

事務連絡（保 124）  
平成18年10月3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 満

### 平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正等について

今般、厚生労働省より、『(1)平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について、(2)「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正についておよび(3)「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』が発出されましたのでご連絡申し上げますとともに、貴会会員への周知方ご高配賜われますようお願い申し上げます。

(1)平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正については、平成18年度の診療報酬改定に関する諸通知の訂正事項を示した通知であります。

(2)「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正については、先の健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)および障害者自立支援法(平成17年法律第123号)の施行に伴い、本年10月1日より適用される諸通知であります。

なお、本通知に関しては、見消版の通知も同封しておりますので、変更点等のご確認にご活用下さい。

(3)「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は、(1)の諸通知の訂正を踏まえ、さらに上記(2)と同様に、健康保険法等の一部を改正する法律および障害者自立支援法の施行に伴い、本年10月1日より適用される諸通知であります。

また、本通知においては、健保法等の一部改正により、特定療養費を保険外併用療養費とし、「評価療養」と「選定療養」とに再編成されたことに伴い、特別の料金に係る消費税の取扱いについて、「評価療養」に係る特別の料金は非課税とし、「選定療養」に係る特別の料金については課税対象とした取扱いも併せて示されております。

さらに、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別紙2「看護要員(看護職員及び看護補助者をいう)の配置状況(例)」の看護職員配置および看護要員配置の算出方法において、看護師の比率の基準に応じて算出する実際に勤務する月平均1日当たりの看護師数は、小数点以下切り上げとする取扱いを廃止し、小数点以下をそのままに取り扱うこととしたものであります。

なお、各通知の詳細に関しては、添付資料をご参照いただきますようお願い申し上げます。

〈添付資料〉

1. 平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について  
(平 18. 9. 27 保医発第 0927001 号 厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官)
2. 「医療費の内容の分かる領収証の交付について」等の一部改正について  
(平 18. 9. 29 保発第 0929004 号 厚生労働省保険局長)
3. 「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  
(平 18. 9. 29 保医発第 0929002 号 厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官)



保医発第0927001号

平成18年9月27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

平成18年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「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）、「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18年3月6日保医発第0306003号）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306005号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成18年3月6日保医発第0306007号）、「入院時食事療養の実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306009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いについて」（平成18年3月6日保医発第0306010号）、「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等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月20日保医発第0320001号）、「「診療報酬請求書等の記載要領等について」の改正について」（平成18年3月30日保医発第0330006号）、「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）、「「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」の全部改正について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）、「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日保医発第0428001号）及び「「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について」（平成18年3月31日保医発第0331003号）について、それぞれ別紙1から別紙13までのとおり訂正するので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図りたい。

「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」の一部訂正について

## 別添1

### <通則>

- 1 1人の患者について療養の給付又は医療の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

## 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

##### (5) 電話等による再診

ウ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注2」の乳幼児加算を算定する。

##### A002 外来診療料

(6) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

## 第2部 入院料等

### <通則>

#### 6 外泊期間中の入院料等

- (1) 入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料2を算定する療養病棟にあつては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定できる。ただし、入院基本料又は特定入院料の30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ月（同一暦月）6日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

なお、当該外泊期間は、7の入院期間に算入する。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

(4) 「注4」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあつてはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

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

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
4 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※2参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤動脈内局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
6 リハビリテーション等を実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週3回以上実施している週が、当該月において2週以上であること
8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※3参照）	喀痰吸引、干涉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	1日に8回以上（夜間を含め約3時間に1回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において1週以上使用していること
10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	各週2日以上実施していること 当該月において2日以上実施していること

※3 7に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

また、8に係る喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

(6) 「注4」に規定する特定患者が、包括病床群（~~第3節~~「A313 老人一般病棟入院医療管理料」の「注1」に規定する包括病床群をいう。）の届出を行っていない病床に入院している場合については、老人特定入院基本料（928点又は790点）を算定すること。

また、老人特定入院基本料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及び、~~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に際して薬剤又は特定保険医療材料を使用した場合の当該及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料に係るの費用については老人特定入院基本料に含まれるものであること。

老人特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、老人特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

#### A101 療養病棟入院基本料

(1) 療養病棟入院基本料1（平成18年6月30日までに限る。）

ウ 療養病棟入院基本料1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又は、~~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1に含まれる。

#### A104 特定機能病院入院基本料

(5) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「~~注4~~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。

#### A109 有床診療所療養病床入院基本料

(1) 有床診療所療養病床入院基本料1（平成18年6月30日までに限る。）

イ 有床診療所療養病床入院基本料1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又は、~~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1に含まれる。

### 第2節 入院基本料等加算

#### A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

(4) 加算の起算日となる入院日は、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供して~~いる~~した日（午前0時から午後12時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知するとともに、地方社会保険事

務局長に届け出ている日とする。また、午前0時をまたいで夜間救急医療を提供する場合には、夜間の救急医療を行った前後2日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

#### A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- (1) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（~~平成16年2月27日保医発第0227002号~~平成18年3月6日保医発第0306002号）」別紙6の超重症児（者）判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

#### A 2 2 9 精神科隔離室管理加算

- (7) 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

### 第3節 特定入院料

#### A 3 0 4 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

- (2) 熱傷用空気流動ベッドの使用の有無にかかわらず所定点数を算定する。なお、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、創傷処置、熱傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入又は皮膚科軟膏処置に用いた薬剤料については別に算定できる。

#### A 3 1 2 精神療養病棟入院料

- (3) 「~~注4~~注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分「A 3 1 1」精神科救急入院料の例による。

#### A 3 1 3 老人一般病棟入院医療管理料

- (1) 老人一般病棟入院医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の一般病棟の包括病床群（以下「包括病床群」という。）に入院している特定患者（第1節の「一般病棟入院基本料」の(4)に規定する特定患者をいう。）について算定する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### B 0 0 0 特定疾患療養管理料

- (6) 指導管理内容の要点を診療録に記載する。

## B001 特定疾患治療管理料

### 10 入院栄養食事指導料

~~(2) 入院栄養食事指導料と退院指導料を同日にあわせて算定することはできない。~~

~~(2)~~ (2) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

### 16 喘息治療管理料

(5) 「注2」に規定する加算については、当該加算を算定する前1年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が3回以上ある、居宅において療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した6か月について、必要な治療管理を行った場合に月1回に限り算定すること。

(6) 当該加算を算定する場合、ピークフローメーター及び一秒量等計測用機器を患者に提供するとともに、ピークフローメーター及び一秒量等計測用機器の適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

### 17 慢性疼痛疾患管理料

(1) 慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。 ~~なお、当該管理料を算定している患者であっても、介達牽引及び消炎鎮痛等処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。~~

(2) 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

## B001-2 小児科外来診療料

(3) 当該患者の診療に係る費用は、~~初診料（「注2」のただし書に規定するものを除く。）~~、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)並びに往診料（往診料の加算を含む。）を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。

(11) 本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（~~平成5年6月28日保険発第81号・老健第80号保険局医療課長・老人保健福祉局老人保健課長連名通知平成18年3月31日保医発第0331002号~~）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

### B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して初診（区分「A000」初診料の「注2」のただし書に規定する初診を除く。）を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。



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

- (3) 紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、~~既に~~区分「B009」に掲げる診療情報提供料(I)が既に算定されている場合であっても、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)を算定できる。

B009 診療情報提供料(I)

- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。~~なお、~~

ア イ及びウ以外の場合	別紙様式7
イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等	別紙様式7から別紙様式10
ウ 介護老人保健施設	別紙様式11

B010 診療情報提供料(II)

- (1) 診療情報提供料(II)は、主治医以外の医師による助言(セカンド・オピニオン)を得ることを推進するものとして、主治医がセカンド・~~オピニオン~~オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。
- (2) 診療情報提供料(II)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が主治医及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供料(I)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

- (1) 在宅患者訪問診療料の算定の対象となる患者は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものとする。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者(「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」(平成18年厚生労働省告示第176号)等(以下「給付調整告示等」という。))に規定する場合を除く。)については算定の対象としない。
- (3) 在宅患者訪問診療料の算定は週3回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者等】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変

性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、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以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

#### C002 在宅時医学総合管理料

- (2) 在宅時医学総合管理料は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の主治医が、在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療（往診を含む。）を行った場合に月1回に限り算定する。\_\_

在宅時医学総合管理料の「1」については、在宅療養支援診療所の主治医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所において算定し、在宅療養支援診療所の主治医が、当該患者以外の患者に対し、月2回以上継続して訪問した場合には、在宅時医学総合管理料の「2」を算定する。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。

- (7) 当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、区分「B001」の「5」小児科療養指導料、同区分の「7」難病外来指導管理料、同区分の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、及び区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分「C113」寝たきり老人訪問指導管理料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

#### C003 在宅末期医療総合診療料

- ~~(12)~~ (12) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

#### C.005 在宅患者訪問看護・指導料

- (2) 在宅患者訪問看護・指導料は、在宅患者訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問看護・指導料を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「B009」診療情報提供料(I)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

### 第2節 在宅療養指導管理料

#### 第1款 在宅療養指導管理料

##### C103 在宅酸素療法指導管理料

- (5) 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。
- (8) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出及び鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用は算定できない。

#### C106 在宅自己導尿指導管理料

- (3) 在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）及び留置カテーテル設置の費用は算定できない。

#### C107 在宅人工呼吸指導管理料

- (5) 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、鼻マスク式補助換気法及び人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除く。）は算定できない。

#### C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- (4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、後部尿道洗浄（ウルツマン）、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術及び、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置の費用は算定できない。

#### C110 在宅自己疼痛管理指導管理料

- (1) 在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために~~植込型脳埋込型脳~~・脊髄電気刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。
- (2) 対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、~~植込型脳埋込型脳~~・脊髄電気刺激装置を埋め込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

#### C112 在宅気管切開患者指導管理料

- (3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）、~~及び~~、爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰

排出の費用は算定できない。

#### C113 寝たきり老人訪問指導管理料

~~(9) 寝たきり老人訪問指導管理料を算定している患者については、ウイルス疾患指導料及び心臓・  
スノーフール指導管理料を算定できないものであること。また、皮膚科特定疾患指導管理料(イ)  
を算定すべき管理を行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理の費用は、当該点数に含  
まれ、別に算定できないものであること。~~

### 第2款 在宅療養指導管理材料加算

#### C150 血糖自己測定器加算

(2) 入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日1回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関をにおいて当該退院もた月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

