第2-17号 受付 24.5.08 小郡三井医師会

福県医発第３５７号（地）
平成２４年　５月　２日

各 医 師 会 長　殿

福 岡 県 医 師 会
会長　松 田　峻 一 良
（公 印 省 略）

平成 24 年度診療報酬改定関連通知の一部改正について

平成24年度診療報酬改定関連通知につきましては、平成24年３月１０日付け福県医発第2880号（地）「平成24年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付について」等により、順次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、平成24年４月20日付け「平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」が発出された旨日本医師会より通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

また、平成24年３月２９日付け福県医発第3034号（地）、４月７日付け福県医発第0099号（地）並びに４月９日付け福県医発第112号（地）等の「褥瘡患者管理加算及び栄養管理実施加算の廃止に伴う入院基本料等の届出について」により、有床診療所の栄養管理体制の経過措置の適用を受けるための届出をお忘れにならないよう、貴会会員へ周知方お願い申し上げたところでございます。

しかし、届出期間不足や周知不足等から栄養管理体制の経過措置適用の届出状況が思わしくないこともあり、当初、厚生労働省では届出期間延長等が検討されていましたが、日本医師会からの強い申し出により、今般、平成24年３月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない有床診療所につきましては、届出することなく平成26年３月31日までの間は、栄養管理体制を満たしているものとして取扱われ、基本診療料に係る施設基準通知（平成24年３月５日保医発0305第２号）が訂正された旨日本医師会より通知が参りましたので併せてご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事　山下拓郎
会長　蒲池　壽

(保16)
平成２４年４月２４日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
鈴　木　邦　彦

平成２４年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

平成２４年度診療報酬改定関連通知につきましては、平成２４年３月６日付け日医発第１１１４号（保253）「平成２４年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知の送付について」等により、順次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、平成２４年４月２０日付け「平成２４年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」が発出されましたのでご連絡申し上げます。

なお、平成２４年４月６日付(保3)「有床診療所における栄養管理体制の届出等について」により、有床診療所の栄養管理体制の経過措置の適用を受けるための届出をお忘れにならないよう、貴会会員へ周知方お願い申し上げ、また、平成２４年４月１０日付け（保8）Ｆ「施設基準の届出について」により、施設基準の届出を、４月１日に遡って算定するための提出期限が４月１６日とされておりますが、医療機関からの届出が遅れているとの指摘がありましたことから、改めて届出の確認をしていただくようご周知をお願いしたところでございます。

しかし、届出期間不足や周知不足等から栄養管理体制の経過措置適用の届出状況が思わしくないこともあり、当初、厚生労働省では届出期間延長等が検討されていましたが、本会からの強い申し出により、今般、平成２４年３月３１日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない有床診療所につきましては、届出することなく平成２６年３月３１日までの間は、栄養管理体制を満たしているものとして取扱われる旨、基本診療料に係る施設基準通知（平成２４年３月５日保医発0305第３号）が訂正されましたのでご報告申し上げます。

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。

【添付資料】
平成24年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
（平24.4.20　事務連絡　厚生労働省保険局医療課　）

事　務　連　絡
平成24年４月20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24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までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

・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24年３月５日保医発0305第１号）（別添１）
・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24年３月５日保医発0305第２号）（別添２）
・特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成24年３月５日保医発0305第３号）（別添３）
・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正について（平成24年３月５日保医発0305第10号）（別添４）
・訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成24年３月５日保発0305第３号）（別添５）
・「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24年３月26日保医発0326第２号）（別添６）
・「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について（平成24年３月30日保医発0330第９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24年３月30日保医発0330第10号）（別添８）

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 24 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
通則
５　入院中の患者の他医療機関への受診
（２）　入院中の患者（DPC 算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術基本料２及び3、医学管理等（診療情報提供料~~及び~~、（6）のアからイまでのただし書の場合に係る慢性維持透析患者外来医学管理料及び認知症専門診断管理料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方せん料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。

第２節　入院基本料等加算
Ａ２３８　退院調整加算
（10）　死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない。ただし、退院調整加算１を算定する場合に限り、他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者においても算定できるものとする。

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算
（１）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、精神科救急医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟等へ緊急入院した後、２日以内に当

該特定入院料を算定する病棟に転棟した患者を含む。）について、後方病床の役割を担う保険医療機関（精神病棟入院基本料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。ただし、特別の関係にあるものを除く。以下同じ。）で対応可能な場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑になるよう地域における連携を評価するものである。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

Ｂ００７　退院前訪問指導料

（１）　退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は~~及び~~退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ００７　訪問看護指示料

（２）　指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料及び区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

第３部　検査

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

Ｄ００６－４　遺伝学的検査

（1） 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者１人につき１回算定できる。

ア　デュシェンヌ型筋ジストロフィー

イ　ベッカー型筋ジストロフィー

ウ　福山型先天性筋ジストロフィー

エ　栄養障害型表皮水疱症

オ　家族性アミロイドーシス

カ　先天性ＱＴ延長症候群

キ　脊髄性筋萎縮症

ク　中枢神経白質形成異常症

ケ　ムコ多糖症Ⅰ型

コ　ムコ多糖症Ⅱ型

サ　ゴーシェ病

シ　ファブリ病

ス　ポンペ病

セ　ハンチントン舞踏病

ソ　球脊髄性筋萎縮症

タ　フェニルケトン尿症

チ　メープルシロップ尿症

ツ　ホモシスチン尿症

テ　シトルリン血症（１型）

ト　アルギノコハク酸血症

ナ　メチルマロン酸血漿

ニ　プロピオン酸血症

ヌ　イソ吉草酸血症

ネ　メチルクロトニルグリシン血症

ノ　HMG血症

ハ　複合カルボキシラーゼ血症

ヒ　グルタル酸血症１型

フ　ＭＣＡＤ~~ＤＡ~~欠損症

ヘ　ＶＬＣＡＤ欠損症

ホ　ＭＴＰ（ＬＣＨＡＤ）欠損症

マ　ＣＰＴ１欠損症

ミ　筋強直性ジストロフィー

ム　隆起性皮膚線維肉腫

メ　先天性銅代謝異常症

モ　色素性乾皮症

ヤ　先天性難聴

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ００２　通院・在宅精神療法

(14)　注４に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月に１回に限り算定する。この際、別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「Ｉ００２－２」精神科継続外来支援・指導料の注４に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料

