度 ( \_\_\_\_\_回/年)
- イ 参加人数 (平均 \_\_\_\_\_人/回) 参加職種( \_\_\_\_\_ )

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: \_\_\_\_\_ 職種: \_\_\_\_\_)

(記載上の注意)

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し(様式自由)を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料(1)の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

応急入院等に係る精神保健指定医	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院等に係る看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
応急入院等に係るその他の者	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院患者等のための病床	常時	床				
当該管理のために必要な設備（機器等）の一覧（製品名及び台数）						
コンピューター断層撮影装置						
脳波計						
酸素吸入装置						
吸引装置						
血液検査のための機器・器具						
その他						

[記載上の注意]

- 1 精神保健福祉法第 33 条の 4 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知の写しを添付すること。
- 2 当該加算を算定する病室を含む病棟について、様式 9 を添付すること。
- 3 応急入院に係る精神保健指定医、看護師及びその他の者について、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）を添付すること。
- 4 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）を添付すること。



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の構成	平均数算出期間	年 月 日～ 年 月 日
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①	名
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③	名
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④	名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤	名
	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥	名
	②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦	名
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧	名
	入院患者の比率 ⑧／①	%
専従・常勤従業者	職 種	氏 名
	医 師	・
	理学療法士	・ ・
	作業療法士	・
病棟の面積	平方メートル（1床当たり面積	平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（1床当たり面積	平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル	

[記載上の注意]

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写しを添付すること。
- 5 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 6 様式5から9及び様式20を添付すること。



特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて  
(平成22年3月5日保医発0305第3号)

第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成22年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

(略)

地域連携夜間・休日診療料

地域連携診療計画退院計画加算

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)

(略)

外傷全身C T加算

コンピューター断層撮影 (C T撮影) の16列以上のマルチスライス型の機器による場合

抗悪性腫瘍剤処方管理加算

(略)

乳がんセンチネルリンパ節加算1及び2

埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術

経皮的動脈遮断術

(略)

膀胱水圧拡張術

肝門部胆管悪性腫瘍手術

麻酔管理料(Ⅱ)

(略)

## 特掲診療料の施設基準等

### 第22の3 胎児心エコー法

#### 2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の~~3~~及び様式4を用いること。

### 第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)

#### 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。

エ アからウまでの専従の従事者が合~~わ~~せて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

### 第42の2 運動器リハビリテーション料(II)

#### 1 運動器リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、呼吸器リハビリテーション料(I)又は(II)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合~~わ~~せて2名以上勤務していること。

また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(II)等との兼任はできないこと。

### 第44 呼吸器リハビリテーション料(I)

#### 1 呼吸器リハビリテーション料(I)に関する施設基準

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料を実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。

#### 第47の2 がん患者リハビリテーション料

##### 1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことを言う。

イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了終了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものを言う。

(略)

- (2) 当該保険医療機関内にかん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、(1)のイに規定する研修を修了終了した者のことをいう。

#### 第57の5 歯科技工加算

##### 1 歯科技工加算に関する施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士を配置が勤務していること。

#### 第89 後発医薬品調剤体制加算

##### 4 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

- (1) 経腸成分栄養剤

エレンタール、エレンタール配合内用剤、エレンタールP、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン、ツインライン配合経腸用液、ハーモニッカーM、ハーモニッカーF、~~及び~~ラコール及びラコール配合経腸用液

- (2) 特殊ミルク製剤

雪印新フェニルアラニン除去ミルク、フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」、~~及び~~雪印新ロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	院内トリアージ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の2	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の2, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の3, 12の4
11	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の4
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の3, 13の4
11の3	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
11の4	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12	医薬品安全性情報等管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料(歯科)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14	在宅療養支援歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2
14の3	在宅患者歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅末期医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
16の2	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
18	血液細胞核酸増幅同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
18の2	H P V 核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の2	埋込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
22の3	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 4
23	人工臍臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
26	神経磁気診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
28	コンタクトレンズ検査料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
30	画像診断管理加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈C T撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身C T加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MR I撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
37	外来化学療法加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43の2	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
48	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
57	イタールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イタールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	透析液水質確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
57の3	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4	う蝕歯無痛的高洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の5	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の6	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3, 52, 4
58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
59の2	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2, 4
61	人工内耳埋込術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の3	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57



