

(保 74)

平成 30 年 6 月 22 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  
松 本 純 一

### 平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

平成 30 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、平成 30 年 3 月 6 日付日医発第 1125 号（保 212）「平成 30 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、下記の通知について、厚生労働省保険局医療課より一部訂正の事務連絡がありましたので、お知らせ致します。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

### 記

- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
（平成 30 年 3 月 5 日保発 0305 第 3 号）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」  
（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」  
（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」  
（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 10 号）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」  
（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 11 号）
- ・「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について  
（平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 5 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」の一部改正について  
（平成 30 年 3 月 30 日保医発 0330 第 2 号）

【添付資料】

平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

(平成30年6月21日 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事 務 連 絡  
平成30年 6 月 21 日

地 方 厚 生（ 支 ） 局 医 療 課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後 期 高 齢 者 医 療 主 管 課（ 部 ）

} 御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添 1 から別添 8 までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
（平成30年 3 月 5 日保発0305第 3 号）（別添 1）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」  
（平成30年 3 月 5 日保医発0305第 1 号）（別添 2）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」  
（平成30年 3 月 5 日保医発0305第 2 号）（別添 3）
- ・「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30年 3 月 5 日保医発0305第 3 号）（別添 4）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」  
（平成30年 3 月 5 日保医発0305第10号）（別添 5）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」  
（平成30年 3 月 5 日保医発0305第11号）（別添 6）
- ・「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について  
（平成30年 3 月 26 日保医発0326第 5 号）（別添 7）
- ・「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について  
（平成30年 3 月 30 日保医発0330第 2 号）（別添 8）

(別添 1)

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の  
一部改正に伴う実施上の留意事項について  
(平成30年 3 月 5 日保発0305第 3 号)

第 5 訪問看護管理療養費について

- 3(2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第 2 の 5 に規定する状態等にある利用者 をいい ~~であって、下記のいずれかに該当するものである。た~~  
~~だも~~、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第 2 の 6 に規定するものをいう。

(別添 2)

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

(平成30年 3 月 5 日保医発0305第 1 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診料

第 2 節 再診料

A 0 0 2 外来診療料

- (4) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院~~及び、許可病床の数が400床以上の~~地域医療支援病院~~及び一般病床の数が200床未満の病院~~を除く。）のうち、前年度 1 年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(3)と同様であること。

第 2 部 入院料等

第 1 節 入院基本料

A 1 0 0 一般病棟入院基本料

- (1) 一般病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料~~並びに及び~~月平均夜勤時間超過減算~~及び並びに~~「注 7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注 2」の特別入院基本料~~並びに月平均夜勤時間超過減算等~~及び「注 7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

A 1 0 1 療養病棟入院基本料

- (7) 「注 4」に規定する褥瘡対策加算 1 及び 2 は、ADL 区分 3 の状態の患者について、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添 1 の 2 の別紙様式 2 の「医療区分・ADL 区

分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

ア 褥瘡対策加算 1 については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で 3 月を超えない間又は褥瘡対策加算 2 を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算 2 については、直近 2 月の実績点が 2 月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-R の合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

~~なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。~~

- (9) 「注 6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度に算定できる。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

ア 急性期患者支援療養病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料若しくは 10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は 13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A 2 0 5」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1 回の転棟に限り算定できるものとする。

イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。~~また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。~~

#### A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

| 状 態 等         | 診療報酬点数       | 実施の期間等          |
|---------------|--------------|-----------------|
| 7 ドレーン法若しくは胸腔 | ドレーン法（ドレナージ） | 当該月において 2 週以上実施 |

|                                        |                       |        |
|----------------------------------------|-----------------------|--------|
| 又は腹腔の洗浄を実施して<br>いる状態 <del>(※8参照)</del> | 胸腔穿刺<br>-----<br>腹腔穿刺 | していること |
|----------------------------------------|-----------------------|--------|

## 第2節 入院基本料等加算

### A214 看護補助加算

(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。(精神病棟を~~除く~~。)

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の~~対応~~を行う。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度を行う。

なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。

### A227-2 精神科措置入院退院支援加算

(2) 本加算の退院とは、自宅等へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関~~においての当該入院料に係る病棟以外の病棟へ~~転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

### A246 入退院支援加算

(21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク~~まで~~（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからク~~まで~~について全て実施できない

場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。

ア～ク（略）

### 第3節 特定入院料

#### A300 救命救急入院料

- (10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。

また、区分番号「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。

#### A308-3 地域包括ケア病棟入院料

- (5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる~~各病棟毎~~に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟~~毎~~の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### B001 特定疾患治療管理料

##### 5 小児科療養指導料

- (7) 日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を~~来~~した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。

#### 14 高度難聴指導管理料

- (1) 高度難聴指導管理料は、区分番号「K 3 2 8」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60 d B以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすに適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。

#### 23 がん患者指導管理料

- (1) がん患者指導管理料イ

ア (略)

イ 当該患者について区分番号B 0 0 5－6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B 0 0 5－6－2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

ウ・エ (略)

#### B 0 0 1－2 小児科外来診療料

- (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」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、区分番号「A 0 0 0」初診料の機能強化加算、区分番号「B 0 0 1－2－2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B 0 0 1－2－5」院内トリアージ実施料、区分番号「B 0 0 1－2－6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「C 0 0 0」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全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。

#### B 0 0 1－2－6 夜間休日救急搬送医学管理料

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事若しくは~~市長~~指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。））にあつては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。））をいう。）

及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

#### B 0 0 1－2－7 外来リハビリテーション診療料

- (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
- (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

#### B 0 0 1－2－8 外来放射線照射診療料

- (1) 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料、~~又は~~区分番号「A 0 0 2」外来診療料 又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

#### B 0 0 1－3 生活習慣病管理料

- (12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し 療養 計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。

#### B 0 0 1－9 療養・就労両立支援指導料

- (2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、6月に1回に限り算定する。
- ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」 ~~及び~~ 別紙様式49 の2」 ~~まで~~又は

これに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。

#### B 0 0 5－7 認知症専門診断管理料

- (2) 「注1」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式32」及び~~「別紙様式32の2」~~又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料1を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。

#### B 0 0 5－7－2 認知症療養指導料

- (4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式32」及び~~「別紙様式32の2」~~又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。

