受 619
26.7.22
小郡三井医師会

福県医発第1094号（地）
平成26年7月16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26年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

平成26年6月30日付け事務連絡にて標記通知が、厚生労働省より発出されましたので、会員各位へ周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、本会ホームページ中、「平成26年度診療報酬改定について」に掲載いたします。

---

**小郡三井医師会より**

**医療保険担当理事　山下拓郎**
**会長　廣瀬真恵**

（保 69）
平成２６年７月１日

都道府県医師会
社会保険担当理事　殿

日本医師会常任理事
松　本　純　一

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

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

今般、厚生労働省保険局医療課より、平成２６年６月３０日付け「平成２６年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について」が発出されましたのでご連絡申し上げます。

【添付資料】
・平成 26 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について
（平 26.6.30　事務連絡　厚生労働省保険局医療課）

事　務　連　絡
平成26年6月30日

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

厚生労働省保険局医療課

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

下記の通知について、それぞれ別添１から別添６までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

また、平成26年3月5日付官報（号外第45号）等に掲載された平成26年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添７のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年3月5日保医発0305第１号）（別添１）
・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年3月5日保医発0305第２号）（別添２）
・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（平成26年3月5日保医発0305第３号）（別添３）
・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（平成26年3月5日保医発0305第５号）（別添４）
・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について」
（平成26年3月26日保医発0326第３号）（別添５）
・「ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて」
（平成26年3月27日保医発0327第２号）（別添６）

（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26年３月５日保医発0305第１号）

別添２

## 入院基本料等の施設基準等

第５　入院基本料の届出に関する事項

７　~~５~~６の規定にかかわらず、別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、病棟全体で一般病棟入院基本料の７対１入院基本料及び10対１入院基本料を算定している病院を除く。）において、一般病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

各病棟ごとに届出を行う場合は、別添７の様式９の２を用いること。

別添４

## 特定入院料の施設基準等

第１　救命救急入院料

５　救命救急入院料の「注３」に掲げる加算の施設基準

（２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添３の第１の１の（７~~５~~）と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

第２　特定集中治療室管理料

１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準

（５）　新生児用の特定集中治療室にあっては、~~（３）~~（４）に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

第６　総合周産期特定集中治療室管理料

１　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

（２）　新生児集中治療室管理料に関する施設基準

エ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。当該体制につ

いては、別添３の第１の１の(７~~５~~)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

第12　地域包括ケア病棟入院料

１　地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準

（３）　当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が１名以上配置されていること。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。

なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるＡＤＬ維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。

（５）　~~(３)~~（４）のリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。ただし、１患者が１日に算入できる単位数は９単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者１人あたりの実施単位数に含むものとする。

別添５

## 短期滞在手術等基本料の施設基準等

２　短期滞在手術等基本料２に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関が、病院にあっては７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料又は20対１入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料１又は４の基準を満たしていること。ただし、平成22年３月31日現在において現に届出を行っている有床診療所については、(２)及び(３)の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

様式２

# 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|---|
| １　届出<br>※該当するものに○ | ・時間外対応加算１　・時間外対応加算２　・時間外対応加算３ | |
| ２　標榜診療科 | | |
| ３　当該診療所の対応医師の氏名 | | |
| ４　当該診療所の標榜診療時間 | | |
| ５　あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制<br>※該当するものに○（複数可） | | 医師の携帯・自宅電話へ転送 |
| | | 留守録による応答後、速やかにコールバック |
| | | その他（　　） |
| ６　他の医療機関との連携 ※ | 連携医療機関名 | |
| ７　患者への周知方法<br>（電話番号、連携医療機関等） | | |
| ８　備考 | | |

※　【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算１又は時間外対応加算２の届出をする場合

やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。

時間外対応加算３の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は３以下とする。

（注）具体的な内容については「８ ~~７~~ 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）。

様式９の３

# 地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　病床数＿＿＿＿＿＿

届出時入院患者数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿人

看護職員配置加算（50 対 1）の有無（該当に〇）　有　・　無

看護補助者配置加算（25 対 1）の届出区分（該当に〇）　有・　無

〇１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

① 月平均１日当たり看護配置数＿＿＿＿＿＿人

② 看護職員中の看護師の比率　＿＿＿＿＿％（月平均１日当たり配置数：看護師　　人）

③ 平均在院日数＿＿＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

④ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿＿＿時　　分 ～　＿＿＿＿＿＿時　　分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕＿＿＿＿＿＿＿＿時間

⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿＿＿人（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数)　看護師　　人　　准看護師　　人　　看護補助者　　人

勤務計画表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数※5 | | | | | 月勤務時間数（延べ時間数） | （再掲）夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | （該当する一つに〇）※3 | 夜勤従事者数※4 | 1日曜 | 2日曜 | 3日曜 | …… | 日曜 | | |
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 夜勤従事職員数の計 | | 〔Ｂ〕※4 | 月延べ勤務時間数の計 | 〔Ｃ〕 | |
| 月延べ夜勤時間数 | 〔Ｄ－Ｅ〕 | | 月延べ夜勤時間数の計 | 〔Ｄ〕 | 〔Ｅ〕 |
| １日看護配置数※6 | 〔（Ａ／届出区分の数※7）×３〕 | | 月平均１日当たり看護配置数 | 〔Ｃ／（日数×８）〕 | |
| 夜間看護配置数※6※7 | Ａ／１２ | | 月平均１日当たり夜間看護配置数※7 | 〔Ｄ／（日数×１６）〕 | |

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

| | |
|---|---|
| １日看護配置数※6　（基準値）〔Ｆ〕※8 | 〔（Ａ／１３）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護配置数　（実測値）〔Ｇ〕 | 〔看護職員のみのＣ／（日数×８（時間））〕 |
| 月平均１日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数 | ｛〔看護職員のみのＣ〕－（〔Ｆ〕×日数×８（時間））｝／（日数×８（時間） |

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計（実測値）〔Ｈ〕 | 〔看護補助者のみのＣ〕 |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計（実測値）〔Ｉ〕<br>〔Ｉ〕のうち、看護職員配置加算を届け出る場合 | 〔看護職員のみのＣ〕－〔〔Ｆ〕※8×日数×８（時間）〕－〔〔（Ａ／５０）×３〕※6×日数×８（時間）〕 |
| 〔Ｉ〕のうち、看護職員配置加算を届け出ない場合 | 〔看護職員のみのＣ〕－〔〔Ｆ〕※8×日数×８（時間）〕 |
| １日看護補助配置数※6（基準値）〔Ｊ〕 | 〔（Ａ／２５）×３〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | 〔Ｈ＋Ｉ／（日数×８（時間））〕 |
| 月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔Ｋ〕 | 〔Ｈ／（日数×８（時間））〕 |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（%） | 〔（Ｋ／Ｊ）×１００〕 |

〔記載上の注意〕

※１　看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。

※２　短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に〇を記入すること。

※３　夜勤専従者は、夜専に〇、夜勤時間帯の勤務が月 16 時間以下の者及び月 12 時間未満の短時間正職員は、無に〇を記入すること。

※４　夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は１を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、１か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。

※５　上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。

※６　小数点以下切り上げとする。

※７　月平均１日当たり夜間看護配置数、夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

※８　届出区分の数である１３対１の「１３」で計算するが、注２の届出を行う場合にあっては、１５対１の「１５」で計算すること。

〔届出上の注意〕

１　届出前１ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び２つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

様式 10 の３

（７対１入院基本料<br>10 対 １ 入院基本料<br>看護必要度加算<br>一般病棟看護必要度評価加算<br>急性期看護補助体制加算<br>看護職員夜間配置加算<br>看護補助加算１）

における患者の重症度、医療・看護必要度に係る報告書類

（いずれかを〇で囲むこと）

| 届出入院料 | 届出区分 | 届出病床数 | 入院患者の状況 | | | 入院患者延べ数の算出期間（１ヶ月） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ①入院患者延べ数 | ②　①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | ③　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①） | |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年　月 |

