写

保医発第0630001号
平成１８年６月３０日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保健主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
　老人医療主管課（部）長
殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

「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」等の
一部改正について

本日、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成18年厚生労働省告示第400号）及び「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の一部を改正する件」（平成18年厚生労働省告示第402号）が公布され、平成18年７月１日より適用されることとされたところであり、「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18年３月６日保医発第0306001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18年３月６日保医発第0306002号）、「入院時食事療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱について」（平成18年３月６日保医発第0306010号）、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（平成18年３月30日保医発第0330006号）及び「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年４月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を別紙１から別紙５までのとおり改正し、同年７月１日より適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

なお、今回の新しい療養病棟入院基本料の施行を始めとする療養病床の再編成に関連し、管内医療機関からの相談に対応する体制を整備するとともに、受けた相談の内容については、適宜集約の上、厚生労働省保険局医療課宛て報告されたい。

また、「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の一部を改正する件」（平成18年厚生労働省告示第402号）及び「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18年３月６日保医発第0306001号）における在宅医療に関する一部改正は、療養病床の再編成の過程において、医療の必要性の低い患者への対応として「自宅以外の多様な居住

の場」の整備がさらに進む中で、そこで居住する方々に対して必要な在宅医療をどのように確保するのかという観点から中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）において審議が行われた結果を踏まえて改正するものであるが、併せて、中医協における審議の中で、有料老人ホーム等に入居している要介護被保険者等に対し、往診、訪問診療等が特に必要ないと思われる事例や通院が可能であるにも関わらず訪問診療等が行われる恐れがある旨の指摘がなされたことに対応した改正も行っていることから、この趣旨を理解の上、在宅医療については、改正後の当告示及び当通知に基づき適切に実施されるよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

（別紙１）

「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」の一部改正について

１　別添１の第１章第２部第１節中「Ａ１０１療養病棟入院基本料」の(1)の次に次のように加える。

(2)　療養病棟入院基本料２（平成18年７月１日以降に限る。）

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

イ　当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注１」の入院基本料又は「注２」の特別入院基本料のいずれか一方を算定するものとする。

ウ　「注１」の入院基本料のうち、入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（原則として月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２１又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

エ　療養病棟入院基本料２に含まれ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「Ｊ２０１」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２に含まれる。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。

オ　療養病棟入院基本料２を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、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。なお、「注１」のただし書の規定により入院基本料Ｅを算定した場合においても、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。

カ　療養病棟入院基本料２を算定するに当たっては、次の(ｲ)及び(ﾛ)の要件を満たすことが必

要である。

(ｲ) 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。

(ﾛ) 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。

キ 療養病棟入院基本料２を算定する病棟については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

２ 別添１の第１章第２部第１節中「Ａ１０９有床診療所療養病床入院基本料」の(1)の次に次のように加える。

(2) 有床診療所療養病床入院基本料２（平成18年７月１日以降に限る。）

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

イ 「注１」の入院基本料のうち、入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（原則として月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２１又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写を交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写を交付するとともに診療録に貼付しておくこと。また、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

ウ 有床診療所療養病床入院基本料２に含まれ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「Ｊ２０１」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有床診療所療養病床入院基本料２に含まれる。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。

エ 有床診療所療養病床入院基本料２を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床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。なお、「注１」のただし書の規定により入院基本料Ｅを算定した場合においても、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。

オ　有床診療所療養病床入院基本料２を算定するにあたっては、次の(ｲ)及び(ﾛ)の要件を満たすことが必要である。

(ｲ)　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。

(ﾛ)　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。

カ　有床診療所療養病床入院基本料２を算定する病床については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

3　別添１の第１章第２部第３節中「Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料」の(4)を次のように改める。

(4)　回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｅを算定する。

3　別添１の第１章第２部第３節中「Ａ３０９　特殊疾患療養病棟入院料」を「Ａ３０９　特殊疾患療養病棟入院料（平成20年３月31日までに限る。）」に改める。

4　別添１の第２章第２部第１節中「Ｃ０００　往診料」の(9)を次のように改める。

(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在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料を算定する。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。

