

(保 26)

平成26年4月25日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木邦彦

平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正、官報掲載事項の一部訂正について
及び厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その4）」の送付について

平成26年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、平成26年3月14日付日医
発第1221号（保279）「平成26年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付につ
いて」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、平成26年4月23日付け「平成26年度診療報酬
改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について」（添付資料1）が発出され
ましたのでご連絡申し上げます。

また、厚生労働省保険局医療課より、平成26年度診療報酬改定に関するQ&A「疑義解
釈資料の送付について（その4）」（添付資料2）が発出されましたので、取り急ぎご連絡
申し上げます。

なお、本疑義解釈資料の別添4において、平成26年3月31日付け「疑義解釈資料の送
付について（その1）」が、別添5において、平成26年4月10日付け「疑義解釈資料の
送付について（3）」が一部訂正されておりますのでご確認ください。

【添付資料】

1. 平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について
（平26.4.23 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）
2. 疑義解釈資料の送付について（その4）
（平26.4.23 事務連絡 厚生労働省保険局医療課）

事務連絡
平成26年4月23日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その4）

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）等により、平成26年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添3のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

なお、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成26年3月31日付事務連絡）を別添4、「疑義解釈資料の送付について（その3）」（平成26年4月10日付事務連絡）を別添5のとおり訂正いたしますので、併せて送付いたします。

医科診療報酬点数表関係

【入院基本料】

(問1) 7対1、10対1病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料に限る。）における特定除外制度の見直しに伴う経過措置として、「当該病棟の2室を指定し、その中の4床までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる」とあるが、「1室」を指定して、その中の「4床」を当該病床とするということは可能か。あるいは「1室」を指定して、その中の「2床」を当該病床とすることは可能か。必ず、「2室4床」というセットでなければならないのか。

(答) セットでなくてもよく、2室までならどこの4床を指定してもよい。

(問2) 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院の定義について、在宅復帰機能強化型の療養病床から、病院内のそうではない療養病床に転棟した場合は、退院とみなされるのか。

(答) みなされない。

(問3) 在宅復帰機能強化加算について、病棟ごとの算定ができると理解しているが、療養病棟入院基本料1を算定している全病棟を一体として算定すべきか。

(答) 病棟単位であり、全病棟ではない。加算を算定する病棟と算定しない病棟が混在することができる。

(問4) 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「退院患者の在宅生活が1か月以上継続することを確認していること」とあるが、どのような方法で確認をし、どのように記録管理すべきか。

(答) 当該保険医療機関の職員により患者の居宅を訪問又は在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供により確認する。記録方法は問わないが、退院患者それぞれについて、どのように確認が行われたかがわかるように記録されていること。

【ADL維持向上等体制加算】

(問5) ADL低下が3%未満とあるが、指標は示されるのか。

(答) 別紙様式7に基づき、バーセルインデックスを用いて評価する。但し、平成27年3月31日までに限り、DPCにおける入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

【総合入院体制加算】

(問6) 総合入院体制加算1における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること」とあるが、医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し、禁煙を行っているにも関わらず、来訪者が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

(答) 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し、職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

【急性薬物中毒加算】

(問7) 急性薬物中毒加算2は血中濃度（簡易的なもの）によりベンゾジアゼピン等を測定した場合は算定可能なのか。

(答) 催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒患者は対象とならない。

【地域包括ケア病棟入院料】

(問8) 地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料含む）2を届け出る場合において、患者2人以上を入院させる病室の場合、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は、1人当たりの居室面積は、4.3㎡以上と考えて良いのか。

(答) そのとおり。

【地域包括診療料】

(問9) 当該患者の24時間の対応について、オンコール以外の対応は必要となるのか。

(答) 緊急時の往診等の体制を有していれば、オンコール対応で差し支えない。

【地域包括診療料・地域包括診療加算】

(問10) 地域包括診療料、地域包括診療加算における施設基準の要件に「敷地内が禁煙であること」とあるが、医療機関が禁煙を行っているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行った場合、施設基準に適合しないものとみなされるか。

(答) 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず、来訪者等が喫煙を行ってしまった場合、単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。

なお、医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示する等職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに、来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

【短期滞在手術等基本料】

(問11) 留意事項通知(2)に、「短期滞在手術等基本料は、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない。」と示されているが、右乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満を実施し、退院の日から起算して7日以内に、左乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満を実施した場合、それぞれ短期滞在手術等基本料3を算定できるものと解釈してよろしいか。

(答) 2回目の入院日が1回目の入院の退院日から起算して7日以内である場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。

【夜間休日救急搬送医学管理料】

(問12) 精神科疾患患者等受入加算の「イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者」とあるが、6月とは暦月でよいか。
また、精神科受診であれば病名は問わないか。

(答) 暦月でよい。

また、精神疾患に限る。

【がん患者指導管理料】

(問13) がん患者指導管理料について、「当該患者の同意を得て」となっているが、患者の同意を得ている旨をカルテ等に記録することで要件は満たされるか。

(答) そのとおり。

【在宅患者訪問診療料】

(問14) 署名付きの同意書については、各医療機関で作成し同意を得ることによいか。

(答) そのとおり。

(問15) 留意事項通知の別紙様式14「訪問診療に係る記録書」について、主治医氏名の欄に「印」を押すこととなっているが、電子カルテの場合でも押印が必要か。

(答) 必要ではない。

(問16) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、患者毎かつ訪問毎に当該様式を診療報酬明細書に添付することが必要か。

(答) そのとおり。

(問17) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、診療報酬明細書に添付することとあるが、別紙様式14のとおりの内容を症状詳記に記載することで電子請求を行うことも可能か。

(答) 可能である。

なお、当該症状詳記の記載例については、平成26年3月26日保医発0326第3号「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（平成26年4月23日付一部訂正）を参照のこと。

(問18) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、医師が1日に複数の同一建物で診察した場合、そのすべての患者を当該様式に記載する必要があるか。