（４）　~~「2」の~~入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること。（平成 20 年５月 26 日障精発第 0526002 号「精神科病院に対する指導監査等の徹底について」）また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。

第 10 部　手術

第１節　手術料

第９款　腹部

Ｋ６８５ 内視鏡的胆道結石除去術

（４）短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術~~（胆道砕石術を伴うもの）~~を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

Ｋ６８７ 内視鏡的乳頭切開術

（４）短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術~~（胆道砕石術を伴うもの）~~と区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

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

Ｂ０００－５　周術期口腔機能管理計画策定料

（１）　周術期口腔機能管理計画策定料は、周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定できる。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

（２）（１）の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合については、依頼文書は要しないものとする。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しないものとする。

第９部　手術

26　区分番号Ｊ０８４からＪ０８７まで、Ｊ０８８、Ｊ０９８、Ｊ０９９及びＪ１００に掲げる手術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と当該手術とを同時に行った場合はこの限りではない。

（別紙様式１６）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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

患者氏名		生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話（　）　－	
主たる傷病名	（１）　（２）　（３）		
現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用量・用法	１．　２． ３．　４． ５．　６．	
	日常生活自立度	寝たきり度	Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２
		認知症の状況	Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱｂ　Ⅲａ　Ⅲｂ　Ⅳ　Ｍ
	要介護認定の状況	要支援（1　2）　要介護（１　２　３　４　５）	
	褥瘡の深さ	ＤＥＳＩＧＮ分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度	
	装着・使用医療機器等	１．自動腹膜灌流装置　２．透析液供給装置　３．酸素療法（　l／min） ４．吸引器　５．中心静脈栄養　６．輸液ポンプ ７．経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ　、　日に１回交換） ８．留置カテーテル（部位：　サイズ　、　日に１回交換） ９．人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　） 10．気管カニューレ（サイズ　） 11．人工肛門　12.人工膀胱　13.その他（　）	

留意事項及び指示事項
Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ１．リハビリテーション

２．褥瘡の処置等

３．装着・使用医療機器等の操作援助・管理

４．その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応法

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業書所への指示
（無　有：訪問介護事業所名　）

上記のとおり、指示いたします。　平成　年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　印

事業所　殿

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 24 年３月５日保医発 0305 第２号）

第４　経過措置等

表３　診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成 24 年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

地域医療貢献加算	→	時間外対応加算２
障害者歯科医療連携加算	→	歯科診療特別対応連携加算
慢性期病棟等退院調整加算１	→	退院調整加算
急性期病棟等退院調整加算１	→	退院調整加算
後発医薬品使用体制加算	→	後発医薬品使用体制加算２
回復期リハビリテーション病棟入院料１（重症患者回復病棟加算の届出を行っている場合に限る。）	→	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１（重症患者回復病棟加算の届出を行っていない場合に限る。）	→	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２	→	回復期リハビリテーション病棟入院料３

別添１

初・再診料の施設基準等

第４　歯科外来診療環境体制加算

１　歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

（４）　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、~~病院である~~医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

別添２

入院基本料等の施設基準等

第１　入院基本料（特別入院基本料（７対１特別入院基本料及び 10 対１特別入院基本料を含む。）を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

５　栄養管理体制の基準

（11）平成 24 年３月 31 日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第１に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成 26 年３月 31 日までの間は、~~地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、~~(１)の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生（支）局長に届け出ること。

第１の２　歯科点数表第１章基本診療料第２部入院料等通則第６号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料（７対１特別入院基本料及び 10 対１特別入院基本料を含む。）を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

２　栄養管理体制の基準

（11）平成 24 年３月 31 日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第２に規定する歯科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成 26 年３月 31 日までの間は、~~地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、~~(１)の基準を満たしているものとする。その際、病院については常勤の管理栄養士の確保が困難な理由等を地方厚生（支）局長に届け出ること。

第５　入院基本料の届出に関する事項

４　平成 24 年３月 31 日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない病院~~又は診療所~~については、第１の５（11）及び第１の２の２（11）を適用する場合には、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として別添７の様式５の２を用いて届出を行うこと。

なお、第１の５(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管

理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添７の様式５の３及び様式６を用いて届出を行うこと。

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１　病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を１病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を１病棟とすることは、２の（３）の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて１病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね 30 名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて１看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟及び結核病棟が７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に看護必要度の評価を行うものとするが、７対１入院基本料の結核病棟のみで看護必要度の基準を満たせない場合に限り、両病棟の看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟の看護必要度の基準を満たすことで差し支えないものとする。

４の２　７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

（３）　第２の１にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて１看護単位としている病棟において、７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料を算定している場合、看護必要度の評価は一般病棟と結核病棟とで別々に行い、それぞれの病棟において（２）の割合を満たすものとする。ただし、７対１入院基本料の結核病棟のみで看護必要度の基準を満たせない場合に限り、両病棟の看護必要度の評価を合わせて行い、一般病棟の看護必要度の基準を満たすことで差し支えないものとする。

第５　入院基本料の届出に関する事項

４　平成 24 年３月 31 日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない病院又は診療所については、第１の５（11）を適用する場合には、栄養管理体制の整備を一部猶

予されている保険医療機関として別添７の様式５の２を用いて届出を行うこと。

なお、第１の５(11)の適応を受けない医療機関であって、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添７の様式５の３及び様式６（病院の場合）又は様式５の３及び様式 12（診療所の場合）を用いて届出を行うこと。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第 17 の３　重度アルコール依存症入院医療管理加算

１　重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

（３）　当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び~~研修を修了した~~看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者~~のうちのいずれか~~がそれぞれ１名以上~~が~~配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