#### C158 酸素濃縮装置加算

(2) 同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

## 第3部 検査

### 第1節 検体検査料

#### 第1款 検体検査実施料

##### 外来迅速検体検査加算

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

区分「D006」出血・凝固検査の注の場合

区分「D007」血液化学検査の注の場合

区分「D008」内分泌学的検査の注の場合

区分「D009」腫瘍マーカーの注2及び注3の場合

区分「D010」特殊分析の「5」アミノ酸定量の「ロ」の場合

区分「D013」肝炎ウイルス関連検査の注の場合

区分「D014」自己抗体検査の注の場合

例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分「D009」腫瘍マーカーの「4」の癌胎児性抗原(CEA)精密測定と「7」のCA19-9精密測定を行った場合、検体検査実施料の請求は区分「D009」腫瘍マーカーの「注3」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、2点を加算する。

#### D001 尿中特殊物質定性定量検査

- (3) 「12」のマイクロトランスフェリン精密測定(尿中)、「12」のアルブミン定量精密測定及び「15」のIV型コラーゲン定量精密測定は、糖尿病又は早期糖尿病性腎症患者であって微量アルブミン尿を伴うもの(糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。)に対して行った場合に、3か月に1回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

#### D005 血液形態・機能検査

- (8) 「10」のヘモグロビンA<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)、区分「D007」血液化学検査の「17」のグリコアルブミン又は同区分「22」の1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。

#### D006 出血・凝固検査

- (7) 「15」の第Ⅷ因子様抗原は、SRID法、ロケット免疫電気泳動法又は通則に掲げる精密検査によるものである。
- (10) フィブリンモノマー複合体定量精密測定  
イ フィブリンモノマー複合体定量精密測定、同区分「19」のトロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定及び「20」のプロトロンビンフラグメントF1+2精密測定のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

#### D007 血液化学検査

- (5) 「4」のHDL-コレステロール、「4」の総コレステロール及び「5」のLDL-コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。
- (23) シスタチンC精密測定  
イ シスタチンC精密測定は、「1」の尿素窒素(BUN)又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「27」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (24) 「27」のペントシジンは、「1」の尿素窒素(BUN)又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下(糖尿病性腎症によるものを除く。)が疑われた場合に、3月に1回に限り算定できる。ただし、「27」のシスタチンC精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (27) 「29」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。
- なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る軽容入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。
- (28) 「29」のヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)はELISA法又は免疫クロマト法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（H-FABP）と同区分の「29」のミオグロビン精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (29) 「30」のIV型コラーゲン精密測定又は「31」のIV型コラーゲン・7S精密測定は、「38」のプロリルヒドロキシラーゼ（PH）精密測定又は同区分「29」のP-III-P精密測定と併せて行った場合には、一方の所定点数のみ算定する。

#### D008 内分泌学的検査

- (3) ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（HCGβ）分画定性

イ 「4」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（HCGβ）分画定性、「15」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（HCGβ）分画精密測定それぞれについて、「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性、「14」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（HCG定量）精密測定を同時に実施した場合は、それぞれいずれか一方の所定点数のみ算定する。

- (8) 「12」の黄体形成ホルモン（LH）はLA法又は通則に掲げる精密検査による。

- (23) インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定

イ インスリン様成長因子結合蛋白3型（IGFBP-3）精密測定を同区分「22」のソマトメジンC精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

#### D009 腫瘍マーカー

- (8) 「9」のI型コラーゲンCテロペプチド精密測定、区分「D008」内分泌学的検査の「15」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド（NTx）精密測定又は同区分「18」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、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、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「B001」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。

- (12) 「10」のサイトケラチン19フラグメント精密測定は、~~悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回に限り算定する。~~

~~また、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。~~

- (13) 「10」のガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）精密測定を同区分の「7」~~に掲げる~~の神経特異エノラーゼ（NSE）精密測定と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

- (14) 尿中遊離型フコース

ア 「11」の尿中遊離型フコースは酵素化学的測定法により、~~悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回に限り算定する。~~による。

- (15) 同一月内に「11」のAFPのレクチン反応性による分画比（AFP-L<sub>3</sub>%）を「4」~~に掲げる~~のα-フェトプロテイン（AFP）精密測定又は「7」~~に掲げる~~のPIVKA-II精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、AFPのレクチン反応性による分画比（AFP-L<sub>3</sub>%）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はLBA法による。

- (21) 「16」のインターロイキン2受容体（IL-2R）精密測定は、非ホジキンリンパ腫、ATLの診断の目的で測定した場合のみ算定できる。\_\_

また、非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観

察のために測定した場合は、区分「B001」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」により算定する。

- (22) 「注3」に係る規定は、~~「4」から「14」までに掲げる~~本区分に掲げる血液を検体とする検査と「11」申の尿中遊離型フコース、「13」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量（HCGβコア定量）精密測定、「15」申の乳頭分泌液中CEA精密測定又は「15」申の乳頭分泌液中HER2タンパク測定を同一日に行った場合にも、適用する。

#### D012 感染症免疫学的検査

- (13) インフルエンザウイルス抗原精密測定

イ 本検査と~~本区分~~「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「20」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (18) ノイラミニダーゼ

イ ~~ノイラミニダーゼと本区分~~本検査と「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (39) 「35」のHTLV-I抗体価精密測定（~~ウエスタンブロット法~~ウエスタンブロット法）は、「13」のHTLV-I抗体価又は「22」のHTLV-I抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定する。

#### D014 自己抗体検査

- (3) 「5」の抗ガラクトース欠損IgG抗体又は「9」の抗ガラクトース欠損IgG抗体精密測定と、~~同区分~~「3」のリウマチ因子測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (4) 「7」の抗DNA抗体は、抗ssDNA抗体-IgG検査及び抗dsDNA抗体-IgG検査を含み、~~同区分~~「12」の抗DNA抗体精密測定を併せて実施した場合は、主たるものみの算定とする。

- (6) 「10」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、~~同区分~~「4」の甲状腺自己抗体検査（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）又は~~同区分~~「10」の甲状腺自己抗体精密測定（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (8) 「3」のリウマチ因子測定、「15」のIgG型リウマチ因子精密測定、「11」のC<sub>1</sub>q結合免疫複合体精密測定、「15」のC<sub>3</sub>d結合免疫複合体精密測定~~及び~~、「14」のモノクローナルRF結合免疫複合体精密測定~~並びに~~、「9」の抗ガラクトース欠損IgG抗体精密測定及び「9」のマトリックスメタロプロテイナーゼ-3（MMP-3）精密測定のうち2項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの1つに限り算定する。

- (17) 「22」の抗アセチルコリンレセプター抗体価は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合のみ~~のみ~~に算定できる。

#### D015 血漿蛋白免疫学的検査

- (3) 「8」の補体蛋白（C<sub>3</sub>）測定、「8」の補体蛋白（C<sub>4</sub>）測定及び「7」のトランスフェリンは、SRID法又は通則に掲げる精密検査による。

#### D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

##### (4) 淋菌核酸増幅同定精密検査

イ 淋菌核酸増幅同定精密検査は、LCR法による増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はSDA法による。淋菌核酸増幅同定精密検査は、泌尿器又は生殖器からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。

(7) 「4」のHBV核酸同定精密測定は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「6」のDNAポリメラーゼ及び「~~4~~4」のHBV核酸定量測定を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

#### D 0 2 4 動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本点数区分により算定する。

### 第3節 生体検査料

[呼吸循環機能検査等に係る共通事項 (D 2 0 0 ~ D 2 1 4) ]

(1) 2回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」区分「D 2 0 8」心電図検査の「1」から「~~5~~5」まで、区分「D 2 0 9」負荷心電図検査の「1」と「2」、区分「D 2 1 0」ホルター型心電図検査の「1」と「2」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

#### D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

(4) 脈波図、心機図、ポリグラフ検査を1誘導で行った場合は区分「D 2 0 7」体液量等測定「2」により算定し、~~脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料は、別に算定できない~~。

#### D 2 1 5 超音波検査

(12) 「5」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

エ 区分「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

#### D 2 1 6-2 残尿測定検査

(1) 残尿測定検査は、前立腺肥大症~~並びに~~、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

#### D 2 2 0 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

(2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ



タコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

- (4) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- (5) 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの算定開始日を記載する。
- (6) 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。
- (8) 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分「J045」人工呼吸の所定点数に含まれる。

#### D 2 2 3 経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

- ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

#### D 2 3 6 - 3 神経磁気診断

- (2) 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

#### D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー

- (1) 「1 携帯用装置を使用した場合」

ア 問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

- (2) 「2 1以外の場合」

ア 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、区分「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)に掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害

の疑われない患者については(イのみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。

- (イ) 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図
- (ロ) 鼻又は口における気流の検知
- (ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録
- (ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

#### D 2 4 5 鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後3月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日)を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性(心因性)鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

#### D 2 8 2-3 コンタクトレンズ検査料

- (2) ~~コンタクトレンズの既装用者に対して、~~コンタクトレンズの装用者については、屈折異常を有すること及びコンタクトレンズ装用に伴う眼疾患の発生の蓋然性が高いことから継続的な管理が必要であり、患者の眼の状態、コンタクトレンズの装用歴等を勘案し、医師が屈折異常に係る継続的な管理の必要性を認め、~~次回の受診を指示した場合であっても、当該受診日に行うこととなるが、~~こうした継続的な管理を目的として既装用者に対して行われる眼科学的検査については「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」を算定する。―

また、コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状を有する等、新たな疾患の罹患が疑われる場合にあつては、医師の指示した受診日以前であっても、実施された眼科学的検査については「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」を算定できる。

- (3) 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別な関係特別の関係にある保険医療機関において過去に「1」の「イ」又は「2」の「イ」を算定した患者に対して「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」を算定する場合は、区分「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分「A001」に掲げる再診料又は区分「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

- ~~(4) コンタクトレンズの既装用者であつて、自他覚症状がなく屈折異常以外の新たな疾患の罹患が疑われないにもかかわらず、~~疾病の予防の観点から定期的に行われる眼科学的検査については、~~疾病又は負傷に対する療養又は医療の給付に該当しないことから、保険給付の対象とはならない。ただし、~~コンタクトレンズの既装用者であつて、自他覚症状を有する等、新たな疾患の罹患が疑われる場合にあつては、医師の指示した受診日以前であっても、実施された眼科学的検査については「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」を算定できる。

- ~~(4)~~ コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、「1」又は「2」の所定点数を算定し、別に区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生(屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。)によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、9歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の

患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラインーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者又は眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者等にあつては、当該点数を算定せず、区分「D255」から「D282-2」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分「A000」に掲げる初診料は算定せず、区分「A001」に掲げる再診料又は区分「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