5　別添１の第２章第２部第１節中「Ｃ００２　在宅時医学総合管理料」の(16)を次のように改める。

算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定でき

ない。ただし、当該施設と特別の関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「２」を算定できること。なお、「有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院」とは、療養病床を有料老人ホーム、高齢者向け優良賃貸住宅、軽費老人ホーム（ケアハウス）又は認知症高齢者グループホーム等に転換した病院のことをいい、転換の時期は問わないものであること。

6　別添１の第２章第２部第１節中「Ｃ００３　在宅末期医療総合診療料」の(12)を削る。

7　別紙様式20の次に別紙様式21を追加する。

（別紙様式２１）

医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票

平成　　年　　月分

氏名	1男 2女　1明 2大 3昭 4平　．　．　生

Ⅰ 医療区分３

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、頻度が定められていない項目については☆欄にチェックする。

		☆	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	スモン	□																															
2	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		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
3	中心静脈栄養を実施している状態		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
4	２４時間持続して点滴を実施している状態		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
5	人工呼吸器を使用している状態		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
6	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		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
7	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		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
8	酸素療法を実施している状態		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
9	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		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
10	神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において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	□																															
	医療区分３の該当有無	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Ⅱ 医療区分２

各項目について評価を行い、該当日にチェック印を入れる。但し、頻度が定められていない項目については☆欄にチェックする。

		☆	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
11	筋ジストロフィー症	□																															
12	多発性硬化症	□																															
13	筋萎縮性側索硬化症	□																															
14	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））	□																															
15	その他の難病（スモン及び12～14までを除く。）	□																															
16	脊髄損傷（頸椎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。）	□																															
17	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当する場合に限る。）	□																															
18	悪性腫瘍（医療用麻薬等の麻薬投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）																																
19	肺炎に対する治療を実施している状態																																
20	尿路感染症に対する治療を実施している状態																																
21	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、３０日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）																																
22	脱水に対する治療を実施している状態																																
23	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態																																
24	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態																																
25	褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が２カ所以上に認められる場合に限る。）																																
26	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																																
27	せん妄に対する治療を実施している状態																																
28	うつ症状に対する治療を実施している状態																																
29	他者に対する暴行が毎日認められる状態																																
30	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態	□																															
31	経鼻胃管や胃瘻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																																
32	１日８回以上の喀痰吸引を実施している状態																																
33	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。）																																
34	頻回の血糖検査を実施している状態																																
35	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下肢若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態																																
36	神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において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（医療区分３の患者を除く。）	□																															

37 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	□
医療区分２の該当有無	□

Ⅲ ADL区分評価

各項目について原則月１回又は状態が変化したときに評価し、該当日に評価点(0～6)を記入する。１か月間を通じて変化のない場合は☆欄に記入する。

	☆	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）	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Ⅳ 認知機能障害評価

月１回又は状態が変化したときに評価し、該当日にＣＰＳによるスコアを記入する。１か月間を通じて変化のない場合は☆欄に記入する。

	☆	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
CPS (Cognitive Performance Scale)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

患者の状態像評価

Ⅰ～Ⅳの評価結果に基づき、患者の状態像評価を行い、該当日にチェック印を記入する。変化のない場合は☆欄に記入する。

	医療区分の評価		ADL区分の評価		認知機能障害評価	☆	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	医療区分３の該当項目数が１以上	ADL区分3～1	ADL得点 0～24		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
B	医療区分2	医療区分３の該当項目数が０で医療区分２の該当項目数が１以上	ADL区分3～2	ADL得点 11～24		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
C			ADL区分1	ADL得点 0～10	認知機能障害加算有り(CPS3以上)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
					認知機能障害加算無し(CPS2以下)	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
D	医療区分1	医療区分評価３・２いずれの該当項目数も０	ADL区分3	ADL得点 23～24		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
E			ADL区分2～1	ADL得点 0～22		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

※） 当該患者に係る疾患又は状況等、ＡＤＬ区分評価、認知機能障害評価については、日ごとに、該当する全てのものについてチェックすること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記載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チェックでも差し支えないこと。

主治医　　(印)

（別紙２）

「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」の一部改正について

1　第２の７を次のように改める。

7　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日の属する月から算定する。なお、平成18年４月14日（療養病棟入院基本料２にあっては、平成18年７月21日。「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に基づく介護保険施設等への移行準備計画の届出を含む。）までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