(答) 複数の建物で診察した場合であっても、当該様式については訪問診療を行った患者が居住する建物の患者のみを記載することで差し支えない。

なお、その場合、それぞれの同一建物ごとに、在宅患者訪問診療料2を算定する患者について記載すること。

(問19) 在宅患者訪問診療料において、『なお、「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合」又は認知症対応型共同生活介護等における「ロ イ以外の場合」については、保険医1人につき（医師3人までに限る）同一日に複数の訪問診療を行った場合に算定する』とあるが、障害者支援施設、障害児入所施設及び共同生活援助を行う住居は当該規定の対象となるか。

(答) 対象となる。

(問20) 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、紙で当該様式を診療報酬明細書に添付する場合、医療機関で用いている訪問診療計画等の様式が、別紙様式14の内容をすべて含んでいる場合は、この様式をコピーして添付することは可能か。

(答) 可能である。

【在宅自己注射指導管理料】

(問21) C101在宅自己注射指導管理料について、数週間に1回の自己注射が必要な患者であっても、週2回以上の外来等による教育期間が必要なのか。自己注射の間隔に応じた適切な教育期間では要件を満たさないのか。

(答) 注射の回数に関わらず、週2回以上の外来等による教育期間をとり、指導を行う必要がある。

【在宅療養後方支援病院】

(問22) 3月に1回以上患者の情報交換をしていることとあるが、どのような形式で情報交換をしなければならないのか。

(答) FAXやメールでの情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

【リハビリテーション料】

(問23) 維持期リハビリテーションにおいて「ただし、要介護被保険者等であつて、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く」とあるが、入院中の要介護被保険者に対する平成26年4月1日以降の維持期のリハビリテーション料は算定不可か。

(答) 入院中の患者は、平成26年4月1日以降も、一月13単位を限度に算定可能。

(問24) H001脳血管疾患等リハビリテーション料・H002運動器リハビリテーション料の注5にて「・・・所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。」とあるが、この所定点数の計算方法の取り扱いについては、次のとおりでよいか。

例) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点を2単位 実施した場合
 $85点 \times 90/100 = 76.5 \Rightarrow 77点$ (四捨五入)
 $77点 \times 2単位 = 154点$
算定点数：154点

(答) そのとおり。

(問25) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に係る届出を行っている保険医療機関において、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者のうち、当該疾患の手術を行っていない患者に対して、運動器リハビリテーションを提供する場合は運動器リハビリテーション(Ⅰ)を算定できるか。

(答) 算定できる。

(問26) H007-2がん患者リハビリテーション料の対象患者は廃用症候群から外れ、入院中はがん患者リハビリテーション料を算定するが、退院後の外来では廃用症候群でのリハビリテーションを行えばよいのか。

(答) がん患者リハビリテーション料は外来で算定できない。退院後は患者の状態

に応じて、適切なリハビリテーション料を算定いただきたい。

(問27) 認知症患者リハビリテーションに専従の作業療法士として、認知症治療病棟入院料に専従の作業療法士を届け出ることとは可能か。

(答) 不可。

(問28) H007-2がん患者リハビリテーション料の医療関係団体等が主催するがん患者のリハビリテーションに係る適切な研修とは、疑義解釈資料(その1)(平成26年3月31日)で示した研修以外に、具体的にどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、一般社団法人日本作業療法士協会が主催する「がんのリハビリテーション研修会」がある。

なお今後、当該研修に該当するかどうかは、その都度当局に内議されたい。

【リハビリテーション総合計画評価料】

(問29) 入院時訪問指導加算は、4月1日～7日までの入院患者に対して3月25日～31日に訪問した場合にも、算定要件を満たすのか。

(答) 満たす。

【通院・在宅精神療法】

(問30) 精神科と神経内科を標榜する病院で、精神科担当医が、神経内科として診療する時間は算定できるか。

(答) 算定できない。

【その他】

(問31) 室料差額の院内掲示は、税別表示でよいのか。

(答) 消費税法により、消費税額を含めた総額表示が義務づけられているが、平成29年3月31日までの間は、「消費税の円滑かつ適正な転嫁の確保のための消費税の転嫁を阻害する行為の是正等に関する特別措置法」第10条第1項の規定により、税別表示でもよいこととされている。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問3-4-12）手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答） 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

（問3-4-13）閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

（答） 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

（問4-4）DPC算定の対象となる病床から「地域包括ケア入院医療管理料」を算定する病室に転室した場合は、どのように算定するのか。

（答） 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における特定入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること（この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない）。
また、特定入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

（問4-5）4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院（入院A）し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合（入院B）、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

（答） 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

(問 9 - 8) 一度目の D P C 算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、D P C 算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病名で 7 日以内に再度 D P C 算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一度目の D P C 算定対象となる病棟に入院していた期間中ですでに入院日Ⅲを超えた後の再転棟については、診断群分類番号上 2 桁が同じであるどの診断群分類番号に該当する場合であっても、医科点数表に基づき算定する。

歯科診療報酬点数表関係

【医学管理：歯科疾患管理料】

(問1) 平成26年度歯科診療報酬改定において、歯科疾患管理料の算定要件が見直されたが、同一初診期間内において、初回の歯科疾患管理料を算定して以降、当該管理料の算定がない期間が前回算定日から起算して4月を超える場合であっても、継続的な管理が行われている場合においては、引き続き、当該管理料を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問2) 平成26年度歯科診療報酬改定において、う蝕多発傾向者の判定基準が見直されたが、判定に関する取扱い如何。

(答) う蝕多発傾向者の判定基準の各年齢区分において、う蝕多発傾向者として判定された場合は、各年齢区分の期間において、口腔内状況の変化によらず、う蝕多発傾向者として取り扱う。

【手術：歯根端切除手術】

(問3) 当該療養に規定される手術用顕微鏡についてはどのような医療機器が対象となるのか。

(答) 一般的名称が「手術用顕微鏡」、「可搬型手術用顕微鏡」又は「架台式手術用顕微鏡」である医療機器が対象となる。

【歯冠修復及び欠損補綴：クラウン・ブリッジ維持管理料】

(問4) クラウン・ブリッジ維持管理料の事前承認の対象は、外傷、腫瘍等によりやむを得ず「隣在歯」、「隣在歯及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した歯冠補綴物が装着された歯」、「隣在歯及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定したブリッジが装着された支台歯」のいずれかについて、抜歯した場合に限定されるのか。