#### D290 卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

#### D314 腹腔鏡検査

- (1) 人工気腹術は、~~区分「D314」~~腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあつては、別に算定できない。
- (2) ~~区分「D314」~~腹腔鏡検査を、区分「D315」腹腔ファイバースコープと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

#### D317 膀胱尿道ファイバースコープ

- (2) 膀胱尿道ファイバースコープにインジゴカルミンを使用した場合は、区分「D289」その他の機能テストの「2」の所定点数を~~併算併せて~~算定する。

#### D324 血管内視鏡検査

区分「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

#### D325 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

- (2) 検査を実施した後の縫合に~~用する要する~~費用は、所定点数に含まれる。

### 第4節 診断穿刺・検体採取料

- 2 診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分「J000」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

## 第4部 画像診断

### 第2節 核医学診断料

#### E101-3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影

- (8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成に係る費用及び<sup>15</sup>O標識ガス剤の吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

### 第3節 コンピューター断層撮影診断料

#### 1 コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

- (1) 同一月に区分「E101-3」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行った後に区分「E200」のコンピューター断層撮影又は区分「E202」の磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、2回目以降として第3節の通則「2」の例により算定する。

#### E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影

- (5) 「~~注4~~注4」の「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

## 第5部 投薬

### 第5節

#### F400 処方せん料

- (1) 処方せん料の「1」及び「2」の算定において後発医薬品を1剤以上含む処方を行った場合には「イ 後発医薬品を含む場合」として算定する。なお、後発医薬品以外の薬剤を処方した場合において、当該処方を行った医師が、当該薬剤を後発医薬品に変更して差し支えないと判断し、その意志表示として当該処方せんに署名又は記名・押印をした処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）又は一般名等を記載した処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）においても、「イ 後発医薬品を含む場合」として算定できる。

## 第6部 注射

### 第1節 注射料

#### G001 静脈内注射

- (2) 区分C101在宅自己注射指導管理料、区分C104在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分C108在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

#### G004 点滴注射

- (3) 注2に規定する加算の対象となる「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処

理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔などの確認を行った上で、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて無菌製剤処理を行い、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管することとする。

- (5) 注3に掲げる規定する加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍用薬等が投与された場合に算定する。
- (6) 注3に掲げる規定する加算は、関節リウマチの患者及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。
- (8) 区分C101、区分C104又は区分C108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

#### G005 中心静脈注射

- (4) 区分C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る器具在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (5) 区分C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る器具在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

#### G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (4) 区分C104又は区分C108に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る材料在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

### 第7部 リハビリテーション

#### 〈通則〉

11 鋼線等による直達牽引、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

#### 第1節 リハビリテーション料

##### H000 心大血管疾患リハビリテーション料

- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随

する区分「D208」心電図検査、区分「D209」負荷心電図検査及び区分「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

- (7) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患患者とは、
- ア 失語症、失認及び失行症の患者
  - イ 高次脳機能障害の患者
  - ウ 重度の頸髄損傷の患者
  - エ 頭部外傷又は多部位外傷の患者
  - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
  - カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
  - キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
- である。

#### H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (8) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患患者とは、
- ア 失語症、失認及び失行症の患者
  - イ 高次脳機能障害の患者
  - ウ 重度の頸髄損傷の患者
  - エ 頭部外傷又は多部位外傷の患者
  - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
  - カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
  - キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
- である。

#### H002 運動器リハビリテーション料

- (8) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患患者とは、
- ア 失語症、失認及び失行症の患者
  - イ 高次脳機能障害の患者
  - ウ 重度の頸髄損傷の患者
  - エ 頭部外傷又は多部位外傷の患者
  - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
  - カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
  - キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
- である。

#### H003 呼吸器リハビリテーション料

- (6) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患患者とは、

- ア 失語症、失認及び失行症の患者
- イ 高次脳機能障害の患者
- ウ 重度の頸髄損傷の患者
- エ 頭部外傷又は多部位外傷の患者
- オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
- キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者である。

#### H007 障害児（者）リハビリテーション料

(1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーションの施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関であって、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関の入所者又は通園者（外来患者を含む。）である以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア 脳性麻痺の患者

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害~~等は~~の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等が含まれる~~。~~の患者を含む。）

ウ 顎・口腔の先天異常の患者

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形~~等は~~の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等が含まれる~~。~~の患者を含む。）

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患~~等は~~の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等が含まれる~~。~~の患者を含む。）

キ 神経障害による麻痺及び後遺症~~等は~~の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等が含まれる~~。~~の患者を含む。）

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害~~等は~~の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等が含まれる~~。~~の患者を含む。）

## 第8部 精神科専門療法

### 第1節 精神科専門療法料

#### 1001 入院精神療法

(10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を併せて行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。

#### 1008-2 精神科ショート・ケア

(3) 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精

神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して3年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。

#### I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料

- (5) 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

### 第9部 処置

#### 〈通則〉

- 3 洗腸、注腸、吸入その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。  
なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、~~第2節第3節~~第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。
- 7 時間外加算等に係る「所定点数」とは、第1節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、~~通則に基~~  
~~づく加算~~第2節、第3節及び第4節における費用は含まない。

#### 〈処置料〉

#### （一般処置）

##### J 0 0 0 創傷処置

- (4) 区分「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「C 1 1 2」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
- (7) ~~中心静脈圧測定~~~~点滴注射~~、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

##### J 0 0 1 熱傷処置

- (1) 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

##### J 0 0 1 - 4 重度褥瘡処置

- (2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

##### J 0 0 1 - 5 老人処置

- (1) 老人処置料の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置



(~~第2章第9部創傷処置又は皮膚科軟膏処置~~において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。)をいうものであること。り、重度褥瘡処置を含むものであること。

#### J 0 0 1 - 6 老人精神病棟等処置料

- (1) 「注1」に掲げる処置には褥瘡処置、重度褥瘡処置を含む。
- (2) 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注1」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、老人処置料の所定点数により算定する。

#### J 0 0 2 ドレーン法（ドレナージ）

- (4) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分「J 0 0 0」創傷処置の「1」により手術後の患者に対するものとして算定する。

#### J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分「J 0 0 7」腰椎の頸椎穿刺は区分「D 4 0 3」腰椎の頸椎穿刺と、区分「J 0 0 7」の胸椎穿刺は区分「D 4 0 3」の胸椎穿刺と、区分「J 0 0 7」の腰椎穿刺は区分「D 4 0 3」の腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

#### J 0 1 8 喀痰吸引

- (2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

#### ~~J 0 1 8 - 2 内視鏡下気管支分泌物吸引~~

~~算定は1日に1回を限度とする。~~

#### J 0 1 8 - 3 干渉低周波去痰器による喀痰排出

- (2) 区分「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料、区分「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料、区分「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「C 1 1 2」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。
- (3) 算定は1日に1回を限度とする。

#### J 0 1 9 - 2 胸腔内出血排除術（非開胸的）

手術と同一日に行った胸腔内出血排除術（非開胸的）は別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

#### J 0 2 2 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸又は、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

#### J 0 2 4 酸素吸入、J 0 2 4 - 2 突発性難聴に対する酸素療法

- (1) 間歇的陽圧吸入法、~~体外式陰圧人工呼吸器治療~~、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (2) 区分「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。
- ~~(3) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。~~

#### J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法、J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法、J 0 2 6 - 3 体外式陰圧人工呼吸器治療

- (1) 区分「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。
- (2) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

#### J 0 3 8 - 2 持続緩徐式血液濾過

- (5) 持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて1月に15回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

#### J 0 4 0 局所灌流

開始日の翌日以降に行ったものについては、区分「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。

#### J 0 4 5 人工呼吸

- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。
- ~~(4)~~ (4) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス

中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~(5)~~ (5) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

~~(6)~~ (6) 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には、区分「L008」マスク又は気管内挿管による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。

また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

~~(7)~~ (7) 肺気腫に対するレスピラトール（ホセイニン）使用は、人工呼吸に準じて算定する。

~~(8)~~ (8) 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（CPAP）及び間歇的強制呼吸法（IMV）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

~~(9)~~ (9) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、 $P a O_2 / F i O_2$ が300mmHg以下又は $P a C O_2$ が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

~~(10)~~ (10) 区分「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

#### J047 カウンターショック

(3) カウンターショックと開胸的心マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分「~~K55~~545」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

#### J050 気管内洗浄

(4) 気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

#### J055-2 イオントフォレーゼ

(1) 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り認めて差し支えない。点数は、4cm×4cmごとに算定する。

(2) 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性瘰癧、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法で無効な場合に限り認められる。

#### J060 膀胱洗浄、J060-2 後部尿道洗浄（ウルツマン）

(2) 膀胱洗浄、留置カテーテル設置又は導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

(3) 区分「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

#### J064 導尿（尿道拡張を要するもの）

区分「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理

料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

#### J 0 9 6 耳管処置

(4) 耳管開放症に対する処置は、「1」により算定する。

#### J 0 9 7 鼻処置

(2) 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

#### J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置

(2) 喉頭処置後の薬剤注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

#### J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、区分「J 0 0 0」創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

#### J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

(1) 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分「K 3 6 8」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

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

#### ~~J 1 0 8 鼻出血止血法~~

~~副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った出血をいう。）が多量で再び術創を必要があつて開く場合は、区分「K 3 5 2」上顎洞根本手術に準じて算定する。~~

#### J 1 1 7 鋼線等による直達牽引

(3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

#### J 1 1 8 介達牽引

(2) 同一患者につき同一月において、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置（器具等による療法及び湿布処置に限る。）、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置について併せて5回以上行った場合は、5回目以降の介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者であつて発症後180日以内のものについては、7回以上行った場

合に、7回目以降の介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術について所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

~~(3)~~ (3) 「注2」に掲げる「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とは、脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄（中枢神経）外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者、脳腫瘍などの開頭術後、急性発症した脳炎・ギランバレーなどの神経筋疾患、高次脳機能障害、脳性麻痺、四肢（手部・足部を含む。）の骨折・切断・離断・腱損傷、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、四肢の熱傷（Ⅱ度の熱傷では体表面積15%以上、Ⅲ度の熱傷では10%以上）、気道熱傷を伴う熱傷、多発外傷、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者をいう。この場合、脳血管疾患とは、急激な意識障害発作を伴った脳内出血、脳塞栓、脳血栓、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂等をいい、症状の発現の緩徐な慢性脳循環不全症等はこれに該当しない。