〔記載上の注意〕

１　看護補助加算１のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対１入院基本料のみである。

２　入院患者延べ数とは、算出期間中に７対１入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めない。

３　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Ａモニタリング及び処置等に係る得点が「２点以上」、かつ、Ｂ患者の状況等に係る得点が「３点以上」である患者をいう。

４　一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、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、別々に計算すること。

５　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること

様式14の3

# 救急医療管理加算2に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを〇で囲むこと

## 1　救急医療管理加算に係る届出書

| 区分 |
|---|
| ア　地域医療支援病院<br>イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所<br>ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院<br>エ　都道府県知事の指定する精神科救急医療施設 |

［届出にあたっての留意点］

1　区分については、ア～エのいずれの区分に該当するか、〇で囲むこと。

2　届出にあたっては、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であることが確認できる資料（様式自由）を添付すること。

## 2　救急医療管理加算2に係る報告書（7月報告）

集計期間：　　年　月　日　～　　年　月　日

| | |
|---|---|
| ①　1年間の救急医療管理加算1、2の合計算定患者数 | 人 |
| ②　うち、救急医療管理加算2の算定患者数 | 人 |
| ③　救急医療管理加算2の割合（②／①） | % |

| ④　救急医療管理加算2の算定患者の内訳 | | |
|---|---|---|
| 疾病コード<br>（※DPCコードの**上6桁**を用いる） | 名称 | 患者数 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |

［記入上の注意］

1　「救急医療管理加算2の算定患者の内訳」については、直近1年間に入院したすべての患者について記載すること。

2　疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名をDPCコードで分類し、記載すること。

3　名称については、疾病コードごとに当該DPCコード上6桁の名称を記載する。

様式３２

# 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　精神科リエゾンに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区　　分 | 氏　　名 | 常勤・非常勤 | 研修受講 |
|---|---|---|---|
| ア　精神科の医師 | | | |
| イ　精神科等の経験を有する常勤看護師 | | | □ |
| ウ　精神医療に経験を有するその他の者（薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者） | | | |

２　精神症状の評価等に係るカンファレンス

| 開催頻度 | １回当たり<br>平均所用時間数 | 構成メンバー及び<br>職種毎の参加人数 |
|---|---|---|
| 回／週 | 概ね　　分 | |

３　精神症状の評価等に係る回診

| 開催頻度 | １日当たり<br>平均症例数 | 構成メンバー及び<br>職種毎の参加人数 |
|---|---|---|
| 回／週 | 概ね　　症例 | |

４　患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|---|
| |

［記載上の注意］

１　「１」のアは精神科を主たる業務とした５年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは３年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験を有し、精神科リエゾン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。その他の者については該当する職種に○をし、３年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。

２　「２」及び「３」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。

３　「４」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。

４　様式 13 の 2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。

５　精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。

６　「１」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。

様式 43 の２

# 小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="4">当該治療室の従事者</td><td>専任医師</td><td>日勤　名　当直　名　その他　名</td></tr>
<tr><td>専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師</td><td>名</td></tr>
<tr><td>当該病院に勤務する小児科医</td><td>名</td></tr>
<tr><td>看護師</td><td>日勤　名　準夜勤　名　その他　名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該治療室の概要</td><td>病床面積</td><td>病床数</td><td>１床当たりの床面積</td><td>１日平均取扱患者数</td></tr>
<tr><td>平方メートル</td><td>床</td><td>平方メートル</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等<br>（＊は当該病院内に設置されているもの）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救急蘇生装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">除細動器</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ペースメーカー</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">心電計</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ポータブルエックス線撮影装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">呼吸循環監視装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">対外補助循環装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">急性血液浄化療法に必要な装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　自家発電装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　電解質定量検査装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">＊　血液ガス分析装置</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数</td><td colspan="3">転院時において前医において算定されていた入院料（注１）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救命救急入院料</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定集中治療室管理料</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="3">転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注１）<br>救急搬送診療料　名<br>24 時間以内に人工呼吸を実施した患者　名</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

１　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

２　当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。

３　勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の２を添付すること。

4 ~~3~~　他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。

5 ~~4~~　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

6 ~~5~~　当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

7 ~~6~~　注１については、どちらかを記載すればよい。

様式 53

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

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

※ 在宅へ移行とは、退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう（ただし、死亡退院および退院後に医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される入院した場合は除く。）。

