

事 務 連 絡
平成20年3月28日

地方社会保険事務局 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険主管課（部） 都道府県老人医療主管部（局） 老人医療主管課（部）	}	御中
---	---	----

厚生労働省保険局医療課

平成20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」の制定等について」（平成20年3月5日保発第0305003号）、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001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20年3月5日保医発第0305002号）、「特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305003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20年3月5日保医発第0305005号）、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成20年3月5日保医発第0305006号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成20年3月5日保医発第0305007号）、「特定保険医療材料の定義について」（平成20年3月5日保医発第0305008号）及び「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成20年3月5日保医発第0305010号）について、それぞれ別紙1から別紙9までのとおり訂正するので、その取り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」の制定等について
(平成20年 3 月 5 日保発第0305003号)

第 2 訪問看護基本療養費について

- 3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)は、指定訪問看護を受けようとする者であって、居住系施設入居者等に対して、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。）が交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内(6 か月を限度とする。)に行った指定訪問看護について、利用者一人につき週 3 日を限度として算定すること。ただし、基準告示第 2 の 1 に規定する疾病等の利用者については、週 4 日以上算定でき、この場合において、週 4 日以降の日については、訪問看護基本療養費(Ⅲ)の(1)(二)又は(2)(二)の所定額を算定すること。

ここにいう居住系施設入居者等とは、次に掲げる利用者いう。

ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している利用者

- ① 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（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ② 同法第20条の 6 に規定する軽費老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ③ 同法第29条第 1 項に規定する有料老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ④ 老人福祉法第20条の 5 に規定する特別養護老人ホーム
- ⑤ 特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第 1 項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第 1 項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年 3 月14日厚生労働省令第35号）第230条第 1 項に規定する指定介護予防特定施設に限り介護保険法（平成 9 年法律第123号）第 8 条第11項に規定する特定施設及び同条第10項に規定する地域密着型特定施設のことをい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第192条の 2 に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている利用者が入居する施設を含む。）及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている利用者が入居する施設を含む。）
- ⑥ 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第 3 条第 6 号に規定する高齢者専用賃貸住宅（⑤に規定する特定施設を除く。）

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている利用者

- ① 介護保険法（平成 9 年法律第123号）第 8 条第 9 項に規定する短期入所生活介護
- ② 介護保険法第 8 条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第63条第 5 項に規定する宿泊サービスに限る。）
- ③ 介護保険法第 8 条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護
- ④ 介護保険法第 8 条の 2 第 9 項に規定する介護予防短期入所生活介護
- ⑤ 介護保険法第 8 条の 2 第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型

介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）

⑥ 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

- 8(2) 緊急時訪問看護加算に係る緊急訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

第3 訪問看護管理療養費について

- 4(1) 退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関又は介護老人保健施設（当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。）の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費の~~イ又はロ~~の所定額に加算すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者及び同告示第2の4に規定する状態等にある利用者については2回に限り加算ができる。（複数日に指導を実施した場合に限る。）この場合、当該2回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できること。

第5 後期高齢者終末期相談支援療養費について

- 3 利用者者の十分な理解が得られない場合又は利用者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、利用者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した利用者であるからといって、利用者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- 5 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また利用者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し利用者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の~~変更~~文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について（医科）
（平成20年3月5日保医発第0305001号）

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

<通則>

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

第1節 初診料

A000 初診料

(13) 深夜加算

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

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

① 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

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

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

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

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

(16) 夜間・早朝等加算

キ 区分番号「D282-3」コンタクトレンズ検査料、区分番号「I010」精神科ナイト・ケア、区分番号「J038」人工腎臓の注1に規定する加算又は区分番号「J038-2」持続緩徐式血液濾過の注1に規定する加算を算定する診療科場

合においては、夜間・早朝等加算は算定しない。

第2節 再診料

A001 再診料

(4) 外来管理加算

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

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

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

A109 有床診療所療養病床入院基本料

(5) 有床診療所療養病床入院基本料を算定するに~~あたって~~当たっては、次のアからウの要件を満たすことが必要である。

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

イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。

ウ 施設単位（療養病床に限る。）で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を施設内に備え付けておく。

第2節 入院基本料等加算

A200 入院時医学管理加算

入院時医学管理加算は、急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して14日を限度として算定できる。
なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

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

A207-2 医師事務作業補助体制加算

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

A211 特殊疾患入院施設管理加算

- (3) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎又は~~モヤモヤ~~もやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- (1) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「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20年3月5日保医発第030502号）~~ニ~~」別添6の別紙14の超重症児（者）判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

A225 放射線治療病室管理加算

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

A230-2 精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間5年~~以上~~を超える入院患者のうち、退院

した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定する。

A230-3 精神科身体合併症管理加算

- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から7日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から7日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は14日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか一つの疾患に係る加算を算定する。
- (3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルに関係なく、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

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

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ 妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

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

(イ) 前期破水を合併したもの

(ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの

(ハ) 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの

(ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より~~へ~~搬送されたもの

(ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

オ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者

カ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

キ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

ク 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

ケ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者

コ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

サ 白血病（治療中のものに限る。）の患者

シ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

ス 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

セ HIV陽性の患者

ソ Rh不適合の患者

タ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

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

(4) 妊婦とは産褥婦を含まない。

[早産指数 (tocolysis index)]

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

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算

- (3) 1入院の期間中に、区分番号「A 2 3 6 - 2」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であるが、~~区分番号「A 2 3 6 - 2」~~ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。

A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

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

A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算

- (2) 退院困難な要因を有する患者の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合であって、当該計画を策定したときに現に高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける後期高齢者(以下単に「後期高齢者」という。)である患者について、退院時に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。

第3節 特定入院料

A 3 0 0 救命救急入院料

- (3) 「注2」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、人格障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、~~精神保健及び精神障~~

~~患者福祉に関する法律~~精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この節において「精神保健指定医」という。）が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に算定する。

A308-2 亜急性期入院医療管理料

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

A309 特殊疾患病棟入院料

- (1) 特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（者）（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度の障害者（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。） 、重度の意識障害者（病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

A311-3 精神科救急・合併症入院料

- (1) 精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のア、イ又はウに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

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

ウ 身体疾患の治療のため、救命救急センター等の一般病床に一旦入院した後に、当該病棟に入院（同一機関からの入院も含む。）した患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神病棟に入院したことがない患者

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

- (2) 保険医療機関（有床診療所を含む。）において、15歳未満の鼠径ヘルニア手術及び15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行う場合には、当該患者が特別入院基本料又は

区分番号「A307」に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料3を算定するものであること。

- (3) 短期滞在手術基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、~~「診療報酬の算定方法」~~第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (5) 短期滞在手術基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術基本料3を算定している月においては、入院日の前日までにを行った血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。
- (6) 短期滞在手術基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。
- (7) 短期滞在手術基本料1又は2を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E400」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- (8) 同一の部位につき短期滞在手術基本料1又は2に含まれる写真診断及び撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

第2章 特掲診療料

<通則>

第1部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、~~及び小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料~~並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は~~自院、他院を問わず~~同一月に算定できない。

第1部 医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

6 てんかん指導料

- (2) 第1回目のてんかん指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は退院の日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。

9 外来栄養食事指導料

- (5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠中毒症等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食並びに高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）の患者に対する治療食を含む。なお、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が~~7.0g以下~~6g未満）

のものに限る。ただし、平成20年9月30日までの間は、なお従前の例によることができる。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。

11 集団栄養食事指導料

- (6) それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「B001」の「~~9~~11」集団栄養食事指導料と区分番号「B001」の「~~10~~9」外来栄養食事指導料又は区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。

B001-3 生活習慣病管理料

- (9) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビン A_{1c} (HbA_{1c}) が8.0%以上の者をいう。

B001-4 手術前医学管理料

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、~~手術前医学管理料を算定する旨届け出た保険医療機関において、~~区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。~~なお、届出の様式等によらずに別途通知する。~~

B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。なお、ここでのいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)、B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料(II)

- (1) ハイリスク妊産婦共同管理料(I)は、診療に基づき患者を紹介した医師（以下この項において「紹介元医師」という。）が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者＝1人につき1回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。

B009 診療情報提供料(I)

- (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア グループホーム及びケアホーム（障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者自立支援法第5条第12項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第6項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19条号）第6条の7第2項に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ 障害者自立支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ 障害者自立支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ 障害者自立支援法第5条第22項に規定する福祉ホーム

キ 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神保健福祉法第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

- (1) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、~~後期高齢者である~~患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等を患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した場合に、退院の日において後期高齢者である患者について、退院の日1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

B015 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

- (1) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている入院中の患者の退院に際して、管理栄養士が医師の指示の下、当該計画に基づき、患者、家族等に対して、患者の退院後の生活を勘案した上で、退院後の在宅での栄養・食事管理について概ね15分以上指導を行うとともに、必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。なお、ここでのいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。
- (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料の対象となる患者は、経口摂取を行う患者であって次のアからエに掲げる要件の全てに該当するものであること。なお、経管栄養のみの患者は対象となっていないが、経管栄養と経口摂取を併用している場合は、対象患者となること。
- ア 当該指導の実施日において~~75歳以上~~後期高齢者である患者であること。
- イ 低栄養状態にある者。なお、低栄養状態にある者とは、アルブミン値が概ね3.5g/dL以下の者若しくはBMIが概ね18.5未満の者又は医師が低栄養状態にあると認めた者をいう。
- ウ 区分番号「A233」栄養管理実施加算が算定されていること。
- エ 当該指導の実施日において、食事が提供されていること。

B016 後期高齢者診療料

- (6) 病状の急性増悪時に、区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 後期高齢者の生活機能を含んだ評価の実施にあたっては~~あたらず~~は、関係学会等よりガイドラインが示されているので、評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (23) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、算定の基礎となる指導及び診療が行われた時点で75歳以上のときに後期高齢者である患者であること。

B018 後期高齢者終末期相談支援料

- (1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。
- (2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成~~19~~19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分に

において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。

- (3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、保険医は患者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- (6) 時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C000 往診料