#### B 0 0 5－10 ハイリスク妊産婦連携指導料1

- (6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分番号及び区分番号「B 0 0 5－10－2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。

## 第2部 在宅医療

### 第1節 在宅患者診療・指導料

#### C 0 0 1 在宅患者訪問診療料(I)

- (19) 「注8」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注7」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注8」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、

診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア・イ(略)

ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者

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、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、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使用装着している状態患者

○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者(略)

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

(4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の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(Ⅰ)の「1」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注1の「イ」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リハビリテーション指導管理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（区分番号「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。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)~~(4)~~の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア～エ (略)

#### C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (4) また、関係者のうちいずれかが、「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30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のアからウまでを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア～ウ (略)

### 第2節 在宅療養指導管理料

#### C 1 0 8 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C 1 0 8 - 2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

- (2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「~~在宅における~~悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

### 第3部 検査

#### <通則>

- 16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。

C L I A : Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法

C L E I A : Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法

E C L I A : Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法

### 第1節 検体検査料

#### 外来迅速検体検査加算

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

区分番号「D 0 0 6」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「D 0 0 7」血液化学検査の注の場合

区分番号「D 0 0 8」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「D 0 0 9」腫瘍マーカーの注2の場合

例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D 0 0 9」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（C E A）と「8~~6~~」のC A19-9を行った場合、検体検査実施料の請求

は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。

#### D006-4 遺伝学的検査

- (5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからエまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
- (6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからエまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
- (7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

#### D007 血液化学検査

- (48) 「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、CLIA法又はCLEIA~~CLIEA~~法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。

#### D008 内分泌学的検査

- (7) 脳性Na利尿ペプチド(BNP)

ア～イ (略)

ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の  
≠摘要≠欄に記載する。

- (8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)

ア 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。

イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)、「16  
16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)及び「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。

ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド(BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)又は「43」の心房性Na利尿ペプチド(ANP)のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の  
≠摘要≠欄に記載する。

#### D009 腫瘍マーカー

- (17) ヒト精巣上体蛋白4(HE4)

「26」のヒト精巣上体蛋白4(HE4)は、CLIA法により測定した場合に算定で

きる。

#### D 0 2 3 微生物核酸同定・定量検査

- (5) 「7」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCR~~法~~により実施した場合に算定する。  
ア～キ(略)

#### D 2 1 0 - 3 植込型心電図検査

- (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査(心電図検査及びホルター~~型~~心電図検査を含む。)等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

#### D 2 6 3 - 2 コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、空間周波数特性(MTF)を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、区分番号「K 2 8 2」水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。

[内視鏡検査に係る共通事項(区分番号「D 2 9 5」から区分番号「D 3 2 5」まで)]

- (1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査~~実施~~加算は、所定点数に含まないものとする。

#### D 3 0 2 気管支ファイバースコピー

「注」の気管支肺胞洗浄法検査~~同時~~加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

#### D 4 1 2 経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分番号「D 4 0 4 - 2」、区分番号「D 4 0 9」、区分番号「D 4 1 0」、区分番号「D 4 1 1」及び区分番号「D 4 1 3」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視(C T透視を除く。)、心電図~~検査~~及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

#### D 4 1 4 - 2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)

- (2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡~~検査~~加算は所定点数に含まれ、算定できない。

#### D 4 1 9－2 眼内液（前房水・硝子体液）検査

眼内液（前房水・硝子体液）検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液（前房水・硝子体液）を採取し、E L I S A法によるI L－10濃度と、C L E I A法によるI L－6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。

### 第4部 画像診断

#### <通則>

#### 5 画像診断管理加算

（1）画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、C T撮影及びM R I撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

（2）画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

#### 6 遠隔画像診断による画像診断管理加算

（2）遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医

療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT 撮影及びMRI 撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

- (3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 1、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する 1 名（画像診断管理加算 3 を算定する場合にあっては 6 名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週 3 日以上かつ週 24 時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

## 第 5 部 投薬

### 第 2 節 処方料

#### F 1 0 0 処方料

- (16) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 70% 以上、75% 以上又は 85% 以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1 処方につき 2 点、4 点又は 5 点を所定点数に加算する。

## 第 7 部 リハビリテーション

### < 通則 >

- 6 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1

日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

(1)～(4)(略)

## 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

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア(略)

イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

(イ) 慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下、脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)が400pg/mL以上の状態のもの

(ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

### H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア～ク(略)

ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力~~の低下~~及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM15以下、BI85以下の状態等のものをいう。

### H002 運動器リハビリテーション料

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア(略)

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能~~の低下~~及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、

運動器不安定症等のものをいう。

#### H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア(略)

イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせて記載する様式(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)

(イ)～(ニ)(略)

(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う~~等が担う~~具体的内容に係るもの

(チ)～(ヲ)(略)

#### H004 摂食機能療法

- (6) 「注~~3~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

- (7) 「注~~3~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (8) 「注~~3~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。

- (10) 「注~~3~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

## 第8部 精神科専門療法

### 第1節 精神科専門療法料

#### I 0 0 2 通院・在宅精神療法

- (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。
- (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する~~係る~~指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。
- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。
- ア 区分番号「A 0 0 1」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。
- イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができる体制がとられていること。
- (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又は「2」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

#### I 0 0 9 精神科デイ・ケア

- (11) 「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者~~長期入院患者~~とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。

#### I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

- (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、精神科在宅患者支援~~当該~~管理料1（ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又

は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。

#### I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料

- (2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。

ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であつて、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する~~係る~~指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003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~~30~~~~28~~年3月~~5~~~~4~~日保医発~~03050004~~第~~2~~~~1~~号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）

- (3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。

- (5) 「1」のイ及び「2」のイは、~~≧~~以下の全てを実施する場合に算定する。

ア～ウ(略)

- (6) 「1」のロ及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア～イ(略)

- (12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録に添付すること。

## 第9部 処置

### <通則>

- 5 通則5の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等~~2~~」という。）は、区分番号「A000」の注7、区分番号「A001」の注5、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の

場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

## 第1節 処置料

### J026-4 ハイフローセラピー（1日につき）

- (2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料~~又は~~区分番号「C107」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、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