2　第４の７の次に次のように加える。

8　第２及び第３の規定にかかわらず、平成18年６月30日現在において有床診療所療養病床入院料１の届出が受理されている保険医療機関については、平成18年７月１日以降新たに該当する有床診療所療養病床入院料２の届出を要しないが、平成18年７月以降の実績をもって、施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

3　別添２の第２の４の(3)のエを次のとおり改める。

エ　月平均夜勤時間数は、各病棟ごとに届出前１か月又は４週間の夜勤時間帯に従事する看護要員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近１か月又は直近４週間の実績の平均値により、72時間以下であること。

また、届出直後においては、当該病棟の直近３か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、次の療養病棟の看護職員については、この限りではないこと。

(イ)　療養病棟入院基本料２を算定する病棟の入院患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添２において「別表第五の二の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添２において「別表第五の三の患者」という。）の合計が８割以上である病棟（ただし、平成18年10月１日以前においては、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「２０対１配置病棟」への変更の届出が行えないことから、(2)及び(3)を除く病棟については、月平均夜勤時間数が72時間以下である必要があること。）

(ロ)　平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料１又は特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟（ただし、平成18年９月30日までに限る。）

(ハ)　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する病棟（以下「介護保険移行準備病

棟」という。）

4　別添２の第２の５及び６を12及び13とし、４の次に次のように加える。

5　療養病棟入院基本料２を算定する病棟の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者の割合の算出方法等

(1)　別表第五の二及び別表第五の三の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者に該当する日数の和

イ　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

(2)　当該病棟の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が８割以上となった場合は、療養病棟入院基本料２にあっては「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの「２０対１配置病棟」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月１日にさかのぼって受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、２０対１配置病棟の実績を有する必要はないこと。なお、当該変更の届出については、(1)による患者の割合を算出するに当たり３か月間の実績を要することから、平成18年10月１日以降になされることとなる。

(3)　当該病棟の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が８割以上となった場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、入院基本料Ｅを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月１日にさかのぼって受理したものとして処理すること。また、当該届出については、(1)による患者の割合を算定するに当たり３か月間の実績を要することから、平成18年10月１日以降になされることとなる。

ア　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が２０又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、１以上であること。

イ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の２割以上が看護師であること。

ウ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が２０又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

6　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロに規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別紙５の２の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票評価の手引き」を用いて評価すること。

7　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のニに規定する認知機能障害加算の対象となる状態

当該加算の対象患者については，別紙５の２の「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票　評価の手引き」を用いて評価すること。なお、入院基本料Ｃの算定対象である患者について加算することができる状態とは、ＣＰＳ（Cognitive Performance Scale。別紙５の２参照）が３点以上であること。

8　「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、又は平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する療養病棟に入院している患者（別表第五の二の患者を除く。）については、平成20年３月31日までの間に限り、それぞれ「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とみなすこととされているが、当該患者には、次の患者が含まれるものであること。

(1)　当該病棟から当該病棟以外の療養病棟入院基本料２を算定する療養病棟へ転棟した患者

(2)　当該病棟から一般病棟へ転棟又は転院した後、２８日以内に再度療養病棟入院基本料２を算定する療養病棟に入院した患者

9　介護保険移行準備病棟に係る当該病棟の入院患者に対する「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の算出方法等

(1)　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については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの「基本診療料の施設基準等」の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に該当する日数の和

イ　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

(2)　介護保険移行準備病棟は、介護老人保健施設等への移行準備計画を地方社会保険事務局長に届け出る際に、当該届出以降３か月において(1)により算出する割合が６割以上となることが見込まれる場合にあっても届出を行うことができるものであること。ただし、３か月間の実績において、(1)により算出する割合が６割を下回ることとなった場合には、当該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割未満である病棟等への変更の届出を翌月速やかに行うこと。また、介護保険移行準備病棟の届出を行った病棟であっても、将来において介護保険施設への移行を行わないことが明らかになった場合には、同様に変更の届出を翌月速やかに行うこと。

(3)　介護保険移行準備病棟の届出を行う病棟にあっては、当該病棟内に介護療養型医療施設の指定を受けた病床を有していないこと。

10　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する移行準備計画には、介護老人保健施設等への移行時期、施設設備整備計画や人員配置計画などについて記載すること。

11　「基本診療料の施設基準等」の第十一の五に規定する介護老人保健施設等には、有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)及び認知症高齢者グループホーム等が含まれるものであること。

