

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2部 入院料等

A100 一般病棟入院基本料

- (10) 「注11」の規定により、区分番号「A101」の療養病棟入院料1の入院料Aから入院料Fのいずれかを算定する場合にあつては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。~~また、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

A101 療養病棟入院基本料

- (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。

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。

A108 有床診療所入院基本料

- (12) 区分番号「A109」の入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病

状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。~~更に、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

A 2 1 4 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。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。

- (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湯の記録
- (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

A 2 2 1 - 2 小児療養環境特別加算

(2) 本加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれに該当するかか~~に該当の有無~~を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A 2 4 6 入退院支援加算

(1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算1にあつてはこの限りでない~~である~~。

A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料

(8) 「注5」に規定する急性期患者支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援病床初期加算は介護老人保健施設等の入居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、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室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。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

イ 在宅患者支援病床初期加算については、介護老人保健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きたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室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、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健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。

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

- (7) 「注3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(13)から(14)までの例による。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料

- (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

コ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式48を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式48を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。

第2部 在宅医療

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料(I)

- (14) 「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料、C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料

- (22) 在宅時医学総合管理料の「注10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとする。

カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必

要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(二) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワから~~ケ~~に規定する処置をいう。）を行っている患者

(27) 在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われな
ない場合は、算定することはできない。~~ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行
た場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。~~

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

(24) 在宅患者訪問看護・指導料の「注10」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算について

ア 在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。ターミナルケアにおいては、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。1つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、当該加算を算定する。また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・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を算定している場合又は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場合においては算定できない。

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「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。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

- 3 また、医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、~~地域支援体制加算基準調剤加算~~又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

第3部 検査

D008 内分泌学的検査

(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）

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「摘要」欄に記載する。
~~本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「16」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）又は「43」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。~~

第4部 画像診断

E101-2 ポジトロン断層撮影

- (2) ¹⁸F DGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
3. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (3) ^{18}F FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F FDG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管動脈炎の診断に用いる ^{18}F FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- (3) ^{18}F FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管動脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (4) ^{18}F FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F FDG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管動脈炎の診断に用いる ^{18}F FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

第7部 リハビリテーション

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために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対し、いわゆるシーティングとして、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った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年3月31日までの間に限り~~、「注4」に規定する点数を

それぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

- (8) 理学療法士 又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために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対し、いわゆるシーティングとして、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った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年8月31日までの間に限り、~~「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H002 運動器リハビリテーション料

- (8) 理学療法士 又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために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対し、いわゆるシーティングとして、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った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年8月31日までの間に限り、~~「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、

標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

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 別紙様式23から別紙様式23の4まで又はこれに準じた様式

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(ヌキ)を含めること。）

(ヲ) F A I (Frenchay Activities Index)、L S A (Life-Space Assessment)、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ25（平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの）又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

第8部 精神科専門療法

I003-2 認知療法・認知行動療法

(2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「~~2キ~~」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。

I016 精神科在宅患者支援管理料

(16) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われな
ない場合は、算定することはできない。~~ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行
た場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。~~

第10部 手術

<通則>

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成24年厚生労働省告示第138号）（改正された場合は、改正後の告示による。）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

- (1) 「注2」に規定する~~ロー~~フローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、~~頭皮~~~~上肢又は下肢~~から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。
- (2) 「注3」に規定する~~ハイ~~フローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、~~上肢又は下肢~~~~頭皮~~から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

K 7 8 3 経尿道的尿管狭窄拡張術、K 7 8 3-2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3-3 経尿道的尿管ステント抜去術、K 7 8 5 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K 7 9 4-2 経尿道的尿管瘤切除術、K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K 7 9 8-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K 8 0 0-2 経尿道的電気凝固術、K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K 8 1 7 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術~~

~~内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

第12部 放射線治療

M 0 0 0 放射線治療管理料

- (5) 「注4」に掲げる遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う実施施設と連携した放射線治療を支援する施設とは異なる施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

M 0 0 1 体外照射

(4) 1回線量増加加算

ウ 「注6」の~~1回線量増加加算前立腺癌に対して行う場合~~は、強度変調放射線治療（IMRT）を行う場合であって、「注4」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