(答) そのとおり。

【歯冠修復及び欠損補綴：CAD/CAM冠】

(問5) CAD/CAM冠について、歯科用CAD/CAM装置を有していない歯科技工所の関わり如何。

(答) 稀なケースと思料されるが、仮に歯科技工を行う場合は、歯科技工指示書により歯科医師がその旨を記載するとともに、届出にあたっては歯科用CAD/CAM装置を設置する歯科技工所を含め、全ての歯科技工所に関する内容及び当該装置を設置している歯科技工所(例：A歯科技工所：装置設置)が分かるように記載する。

(問6) CAD/CAM冠の施設基準の届出において、単なるスキャニングのみを行う装置をCAD装置として届出を行うことはできるか。

(答) できない。CAD装置とは、コンピュータ支援設計により歯冠補綴物の設計を行うためのソフトウェアが具備され、医療機器として届出が行われた装置をいう。

【歯科矯正】

(問7) 平成26年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲が拡大されたが、平成26年3月末日まで既に自費診療にて矯正治療を行っていた場合であって、平成26年4月以降においても継続して当該歯科治療を行う場合の取扱い如何。

(答) 平成26年度歯科診療報酬改定において、別に厚生労働大臣が定める疾患として新たに追加された疾患については、平成26年4月1日以降に、歯科矯正セファロ分析、口腔内写真、顔面写真等による分析結果や評価を踏まえた上で、治療計画書を患者に提供し、歯科矯正診断料を算定した場合にあっては、当該疾患に係る歯科矯正治療は保険給付の対象となる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄に当該疾患名を記載し、自費診療からの保険診療へ移行した旨を「摘要」欄に記載する。

医科診療報酬点数表関係（DPC）

（問3-4-3）手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらずできない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

（答） 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

（問14-5）改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように扱うのか。

例1 3月 1日 入院 診断群分類区分Aを決定

~~3~~ 4月10日 診断群分類区分Bへ変更

例2 3月 1日 入院 包括対象の診断群分類区分を決定

4月10日 出来高の診断群分類区分Aへ変更

（答） いずれの場合も改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となる。また、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬からが差額調整の対象となる。

医科診療報酬点数表関係

【~~在宅患者訪問褥瘡管理指導料~~在宅自己注射指導管理料】

(問 19) C101 在宅自己注射指導管理料の導入初期加算を行っている患者が保険医療機関を変更した場合はどのように取り扱うのか。

(答) 変更前の保険医療機関から通算して取り扱う。

事務連絡
平成26年4月23日

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

御中

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添10までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

また、平成26年3月5日付官報（号外第45号）等に掲載された平成26年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添11のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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26年3月5日保医発0305第1号）（別添1）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第2号）（別添2）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）（別添3）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月5日保医発0305第3号）（別添4）
- ・「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26年3月5日保医発0305第5号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」（平成26年3月5日保医発0305第8号）（別添6）
- ・「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について」（平成26年3月19日保医発0319第4号）（別添7）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（平成26年3月26日保医発0326第3号）（別添8）
- ・「「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」（平成26年3月28日保医発0328第1号）（別添9）
- ・「「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について」（平成26年3月28日保医発0328第2号）（別添10）

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26年3月5日保医発0305第1号)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1 総合入院体制加算

2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

- (1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(4)、~~(6-5)及び(7)~~～(10)に限る。)を満たしていること。

第4の5 乳幼児加算・幼児加算

1 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の~~(4)~~と同様であること。

第6 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・準超重症児(者)入院診療加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の~~(4)~~と同様であること。

第10の2 小児療養環境特別加算

1 小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の~~(4)~~と同様であること。

第18 がん診療連携拠点病院加算

1 がん診療連携拠点病院加算に関する施設基準

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の~~(4)~~と同様であること。

第21 感染防止対策加算

2 感染防止対策加算2の施設基準

- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日

常業務を行うこと。

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の~~エ~~(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

第22の2 ハイリスク妊娠管理加算

1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

(5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の~~2~~の(4~~併~~)と同様であること。

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

(6) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の~~2~~の(4~~併~~)と同様であること。

第26 呼吸ケアチーム加算

1 呼吸ケアチーム加算の施設基準

(7) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の~~2~~の(4~~併~~)と同様であること。

様式 10 の 7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

区分	氏名	勤務時間
① 病棟に配置されている精神保健福祉士		
② 退院支援部署に配置されている精神保健福祉士		

1年前6+月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)	
年 月 (a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し在宅へ移行※した患者数(c)	
(c) 名	
(c) / (b) = _____	

※在宅へ移行とは、患家又は精神障害者施設へ移行することをいう退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものを言う(ただし、死亡退院及びおよび退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される入院をした場合は除く)。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記入上の注意]

1. 病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。
2. ②については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
4. (a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。届出前月から起算して1年前の年月を記入する。
5. 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) ≥ 0.9

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

届出を行う病棟	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1月以上の患者のうち、再入院患者、死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3)介護老人保健施設	名
	(4)同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)／① (50%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該病棟における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病棟における当該3月間の新入棟患者数	名
⑤	当該病棟における当該3月間の新退棟患者数(死亡退院を含む)	名
⑥	$(④+⑤) / 2$ (小数点以下は切り上げる)	名
⑦⑥	平均在院日数 $-(④+⑤) / ②③ / ⑥$	日
⑧⑦	30.4 / ⑥⑦ (10%以上)	%

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

[記載上の注意]

療養病棟入院基本料1の届出書の写しを添付すること。

一般病棟用の重症度、医療・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 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2	呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時3本以上 <u>の管理</u>	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬 <u>注射薬</u> の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服・貼付、 <u>坐剤の管理</u> 、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理)	なし	あり	あり
				A得点

B	患者の状況等	0点	1点	2点
8	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
9	起き上がり	できる	できない	/
10	座位保持	できる	支えがあれば できる	
11	移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
12	口腔清潔	できる	できない	/
13	食事摂取	介助なし	一部介助	
14	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、医療・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、医療・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、評価日の患者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、医療・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。