5　別添２の第３の７の次に次のように加える。

8　有床診療所療養病床入院基本料２を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者の割合の算出方法等

(1)　別表第五の二及び別表第五の三の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの別表第五の二の患者及び別表第五の三の患者に該当する日数の和

イ　直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

(2)　当該病床の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が８割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料２にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(3)のロの「４対１配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月１日にさかのぼって受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、４対１配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。なお、当該変更の届出については、(1)による患者の割合を算出するに当たり３か月間の実績を要することから、平成18年10月１日以降になされることとなる。

(3)　当該病床の入院患者のうち、別表第五の二と別表第五の三の患者の合計が８割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、入院基本料Ｅを算定する病棟の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月１日にさかのぼって受理したものとして処理すること。なお、当該届出については、(1)による患者の割合を算出するに当たり３か月間の実績を要することから、平成18年10月１日以降になされることとなる。

ア　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

イ　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

9　「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(3)のロに規定する区分

別添２の第２の６と同様に取り扱うものであること。

10　「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(3)のニに規定する認知機能障害加算の対象となる状態

別添２の第２の７と同様に取り扱うものであること。

11　「基本診療料の施設基準等」の第十一の六の規定は、別添２の第２の９から11までと同様に取り扱うものであること。この場合において、「介護保険移行準備病棟」とあるのは「介護保険移行準備病床」と、「当該病棟」とあるのは「当該病床」と、「各病棟」とあるのは「各病床」と、「病棟」とあるのは「病床」と読み替えるものとする。

6　別添２の第５の１中「一般病棟及び結核病棟」を「一般病棟、療養病棟（療養病棟入院基本料２に限る。）及び結核病棟」に改める。

7　別添２の第５の３を次のように改める。

3　病院である保険医療機関において、全病棟包括的に届出を行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。ただし、療養病棟入院基本料２の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち「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、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、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)のロの⑤の２に基づき届け出る病棟又は介護保険移行準備病棟ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が２以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。

8　（別紙様式３）の次に、別紙５の２を加える。

9　別添６の様式３及び様式５を別添のとおり改める。

別紙５の２

医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票　評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。

Ｉ．医療区分3（別表第五の二）

1. スモン

項目の定義

スモン（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。）に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

2. 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

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

１日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。） 動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも４時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

3. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

4. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。) また、連続した 7 日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第2章第9部の「J045　人工呼吸」の「3　5時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。

6. 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

項目の定義

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

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

7. 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

項目の定義

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

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

8. 酸素療法を実施している状態

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態

9. 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

項目の定義

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

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

10. 省略

Ⅱ. 医療区分2(別表第五の三)

11. 筋ジストロフィー症

項目の定義

筋ジストロフィー症に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

—

12. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

13. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症（特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。）に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

14. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））

項目の定義

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。また、パーキンソン症候群は含まない。

15. その他の難病（スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））を除く。）

項目の定義

その他の難病（特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とする。）に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

その他の難病とは、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患以外の疾患で、「特定疾患治療研究事業実施要綱」に定める疾患を指す。また、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

16. 脊髄損傷(頸椎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。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎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。)

評価の単位

—

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

17. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

—

18. 悪性腫瘍(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。)

項目の定義

悪性腫瘍(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。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第 2 段階以上のものをいう。

19. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

—

20. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(＞10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。 リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

22. 脱水に対する治療を実施している状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

尿量減少、体重減少、BUN／Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。 連続した 7 日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

23. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。 出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

25. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。) 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

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。

26. 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

項目の定義

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(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。) 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

評価の単位

1日毎

留意点

―

27. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態（せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。 a.注意がそらされやすい b.周囲の環境に関する認識が変化する c.支離滅裂な会話が時々ある d.落ち着きがない e.無気力 f.認知能力が1日の中で変動する 7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

28. うつ症状に対する治療を実施している状態

項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態（うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

a.否定的な言葉を言った
b.自分や他者に対する継続した怒り
c.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
d.健康上の不満を繰返した
e.たびたび不安、心配事を訴えた
f.悲しみ、苦悩、心配した表情
g.何回も泣いたり涙もろい

本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。

30. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月1回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

31. 経鼻胃管や胃瘻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

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻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

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。 連続する7日間を限度とし、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

32. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1 日 8 回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