- (9) 同一の患家（有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるもの (区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の(2)のイに規定する居住系施設入居者である患者の患家を除く。)を含む。)で2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料又は区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定せず、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」の加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。なお、診療上の必要に基づき、同一の患家で複数の患者を診療することが継続的に行われる場合には、1人目に診療する患者が特定の人に偏ることのないようにするなど、患者の費用負担の観点から適切な配慮を行うこと。

C001 在宅患者訪問診療料

- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者であり、次の患者をいうこと。

ア 自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者

イ 次に掲げる患者（以下「居住系施設入居者等である患者」という。）

(イ) 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者

- ① 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（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ② 老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ③ 老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（⑤に規定する特定施設を除く。）
- ④ 老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム

- ⑤ 特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第10項に規定する地域密着型特定施設のことをい）、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（~~平成11年厚生省令第37号~~）第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）
- ⑥ 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（⑤に規定する特定施設を除く。）

（ロ） 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

- ① 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護
- ② 介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（~~平成18年厚生労働省令第34号~~）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
- ③ 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護
- ④ 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護
- ⑤ 介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
- ⑥ 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成18年厚生労働省告示第176号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

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

(イ) 養護老人ホーム（(二)に規定する施設を除く。）

(ロ) 軽費老人ホーム（「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）第二に規定するA型のものに限り、(二)に規定する施設を除く。）

(ハ) 特別養護老人ホーム

~~(ニ)~~ 特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）

~~(ロ) 特別養護老人ホーム~~

~~(イ) 養護老人ホーム~~

~~(ニ) 軽費老人ホーム（「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。）~~

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 短期入所生活介護

(ロ) 介護予防短期入所生活介護

C003 在宅末期医療総合診療料

(11) 「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅末期医療総合診療料と別に算定できる。

ア 週3回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「C000」往診料の「注1」及び「注2」の加算を含む。）（ただし、週2回を限度とする。）

イ 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の「注4」に規定する加算（ただし、「注4」本文の加算を算定する場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」の加算、「注4」ただし書の加算を算定する場合には、在宅末期医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して「注4」本文の加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該「注4」ただし書の加算の要件を満たした場合については、看取った保険

医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。)

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料

(1) ~~区分番号「C005」~~在宅患者訪問看護・指導料及び~~区分番号「C005-1」~~

~~居住系施設入居者等訪問看護・指導料~~は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、1日に1回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、居住系施設入居者等訪問看護・指導料は、居住系施設入居者等である患者に対して算定する。

(15) 「注5」に規定する在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に~~対して~~、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定できる。

ウ 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

カ 特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定点数は算定しないこと。

キ 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日~~＝並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。~~

(16) 「注6」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能~~と~~することは、患者及びその

家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

エ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

オ ~~緊急カンファレンス加算~~在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び居住系施設入居者等緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「~~C005~~」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「~~C005-1~~」~~2~~居住系施設入居者等訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(17) 「注7」に規定する後期高齢者終末期相談支援加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 後期高齢者終末期相談支援加算は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。

イ 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成~~18~~19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限

り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを看護記録に添付すること。

ウ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならないこと。

エ 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。

オ 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ 患者の死亡時に算定すること。

キ 終末期相談支援の目的のみをもって患家を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかった日にあっては、在宅患者訪問看護・指導料等は算定できないこと。

ク 同一の保険医療機関の保険医と終末期相談支援を行った場合又は特別の関係にある保険医療機関等のみで終末期相談支援を行った場合は算定できないこと。

C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

(2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。

(7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。

C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

(6) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G 0 0 3」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C 1 1 2 在宅気管切開患者指導管理料

(3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「J 0 0 0-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J 0 0 1-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J 0 1 8」喀痰吸引及び区分番号

「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C159-2 呼吸同調性式デマンドバルブ加算

呼吸同調性式デマンドバルブ加算は、呼吸同調性式デマンドバルブを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着して使用した場合に算定できる。

第3節 薬剤料

C200 薬剤

(2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

(イ) 新医薬品（薬事法第14条の4第1項第一号に規定する新医薬品をいう。）

であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していない注射薬

(ロ) クエン酸フェンタニル製剤及び複方オキシコドン製剤

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

外来迅速検体検査加算

(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「D007」血液化学検査の注の場合

区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合

~~区分番号「D010」特殊分析の「5」アミノ酸定量の「ロ」の場合~~

~~区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の注の場合~~

~~区分番号「D014」自己抗体検査の注の場合~~

例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）精密測定と「6」のCA19-9精密測定を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、10点を加算する。

D006 出血・凝固検査

(9) フィブリンモノマー複合体定量

ア 「21」のフィブリンモノマー複合体定量は、DIC、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ フィブリンモノマー複合体定量、「19」のトロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定及び「19」のプロトロンビンフラグメントF1+2精密測定のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

D006-2 血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)

- (2) 区分番号「D004」~~穿刺液・採取液検査~~の「15」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)又は区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D008 内分泌学的検査

(16) ~~βクロスラプス精密測定~~

「13」のβクロスラプス精密測定は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。

なお、「13」の尿中βクロスラプス精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (21) 「17」のエリスロポエチン精密測定は、赤血球増加症の鑑別診断~~並びに~~及び重度の慢性腎不全患者~~及び~~又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断のために行った場合に算定する。

第2款 検体検査判断料

第3節 生体検査料

D214 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

- (4) 脈波図、心機図、ポリグラフ検査を1誘導で行った場合は区分番号「D207」体液量等測定の「~~①~~1」により算定する。

D219 ノンストレステスト

- (1) ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。

- ア 40歳以上の初産婦である患者
- イ BMIが35以上の初産婦である患者
- ウ 多胎妊娠の患者
- エ 子宮内胎児発育不全の認められる患者
- オ 子宮収縮抑制剤を使用中の患者
- カ 妊娠高血圧症候群重症の患者
- キ 常位胎盤早期剥離の患者

- ク 前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
- ケ 胎盤機能不全の患者
- コ 羊水異常症の患者
- サ 妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの
 - （イ） 前期破水を合併したもの
 - （ロ） 経腔超音波検査で子宮頸頸管長が20mm未満のもの
 - （ハ） 切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの
 - （ニ） 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの
- シ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ス 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
- セ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ソ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
- タ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者
- チ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
- ツ 白血病（治療中のものに限る。）の患者
- テ 血友病（治療中のものに限る。）の患者
- ト 出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者
- ナ HIV陽性の患者
- ニ Rh不適合の患者
- ヌ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者
ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。

D310 小腸ファイバースコープ

- （1） 「2」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。
 - ア カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。
 - イ 事前に上部消化管検査及び下部消化管検査を実施し、原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断を行うために使用した場合に算定する。
 - ウ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

第4部 画像診断

<通則>

5 画像診断管理加算

画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の

属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断及びコンピュータ断層撮影（CT撮影）及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が診断を行い、読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

E003 造影剤注入手技

(8) 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「K829」により算定する。

第5部 投薬

第3節 薬剤料

F200 薬剤

(1) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固形剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

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

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一敷地建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。

~~(5) 心大血管疾患リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの実施単位数は、看護師又は理学療法士1人につき1日10単位を標準とし、週100単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。~~

(5) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分番号D208に掲げる心電図検査、区分番号D209に掲げる負荷心電図検査及び区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

(6) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位

に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(※7) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。

(※8) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

(※9) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(10) 廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて別紙様式22を用いて、月ごとに評価~~する~~し、診療報酬明細書に添付すること。

H004 摂食機能療法

(1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。

(4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士~~又は~~、看護師等、准看護師又は歯科衛生

土が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

H007 障害児（者）リハビリテーション料

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
- ア 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設
- イ 同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
- ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療料

I002 通院・在宅精神療法

- (4) 通院・在宅精神療法の「1」及び「2」は、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分番号「A000」初診料の「注2」のただし書に規定する初診を含む。）~~は~~は、診療に要した時間が30分を超えた場合に限り算定することとし、通院・在宅精神療法の「2」は、「1」以外の場合において診療に要した時間が5分を超えた場合に限り算定する。この場合において診療に要した時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

I008 入院生活技能訓練療法

- (1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有する患者ものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

I012 精神科訪問看護・指導料

- (7) ~~(5)~~(6)に規定する精神科訪問看護・指導は、1人の保健師等が同時に行う看護・指導の対象患者等の数は5人程度を標準とし、1回の訪問看護・指導に8人を超えることはできない。

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」に~~掲げる~~在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号「C 1 0 2 - 2」に~~掲げる~~在宅血液透析指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工腎臓の費用は別に算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

(16) 「注3」の加算については、手記次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア 障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの

エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者

オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者

カ 認知症患者

キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者

ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者

ケ 出血性消化器病変を有する者

コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者

サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者

シ 末期癌に合併しているために入院中の患者

ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの

セ 妊婦（妊娠中期以降）

ソ うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）

タ 12歳未満の小児

チ 人工呼吸を実施中の患者

ツ 結核菌を排菌中の患者

J 0 4 0 局所灌流

(2) 局所灌流を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J 0 4 1 吸着式血液浄化法

(2) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法は、次のアからウのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「J 0 4 1」吸着式血液浄化法により算定する。

ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの

イ 次の(イ)～(ニ)のうち2項目以上を同時に満たすもの

(イ) 体温が38度以上又は36度未満

(ロ) 心拍数が90回/分以上

(ハ) 呼吸数が20回/分以上又はPaCO₂が32mmHg未満

(ニ) 白血球数が12,000/mm³以上若しくは4,000/mm³未満又は桿状核好中球が10%以上

ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重症化したもの（総ビリルビン10mg/dL以上かつヘパプラスチンテスト40%以下であるもの）を除く。）

- (3) 吸着式血液浄化療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

(救急処置)

J 0 4 7 カウンターショック

- (4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「K 5 4 5」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

(耳鼻咽喉科処置)

J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

- (2) 区分番号「D 4 0 6 - 2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

(ギプス)

1 一般的事項

- (5) ギプスシーネは、ギプス包帯の点数（ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。）に準~~ぜ~~より算定する。

(処置医療機器等加算)

J 2 0 0 腰部固定帯加算

- (2) 胸部固定帯は、腰部固定帯に準~~ぜ~~より算定することができる。ただし、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

第10部 手術

<通則>

- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が~~別~~定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤（手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。）については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K047 難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