第 24 の２　新生児特定集中治療室退院調整加算

１　新生児特定集中治療室退院調整加算の施設基準

（２）　当該退院調整部門に退院調整及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師並びに~~及び~~専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は専従の社会福祉士は、週 30 時間以上退院調整に係る業務に従事していること。

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

１．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね３年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。
２．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
３．評価の対象は、７対１入院基本料、10 対１入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料１（評価は A 項目のみに限る。）、一般病棟看護必要度評価加算又は急性期看護補助体制加算を届出ている病棟に入院し、７対１入院基本料、10 対１入院基本料 13 対１入院基本料若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、回復期リハビリテーション料１は入院時、その他は毎日評価を行うこと。
４．評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
５．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。あらかじめ設定した一定の時刻以降に急　変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時　刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目に　ついて改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
６．手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外での評価は含めない。

A　モニタリング及び処置等

１　創傷処置

項目の定義

> 創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

> 「なし」
> 　創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
> 「あり」
> 　創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

> ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡は NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN 分類 d2 以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。
> 縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない。
> なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。
> （参考）
> 　NPUAP 分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
> 　DESIGN 分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2　血圧測定

項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。
血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。
また、手術室や透析室、Ｘ線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。

3　時間尿測定

項目の定義

時間尿測定は、１時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から１時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を１回とし、過去２４時間で３回以上ある場合を評価する。

選択肢の判断基準

「なし」
　１時間以内に実施された尿量測定の回数が３回未満の場合、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。
「あり」
　１時間以内に実施された尿量測定の回数が３回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

4　呼吸ケア

項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　呼吸ケアを１回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。

エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数の条件はない。

5　点滴ライン同時３本以上

項目の定義

点滴ライン同時３本以上は、同時に３本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、 シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に３本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
同時に３本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に３本以上あれば「あり」とする。
２つのボトルを連結管で連結させて１つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは１つとして数える。
ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては､薬液の注入が目的ではないため､本数に数えない。
記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

6　心電図モニター

項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。
心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

7　シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用

している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

静脈注射・輸液・輸血・血液製剤をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

8　輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

9　専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用、②麻薬注射薬の使用、③放射線治療、④免疫抑制剤の使用、⑤昇圧剤の使用、⑥抗不整脈剤の使用、⑦ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　専門的な治療・処置を実施しなかった場合、又はその記録がない場合を言う。
「あり」
　専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 抗悪性腫瘍剤の使用

【定義】

抗悪性腫瘍剤は、悪性腫瘍細胞の増殖や生存を、細胞分裂に必要な核酸や蛋白の合成を阻害することにより直接的に、又は免疫機構等を介して間接的に阻害して腫瘍細胞の死

滅をはかる薬である。作用機序や由来から、１）アルキル化薬、２）代謝拮抗薬、３）抗腫瘍性抗生物質、４）植物アルカロイド、５）ホルモン、６）その他（インターフェロン製剤含む）に分類される。

【留意点】

固形腫瘍、血液系腫瘍を含み、抗悪性腫瘍剤を投与されている患者の管理を評価する。投与の方法は、静脈内、動注、皮下注、体腔、局所への投与がある。内服、外用は含まない。抗悪性腫瘍剤を投与した日のみを評価し、休薬中は評価しない。臨床試験を含む。但し、これらの薬剤があくまでも抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限る。

② 麻薬注射薬の使用

【定義】

麻薬注射薬は、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤である。「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

【留意点】

麻薬の注射薬を使用している場合に限り評価する。投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下への投与がある。内服、外用は含まない。

③ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、病変部にＸ線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのＤＮＡ分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を根絶させる局所療法である。外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）がある。

【留意点】

放射線治療には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を含む。外部照射の場合は照射日のみを評価する。管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価する。

【参考】

(1) 放射線外部照射
　直線加速器装置（リニアック）からＸ線、電子線等を体表、体内の腫瘍等に向けて照射する方法。コバルト60のγ線を使う方法もある。ガンマナイフも含まれる。
(2) 密封小線源照射
　放射線同位元素を病巣部に直接刺入又は挿入して照射を行う。内部照射であるが、治療室内で終了する方法と一定期間隔離する方法がある。組織内照射法と腔内照射法がある。遠隔式後充填法（RALS）も腔内照射の一つである。
(3) 非密封小線源照射
　放射線同位元素を投与し、体内から照射する内部照射である。退出基準に達するまで、放射線治療病室での管理が必要なことがある。
(4)定位放射線照射
　高線量の放射線を多方向から標的に向かって正確に照射する。外部照射の一つである。

④ 免疫抑制剤の使用

【定義】

免疫抑制剤の使用は、自己免疫疾患の治療と臓器移植時の拒絶反応防止の目的で使用された場合を評価する。主な免疫抑制薬は、(1)代謝拮抗薬、(2) カルシニューリン阻害薬、

(3) 生物学的製剤、(4)副腎皮質ホルモンに分類される。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を評価する。(ただし、内服については患者が自己管理している場合を除く) 免疫抑制剤を投与した日のみを評価し、休薬中は評価しない。また、外用は含まない。

【参考】

(1)代謝拮抗薬
プリン拮抗薬
アザチオプリン、ミゾリビン、ミコフェノール酸モフェチル、レフルノミド
葉酸拮抗薬
メトトレキサート
(2)カルシニューリン阻害薬
シクロスポリン、タクロリムス
(3)生物学的製剤
ムロモナブー CD3、バシリキシマブ
(4)副腎皮質ホルモン
プレドニゾロン

⑤ 昇圧剤の使用

【定義】

昇圧剤は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の場合に血圧を上昇させる薬剤であり、交感神経β刺激作用による心拍出量の増大や、α刺激作用による全末梢抵抗の増加により昇圧作用を示す注射剤である。塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、エピネフリン、ノルエピネフリン、塩酸イソプロテノール。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑥ 抗不整脈剤の使用

【定義】

抗不整脈剤は、不整脈に対して電気生理学的特性からそれぞれ Na ＋チャンネル抑制作用、交感神経β受容体遮断作用、K ＋チャンネル抑制作用、Ca2＋拮抗作用を有する薬に分類される注射剤である。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り評価する。内服は含まない。