33. 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。)

項目の定義

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。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

34. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1 日 3 回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1 日 3 回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から 3 日間まで、本項目に該当するものとする。

35. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1 日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

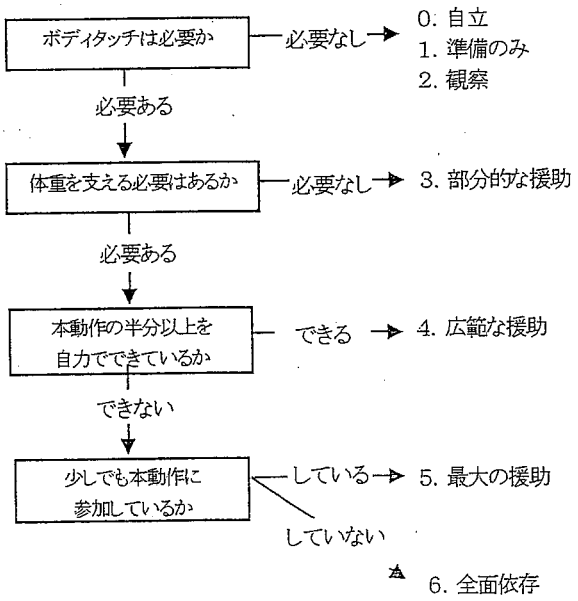
36, 37 省略

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a. ～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
	(合計点)	

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 :まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



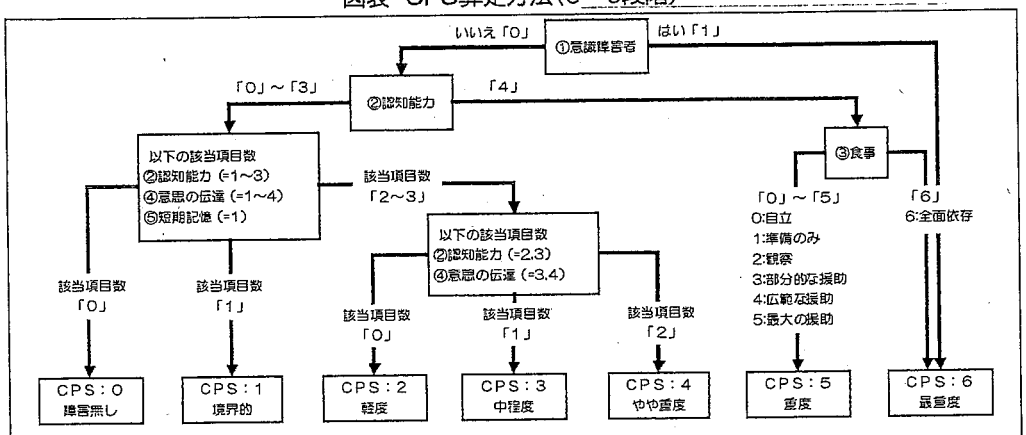
Ⅳ. 認知機能障害評価

「認知機能障害」を分類する指標としては、CPS(Cognitive Performance Scale)を使い、下記のチャートに従って、「0(障害なし)～6(最重度)」の7段階に分類する。 CPS3以上で、認知機能障害「あり」の状態と判定する。なお、「認知機能障害」の加算は、「医療区分2」で「ADL 区分1」の場合のみ、対象となる。

下記のフローチャートに従って、CPS得点を算出する。

(CPS算定方法は、「急性期以外の入院患者の支払いに関する調査研究」健康保険組合連合会, 平成16年の方式を使用)。

図表 CPS算定方法(0～6段階)



【判定項目】

①意識障害者（JCS Ⅱ－3以上またはGCS8点以下の状態、無動症の状態。）
　0. いいえ ／ 1. はい
②認知能力（毎日の日課における意思決定。）
　0.自立 ／ 1. 限定的な自立 ／ 2. 軽度の障害 ／ 3. 中程度の障害 ／ 4. 重度の障害
③食事（どのように食べたり、飲んだりするか。）
　0. 自立 ／ 1. 準備のみ ／ 2. 観察 ／ 3. 部分的な援助 ／ 4. 広範な援助 ／ 5. 最大の援助 ／ 6. 全面依存
④意思の伝達（自分を理解させることができる。）
　0. 理解させることができる ／ 1. 通常は理解させることができる ／ 2. しばしば理解させることができる ／
　3. 時々理解させることができる ／ 4. ほとんどまたはまったく理解させることができない
⑤短期記憶（5分前のことが思い出せる。）
　0. はい ／ 1. いいえ