- (1) 対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術又は区分番号「K047-3」骨折超音波骨折治療法~~（一連につき）~~等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術及び区分番号「K047-3」等他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

- (1) 超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折に対する観血的手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該~~骨折~~超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

第5款 耳鼻咽喉

K361 上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術

区分番号「K35~~5~~5」鼻内前頭洞手術、区分番号「K35~~4~~3」鼻内篩骨洞手術、区分番号「K35~~4~~4」篩骨洞鼻外手術及び区分番号「K35~~5~~2-2」鼻内上顎洞~~根本~~手術を併施した場合は、本区分により算定する。

第7款 胸部

K476-3 乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除~~術後~~）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

K516 気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第1、第2及び第3肋骨）に、肺尖剥離~~剥離~~、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜鉛酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

(9) 麻酔の実施時間

ア 全身麻酔の実施時間は、(3)により計算する。

イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に伏臥位で2時間30分間

③ 最後に仰臥位で20分間

の計3時間の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の2時間を充当 9, 150点

②の残り30分の加算 900点

仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点

算定点数 10, 650点

例2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に側臥位で1時間20分間

③ 最後に仰臥位で47分間

の計2時間17分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の1時間20分+①と③の57分のうち40分

9, 130点

①と③の残り17分の加算 600点

算定点数 9, 730点

例3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で5分間

② 次に側臥位で21分間

③ 次に分離肺換気で1時間27分間

④ 次に側臥位で30分間

⑤ 最後に仰臥位で5分間

の計2時間28分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に③の1時間27分+②と④の51分のうち33分

16,600点

②と④の残り18分+①と⑤の10分の合計28分の加算

660点

算定点数

17,260点

例4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに45分間

③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して2時間25分間

④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに1時間

⑤ 最後に仰臥位で10分間

の計4時間30分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に③の2時間を充当

16,600点

②+④で1時間45分となり、このうち30分×3の加算

2,700点

③の残り25分間に④の残り15分間のうち5分間を加算

1,200点

①+⑤の20分間に④の残り10分間を加算

600点

算定点数

21,100点

第12部 放射線治療

<放射線治療料>

M003 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が~~おおむね~~皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。

第13部 病理診断

第1節 病理標本作製料

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、甲状腺腫を除く内分泌臓器の機能性腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症、~~慢性腎不全~~等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療所

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項

(別紙)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料 ¹	×	○
	診療情報提供料(Ⅰ)(注4に限る。)	×	○
	診療情報提供料(Ⅱ)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第~~63~~63号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について（歯科）

（平成20年3月5日保医発第0305001号）

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

- (10) 地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の3割以上であるもの又は2割以上であるもののうち、別に厚生労働大臣が~~別~~定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。

なお、別に厚生労働大臣が~~別~~定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第一に掲げる手術である。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B000-4 歯科疾患管理料

- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供~~交付~~年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況、生活習慣の改善目標、患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯牙及び歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査）等の要点、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付すること。
- (3) 1回目に患者又はその家族に対して~~交付~~提供する管理計画書については、初診日から起算して1月以内に第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成すること。
- (4) 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周組織検査により一時的に病状が安定されたと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に~~交付~~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ない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の~~交付~~提供日から起算して3月を超える日までに1回以上~~交付~~提供すること。
- (5) 歯科疾患管理料を算定した月においては、患者又はその家族に対して、管理計画書を交

~~付~~提供しない場合~~に~~であっても、少なくとも1回以上の管理計画に基づく疾患管理を行うこと。なお、当該疾患管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。

(12) 「注7」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者又は保護者に対し文書により提供を行った上でフッ化物の歯面塗布を行った場合に算定する。

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

ハ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が3～4月ごとに局所応用を行うことをいう。

ニ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

(13) 「注8」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物洗口に~~か~~に係る指導を行い文書により情報提供を行った場合に算定する。

ロ ~~「注8」の~~フッ化物洗口に用いる薬液とは、洗口用の0.05%及び0.1%フッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ フッ化物洗口に係る指導に~~あ~~当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に限り算定する。

(イ) 洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度

(ロ) 洗口に関する注意事項

(ハ) 薬液の取扱い及びその保管方法

ニ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い業務記録簿に指導内容等を記載し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

B001-2 歯科衛生実地指導料

(2) 「注1」に規定する文書とは、(1)に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の署名が記載されているものをいう。なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に~~交付~~提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

(5) 歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコプ（~~タ~~ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

B013 義歯管理料

(2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床

義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、当該管理の要点を診療録に記載した場合に、新製有床義歯の装着後1月以内に2回を限度として算定できるものとする。ただし、1回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載すること。なお、診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。

~~(11) 有床義歯管理料は、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載した場合に算定する。~~

~~(11)~~ 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。

~~(12)~~ 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。

~~(13)~~ 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して3月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載する。

~~(14)~~ 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯の修理等により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。

~~(15)~~ 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものである。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。

イ 総義歯を装着した患者

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者

~~(16)~~ 本区分に併せて区分番号M091に掲げる周辺装置加算を算定する場合は、実際の調整回数にかかわらず、本区分の管理料が1月に算定可能な回数を限度として算定する。

~~(17)~~ 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも算定できない。

~~(18)~~ 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考にすること。

B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2

(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医

義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、当該管理の要点を診療録に記載した場合には、新製有床義歯の装着後1月以内に2回を限度として算定できるものとする。ただし、1回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載すること。なお、診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。

~~(11) 有床義歯管理料は、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載した場合に算定する。~~

(11) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。

(12) 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。

(13) 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して3月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載する。

(14) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯の修理等により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。

(15) 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものである。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。

イ 総義歯を装着した患者

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者

(16) 本区分に併せて区分番号M091に掲げる周辺装置加算を算定する場合は、実際の調整回数にかかわらず、本区分の管理料が1月に算定可能な回数を限度として算定する。

(17) 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも算定できない。

(18) 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考にすること。

B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2

(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医

- (33) 「注9」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及びその周辺装置名を診療録に記載した場合に算定する。また、当該加算を算定する月においては、切削器具名及び周辺装置名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

C001 訪問歯科衛生指導料

- (6) 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と~~及び~~終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実施指導を行った歯科衛生士等が署名した文書を提供するとともに、その文書の写しを業務記録簿に添付すること。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し直接報告すること。
- (7) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載するものとし、診療報酬明細書には、日付、訪問先、通院困難な理由、指導の実施時刻（開始時刻と~~及び~~終了時刻）を摘要欄に記載する。
- (9) 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と~~及び~~終了時刻）、指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する要点及び実施指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料

- (2) 「注1」に規定する文書とは、歯科疾患の状況及び口腔機能の管理に係る計画書（以下「口腔機能管理計画書」という。なお、当該管理計画書の様式は、「別紙様式3」又はこれに準じた様式とする。）の交付提供年月日、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、齲蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等）、口腔機能の状態（咀嚼機能の状況、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定に当たっては、当該管理の要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族に提供した口腔機能管理計画書の写しを診療録に添付すること。
- (3) 口腔機能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交付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交付提供日から起算して3月を超える日までに1回以上交付提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者に対して、初めて口腔機能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回目以降の口腔機能管理計画書については、歯周病の治療に進捗状況を踏まえたものとする。
- (4) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した月においては、患者に対しては、口腔機能管理計画書を交付提供しない場合にあっても、少なくとも1回以上の歯科疾患及び口腔機能の管理を行うこと。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該指導を行った場合であっても算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降~~す~~速やかに指導を行うものであること。
- (5) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (6) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。
- (7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

第3部 検査

第1節 検査料

D002 歯周組織検査

- (1) 歯周組織検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施するものである。また、2回目以降の歯周組織検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施するものである。歯周組織検査の実施については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。

D003-2 口腔内写真検査

- (2) 口腔内カラー写真には、患者の氏名及び撮影した~~も~~年月日を明記する。

第4部 画像診断

通則

- 9 「通則5」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合は、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

10 「通則 5」に規定する電子画像管理加算を算定した場合には、「通則 4」に規定するデジタル映像化処理加算は算定できない。

~~11~~ 11 「通則 6」の画像診断管理加算は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

~~12~~ 12 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

~~11~~ 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、「通則 5」の規定より算定する。

~~13~~ 13 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号 E 3 0 1 に掲げる造影剤料により算定する。

~~14~~ 14 エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

第 4 節 フィルム及び造影剤料

<画像診断の端数処理方法>

(2) 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影に限り、歯科用エックス線フィルム 1 枚を単位として第 1 節診断料、第 2 節撮影料及び第 4 節フィルム料を合算し、端数処理を行う。

(例) 1 枚の場合

20 点（診断料）+ 25 点（撮影料）+ (28 円/10) 点（フィルム料）= 47.98 点 → 48 点

(例) 5 枚の場合

48 点（1 枚当たりの請求点数）× 5 枚 = 240 点

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

H 0 0 1 摂食機能療法

(1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が 1 回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に月 4 回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して 3 月以内の患者に限っては、1 日につき算定できる。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある者のことをいう。

(2) 摂食機能療法は、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻時間）、療法の内容、使用用具等の名称等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、使用用具等の名称を記載すること。

- (3) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、~~受検~~看護師等、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

第8部 処置

第1節 処置料

I 0 0 0 - 2 咬合調整

- (2) 過重圧を受ける歯牙の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科保険医療機関において製作された鑄造歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、歯数に応じて~~1回に限り~~所定点数を算定する。
- (4) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く。）を行った場合は、所定点数を1回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に、歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載すること。

I 0 1 1 歯周基本治療

- (5) 2回目以降のスクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）については、歯周組織検査の結果を踏まえ、その必要性、~~及び~~効果等を考慮した上で実施するものとする。
- (6) 区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術と同時に行われた歯周基本治療の費用は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

- (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。

I 0 1 4 暫間固定

- (5) 暫間固定に際して行~~った~~印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、副子と同様に算定する。
- (12) 暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 副子」を、咬合採得を行った場合は、1装置につき装置の範囲に相当する歯数が8歯以下の場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2

の口の(1) 少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、M005に掲げる装着の費用料及び装着材料料は別に算定できない。