~~(4)~~ (4) 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者について、新たな疾患の発生により、新たに「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当することとなった場合は、当該疾患の発症日（開腹術・開胸術後、脳腫瘍など開頭術後、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者については、当該手術の日、高次脳機能障害の患者については「高次脳機能障害診断基準」に基づいた診断がなされた日）をもって新たな発症日とすることができる。なお、脳血管疾患の患者に係る「新たな脳血管疾患が発症した場合」とは、臨床上急激に発症し、画像診断等において新たな発症が確認され、かつ当該疾患への急性期治療がなされた場合を指すものであり、出血性脳梗塞、脳血管攣縮等脳卒中急性期に出現する一連の病態によって生じた症状増悪などはこれに該当しない。

~~(5)~~ (5) 「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に対象となる疾患名及び発症日（又は新たな発症日）につき明記すること。――

(6) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

#### J 118-2 矯正固定

変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に1日につき所定点数を算定する。

#### J 118-3 変形機械矯正術

1日につき所定点数を算定する。

#### J 119-2 腰部又は胸部固定帯固定

- (1) 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分「C 109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、腰部

又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

#### J 1 1 9 - 3 低出力レーザー照射

- (1) 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

#### J 1 1 9 - 4 肛門処置

- (1) 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ1日につき所定点数を算定する。
- (3) 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (4) 区分「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

#### J 1 2 0 鼻腔栄養

- (6) 区分「C 1 0 5」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は区分「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る器具在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

#### J 2 0 1 酸素加算

- (7) 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び~~(8)~~(1)に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の1月から12月までの1年間において酸素の購入実績がない場合にあつては、当年度の3月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、(1)の購入単価とする。

ア 当該診療月に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、CEに変更等）を行った場合に限り。）にあつては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、1気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ アにより算出した場合の購入単価について、当年度の3月までの間については、当該診療月に購入したすべての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、1気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

~~(15) 区分「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を~~

~~算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入の費用は算定できない。~~

~~(16) 突発性難聴に対する酸素療法は、酸素吸入により算定する。~~

~~(17)~~ (15) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

## 第10部 手術

### <通則>

#### 16 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(2) (1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア 胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない2手術を同時に行う場合

#### 18 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

##### (1) 組織適合性試験

ウ 次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「K 5 1 4 - ~~4~~」同種死体肺移植術

区分「K 6 0 5 - 2」同種心移植術

区分「K 6 0 5 - 4」同種心肺移植術

区分「K 6 9 7 - 5」生体部分肝移植術

区分「K 6 9 7 - 7」同種死体肝移植術

区分「K 7 0 9 - 3」同種死体膵移植術

区分「K 7 0 9 - ~~4~~ 5」同種死体膵腎移植術

区分「K 7 8 0」同種腎移植術

区分「K 9 2 2」骨髓移植の「1」同種移植

## 第1節 手術料

### 第1款 皮膚・皮下組織

K 0 0 0 創傷処理、K 0 0 0 - 2 小児創傷処理

K 0 0 6 - 2、K 0 0 6 - 3 鶏眼・胼胝切除後縫合

- (1) 「露出部」とは区分「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生している鶏眼・胼胝等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。
- (3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分「K006-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分「K006-3」の所定点数により算定する。

## 第2款 筋骨格系・四肢・体幹

### K082-3 人工関節再置換術

人工関節再置換術の加算は、人工関節置換術から6か月以上経過したものについてのみ算定できる。

### K083 鋼線等による直達牽引

- (4) 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

### K083-2 内反足足板挺子固定

- (1) 内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。
- (2) 介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術、消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、内反足足板挺子固定の所定点数のみにより算定する。

### K089 爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは区分「~~J000001-7~~」創傷処置の「~~11~~」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

## 第3款 神経系・頭蓋

### K182-2 神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

## 第4款 眼

### K228 眼窩骨折整復術

陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

## 第5款 耳鼻咽喉

### K386 気管切開術



気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分「J 000」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

## 第7款 胸部

### K 4 7 6 - 3 乳房再建術（乳房切除後）

一次的乳房再建術及び二次的乳房再建術は、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、一次的乳房再建術又は二次的乳房再建術を算定せず、区分「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を算定する。

### K 5 2 2 食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療養療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

### K 5 2 6 - 2 早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療養療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

### K 5 2 6 - 3 表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

表在性食道悪性腫瘍に対する光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

### K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

(2) 食道・胃静脈瘤硬化療法と内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）には、いずれか主たるもので算定する。

### K 5 3 3 - 2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術

- (1) 一連の期間（概ね2週間）において、1回に限り算定する。治療上の必要があつて初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

## 第8款 心・脈管

K 5 4 4 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、K 5 5 3 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、K 5

### K 5 3 - 2 左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

左心室形成手術と、区分「K 5 4 4」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分「K 5 5 3」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分「K 5 5 3 - 2」左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術と、区分「K 5 5 4」弁形成術（1弁のものに限る。）又は区分「K 5 5 5」弁置換術（1弁のものに限る。）を併施した場合は、区分「K 5 4 4」、区分「K 5 5 3」又は区分「K 5 5 3 - 2」の「2」により算定する。

K 5 4 5 開胸心臓マッサージ

- (1) 開胸心臓マッサージと同時に併施した区分「J045」人工呼吸については別に所定点数を算定できる。

#### K549 経皮的冠動脈ステント留置術

- (2) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数にて算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以上の本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下	1セット以下
	2箇所	3本以下	2セット以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下	1セット以下
	2箇所	2本以下	2セット以下

#### K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

#### K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術、K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

- (1) 区分「K614」血管移植術、バイパス移植術及び、区分「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術及び区分「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む）におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 区分「K614」血管移植術、バイパス移植術又は、区分「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術及び区分「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む）以外の手術における自家血管の採取料については、区分「K000」創傷処理の「2」又は区分「K000-2」小児創傷処理の「2」に準じて算定する。

#### K610-5 血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

#### K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

- (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤をの局所持続注入する~~こと~~又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

#### K 6 1 3 腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）

経皮的腎血管拡張術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

### 第9款 腹部

#### K 6 5 3-4 表在性早期胃癌光線力学療法

- (1) 表在性早期胃癌~~に対する~~光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

#### K 6 5 5 胃切除術、K 6 5 5-2 腹腔鏡下胃切除術、K 6 5 7 胃全摘術、K 6 5 7-2 腹腔鏡下胃全摘術

#### K 6 7 2 胆嚢摘出術

胆石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、同時に同一手術創で胆嚢~~摘除術~~摘出術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より20cmの部で側々吻合を行う。）を施行した場合は、区分「K 6 5 5」胃切除術の「1」に準じて算定する。

#### K 6 9 7-5 生体部分肝移植

- (4) 生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

#### K 7 0 9-2 移植用膵採取術（死体）

- (3) 移植用膵採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

#### K 7 0 9-4 移植用膵腎採取術（死体）

- (3) 移植用膵腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流、膵腎採取、採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

#### K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。）

- (1) 内痔核に対するミリガン・モーガン手術により1か所又は2か所以上の手術を行った場合は、痔核手術の「~~4~~」により算定する。

(2) ホワイトヘッド手術は、痔核手術の「~~ウ~~4」により算定する。

K 7 4 3 - 5 モルガニー氏洞及び肛門管切開術、K 7 4 3 - 6 肛門部皮膚剝離切除術

肛門癢痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しないとき、モルガニー氏洞及び肛門管切開術又は肛門部皮膚剝離切除術を行った場合にそれぞれ算定する。

第10款 尿路系・副腎

K 7 7 5 経皮的腎（腎盂）瘻造設術

~~腎（腎盂）瘻造設術及び~~経皮的腎（腎盂）瘻造設術については、同時に行う超音波検査及び画像診断を併せて算定できない。

K 7 8 0 同種腎移植術

- (2) 自家腎移植のために腎採取を行った場合には、同種腎移植術及び移植用腎採取術（生体）の所定点数を別に算定できる。
- (3) 生体腎を移植する場合（自家腎移植の場合を除く。）においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、同種腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に~~かかる~~係る標準負担額を求めることはできない。
- (4) 移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律~~（平成9年法律第104号）~~に規定する脳死体の腎を含む。
- (6) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を~~摘出採取~~した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (7) 「注2」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎~~摘出採取~~を行う際の~~摘出採取前~~の~~摘出採取~~対象腎の灌流、腎~~摘出採取~~、~~摘出採取~~腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎~~摘出採取~~を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び~~摘出採取~~腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

第12款 女子性器

K 8 5 4 腔式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第2回以後の洗浄は区分「J 0 6 6」尿道拡張法に準じて算定する。

K 8 6 5 子宮脱手術

(2) 子宮脱手術に際して腔壁裂創縫合術と腹式子宮全摘術を併施した場合は、区分「K 8 5 2」腔

壁裂創縫合術（分娩時を除く。）の所定点数と区分「K 8 7 7」子宮全摘術の所定点数とを合算した点数により算定する。

ただし、子宮脱手術に際して区分「K 8 5 2」膈壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」膈式を併施した場合は、区分「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の所定点数のみにより算定する。

#### K 8 6 7 - 2 子宮腔部糜爛等子宮腔部乱切切除術

子宮腔部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腔部の乱切切除術を行う場合に算定する。

#### K 8 7 2 - 5 子宮頸部初期癌又は異形性光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形性癌に対する光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

### 第13款 脳死臓器提供管理料

#### K 9 1 4 脳死臓器提供管理料

(5) 脳死臓器提供管理料について、「通則8」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用しない。

### 第2節 輸血料

#### K 9 2 3 術中術後自己血回収術

~~(3) 開心術及び大血管手術で出血量が600ml以上の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600ml以上の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）に、術中術後自己血回収術を算定する。~~

~~(4) 術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。~~

### 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「K 8 0 3」及び「K 8 1 7」の「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、5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。

## 第11部 麻酔

### <通則>

2 麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分「J 0 2 4」酸素吸入及び区分「J 0 4 5」人工呼吸は算定できない。

### 第1節 麻酔科

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(10) 所定点数に含まれる費用

イ 区分「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同日においては、麻酔の前後にかかわらず、呼吸心拍監視料当該検査に要する費用は別に算定できない。

第2節 神経ブロック料

L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

(1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（2%以上）等の神経破壊剤をの注入を又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。

第12部 放射線治療

<放射線治療科>

M004 密封小線源治療

(2) 外部照射

外部照射とは、コバルト<sup>60</sup>、セシウム<sup>137</sup>等のガンマ線又はストロンチウム<sup>90</sup>等のベータ線による4cm以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

(5) 放射性粒子照射

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注6」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