［記載上の注意］

１　③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。

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

３　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

（ア）≧ 0.4

４　当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

（１）　精神科救急入院料１、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟に限る）

（イ）≧ 0.6

（２）　精神科救急入院料２、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟を除く）、精神科救急・合併症入院料

（イ）≧ 0.4

５　当該届出に係る病棟について、様式９を記載し添付すること。

６　入院基本料の届出書の写しを添付すること。

（別添２）

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

別添１

## 特掲診療料の施設基準等

第４の５　移植後患者指導管理料

（１）臓器移植後に関する施設基準

エ　病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年３月５日保医発0305第1号）別添３の第１の１の（７）と同様であること。

様式 13 の 2

# がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

## １．計画策定病院に係る事項

（１）指定等について（いずれかに〇をつける）

| ①がん診療連携拠点病院　・　②がん診療連携拠点病院に準じる病院 |
|---|

（２）がん診療の状況について

| | | | |
|---|---|---|---|
| 年間入院患者数 | 名 | （内）がんによる入院患者数 | ~~日~~名 |
| 年間悪性腫瘍手術件数 | 件 | 年間化学療法件数 | 件 |
| 年間放射線療法件数 | 件 | （算出期間：　年　月　日～　年　月　日） | |

## ２．連携保険医療機関に係る事項

| がんの種類 | 連携保険医療機関名 | 病床数（病院） | 連絡先 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

［記載上の注意］

１　２の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。

２　計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。

３　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１３の３を参考にすること。

様式 43 の４

（経口摂取回復促進加算<br>胃瘻造設術<br>胃瘻造設時嚥下機能評価加算）の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。

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

［記載上の注意］

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

２　経口摂取回復促進加算に係る届出を行う場合は、「２」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添２の様式 44 の２を

添付すること。また、「２」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。

３　「４」及び「５」は「３」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評加算の届出の際は、年間症例数が 50 例以上の場合に記載すること。

４　「４」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。

ア　鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

イ　胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術または胃瘻閉鎖術を実施した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

５　「４」の①及び②に該当する患者の一覧を様式 43 の５により提出すること。

６　「５」は、経口摂取回復促進加算の届出の際は記載する必要はないこと。

様式 43 の５

# 経口摂取回復率の算出に係る症例一覧

| 鼻腔栄養又は胃瘻造設の実施年月日 | 自院実施患者紹介患者の別（〇をつける） | 患者性別 | 患者年齢 | 様式~~71の3~~43の４③～⑧のいずれに該当するか※１ | 自院における摂食機能療法の有無 | 経口摂取回復の有無（有の場合は年月日も記載※２） | 鼻腔栄養又は胃瘻造設が必要となる理由（病名） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |
| | 自院・紹介 | | | | | | |

［記載上の注意］

※１　③～⑧に該当する場合のみ該当する番号を記載する。さらに、③の場合は、死亡した年月日を記載する。⑤の場合は、紹介された年月日を記載する。

※２　経鼻経管を抜去した年月日又は胃瘻を抜去若しくは閉鎖した年月日を記載する。（抜去又は閉鎖した日から少なくとも１ヶ月は栄養方法が経口摂取のみであることを確認すること。）

様式60

# 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

１　届出種別

・新規届出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

・再度の届出　　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

２　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

３　当該診療科の医師の氏名等

| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関する経験年数 |
|---|---|---|---|
| | | 年 | 年 |
| | | 年 | 年 |
| | | 年 | 年 |

４　臨床工学技士の氏名（１名以上）

５　連携医療機関

| 医療機関名 | 医療機関の住所と当該医療機関までの所要時間 | 連携医師名と経歴（経験年数を含む。） |
|---|---|---|
| | | |

６　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数

例

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は次の医師について記載すること。

・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師

・５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師

３　「５」は、当該保険医療機関内に５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。

４　「６」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（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。

５　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 61

# 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別

・新規届出　（実績期間　　年　　月～　　年　　月）
・再度の届出（実績期間　　年　　月～　　年　　月）

2　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

科

3　心臓電気生理学的検査の実施症例数　　例
　うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの　　例