### J117 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~~（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）~~の所定点数のみにより算定する。

### J118 介達牽引

- (4) 区分番号「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、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、~~介達牽引~~の費用は算定できない。

### J118-2 矯正固定

- (2) 区分番号「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、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、~~矯正固定~~の費用は算定できない。

### J118-3 変形機械矯正術

- (2) 区分番号「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、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、~~変形機械矯正術~~の費用は算定できない。

## 第10部 手術

### 第1節 手術料

#### K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

- (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎

弓形成の費用が含まれる。

例 1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

~~ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数~~

#### K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術

- (1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して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根拠を詳細に記載すること。

#### K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

- (2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。

#### K 5 9 7 ペースメーカー移植術、K 5 9 7-2 ペースメーカー交換術

- (1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー術の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

#### K 6 0 4-2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）

- (1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等~~など~~の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。

### 第2節 輸血料

#### K 9 2 0 輸血

- (21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、H C V抗体定性・定量、H I V-1抗体、H I V-1, 2抗体定性、H I V-1, 2抗体半定量、H I V-1, 2抗体定量、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定性、H I V-1, 2抗原・抗体同時測定定量、H T L V-I抗体、不規則抗体~~検査~~等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

### 第3節 手術医療機器等加算

#### K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算

- (2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K 0 3 1」、「K 0 5 3」、「K 3 7 4」、「K 3 7 6」、「K 3 7 9-2」、「K 3 9 4」、「K 3 9 5」、「K 4 6 3」、「K 4 6 3-2」、「K 4 6 5」、「K 4 7 6」の「4」、「K 4 7 6」の「6」、「K 4 7 6」の「9」、「K 4 8 4」、「K 4 8 4-2」、「K 5 0 2」、「K 5 0 2-4」、「K 5 0 4」、「K 5 1 1」、「K 5 1 4」、「K 5 1 4-3」から「K 5 1 4-6」まで、「K 5 2 2-3」、「K 5 2 7」、「K 5 2 9」、「K 5 3 1」、「K 5 5 2」、~~から~~「K 5 5 2-2」~~まで~~、「K 6 4 3」、「K 6 4 5」、「K 6 5 5」の「2」、「K 6 5 5-4」の「2」、「K 6 5 7」の「2」、「K 6 7 5」、「K 6 7 7」、「K 6 7 7-2」、「K 6 9 5」、「K 6 9 7-4」から「K 6 9 7-7」まで、「K 7 0 2」から「K 7 0 4」まで、「K 7 0 9-2」から「K 7 0 9-5」まで、「K 7 1 6」、「K 7 1 9」の「2」、「K 7 1 9」の「3」、「K 7 1 9-5」、「K 7 4 0」、「K 7 4 8」、「K 7 5 6」、「K 7 7 3」、「K 7 7 9」、「K 7 7 9-2」、「K 7 8 0」、「K 7 8 0-2」、「K 8 0 1」の「1」、「K 8 0 3」、「K 8 1 7」の「3」、「K 8 4 3」、「K 8 4 3-4」、「K 8 5 0」、「K 8 5 7」、「K 8 7 9」及び「K 8 8 9」に掲げる手術をいう。

#### K 9 3 6 自動縫合器加算

- (2) 区分番号「K 5 2 4-2」、「K 6 5 4-3」の「2」、「K 6 5 5」、「K 6 6 2」、「K 6 6 2-2」、「K 6 9 5」の「4」から「K 6 9 5」の「7」まで、「K 6 9 5-2」の「4」から「K 6 9 5-2」の「6」まで、「K 7 0 0-2」、「K 7 0 0-3」、「K 7 1 1-2」、「K 7 1 6」、「K 7 1 6-2」、「K 7 3 2」の「2」、「K 7 3 9」及び「K 7 3 9-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (4) 区分番号「K 6 5 5-2」、「K 6 5 7」、「K 8 0 3」から「K 8 0 3-3」まで及び「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。
- (5) 区分番号「K 5 1 1」、「K 5 1 3」、「K 5 1 4」、「K 5 1 4-2」の「1」、「K 5 1 4-2」の「3」、「K 5 2 9」の「1」、「K 5 2 9」の「2」、「K 5 2 9-2」、「K 5 2 9-3」及び「K 6 5 6-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6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

#### 第1節 麻酔料

##### 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

##### (12) 麻酔の実施時間

ア～イ(略)

ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

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

に充当する。

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

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

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に伏臥位で2時間30分間

③ 最後に仰臥位で20分間

の計3時間の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の2時間を充当 9, 050~~9, 150~~点

②の残り30分の加算 900点

仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点

算定点数 10, 550~~10, 650~~点

(14) 硬膜外麻酔~~併施~~加算(注4)

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注5」に規定する加算を算定する。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### B000-4 歯科疾患管理料

- (20) 「注12」の小児口腔機能管理加算は、(19)に規定する15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」に示されている評価項目において、咀嚼機能を含む3項目以上に該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に所定点数に加算する。

#### B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分において、「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の歯科医師、医師、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が、入院中の保険医療機関の准看護師と共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合は、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行う。また、ここでの入院とは、第1章第2部通則4に定める入院期間が通算される入院をいう。

### 第7部 リハビリテーション

#### 第1節 リハビリテーション料

##### H001 摂食機能療法

- (5) 「注3-2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定する。
- (6) 「注3-2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する摂食機能療法を行うに当たっては、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意する。

## 第9部 手術

### J 0 6 3－2 骨移植術（軟骨移植術を含む）

- （3） 「2 同種骨移植 （生体）」 は、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。

(別紙様式29)

## 精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 平成 年 月 日

|                         |                                       |                             |                              |                              |                             |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| (ふりがな)                  |                                       | 性別                          |                              | ID:                          |                             |
| 氏名                      |                                       | (男・女)                       |                              | 病棟:                          |                             |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) |                                       |                             |                              |                              |                             |
| 診断(身体疾患)                | 1)                                    |                             | 2)                           |                              |                             |
| 診断(精神疾患)                | 1)                                    |                             | 2)                           |                              |                             |
| 実施要件                    | <input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する |                             |                              |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院      |                             |                              |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する     |                             |                              |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> その他( )       |                             |                              |                              |                             |
| <b>&lt;現症&gt;</b>       |                                       |                             |                              |                              |                             |
| 精神症状                    | 不安・焦燥                                 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 抑うつ                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | せん妄                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 幻覚・妄想                                 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 興奮                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 自殺念慮                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 睡眠障害                    | 不眠                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 傾眠                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 問題行動                    | 徘徊                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 暴力行為                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 安静保持困難                                | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 意識障害                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症  | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 認知機能障害                  | <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症  |                             |
| その他(具体的に) ( )           | <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症  |                             |