2 施設入所者材料料

(1) 施設入所者材料料は、第2章第2部第2節第1款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるとされている特定保険医療材料及び同節第2款に掲げるの各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師氏名

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

診療形態	1. 外来    2. 往診    3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (7.脳血栓 4.脳塞栓 7.不明)      2. 脳出血      3. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発症年月日	平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発 / 再発	1. 初発      2. 再発 ( 年 月 日 初発)	

その他の傷病名

寝たきり度 (該当するものに○)

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

A 準寝たきり      屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

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

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

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

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

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

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

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

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

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

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

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療    有 ・ 無      訪問看護    有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

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

(別紙様式14)

特別訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
電 話  
(FAX.)  
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿



### リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生	( 歳)	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST				
原因疾患 (発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)					

評価項目・内容 (コロン (:)) の後に具体的内容を記入。)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害: (3-3-9: ) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード) 右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下 (部位, MMT: )	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症: 種類 ) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作	<input type="checkbox"/> 立位保持 (装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行 (装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 訓練室内歩行 (装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施

	日常生活 (病棟) 実行状況: 「している“活動”」					訓練時能力: 「できる“活動”」									
	自立度	自	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容	独	監	一	全	非	使用用具 杖・装具	姿勢・場所 (訓練室・病棟等) 介助内容等
ADL・ASL等															
屋外歩行															
病棟トイレへの歩行															
病棟トイレへの車椅子駆動															
車椅子・ベット間移乗															
椅子座位保持															
ベット起き上がり															
排尿 (昼)															
排尿 (夜)															
食事															
整容															
更衣															
装具・靴の着脱															
入浴															
コミュニケーション															
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有 (時間帯: ) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャンプアップ														

参加	職業 (含: 主婦・学生) (職種・業種・仕事)	社会参加 (内容・頻度等, 発症前状況を含む)
----	--------------------------	-------------------------

目標	本人の希望
方針	家族の希望
	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年	月	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	-------	-------	--------

## リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女	生年月日(西暦)			年	月	日	計画評価実施日	年	月	日
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST				
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):				発症前の活動、社会参加:				
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症である老人の日常生活自立度判定基準 : I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、V、M								

評価項目・内容 (コロン( )の後に具体的内容を記入)												
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:						<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類 ) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:					
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):										
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)											
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容					
	食事	10	5	0								
	移乗	15	10 ←監視下									
	座れるが移れない→		5	0								
	整容	5	0	0								
	トイレ動作	10	5	0								
	入浴	5	0	0								
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:							
	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:							
	階段	10	5	0								
	更衣	10	5	0								
	排便管理	10	5	0								
排尿管理	10	5	0									
合計(0~100点)	点											
コミュニケーション												
目標 (1ヶ月後、退院時):						本人・家族の希望:						
リハビリテーションの治療方針:												
目標到達予想時期:									説明者署名:			
本人・家族への説明: 年 月 日				説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:								



基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理（含：過用・誤用）	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標（到達時期）	具体的アプローチ
「主目標」参加	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他： 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他： （仕事内容：） 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
「すべて実行状況」活動	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助： （装具・杖等：） 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助： （装具・杖等：） 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助： （種類：） 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動（使用場所：） （駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助）（移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助：） 排泄 <input type="checkbox"/> 自立：形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助： 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助： 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助： 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助： 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助： 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施： 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他： コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり：	
「心身構造」機能	基本動作（訓練室歩行等） 要素的機能（拘縮・麻痺等）	
「心理」	機能障害改善への固執からの脱却：	
「環境」	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要：	
「第三者の不利」	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要：	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

（リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意）

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成3年11月18日 老健第102-2号）厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成5年10月26日 老健第135号）厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力：「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること。

# リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名:	男・女	生年月日(西暦)	年	月	日( 歳)	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):			リハビリテーション歴:		
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2		認知症である老人の日常生活自立度判定基準 : I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、V、M					

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)				短期目標 ( 月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能		5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション	理解				42		
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業 ( <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定 ) 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先 ( <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他 ) 復職 ( <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他 ) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑鬱: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期 :			
退院後のリハビリテーション計画 (種類・頻度・期間)			
退院後の社会参加の見込み:			説明者署名:

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクI<sub>1</sub>、I<sub>2</sub>、A1、A2、B1、B2、C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部訂正について

#### 第4 経過措置等

- 7 有床診療所入院基本料2の施設基準のうち「当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、1以上5未満であること」については、平成18年3月31日現在において有床診療所入院基本料Ⅱ群4を算定している有床診療所に限り、次のとおり取扱うこととする。
  - (2) 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第104号）の別表第三の各号に規定する地域に所在し、かつ、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、平成19年3月31日までの間は適用しない。
- 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基本料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基本料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。

#### 別添2

##### 第1 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策に関する基準

###### 2 院内感染防止対策に関する基準

- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。

##### 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

###### 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

- (3) 夜間における勤務については、次の点について留意する。

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、~~(ロ)~~及び~~(ハ)~~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。)

カ 「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜間時間帯夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「夜間勤務帯夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下であるものに限る。

### 別添3

#### 第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の施設基準に規定する状態

「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別紙6を参照のこと。

#### 第8 夜間勤務等看護加算

##### 1 夜間勤務等看護加算に関する施設基準等

(6) 「夜勤時間」とは、午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜間時間帯夜勤時間帯」という。）の間において、当該保険医療機関の夜勤帯又は日勤帯として現に勤務した時間をいう。ただし、日勤帯については、「夜間勤務帯夜勤時間帯」と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下であるものに限る。

#### 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

「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成18年2月1日健発第0201004号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。

##### 2 届出に関する事項

がん診療連携拠点病院加算の施設基準に係る届出は、別添6の様式23を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

### 別添4

#### 第16 精神科急性期治療病棟入院料

##### 1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(2) 精神科急性期治療病棟入院料1又は2の施設基準

ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟であるなければならない。



包括病床群を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	入院基本料区分	病床数	入院患者数		平均在院日数	
					届出時	一日平均入院患者数		
及病棟平均在院日数、入院患者数		包括病床群	/	床	名	名	日	
		一般病床		床	名	名		
		一般病棟	床	名	名			
	合計	一般病棟	/	合計	合計	合計	/	
看護師・准看護師及び看護補助者数	看護要員現員数							
	看護師		准看護師		看護補助者			
	専任	兼任	病棟勤務	病棟以外の兼任	病棟勤務	病棟以外の兼任	病棟勤務	病棟以外の兼任
	病包括群	名	名	名	名	名	名	
	病一般	名	名	名	名	名	名	
	一般病棟	名	名	名	名	名	名	
一般病棟合計	合計		合計		合計			
		名	名	名	名	名	名	

\* 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

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、包括病床群を有する一般病棟における包括病床群以外の病床をいう。
- 2 一般病床に係る「病床数」、「入院患者数」及び「看護要員現員数」の欄には、包括病床群の病床数、入院患者数及び看護要員現員数を除いた数を記載すること。
- 3 「区分」の欄には一般病棟（一般病床を含む。）を包括した入院基本料の区分を記載すること。
- 4 「平均在院日数」の欄には包括病床群、一般病床及び一般病棟を包括した数を記載すること。
- 5 「合計」の欄には一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
年 月 ①	日	日
3月前の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く） ⑤		
年 月 ④	名	
上記の患者のうち、3月以内に退院し在宅へ移行した患者数 ⑥		
名		

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 1 ④には、①の3月前の年月を記入する。例えば①が平成18年7月であれば、④は平成18年4月となる。平成18年4月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 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。  

$$\frac{\text{②}}{\text{②}+\text{③}} \geq 0.4 \quad , \quad \frac{\text{⑥}}{\text{⑤}} \geq 0.4$$
- 4 当該届出に係る病棟について、様式3の3を記載し添付すること。
- 5 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

老人一般病棟入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

		病棟数	病床数	入院患者数		備考
				届出時	平均数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	-----					
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核・精神病棟	病棟	床	名	名	
	包括病床群 (当該届出病棟)	病棟	床	名	名	

[記載上の注意]

- 1 届出病棟には結核病棟及び精神病棟は含まないこと。
- 2 入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。
- 3 包括病床群を有する一般病棟について、様式3の3を記載し添付すること。
- ~~4 看護補助者は、包括病床群において患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~
- 4 入院基本料の届出を添付すること。

老人性認知症疾患治療病棟入院料1, 2の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと

		病棟数	病床数	入院患者数		備考
				届出時	平均数	
病棟・病床・入院患者数	総病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟	病棟	床	名	名	
	一般病棟	病棟	床	名	名	
	療養病棟	病棟	床	名	名	
	結核病棟	病棟	床	名	名	
	精神病棟のうち届出病棟(再掲)	病棟	床	名	名	

勤務形態	三交代制・二交代制・その他
------	---------------

精神科医師氏名	
---------	--

作業療法士氏名	
---------	--

[記載上の注意]

- 1 入院患者数の平均数の算出の基礎となった期間を備考欄に記入すること。
- 2 当該病棟の入院患者の数(平均数)については、届出時の直近1年間(届出前1年から6月の間に開設又は増床病棟にあつては、直近6月間とする。)の延入院患者を延日数で除して得た数とすること。なお、届出時前6月の間に開設又は増床した病棟については、年間平均病床利用率として、当該病棟の100パーセントをもって入院患者数とすること。
- ~~3 看護師等の数は、届出時の数とすること。~~
- ~~4 看護補助者は、患者の看護補助を行う者をいうものであり、主として洗濯、掃除等の業務を行う者は含まないものであること。~~
- 3 当該届出に係る病棟について、様式3の3を記載し添付すること。
- 4 勤務形態とは当該病棟の看護要員の勤務形態のことで、該当する形態に○を記入する。
- 5 様式4に定める病棟数等と同じ内容のものについては、入院基本料の届出を添付することで所定箇所の記載を省略することができるものであること。
- 6 所定の研修を修了した者については、修了証書の写しを添付すること又はその旨を備考欄に記入すること。
- 7 専用の器械、器具の目録を添付すること。

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の一部訂正について

第2 届出に関する手続き

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

(3) 人工内耳埋込術、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、生体部分肝移植並びに高エネルギー放射線治療に係る年間実施件数

別添1

第5 喘息治療管理料

2 届出に関する事項

- (1) 喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式6を用いること。

第13 歯科疾患総合指導料

2 歯科疾患総合指導料2に関する施設基準

- (5) 当該地域において内科等を標榜する保険医療関係機関との連携体制が確保されていること。

第33 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

1 ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る費用を算定するための施設基準

- (2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1人以上いること。

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）

1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）に関する施設基準

- (5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準をすべて満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション（I）の基準を満たすものとする。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の機械器械・器具を具備していること。