4　開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数　　例
　ペースメーカー移植術の実施症例数　　例

5　体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数

例

6　当該診療科の医師の氏名等

| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 所定の研修修了年月日 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器

（一般的名称）　　（承認番号）

□　血液学的検査

□　生化学的検査

□　画 像 診 断

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が２５例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）が必要であること。また、当該症例一覧（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。

３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて ~~25~~15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈､大動脈バイパス移植術を合わせて ~~50~~30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。また、当該症例一覧（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。

４　「５」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、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。

５　「６」の常勤医師の氏名、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。なお、次のいずれに該当する常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

・循環器科の常勤医師
・心臓血管外科の常勤医師
・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

６　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 71

# 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|---|
| １　届出種別<br>・　新規届出　（実績期間　　年　　月　～　　年　　月）<br>・　再度の届出（実績期間　　年　　月　～　　年　　月） | |
| ２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）<br>科 | |
| ３　泌尿器科の常勤医師の氏名等 | |
| 氏名 | 経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| ４　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として~~２０~~１０例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（~~２~~１名以上） | |
| 常勤医師の氏名 | 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数 |
| | 例 |
| | 例 |
| | 例 |
| ５　当該保険医療機関において１年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数（10 例以上）<br>例 | |
| ６　病理部門の病理医氏名 | |
| ７　緊急手術が可能な体制 | 有・無 |

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「~~３」及び~~「４」及び「５」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。

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。

・~~腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師~~

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。

別添１　　（別添３）

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

６　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57~~56~~号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（９）　（６~~７~~）の取扱いについては、平成27年４月１日から適用する。

第２節　再診料

Ａ００２　外来診療料

（４）　許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介率の実績が40％未満かつ逆紹介率の実績が30％未満の保険医療機関の取扱いについては、（３）と同様であること。

（５~~４~~）　（２）の取扱いについては、平成27年４月１日から適用する。

（６~~５~~）　「注４」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（７~~６~~）　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注９」までに規定する加算は、算定できない。

（８~~７~~）　外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

（９~~８~~）　包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第１節第１款検体検査実施料の通則３に規定する加算は、検査の部において算定することができる。

（10~~９~~）　外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の２区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。

（11~~10~~）　外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

（12~~11~~）　爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

## 第１節　入院基本料

### Ａ１００　一般病棟入院基本料

（２）　当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26~~24~~年３月５日保医発0305第１~~２~~号）の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、ＤＰＣ対象病院、一般病棟７対１入院基本料及び一般病棟10対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

（15）　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57~~56~~号）において、なおその効力を有する~~従前の例とする~~とされた平成26年度改定前の一般病棟入院基本料の「注８」に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点又は812点）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の（５）から（７）の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

### Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

（12）　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57~~56~~号）において、なおその効力を有する~~従前の例とする~~とされた平成26年度改定前の特定機能病院入院基本料の「注６」~~一般病棟入院基本料の注８~~に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点~~又は812点~~）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の（５）から（７）の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

### Ａ１０５　専門病院入院基本料

（９）　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成26年厚生労働省告示第57~~56~~号）において、なおその効力を有する~~従前の例とする~~とされた平成26年度改定前の専門病院入院基本料の「注５」~~一般病棟入院基本料の注８~~に規定する特定患者については、特定入院基本料（966点~~又は812点~~）を算定すること。なお、特定患者の取扱いは、区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の（５）から（７）の例によること。当該取扱いは、平成26年９月30日をもって廃止する。

第２節　入院基本料等加算

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算

（４）　在宅患者緊急入院診療加算の「１」は、以下の場合に算定する。

ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26 ~~24~~年３月５日保医発0305第２ ~~３~~号）の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）又は第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合

第３節　特定入院料

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料

（５）　「注２」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の７~~６~~の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注１」に規定する点数又は「注２」に規定する点数を算定する。

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

（３）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下ア～ウのすべての業務を行う。

ア　退院に向けた相談支援業務

（イ）　当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。

（ロ~~ハ~~）　退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

（10）　「注６~~７~~」に規定する加算の算定にあたっては、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の（７）の例による。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