施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミナーテルによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
64	経皮的中隔心筋焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
65の2	埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61, 4
67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62, 4
67の2	両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー機能付き埋込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンプ法（IABP法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
69	補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64, 4
70	埋込型補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65, 4
71	同種心移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72	同種心肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
72の3	ダメージコントロール手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の2
73	体外衝撃波胆石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67
75	同種死体肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66, 4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
77の3	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の4	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の5	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2, 4
77の6	焦点式高エネルギー超音波療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68, 4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	72
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の3	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の2
81	麻酔管理料（Ⅰ）、麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の3	画像誘導放射線治療（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84	直線加速器による定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	テレラジオによる術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の3	テレラジオによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	基準調剤加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
88	基準調剤加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
89	後発医薬品調剤体制加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
89	後発医薬品調剤体制加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
89	後発医薬品調剤体制加算3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4

※様式16は欠番



在宅療養支援歯科診療所に係る報告書

1 直近 1 年間に在宅歯科療養を担当した患者について

- ・ 合計患者数 \_\_\_\_\_ 名
- ・ 平均診療期間 ( \_\_\_\_\_ )ヶ月

2 直近 3 ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

歯科訪問診療の回数 の合計	歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 2
回	回	回
歯科疾患在宅療養管理料 の算定状況	人	回
口腔機能管理加算 の算定状況	人	回

[記載上の注意]

- 1 「1」の在宅歯科療養を担当した患者数は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として担当している患者数を記入すること。
- 2 「1」の平均診療期間は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を担う保険医として診療している患者について、患者 1 人当たりの在宅歯科診療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 「2」は、当該患者の在宅での歯科診療に係る療養を行う保険医として担当している患者に対して実施した歯科訪問診療の回数、歯科訪問診療 1 の算定回数及び歯科訪問診療 2 の算定回数を記載すること。なお、平成 22 年 6 月 30 日までの間は、歯科疾患在宅療養管理料の算定状況に、平成 22 年 3 月 31 日以前の後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定状況を含む。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関  
 名 称 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

様式33

画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日  平成 年 月 日

[記載上の注意]

「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 運動器リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 呼吸器リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ 障害児(者)リハビリテーション料						
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名					リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名					リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名					職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
						がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積		専用施設面積		平方メートル				
		言語聴覚療法専用施設の面積		平方メートル				

当該療法を行うための機械・器具の一覧

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類  
②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

歯科技工加算の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図又は配置図等）を添付

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・



様式 74 の 2

手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

4 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日(当該届出を行っている場合のみ記載)

平成	年	月	日
----	---	---	---

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 平成		
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤加算の種類	( ) 基準調剤加算 1 ( ) 基準調剤加算 2 (いずれかに○を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
4	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
5	在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	備蓄品目数 ( ) (1の場合は500以上、2の場合は700以上)
7	全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合(②/①)：
8	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「2」については、情報の入手手段(インターネット、書籍等)及び患者等からの連絡を受け取る手段(電話、FAX、Eメール等)の一覧を添付すること。
- 3 「3」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書(他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載)の見本を添付すること。
- 4 「4」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 5 「5」については、地方厚生(支)局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「7」及び「8」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について  
(平成22年3月5日保医発0305第5号)

- I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項
- 6 経過措置について
- (1) 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（平成22年2月12日保発0212第10号）第4章2の規定に基づき、再算定が行われた固定用内副子（プレート）、大腿骨外側固定用内副子、下肢再建用人工関節用材料、髄内釘、固定用金属線、生体弁、弁付きグラフト（生体弁）、人工心肺回路、血管内手術用カテーテル及び人工血管及び胆道結石除去用カテーテルセットについて、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について  
(平成22年3月5日保医発0305第7号)

I 医科点数表関係  
在宅医療

(別表)