I 0 1 8 歯周治療用装置

- (2) 「注1」の「歯周組織検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、~~又は区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「4 歯肉剥離搔爬手術」~~又は「5 歯周組織再生誘導手術」の可否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周組織検査の「2 歯周精密検査」をいう。

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (1) 歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去の費用を算定できる歯冠修復物又は補綴物は、第12部に掲げる充填、鑄造歯冠修復、帯環金属冠、歯冠継続歯、ジャケット冠、支台築造であり、~~一時的被覆冠~~、仮封セメント、ストップピング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一の歯牙について2個以上の歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。

I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1顎1回につき算定する。なお、当該点数を算定している期間においては、~~区分番号B013の2~~に掲げる有床義歯管理料は算定しない。

I 0 2 3 心身医学療法

- (4) 心身医学療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載し、摘要欄には確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の保険医療機関であつて心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。

例 「舌痛症（心身症）」

I 0 2 7 人工呼吸

- (2) 人工呼吸と医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号D 2 2 3に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号D 2 2 5-2に掲げる非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらにかか~~る~~費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 人工呼吸と酸素吸入を~~あ~~併せて行った場合に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

第9部 手術

通則

- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（包帯、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏）、外皮用殺菌剤、患者の衣類の費用及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が~~別~~定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合（特定薬剤にあつては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤の費用を算定できる。

第1節 手術料

J 0 0 0 抜歯手術

- (12) 抜歯の際、局所麻酔と~~あ~~併せて使用した抗生物質製剤の注射については、第6部注射の費用の算定方法により算定する。この場合の局所麻酔の費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。その場合、抜歯を中止したことを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

J 0 0 3 歯根嚢胞摘出手術

- (1) 歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは、当該歯根＝嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。

J 0 3 6 術後性上顎＝嚢胞摘出術

J 0 6 6 齒槽骨骨折観血的整復術

齒槽骨骨折に対し、歯肉粘膜を＝剥離して観血的に齒槽骨の整復を行った場合に算定する。

第10部 麻酔

第1節 麻酔料

K002 吸入鎮静法

- (2) 吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用の算定については、別に定める「酸素及び窒素の価格」（平成20年厚生労働省告示第604号）に基づき算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 10 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、~~区分番号I007に掲げる根管貼薬処置、区分番号I008に掲げる根管充填（「注1」で規定する加算を除く。）~~、区分番号J000に掲げる拔牙手術（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）及び区分番号M029に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の10分の50を加算する。
- 15 患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であって支台築造物、鑄造歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、バー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着ができない場合は診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、区分番号M002に掲げる支台築造、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、区分番号M017に掲げるボンティック（ダミー）、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるバーの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。また、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料の費用は算定できない。なお、請求に当たっては、装着の予定日から起算して1月以上経過した上で行うものとする。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。
- 16 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、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M

015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

M001 歯冠形成

- (6) 「1のロ ジャケット冠」及び「2のロ ジャケット冠」のジャケット冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠をいう。

M003 印象採得

- (3) 印象採得の費用は、原則として歯冠修復及び欠損補綴に当たって印象採得又は蠟ろう型採得を行った際に製作物単位に算定する。ただし、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあつては、支台装置ごとに「1のイ 単純印象」を、又は1装置ごとに「2のイの(1) 簡単なもの」を算定する。

M00~~3~~ 3-2 テンポラリークラウン

M017 ポンティック（ダミー）

- (9) ブリッジを装着するに当たり、ワンピースキャスト法により印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のニの(1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」又は~~同~~区分番号M003に掲げる印象採得の「2のニの(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」を、それ以外の方法により支台装置の印象採得を行った場合は1歯につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」又は区分番号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を、ポンティック（ダミー）の印象採得を行った場合は1装置につき~~同~~区分番号M003に掲げる印象採得の「2のイの(1) 簡単なもの」を、咬合採得を行った場合は1装置につき区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(一) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(二) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着については1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」又は区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着については1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「2のイ ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。
- (21) 矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は1歯分しかないような小臼歯2歯の欠損であつて間隙が狭い場合及び第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合のブリッジについては、そ

「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

~~ただし、また、同様の理由で第一小臼歯、第三小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合には、~~保険適用の有無を判定確認することになるので、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社会保険事務局長に提出してその適否を決するものとする。また、添付模型の製作の費用は、区分番号D003に掲げるスタディモデルにより算定するが、添付フィルム又はその複製については、区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに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。

第13部 歯科矯正

第1節 歯科矯正料

N000 歯科矯正診断料

- (4) 患者又はその家族に~~交付~~提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に~~交付~~提供した治療計画書の要点を記載すること。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出を行~~った~~保険医療機関に限り算定する。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
 - イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
 - ロ 口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、顎蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等）及びヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
 - ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
 - ニ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等
 - ホ 顎離断等の手術をを担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名
 - ヘ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当保険医氏名等
- (4) 患者又はその家族に~~交付~~提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に~~交付~~提供した治療計画書の要点等を記載すること。

N002 歯科矯正管理料

- (3) 第区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」若しくは区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合には、歯科矯正管理料は算定できない。
- (5) 患者又はその家族に交付提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (6) 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に交付提供した文書の要点を記載すること。

N006 印象採得

- (5) 「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、前記(4)に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合をいう。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について（調剤）

（平成20年3月5日保医発第0305001号）

区分01 調剤料

（1）内服薬

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

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

- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- ② 内服用嚥下固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
- ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

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

（5）一包化薬

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

（11）調剤料の夜間・休日等加算

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

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

（4）居住系施設入居者等とは、次に掲げる患者をいう。

ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者

- （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（（ホ）に規定する特定施設を除く。）
- （ロ） 同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（（ホ）に規定する特定施設を除く。）
- （ハ） 同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（（ホ）に規定する特定施設を除く。）

く。)

(ニ) 同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム

(ホ) 特定施設 (指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第35号)第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り~~介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設のことをいふ~~、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準~~(平成11年厚生省令第37号)~~第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。)

(ヘ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成13年国土交通省令第115号)第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅((ホ)に規定する特定施設を除く。)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第9項に規定する短期入所生活介護

(ロ) 同条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準~~(平成16年厚生労働省令第34号)~~第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)

(ハ) 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護

(ニ) 同法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護

(ホ) 同条第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)

(ヘ) 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

区分15の4 退院時共同指導料

- (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関(以下「入院保険医療機関」という。)に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のこと。

とをいう。

区分19 後期高齢者終末期相談支援料

- (2) 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した後期高齢者である患者（在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに限る。）について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し、患者及び主に患者の介護を行う家族等とともに、薬物治療等の診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。

別表1

- インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤及びグリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤の自己注射のために用いるディスプレイザブル注射器（針を含む。）
- 万年筆型インスリン注入器用注射針
- ~~万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針~~
- 自己連続携帯式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット
- 在宅中心静脈栄養用輸液セット
- 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイザブルカテーテル
- 携帯型ディスプレイザブル注入ポンプセット

平成 年 月 分

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生

【留意事項】

- 1 月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に必ず患者の状態等に応じて、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には、該当日に「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。
- 2 頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

I 算定期間に限りがある区分

医療区分3	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 24時間持続して点滴を実施している状態	7																															
医療区分2	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
2 尿路感染症に対する治療を実施している状態	14																															
3 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30																															
4 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	7																															
5 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7																															
6 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態	3																															
7 せん妄に対する治療を実施している状態	7																															
8 経鼻胃管や経腸管等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態	7																															
9 頻回の血糖検査を実施している状態	3																															

II 算定期間に限りがない区分

医療区分3	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10 スモン																																
11 注1を参照																																
12 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																																
13 中心静脈栄養を実施している状態																																
14 人工呼吸器を使用している状態																																
15 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態																																
16 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態																																
17 酸素療法を実施している状態																																
18 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態																																
医療区分2	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
19 筋ジストロフィー症																																
20 多発性硬化症																																
21 筋萎縮性側索硬化症																																
22 パーキンソン病(進行性上肢振戦、下肢振戦を伴う慢性症。パーキンソン病(ホーエン・ヤールの慢性症分類がステージ3以上である症例)を指す。又はその状態に属する。)																																
23 その他の障害(スモン及びびびり14までを除く。)																																
24 腎臓損傷(腎臓損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)																																
25 慢性閉塞性肺疾患(ニュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る。)																																
26 人工腎臓、持続経腔式血液濾過、膜濾過又は血液交換療法を実施している状態																																
27 注2を参照																																
28 基本診療料の施設基準等の別表五の三の三の患者																																
29 慢性疼痛(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)																																
30 肺炎に対する治療を実施している状態																																
31 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的全失が認められる場合又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。)																																
32 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態																																
33 うつ症状に対する治療を実施している状態																																
34 他者に対する暴行が毎日認められる場合																																
35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態																																
36 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)																																
37 創傷(手術創や床ずれを含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、腫等の感染症に対する治療を実施している状態																																

医療区分3の該当有無

医療区分2の該当有無

医療区分3・2いずれも0(医療区分1)

Ⅲ ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時)に、必ず各項目に評価点(0～6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a ベッド上の可動性																															
b 移乗																															
c 食事																															
d トイレの使用																															
ADL得点(合計得点0～24)																															

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合には、入院時)に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

医療区分の評価

ADL区分の評価

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A 医療区分3																															
B 医療区分2																															
C 医療区分1																															
D 医療区分3・2いずれの該当項目数も0																															
E 医療区分2・1																															

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

主治医

(印)

注1

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)

ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)(別表第五の二の患者は除く。)

神経学的検査チャート

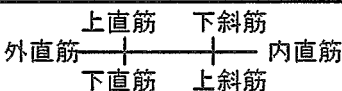
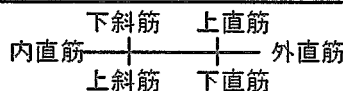
年 月 日 時 分