⑦ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的で手術創や体腔に誘導管を置いて滲出液や血液等を体外へ持続的に除去する方法をいう。閉鎖式、開放式の違いは問わない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含ま ない。

【留意点】

定義に基づく下記のドレーンが留置されている場合に評価する。但し、留置されていれば、クランプしていてもよいとする。
(1) 脳・脊椎：脳室、脳槽、脊椎ドレーン等

(2) 胸腔内：胸腔、心嚢、前縦隔ドレーン等
(3) 腹腔内：横隔膜下、肝下面、ウィンスロー孔、ダグラス窩、後腹膜ドレーン等
(4) 肝・胆・膵：PTCD、PTGBD、ENBD、胆管、膵管チューブ等
(5) 腎・尿管：腎盂、尿管カテーテル等
(6) 消化管：経鼻胃管、イレウス管等
(7) 創部：創部ドレーン

B　患者の状況等

B項目共通事項
1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
6．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

１０　寝返り
項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

１１　起き上がり
項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
　介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

　自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

１２　座位保持
項目の定義

　座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
　「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
　支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
　支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
　支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
　ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

　寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
　ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ60度以上を目安とする。

１３　移乗
項目の定義

　移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
　直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移

動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

１４　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
但し、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

１５　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。但し、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１６　衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。
自助具等を使って行っている場合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さやは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

様式５の２

栄養管理体制の確保が一部猶予されている医療機関の入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

１　常勤の管理栄養士~~（有床診療所は非常勤）~~の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに○）

	(1)　求人を行っているが応募がないため
	(2)　人件費の確保が困難なため
	(3)　離職が多いため
	(4)　その他（　　）

２　非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに○）

	有		無

３　平成 26 年３月 31 日までに常勤の管理栄養士~~（有床診療所は非常勤）~~が確保できる見通し
（どちらかに○）

	有		無

様式５の３

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

１　常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）に関する基準が満たせなくなった日

平成　　年　　月　　日

２　常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）に関する基準が満たせなくなった理由

	(1)　離職のため
	(2)　出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3)　その他（　　）

２　非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに〇）

	有		無

３　３か月以内に常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）が確保できる見通し（どちらかに〇）

	有		無

４　常勤の管理栄養士（有床診療所は非常勤）の確保が困難な理由（最も該当するもの一つに〇）

	(1)　求人を行っているが応募がないため
	(2)　人件費の確保が困難なため
	(3)　離職が多いため
	(4)　その他（　　）

［記載上の注意］

病院の場合は様式６、診療所の場合は様式 12 を添付すること。

様式 32 の３

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る

届出書添付書類

	氏名	研修受講
１　当該保険医療機関常勤の精神保健指定医師の氏名（２名以上）		
２　アルコール依存症に係る研修を修了した医師の氏名		
３　看護師の氏名		□
４　作業療法士の氏名		□
５　精神保健福祉士又は臨床心理技術者の氏名		□

６　必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

［記載上の注意］

１　「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。

２　「３」、「４」又は「５」のうち、いずれか１名はアルコール依存症に係る研修を修了していること。

３　「２」及び「３」、「４」又は「５」については、アルコール依存症に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

重症度に係る評価票　評価の手引き

１．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね３年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。
２．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
３．評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
４．評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
５．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。あらかじめ設定した一定の時刻以降に急　変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
６．手術室や透析室、X 線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

A　モニタリング及び処置等

１　心電図モニター

項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。
心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

２　輸液ポンプの使用

項目の定義

輸液ポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

3　動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

4　シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

5　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。
「あり」
　中心静脈圧測定を実施している場合､かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6　人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

7　輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

8　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合を

いう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても「あり」となる。

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

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5．ただし、~~「寝返り」、「起き上がり」の~~動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする
6．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

１０　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

１１　起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

１２　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」

支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。

１３　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

１４　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
　口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
　口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

　口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
　ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

重症度・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね３年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。
2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3．評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行うこと。
4．評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で 24 時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
5．評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合では、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。あらかじめ設定した一定の時刻以降に急変等により患者の状態が悪化した場合であって、当該日の患者の状態として、一定の時刻以後の記録と観察が評価として適切だと判断される場合は、評価票のすべての項目について改めて評価を行い、その結果を記載し、その日の評価に変更することができる。
6．手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外での評価は含めない。

A　モニタリング及び処置等

1　創傷処置

項目の定義

創傷処置は、創傷・褥瘡についての処置があり、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　創傷処置を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　創傷処置を実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。褥瘡は NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN 分類 d2 以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。

縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置は含まない。

なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容等について記録したもののみ評価すること。

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

2　蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
蘇生術の施行がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ「なし」となる。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「Ａ－５呼吸ケア」「Ａ－12　人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3　血圧測定

項目の定義

血圧測定は、過去24時間に実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

過去24時間に当該治療室で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。

判断に際しての留意点

この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。
血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。
また、手術室や透析室、Ｘ線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。

4　時間尿測定

項目の定義

時間尿測定は、１時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から１時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を１回とし、過去２４時間で３回以上ある場合を評価する。

選択肢の判断基準

「なし」
時間尿量測定を実施していない場合、あるいは１時間以内に実施された尿量測定の回数が３回未満の測定、又は各測定の値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。
「あり」
１時間以内に実施された尿量測定の回数が３回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。

5　呼吸ケア

項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかを実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　呼吸ケアを１回以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

酸素吸入（マスク法、経鼻法、酸素テントを使用）をしている患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数の条件はない。

6　点滴ライン同時３本以上

項目の定義

点滴ライン同時３本以上は、同時に３本以上の点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下への点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　同時３本以上の点滴が実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　同時に３本以上の点滴が実施された場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。定義にある点滴ラインが同時に３本以上あれば「あり」とする。
２つのボトルを連結管で連結させて１つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは１つとして数える。
ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈注射をした場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。
記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