２　特定薬剤治療管理料

（６）　本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうちに２回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患について（１）アからタ~~ソ~~までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

（３）　「イ」遠隔モニタリングによる場合とは、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、当該指導管理料は、来院時の指導だけでなく、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等も含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、４月に１回に限り、来院時に算定することができる。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「イ」を算定していない月に限り、「ハ~~ロ~~」を算定することができる。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料

（４）　以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ウ　当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。

(10)　当該診療料~~加算~~を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

第２部　在宅医療

第１節　在宅患者診療・指導料

Ｃ０００　往診料

(12)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注１」、「注２」、「注３」、「注６」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

(13)　(12)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ウ　算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（720点に「注１」、「注２」、~~又は~~「注３」又は「注６」による点数を加算した点数）に、次の点数（１号地域については次のｉの(イ)及び(ロ)により算出した点数、２号地域については、次のⅱにより算出した点数）を加算する。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２　特定施設入居時等医学総合管理料

（３）　特定施設入居時等医学総合管理料は、医師又は看護師の配置が義務づけられている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、特定施設入居時等~~在宅時~~医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。なお、特定施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

# 第３部　検査

## 第１節　検体検査料

### 第１款　検体検査実施料

#### Ｄ００７　血液化学検査

（４）　「１」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、「12」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法）と不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）を同時に実施した場合は、「１」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）又は総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）の所定点数を算定する。なお、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（ＲＩＡ法）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（ＲＩＡ法）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第５部　投薬

第２節　処方料

Ｆ１００　処方料

（９）　「注８」については、区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」又は「注３」、区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」又は「注３」を算定する保険医療機関において、以下のアからコ~~サ~~までに定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

ア　薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ　薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ　薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ　薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ　薬効分類の小分類が合成ビタミンＤ製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ　薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ　薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク　薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ　薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ　アからケの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケに該当する疾患に対して用いた場合

# 第７部　リハビリテーション

## 第１節　リハビリテーション料

### Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

(11)　廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、~~廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のＡＤＬについて~~廃用症候群に係る評価表（別紙様式22）を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

### Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

(11)　「注３」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注２~~注３~~」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ｂ００５－２」地域連携診療計画管理料又は区分番号「Ｂ００５－３」地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を算定した患者に限る。）に限る。）である。

第11部　麻酔

第１節　麻酔料

Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、~~一日~~一連につき１回に限り算定する。

※追加様式

（別紙様式12の3）

平成　　年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

| | | |
|---|---|---|
| 患者の氏名 | 昭和・平成　　年　　月　　日生<br>男・女　　（　　）歳<br>職業（　　） | |
| 傷病名 | （疑いを含む）　　その他の傷病名 | |
| 病状<br>既往症<br>治療状況等 | | |
| 児の氏名 | 男・女　　平成　　年　　月　　日生まれ | |
| 住所 | 電話番号　　（自宅・実家・その他） | |
| 退院先の住所 | 様方　　電話番号　　（自宅・実家・その他） | |
| 入退院日 | 入院日　：　平成　　年　　月　　日 | 退院（予定）日　：　平成　　年　　月　　日 |
| 今回の出産時の状況 | 出産場所　：　当院・他院<br>（　　）<br>在　　胎　：（　　）週　単胎　・　多胎　（　）子中（　）子<br>体重　：（　　g）身長　：（　　cm）<br>出産時の特記事項　：　無　・　有（　　）<br>妊娠中の異常の有無　：　無　・　有（　　）<br>妊婦健診の受診有無　：　無　・　有（　　回：　　） | 家族構成<br><br>育児への支援者：無・有（　） |

※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください

| | | |
|---|---|---|
| 児の状況 | 発育・発達 | ・発育不良　・発達のおくれ　・その他（　　） |
| | 日常的世話の状況 | ・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　　） |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない　・その他（　　） |
| | 他の児の状況 | ・疾患（　　）　・障害（　　） |
| | こどもとの分離歴 | ・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　　） |
| 情報提供の目的とその理由 | | |