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている  
重症:入院治療継続が困難である

|                       |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>&lt;その他の状態&gt;</b> |                                                                                                                                                                                                                                    |
| 精神機能の全体的評価(GAF)尺度     | [ ] (0-100)                                                                                                                                                                                                                        |
| 身体活動状態 全般             | <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立<br><input type="checkbox"/> 時に介助が必要、1-日の半分以上は起きている<br><input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1-日の半分以上臥床している<br><input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している |
| 歩行                    | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                             |
| 排泄                    | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル                                                                                                                                          |
| 食事                    | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                             |
| 入浴                    | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                             |

|                              |                        |                                                 |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>&lt;総合評価と今後の方針&gt;</b>    |                        |                                                 |
| 重症度                          | 具体的な状況                 | チームでの対応方法                                       |
| <input type="checkbox"/> 軽症  | 精神症状を伴っている             | ・チーム回診でのフォロー                                    |
| <input type="checkbox"/> 中等症 | 精神症状を伴い、入院治療に影響がでている   | ・チーム回診でのフォロー + 適宜診療<br>・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)  |
| <input type="checkbox"/> 重症  | 精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である  | ・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療<br>・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) |
| <input type="checkbox"/> 最重症 | 精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない | ・精神科病棟での治療を検討                                   |

|             |                                |                                                                                                                 | 今後の治療計画 |
|-------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 治療評価<br>(Ⅰ) | 薬物療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | 心理療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | ソーシャルワーク                       | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | 心理教育                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | 服薬指導                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | 作業療法                           | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | その他                            | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
|             | 退院後も精神科医療(外来など)<br>が継続できるような調整 | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施                                                        |         |
| 治療評価<br>(Ⅱ) | 精神症状                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | 睡眠障害                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | 問題行動                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | 意識障害                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | 認知機能障害                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | その他(具体的に)<br>( )               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
| 治療評価<br>(Ⅲ) | 精神機能の全体的評価<br>(GAF)尺度          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
|             | 身体活動状態                         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 |         |
| 主治医         |                                | 精神科医                                                                                                            |         |
| 看護師         |                                | 精神保健福祉士                                                                                                         |         |
| 作業療法士       |                                | 薬剤師                                                                                                             |         |
| 公認心理師       |                                | ( )                                                                                                             |         |
| 次回の再評価予定日   |                                | 平成      年      月      日                                                                                         |         |
| 本人・家族への説明日  |                                | 平成      年      月      日                                                                                         |         |

(別紙様式29の2)

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日 平成 年 月 日

|                         |                                       |                             |                             |                              |                             |
|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| (ふりがな)                  |                                       | 性別                          | ID:                         |                              |                             |
| 氏名                      |                                       | (男・女)                       |                             |                              |                             |
| 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) |                                       | 病棟:                         |                             |                              |                             |
| 診断(身体疾患)                | 1)                                    |                             | 2)                          |                              |                             |
| 診断(精神疾患)                | 1)                                    |                             | 2)                          |                              |                             |
| 実施要件                    | <input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する |                             |                             |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院      |                             |                             |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する     |                             |                             |                              |                             |
|                         | <input type="checkbox"/> その他( )       |                             |                             |                              |                             |
| <b>&lt;現症&gt;</b>       |                                       |                             |                             |                              |                             |
| 精神症状                    | 不安・焦燥                                 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 抑うつ                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | せん妄                                   | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 幻覚・妄想                                 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 興奮                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 自殺念慮                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 睡眠障害                    | 不眠                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 傾眠                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 問題行動                    | 徘徊                                    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 暴力行為                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 安静保持困難                                | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
|                         | 意識障害                                  | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| 認知機能障害                  |                                       | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |
| その他(具体的に) ( )           |                                       | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽症 | <input type="checkbox"/> 中等症 | <input type="checkbox"/> 重症 |

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている  
重症:入院治療継続が困難である

|                               |                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>&lt;その他の状態&gt;</b>         |                                                                                                                                                                                                                                       |
| 精神機能の全体的評価(GAF)尺度 [ ] (0-100) |                                                                                                                                                                                                                                       |
| 身体活動状態                        | 全般 <input type="checkbox"/> 問題なし<br><input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立<br><input type="checkbox"/> 時に介助が必要、1-日の半分以上は起きている<br><input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1-日の半分以上臥床している<br><input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している |
| 歩行                            | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                |
| 排泄                            | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル                                                                                                                                             |
| 食事                            | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                |
| 入浴                            | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                                                                |

|                              |                        |                                                 |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>&lt;総合評価と今後の方針&gt;</b>    |                        |                                                 |
| 重症度                          | 具体的な状況                 | チームでの対応方法                                       |
| <input type="checkbox"/> 軽症  | 精神症状を伴っている             | ・チーム回診でのフォロー                                    |
| <input type="checkbox"/> 中等症 | 精神症状を伴い、入院治療に影響がでている   | ・チーム回診でのフォロー + 適宜診療<br>・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)  |
| <input type="checkbox"/> 重症  | 精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である  | ・チーム回診でのフォロー + 頻回の診療<br>・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等) |
| <input type="checkbox"/> 最重症 | 精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない | ・精神科病棟での治療を検討                                   |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                         |          |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|----------|
| 治療目標               | <input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつの改善                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                         |          |
|                    | <input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                         |          |
|                    | <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                         |          |
|                    | <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                         |          |
| 治療計画<br>(Ⅰ)        | <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 気分安定薬<br><input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク<br><input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 服薬指導<br><input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |                         |          |
| 治療計画<br>(Ⅱ)        | 現 症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       | 短期目標                    | 具体的アプローチ |
|                    | 精神症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 不安・焦燥 |                         |          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 抑うつ   |                         |          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | せん妄   |                         |          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 幻覚・妄想 |                         |          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 興奮    |                         |          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 自殺念慮  |                         |          |
|                    | 睡眠障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ( )   |                         |          |
|                    | 問題行動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ( )   |                         |          |
|                    | 意識障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                         |          |
|                    | 認知機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                         |          |
| その他<br>(具体的に)      | ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                         |          |
| 主治医                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 精神科医                    |          |
| 看護師                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 精神保健福祉士                 |          |
| 作業療法士 <sup>士</sup> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 薬剤師                     |          |
| 公認心理師              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | ( )                     |          |
| 次回の再評価予定日          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 平成      年      月      日 |          |
| 本人・家族への説明日         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 平成      年      月      日 |          |