<地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)>

における一般病棟用の重症度、医療・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1点以上。

<回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、医療・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1点以上。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1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（A項目）並びに患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等及び回復期リハビリテーション料1については、評価はA項目の評価のみとし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時に評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。

ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場

合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

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、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、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に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷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 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜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。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
DESIGN-R分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護師等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に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をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シヤント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護師等が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。

「あり」

同時に3本以上の点滴の管理を実施した時間があつた場合をいう。

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。

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。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で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。

スワンガ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。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に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なかった場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であつて、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入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。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、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）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に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状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をした場合をいう。

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が、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 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（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩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に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をいう。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。

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（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。

抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬の使用（注射剤のみ）は、痛みのある患者に対して、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ことを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「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。
注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。

④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、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の内服・貼付、坐剤を使用した場合で、看護師等による内服・貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「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。
看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生しており、看護師等による特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。
当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服、貼付等の確認、及び内服、貼付等後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服、貼付等の確認、内服、貼付等後の副作用の観察をしていれば含める。
麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、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)により目標病巣を死滅させることを目的とした局所療法を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、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放射線治療に含む。
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の対象に含める。
外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

⑥ 免疫抑制剤の管理

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に

対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護師等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

内服については、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤の使用（注射剤のみ）は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。

昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り不整脈剤の使用の対象に含める。

抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬（~~ヘパリン、ワルファリン等~~）、血小板凝固阻害薬（~~アスピリン等~~）、血栓溶解薬（~~アルテプラゼ、アボキナーゼ（ウロキナーゼ）等~~）等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合やペンローズドレーン、フィルムドレーン等を使用し誘導する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。VAC療法（陰圧閉鎖療法）は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

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. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

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、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

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。

9 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。

10 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・亀背等の身体の状況にかかわらず、「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。

1 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 2 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。
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。

1.3 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」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）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、食欲の観察は含めない。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。

1.4 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。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。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。

特定集中治療室用の重症度、医療・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 心電図モニターの管理	なし	あり
2 輸液ポンプの管理	なし	あり
3 動脈圧測定 (動脈ライン)	なし	あり
4 シリンジポンプの管理	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 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
8 肺動脈圧測定 (スワングアンツカテーテル)	なし	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	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) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「特定集中治療室用の重症度、医療・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、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

< **特定集中治療室用の重症度、医療・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、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

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。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。~~ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。~~

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等^①でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニター^{の管理}は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に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なかった場合をいう。

「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

2 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの^{使用管理}は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった場合をいう。

「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり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。
携帯用であっても輸液ポンプの^{管理}に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

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をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合をいう。

4 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの**使用管理**は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり、シリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理しなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり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。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

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をいう。
「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

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中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

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をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。

NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

7 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、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）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

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が、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガ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をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガ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肺動脈圧測定の評価に含める。

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

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、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合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. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする

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、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

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。

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。

ハイケアユニット用の重症度、医療・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 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の <u>管理</u>	なし	あり
5 心電図モニターの管理	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等(CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	なし	あり
		A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
14 床上安静の指示	なし	あり	
15 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	
16 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
17 起き上がり	できる	できない	
18 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
19 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
20 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)	
21 口腔清潔	できる	できない	
22 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
23 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
24 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
25 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
26 危険行動	ない	ある	
			B得点

注) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「ハイケアユニット用の重症度、医療・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、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<ハイケアユニット用の重症度、医療・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、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が7点以上。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

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。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。~~ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。~~

また、危険行動の項目については、評価対象期間内の記録が看護師等によって記載されたものであれば、当該保険医療機関以外の記録であっても評価に含むものとする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等~~等~~でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。A 項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B 項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A 項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A 項目では「なし」、B 項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならない。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

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、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、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に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷の処置、褥瘡の処置については、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜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。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R 分類 d2 以上の状態をいう。こ

の状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC 療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

【参考】

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) II 度以上
DESIGN-R 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をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合をいう。

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蘇生術の施行の対象に含めない。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、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-10 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、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の処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合に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をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（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、皮下に対する点滴、持続注入による薬液や輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護師等が管理を行った場合にその時間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本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した時間があった場合をいう。

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。
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。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で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。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニター管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に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なかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの使用管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静

脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理していなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを管理した場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり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。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7 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をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの使用管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり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。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9 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をいう。

「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

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中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

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。

10 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をいう。

「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

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が、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の**使用管理**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）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

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が、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

12 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガ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をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガ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肺動脈圧測定の評価に含める。

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

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合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. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

1.4 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場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

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。

1.5 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。

1.6 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、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

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。

1.7 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。

1.8 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・亀背等の身体の状況にかかわらず、「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。

1.9 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。

20 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。

21 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。

22 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」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）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。

23 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。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。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。

2.4 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。

2.5 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。

2.6 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「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

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をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

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。

(別添2)

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成26年3月5日保医発0305第2号)

別添1

特掲診療料の施設基準等

第1の2 悪性腫瘍特異物質治療管理料

1 悪性腫瘍特異物質治療管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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26年3月5日保医発第0305第1号)別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第1の3 小児特定疾患カウンセリング料

1 小児特定疾患カウンセリング料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第1の4 小児科療養指導料

1 小児科療養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第1の5 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第1の6 入院栄養食事指導料

1 入院栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第1の7 集団栄養食事指導料

1 集団栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第3 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料注2に規定する加算に関する施設基準

(4) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第3の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料

1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第4 糖尿病合併症管理料

1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

(3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第6の2 乳幼児育児栄養指導料

1 乳幼児育児栄養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第6の9 生活習慣病管理料

1 生活習慣病管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2~~㊦~~の(4~~㊦~~)と同様であること。

第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

1 ハイリスク妊産婦共同管理料(I)及び(II)に関する施設基準

(2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準

については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

第11の2 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

1 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	()名
2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む)	()名
3. 現在の入院希望患者数	()名

III-II. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名

IV-III. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外)
()回	()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名	()名

V-IV. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	()医療機関
-------------------	----------------

[記入上の注意]

- 1 IIの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206 在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2 IIIの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