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目
	薬事法承認上の位置付け			
	類 別	一般的名称		
注入ポンプ (I)	機械器具 (74) 医薬品注入器	汎用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプ ポータブルインスリン用輸液ポンプ	インスリンなどの皮下持続注入が可能なもの	C 151 注入器加算
注入ポンプ (II)	機械器具 (74) 医薬品注入器	ポータブルインスリン用輸液ポンプ	インスリンなどを間歇的かつ自動的に注入することが可能なもの	C 152 間歇注入シリンジポンプ加算
注入ポンプ (III)	機械器具 (74) 医薬品注入器	加圧式医薬品注入器 経腸栄養用輸液ポンプ 汎用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプ マルチチャンネル輸液ポンプ 患者管理無痛法用輸液ポンプ 注射筒輸液ポンプコントロールユニット	流量 (注入速度) 及び予定量の設定が可能なもの	C 161 注入ポンプ加算
自動腹膜灌流装置	機械器具 (7) 内臓機能代用器	自動腹膜灌流用装置	腹膜透析液の交換を自動的に行うことが可能なもの	C 155 自動腹膜灌流装置加算
腹膜灌流用紫外線殺菌器	機械器具 (7) 内臓機能代用器	腹膜灌流用紫外線照射器	腹膜透析施行時に使用し、紫外線照射による殺菌を行うことが可能なもの	C 154 紫外線殺菌器加算
腹膜灌流用熱殺菌器	機械器具 (7) 内臓機能代用器	腹膜灌流回路用加熱溶融融合装置	腹膜透析施行時に使用し、加熱により無菌的にチューブの接合を行うことができるもの	C 154 紫外線殺菌器加算
酸素供給装置 (I)	機械器具 (6) 呼吸補助器	酸素濃縮装置 能動型機器接続用酸素濃縮器	酸素濃縮装置であるもの	C 158 酸素濃縮装置加算
酸素供給装置 (II)	機械器具 (6) 呼吸補助器	液体酸素気化式供給装置 液体酸素気化式供給装置セット	20~50リットルの内容積の設置型液化酸素装置であるもの	C 159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置
酸素供給装置 (III)	機械器具 (6) 呼吸補助器	液体酸素気化式供給装置 液体酸素気化式供給装置セット	1リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置であるもの	C 159 液化酸素装置 2 携帯型液化酸素装置
酸素供給調節器	機械器具 (6) 呼吸補助器	呼吸同調式レギュレータ 呼吸同調式レギュレータセット	鼻カニューレを用いて携帯用酸素供給装置から供給される酸素の流量を、患者の呼吸に同調して調節することが可能なもの	C 159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算
在宅人工呼吸器 (I)	機械器具 (6) 呼吸補助器	ガス式肺人工蘇生器 新生児・小児用人工呼吸器 高頻度人工呼吸器 呼吸肺人工蘇生器 再使用可能な手動式肺人工蘇生器 手動式ジェット人工呼吸器 手動式心臓ポンプ人工蘇生器 単回使用手動式肺人工蘇生器 可搬型人工呼吸器 家庭治療用人工呼吸器 二相式気道陽圧ユニット 成人用人工呼吸器 汎用人工呼吸器	気管切開、鼻マスク又は顔マスクを介して人工呼吸を行うことが可能な陽圧式人工呼吸器であるもの。ただし持続陽圧呼吸 (CPAP) 療法治療器は含まない。	C 164 人工呼吸器加算 1 陽圧式人工呼吸器 C 164 人工呼吸器加算 2 人工呼吸器
在宅人工呼吸器 (II)	機械器具 (6) 呼吸補助器	陰圧人工呼吸器	陰圧式人工呼吸器であるもの	C 164 人工呼吸器加算 3 陰圧式人工呼吸器
在宅人工呼吸器 (III)	機械器具 (6) 呼吸補助器	持続的気道陽圧ユニット 持続的自動気道陽圧ユニット	鼻マスクを介した持続的陽圧呼吸 (nasal CPAP) を行うことが可能なもの	C 165 経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算
携帯型注入ポンプ	機械器具 (74) 医薬品注入器	加圧式医薬品注入器 患者管理無痛法用輸液ポンプ	薬剤などを持続的に注入することが可能な携帯型注入ポンプであるもの	C 166 携帯型ディスプレイ注入ポンプ加算
脳深部刺激・脊髄刺激装置送信器	機械器具 (12) 理学診療用器具	除痛用電気刺激装置	体内埋込型受信器に電気信号を送ることが可能な送信器であるもの	C 167 疼痛管理用送信器加算
排痰補助装置	機械器具 (32) 医療用吸引器	気道粘液除去装置	人工的に咳を作り出すことで、排痰を促すもの	C 170 排痰補助装置加算