＊備考　　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

（別添４）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
（平成 26 年３月５日保医発 0305 第５号）

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

２　在宅医療の部に規定する特定保険医療材料に係る取扱い

⑸　皮膚欠損用創傷被覆材、非固着性シリコンガーゼ

ア　本材料はいずれかの在宅療養指導~~指導~~管理料を算定している場合であって、在宅での療養を行っている通院困難な患者のうち、皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（ＤＥＳＩＧＮ－Ｒ分類Ｄ３、Ｄ４及びＤ５）を有する患者の当該褥瘡に対して使用した場合、又は区分番号「Ｃ１１４」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者に対して使用した場合に限り算定できる。

（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26年３月26日保医発0326第３号）

別添１

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年８月７日保険発第82号）

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

（26）「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

テ　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除術によるもの）を行った場合は、手術前のＢＭＩ、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を「摘要」欄に記載すること。

（27）「検査・病理」欄について

ユ　肺サーファクタント蛋白-Ａ（ＳＰ－Ａ）（羊水）、エステル型コレステロール、遊離脂肪酸、前立腺酸ホスファターゼ、不飽和鉄結合能（UIBC）（RIA法）、総鉄結合能（TIBC）（RIA法）、カタラーゼ、シスチンアミノペプチダーゼ（CAP）、溶連菌エステラーゼ抗体（ASE）、リウマトイド因子（RF）半定量又はLEテスト定性を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を「摘要」欄に記載すること。

（29）「その他」欄について

ク　（略）

通院・在宅精神療法の「１」のイ又は「２」のイ、ロを算定した場合には、診療に要した時間を、退院後の４週間以内の期間に行われる場合にあっては、退院日を、20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（注３の加算を算定する場合に限る。）は、当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日を「摘要」欄に記載すること。（略）

（30）「入院」欄について

サ　「入院基本料・加算」の項について

（イ）　総合入院体制加算１・２、（略）、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算、（略）がん診、栄管、栄サ、（略）と表示すること。

（別添６）

ＤＰＣ制度への参加等の手続きについて

第１　ＤＰＣ対象病院

４　ＤＰＣ制度からの退出について

（２）　退出の手続き

②　ＤＰＣ対象病院の基準を満たさなくなった場合

１の（２）の①又は②の基準を満たさなくなった病院（特定機能病院は除く。）は、別紙７「ＤＰＣ対象病院の基準に係る届出書」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出することとし、３か月間の猶予期間を設け、基準を満たさなくなった日から起算して３か月を超えてもなお基準を満たせない場合には、３か月を超えた月の３か月後の初日にＤＰＣ制度から退出するものとする。（３か月の猶予期間を超えた翌月初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。）この場合、当該病院は速やかに別紙６「ＤＰＣ制度からの退出に係る届出書」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

１の（２）の④の基準については、当該病院における各年10月から翌年９月までのデータにより、厚生労働省保険局医療課において判断し、基準を満たしていない病院に対して結果を通知するものとする。

なお、当該基準を満たしていない病院（特定機能病院は除く。）は、判定後の~~直近に予定している診療報酬改定時に合わせて~~翌年４月１日にＤＰＣ制度から退出するものとする。（~~診療報酬改定の前々月初日~~判定後の翌年２月１日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。）

この場合、当該病院は速やかに、別紙６「ＤＰＣ制度からの退出に係る届出書」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

（別添７）

| ページ | 段 | 行 | 誤 | 正 |
|---|---|---|---|---|
| 平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十七号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件） | | | | |
| （原稿誤り） | | | | |
| 八一 | 下 | 終わりから二 | 注３ | 注４ |
| 四 | | | | |
| 平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十八号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件） | | | | |
| （原稿誤り） | | | | |
| 一九一 | 下 | 終わりから一 | 注２ | 注３ |
| 六 | | | | |
| 平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第六十四号（訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件） | | | | |
| （原稿誤り） | | | | |
| 四一六 | 下 | 終わりから一 | 訪問看護基本療養費 | 精神科訪問看護基本療養費 |
| 〃 | 四 | ㈡ | 注12 | 注13 |
| 〃 | 終わりから一 | 三 | | |