様式 26 の 2

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

① ~~第25の2の1に規定するもの~~（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合）

② ~~第25の2の2に規定するもの~~（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合）

③ ~~第25の2の3に規定するもの~~（適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準）

(2) 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)
- ・機器増設による届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

(3) 届出年月日 平成 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2名以上）

診療科名	氏名	当該療法の 経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療センター が実施している研修の修了 の有無（1名以上）
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏名

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 当該保険医療機関における精神科電気痙攣療法の実施症例数（5例以上） 例

(10) 施設共同利用率の算定

① ~~①~~ 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100% = %

よる場合」の実績に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 1 「1」の(2)及び(10)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 2 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する保険医療機関は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(10)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、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。
- 4 「1」の(5)及び(9)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 6 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 7 「1」の(10)について
 - (1) ④による施設利用率が20%以上であること。
 - (2) 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - (3) 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 8-7 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算
胃瘻造設術
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

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 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	常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
3	胃瘻造設術の年間症例数	例
4 経口摂取回復率		
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
		A = ① + ②
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態へ回復した患者を除く）	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	①に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者	人
		B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
$\left(\textcircled{9} - B \right) / \left(A - B \right) = \text{割 分}$		
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている (該当する ・ 該当しない)		
※ 3の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者及び顔面外傷により嚥下が困難な患者を除く。		

[記載上の注意]

1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(9)に定めるところによるものであること。

- 2 経口摂取回復促進加算に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 3 「4」及び「5」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 4 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
 - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術または胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 5 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 6 「5」は、経口摂取回復促進加算の届出の際は記載する必要はないこと。

備考：精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること

：経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること

：精神科訪問看護基本療養費に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：24 時間対応体制加算に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：届出書は正副を 2 通提出すること

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(平成26年3月5日保医発0305第3号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第2節 再診料

A001 再診料

(6) 外来管理加算

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

第2部 入院料等

<通則>

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

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

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

ア 引き続き一般病棟入院料を算定する。（平均在院日数の対象となる。）

イ 一般病棟入院基本料の「注11」の規定により、区分番号「A101」療養病棟入院基本料1の例により算定する。（平均在院日数の算定対象とならない。）

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

- (1) 障害者施設等入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の月平均夜勤時間超過減算により算定するものから構成され、「注1」の入院基本料については、それぞれ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届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の月平均夜勤時間超過減算については、届け出た~~精神~~障害者施設等一般病棟に入院している患者について算定する。

第2節 入院基本料等加算

A 2 1 8 地域加算

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

A 2 1 8 - 2 離島加算

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

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 9 診療情報提供料(Ⅰ)

- (15) 「注6」に掲げる「認知症に関する専門の保険疾患医療機関センター等」とは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年7月4日老発0704第1号老健局長通知）に規定されている認知症疾患医療センター~~として、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関~~であること。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料

- (10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。
- ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時間）及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付すること。

C 0 0 6 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

- (10) 「注 ~~3~~」に規定する交通費は実費とする。

第 3 部 検査

第 1 節 検体検査料

第 1 款 検体検査実施料

D 0 0 8 内分泌学的検査

- (13) 「20」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) は、代謝性骨疾患及び骨転移 (代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る) の診断補助として実施した場合に 1 回、その後 6 月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に 1 回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後 6 月以内に 1 回に限り算定できる。

本検査と「20」の I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTX)、「26」のオステオカルシン (OC) 又は「32」のデオキシピリジノリン (DPD) (尿) ~~を~~併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。

なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

- ~~(7)~~ (17) 「26」の I 型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β 異性体 (β-CTX) (尿) 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。

- (18) 「26」の I 型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β 異性体 (β-CTX) 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。

また、「26」の I 型コラーゲン架橋 C-テロペプチド-β 異性体 (β-CTX) (尿) と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

第 5 部 投薬

第 5 節

F 4 0 0 処方せん料

- (10) 「注 ~~7~~」に規定する加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載 (以下「一般名処方」と

いう。)による処方せんを交付した場合に限り算定できる。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定できる。

また、一般名処方を行った場合の(5)の取扱いにおいて、「種類」の計算にあたっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

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

H002 運動器リハビリテーション料

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六~~第一号~~に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

H007-2 がん患者リハビリテーション料

- (4) がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「H00 ~~3-2~~」リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキヤンサーボードに参加することが望ましい。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (1) ~~「1」~~の抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」~~持~~持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。
- (2) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙36を参考にすること。
- (3) ~~「2」~~の抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」~~治~~治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

第10部 手術

第11款 性器

~~K 8 4 3 - 3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術~~

~~尿管腫瘍、膀胱腫瘍、後腹膜腫瘍、後腹膜リンパ節腫瘍（精巣がんから転移したものに限る。）又は骨盤リンパ節腫瘍（泌尿器がんから転移したものに限る。）について、内視鏡下小切開手術を行った場合についても本区分で算定する。~~

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 6 自動縫合器加算

- (3) 区分番号「K 5 2 4 - 2」、「K 6 5 4 - 3」の「2」、「K 6 5 5」、「K 7 1 1 - 2」、「K 7 1 6」、「K 7 3 2」の「2」、「K 7 3 9」及び「K 7 3 9 - 3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

(別添 4)

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について
(平成26年 3 月 5 日保発0305第 3 号)

第 4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

- 1(1) 訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費を算定できないこと。
ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。
- カ 精神科重症患者者早期集中支援管理料を算定する患者（ただし、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)（作業療法士又は精神保健福祉士による場合）を算定する場合に限る。）

第 5 訪問看護管理療養費について

- 8(7) 精神科重症患者者早期集中支援管理料 1 を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅱ)、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。
- (8) 精神科重症患者者早期集中支援管理料 2 を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定し、当該保険医療機関は在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。