## 検 査

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目
	薬事法承認上の位置付け			
	類 別	一般的名称		
呼吸流量計	機械器具 (21) 内臓機能検査用器具	呼吸流量計 ピークフロースパイロメータ	肺気量分画測定が可能なもの	D 200 スパイログラフィー等検査 1 肺気量分画測定
電子スパイロメータ	機械器具 (21) 内臓機能検査用器具	手動式診断用スパイロメータ	肺気量分画などの肺機能検査が可能なもの	D 200 スパイログラフィー等検査

「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」について  
(平成22年3月5日保医発0305第14号)

## 【別紙】

## 診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品

区分	医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
外用薬	2357701K8150	グリセリン	50%120mL1個	グリセリン浣腸液50%「マイラン」	明治薬品	155.90
外用薬	2357701K8169	グリセリン	50%120mL1個	グリセリン浣腸液50%「ORY」	日医工ファーマ	120.40
外用薬	2357701K8177	グリセリン	50%120mL1個	ケンエーG浣腸液50%	健栄製薬	153.20
外用薬	2357701K9025	グリセリン	50%150mL1個	グリセリン浣腸「ムネ」150	ムネ製薬	174.10
外用薬	2357701K9041	グリセリン	50%150mL1個	グリセリン浣腸「オヲタ」150	日医工ファーマ	174.10
外用薬	2357701K9084	グリセリン	50%150mL1個	ケンエーG浣腸	健栄製薬	174.10
外用薬	2357701K9149	グリセリン	50%150mL1個	グリセリン浣腸液50%「マイラン」	明治薬品	215.10
外用薬	2357701K9165	グリセリン	50%150mL1個	ケンエーG浣腸液50%	健栄製薬	174.10
外用薬	2357701Y1027	グリセリン	50%90mL1個	ケンエーG浣腸	健栄製薬	122.70
外用薬	2357701Y1035	グリセリン	50%90mL1個	ケンエーG浣腸液50%	健栄製薬	122.70
外用薬	2359800J1035	炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム	1個	新レシカルボン坐剤	京都薬品工業	53.30
外用薬	2359800J1051	炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム	1個	インカルボン坐剤	大洋薬品工業	32.30
外用薬	2399706M1079	デキサメタゾン	0.1%1g	エースミン(口腔用)軟膏	新生薬品工業	36.00
外用薬	2399706M1095	デキサメタゾン	0.1%1g	デキサメタゾン軟膏口腔用0.1%「CH」	長生堂製薬	36.00
外用薬	2399706M1109	デキサメタゾン	0.1%1g	デキササルチン口腔用軟膏1mg/g	日本化薬	66.30
外用薬	2399706M1117	デキサメタゾン	0.1%1g	デルゾン口腔用軟膏0.1%	池田薬品工業	49.40
外用薬	2399707D2045	トリアムシノロンアセトニド	25μg1枚	アフタシール25μg	帝國製薬	43.60
外用薬	2399707D2053	トリアムシノロンアセトニド	25μg1枚	ワブロン口腔用貼付剤25μg	救急薬品工業	47.40
外用薬	2399707M1022	トリアムシノロンアセトニド	0.1%1g	オルテクサー	福地製薬	68.20
外用薬	2399707M1057	トリアムシノロンアセトニド	0.1%1g	オルテクサー口腔用軟膏0.1%	福地製薬	68.20
外用薬	2399709E1035	塩化セチルピリジニウム	2mg1錠	スプロールトローチ2mg	岩城製薬	5.60
外用薬	2399710E1020	塩化デカリニウム	0.25mg1錠	SPTローチ明治	明治製薬	5.80
外用薬	2399710E1038	塩化デカリニウム	0.25mg1錠	ノードマントローチ0.25mg	大洋薬品工業	5.60