7　心電図モニター

項目の定義

心電図モニターは、持続的に心電図のモニタリングを実施した場合、かつその記録

があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　持続的な心電図のモニタリングを実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　持続的な心電図のモニタリングを実施している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類は問わない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合には「なし」となる。
心電図モニターの装着時間や記録の書式、回数は問わない。

8　輸液ポンプの使用

項目の定義

輸液ポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

9　動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。
「あり」
　動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

１０　シリンジポンプの使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下への静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入のラインをシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

１１　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）
項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合、かつその記録がある場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても「あり」となる。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

１２　人工呼吸器の装着
項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わない。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）が実施された場合も「あり」とする。

１３　輸血や血液製剤の使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わない。

１４　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　肺動脈圧測定を実施していない場合、あるいはその測定値の記録がない場合をいう。
「あり」
　肺動脈圧測定を実施している場合、かつその測定値の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても「あり」となる。

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

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　特殊な治療法等のいずれも行っていない場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
　特殊な治療法等のいずれかを行っている場合、かつその記録がある場合をいう。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
6．「B　患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。

１６　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
　床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。
「あり」
　床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

１７　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
　調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられ

ない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

１８　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

１９　起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上

がる動作に時間がかかっても､補助具等を使って自力で起き上がることができれば｢できる」となる。

２０　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
　支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
　支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
　支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

２１　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは､「ベッドから車椅子へ」､「ベッドからストレッチャーへ」､「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。
「見守り・一部介助が必要」
　直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
　自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も

行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
　医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

２２　移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
　杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
　搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

　この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

２３　口腔清潔

項目の定義

　口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
　一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
　口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
　口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
　口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

　口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
　但し、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

２４　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。
「一部介助」
~~食卓で、~~必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）~~、何らかの介助~~が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

２５　衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。~~衣服は、~~衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

２６　他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。
「できる時とできない時がある」
　患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。
「できない」
　どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

２７　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
　診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。
「いいえ」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。
医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

２８　危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・

検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
　過去１週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「ある」
　過去１週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

　患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。
　認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。
　なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

日常生活機能評価　評価の手引き

1．評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね３年以内の関係機関による研修を受けていることが望ましい。
2．評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
3．評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4．評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7．医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8．当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9．ただし、~~「どちらかの手を胸元まで持ち上げられる」「寝返り」「起き上がり」の~~動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
10. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

1　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
　床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。
「あり」
　床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持

っていくことができるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
　調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

　関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3　寝返り

項目の定義

　寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

　「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

4　起き上がり

項目の定義

　起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
　介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

　自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても､補助具等を使って自力で起き上がることができれば｢できる」となる。

5　座位保持

項目の定義

　座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
　「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
　支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
　支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
　支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

　寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
　ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6　移乗

項目の定義

　移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『移乗』とは､「ベッドから車椅子へ」､「ベッドからストレッチャーへ」､「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合

も含む。
「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。
「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

7　移動方法
項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8　口腔清潔
項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われて

いる場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

9　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」
~~食卓で、~~必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）~~、何らかの介助~~が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」
自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１０　衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。~~衣服は、~~衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

１１　他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

１２　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。
医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

１３　危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された
場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。
なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

別添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 24 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６　地域連携小児夜間・休日診療料

３~~４~~　届出に関する事項

（１）地域連携小児夜間・休日診療料１及び２の施設基準及び院内トリアージ実施料~~加算~~の施設基準に係る届出は、別添２の様式７を用いること。

第 77 の３　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

２　届出に関する事項

（１）　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準に係る届出は別添２の~~様式 52 及び~~様式 68 の２を用いること。