別添

訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書（平成 年 7月 1日 現在）

受付番号	
------	--

ステーションコード		市町村								
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称										
フリガナ										
名称										
管理者										
管理者の職種										
従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）（カ所）										
同一敷地内の他の事業所又は施設等の有無（有・無） 有る場合は該当する全てについて○で囲むこと										
1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設 5. 居宅介護支援事業所 6. 地域包括支援センター 7. 訪問介護事業所 8. 通所介護事業所 9. 小規模多機能居宅介護事業所 10. 複合型サービス事業所 11. その他（ ）										
従業員の職種・員数										
	保健師		助産師		看護師		准看護師		理学・作業療法士・言語聴覚士	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）										
非常勤（人）										
※常勤換算後の人数（人）										
主たる事業所（ ）人			従たる事業所（ ）人							
主な掲示事項										
営業日（ ）										
営業日以外の計画的な訪問看護への対応の有無（有・無）										
訪問看護ステーションの利用者数（報告月の前月1ヶ月間における利用者数）										
利用者数（ ）人										
うち、医療保険の利用者数（ ）人			介護保険の利用者数（ ）人							
1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出（注.当該療養費は届出がないと算定出来ません）										
○届出状況 有 無										
受理番号（ ）										
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等										
氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容								

2. 24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）
 ○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人

3. 特別管理加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）

4. 精神科複数回訪問加算・精神科重症患者早期集中支援管理連携加算に係る届出
 （注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（精神科複数回訪問加算： ）
 （精神科重症患者早期集中支援管理連携加算： ）

5. 機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出（注.当該管理療養費は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（機能強化型訪問看護管理療養費 1： ）
 （機能強化型訪問看護管理療養費 2： ）

○直近 1 年間のターミナルケアに係る算定状況

ターミナルケア療養費の算定数	
ターミナルケア加算の算定数	
合計（年）	

○1 月間の別表 7 の利用者数（ 人/月）※②の再掲

①	直近 1 年間における、各月の別表 7 の該当利用者数の合計	人
②	① / 12	人

○居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成状況

①	直近 1 年間における当該訪問看護ステーションを利用した患者のうちの、要介護・要支援者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画または介護予防サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業者による介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合 ②/①	%

○人材育成のための研修や実習の受入状況（直近 1 年）

研修・実習等の受入：（ 有 ・ 無 ）
 開催回数（研修、実習等の合計）：（ 回/年）

6. 褥瘡対策の実施状況

(1) 褥瘡対策の実施状況 (報告月の前月の初日における実績・状況)		
① 訪問看護ステーション全利用者数 (報告月の前月の初日の時点での利用者数)		人
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数		人
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数		人
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数		人
⑤ 褥瘡の重症度	訪問看護利用開始時の褥瘡 (③の利用者の在宅療養開始時の状況)	訪問看護利用中に発生した褥瘡 (④の利用者の発見時の状況)
d 1	人	人
d 2	人	人
D 3	人	人
D 4	人	人
D 5	人	人
D U	人	人

備考

1. 受付番号欄には記載しないこと。
2. 従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載すること。
3. 営業日以外の計画的な訪問看護とは、緊急時及び営業日以外に計画的な訪問を行っていることをいう。
4. 訪問看護ステーションの利用者数については、医療保険と介護保険の合計数を記載し、そのうちの医療保険、介護保険それぞれの利用者数を記載すること。
5. 精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。また、経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること。
6. 褥瘡対策の実施状況については、下記を参照の上、記載すること。
医療保険の他、介護保険の利用者についても含めることとする。
 - ① ①の訪問看護ステーション全利用者数：
報告月の前月の初日の訪問看護ステーションの全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）。
 - ① ②の褥瘡を保有している利用者数（褥瘡保有者数）：
① 利用者のうち、訪問看護利用開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）。
 - ③ 利用開始時に褥瘡を有していた利用者数（開始時褥瘡保有者）：
②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）。
 - ④ 新たに褥瘡が発生した利用者数：
②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載。
 - ⑤ 褥瘡の重症度（DESIGN-R 分類）：
③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護利用開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

「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26年3月5日保医発0305第5号)」

I 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)(以下「算定方法告示」という。)別表第一医科診療報酬点数表に関する事項

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
(46) 脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード、植込型脳・脊髄電気刺激装置

ア 脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード

8極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセットは、4極用脳・脊髄刺激装置用リードセット及び仙骨神経刺激装置用リードセット2本を組み合わせたものとして算定して差し支えない。

イ 植込型脳・脊髄電気刺激装置

a 植込型脳・脊髄電気刺激装置(振戦軽減用~~(4極用)~~)は、~~パーキンソン病又は本態性振戦に伴う振戦等、薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等以下のいずれかの~~症状の軽減を目的に使用した場合に、1回の手術に対し2個を限度として算定できる。

~~b 植込型脳・脊髄電気刺激装置(振戦軽減用(16極以上用)充電式)は、薬物療法によって十分な治療効果の得られない以下のいずれかの症状の軽減を目的に使用した場合に、1回の手術に対し2個を限度として算定できる。~~

- i 振戦
- ii パーキンソン病に伴う運動障害
- iii ジストニア

~~b~~ 植込型脳・脊髄電気刺激装置の交換に係る費用は、破損した場合等においては算定できるが、単なる機種交換等の場合は算定できない。

ウ MRIに対応していないリードと組み合わせて、植込型脳・脊髄電気刺激装置(疼痛除去用(16極以上用)・MRI対応型)又は植込型脳・脊髄電気刺激装置(疼痛除去用(16極以上用)充電式・体位変換対応型・MRI対応型)を使用する場合は、それぞれ植込型脳・脊髄電気刺激装置(疼痛除去用(16極以上用)・標準型)又は植込型脳・脊髄電気刺激装置(疼痛除去用(16極以上用)充電式・体位変換対応型・標準型)を算定する。

特定保険医療材料の定義について
(平成26年3月5日保医発0305第8号) 」

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

087 植込型脳・脊髄電気刺激装置

(3) 機能区分の定義

① 疼痛除去用(4極用)

次のいずれにも該当すること。

ア 疼痛除去を目的として使用するものであること。

イ 4つの電極に通電し、電位を自由に設定できること。

② 疼痛除去用(8極用)

次のいずれにも該当すること。

ア 疼痛除去を目的として使用するものであること。

イ 8つの電極に通電し、電位を自由に設定できること。

③ 振戦軽減用(4極用)