様式３　　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３の６（例）を参照のこと）を添付し届出ること。

	今回の届出に係る病棟	区分	病棟数	病床数	入院患者数		平均在院日数
					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（感染症病床を含む。）							
包括病床群							
複合病棟							（一般のみ）
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							
総合周産期特定集中治療室管理料　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（３は再掲）							
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料							
亜急性期入院医療管理料							
特殊疾患療養病棟入院料							
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							
精神療養病棟入院料							
老人性認知症疾患治療病棟入院料							

※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１，10対１，13対１，15対１，特別
療養病棟入院基本料２	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１，10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１，10対１，13対１
障害者施設等入院基本料	10対１，13対１，15対１

注）療養病棟入院基本料２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)のロの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
特殊疾患療養病棟入院料	１，２
精神科急性期治療病棟入院料	１，２
老人性認知症疾患治療病棟入院料	１，２

４　療養病棟入院基本料２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。

様式５

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

病床数及び入院患者数		区分	病床数	入院患者数		備考
				届出時	１日平均入院患者数	
総数			床	名	名	１日平均入院患者数算出期間 年　月　日 ～ 年　月　日
内訳	その他の病床（専用病床）		床 （　床）	名 （　名）	名 （　名）	
内訳	療養病床（専用病床）		床 （　床）	名 （　名）	名 （　名）	

看護要員数		看護師・准看護師		看護補助者		
		入院患者に対する勤務	入院患者以外との兼務	入院患者に対する勤務	入院患者以外との兼務	
総数		名	名	名	名	
内訳	その他の病床（専用病床）	名 （　名）	名 （　名）			
内訳	療養病床（専用病床）	名 （　名）	名 （　名）	名 （　名）	名 （　名）	
上記以外の勤務		名		名		

勤務形態（該当するものに○印）（時間帯を記入）	時間帯区分
	当直制　・　交代制　・　その他 （　：　～　：　）　（　：　～　：　）　（　：　～　：　）

［記載上の注意］

1　その他の病床とは、療養病床以外の病床をいう。

2　その他の病床の区分欄には１，２を記入する。

3　療養病床の区分欄には「８割未満」、「８割以上」、「入院Ｅ」、「移行」又は「特別」を記入する。なお、これらの区分は次のとおりであること。

・「８割未満」とは、当該病床の入院患者のうち「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割未満である場合のことをいう。

・「８割以上」とは、当該病床の入院患者のうち「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割以上である場合のことをいう。

・「入院Ｅ」とは、「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(3)のロの⑤の２に基づき届け出る病床のことをいう。

・「移行」とは、「基本診療料の施設基準等」の第十一の六の介護保険移行準備病床のことをいう。

4．有床診療所療養病床入院基本料２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　専用病床とは、診療所老人医療管理料を算定する病床とする。なお、診療所老人医療管理料の届出については別途行うこと。

6　療養病床、その他の病床、専用病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。

（別紙３）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について

第３の２の(32)のエを次のとおり改める。

エ　患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料２を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料２の入院基本料Ｅを算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料２を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料２の入院基本料Ｅを算定した場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

療養病棟入院基本料２又は有床診療所療養病床入院基本料２を算定した場合にあっては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにＡＤＬ区分を「摘要」欄に記載すること。ただし、平成18年９月診療分までについては、これらの「摘要」欄への記載を要しないものであること。なお、平成18年10月診療分以降であっても、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。