回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数  
等に係る報告書

|          |  |
|----------|--|
| 保険医療機関名  |  |
| 郵便番号     |  |
| 住所       |  |
| 報告年月日    |  |
| 直近の報告年月日 |  |

1. 退棟患者数

| ① |                                   | ( ) 月 | ( ) 月 | ( ) 月 | ( ) 月 |
|---|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| ② | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数 | 名     | 名     | 名     | 名     |

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

| ①  |                                                                    | ( ) 月                                       | ( ) 月 | ( ) 月 | ( ) 月 |
|----|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|-------|-------|
| ③  | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数        | 日                                           | 日     | 日     | 日     |
| ④  | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 ( i + ii + iii + iv + v ) | 単位                                          | 単位    | 単位    | 単位    |
| 再掲 | i                                                                  | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位    | 単位    | 単位    |
|    | ii                                                                 | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患                | 単位    | 単位    | 単位    |

|   |     |                                            |    |    |    |    |
|---|-----|--------------------------------------------|----|----|----|----|
|   |     | 等リハビリテーションの総単位数                            |    |    |    |    |
|   | iii | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 |
|   | iv  | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数   | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 |
|   | v   | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数   | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 |
| ⑤ |     | 1日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③）                  | 単位 | 単位 | 単位 | 単位 |

### 3. リハビリテーション実績指数

|   |                                                                     |      |      |      |      |
|---|---------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| ① |                                                                     | ( )月 | ( )月 | ( )月 | ( )月 |
| ⑥ | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数                 | 名    | 名    | 名    | 名    |
| ⑦ | ⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数                                       | 名    | 名    | 名    | 名    |
| ⑧ | ⑦の患者の退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時のFIM得点（運動項目）を控除したものの総和                     | 点各   | 点    | 点    | 点    |
| ⑨ | ⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和 | 各    | 点    | 点    | 点    |
| ⑩ | リハビリテーション実績指数（⑧／⑨）                                                  | 点    | 点    | 点    | 点    |

### 4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

|               |      |     |     |     |     |     |
|---------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| ⑪ 届出の前月までの6ヶ月 | ( )月 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
|---------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|

|                                      |     | 月   | 月   | 月   | 月   | 月   |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ⑫ 入棟患者数                              | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   |
| ⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の４０％以上であることによる除外の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ⑭ ⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑬が有の場合のみ）    | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   |
| ⑮ リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数        | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   | 名   |
| ⑯ 除外割合<br>（⑮÷（⑫又は⑭））                 | %   | %   | %   | %   | %   | %   |

５．高次脳機能障害患者が４０％以上であることによる除外について（⑬が有の場合には、それぞれ⑪の７か月前から前月までの６か月間の状況について記入。）

| ※（ ）にはそれぞれ⑪の前月を記載       | （ ）月までの<br>６か月 | （ ）月までの<br>６か月 | （ ）月までの<br>６か月 | （ ）月までの<br>６か月 | （ ）月までの<br>６か月 | （ ）月までの<br>６か月 |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| ⑰ ６か月間の退棟患者数            | 名              | 名              | 名              | 名              | 名              | 名              |
| ⑱ ⑰のうち、高次脳機能障害の患者数      | 名              | 名              | 名              | 名              | 名              | 名              |
| ⑲ 高次脳機能障害患者の割合<br>（⑱÷⑰） | %              | %              | %              | %              | %              | %              |

６．前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施  
(あり ・ なし)

[記載上の注意]

1. ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
2. ②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。
3. ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
4. ⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
5. ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したのものに限る。
6. ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑫とする。
7. ⑰は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
8. ⑬、⑱、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。
9. 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて  
(平成30年3月5日保医発0305第2号)

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

(1) 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。

(2) 療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の病院に限る。）を届け出の場合であって、データ提出加算に係る様式40の5を届け出ている場合は、当該様式を届け出た日の属する月から起算して1年以内の間は、様式40の7の届出を要しないこと。

(3) ~~並びに~~急性期一般入院料2又は~~及び~~急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注12に規定する機能強化加算については、実績を要しない。~~なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。~~

別添 2

入院基本料等の施設基準等

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

14 精神病棟入院基本料の注 7 に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

(3) 措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行すること。

「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ~~転棟転倒~~した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

16 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7対1入院基本料の対象となる病棟は、次の(1)のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、(2)の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添7の様式19を用いること。

(1) 次のいずれかに該当する一般病棟

ア 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）

イ 児童福祉法第6条の2の2 第3項に規定する指定~~発達支援~~医療機関

## 別添 3

### 入院基本料等加算の施設基準等

#### 第26の2 後発医薬品使用体制加算

- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア(略)

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリリン破倫

除去ミルク配合散「雪印」

ウ～オ(略)

#### 第26の8 精神科急性期医師配置加算

##### 1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (3) 区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ~~転棟転倒~~した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

イ(略)

## 別添 4

### 特定入院料の施設基準等

#### 第12 地域包括ケア病棟入院料

##### 2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

- (8) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。

ア～ウ(略)

エ 介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同法条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している事業所が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。

## 第15 精神科救急入院料

### 2 精神科救急入院料1に関する施設基準等

- (2) 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いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ~~転院退院~~した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）

### 5 届出に関する事項

- (1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式54を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、~~様式13~~の3及び「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」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

## 第21 地域移行機能強化病棟入院料

### 1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア(略)

イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ~~転院退院~~した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）