M 0 0 1-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- (5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、~~肝~~肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置

又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

M004 密封小線源治療

- (10) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (4) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査、区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査又は区分番号D012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

第3部 検査

D002 歯周病検査

- (1) 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施する。また、2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施する。歯周病検査の実施は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

D013 精密触覚機能検査

- (1) 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能（触覚）を定量的に測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、検査

の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。

第8部 処置

I 0 0 6 感染根管処置

- (2) 感染根管処置は1歯につき1回に限り算定する。ただし、再度感染根管処置が必要になった場合において、区分番号I 0 0 8 -2に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して6月を経過した日以降については、この限りではない。

I 0 1 1 歯周基本治療

- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいい、歯周病検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周病検査が実施されていない場合は、算定できない。なお、歯周基本治療は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)、I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療(II)

- (3) 歯周病安定期治療(I)は、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてブラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、2回目以降の歯周病安定期治療(I)の算定は、前回実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療(I)は月1回に限り算定する。この場合において、実施する理由（「イ 歯周外科手術を実施した場合」は除く。）及び全身状態等を診療録に記載する。また、ロ及びハは、主治の医師からの文書を添付する。

イ 歯周外科手術を実施した場合

ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ニ 侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。）

I 0 1 7 口腔内装置

- (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ 顎関節治療用装置

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置

ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

- ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート
- へ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオプチュレーター
- ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置
- チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
- リ 放射線治療に用いる口腔内装置
- (3) 「2 口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジンを等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。
- (4) 「3 口腔内装置3」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジンを等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。
- (6) (1)の「イ 顎関節治療用装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」又は「2 口腔内装置2」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等进行检查し、調整した場合は1口腔1回につき区分番号I017-2に掲げる口腔内装置調整・修理の「1のハイ及びロ以外の場合」により算定する。なおただし、咬合採得を行う場合は、区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。は算定できない。
- (7) (1)の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」、「2 口腔内装置2」又は「3 口腔内装置3」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の~~「2のロ 有床義歯」~~「2のロの(2) 多数歯欠損」（「1 口腔内装置1」の場合に限る。）を、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) (2)から(4)までにかかわらず、(1)の「ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては1装置に限り、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。この場合において、必要があつて咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。またなお、同一手術において複数の装置を使用する場合については、2装置目からは、1装置につき「3 口腔内装置3」の所定点数により算定する。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(2)から(4)にかかわらず、「3 口腔内装置3」により算定する。
- (10) (1)の「リ 放射線治療に用いる口腔内装置」とは頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第11部に掲げる放射線治療（区分番号L002に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及びL004に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の

保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置をいう。当該装置を製作し装着した場合は、(2)から(4)までにかかわらず、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「2 ホ(1)印象採得が困難なもの」、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1)印象採得が困難なもの」~~、咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロ有床義歯」により算定する。~~区分番号M006に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。

I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

- (3) 「2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジン等を圧接して製作されたベースプレートを用いた口腔内装置をいう。

I019 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、~~(5)~~の他、次のものをいう。
- イ 滑面板の撤去
 - ロ 整復装置の撤去(3分の1顎につき)
 - ハ ポンティックの除去
 - ニ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
 - ホ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合
 - ヘ 支台築造用のスクリューポスト又は金属小釘の除去
 - ト 高強度硬質レジンプリッジの支台装置及びポンティック(1歯につき)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M006 咬合採得

- (2) 口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得は、本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数により算定する。~~また、口腔内装置の咬合採得は、当該口腔内装置の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ有床義歯」により算定する。~~
- (3) 欠損補綴に係る咬合採得は、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず1回に限り算定する。

M007 仮床試適

- (3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、~~区分番号M005に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1印象採得が困難なもの」又は「2印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は~~本区分の「3 総義歯」の所定点数により算定する。

M015 非金属歯冠修復

- (2) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接歯面との接触面を含まない窩洞に行うレジニンレーをいう。
- (3) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接歯面との接触面を含む窩洞に行うレジニンレーをいう。