［記載例１］

７月１日　　1,220×１日（入院基本料Ｃ）
　　15　その他難病（スモンを除く。）　　，ＡＤＬ10点

７月２日～７月15日　1,344×14日（入院基本料Ｂ）
　　15　その他難病（スモンを除く。）　　，ＡＤＬ23点

７月16日～７月31日　1,740×16日（入院基本料Ａ）
　　３　中心静脈栄養を実施している状態　，ＡＤＬ23点
　　15　その他難病（スモンを除く。）

※）疾患又は状態等については、「医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

［記載例２］

７月１日～７月15日　764点×15日（入院基本料Ｅ），ＡＤＬ10点
７月16日～７月31日　885点×16日（入院基本料Ｄ），ＡＤＬ23点

（別紙４）

「入院時食事療養の基準等に係る届出に係る手続きの取扱いについて」の一部改正について

別添の２の(1)のサを次のように改める。

サ　障害者施設等入院基本料を算定している病棟、又は特殊疾患入院施設管理加算若しくは特殊疾患療養病棟入院料を算定している病棟（療養病棟であって、平成18年６月30日において特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患療養病棟入院料を算定している病棟については、平成20年３月31日までの間に限る。）については、個々の患者の病状に応じた食事の提供が行われている場合には、必ずしもキの要件を満たす必要はないものとする。

（別紙５）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

1　第１の２の(1)を次のように改める。

(1)　療養病棟（介護保険法第８条第２６項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ２つの病室（各病室の病床数が４を超える場合については４病床を上限とする。）を定め、当該病室について都道府県知事に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとすること。

2　第３に次のように１を加え、１から５を１ずつ繰り下げる。

1　同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合

(1)　療養病棟を二病棟以下しか持たない病院及び診療所

(2)　病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方社会保険事務局長に届け出た場合には、平成21年３月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとすること。

(3)　病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の二分の一を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法第５２条第１項の療養の給付をいう。）を行おうとすることについて地方社会保険事務局長に届け出た場合には、平成21年３月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとすること。

3　第３の２の(2)を次のように改める。

(2)　１病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、１病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等（医療療養病床の場合は療養病棟入院基本料、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費）を採用するものとすること。このため、１病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係

る届出については、「基本診療料の施設基準等」（平成18年厚生労働省告示第93号）及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成18年３月６日保医発第0330006号）に基づき、療養病棟入院基本料２又は有床診療所療養病床入院基本料２を届け出るものであること。

4　「第４　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービスに関する留意事項」を「医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項」に改める。

5　第４の３を次のように改める。

(1)　特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護を含む。以下同じ。）又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については、末期の悪性腫瘍である場合であって、在宅療養支援診療所の保険医が行う場合に限り、在宅患者訪問診療料及びそのターミナルケア加算を算定できるものであること。

(2)　有料老人ホーム等（特定施設入居者生活介護以外の受給者の入居施設）及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入所者に対して、保険医が療養計画に基づき定期的に訪問診療を行う場合であっても、在宅療養支援診療所以外の保険医療機関であって、その施設と特別の関係にある保険医療機関の保険医が行うものについては、在宅時医学総合管理料及び在宅末期医療総合診療料は算定できない。

6　第４の６中「介護保険における指定通所介護又は通所リハビリテーション」を「指定訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション」に改める。

7　別紙を別添のとおり改める。

8　様式３及び様式４を削り、様式５から様式１０を２ずつ繰り上げる。

（別添）

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定した日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定した日の場合	
基本	初・再診料		○					○（入院に係るものを除く）	×	×	×	○	×	○	「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」を参照
基本	入院料等		×					×		○（診療所老人医療管理料を除く）	×	○（短期滞在手術基本料１に限る。）	○（精神科措置入院診療加算に限る）	○（短期滞在手術基本料１に限る。）	
特掲	医学管理等	入院中の患者について算定するものであって、生活指導に係るもの・入院栄養食事指導料・薬剤管理指導料・退院前訪問指導料	×					×		○	×	×	×		「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」を参照
特掲	医学管理等	地域連携退院時共同指導料１	×					○	×	○	○	×	×		
特掲	医学管理等	地域連携退院時共同指導料２	×					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注１）	○					×		○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注２）	○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		○	○（介護療養病床等において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。）	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注３）	○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注４）	○					○	×	○	×	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注５）	○					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅰ）（注６）	○					×		○	○	×	×		
特掲	医学管理等	診療情報提供料（Ⅱ）	○					○	×	○	○	×	×		
特掲	医学管理等	上記以外	○					×		○	○	×	×		
特掲	在宅医療	往診料	○					○	×	×	×		×		「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」を参照
特掲	在宅医療	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算（在宅療養支援診療所の場合）	○			○（末期の悪性腫瘍である患者に限る）	○	×		×	×		×		
特掲	在宅医療	在宅患者訪問診療料及びターミナルケア加算（上記以外）	○			×	○	×		×	×		×		