次のいずれにも該当すること。

ア パーキンソン病、ジストニア又は本態性振戦に伴う振戦等の症状の軽減効果を目的として使用するものであること。

イ 4つの電極に通電し、電位を自由に設定できること。

④ 疼痛除去用(16極以上用)・標準型

次のいずれにも該当すること。

ア 疼痛除去を目的として使用するものであること。

イ 16以上の電極に通電し、電位を自由に設定できること。

ウ ⑤に該当しないこと。

⑤～⑨ (省略)

厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について
(平成26年3月19日保医発0319第4号)

第3 費用の算定方法

1 診療報酬の算定

(4) 特定入院料の取扱い

医科点数表に掲げる特定入院料のうち、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料又はA307小児入院医療管理料の算定要件を満たす患者については、当該病院が医科点数表に基づく届出を行っている場合には、特定入院料を算定することができる期間に応じ、算定告示別表4から6の表の右欄に掲げる点数を加算する。なお、当該点数を算定する際の包括範囲は、(3)に定める範囲とし、特定入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算は、次に掲げるものとする。

① A300救命救急入院料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A205-2 超急性期脳卒中加算

イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

ウ A234-3 患者サポート体制充実加算

~~エ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

~~オ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

~~カ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

② A301特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A205-2 超急性期脳卒中加算

イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算

エ A232 がん診療連携拠点病院加算

オ A234-3 患者サポート体制充実加算

~~カ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

~~キ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算

~~ク~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

~~ケ~~ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

③ A301-2ハイケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

ア A205-2 超急性期脳卒中加算

- イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
 - エ A232 がん診療連携拠点病院加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~カ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~ク~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - ~~ケ~~ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ④ A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A230-4 精神科リエゾンチーム加算
 - エ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~オ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~カ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~キ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - ~~ク~~ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑤ A301-4小児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~ウ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - ~~オ~~ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑥ A302新生児特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~ウ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~オ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑦ A303総合周産期特定集中治療室管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~エ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~オ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~カ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑧ A303-2新生児治療回復室入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算

- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~ウ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~エ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- エ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑨ A305一類感染症患者入院医療管理料を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ウ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~エ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~オ~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑩ A307小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~カ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~ク~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ⑪ A307小児入院医療管理料3又は小児入院医療管理料4を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A234-3 患者サポート体制充実加算
 - ~~カ~~ A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ~~キ~~ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
 - ~~ク~~ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
 - ~~ケ~~ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算
- ⑫ A307小児入院医療管理料5を算定している間に算定できる入院基本料等加算
- ア A205-2 超急性期脳卒中加算
 - イ A206 在宅患者緊急入院診療加算
 - ウ A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
 - エ A221-2 小児療養環境特別加算
 - オ A231-2 強度行動障害入院医療管理加算
 - カ A231-4 摂食障害入院医療管理加算
 - キ A234-3 患者サポート体制充実加算

- ~~キ~~ク A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ~~ク~~ケ A238-3 新生児特定集中治療室退院調整加算
- ~~ク~~コ A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算
- ~~ク~~サ A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(平成26年3月26日保医発0326第3号)

別添1

別紙1

診療報酬請求書等の記載要領

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領 (様式第2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(23) 「在宅」欄について

エ 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は **難病** と表示すること。

(カ) 在宅患者訪問診療料2を算定した場合は、訪問診療が必要な理由等について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成26年3月5日保医発0305第3号)に掲げる別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付すること。

[症状詳記の記載例]

別紙様式14「訪問診療に係る記録書」の記入上の注意を踏まえ記載すること。

なお、「患者氏名(同一建物居住者)」、「診療時間(開始時刻及び終了時間)」、「診療場所」、「在宅患者訪問診療料2、往診料」については、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとに記載することとし、「患者氏名(同一建物居住者)」ごとの記載が分かるのであれば、本記載例によらず記載すること。

※「訪問診療に係る記録書」

※「患者氏名」 ○○ ○○

※「要介護度」 要介護5

※「認知症の日常生活自立度」 4

※「患者住所」 ○○市○○町○○番地 ○○号室

※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○

※「訪問診療を行った日」 平成○年○月○日

※「患者氏名(同一建物居住者)」 1(○○ ○○)、2(△△ △△)、・・・

※「診療時間(開始時刻及び終了時間)」 1(10時~11時)、2(11時~12時)、
・・・

※「診療場所」 1(同上○○号室)、2(同上△△号室)、・・・

※「在宅患者訪問診療料2、往診料」 1(在宅患者訪問診療料2を算定)、2(往診料を算定)、・・・

※「診療人数合計」 10人

※「主治医氏名」 □□ □□

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(24) 「処置・手術」欄について

ノ 「その他」欄について

(オ) 床副子（4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌~~接触~~摂食補助床））において、舌~~接触~~摂食補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、「舌~~接触~~摂食補助床」と表示し、当該補助床に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の点数をそれぞれ記載する。

(27) 全体の「その他」欄について

イ 医学管理について

(ク) 診療情報提供料(I)又は(II)は、「情I」又は「情II」と表示し、点数を記載する。なお、診療情報提供料(I)の加算は当該加算を合算した点数を記載し、退院患者の紹介の加算は「情I加1」と表示し「摘要」欄に退院日を記載する。基本診療料に係る歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算は、「摘要」欄に区分「B009」の注6は「情I加2」と表示し、注7は「情I加3」と表示する。

また、保険医療機関以外の機関機関への情報提供は、「摘要」欄にその情報提供先を記載する。

(28) 「摘要」欄について

ク 手術について

(ウ) 歯内療法では治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な~~小臼歯又は~~大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、部位及び算定理由を記載する。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