M018 有床義歯

- (13) 新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、次に掲げる場合であって、新たに有床義歯を製作する場合はその限りではない。

- イ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合
- ロ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合
- ハ 認知症を有する患者や要介護状態の患者であって、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合
- ニ その他特別な場合

この場合において、新たに有床義歯を製作する理由を診療録に記載し、~~すること。~~なお、ハ又はニの理由による場合は、~~その理由についてイからニまでのうち~~該当する記号及び具体的な内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

M021 線鉤

- (3) ~~直接支台装置とし~~レスト付きの単純鉤（線鉤）を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「2 ニ腕鉤（レスト付き）」により算定する。
- (4) レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「3 レストのないもの」により算定する。

M022 間接支台装置

~~間接支台装置とは、局部義歯において義歯の安定を目的として歯の欠損部から離れた歯に対して用いる支台装置であり、レスト、フック、スパー又は線鉤（単純鉤）が含まれる。ただし、欠損部から離れた歯に対して、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤又は区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤を使用した場合はそれぞれの該当する区分により算定する。なお、支台歯1歯につき、支台装置は1個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。~~

- (1) 本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。
- (2) レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。
- (3) 欠損部から離れた歯に対して、M020に掲げる鑄造鉤、M021に掲げる線鉤又はM021-2に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。
- (4) 支台歯（鉤歯）1歯につき、支台装置（区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号

M021に掲げる線鉤、区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤又は本区分)は1個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。

M025 口蓋補綴、顎補綴

- (11) 本区分により算定する装置の調整は1回につき区分番号~~H~~001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」により算定する。

M030 有床義歯内面適合法

- (8) 区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の(1)のイに規定する装置による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「1の口 総義歯」により算定する。

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

- (1) 歯科矯正診断料は、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、歯科矯正を担当する専任の歯科医師(地方厚生(支)局長に届け出ている歯科医師に限る。以下同じ。)が歯科矯正診断を行った場合であって、次のいずれかに該当する場合に限り算定する。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が歯科矯正診断を行った場合に限り算定する。

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 退院支援委員会開催日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 患者等への説明日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 計画の変更日： 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者(_____)
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	<p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;">退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの(最大3つ)を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、詳細を記載すること。</p>	<p>【本人の受け入れ】</p> <p><input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安</p> <p>【生活基盤領域】</p> <p><input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】</p> <p><input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理</p> <p><input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】</p> <p><input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】</p> <p><input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労</p> <p><input type="checkbox"/>その他社会的活動(_____)</p> <p>【家族支援領域】</p> <p><input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">問題点・課題等の詳細</p> </div>
6	<p>その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等</p> <p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;">5以外の問題点、課題等について優先順位をつけて記載すること。</p>	
7	退院予定時期	

	<p>成年後見制度に関すること (※)</p>	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)</p>	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)</p>	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
9	<p>その他退院支援に関する特記事項</p>		

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

リハビリテーション実施計画書

ID

患者氏名

男・女

生年月日(明・大・昭・平・西暦)

年

月

日

頁

平成・西暦

年

月

日

(回目・

ヶ月目)

診断名:

発症日: (頃)・手術日:

治療内容(術式):

合併症:

冠危険因子(既往): 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 喫煙
肥満 高尿酸血症 慢性腎臓病 (CKD) 家族歴 狭心症
陳旧性心筋梗塞 他 ()

標準体重 kg: 目標血圧 / mmHg

現在の体重 kg: BMI (18.5~24.9) kg/m²

現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

血液検査結果

HbA1c (6.5% 未満) %
LDLコレステロール (100mg/dl 未満) mg/dl
HDLコレステロール (40mg/dl 以上) mg/dl
中性脂肪 (TG: 150mg/dl 以下) mg/dl
BNP pg/ml
他 ()

心機能: 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 %

他所見 ()

ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行
屋内歩行 屋外歩行 他 ()

栄養* 栄養補給方法: 経口(口食事 補助食品)
(複数選択可) 経管栄養 静脈栄養(口末梢 中心)
嚥下調整食の必要性: 無 有(学会分類コード:)
栄養状態:問題なし 低栄養 低栄養リスク
過栄養 その他 ()
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】
必要栄養量: () kcal, たんぱく質 () g
総摂取栄養量#: () kcal, たんぱく質 () g
(経口・経管・静脈全て含む)
入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと。
(右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入)