第46 難病患者リハビリテーション料

1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

2 届出に関する事項

- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。

## 第48 精神科作業療法

### 1 精神科作業療法に関する施設基準

(4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備すること。

作業名	器具等の基準（例示）
手 工 芸	織機、編機、ミシン、ろくろ等
木 工	作業台、塗装具、工具等
印 刷	印刷機具、ワープロ（又はこれに変わ る代わるもの）等
日常生活動作	各種日常生活動作設備
農耕又は園芸	農具又は園芸用具等

## 第50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

### 1 精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技  
術者又は看護師等のいずれか1人）の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対  
しては1回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの  
経験を有していることが望ましい。
- (2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（広さ30平方メートル以上とし、患者1人  
当たりの面積は3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神  
科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

## 第58 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）

### 1 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の施設基準

- (5) 当該保険医療機関において、内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除  
術に限る。）が合わせて20例以上実施されていること。

## 第59 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方 固定）

### 1 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方 固定）の施設基準

- (2) 当該保険医療機関において、整形外科の常勤医師が2名以上いること。
- (5) 当該保険医療機関において内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）及び内視鏡下  
脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上実施されていること。

第64 経皮的中隔心筋焼灼術

2 届出に関する事項

- (1) 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準の届出及び届出前1年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈血栓切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添2の様式46及び様式51を用いて提出すること。

第65 ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術

1 ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術に関する施設基準

- 循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上勤務していること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能である。

第74 生体部分肝移植術

1 生体部分肝移植術に関する施設基準

2 届出に関する事項

- (1) 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式46及び様式57を用いること。

地域連携診療計画書(様式例)

説明日 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿

病名(検査・手術名): \_\_\_\_\_

月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
経過(日または週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目	○日目	
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日			退院日	
達成目標						(転院基準)			(退院基準)	
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ (OT・PTの指導を含む)										
食事(栄養士の指導も含む)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

※2 入院期間については現時点で予想されるものである。

※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。



様式13

{

 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)  
 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)
 
}

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 年間分娩件数

年間分娩件数	例
--------	---

2 連携保険医療機関

<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・開設者名</li> <li>・所在地</li> <li>・連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・開設者名</li> <li>・所在地</li> <li>・連絡方法</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称</li> <li>・開設者名</li> <li>・所在地</li> <li>・連絡方法</li> </ul>	

[記載上の注意]

「1」の年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数を計上し、当該保険医療機関に掲示する分娩件数と同じ数字を用いること。

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

歯科医師名 \_\_\_\_\_ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考 1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、容体の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。  
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

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

送信側 (画像の撮影が行われる保険医療機関)

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧 (製品名等)

受信側 (画像診断が行われる保険医療機関)

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況  画像診断管理の届出 ( 有 無 )	
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧 (製品名等)	

[記載上の注意]

送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

ポジトロン断層撮影  
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

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 当該画像診断の従事者に係る事項		
医 師	医師氏名	核医学診断の経験年数
		年
診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	
2 施設共同利用率に係る事項		
① 保有する全ての当該撮影に係る機器の、当該撮影に使用した全患者数 _____ 名		
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名		
③ 特別の関係にある医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影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%		
= <input type="text"/> %		

[記載上の注意]

- ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る製剤の取扱い及び撮影を行う医師及び専任の診療放射線技師につき記載することとし、経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「2」については、施設共同利用率が20%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

〔心大血管疾患リハビリテーション料  
心大血管疾患リハビリテーション料〕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。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・検査が行える体制が整っている。					
従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル					
専用施設に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
ホルター心電図 （携帯用心電図記録器）							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

[記載上の注意]

- 1 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○を付けること。
- 2 緊急手術・検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

職名	勤務の様態			
	常勤	名	非常勤	名
精神科医師	常勤	名	非常勤	名
専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
その他の専従の従事者 (職名： ) (職名： )	常勤	名 名	非常勤	名 名

施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

(記載事項)

- ① 当該従事者の職名ごと及び勤務の様態ごとの人数を記載すること。
- ② 届出事項に係る専用の施設の面積を記載し、配置図及び平面図を添付すること。
- ③ 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記載すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

届出日	平成 年 月 日
常勤の精神保健指定医の氏名 ( 指 定 番 号 )	( )
行動制限最小化委員会	開催回数 ( ) 回/月 参加メンバー (職種) . . . .
行動制限最小化基本指針の作成年月日	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 ( ) 回/年

備考 行動制限最小化基本指針を添付のこと。

様式 45

内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術  
（後方切除術に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 常勤の整形外科の医師の氏名	
氏 名	
3 脊椎手術 <u>300 例以上</u> の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4 内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）について合わせて 30 例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎弓切除術及び内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「3」から「5」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。



様式 47

内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）、内視鏡下  
 脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 常勤の整形外科の医師の氏名	
氏 名	
3 脊椎手術300例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	脊椎手術経験症例数
	例
	例
	例
4 内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）について合わせて20例以上の経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等	
氏 名	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関における内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方切除術に限る。）及び内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「3」から「5」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。

( ) の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等	
緊急時のための手術室	有 ・ 無		平方メートル
担当医師の状況			
常時待機医師	日勤	名	当直 名 その他 ( ) 名
5年以上の経験を有する専門の医師	常勤	名	非常勤 名
15年以上の経験を有する指導医師	常勤	名	非常勤 名
当該医療機関内で常時実施できる検査に係る機器の名称、台数等			
生化学的検査			
血液学的検査			
微生物学的検査			
画像診断			
病理学的検査			
臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制			
人 数		勤 務 形 態	
臨床検査技師	名		
診療放射線技師	名		
糖尿病管理患者数 (人工膵臓のみ)	実患者数	算定期間	
	名	年 月 日 ~ 年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

生体部分肝移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科
2 肝切除術の実施数（ただし、小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術の合計実施数） <p style="text-align: right;">例</p>
3 当該診療科の常勤医師の氏名
4 臓器移植の経験を有する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 1 「2」については届出前1年間の症例数を記入するとともに、当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科における臓器移植の経験の有無がわかるもの）を添付すること。

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
2 腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術について合わせて <u>20例以上</u> の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏 名	腹腔鏡下腎摘出術及び腹腔鏡下副腎摘出術の症例数
	例
	例
	例
3 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術について10例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等	
氏 名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の実施症例数	
例	

[記載上の注意]

「2」から「4」については当該症例一覧（手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式46により添付すること。

「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」の一部訂正について

I 診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92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

2 在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

(3) 在宅血液透析用特定保険医療材料

在宅血液透析用特定保険医療材料の取扱いは、下記 I の 3 の ~~(30)~~ (30)（「ア」を除く。）に準じる。

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

(30)人工腎臓用特定保険医療材料

イ 吸着型血液浄化器（β<sub>2</sub>-ミクログロブリン除去用）は、関節痛を伴う透析アミロイド症であって、以下の a から c までのいずれの要件も満たしている患者に対して、人工腎臓（血液透析に限る。）を行う際に用いた場合に、初回の使用日から1年を限度として算定する。

また、透析アミロイド症の治癒又は軽快により、一旦使用を終了した後再び疼痛等の症状の出現を認めた場合は、以下の b 及び c ~~まで~~の要件を満たすことを確認した場合に限り、更に1年を限度として算定できる。3度目以降の使用にあっても同様の取扱いとする。

- a 手術又は生検により、β<sub>2</sub>-ミクログロブリンによるアミロイド沈着が確認されている。
- b 透析歴が10年以上であり、以前に手根管開放術を受けている。
- c 画像診断により骨嚢胞像が認められる。

なお、本材料を使用した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本材料の使用開始日を記載する。

(60)経皮的冠動脈形成術用穿刺部止血材料

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

ただし、手術後1週間以内に入院した場合は算定できない。

(67)心臓手術用カテーテル

オ 冠動脈用ステントセット救急処置型は、血管造影法、経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈用ステント留置術に熟練し、かつ、本医療材料を用いた手技に関する所定の研修を修了した医師が使用すること。

(別紙)

081 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー・一般用	吸収性接合材・F 9-a-1
(2) スクリュー・頭蓋・顎・顔面・小骨用	吸収性接合材・F 9-a-2
<del>(3)</del> (3) ストレートプレート	吸収性接合材・F 9-b
<del>(4)</del> (4) その他のプレート	吸収性接合材・F 9-c

<del>(5)</del> (5) インターフェランススクリュー	吸収性接合材・F 9-d
<del>(6)</del> (6) スーチャーアンカー	吸収性接合材・F 9-e
<del>(7)</del> (7) ボタン	吸収性接合材・F 9-f
<del>(8)</del> (8) ワッシャー	吸収性接合材・F 9-g
<del>(9)</del> (9) ピン・一般用	吸収性接合材・F 9-h-1
<del>(10)</del> (10) ピン・胸骨・肋骨用	吸収性接合材・F 9-h-2

## 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」の一部訂正について

(別表)

## I 医科点数表関係

## 検 査

X線骨密度測定装置(I)	機械器具(9)医療用X線装置及び医療用X線管	単一エネルギーX線吸収測定装置  単一エネルギーX線吸収測定一体型装置  二重エネルギーX線吸収測定装置  二重エネルギーX線吸収測定一体型装置	DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(PDA:Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色X線光子を利用した骨塩定量装置による測定及び又はpQCT(peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定が可能なもの	D 217	骨塩定量検査 2 MD法、SEXA法等
--------------	------------------------	--	--	-------	------------------------

画像診断

デジタル 映像化処 理装置	機械器具(9)医 療用エックス線 装置及び医療用 エックス線装 置用エックス線管	コンピューテッドラ ジオグラフ  電子管出力読取式デ ジタルラジオグラフ  X線平面検出器出力 読取式デジタルラジ オグラフ	X線画像情報のデ ジタル処理を行う ことが可能なもの	E	第1節 エックス線診断料  通則4 デジタル映像化処理加算
---------------------	--	--	----------------------------------	---	-------------------------------------

処 置

レーザー 治療器	機械器具(12) 理学診療用器具	ヘリウム・ネオン レーザー治療器  半導体レーザー治療器	疼痛緩和に用いる ことが可能なもの	J 119-3	消炎鎮痛等処置  <del>器具等による療法</del>  低出力レーザー照射
-------------	---------------------	---------------------------------------	----------------------	---------	---