外用薬	2399710E1046	塩化デカリニウム	0.25mg1錠	SPTローチ0.25mg「明治」	明治製薬	5.80
外用薬	2399713E1058	アズレンスルホン酸ナトリウム	5mg1錠	アズレミック錠口腔用5mg	東洋製薬化成	19.10
外用薬	2399713E1074	アズレンスルホン酸ナトリウム	5mg1錠	フォルテガード錠口腔用5mg	日新製薬(山形)	9.20
外用薬	2399714J1034	ドンペリドン	10mg1個	モンロピア坐剤10	日新製薬(山形)	38.50
外用薬	2399714J1042	ドンペリドン	10mg1個	アースレナン坐剤10	ローマン工業	35.20
外用薬	2399714J1050	ドンペリドン	10mg1個	ミオナゼリン坐剤10	長生堂製薬	38.50
外用薬	2399714J2030	ドンペリドン	30mg1個	モンロピア坐剤30	日新製薬(山形)	65.10
外用薬	2399714J2049	ドンペリドン	30mg1個	アースレナン坐剤30	ローマン工業	61.70
外用薬	2399714J2057	ドンペリドン	30mg1個	ミオナゼリン坐剤30	長生堂製薬	50.90
外用薬	2399714M1022	ドンペリドン	10mg1筒	ドンペネマ注腸軟膏10mg	日医工ファーマ	130.40
外用薬	2399714M2029	ドンペリドン	30mg1筒	ドンペネマ注腸軟膏30mg	日医工ファーマ	148.40
外用薬	2399714M3025	ドンペリドン	60mg1筒	ドンペネマ注腸軟膏60mg	日医工ファーマ	163.70
外用薬	2454701X1033	リン酸ベタメタゾンナトリウム	3.95mg1個	ステロネマ注腸3mg	日医工ファーマ	812.00
外用薬	2454701X2030	リン酸ベタメタゾンナトリウム	1.975mg1個	ステロネマ注腸1.5mg	日医工ファーマ	562.50
外用薬	2456700X1025	リン酸ブレドニゾロンナトリウム	20mg1個	ブレドネマ注腸20mg	杏林製薬	813.40
外用薬	2473700S2068	エストラジオール	(0.72mg)9cm <sup>2</sup> 1枚	エストラジオール貼付剤0.72mg「F」	富士製薬工業	80.00
外用薬	2473700S3021	エストラジオール	(2.17mg)7.25cm <sup>2</sup> 1枚	フェミエスト2.17mg	ヤクルト本社	133.00
外用薬	2473700S4028	エストラジオール	(4.33mg)14.5cm <sup>2</sup> 1枚	フェミエスト4.33mg	ヤクルト本社	184.60
外用薬	2499701R1060	酢酸ブセレリン	15.75mg10mL1瓶	イトレリン点鼻液0.15%	ILS	6,605.40
外用薬	2499701R1079	酢酸ブセレリン	15.75mg10mL1瓶	ブセレキユア点鼻液0.15%	富士製薬工業	6,947.10
外用薬	2499701R2032	酢酸ブセレリン	15.75mg9mL1瓶	フセット点鼻液0.17%	マイラン製薬	6,577.20
外用薬	2499702Q1035	酢酸ナファレリン	10mg5mL1瓶	ナファレリール点鼻液0.2%	富士製薬工業	7,560.50
外用薬	2521701H1041	クロラムフェニコール	100mg1錠	ハイセチン錠100mg	富士製薬工業	61.70
外用薬	2529701H1040	エストリオール	0.5mg1錠	エストリオール錠0.5mg「F」	富士製薬工業	20.10
外用薬	2529702H1060	クロトリマゾール	100mg1錠	エルシド錠100mg	富士製薬工業	32.20
外用薬	2529704J1053	硝酸ミコナゾール	100mg1個	サラシルト錠坐剤100mg	日新製薬(山形)	31.30
外用薬	2529706H1042	チニダゾール	200mg1個	ハイジジン錠200mg	富士製薬工業	52.60
外用薬	2529707H1055	メトロニダゾール	250mg1錠	アズゾール錠250	富士製薬工業	36.40
外用薬	2529708J1043	硝酸イソコナゾール	100mg1個	バリナスチン錠100mg	富士製薬工業	52.60
外用薬	2529708J2040	硝酸イソコナゾール	300mg1個	バリナスチン錠300mg	富士製薬工業	147.50
外用薬	2529709H1054	硝酸オキシコナゾール	100mg1錠	オキコナル錠100mg	富士製薬工業	49.10