環境 独居 同居 () 家族の協力体制【あり・困難】
一戸建【平屋・2階以上】
集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】
その他 ()

社会復帰 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定
転職 転職予定 発症後配置転換 現職復帰
・職種/業務内容/通勤方法等 ()

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標
病気への理解 体力向上 食事管理 内服管理
運動習慣の獲得 禁煙 他 ()

運動負荷試験結果(運動処方)
運動耐容能【良好・低下】(健常人の %: METs)
運動処方(脈拍・血圧): bpm / mmHg
自転車 W 分 回/週
歩行 km/h 分 回/週
その他注意事項 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』 できる 要指導
『家庭血圧・体重測定』 実施している 要支援
『自分に合った運動』 理解している 実践している 要支援
『適切な食事・摂取量』 理解している 実践している 要支援
『正しい服薬』 理解している 服薬忘れなし 要支援
『薬の管理』 自分 家族 () 他人 ()
『自身の病気』 不安がない 不安がある
『日常生活活動・復職』 不安がない 不安がある
『余暇・社会活動』 理解している 実践している 要支援
『睡眠』 良好 不眠【入眠障害・中途覚醒・他】
『タバコ』 禁煙 受動喫煙 喫煙(本) 要支援
『症状出現時の対処法』 理解している 要指導
『 () 』 () ()
『 () 』 () ()

多職種による再発予防への取り組み
(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)

『運動・日常生活動作について』
担当者/職種:
呼吸訓練 ストレッチ 筋力増強 ADL訓練 歩行
自転車 他 ()

『栄養・食事について』
担当者/職種:
以外 ()

『お薬について』
担当者/職種:
以外 ()

『 () 』
担当者/職種:
以外 ()

『 () 』
担当者/職種:
以外 ()

今後の運動療法継続について
当院にて 自宅にて 他施設にて ()
今後の検査・期間等について

本人・家族氏名
医師: 理学療法士:
看護師: 他職種 ():

事業所番号 _____ リハビリテーション計画書 入院 外来 / 訪問 通所 計画作成日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名: _____ 様 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護: _____
リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者 (_____)

■本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望等) _____
■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) _____

■健康状態、経過
原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 月 日 直近の入院日: _____ 年 月 日 直近の退院日: _____ 年 月 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の移乗	15	10 ← 監視下 座れるが移れない→5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子(※課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

課題	状況
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (_____)
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階 (_____ 階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: _____) 食卓(<input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) トイレ(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) 調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺	<input type="checkbox"/>
社会参加	<input type="checkbox"/>
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 有 (_____) <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動(内容および頻度)	
社会地域活動(内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの目標
(長期) _____
(短期(今後3ヶ月間)) _____
■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等) _____

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間) _____
■リハビリテーション終了の目安・時期 _____

利用者・ご家族への説明: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

特記事項: _____

リハビリテーション総合実施計画書

ID _____ 患者氏名 _____ 男・女 _____
生年月日 (明・大・昭・平・西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

評価日：平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 回目・ _____ ヶ月目)

診断名： _____

発症日： _____ (頃)・手術日： _____

治療内容(術式)： _____

合併症： _____

冠危険因子(既往)： 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙
慢性腎臓病 (CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他 (_____)

標準体重 _____ kg：現在の体重 _____ kg：BMI(18.5~25.9) _____ kg/m²
目標血圧 _____ / _____ mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg

血液検査結果

HbA1c _____ % LDL-C _____ mg/dl

HDL-C _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl

他 (_____)

心機能 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 _____ %
他 (_____)

身体機能：

関節可動域制限 (部位： _____) 疼痛 (部位： _____)

筋力低下 (部位： _____) バランス障害 (_____)

他 (_____)

栄養*

栄養補給方法： 経口 (食事 補助食品)
(複数選択可)

経管栄養 静脈栄養 (末梢 中心)

嚥下調整食の必要性： 無 有 (学会分類コード： _____)