手 術

レーザー 手術装置 (Ⅱ)	機械器具(31)医 療用焼灼器	PDTエキシマレー ザ	光線力学療法が可 能な波長630nmの エキシマ・ダイレ ーザ又はYAG・ OPOレーザーで あるもの	K 510-2  K 526-3 K 653-4 K 872-5	光線力学療法（早期肺癌（0期又はⅠ期）に 限る。）  表在性食道悪性腫瘍光線力学療法 表在性早期胃癌光線力学療法 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法
---------------------	--------------------	----------------	--	--	--

ラジオ波 手術器	機械器具(29) 電気手術器	治療用電気手術器	ラジオ波により組 織の凝固が可能な もの	K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
-------------	-------------------	----------	----------------------------	---------	---------------

超音波手 術器	機械器具(12) 理学診療用器具	超音波手術器  超音波吸引器	超音波により組織 の凝固又は切開 又は破砕が可能な もの	K 931	超音波凝固切開装置加算
------------	---------------------	----------------------	---------------------------------------	-------	-------------



放射線治療

治療用粒子加速装置 (I)	機械器具(9)医療用엑스線装置及び医療用엑스線装置用엑스線管	非線形加速器システム	高エネルギーのX線(1MV以上)又は電子線(1MeV以上)を用いて放射線治療を行うことが可能なもの	M 001	体外照射 3 高エネルギー放射線治療
		線形加速器システム  X線CT組合せ型線形加速器システム  X線CT組合せ型粒子線治療システム装置		M 002	全身照射
治療用粒子加速装置 (II)	機械器具(9)医療用엑스線装置及び医療用엑스線装置用엑스線管	定位放射線治療用加速器システム	X線又は電子線を用いて放射線治療を行うことが可能であり、かつ照射中心の固定精度が2mm以内であるもの	M 001	体外照射 3 高エネルギー放射線治療
		非線形加速器システム		M 001-3	直線加速器による定位放射線治療
		線形加速器システム  X線CT組合せ型線形加速器システム  X線CT組合せ型粒子線治療システム装置		M 002	全身照射

「入院時食事療養の実施上の留意事項について」の一部訂正について

1 一般的事項

- (13) 1日の必要量を数回に分けて提供した場合は、提供された回数に相当する食数として算定して差し支えないこと（ただし、食事時間外に提供されたおやつを除き、1日に3食を限度とする。）。

3 特別食加算

- (1) 特別食加算は、入院時食事療養(I)の届出を行った保険医療機関において、患者の病状等に対応して医師の発行する食事せんに基づき、「入院時食事療養の基準等」（~~平成18年厚生労働省告示第100号~~平成6年厚生省告示第238号）の第2号に示された特別食が提供された場合に、1食単位で1日3食を限度として算定する。なお、当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。
- (5) 腎臓食に準じて取り扱うことができる心臓疾患、妊娠中毒症等の減塩食については、食塩相当量が総量（1日量）7.0g以下の減塩食をいう。

4 食堂加算

- (1) 食堂加算は、入院時食事療養(I)の届出を行っている保険医療機関であって、下記(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者（療養病棟に入院している患者を除く。）について、~~食堂における食事療養を行った時~~1日につき、病棟又は診療所単位で算定する。

「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いについて」の一部訂正について

~~第4 その他~~

~~平成6年9月30日現在基準給食又は特別管理給食の承認を受けている保険医療機関については、各々入院時食事療養(Ⅰ)の基準を満たすものとして新たな届出を要しない。~~

~~ただし、平成6年9月30日現在基準給食又は特別管理給食の承認を受けている保険医療機関であって、厚生大臣の定める入院患者数の基準、医師等の員数の基準及び入院基本料の算定方法(平成18年厚生省告示第104号)に規定する基準に該当するものにあつては、入院時食事療養(Ⅰ)の届出要件に適合しないので都道府県医務関係主管課と連携を図り、所要の改善を指導し、概ね9か月間を経ても、改善が認められない場合には、当該届出を無効とする。~~

~~ただし、当該告示に規定する基準に該当する保険医療機関であつて、概ね9か月を経た段階で、医師若しくは看護要員の確保についての着実な改善又は当該基準に該当しなくなることに ついての具体的な目処が認められるもの及び当該基準に該当するものであつて次に掲げる地域を含む市町村(ただし、人口5万人以上のものを除く。)に所在するもの(以下「離島等所在保険医療機関」という。)のうち、医師又は看護要員の確保に関する具体的な計画が定められているものにあつては、この限りではない。~~

~~なお、この取扱いについては、医政局指導課と調整済であるので、都道府県医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。~~

- ~~(1) 離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項に基づいて指定された離島振興対策実施地域~~
- ~~(2) 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律(昭和37年法律第8号)第2条第1項に規定する辺地~~
- ~~(3) 山村振興法(昭和40年法律第64号)第7条第1項に基づいて指定された振興山村~~
- ~~(4) 過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に規定する過疎地域~~

別添 入院時食事療養に係る施設基準等

1 一般的事項

- (2) 届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法(平成18年厚生労働省告示第104号)に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関については、入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行うことはできない。

ただし、離島等所在保険医療機関のうち、医師又は看護要員歯科医師の確保に関する具体的な計画が定められているものにあつては、この限りではない。

なお、この取扱いについては、医政局指導課と調整済であるので、医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。

「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等の施行に伴う実施上の留意事項について」の一部訂正について

標記については、本日、「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」(平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。 )、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」(平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。 )、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」(平成18年厚生労働省告示第140号。以下「定義告示」という。 )等が公布されたところであるが、これらの実施上の留意事項は、別添のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図りたい。

なお、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「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等の施行に伴う実施上の留意事項について(通知)」及び「厚生労働大臣の指定する保険医療機関の病棟における療養に要する費用の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項等について」は、平成18年3月31日限り廃止する。

## 別添

### 第1 対象病院及び対象患者

#### 1 対象病院

(2) 対象病院は、以下の基準を満たす病院とする。

- ① ~~一般病院~~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。 )、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。ただし、現在、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を満たしていない病院については、平成20年4月1日までに7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行うこととし、当該届出に係る計画を策定した場合についてはこの限りでない。

#### 2 対象患者

(2) (1)にかかわらず、以下の患者の「療養に要する費用の額」(以下「診療報酬」という。 )は「診療報酬の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第92号)別表第一医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。 )若しくは別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。 )、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)又は特定療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成18年厚生労働省告示第101号)第1項により算定する。

- ④ 保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)第5条の2第2項に定める高度先進医療である療養並びに厚生労働大臣の定める選定療養(平成18年厚生労働省告示第105号)第15号に定める先進医療である療養を受ける患者

### 第3 費用の算定方法

#### 1 診療報酬の算定

##### (7) 外泊の取扱い

① 外泊期間中の点数については、患者の入院している病棟について病院が届け出ている入院基本料又は特定入院料の基本点数の15%を算定するものである。

ただし、精神及び行動障害の患者が治療のために外泊する場合は、当該入院基本料又は特定入院料の基本点数の30%を算定するものであるが、30%を算定することができる期間は、連続して3日以内、かつ、同一月中6日以内とする。

#### 2 診療報酬の調整等

##### (2) 診断群分類区分に該当しなくなった患者の取扱い

③ ①の場合の入院期間の算定の起算日は入院の日、~~②~~②の場合の入院期間の算定の起算日は、医療資源を最も投入した傷病名が同一である場合には入院の日、同一ではない場合には診断群分類区分に該当すると判断された日とする。

## 「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部訂正について

## 別紙 1

## 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

## (15) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

09	施	平成16年3月19日保医発第0319004号平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合 (なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるように「摘要」欄に記載すること。)
----	---	--

## (25) 「在宅」欄について

オ 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。

ウ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、~~所定点数に当該加算点数を加算した点数を記載~~し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に「夕」と表示すること。なお、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載すること。また、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前24時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。

ケ 救急搬送診療料、在宅患者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、その他の項にそれぞれ「搬送診療」、「訪問看護」(厚生労働大臣の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、「訪問看護(難病)」)、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護(急性)」、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に行った場合は、「訪問看護(緊急)」)、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」又は「訪問栄養」と表示し、回数(単位数)及び総点数を記載すること。

在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合は、「摘要」欄に「支援」と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

患者の急性増悪等により頻回な、1日に2回又は3回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を（ ）書きで「摘要」欄に記載するほか、保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算又はターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数を当該加算点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ「複」又は「夕」と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。また、在宅療養支援診療所の保険医の指示によりターミナルケアを行った場合は、「夕支」と表示し、当該指示のあった日、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に「移」又は「移重症」と表示するとともに、退院日、使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）及び訪問看護を実施した日を「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合は、「注射」の項に(7)の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の「訪点」を表示すること。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。

在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載し、施設入所者に対して訪問指導を行った場合は、「施」と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて「麻加」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

#### (29) 「検査」欄について

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、~~当該加算を算定した日に行った検体検査すべてに~~  
~~検査目を記載すること。~~また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に「外迅検」と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名及び検査料を記載すること。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

タ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコブを算定した場合は、「摘要」欄に算定開始日を記載すること。

ツ 神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われた場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

テ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術実施日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

(30) 「画像診断」欄について

ア 画像診断の種類、回数及び点数を記載すること。なお、単純撮影及び造影剤使用撮影を行うに当たって撮影した画像を電子媒体に保存した場合は、「摘要」欄に撮影回数を記載すること。

(31) 「その他」欄について

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、発症月日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断した患者に対して行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

(40) その他

カ ~~平成16年8月19日保医発第0319004号~~平成18年3月31日保医発第0331002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

セ 老人保健法第28条第1項第2号等に基づく一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者であって、平成18年8月から平成20年7月（老人保健法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が2割となる者については、平成18年9月から平成20年8月）までの間、入院又は入院外（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る。）に係る一部負担金が、一般の世帯（現役並み所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のことをいう。）と同額の自己負担額を超えた場合には、「特記事項」欄に「経過」と記載すること。



### 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 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

##### 2 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

###### (23) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、皮下筋内内注射皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

###### (24) 「X線・検査」欄について

㍉ 歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、歯周組織検査を2回以上行った場合、2回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

###### ㍊ 「その他」欄について

###### (27) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

###### コ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、~~主欄に~~小白歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大白歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

###### (29) 「摘要」欄について

ナ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な咬合異常の起因となった疾患名(別に厚生労働大臣が定める疾患)及び当該疾患に係る自立支援医療の育成医療及び更生医療を担当する連携医療機関名を記載すること。

###### (35) その他

エ ~~平成16年3月19日保医発第0319001号~~平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護

老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。

なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」の一部訂正について

「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」（平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。）、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」（平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。）、「厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名」（平成18年厚生労働省告示第140号）等が公布されたところであるが、これに伴い、当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別紙添のとおり定めたので、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、本通知は、平成18年4月1日から適用することとし、従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について（通知）」は、平成18年3月31日限り廃止する。