患者氏名

患者ID

患者性別 男 女 年齢

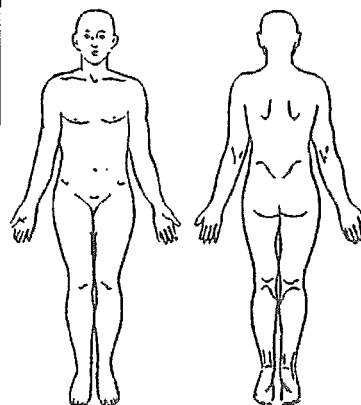
- 1) 意識・精神 a) 意識 : 清明、異常 ()
 状態 * Japan Coma Scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 * Glasgow Coma Scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
 b) 検査への協力 : 協力的、非協力的
 c) けいれん : なし、あり ()
 d) 見当識 : 正常、障害 (時間、場所、人)
 e) 記憶 : 正常、障害 ()
 f) 数字の逆唱 : 286、3529
 g) 計算 : $100 - 7 =$ $93 - 7 =$ $86 - 7 =$
 h) 失行 ()、失認 ()
 2) 言語 正常、失語 ()、構音障害 ()、嚥声、開鼻声
 3) 利き手 右、左
 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、 	正、 
眼底	正常、動脈硬化 () 度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視 ()、偏視 ()、突出 ()	
眼球運動		
眼振		
複視	(-) (+) : 方向 ()	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	(-) (+) : 回転性・非回転性 ()	
耳鳴り	(-) (+)	(-) (+)
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	(+) (-)	(+) (-)
嚥下	正常、障害 ()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
上部僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏倚	(-) (+) : 偏倚 (右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)
舌線維束性収縮	(-) (+)	

- 5) 運動系 a) 筋トーンス 上肢(右・左、正常 痙縮 強剛 低下) その他()
 下肢(右・左、正常 痙縮 強剛 低下)
 b) 筋萎縮 (－)(+) : 部位 ()
 c) 線維束性収縮 (－)(+) : 部位 ()
 d) 関節 変形、拘縮 : 部位 ()
 e) 不随意運動 (－)(+) : 部位 ()、性質 ()
 f) 無動・運動緩慢 (－)(+) : 部位 ()、性質 ()
 g) 筋力 正常、麻痺 : 部位 ()、程度 ()

		右	左		右	左
頸部屈曲	C1~6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	上肢バレー	(-) (+)	(-) (+)
伸展	C1~T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(下肢バレー)	(-) (+)	(-) (+)
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	Mingazzini	(-) (+)	(-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	握力	kg	kg
上腕三頭筋	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
手関節背屈	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
掌屈	C6~8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
腸腰筋	L1~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿四頭筋	L2~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
前脛骨筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0			

筋萎縮・感覚



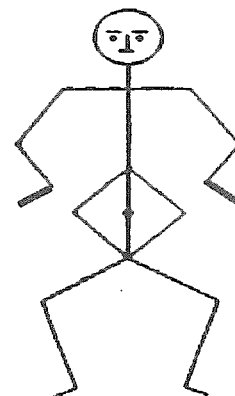
- 6) 感覚系 a) 触覚 正常、障害 : 部位 ()
 b) 痛覚 正常、障害 : 部位 ()
 c) 温度覚 正常、障害 : 部位 ()
 d) 振動覚 正常、障害 : 部位 ()
 e) 位置覚 正常、障害 : 部位 ()
 f) 異常感覚・神経痛 (－)(+) : 部位 ()

7) 反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(-) (+)	(-) (+)	バビンスキー	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
トロムナー	(-) (+)	(-) (+)	チャドック	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
(腹壁) 上			(膝クロース)	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)
下			足クロース	(-) (+)	(-) (+)		(-) (+)	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復拮抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激徴候 項部硬直 (－)(+)、ケルニツヒ徴候 (－)(+)
 10) 脊柱 正常、異常()、ラゼーグ徴候 (－)(+)
 11) 姿勢 正常、異常()
 12) 自律神経 排尿機能 正常、異常()
 排便機能 正常、異常()
 起立性低血圧 (－)(+)
 13) 起立、歩行 ロンベルク試験 正常、異常、マン試験 正常、異常
 歩行 正常、異常()
 つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)

神経学的所見のまとめ

.....

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る評価表

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	
3	廃用に陥る前のADL	
4	廃用の内容	
5	介入による改善の可能性	
6	改善に要する 見込み期間	
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。

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20年3月5日保医発第0305002号)

第2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

(略)

新生児入院医療管理加算	(新入) 第 号
看護配置加算	(看配) 第 号
看護補助加算	(看補) 第 号
療養環境加算	(療) 第 号

(略)

第3 届出受理後の措置等

- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日)から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

第4 経過措置等

- 3 基本診療料の施設基準等第十一の三の二、四の三、四の五、四の六の規定は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者に限り、当該病棟を療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した日以降から療養病棟入院基本料を算定する病棟に転棟又は転院した場合、平成22年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであり、その取扱いに係る転換方法については、次の場合にも含まれるものであること。なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。

ア 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合

イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日ま

での間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合

別添 1

初・再診料の施設基準等

第 1 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

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

ア 地域医療支援病院(医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院)

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

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

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

2 届出に関する事項

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

第 2 電子化加算

1 電子化加算に関する施設基準等

許可病床数が 400 床未満の保険医療機関(平成 21 年 4 月 1 日以降は、許可病床数が 400 床未満の~~保険医療機関病院~~のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるもの以外の~~保険医療機関病院~~)のうち、次のいずれにも該当していること。

(1)から(2) (略)

2 届出に関する事項

電子化加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 2 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 4 歯科外来診療環境体制加算

2 届出に関する事項

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

別添2

入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の2 7対1入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 7対1入院基本料（~~特定機能病院入院基本料及び~~、障害者施設等入院基本料及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を別添6の別紙7の一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用いて測定し、その結果、当該入院基本料を算定している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者をいう。）の割合が1割以上であること。ただし、産科患者及び小児科患者は測定対象から除外する。

(3) 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟及び結核病棟に限る。）及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の7対1入院基本料を算定する病棟については、当該入院基本料を算定している全ての病棟に入院している患者の重症度・看護必要度等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

(4) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間）の(1)又は(3)の測定結果を別添7の様式10の3により地方社会保険事務局長に報告すること。（ただし、平成20年7月は報告を要しないこと。）

14 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7対1入院基本料の対象となる病棟は、次の(1)のいずれかの基準を満たすものに限る。

(1)から(2) (略)

第5 入院基本料の届出に関する事項

2 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の5までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用いること。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1 入院時医学管理加算

1 入院時医学管理加算に関する施設基準等

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当

該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないこと。

2 届出に関する事項

- (2) 入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13及び様式13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に資する計画の成果を評価するため、別添7の~~別紙13~~様式13の2により届出ること。

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

- (1) 急性期医療を行う病院（特定機能病院を除く。）であること。

- (~~準~~2) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。

ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医療事務作業補助体制、短時間正規雇用の医師の活用、地域の他の保険医療機関との連携体制、外来縮小の取組み等）を別添7の~~別紙~~様式13の2の例により策定し、職員等に周知していること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）

- (~~準~~3) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という）を、25対1補助体制加算の場合は届出病床数（一般病床に限る。以下この項において同じ。）25床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は届出病床数50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は届出病床数75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は届出病床数100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、~~派遣職員であるなど雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）~~が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、常勤換算による場合であっても差し支えない。

- (4) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。

- (~~準~~5) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。~~するに当たっては、~~なお、最低6か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を行わせるものであること。なお、平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助

する専従者として雇用している者に対しても、当該研修が必要であること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認並びに問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

(※6) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例 （1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成18年4月21日医政発第0421005号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。

エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成19年3月30日医政発第0330033号等）に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

5 届出に関する事項

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式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に資する計画の成果を評価するため、別添7の別紙様式13の2により届出ること。

第11 療養病棟療養環境加算

1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算1に関する施設基準

ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。

- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- オ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- キ 当該病棟保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

第16の2 精神科地域移行実施加算

1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、~~医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士による~~地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、~~入院期間が5年以上の~~入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該保険医療機関病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。

別添4

特定入院料の施設基準等

第1 救命救急入院料

1 救命救急入院料に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急センター内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔医等が当該保険医療機関内に常時待機もて緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (7) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価は、別添6の別紙~~22~~21を用いて測定すること。また、当該日常生活機能評価表の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価表の構成と評価方法

(ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

- (2) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり転院した患者及び死亡退院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に別途添付の上提出すること。）

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

- (12) 精神科救急医療システム整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話再診を除く。）件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

ア 当該保健医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

第19 認知症病棟入院料

1 認知症病棟入院料の施設基準等

(3) 認知症病棟入院料1の施設基準

ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務していること。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を

算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、平成21年3月31日までは精神科医師の勤務のみで足りることとする。

イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。

ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。

エ 当該病棟保険医療機関内において、専従する精神保健福祉士又は専従する臨床心理技術者がいずれか1人以上勤務していること。

オ 当該病棟における1看護単位は、概ね40～60床を上限とすること。

カ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、18平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

キ 認知症病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。

ク 認知症病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上の専用の生活機能回復訓練室（平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院しているすべての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

（イ） 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ） 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ） 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。

別添5

短期滞在手術基本料の施設基準等

1 短期滞在手術基本料1に関する施設基準

（3） 当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。

（5） 術前に患者に十分に説明し、別添6の別紙22を参考として同意を得ること。

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0 点	1 点	2 点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0～4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A 得点

B 患者の状況等	0 点	1 点	2 点
10 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
13 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
15 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B 得点

注) 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) が 2 点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B 得点) が 3 点以上。

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、7対1入院基本料を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外での評価は含めない。但し、専門的な治療・処置のうち、③放射線治療はこの限りではない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない。

なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。

（参考）

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上

DESIGN 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 血圧測定

項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。

血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。

また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものは、合計回数に含めない。

3 時間尿測定

項目の定義

時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

時間尿量測定を実施していない場合、あるいは1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の測定、又は各測定の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。

「あり」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

4 呼吸ケア

項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

呼吸ケアを1回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含まない。時間の長さや回数の条件はない。

5 点滴ライン同時3本以上

項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、同時に3本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつそ

の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

同時に3本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

同時に3本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に3本以上あれば「あり」とする。

2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。

ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。

記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

6 心電図モニター

項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。

心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

7 シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

8 輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

9 専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

専門的な治療・処置を実施しなかった場合、又はその記録がない場合を言う。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 抗悪性腫瘍剤の使用