栄養状態：問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 (_____)

【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】

必要栄養量： (_____) kcal, たんぱく質 (_____) g

総摂取栄養量#： (_____) kcal, たんぱく質 (_____) g
(経口・経管・静脈全て含む)

入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと (担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入)

運動負荷試験結果 (運動処方)

運動耐容能【良好・低下】 (健常人の _____ %： _____ METs)

運動処方 (脈拍・血圧)： _____ bpm / _____ mmHg

自転車 _____ W 分 _____ 回/週

歩行 _____ km/h 分 _____ 回/週

他注意事項： _____

今後の運動療法継続について

当院にて 自宅にて 他施設にて ()

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種 ()：

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定

転職 転職予定 配置転換 現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等 ()

・余暇・社会活動等 ()

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行 屋内歩行 屋外歩行

階段昇降 他 ()

・入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ()

・コミュニケーション 問題なし 問題あり ()

・他 ()

具体的目標とそのアプローチ：

環境 独居 同居 ()、家族の協力体制【あり・困難】

一戸建【平屋・2階以上】 集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

その他 ()

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に：)

・日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に：)

・睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ()

・食欲 良好 減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利 (発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生)

なし あり (具体的に：)

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要指導
『家庭血圧・体重測定』	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 要支援
『自分に合った運動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『適切な食事・摂取量』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『正しい服薬』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援
『薬の管理』	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 他人 ()

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

禁煙 受動喫煙 喫煙（ 本）要支援
理解している 要指導
（ ）（ ）（ ）

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名							
郵便番号							
住所							
標榜科	精神科	・	心療内科	・	どちらもない		
対象期間	平成	年	月	日から平成	年	月	日の3月間
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)						名	

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
		うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
		向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤				
		うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧	うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ $\textcircled{8} / \textcircled{2}$ が10%未満であるか、又は $\textcircled{8}$ が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

(別紙様式50)

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報 (1)

患者氏名		
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日
生活等の状況	(清潔、排泄、睡眠、生活リズム等)	
	(服薬等の状況)	
看護に関する情報	(家族、主な介護者等の状況)	
	(看護上の問題等)	
	(看護の内容)	
	(ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)	
その他		

(記入者氏名)

(照会先)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名		
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理・ 栄養指導等 の経過											
	栄養管理上の 注意点と課題										
栄養 評価	評価日	年 月 日		過去(週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: (kg %)						
	身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・不明	握力	kgf・不明	
	身体所見	食欲低下	無・有・不明 ()			消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明				
		味覚障害	無・有・不明 ()			褥瘡	無・有(部位等)・不明				
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明			その他					
		嚥下障害	無・有			特記事項					
	咀嚼障害	無・有									
	検査・ その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし			その他						
	1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食塩	水分	その他		
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg			()g/標準体重kg		g	ml			
()kcal/現体重kg			()g/現体重kg								
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg			()g/標準体重kg		g	ml				
	()kcal/現体重kg			()g/現体重kg							
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈 食事回数: 回/日 朝・昼・夕・その他()										
食種	一般食・特別食()・その他()										
食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								g/食
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								g/食
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								g/食
	副食形態	常菜・軟菜・その他() *自由記載:例 ベースト									
嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4									
とろみ調整 食品の使用	無・有	種類(製品名)		使用量(gまたは包)			とろみの濃度				
その他影響する問題点		無・有() 薄い / 中間 / 濃い									
禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細()								
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上 などによる事項)										
栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他			
	経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml				
	経腸	kcal	g	g	g	g	ml				
	静脈	kcal	g	g	g	g	ml				
	経口飲水						ml				
	合計 (現体重当たり)	kcal	g	g	g	g	ml				
経腸栄養 詳細	種類	朝:		昼:		夕:					
	量	朝: ml		昼: ml		夕: ml					
	投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()									
	投与速度	朝: ml/h		昼: ml/h		夕: ml/h					
静脈栄養 詳細	追加水分	朝: ml		昼: ml		夕: ml					
	種類・量										
投与経路	末梢・中心静脈										
備考											

栄養管理に関する情報

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。