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者						介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）		介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		
											介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定した日の場合	
特掲	在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○（※2）		○（在宅療養支援診療所の保険医が定期的に訪問して診療を行う場合に限る。）	○	×		×	×		×			「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」を参照
		在宅末期医療総合診療料	○			×		×		×	×		×			
		在宅患者訪問看護・指導料	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る）					×		×	×		×			
		在宅患者訪問薬剤管理指導料	×					×		×	×		×			
		在宅訪問リハビリテーション指導管理料	×					×		×	×		×			
		在宅患者訪問栄養食事指導料	×					×		×	×		×			
		第２節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○					×		×	×		×			
		第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○					○		×	×		×			
	検査		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	×	○	×	○		
	画像診断		○					○		○	○（単純撮影を除く）	○	×	○		
	投薬		○					○（大臣の定める項目に限り算定可。（悪性腫瘍患者に対する腫瘍用薬は可））		○	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）		
	注射		○					○（大臣の定める項目に限り算定可。（人工腎臓等の患者に対するエリスロポエチンは可））		○	○（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者（腎性貧血状態にある者に限る）に係るエリスロポエチンに限る）	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）	×	○（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る）		
	リハビリテーション		○ 介護保険で、訪問リハ、通所リハを行った日以外の日は算定可		○			○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○（機能訓練及び難病患者リハビリテーション料に係る部分に限る）	×	×			
	精神科専門療法	重度認知症デイ・ケア料	○ 介護保険で認知症通所介護、通所リハを行った日以外の日は算定可		○（認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランクⅡのものに限る）	○		×		○	○		○			
		入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法	×					×		○（特定診療費を算定する場合を除く）	○（特定診療費を算定する場合を除く）		○（特定診療費を算定する場合を除く）			

区分			入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
			自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）：介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定した日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定しない日の場合	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）：介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定した日の場合	
特掲	精神科専門療法	精神科作業療法	○					×		○	×	○	×	○	「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」を参照
		精神科退院指導料	×					×		○	×	○	×	○	
		精神科退院前訪問指導料	×					×		○	×	○	×	○	
		上記以外	○					×		○	○		○	○	
	処置		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○（別に厚生労働大臣が定めるもの（※3）を除く）	○	×	○	
	手術		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○		×	○	
	麻酔		○					○（大臣の定める項目は算定不可）		○	○		×	○	
	放射線治療		○					○		○	○		×	○	
歯科	訪問歯科衛生指導料		×					○		○	○		○		○
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×					○		○	○		○		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る）
	老人訪問口腔指導管理料		×					○		○	○		○		○
	歯科口腔衛生指導料 歯周疾患指導管理料 歯科衛生実地指導料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料（I）（注2）		○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					○		○	○		○		○
	上記以外		○					○		○	○		○		○
調剤	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×					×		×	×		×		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の処方に基づき実施した場合に限る）
	・薬剤服薬歴管理料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料		○（居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）					×		×	×		×		○

区分		入院中以外の患者					介護老人保健施設（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		入院中の患者					介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設（特養ホーム）（短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む）
		自宅（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く）	有料老人ホーム（特定施設入居者生活介護以外）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設入居者（特定施設又は地域密着型特定施設）	うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く）	介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く）（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、（※1）を除く）		介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）（老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む）		
										介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、外泊時費用を算定した日の場合	
調剤	上記以外	○					×	×	×	×		×		○
訪問看護療養費	訪問看護管理療養費	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。）					×	×	×	×		×		○（末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る。）
	２４時間連絡体制加算	○（介護保険の訪問看護において緊急時訪問看護を算定していない場合に限る。）					×	×	×	×		×		
	重症者管理加算	×					×	×	×	×		×		
	訪問看護情報提供療養費	×					×	×	×	×		×		
	上記以外	○（末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。）					×	×	×	×		×		

※１） 介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病棟の病床、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（平成十一年厚生省令第三十七号）附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は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（平成十八年厚生労働省令第三十五号）附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第百八十九条に規定する基準適合診療所に係る病床

※２） 特別な関係の医療機関では算定できない。ただし、当該施設と特別の関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「１」を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「２」を算定できる。

※３） 基本診療料の施設基準等（平成十八年厚生労働省告示第九十三号）別表第五第二号に掲げる処置。