第 77 の８　人工尿道括約筋植込・置換術

２　届出に関する事項

（１）　人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添２の~~様式 52 及び~~様式 69 の４を用いること。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
1	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1，4
2	高度難聴指導管理料	□	□　年　月	□	2
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4,4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5 (基本別添7)13の2
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6 (基本別添7)13の2
5	小児科外来診療料	□	□　年　月	□	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3 (基本別添7)13の2
6の5	夜間休日救急搬送医学管理料	□	□　年　月	□	7の4
6の6	外来リハビリテーション診療料	□	□　年　月	□	7の5
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	8,4
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9,10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11,11の3,11の4
10	地域連携診療計画管理料	□	□　年　月	□	12,12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	12,12の2
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	12,12の2
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2,13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3	がん治療連携管理料	□	□　年　月	□	(基本別添7)33
11の4	認知症専門診断管理料	□	□　年　月	□	13の5
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	14，4
12の２	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の２	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
13	歯科治療総合医療管理料	□	□　年　月	□	17
14	在宅療養支援歯科診療所	□	□　年　月	□	18
14の２	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の4
14の３	在宅患者歯科治療総合医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の２	在宅患者訪問看護・指導料	□	□　年　月	□	20の3
16の２	同一建物居住者訪問看護・指導料	□	□　年　月	□	20の3
16の３	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の２
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
18	造血器腫瘍遺伝子検査	□	□　年　月	□	22
18の2	ＨＰＶ核酸検出	□	□　年　月	□	22の2，4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の2	植込型心電図検査	□	□　年　月	□	24の2
22の3	時間内歩行試験	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓	□	□　年　月	□	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料１	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	□	□　年　月	□	31の3, 52, 4
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
33	ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	□	□　年　月	□	36
34	CT撮影及びMRI撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
35の3	大腸ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の２	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40，４
38	心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41，44の2
39	心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41，44の2
40	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，44の2
40の２	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，44の2
41	脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42，44の2
42	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，44の2
42の2	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，44の2
43	運動器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42，44の2
44	呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42，44の2
45	呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42，44の2
46	難病患者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	□	□　年　月	□	43，44の2
47	障害児（者）ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	□	□　年　月	□	43，44の2
47の２	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2，44の2
47の３	集団ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ療法料	□	□　年　月	□	44，44の2
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	45，４
49	精神科ｼｮｰﾄ･ｹｱ「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
50	精神科ｼｮｰﾄ･ｹｱ「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
51	精神科ﾃﾞｲ･ｹｱ「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
52	精神科ﾃﾞｲ･ｹｱ「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46，４
53	精神科ﾅｲﾄ･ｹｱ	□	□　年　月	□	46，４
54	精神科ﾃﾞｲ･ﾅｲﾄ･ｹｱ	□	□　年　月	□	46，４
54の２	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者ﾃﾞｲ･ｹｱ料	□	□　年　月	□	47
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の２
57の２	透析液水質確保加算	□	□　年　月	□	49の３
57の３	一酸化窒素吸入療法	□	□　年　月	□	49の４
57の４	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
57の５	歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の２
57の６	皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の３,52,４
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51，52，４
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52，54，４
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52,54の２,４
60の3	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,54の3,４
61	人工内耳植込術	□	□　年　月	□	52,55，４
61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56,４
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56の3,４
61の4	乳がんセンチネルリンパ節加算１、乳がんセンチネルリンパ節加算２	□	□　年　月	□	52,56の2,４
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52，58
63	経皮的冠動脈形成術（特殊ｶﾃｰﾃﾙによるもの）	□	□　年　月	□	52，59
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52，60
65	ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ移植術及びﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ交換術	□	□　年　月	□	24
65の2	植込型心電図記録計移植術及び植型心電図記録計摘出術	□	□　年　月	□	24の２
66	両心室ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ移植術及び両心室ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ交換術	□	□　年　月	□	52，61，４
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）	□	□　年　月	□	52，62，４
67の２	両室ﾍﾟｰｼﾝｸﾞ機能付き植込型除細動器移植術及び両室ﾍﾟｰｼﾝｸﾞ機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52，63，４
68	大動脈ﾊﾞﾙｰﾝﾊﾟﾝﾋﾟﾝｸﾞ法（IABP法）	□	□　年　月	□	24
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52，64，４
70	植込型補助人工心臓（拍動流型）	□	□　年　月	□	52，65，４
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52，65の3，４
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	□	□　年　月	□	65の２
72の3	ダメージコントロール手術	□	□　年　月	□	65の２
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66，４
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の２,４
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52，67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	67の2，52，４
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
76の２	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	67の3，52，４
76の３	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52，68，４
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66，４
77の２	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，68，４
77の３	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2，~~52，~~4
77の４	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の５	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52，69
77の６	膀胱水圧拡張術	□	□　年　月	□	52,69の2，４
77の７	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	69の3，52，４
77の８	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4，~~52，~~4
77の９	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52，70，４
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，71，４
78の２	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52，68，４
78の３	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	71の２
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	72
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80の２	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の２
80の３	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の３
80の４	内視鏡手術用施設機器加算	□	□　年　月	□	73の４，52，4
80の５	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の６	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	74の2
80の7	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の２	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の２	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
83	高ｴﾈﾙｷﾞｰ放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の２	強度変調放射線治療（IMRT）	□	□　年　月	□	78
83の3	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の２
83の4	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の３
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の２	定位放射線治療呼吸移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の３	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の４	ﾃﾚﾊﾟｿﾛｼﾞｰによる術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の５	ﾃﾚﾊﾟｿﾛｼﾞｰによる術中迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の２
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	基準調剤加算１	□	□　年　月	□	84，４
88	基準調剤加算２	□	□　年　月	□	84，４
89	後発医薬品調剤体制加算１	□	□　年　月	□	85
89	後発医薬品調剤体制加算２	□	□　年　月	□	85
89	後発医薬品調剤体制加算３	□	□　年　月	□	85
90	保険薬局の無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	86，４
91	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	87

※様式16,53は欠番

様式 68 の２

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）に係る届出書添付書類

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　泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏　　名	経験年数 （少なくとも２人は５年以上）
	年
	年
	年
３　当該療養を担当する医師の常時待機	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

~~２　「２」については、当該手術症例一覧（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~~　泌尿器科を担当する医師の氏名、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。

３~~4~~　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。

様式 69 の４

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出書添付書類

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　泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏　　名	経験年数 （少なくとも１人は５年以上）
	年
	年
	年
３　緊急手術が可能な体制	有　・　無

［記載上の注意］

１　「２」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

~~２　「２」については、当該手術症例一覧（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~~　泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

３~~4~~　当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

別添４

「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」の一部改正について
（平成24年３月５日保医発0305第10号）

別紙様式３

訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
（届出・変更・取消し）

受理番号	（訪看26）　　号

受付年月日	平成　　年　　月　　日

決定年月	平成　　年　　月　　日

（届出事項）　　１．緩和ケア　　２．褥瘡ケア

上記のとおり届け出ます。
　平成　　年　　月　　日
指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名　　印

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

管理者の氏名

１　緩和ケアに関する専門研修

氏名	氏名

２　褥瘡ケアに関する専門研修

氏名	氏名

備考：１及び２の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
　　：届出書は、正副２通を提出のこと

別添５

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 24 年３月５日保発 0305 第３号）

第４　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

１（１）　訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費を算定できないこと。

ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。

ア　当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、保険医療機関等が往診を行って往診料を算定した場合

イ　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合

ウ　利用者が保険医療機関等を退院後１月を経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合

エ~~ウ~~　緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合

オ~~エ~~　特別訪問看護指示書の交付を受けた場合

第５　訪問看護管理療養費について

５~~（３）　訪問看護ステーションと特別の関係のある保険医療機関からの退院の場合に行われた退院支援指導の場合については、所定額は算定しないこと。~~

（３~~４~~）　退院支援指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、当該患者の入院期間の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。