## 地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

|    |                                                                           |                                               |           |
|----|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------|
| ①  | 直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数                                              |                                               | 名         |
| ②  | 直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数                                         |                                               | 日         |
| ③  | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数<br>(i + ii + iii + iv + v <u>+ vi</u> ) |                                               | 単位        |
| 再掲 | i                                                                         | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数       | 単位        |
|    | ii                                                                        | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数       | 単位        |
|    | <u>iii</u>                                                                | <u>直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数</u> | <u>単位</u> |
|    | <u>iii</u><br><u>iv</u>                                                   | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数          | 単位        |
|    | <u>iv</u><br><u>v</u>                                                     | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数          | 単位        |
|    | <u>v</u><br><u>vi</u>                                                     | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数         | 単位        |
| ④  | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)                                                 |                                               | 単位        |

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

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30年 3 月 5 日保医発0305第 3 号)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 3 の 2 小児悪性腫瘍患者指導管理料

1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添 3 の第 1 の 2 の (4) と同様であること。

第 4 の 8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準

(3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添 3 の第 1 の 2 の (4) と同様であること。

2 届出に関する事項

(3) 1 の (3) の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第13 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

1 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料に関する施設基準

(2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯における常勤歯科医師等と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていること常勤の歯科衛生士又は看護師が勤務しているとみなすことができる。

第14の 3 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

1 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療

#### 管理料に関する施設基準

- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

#### 第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーゴ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリリン~~酸~~除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

#### 第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

1 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2に関する施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|                                                                                          |      |                                                             |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                                                            |      |                                                             |                          |
| 科                                                                                        |      |                                                             |                          |
| 2 病理診断を専ら担当する医師の氏名等                                                                      |      |                                                             |                          |
| 医師の氏名                                                                                    | 経験年数 | 常勤・非常勤                                                      | 医療機関勤務                   |
|                                                                                          | 年    | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                          | 年    | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                          | 年    | <input type="checkbox"/> 常勤<br><input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> |
| 3 年間の剖検数・検体数等                                                                            |      |                                                             |                          |
| ① 剖検                                                                                     |      |                                                             | 件                        |
| ② 病理組織標本作製<br>（術中迅速病理標本作製を含む）                                                            |      |                                                             | 件                        |
| ③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）                                                                        |      |                                                             | 件                        |
| 4 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（C P C : Clinicopathological Conference）の開催実績 |      |                                                             |                          |
| ① 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| ② 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| ③ 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| ④ 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| ⑤ 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| ⑥ 開催年月日                                                                                  | 年    | 月                                                           | 日                        |
| 5 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。）                                             |      |                                                             |                          |
| 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）                                                            |      |                                                             |                          |
| 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）                                                          |      |                                                             |                          |

6 デジタル病理画像の作製又は観察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]

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行って~~い~~おり、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、病理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

- 2 「3」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「4」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 「4」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「5」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 6 「6」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

様式 87 の 4

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

|                        |     |                |
|------------------------|-----|----------------|
| 届出に係る区分<br>(いずれかに○を付す) | ( ) | 慢性維持透析を行った場合 1 |
|                        | ( ) | 慢性維持透析を行った場合 2 |

|                                                                                                                                                                                                                          |       |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する)<br><input type="checkbox"/> 新規届出<br><input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出<br><input type="checkbox"/> 平成 30 年度改定に伴う届出<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                       |       |     |
| 2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数<br>期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)                                                                                                                                                           |       |     |
| 上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計 (①)                                                                                                                                                                                    | 台     |     |
| 上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数の合計 (②)                                                                                                                                                                                    | 人     |     |
| 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 (②÷①) (③)                                                                                                                                                                          |       |     |
| 3 透析機器安全管理委員会の設置状況                                                                                                                                                                                                       | 有 ・ 無 |     |
|                                                                                                                                                                                                                          | 職 種   | 氏 名 |
| (1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名                                                                                                                                                                                  |       |     |
| (2) 透析液製造担当者の職種及び氏名                                                                                                                                                                                                      |       |     |
| (3) 品質管理者の職種及び氏名                                                                                                                                                                                                         |       |     |
| (4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名                                                                                                                                                                                                    |       |     |
| ※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。<br>(1) ①を <u>上記期間の月数で除した値</u> が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1<br>①を <u>上記期間の月数で除した値</u> が 26 台以上 → (2) へ<br>(2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1<br>③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2 |       |     |

〔記載上の注意〕

- 1 「1」については、平成30年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「平成30年度改定に伴う届出」に「レ」を記入すること。
- 2 「2」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
  - ア 透析室に配置されていること
  - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 3 「2」の②については、①が26台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 4 「2」の②については、区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「4」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において5回以下の患者を除いて求めること。
- 5 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 6 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 7 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

# バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                      |                            |               |
|------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                         |                            |               |
| 科                                                    |                            |               |
| 2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等 |                            |               |
| 常勤医師の氏名                                              | 術者としての経験症例数                |               |
|                                                      |                            |               |
|                                                      |                            |               |
|                                                      |                            |               |
| 3 消化器内科の5年以上の経験及び消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等    |                            |               |
| 常勤医師の氏名                                              | <del>内科又は</del> 消化器内科の経験年数 | 消化管内視鏡検査の経験年数 |
|                                                      |                            |               |
|                                                      |                            |               |
| 4 放射線科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等                           |                            |               |
| 常勤医師の氏名                                              | 放射線科の経験年数                  |               |
|                                                      |                            |               |
|                                                      |                            |               |
| 3 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)                                 |                            |               |

〔記載上の注意〕

- 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2、3、4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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30年 3 月 5 日保医発0305第10号)

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

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

019 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

P C A型は、注射又は~~神経硬膜外~~麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入若しくは~~神経硬膜外~~ブロックにおける麻酔剤の持続的注入の際に、P C A（Patient Controlled Analgesia）のために用いた場合に算定できる。なお、本材料を算定する場合には、第6部注射の通則第4号に規定する精密持続点滴注射加算又は~~神経硬膜外~~麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算若しくは~~神経硬膜外~~ブロックにおける麻酔剤の持続的注入における精密持続注入加算は算定できない。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う

特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について

（平成30年 3 月 5 日保医発0305第11号）

## 5 経過措置

次に掲げる区分については、平成32年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。ただし、M021 線鉤、M021-2 コンビネーション鉤、M023 バー及びN020 鉤については、定義通知別表V017に規定する歯科鑄造用ニッケルクロム合金 鉤・バー用、V018に規定する歯科用ニッケルクロム合金板又は定義通知別表V019及びVI021に規定する歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用を使用する場合に限る。