【定義】

抗悪性腫瘍剤は、悪性腫瘍細胞の増殖や生存を、細胞分裂に必要な核酸や蛋白の合成を阻害することにより直接的に、又は免疫機構等を介して間接的に阻害して腫瘍細胞の死滅をはかる薬である。作用機序や由来から、1) アルキル化薬、2) 代謝拮抗薬、3) 抗腫瘍性抗生物質、4) 植物アルカロイド、5) ホルモン、6) その他（インターフェロン製剤含む）に分類される。

【留意点】

固形腫瘍、血液系腫瘍を含み、抗悪性腫瘍剤を投与されている患者の管理を評価する。投与の方法は、静脈内、動注、皮下注、体腔、局所への投与がある。内服、外用は含まない。抗悪性腫瘍剤を投与した日のみを評価し、休業中は評価しない。臨床試験を含む。但し、これらの薬剤があくまでも抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限る。

② 麻薬注射薬の使用

【定義】

麻薬注射薬は、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤である。「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

【留意点】

麻薬の注射薬を使用している場合に限り評価する。投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下への投与がある。内服、外用は含まない。

③ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を根絶させる局所療法である。外部照射と内部照射(腔内照射、小線源治療)がある。

【留意点】

放射線治療には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器(リニアック)による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を含む。外部照射の場合は照射日のみを評価する。管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価する。

【参考】

(1) 放射線外部照射

直線加速器装置(リニアック)からX線、電子線等を体表、体内の腫瘍等に向けて照射する方法。コバルト60のγ線を使う方法もある。ガンマナイフも含まれる。

(2) 密封小線源照射

放射線同位元素を病巣部に直接刺入又は挿入して照射を行う。内部照射であるが、治療室内で終了する方法と一定期間隔離する方法がある。組織内照射法と腔内照射法がある。遠隔式後充填法(RALS)も腔内照射の一つである。

(3) 非密封小線源照射

放射線同位元素を投与し、体内から照射する内部照射である。退出基準に達するまで、放射線治療病室での管理が必要ことがある。

(4) 定位放射線照射

高線量の放射線を多方向から標的に向かって正確に照射する。外部照射の一つである。

④ 免疫抑制剤の使用

【定義】

免疫抑制剤は、自己免疫疾患の治療や臓器移植時の拒絶反応防止の目的で使用される薬である。主な免疫抑制薬は、(1)代謝拮抗薬、(2)カルシニューリン阻害薬、(3)生物学的製剤、(4)副腎皮質ホルモンに分類される。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を評価する。免疫抑制剤を投与した日のみを評価し、休薬中は評価しない。また、外用は含まない。

【参考】

(1) 代謝拮抗薬

プリン拮抗薬

アザチオプリン、ミゾリビン、ミコフェノール酸モフェチル、レフルノミド

葉酸拮抗薬

メトトレキサート

(2) カルシニューリン阻害薬

シクロスポリン、タクロリムス

(3) 生物学的製剤

ムロモナブー CD3、バシリキシマブ

(4) 副腎皮質ホルモン

プレドニゾロン

⑤ 昇圧剤の使用

【定義】

昇圧剤は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の場合に血圧を上昇させる薬剤であり、交感神経 β 刺激作用による心拍出量の増大や、 α 刺激作用による全末梢抵抗の増加により昇圧作用を示す注射剤である。塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、エピネフリン、ノルエピネフリン、塩酸イソプロテノール。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑥ 抗不整脈剤の使用

【定義】

抗不整脈剤は、不整脈に対して電気生理学的特性からそれぞれ Na⁺チャンネル抑制作用、交感神経 β 受容体遮断作用、K⁺チャンネル抑制作用、Ca²⁺拮抗作用を有する薬に分類される注射剤である。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑦ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的で手術創や体腔に誘導管を置いて滲出液や血液等を体外へ持続的に除去する方法をいう。閉鎖式、開放式の違いは問わない（ペンローズドレインも含む）。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含まない。

【留意点】

定義に基づく下記のドレインが留置されている場合に評価する。但し、留置されていれば、クランプしていてもよいとする。

- (1) 脳・脊椎：脳室、脳槽、脊椎ドレイン等
- (2) 胸腔内：胸腔、心嚢、前縦隔ドレイン等
- (3) 腹腔内：横隔膜下、肝下面、ウィンスロー孔、ダグラス窩、後腹膜ドレイン等
- (4) 肝・胆・膵：PTCD、PTGBD、ENBD、胆管、膵管チューブ等
- (5) 腎・尿管：腎盂、尿管カテーテル等
- (6) 消化管：経鼻胃管、イレウス管等
- (7) 創部：創部ドレイン

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. 「B 患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

10 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

11 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

1.2 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

1.3 移乗 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1.4 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

但し、口腔清潔が制限されていないに関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

1.5 食事摂取 項目の定義

食事介助の状況の評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすい

ように配慮する行為)等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般(普通)食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。但し、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

16 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。

自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さや判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

別紙10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日 患者氏名 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護職員 サイン)

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()
2 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()
3 部位 () 大きさ () 数 () ステージ※ ()

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等)
の実施 (あり なし)

(3) スキンケアの実施 (あり なし)

(4) 栄養状態改善の実施 (あり なし)

(5) リハビリテーションの実施 (あり なし)

* 以下は、前月から継続している場合のみ記載

(6) 褥瘡の状態の変化

当月評価日時点で (改善した 悪化した どちらともいえない)

【褥瘡のステージ】

第1度：皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)

第2度：皮膚層の部分的喪失：びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ADL 治療・ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日 患者氏名 () 評価日 () 年 () 月 () 日 記載者サイン (医師・看護職員 <u>サイン</u>)

(1) ADLが低下した分野

	ADLの項目	前月末日の段階	当月末日の段階
①	ベッド上の可動性		
②	移乗		
③	食事		
④	トイレの使用		

※ 段階は、評価の手引きⅢADL区分にある0～6段階で記入する。

(2) ADL低下の原因

(急性期治療後 急性期後の長期臥床 薬剤の副作用 痛み うつ状態
難病等 その他_____)

(3) ADL改善又は低下予防に係る治療・看護計画 (あり なし)

(4) 総合的なADL改善又は低下予防に係る職員研修 (あり なし)

(5) リハビリテーションの実施 (あり なし)

尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日 患者氏名 ()
評価日 () 年 () 月 () 日
記載者サイン (医師・看護職員 サイン _____)

(1) 診断名

(急性膀胱炎 急性腎盂腎炎 慢性膀胱炎 慢性腎盂腎炎
その他 _____)

(2) 診断時の症状

・自覚症状 (排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛 その他 _____)

・バイタルサイン () 月 () 日 体温 ()

・検査値等

血液 : () 月 () 日 白血球 () CRP ()

尿 : () 月 () 日 白血球 () 細菌尿 ()

尿培養 : () 月 () 日 起炎菌 (大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチ
ア菌 その他 _____)

(3) 実施した治療・ケア

・抗生剤の投与 : 点滴 () 月 () 日から () 日間

・経口投与 () 月 () 日から () 日間

・水分補給 1 日あたり (点滴 _____ 経口 _____)

身体抑制 治療ケアの確認リスト

入院日 () 年 () 月 () 日	患者氏名 ()
評価日 () 年 () 月 () 日	
記載者サイン (医師・看護職員	サイン _____)

(1) 身体拘束の行為 (該当するものにチェック)

- ☐ 四肢の抑制
- ☐ 体幹部の抑制
- ☐ ベッドを柵 (サイドレール) で囲む
- ☐ 介護衣 (つなぎ服) の着用
- ☐ 車いすや椅子から立ち上がれないようにする
(抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用)

(2) 身体拘束の実施に係る3つの要件 (切迫性・非代替性・一時性) に該当している
こと、およびその記録 (あり なし)

(3) 本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 (口答のみ 文書のみ 口答と文書の両方)

② 説明の内容 (該当するものにチェック)

- ☐ 身体拘束の内容
- ☐ 目的
- ☐ 理由
- ☐ 拘束の時間帯および時間
- ☐ 実施する期間

治療・ケアの内容の評価表

平成()年()月 第()病棟

記載者サイン(医師・看護職員 サイン)

	①該当患者数	③継続入院患者数	①／③
	②※		②／③
ADL区分1・2の患者における褥瘡			
ADL区分3の患者における褥瘡			
ADL の低下 (「支援のレベル」の合計点が2点以上増加)			
尿路感染症			
身体抑制			

※当該病棟内(診療所においては当該施設内)で新規(別な部位における新規も含む。)に発生した数(再掲)

重症度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0 点	1 点
1 心電図モニター	なし	あり
2 輸液ポンプの使用	なし	あり
3 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
4 シリンジポンプの使用	なし	あり
5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
6 人工呼吸器の装着	なし	あり
7 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
9 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定）	なし	あり
		A 得点

B 患者の状況等	0 点	1 点	2 点
10 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11 起き上がり	できる	できない	
12 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
13 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
14 口腔清潔	できる	できない	
			B 得点

注) 重症度に係る評価票の記入にあたっては、「重症度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜重症度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上、または患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上。

重症度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

A モニタリング及び処置等

1 心電図モニター

項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。

心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

2 輸液ポンプの使用

項目の定義

輸液ポンプの使用は、静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

3 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

4 シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

7 輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

8 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワングアンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈測定についても「あり」となる。

9 特殊な治療法等 (CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定)

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF (持続的血液濾過透析)、IABP (大動脈バルーンポンピング)、PCPS (経皮的心肺補助法)、補助人工心臓、ICP (頭蓋内圧) 測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. 「B 患者の状態等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

10 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り (片側だけでよい) が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

1 1 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

1 2 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

1 3 移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1 4 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

重症度・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0 点	1 点
1 創傷処置	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 血圧測定	0～4 回	5 回以上
4 時間尿測定	なし	あり
5 呼吸ケア	なし	あり
6 点滴ライン同時 3 本以上	なし	あり
7 心電図モニター	なし	あり
8 輸液ポンプの使用	なし	あり
9 動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
10 シリンジポンプの使用	なし	あり
11 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
12 人工呼吸器の装着	なし	あり
13 輸血や血液製剤の使用	なし	あり
14 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
15 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定）	なし	あり
		A 得点