「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

(別紙)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者				
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(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。) ※1	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(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(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。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 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患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
初・再診料	○			×	×	○	×	○	×	○	×	○ (入院に係るものを除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
入院料等	—			○	×	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	○ (A227精神科措置入院診療加算に限る。)	○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)	—	—	—	—	—
B001の10 入院栄養食事指導料	—			○	×			×	—	—	—	—	—
B001の24 外来緩和ケア管理料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001の25 移植後患者指導管理料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001の26 橋込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001の27 糖尿病透析予防指導管理料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-5 院内トリアージ実施料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ ※1	○ ※1
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B001-2-8 外来放射線照射診療料	○			—	—	×	—	×	×	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B004 退院時共同指導料1	—			○	×			×	×	×	×	×	×
注2加算	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005 退院時共同指導料2	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005-1-2 介護支援連携指導料	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005-2 地域連携診療計画管理料	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005-3 地域連携診療計画退院時指導料(I)	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料(II)	○			—	×			×	×	×	×	×	×
B005-6 がん治療連携計画策定料	—			○	×			×	×	×	×	×	×
B005-6-2 がん治療連携指導料	○			—	×			×	×	×	×	×	×
B005-7 認知症専門診断管理料1	○			○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	×	○	○
B005-7 認知症専門診断管理料2	○			○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—	○	—	×	×	×	×	○	○
B005-7-2 認知症療養指導料	○			○ (療養病棟に入院中の者に限る)	—		—	×	×	×	×	○	○
B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	○			○	×			×	×	×	×	○	○
B007 退院前訪問指導料	—			○	×			×	×	×	×	—	—
B008 薬剤管理指導料	—			○	×			×	×	×	×	—	—
B009 診療情報提供料(I)	—			○	×			×	×	×	×	—	—
注1	○			○	×			×	×	×	×	○	○

医学管理等

「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

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入院又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(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。) ※1	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(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(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。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。))を受けている患者	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。))を受けている患者	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。))を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
その他の加算		○ ※2		—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○	○ ※2	○ ※2	—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)			×	—	—	—	—	×	×	
注2 (急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)			○	—	—	—	—	—	—	
C007 訪問看護指示料		○		—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C007-2 介護職員喀痰吸引等指示料		○		—	—	—	—	—	—	
C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		×		—	—	—	—	×	×	
C010 在宅患者連携指導料		×		—	—	—	—	×	×	
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料		○		—	—	—	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料		○		—	—	—	—	×	×	
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料		○		—	—	—	—	×	○ ※1	
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		—		—	—	—	—	○	○	
検査		○		○	×	○	×	○ ※7	○	
画像診断		○		○	○ (単純撮影に係るものを除く。)	○	×	○	○	
投薬		○		○	○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3	○
注射		○		○	○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※5	○
リハビリテーション			○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)	○	○ (H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。)	×	×	○ ※7	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から2ヶ月を経過した日以降は算定不可)	
I002 通院・在宅精神療法 (1通院精神療法に限る)		○		—	—	○	×	×	○ ※1	
I002 通院・在宅精神療法 (2在宅精神療法に限る)		○		—	—	—	×	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)	

「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

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)				2. 入院中の患者				3. 入所中の患者				
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(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。) ※1	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(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(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。)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。))を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。))を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。))を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 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患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関	
1003-2 認知療法・認知行動療法		○			—	—	○		×		×		○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
1005 入院集団精神療法		—			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)		—		—		—
1007 精神科作業療法		○			○	×	○		×	○	×		○
1008 入院生活技能訓練療法		—			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)		—		—		—
1008-2 精神科ショート・ケア 1009 精神科デイ・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	—	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)		×		×		○
注5		—		○	○	—	○	—	—		—		—
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—		×		×		○
1011 精神科退院指導料 1011-2 精神科退院前訪問指導料		—		○	○	—	○	—	—		—		—
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)		○	※9	—	—	—	—		—		—		○ ※9
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	○	—		—	—	—	—		—		—		—
1012-2 精神科訪問看護指示料	上、Ⅱに係るもの ※2	○	※2	—	—	—	—		—		—		○ ※2
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可)	○	○ (認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。) ○ (重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—		×		×		○
1016 精神科重症患者早期集中支援管理料		○	×	○	—	—	—		×		×		×
上記以外		○		○	○	○	○		×		×		○ ※1
処置		○		○	○	○ ※6	○	×	○		○ ※7		○

「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

区 分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者				3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(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。) ※1	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(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(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。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)	ア.介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)	ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る)		うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は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る者が入居する施設		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(362単位)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(362単位)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(362単位)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(362単位)を算定しない日の場合	

- ※4 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
- ・ エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ 疼痛コントロールのための医療用麻薬
 - ・ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するものに限る。)
 - ・ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の機能又は効果を有するものに限る。)
 - ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体
- ※5 次に掲げる費用に限る。
- ・ 外来化学療法加算
 - ・ 静脈内注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 動脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 点滴注射(保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ 埋込型カテーテルによる中心静脈注射(外来化学療法加算を算定するものに限る。)
 - ・ エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)
 - ・ 抗悪性腫瘍剤(外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。)
 - ・ 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
 - ・ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するものに限る。)
 - ・ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の機能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH1V感染症の機能又は効果を有するものに限る。)
 - ・ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体の費用
- ※6 創傷処置(手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。)、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、腔洗浄、眼処置、耳処置、耳鼻処置、鼻処置、口腔、咽喉頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。
- ※7 検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第12の第1号、第2号、第3号、第4号又は第5号に掲げるものを除く。
- ※8 死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム(看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。)において看取った場合(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。)に限る。
- ※9 認知症でない患者に限る。(ただし、精神科重症者早期集中支援管理料を算定する患者にあつてはこの限りではない。)

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について
(平成26年3月28日保医発0328第2号)

- 4 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）、療養介護事業所、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。
- ・精神科訪問看護指示料（~~精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）認知症の患者に限る。ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者、精神科訪問看護基本療養費Ⅱを算定する患者は除く。~~、~~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を除く。~~）

ページ

段

行

誤

正

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十七号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

一三五	上	九	1日につき	一連につき
一六八	上	一七	M014、M01	M014からM015
”	”	二八から二九	5	—2まで

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十九号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二二八	下	一三	（乳房切除術後）、	（乳房切除術後）、
				経皮的冠動脈形成術、
				経皮的冠動脈ステント留置術、

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十七号（複数手術に係る費用の特例を定める件）

（原稿誤り）

四	上	五	）	）（上行大動脈（大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る。）並びに上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術（大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人
---	---	---	---	--

工弁置換術を伴う大
動脈基部置換術に
限る。)