（別紙 1）

M010 金属歯冠修復（1 個につき）

3 鑄造用ニッケルクロム合金

M011 レジン前装金属冠（1 歯につき）

2 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合

M017 ポンティック（1 歯につき）

1 鑄造ポンティック

(2) ニッケルクロム合金

2 レジン前装金属ポンティック

(2) ニッケルクロム合金を用いた場合

M020 鑄造鉤（1 個につき）

3 鑄造用ニッケルクロム合金

M021 線鉤（1 個につき）

1 不銹鋼及び特殊鋼

M021-2 コンビネーション鉤（1 個につき）

1 鑄造鉤に金銀パラジウム合金（金12%以上）、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

2 鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

M023 バー（1 個につき）

1 鑄造バー

(2) 鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金

（別紙 2）

材料料

N021 帯環（1 個につき）

1 帯環のみ

(1) 前歯

16点

|            |     |
|------------|-----|
| (2) 犬歯・臼歯  | 18点 |
| 2 ブラケット付帯環 |     |
| (1) 前歯     | 34点 |
| (2) 犬歯・臼歯  | 36点 |
| 3 チューブ付帯環  |     |
| 臼歯         | 61点 |

(別添 7)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について  
(平成30年 3 月26日保医発0326第 5 号)

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                    | 記 載 事 項                                                                                                       | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----|------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 388 | N000 | 病理組織標本作製「2」の「セルブロック法によるもの」 | 肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。<br>算定した理由を記載すること。                              |                  | —                |
|     |      |                            | （肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合）<br>組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。                                                |                  | —                |
| 389 | N002 | 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製        | セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色について、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合は、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を記載すること。<br>算定した理由を記載すること。 |                  | —                |
|     |      |                            | （肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合）<br>組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である理由を記載すること。                                                |                  | —                |

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                          | 記 載 事 項                                                                | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言 |
|-----|------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 117 | M001 | 歯冠形成 3 窩洞形成<br>注109 う蝕歯無痛の窩洞形成加算 | 部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。 |                  | —                |

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧 (医科)

| 項番  | 区分   | 診療行為名称等                     | 略号     | 対応する記載欄 |
|-----|------|-----------------------------|--------|---------|
| 850 | I016 | 精神科重症患者早期集中在宅患者支援管理料を算定した場合 | 精早支精在支 | 「その他」欄  |

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧（歯科）

| 項番  | 区分       | 診療行為名称等                    | 略号               | 記載欄             |
|-----|----------|----------------------------|------------------|-----------------|
| 34  | B011     | 診療情報連携共有料                  | 情 <del>共</del> 供 | 全体<br>「その他」欄    |
| 129 | I017-1-2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合 | ⊖SAS－OAp1        | 処置・手術<br>「その他」欄 |
| 130 | I017-1-2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合 | ⊖SAS－OAp2        | 処置・手術<br>「その他」欄 |





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

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

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

| 区 分                                                | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)                                                        |                                                                                                                                   |                                                                       | 2. 入院中の患者                             |                                                                                                                |                                                                                                                | 3. 入所中の患者                                                        |                                                                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | 自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等<br>に居る患者(介護保険法第12条第1項第1号<br>生活介護、短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。)<br>※1 | 認知症対応型ケア<br>ホーム(認知症対応型<br>共同生活介護又は<br>認知症対応型<br>生活介護)又は<br>認知症対応型<br>共同生活介護<br>を受けているもの<br>(認知症対応型<br>共同生活介護<br>を受けているもの<br>を除く。) | 特定施設(指定特定施設、指定地域<br>介護支援センター及び指定介護予防<br>施設)に居る患者(指定特定施設に<br>居る患者を除く。) | 介護療養型医療施設<br>(介護療養型医療施設<br>に居る患者を除く。) | 介護療養型医療施設 (認知症病<br>棟の病棟に限る。)(認知症又は介護予防<br>短期入所療養介護又は介護老人保健<br>施設の療養介護又は認知症病棟の病棟を<br>除く。)(介護予防短期入所療養介護<br>を除く。) | 介護療養型医療施設 (認知症病<br>棟の病棟に限る。)(認知症又は介護予防<br>短期入所療養介護又は介護老人保健<br>施設の療養介護又は認知症病棟の病<br>棟を除く。)(介護予防短期入所療養介護<br>を除く。) | 介護老人保健施設<br>イ、認知入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護 (介護老人保健施設<br>の療養介護に限る。) | 介護老人保健施設<br>イ、認知入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護又は介護老人保健<br>施設の療養介護又は介護老人保健施設<br>の療養介護に限る。) |
| B0004 歯科療養管理料                                      | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       |                                                                                                                |                                                                                                                | ○                                                                | ○                                                                                   |
| B0002 歯科特定療養管理料                                    |                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       |                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                  |                                                                                     |
| B004114 入院療養費指導料                                   | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| B00409 介護支援等連携指導料                                  | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| B00603 がん治療連携計画策定料                                 | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| B006302 がん治療連携指導料                                  | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| B007 退院前訪問指導料                                      | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| B008 薬剤管理指導料                                       | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| B00802 薬剤総合計画管理料                                   | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○                                                                                   |
| B009 診療情報提供料(1)(注2及び注6)                            | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○ ※1                                                                                |
| B0114 退院時薬剤情報管理指導料                                 | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| B014 退院時共同指導料1                                     | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | —                                                                                   |
| B015 退院時共同指導料2                                     | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | —                                                                | —                                                                                   |
| C001 訪問歯科衛生指導料                                     | ×                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| C00103 歯科療養管理料                                     | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| C00105 在宅療養管理指導料又は介護予防在宅療養管理指導料が算定されている場<br>合を除く。) | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| C00105 在宅療養管理指導料又は介護予防在宅療養管理指導料が算定されている場<br>合を除く。) | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| C003 在宅療養訪問薬剤管理指導料                                 | ×                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)                                                               |
| C007 在宅療養連携指導料                                     | ×                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | —                                                                                   |
| C008 在宅療養緊急時カンファレンス料                               | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)                                                               |
| 上記以外                                               | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ○                                                                                                              | ○                                                                                                              | ○                                                                | ○                                                                                   |
| 10 薬剤服用管理指導料                                       |                                                                                                       |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○                                                                                   |
| 13の2 かかりつけ薬剤師指導料                                   | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ×                                                                                   |
| 13の3 かかりつけ薬剤師包経管理料                                 | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ×                                                                                   |
| 14の2 外来服薬支援料                                       | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○                                                                                   |
| 15 在宅患者訪問薬剤師指導料                                    | ×                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)                                                               |
| 15の2 在宅患者緊急訪問薬剤師管理指導料                              | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)                                                               |
| 15の3 在宅療養緊急時等共同指導料                                 | ○                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | ○<br>(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)                                                               |
| 15の4 退院時共同指導料                                      | —                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                       |                                       | ×                                                                                                              | ×                                                                                                              | ×                                                                | —                                                                                   |