B 患者の状況等	0 点	1 点	2 点
16 床上安静の指示	なし	あり	
17 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
18 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
19 起き上がり	できる	できない	
20 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
21 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
22 移動方法	介助を要しない 移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
23 口腔清潔	できる	できない	
24 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
25 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
26 他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
27 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
28 危険行動	ない	ある	
			B 得点

注) 重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜重症度・看護必要度に係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が3点以上、または患者の状況等に係る得点（B得点）が7点以上。

重症度・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置は含まない。

なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。

（参考）

NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上

DESIGN 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

蘇生術の施行がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

蘇生術の施行があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ「なし」となる。

蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装置とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-5 呼吸ケア」及び「A-12 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3 血圧測定 項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

過去24時間に当該治療室で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。

血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。

また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものは、合計回数に含めない。

4 時間尿測定 項目の定義

時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

時間尿量測定を実施していない場合、あるいは1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の測定、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。

「あり」

1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

5 呼吸ケア 項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを1回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。
エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含まない。時間の長さや回数の条件はない。

6 点滴ライン同時3本以上 項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、同時に3本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時3本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に3本以上あれば「あり」とする。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。
ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈注射をした場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。
記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

7 心電図モニター 項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。
心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

8 輸液ポンプの使用 項目の定義

輸液ポンプの使用は、静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
静脈注射・輸液を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

9 動脈圧測定（動脈ライン） 項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

10 シリンジポンプの使用 項目の定義

シリンジポンプの使用は、静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
静脈注射・輸液を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・点滴のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

1.1 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録がある場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

1.2 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

1.3 輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

1 4 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワングアンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。

「あり」

肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても「あり」となる。

1 5 特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンポンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. 「B 患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

1 6 床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」

床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。

「あり」

床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ベッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

1 7 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」

調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

1 8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右

のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

19 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

20 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとし

て座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。

2 1 移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

2 2 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

2.3 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

但し、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

2.4 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。但し、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

2 5 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

2 6 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

2.7 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

2.8 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為及び看護師等がこれらの行為に至る可能性がある」と判断した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

日常生活機能評価表

患者の状況	得 点		
	0 点	1 点	2 点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

日常生活機能評価 評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病棟で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」

床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。

「あり」

床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」

調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗 項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」

直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」

自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼスライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

7 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分で行えるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドノード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

9 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱
項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」を含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

11 他者への意思の伝達
項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1 2 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

1 3 危険行動 項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為及び看護師等がこれらの行為に至る可能性がある」と判断した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

様式 5

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

- 1 入院診療計画については、別添 6 の別紙 2 及び別紙 2 の 2 を参考として作成した例を添付すること。

2 院内感染防止対策に係る内容

①院内感染防止対策委員会の活動状況	
※院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
②水道・消毒液の設置状況	
病室数	室
水道の設置病室数（再掲）	室
消毒液の設置病室数（再掲）	室
消毒液の種類「成分名」	・ 室
※成分ごとに記載のこと	・ 室
③感染情報レポートの作成・活用状況	
作成回数	回／週
活用状況	

3 医療安全管理体制に係る内容

①安全管理のための指針の整備状況 ※安全管理のための指針等を添付すること	
指針の主な内容	
②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況	
③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
※安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること	
開催回数	回／月
委員会の構成 メンバー	
④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	年 回
研修の主な内容等	

4 褥瘡対策に係る内容

褥瘡対策チームの活動状況		
従事者	専任の医師名	
	専任の看護職員名	
活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する危険因子 の実施例を添付		

※別紙3を参考として作成した「褥瘡に関する危険因子評価書」の実施例を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策及び褥瘡対策について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。

【備考】適合する場合は、□に「レ」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書（様式5（例）を参照のこと）を添付し届出ること。

	今回の届出		区分	病棟数	病床数	入院患者数		平均在院 日数
	病棟数	病床数				届出時	1日平均 入院患者数	
総病床数								
一般病棟入院基本料								
療養病棟入院基本料								
結核病棟入院基本料								
精神病棟入院基本料								
特定機能病院入院基本料								
一般病棟								
結核病棟								
精神病棟								
専門病院入院基本料								
障害者施設等入院基本料								
救命救急入院料								
特定集中治療室管理料								
ハイケアユニット入院医療管理料								
脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
新生児特定集中治療室管理料								
総合周産期特定集中 治療室管理料		母体・胎児 新生児						
広範囲熱傷特定集中治療室管理料								
一類感染症患者入院医療管理料								
特殊疾患入院医療管理料（再掲）								
小児入院医療管理料（4は再掲）								
回復期リハビリテーション病棟入院料								
亜急性期入院医療管理料								
特殊疾患病棟入院料								
緩和ケア病棟入院料								
精神科救急入院料								
精神科急性期治療病棟入院料								
精神科救急・合併症入院料								
精神療養病棟入院料								
認知症病棟入院料								

※ 1日平均入院患者数の算出期間

年 月 日 ~ 年 月 日

※平均在院日数の算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日

※療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。

[記載上の注意]

1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。

2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	7対1, 準7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別
療養病棟入院基本料	8割未満, 8割以上, 入院E, 移行, 特別
結核病棟入院基本料	7対1, 準7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別
精神病棟入院基本料	10対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1,
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 準7対1, 10対1, 13対1
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1

注)療養病棟入院基本料の区分等は次のとおりであること。

- ・「8割未満」とは、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が8割未満である病棟のことをいう。
- ・「8割以上」とは、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計が8割以上である病棟のことをいう。
- ・「入院E」とは、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)の口の⑤の2に基づき届け出る病棟のことをいう。
- ・「移行」とは、「基本診療料の施設基準等」の第十一の五の介護保険移行準備病棟のことをいう。

3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2
亜急性期入院医療管理料	1, 2
特殊疾患病棟入院料	1, 2
精神科救急入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症病棟入院料	1, 2

4 療養病棟入院基本料の「8割以上」又は「移行」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者と別表第五の三の患者との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者又は別表第五の三の患者以外の患者の割合が分かる資料を添付すること。

5 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。

6 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

様式 18

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 次の区分のいずれかに該当する病院 (該当する区分の全てに○をつけること。)	
① 第三次救急医療機関 ② 総合周産期母子医療センターを有する医療機関 ③ 小児救急医療拠点病院 ④ 災害拠点病院 ⑤ へき地医療拠点病院 ⑥ 地域医療支援病院 ⑦ 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	

2 保険医療機関の届出病床数 (一般病床)	床
-----------------------	---

一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。

3 医師事務作業補助者の数	人
---------------	---

4 医師事務作業補助体制加算の区分 (該当区分に○をつけること。)			
25 対 1,	50 対 1,	75 対 1,	100 対 1

5 医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	
----------------------	--

6 医師事務作業補助者を配置するにあたり最低 6 ヶ月の研修計画を策定している。
--

7 以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

- ① 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画を策定し、職員等に周知している。
- ② 院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
- ③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。
- ④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。
- ⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

8 院内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、6の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）

電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

- ☐ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）
- ☐ 電子カルテシステムのみ
- ☐ オーダーリングシステムのみ

【記載上の注意】

- 1 「1」の①から⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。
- 2 「1」の⑦に該当する場合は、直近一年間の各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。
- 3 「3」については、様式18の2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 4 「6」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 5 「7」の①については、様式13の2「病院勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 6 「7」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 7 「8」については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	届出病床の内訳	
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個 室 床 2 人 部 屋 床	
入院患者数及び重症者数	①一般病棟における1日平均入院患者数 名	(届出前1年月) 年 月 ～ 年 月
	②一般病棟における1日平均重症者数 名	(直近1ヶ月間) 年 月 ～ 年 月
	割 合 (②/①) × 100 %	

[記載上の注意]

- 1 様式 23 の 2 を添付すること。
- 2 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。

後期高齢者総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師の氏名（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

	氏 名	高齢者の診療に関する経験年数*1	常勤	非常勤	研修受講*2
1			☐	☐	☐
2			☐	☐	☐
3			☐	☐	☐
4			☐	☐	☐
5			☐	☐	☐
合計人数	名				

〔記載上の注意〕

- 介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数をいう。
- 高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修及び診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修の受講をいう。

なお、後期高齢者診療料に関する研修としては、厚生労働省委託事業として開催する「主治医研修事業」、「認知症サポート医養成研修事業」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は含まれるものであること。

以下は、「1」の医師それぞれについて、記入すること。

2 研修名

医師名（ ）

	研修の名称	研修の主催者	受講日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日

医師名（ ）

	研修の名称	研修の主催者	受講日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日

〔記載上の注意〕

- 後期高齢者総合評価加算にかかる研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。
- 後期高齢者診療料の届け出にあっては、研修会等の修了証の写しの添付でもよいこととする。

特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成20年3月5日保医発第0305003号)

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

- (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図及び光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、~~特殊手撮影及び特殊MRI撮影~~、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る施設共同利用率及び輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月 (変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日) から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

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20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)

在宅療養支援歯科診療所

血液細胞核酸増幅同定検査

検体検査管理加算(Ⅱ)

(略)

外来化学療法加算~~≦~~1

(略)

表2 施設基準の改正により、平成20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20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)

外来化学療法加算~~≦~~2

~~脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)~~

(略)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

[早産指数 (tocolysis index)]

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

第12の3 後期高齢者診療料

2 届出に関する事項

- (2) 療養を行うにつき必要な研修を修了していることが確認できる文書を添付することを届出に当たっては、届出書に研修の名称、主催者、受講日を記入するか、研修会等の修了証の写しを添付することで良いこと。なお、平成20年度の届出に当たっては、平成17年4月1日以降の研修を対象とする。また、平成21年度以降の届出に当たっては、届出日から3年以内の研修を対象とする。

第18 血液細胞核酸増幅同定検査

1 血液細胞核酸増幅同定検査に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)及び(Ⅲ)の施設基準に準ずる。

第30 画像診断管理加算(歯科診療以外の診療に係るものに限る。)

2 画像診断管理加算2に関する施設基準

- (2) (略)
- (3) 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学撮影診断、CT撮影及び~~マンモグラフィ~~断層撮影MRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

第37 外来化学療法加算

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の

体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。ただし、いずれか一方の場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、回復期リハビリテーション病棟の配置従事者との兼任はできないこと。