（４~~５~~）　退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

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 24 年３月 26 日保医発 0326 第２号）

別添１
別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領
第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）
２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項
(23)「在宅」欄について
ク（前略）
在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護(同一)」、厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護 難病 」又は「訪問看護 難病（同一）」、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護 急性 」又は「 訪問看護 急性（同一）」、悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合、「訪問看護専門」又は「訪問看護専門(同一)」、緊急訪問看護加算を算定する場合は、「訪問看護 緊急 」又は「訪問看護 緊急（同一）」、長時間訪問看護・指導加算を超重症児又は準超重症児に算定する場合は「超準訪看長時超準長時」又は「超準訪看長時超準長時（同一）」、それ以外の者に算定する場合は、「訪問看護 長時 」又は「訪問看護 長時（同一)」、乳幼児加算又は幼児加算を算定する場合は、「訪問看護 乳 」若しくは「訪問看護 乳 （同一）」又は「訪問看護 幼 」若しくは「訪問看護 幼（同一）」、複数名訪問看護加算を算定する場合は「訪問看護 複訪看看 」若しくは「訪問看護 複訪看看 （同一）」又は「訪問看護 複訪看准 」若しくは「訪問看護 複訪看准 （同一）」又は「訪問看護複訪看補」若しくは「訪問看護複訪看補(同一)」、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算を算定する場合は、「訪問看護 連携 」又は「訪問看護 連携（同一)」、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定する場合は、「訪問看護 カン 」又は「訪問看護 カン（同一）」と表示し、回数及び総点数を記載すること。（後略）

タ　在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に 酸 と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、

終夜睡眠ポリグラフィーの実施日及び無呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算又は呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ ボ 、濃 、液 又は 呼 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、携 と表示すること。なお１月に２回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。

ナ　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に 持呼 と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、直近の無呼吸低呼吸指数、及び睡眠ポリグラフィー上の所見と実施年月日、当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見及び２月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて 経呼 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。なお、１月に２回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのか「摘要」欄に記載すること。

Ⅳ　調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第２　調剤報酬明細書の記載要領（様式第５）

２　調剤報酬明細書に関する事項

(32)　「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ウ　医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア）高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（　）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

１．留意事項通知

Ｋ６８５ 内視鏡的胆道結石除去術

（４）短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術~~（胆道砕石術を伴うもの）~~を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

Ｋ６８７ 内視鏡的乳頭切開術

（４）短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術~~（胆道砕石術を伴うもの）~~と区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

別添３

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

Ⅱ　請求書等の記載要領

第２　明細書に関する事項（様式第四）

24　「基本療養費」及び「精神科基本療養費」欄について

（５）　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び(Ⅲ)の加算について

ウ　別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は、⑰又は㉜の「長時間訪問看護加算」欄に「×，×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。さらに、利用者が超重症児又は準超重症児である場合には、その旨を訪問看護療養費明細書のその他の項に必ず明記すること。

別添７

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の一部改正について
（平成 24 年３月 30 日保医発 0330 第９号）

別　添

１　保険医が、次の（１）から（６~~８~~）までのいずれかに該当する医師（以下「配置医師」という。）である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があって行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、初診料、再診料（外来診療料を含む。）、小児科外来診療料及び往診料を算定できない。

４ 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設、指定療養介護事業所、救護施設、乳児院又は情緒障害児短期治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

（中略）

・介護職員喀痰吸引等指示料~~（特別養護老人ホームの入所者を除く。）~~

（中略）

ただし、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。なお、当該患者について、介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算及び看取り加算は算定できない。

（中略）

・訪問看護療養費（精神科訪問看護基本療養費（精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）を除く。）に限る。）（~~精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）については、特別養護老人ホームの入所者であって、~~一時的に頻回の訪問看護が必要なもの及び末期の悪性腫瘍等であるものを除く。）

（後略）

「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24年３月30日保医発0330第10号）

（別紙）

区　分		１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）			２．入院中の患者					３．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
		うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）		うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
初・再診料		○			×	×	○	×	○	×	○（入院に係るものを除く。）	○（配置医師が行う場合を除く。）
入院料等		—			○	×	○（Ａ４００の１短期滞在手術基本料１に限る。）	○（Ａ２２７精神科措置入院診療加算に限る。）	○（Ａ４００の１短期滞在手術基本料１に限る。）	—		—
医学管理等	Ｂ００１の10　入院栄養食事指導料	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００１の24　外来緩和ケア管理料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１の25　移植後患者指導管理料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１の27　糖尿病透析予防指導管理料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料	○			—	—	×	—	×	×		○※１
	Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料	○			—	—	×	—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料	○			—	—	×	—	×	×		○（配置医師が行う場合を除く。）
	Ｂ００４　退院時共同指導料１	—			○	×		×		×		×
	注２加算	—			○	×		×		×		×
	Ｂ００５　退院時共同指導料２	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００５－１－２　介護支援連携指導料	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００５－２　地域連携診療計画管理料 Ｂ００５－３　地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００５－３－２　地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	○			—	×		×		×		×
	Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料	○			—	×		×		×		○
	Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料１	○			○（療養病棟に入院中の者に限る）	—	○	—	×	×		○
	Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料２	○			○（療養病棟に入院中の者に限る）	—	○	—	×	×		○
	Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料	○			○（療養病棟に入院中の者に限る）	—		—		×		○
	Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料	○			○	×		×		×		○
	Ｂ００７　退院前訪問指導料	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００８　薬剤管理指導料	—			○	×		×		—		—
	Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）											
	注１	○			○	×		×		×		○
	注２	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）			○	○（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。）	×	×		×		×
	注３	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）			○	×		×		×		○

「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24年３月30日保医発0330第10号）

別添８

区　分			１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					２．入院中の患者					３．入所中の患者		
			自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
									介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
在宅医療	注４		○					○	×		×		×	○	×
	注５及び注６		○					○	○	×	×		×		○
	注７加算及び注８加算		○					○	×		×		×		○
	注９加算		○					○	○	×	×		×		○
	注10加算（認知症専門医療機関連携加算） 注11加算（精神科医連携加算） 注12加算（肝炎インターフェロン治療連携加算）		○					—	—		—		×		○
	Ｂ０１０　診療情報提供料（Ⅱ）		○					○	×		×		×		○
	Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料		—					○	—		—		—		—
	上記以外		○					○	○	×	×		×		○ ※１
	Ｃ０００　往診料		○					—	—		—		×	○	○ （配置医師が行う場合を除く。）
	Ｃ００１　在宅患者訪問診療料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定）		○					—	—		—		×		○ ※８ （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算・看取り加算は算定できない。）
	Ｃ００２　在宅時医学総合管理料		○ （養護老人ホーム、軽費老人ホームA型及び特別養護老人ホームの入所者を除く。）	○	○	—	○	—	—		—		×		—
	Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料		○ （定員110名以下の養護老人ホーム及び軽費老人ホームA型の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍のものに限る。）に限る。）	—	—	○	—	—	—		—		—		○ ※８ （死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料		○			×	○	—	—		—		×		×
	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		○ （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定） ※２					—	—		—		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
		在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※２					—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。）
		在宅移行管理加算	○ ※２ （同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）					—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
		その他の加算	○ ※２					—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）		×					—	—		—		×		×
		注２	○ （急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。）					—	—		—		—		—
	Ｃ００７　訪問看護指示料		○ ※２		○ ※２	×	○ ※２	—	—		—		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００７　介護職員喀痰吸引等指示料		○					—	—	—	—	—	—	—	—