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

| 区 分                                                                                          | 1. 入院中の患者以外の患者<br>(次の施設に入居又は入所する者を言ひ、3の患者を除く。)                                                          |                                                                                  |                                                                                                 | 2. 入院中の患者                                                           |                                                             |                                                             | 3. 入院中の患者                                                      |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                                                                                              | 自宅、社会福祉施設、身体障害者福祉施設等<br>（介護保険法第12条第1項第1号に規定する<br>生活介護、短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。）<br>※1 | 認知症対応型ケア<br>ホーム（認知症対応型<br>生活介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けているものを<br>除く。）<br>※2          | 特定施設（指定特定施設、指定地域<br>特定施設、指定型施設及び指定介護予防<br>型施設に限る。）<br>※3                                        | 介護療養型医療<br>施設（短期入所療養<br>介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けている患者を<br>除く。）<br>※4 | 介護療養型医療施設（認知症病<br>状の療養又は認知症病状の療養を<br>受けている患者を<br>除く。）<br>※5 | 介護療養型医療施設（認知症病<br>状の療養又は認知症病状の療養を<br>受けている患者を<br>除く。）<br>※6 | 介護老人保健施設<br>（短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けている患者<br>を除く。）<br>※7 | 介護老人保健施設<br>（短期入所療養介護又は介護予防<br>短期入所療養介護を受けている患者<br>を除く。）<br>※8 |
| 15の5 医療情報等提供料                                                                                | （同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導が算定されている場<br>合を除く。）<br>○                                                 |                                                                                  |                                                                                                 | x                                                                   | x                                                           | x                                                           | x                                                              | ○                                                              |
| 上記以外                                                                                         | ○                                                                                                       |                                                                                  |                                                                                                 | x                                                                   | x                                                           | x                                                           | x                                                              | ○                                                              |
| 0.1 訪問看護基本療養費(1)及び(2)（注加算を含む。）<br>（同一施設において同一日に2件以上医療保険から給付され<br>る訪問看護を行う旨により加算する区分を算定）      | ○<br>※2                                                                                                 | ○<br>※2                                                                          | ○<br>※2                                                                                         | —                                                                   | —                                                           | —                                                           | —                                                              | ○<br>※2                                                        |
| 0.1-2 精神科訪問看護基本療養費(1)及び(2)（注加算を含む。）<br>（同一施設において同一日に2件以上医療保険から給付され<br>る訪問看護を行う旨により加算する区分を算定） | ○<br>※9                                                                                                 | ○<br>※9及び※14                                                                     | ○<br>※9                                                                                         | —                                                                   | —                                                           | —                                                           | —                                                              | ○<br>※9及び※14<br>（認知症患者を除く。）<br>（認知症患者を除く。）                     |
| 0.1-3 訪問看護基本療養費(2)及び精神科訪問看護基本<br>療養費(2)                                                      | ○<br>※2又は精神科訪<br>問看護基本療養費<br>を算定できる者                                                                    | —                                                                                | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者                                                                    | ○                                                                   | ○                                                           | ○                                                           | —                                                              | —                                                              |
| 0.2 訪問看護療養費                                                                                  | ○<br>※2又は精神科訪<br>問看護基本療養費<br>を算定できる者                                                                    | ○<br>※15及び※17                                                                    | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者                                                                    | —                                                                   | —                                                           | —                                                           | —                                                              | ○<br>※15及び※17<br>（認知症患者を除く。）<br>（認知症患者を除く。）                    |
| 24時間対応体制加算                                                                                   | ○<br>※2又は精神科訪<br>問看護基本療養費<br>を算定できる者<br>（同一月において、<br>緊急時訪問看護<br>加算又は緊急時<br>訪問看護加算を算定<br>している場合に限<br>る。） | ○<br>※15及び※17<br>（同一月において、<br>緊急時訪問看護<br>加算又は緊急時<br>訪問看護加算を算定<br>している場合に限<br>る。） | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者<br>（同一月において、<br>緊急時訪問看護<br>加算又は緊急時<br>訪問看護加算を算定<br>している場合に限<br>る。） | —                                                                   | —                                                           | —                                                           | —                                                              | ○<br>※15及び※17<br>（認知症患者を除く。）<br>（認知症患者を除く。）                    |
| 特別管理加算                                                                                       | ○<br>※2又は精神科訪<br>問看護基本療養費<br>を算定できる者<br>（同一月において、<br>介護療養型特別管<br>理加算を算定してい<br>ない場合に限<br>る。）             | ○<br>※15及び※17<br>（同一月において、<br>介護療養型特別管<br>理加算を算定してい<br>ない場合に限<br>る。）             | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者<br>（同一月において、<br>介護療養型特別管<br>理加算を算定してい<br>ない場合に限<br>る。）             | —                                                                   | —                                                           | —                                                           | —                                                              | ○<br>※15及び※17<br>（認知症患者を除く。）<br>（認知症患者を除く。）                    |
| 退院時共同指導加算                                                                                    | —                                                                                                       | —                                                                                | —                                                                                               | ○<br>※3又は精神科<br>訪問看護基本療<br>養費を算定する<br>場合                            | x                                                           | x                                                           | ○<br>※2又は精神科訪問看護基本療養費<br>を算定する<br>場合<br>※1：x<br>※2：x           | x                                                              |