第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

- (1)から(6) (略)

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

2 届出に関する事項

- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。

第45 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

2 届出に関する事項

- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
なお、従事者が呼吸器リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。

第47 障害児(者)リハビリテーション料

1 障害児(者)リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。
- ア 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設
 - イ 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
 - ウ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター
 - エ 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
 - オ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8

割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね8割であることの要件については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）

第67の2 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術

1 両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術に関する施設基準

- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

様式 8 の 2

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本管理料を算定した患者数 (期間： 年 7 月～ 年 3 月)	① 名
------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに 12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療を終了した者	② 名
②のうち、禁煙に成功した者	③ 名
5 回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者 (①－②) のうち、中止期間に禁煙していた者	④ 名

喫煙を止めたものの割合 = (③ + ④) / ① %

〔記載上の注意点〕

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12 週間にわたる計 5 回の禁煙治療の終了時点で、4 週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

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
後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の算定状況	人	回

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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平均診療期間を月単位で記載すること。
- 「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、歯科訪問診療料 1 の算定回数及び歯科訪問診療料 2 の算定回数を記載すること。

画像診断管理加算 1
画像診断管理加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関に おける実施件数	うち画像診断を専ら担当する 常勤医師の下に画像情報の管 理を行った件数
核医学診断	① 件	 件
CT撮影及びMRI 撮影	② 件	 件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する 常勤医師が診断を翌診療日までに 行った件数	
核医学診断	③ 件	
コンピューター 断層診断	④ 件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100\%$ = %		

【記載上の注意】

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」に専門医の氏名を記入する場合には、氏名の下に「（専門医）」と記入すること。また、団体による認定証等の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」及び「4」は記載する必要はないこと。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数（5年以上） _____ 年	
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5 Mhz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

**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
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数		例
6 当該診療科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称） （承認番号） ・ 血液学的検査 ・ 生化学的検査 ・ 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて25例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて50例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「6」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を終了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式62

埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科		
3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 当該診療科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日
6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称） （承認番号） (1) 血液学的検査 (2) 生化学的検査 (3) 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を終了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
		科
3 心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日
6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)		
(1) 血液学的検査		
(2) 生化学的検査		
(3) 画像診断		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」の常勤医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を終了している常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科及び心臓血管外科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（当該手術を担当する科名）			
			科
3 腎尿路系手術（K757からK823－2まで）の実施数			
			例
4 生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」は、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式72

医科点数表第2表第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）及び6に掲げる手術の施設基準に係る届出書添付書類

1. 次の事項を満たしている場合には、○を付けること。

ア	手術（医科点数表第2表第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術を含む当該保険医療機関において実施する全ての手術）を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書（書式様式は任意）で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。

2. 院内掲示をする手術件数

・区分1に分類される手術

手術の件数

ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

・区分2に分類される手術

手術の件数

ア	靱帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

・区分3に分類される手術

手術の件数

ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

・その他の区分に分類される手術

手術の件数

人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術	

備考 1. 院内掲示する文書の写しを添付すること。

2. 同種腎移植術等（移植用腎採取術（生体）及び同種腎移植術をいう。）の実施について、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

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20年3月5日保医発第0305005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。）別表第一医療診療報酬点数表に関する事項

3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

(58) 経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料

経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料は、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥種腫切除術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は経皮的冠動脈ステント留置術を実施した患者の日帰り又は早期退院を目的とした大腿動脈穿刺部位の止血を行う場合に、5Fr以上のイントロデューサーシースを使用した症例であつて、当該患者が手術の翌々日までに帰宅した場合に限り1セットについてのみ算定できる。

ただし、手術後1週間以内に入院した場合は算定できない。

IV 診療報酬明細書における略称の使用に関する事項

別紙に掲げる特定保険医療材料については、診療報酬明細書に記載する場合に、同表に定める略称を使用して差し支えない。

(別紙)

告示名	略称
026 栄養カテーテル	
(1) 経鼻用・一般用	栄養カテ・経鼻・一般型
(2) 経鼻用・乳幼児用・ <u>一般型</u>	栄養カテ・経鼻・乳児Ⅰ
(3) 経鼻用・乳幼児用・ <u>非DEHP型</u>	栄養カテ・経鼻・乳児Ⅱ
(4) 経鼻用・経腸栄養用	栄養カテ・経鼻・経腸型
(5) 経鼻用・特殊型	栄養カテ・経鼻・特殊型
(6) 腸瘻用	栄養カテ・腸瘻型
037 交換用胃瘻カテーテル	
(1) 胃留置型・バンパー型・ <u>ガイドワイヤーあり</u>	胃瘻カテⅠ-Ⅰ
(2) 胃留置型・バンパー型・ <u>ガイドワイヤーなし</u>	胃瘻カテⅠ-Ⅱ
(3) 胃留置型・バルーン型	胃瘻カテⅡ
(4) 小腸留置型	胃瘻カテⅢ
114 体外式ペースメーカ用カテーテル電極	
(1) 一時ペーシング型	カテ電極・一時ペーシング型
(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型・標準型	カテ電極・機能付加型・Ⅰ
(3) 心臓電気生理学的検査機能付加型・冠状静脈洞型	カテ電極・機能付加型・Ⅱ
(4) 心臓電気生理学的検査機能付加型・房室弁輪部型	カテ電極・機能付加型・Ⅲ
(5) 心臓電気生理学的検査機能付加型・心房内・心室内全域型	カテ電極・機能付加型・Ⅳ
(6) 心臓電気生理学的検査機能付加型・ <u>アブレーション機能付き</u>	カテ電極・機能付加型・Ⅴ
132 134 ガイディングカテーテル	
(1) 冠動脈用	ガイディングカテ・冠動脈
(2) 腹部四肢末梢用	ガイディングカテ・腹部四肢
(3) 脳血管用	ガイディングカテ・脳血管

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（平成20年3月5日保医発第0305006号）

（別紙2）

材料料

N021 帯環（1個につき）

1 帯環のみ

(1) 切歯

17点

(2) 犬歯・臼歯

18点

2 ブラケット付帯環

(1) 切歯

35点

(2) 犬歯・臼歯

36点

3 チューブ付帯環

臼歯

60点

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成20年3月5日保医発第0305007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			対応する診療報酬項目	
	薬事法承認上の位置付け		その他の条件		
	類 別	一般的名称			
酸素供給調節器	機械器具（6）呼吸補助器 機械器具（32）医療用吸引器	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

特定保険医療材料の定義について
(平成20年3月5日保医発第0305008号)

(別表)

Ⅱ 医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格

037 交換用胃瘻カテーテル

(3) 機能区分の定義

③ 胃留置型・バルーン型

次のいずれにも該当すること。

ア 体内に留置し、カテーテルの先端部から胃に直接栄養投与又は胃内の減圧をするものであること。

イ 逸脱防止のためのバルーンを有すること。

ウ ④に該当しないこと。

066 人工肘関節用材料

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品（4）整形用品」であって、一般的名称が「人工肘関節橈骨コンポーネント」、「人工肘関節上腕骨コンポーネント」、「橈骨頭用補綴材」、「医薬品組み合わせ橈骨頭用補綴材」、「人工肘関節尺骨コンポーネント」又は「全人工肘関節」であること。

128 バルーンポンピング用バルーンカテーテル

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「バルーンポンピング用カテーテル」であること。

Ⅶ 経過措置

1 次に規定する特定保険医療材料の機能区分の定義は、平成21年3月31日をもって廃止する。

903、904、905 脳深部刺激・脊髄刺激装置用受信器

(3) 機能区分の定義

② 脊髄刺激装置用受信機（4極用）

次のいずれにも該当すること。

ア 薬事法承認又は認証上、類別が「機械器具（12）理学診療用器具」であって、一般的名称が「植込み型疼痛緩和用スティミュレータ」であること。

イ 脊髄刺激装置植込術を実施する際に使用する体内埋込型受信器であること。

ウ 脊髄刺激装置用陽リードセット（４極用）に接続し、４つの電極に通電することができるものであること。

エ 脊髄刺激装置用受信器（８極用）に該当しないこと。

２ 次に規定する特定保険医療材料については、品質を確保する観点から、平成20年9月30日までに薬事法上の認証を得ることが必要であること。

ア 歯科点数表の第２章第12部に規定する特定保険医療材料

006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 J I S 適合品）

007 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 板状（金12%以上 J I S 適合品）

008、009 歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状（金12%以上 J I S 適合品）

010 歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 J I S 適合品）

011 歯科鑄造用銀合金 第1種（銀60%以上インジウム5%未満 J I S 適合品）

012 歯科鑄造用銀合金 第2種（銀60%以上インジウム5%以上 J I S 適合品）

018 歯科用ニッケルクロム合金板（J I S 適合品）

019 歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）

021 歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）

022 歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）

023 歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）

024 歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）

025 歯科用アマルガム用合金（アロイ J I S 適合品）

031、032 レジン歯（前歯用（J I S 適合品）・臼歯用（J I S 適合品））

041、042 義歯床用アクリリック樹脂（粉末（J I S 適合品）・液（J I S 適合品））

イ 歯科点数表の第２章第13部に規定する特定保険医療材料

021 歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）

023 歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）

024 歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）

026 歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）

027 歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）

030、031 レジン歯（前歯用（J I S 適合品）・臼歯用（J I S 適合品））

032、033 義歯床用アクリリック樹脂（粉末（J I S 適合品）・液（J I S 適合品））

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
(平成20年3月5日保医発第0305010号)

項 目	略 称
167 下顎	LW (注) UP又はLWを接尾語とする場合は例えば、上顎総義歯を「UP-FD」のように-でつないで使用しても差し支えない。

別 添

3. 歯冠修復及び欠損補綴について 単純印象 連合印象 咬合圧印象 機能印象 アマルガム充填 グラスアイオノマーセメント充填 光重合型複合レジン<u>充填</u> 前装鑄造冠 有床義歯修理 レジン表面滑沢硬化法	単imp又はS-imp 連imp又はC-imp 咬imp又はB-imp 機imp又はF-imp ア 充 グセ充 光CR充 前装CK又はゼンソウCK 床修理 レ 硬
--	---