## 別紙

### II 診療報酬明細書（様式第9）の記載要領

#### 2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別表紙1のII第3の2の(1)から(11)まで、(13)から(15)まで、(20)、(35)から(37)まで及び(39)から(41)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

#### (10) 「包括評価部分」欄について

- ④ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

(記載例)

※ 入院期間 I 日未満：入 I 入院期間 I 日以上 II 日未満：入 II  
入院期間 II 日以上：入 III  
1 点未満については四捨五入

例 2：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等 2 なし  
→ 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等 2 3  
ありに変更の場合

(4月16日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月8日退院の場合)の例

(5月診療分)

4月請求分	$(a+b) \times 4$ 月医療機関別係数=合計 … A
入 I	$3,147 \times 8$ = 小計 … a
入 II	$2,326 \times 7$ = 小計 … b
5月診療分	$\frac{(c+d)}{5} \times 5$ 月医療機関別係数=合計 … B
入 II	$2,799 \times 4$ = 小計 … c

		入Ⅲ	$2,379 \times 4 =$	小計 … d
		調整分	$(e+f) \times 4$	月医療機関別係数) - A = 小計 … C
		入Ⅰ	$3,721 \times 9 =$	小計 … e
1	93	入Ⅱ	$2,799 \times 6 =$	小計 … f
		5月請求分	B + C = 合計	

(11) 「出来高部分」欄について

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の環欄の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。

(12) その他について

③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独\_\_1本入夫）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一）」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(1)から(11)まで、(13)から(15)まで及び(20)並びに本通知Ⅱの2の(1)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

⑥ ~~④及び⑤~~から⑤の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

別表を追加する。

(別 表)

(1) 負担区分コード番号

内 容	コード番号
医療保険のみで負担	1
医療保険と第一公費で負担	2
医療保険と第二公費で負担	3
医療保険と第一及び第二公費で負担	4
公費単独又は第一公費のみで負担	5
第二公費のみで負担	6
第一及び第二公費で負担	7
医療保険と老人第二公費で負担	8
医療保険と第二及び老人第二公費で負担	A
第二及び老人第二公費で負担	D
老人第二公費のみで負担	F

- 注 1. 国民健康保険、退職者医療又は3種の公費負担医療の併用における生活保護については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は生活保護と読み替えること。
2. 老人医療単独のみで負担する場合はコード1、老人医療と1種の公費負担医療で負担する場合はコード3、老人医療と2種の公費負担医療で負担する場合はコードAであること。

(2) 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検 査	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

「「老人訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書等の記載要領について」の  
全部改正について」の一部訂正について

別紙

## II 請求書等の記載要領

### 第2 明細書に関する事項(様式第三)

#### 7 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

- (2) 記号と番号の間にスペース、「・」を挿入すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を( )で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に入りきらない等の場合は、( )を省略することも差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号の変更・継続を変更した場合又は任意継続に変更した場合(給付割合に変更がない場合に限る。)は、変更後の記号・番号を記載すること。

#### 26 「基本療養費」欄について

- (2) 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、「難病等複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、「緊急訪問看護加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

#### 32 「合計」欄について

- (2) 「負担金額」の項については、以下によること。

イ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、~~医療券等に記入されている第1公費又は第2公費に係る患者の負担額(更正決定を要する場合には、更正決定後の金額)を記載すること。~~それぞれ、第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額(一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額)を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と結核予防法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

「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」の一部訂正について

診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号。以下「診療報酬点数表」という。）については、本年3月6日に公布され、また平成12年2月10日に公布された指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第19号）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第21号）に加え、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第128号）が、本年3月14日に公布されたところであり、本年4月1日以降の医療保険の診療報酬及び介護保険の介護報酬については、それぞれ上記基準に基づき算定されることとなる。

一方で、健康保険法及び老人保健法において、同一の疾病又は傷害について、介護保険法の規定により給付を受けることができる場合については、医療保険からの給付は行わない旨が規定されているところであるが、両保険の給付の調整に関するものとして、厚生労働大臣が定める療養（平成18年厚生労働省告示第142号。以下「厚生労働大臣が定める療養告示」という。）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（平成18年厚生労働省告示第176号。以下「介護調整告示」という。）が公布されたところである。

これら両保険の給付の調整に関する留意事項及び両保険において相互に関連する事項等については、平成18年4月1日より、上記告示によるもののほか下記によることとするので、遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図らねばならない。

なお、「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12年3月31日保険発第55号・老企第56号、老健第80号）は平成18年3月31日限り廃止する。

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

2 第2号関係について

- (2) 当該届出については、別紙様式1から~~10~~8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出るものであること。

第3 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

2 施設基準関係

- (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~~平成18年3月6日保医発第0306002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。

#### 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等に関する留意事項

##### 2 月の途中で要介護者被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

##### 5 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者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）の入所者以外のものに対して行うリハビリテーションについては、~~介護保険における指定通所介護~~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を行った日以外の日に関し、医療保険に疾患別リハビリテーション料を算定できるものであること。

##### 6 重度認知症患者デイ・ケア等に関する留意事項について

(2) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者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）の入所者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、~~指定訪問リハビリテーション~~介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に関し、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア等を算定できるものであること。



(別紙)

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 養病床の病床を除く)(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 養病床の病床に限る)(老人性認知症 疾患療養病床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(444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(444単位)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 (444単位)を算定しない 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
	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。)	
特記	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
		地域連携退院時共同指導 料1		×		○	×	○	×				
		地域連携退院時共同指導 料2		×		×		○	○	×			
		診療情報提供料(Ⅰ) (注1)		○		×		○	×	×			
		診療情報提供料(Ⅰ) (注2)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防在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。)	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注3)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防在宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		×		○	×	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注4)		○		○	×	○	×	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注5)		○		×		○	○	×		×	
		診療情報提供料(Ⅰ) (注6)		○		×		○	○	×		×	
		診療情報提供料(Ⅱ)		○		○	×	○	○	×		×	
上記以外		○		×		○	○	×		×			
在宅医療	住診料		○		○	×	×		×		×	「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	
	在宅患者訪問診療料及び ターミナルケア加算 (在宅療養管理指導費の算定 の場合)		○		○ (末期の悪性腫瘍であ る患者に限る)	×	×	×		×	×		
	在宅患者訪問診療料及び ターミナルケア加算 (上記以外)		○		×	86	×	×	×		×		

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(老人性認知症疾患患 療養病床を除く)(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(老人性認知症疾患患 療養病床の病床に限る)(老人性認知 症疾患療養病床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)	介護療養病床等(老人性認知症疾患患 療養病床の病床に限る)(老人性認知 症疾患療養病床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(444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(444単位)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 (444単位)を算定しない 日の場合
在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○ (※2)	○ <small>(在宅療養支援診療所の開設 が定例的に困難して診療を 行う場合に限る。)</small>	○	×	×	×	×					
	在宅末期医療総合診療料		○	×	○	×	×	×	×					
	在宅患者訪問看護・指導 料			○ <small>(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)</small>		×	×	×	×					
	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 宅療養指導管理料加算		○			○	×	×	×					
	検査			○		○ <small>(大臣の定める項目は算定不可)</small>	○	×	○	×				
	画像診断			○		○	○	○	○ <small>(単純撮影を除 く)</small>	○	×	○	×	○
投薬			○		○ <small>(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。))</small>	○	×	○ <small>(専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)</small>	×	○ <small>(専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)</small>	×	○ <small>(専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)</small>		
注射			○		○ <small>(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。))</small>	○	○	○ <small>(人工腎臓又は透析液 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)</small>	×	○ <small>(専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)</small>	×	○ <small>(専門的な診療に 特有な薬剤に係る ものに限る)</small>		
リハビリテーション			○ <small>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</small>	○	○ <small>(大臣の定める項目は算定不可)</small>	○	○	○ <small>(認知訓練及び障害患者 リハビリテーション等に 係る部分に限る)</small>	×			×		
精神科 専門 療法	重度認知症デイ・ケア料		○ <small>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</small>	○ <small>(認知症である老人の日常生活 自立支援特定事業がラック のものに限る)</small>	○	×	○	○	○			○		
	入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法			×		×	○ <small>(特定診療費を算定す る場合を除く)</small>	○ <small>(特定診療費を算定する 場合を除く)</small>	○ <small>(特定診療費を算定する 場合を除く)</small>			○ <small>(特定診療費を算定する 場合を除く)</small>		

「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

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 入所療養介護、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 養病床の病床を除く)(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除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療 養病床の病床に限る)(老人性認知症 疾患療養病床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(444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(444単位)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 (444単位)を算定しない 日の場合
特 掲	精神科 専門療法	精神科作業療法		○			○	×	○	×	○		
		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		○			○		○		○	○		
	手術		○			○		○		○	○		
	麻酔		○			○		○		○	○		
放射線治療		○			○		○		○	○			
齒 科	訪問歯科衛生指導料		×			○		○		○	○		
	在宅患者訪問薬剤管理指 導料		×			○		○		○	○		
	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 歯科衛生家地指導料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料(1)(注 2)		○					○			○		
	上記以外		○			○		○		○	○		
調 剤	在宅患者訪問薬剤管理指 導料		×			×		×		×	×		
	・ 薬剤服用歴管理料 ・ 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		○			×		×		×	○		

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(老人性認知症疾患患 療養病床の病床を除く)(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(老人性認知症疾患患 療養病床の病床に限る)(老人性認知症 疾患患療養病床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(444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(444単位)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 (444単位)を算定しない 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。)			×	×	×	×			×	○ (末期の悪性腫瘍等の患者 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。)
	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床の病床、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、当該施設と特別な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。

様式 1

施設基準等に係る届出書添付書類

	今回の届出 に係る病棟	病棟数	病床数	入院患者数	
				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 複合病棟					
療養病棟入院基本料					
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定算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※ 届出対象となる病室を枠で囲む等により明確にして、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。

※ 届出対象となる病室について、該当する入院基本料の「今回の届出の対象となるに係る病棟」の欄にチェックを行い、届出対象の病床数を括弧内に記入すること。なお、届出対象となる病室が複合病棟にある場合には、一般病棟入院基本料の該当欄に記入すること。

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について  
の一部訂正について

1 費用徴収する場合の手続について

- (1) 保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成14年3月18日保医発第0318001号平成18年3月13日保医発第0313003号)第1の2(4)(5)に示す掲示例によること。

2 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

- (4) 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

ウ ニコチン貼付剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、ニコチン貼付剤を処方する場合に限る。） 等