「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
（平成24年３月30日保医発0330第10号）

区　分		１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					２．入院中の患者					３．入所中の患者		
		自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。） ※１		認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）		介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア.介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者		ア.介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者		ア.介護老人保健施設 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア.介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ.短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
			うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）			うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
	Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）	×					－	－		－		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料 （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定）	×					－	－		－		×		×
	Ｃ０１０　在宅患者連携指導料	×					－	－		－		×		×
	Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料	○					－	－		－		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
	第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料	○					－	－		－		×		○ ※１
	第２節第２款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○					－	－		－		○		○
検査		○					○	×	○	×	○	○ ※７		○
画像診断		○					○	○ （単純撮影に係るものを除く。）	○	×	○	○		○
投薬		○					○	○ ※３	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※３	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※３		○
注射		○					○	○ ※４	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※４	○ （専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）	○ ※５		○
リハビリテーション		○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から２ヶ月を経過した日以降は算定不可）					○	○ （Ｈ００５視能訓練及びＨ００６難病患者リハビリテーション料に限る。）	×	×		○ ※７		○ （同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から２ヶ月を経過した日以降は算定不可）
精神科専門療法	Ｉ００２　通院・在宅精神療法 Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法	○					－	－	○	×		×		○ （ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。）
	Ｉ００５　入院集団精神療法	－					○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		－		－
	Ｉ００７　精神科作業療法	○					○	×	○	×	○	×		○
	Ｉ００８　入院生活技能訓練療法	－					○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）	○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		○ （同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。）		－		－
	Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア Ｉ００９　精神科デイ・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）			○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	－	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	－	○ （精神科退院指導料を算定したものに限る。）	×		○
	注５	－					○	○	－	○	－	－		－
	Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）			－	－		－		×		○
	Ｉ０１１　精神科退院指導料 Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料	－					○	○	－	○	－	－		－

「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
（平成24年3月30日保医発0330第10号）

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者					３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ（同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※2				—	—	—	—	—	—	—	○ ※2
Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料Ⅱ	○	—			—	—	—	—	—	—	—	— ○ ※2
Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料	Ⅰ、Ⅲに係るもの ○ ※2 Ⅱに係るもの ○	○ ※2			—	—	—	—	—	—	—	○ ※2
Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料	○ （認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定可）	○	○ （認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクＭのものに限る。）	○ （重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可）	—	—		—		×		○
上記以外	○				○	○		○		×		○ ※１
処置	○				○	○ ※６	○	×	○	○ ※７		○
手術	○				○	○		×	○	○ ※７		○
麻酔	○				○	○		×	○	○ ※７		○
放射線治療	○				○	○		×	○	○		○
病理診断	○				○	×	○	×	○	○		○
Ｂ０００－４　歯科疾患管理料 Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				○	○		○		○		○
Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料	—				○	×		×		—		—
Ｂ００４－９　介護支援連携指導料	—				○	×		×		—		—
Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料	—				○	×		×		—		—
Ｂ００６－３－２　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	—				○	×		×		—		—
Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）（注２及び注６）	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				○	○		○		○		○
Ｂ０１１－４　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	×				○	○		○		○		○
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				○	○		○		○		○
Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×				—	×		×		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
Ｃ００７　在宅患者連携指導料	×				—	—		—		×		×
Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料	○				—	—		—		×		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
上記以外	○				○	○		○		○		○
１０　薬剤服用歴管理指導料	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可）				—	—		—		—		○

「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24年３月30日保医発0330第10号）

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者					３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者 介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
１３　長期投薬情報提供料 １４の２　外来服薬支援料	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				—	—		—		—		○
１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×				—	×		×		×		○ （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管理指導料	○				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料	○ （同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の４　退院時共同指導料	—				○	×		×		×		×
１５の５　服薬情報等提供料	○ （同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。）				—	—		—		—		○
上記以外	○				—	—		—		—		○
０１　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）（注加算を含む。） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※２				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
０１－２　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）（注加算を含む） （同一建物において同一日に２件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定）	○ ※２				—	—		—		—		○ ※２
０１－２　精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）（注加算を含む。）	○	—	—		—	—		—		—		—
０１－３　訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅳ）	—				○	○		○		—		—
０２　訪問看護管理療養費	○ ※２				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
24時間対応体制加算 24時間連絡体制加算	○ ※２ （同一月おいて、緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定していない場合に限る。）				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
特別管理加算	○ ※２ （同一月おいて、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。）				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
退院時共同指導加算 退院支援指導加算	○ ※２ （末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。）				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
在宅患者連携指導加算	×				—	—		—		—		×
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ ※２				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
０３　訪問看護情報提供療養費	○ ※２ （同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）				—	—		—		—		×
０５　訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※２				—	—		—		—		○ （末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算を算定している場合には、算定できない。）

※１　社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

※２　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

「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24年３月30日保医発0330第10号）

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

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※４　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

※５　次に掲げる費用に限る。
・外来化学療法加算
・皮内、皮下及び筋肉内注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・動脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの及び外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・中心静脈注射（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・抗悪性腫瘍剤（外来化学療法加算を算定する注射に係るものに限る。）の費用
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用

※６　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※７　検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ、特掲診療料の施設基準（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第12の第１号、第２号、第３号、第４号又は第５号に掲げるものを除く。

※８　死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。