

事務連絡
平成22年5月17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22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13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。

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(平成22年3月5日保発0305第2号)(別添1)
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成22年3月5日保医発0305第1号)(別添2)
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成22年3月5日保医発0305第2号)(別添3)
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成22年3月5日保医発0305第3号)(別添4)
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成22年3月5日保医発0305第5号)(別添5)
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正に伴う特定保険医療材料(使用歯科材料)の算定について」(平成22年3月5日保医発0305第6号)(別添6)
- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」(平成22年3月5日保医発0305第7号)(別添7)
- ・「特定保険医療材料の定義について」(平成22年3月5日保医発0305第8号)(別添8)
- ・「「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について」の一部改正について」(平成22年3月19日保医発0319第3号)(別添9)
- ・「「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22年3月26日保医発0326第3号)(別添10)

- ・「「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断および治療に関する取扱いについて」の一部改正について」(平成22年3月26日保医発0326第4号)(別添11)
- ・「「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22年3月30日保医発0330第1号)(別添12)
- ・「「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22年3月30日保医発0330第2号)(別添13)

なお、「「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22年3月26日保医発0326第3号)の別添2「「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」(平成18年3月30日保医発第033007号)の一部改正について」において、別添が漏れていた別添様式「DPCコーディングデータに係る記録条件仕様(平成22年4月版)」を併せて送付いたします。

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について
(平成22年3月5日保発0305号第2号)

- 3 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと(以下「レセプト電子請求」という。)が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、明細書を無償で交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

(別紙様式7)

院内掲示例

平成 年 月
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 年 月 日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるもので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

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22年3月5日保医発0305第1号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(6) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注2」のただし書に規定する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。以下同じ。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初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察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で2以上の診療科を初診として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注3」から「注6~~7~~」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A102 結核病棟入院基本料

(2) 「注3」において7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定する患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）」第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものとす

て取り扱うものであること。

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

- (2) 「注2」において特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）を算定する患者は、~~感染症法「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」~~第19条、第20条及び第22条の規定、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものと取り扱うものであること。

A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

- (4) 「注3」に規定する掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A 2 3 8 - 3」新生児特定集中治療室退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

- (6) 注5に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に~~に限り~~算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の療養病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料（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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13対1入院基本料及び15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A 2 0 5」救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、同一の有床診療所内に一般病床と療養病床が併存する場合で、当該一般病床から療養病床に転床した患者については、算定できないものとする。

第2節 入院基本料等加算

A 2 0 5 - 3 妊産婦緊急搬送入院加算

(1) 次に掲げる場合（当該妊娠及び入院医療を必要とする異常の原因疾患につき、直近3か月以内に当該加算を算定する保険医療機関への受診歴のある患者が緊急搬送された場合を除く。）において受け入れた妊産婦が、母体又は胎児の状態により緊急入院の必要があり、医療保険の対象となる入院診療を行った場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

ア 妊娠に係る異常~~又は及び~~その他入院医療を必要とする異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された場合

イ 他の医療機関において、妊娠に係る異常~~又は及び~~その他入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

ウ 助産所において、妊娠に係る異常~~又は及び~~その他入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

(1) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成22年3月5日保医発0305第2号）」の別添6の別紙14の「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。

(2) 準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）判定基準」による判定スコアが10以上のものをいう。

(3) 注3の在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合に、入院した日から起算して5日を限度として算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A 2 3 1 - 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

(4) 家族者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算

(2) 栄養サポートチーム加算は、当該加算を算定できる病棟に入院している患者であって、区分番号A 2 3 3に掲げる栄養管理実施加算を算定している患者のうち、次のアからエのいずれかに該当する者について算定できる。

ア 栄養管理実施加算に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL~~+~~以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

A 2 3 4 医療安全対策加算

(2) 感染防止対策加算

ア 「注2」の感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行った~~上うえ~~で、~~更さら~~に院内に感染防止対策のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものである。

イ 感染防止対策チームは以下の業務を行うものとする。

(ロ) 感染防止対策チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制等を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

A 2 3 8 慢性期病棟等退院調整加算

(1) 退院支援計画作成加算

エ 患者の病態が急変した場合には、適宜、当該計画を見直し、改めて~~(4)~~アからウに係る事項を行うこと。なお、その場合であっても当該加算は入院中に1回算定するものである。

A 2 3 8 - 4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A 2 3 8 - 5 救急搬送患者地域連携受入加算

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から5日以内に受入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。

第3節 特定入院料

2 特定入院料を算定できる2以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。例えば、救命救急入院料を算定した後、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室料に入院させた場合においては、21日から救命救急入院料を算定した日数を控除して得た日数を限度として、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

A 3 0 1 特定集中治療室管理料

(3) ~~特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合に14日を限度として算定する。~~

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料

(1) 一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

ア ~~感染症法の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第9項に規定する新感染症又は同法（以下「感染症法」という。）第6条第2項に規定する一類感染症に罹患している患者~~

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

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埋込式心臓型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、適切な管理を行ない、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、プログラム変更に必要な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、「ロ」を算定することができる。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

- (10) 下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

B001-3 生活習慣病管理料

- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料及び同「22」がん性疼痛緩和指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

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()

B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料()

- (4) 地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後7日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した診療計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (5) 地域連携診療計画退院時指導料()は、地域連携診療計画管理料を算定した患者に対し、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に、2段階目の保険医療機関において退院時に算定する。その際、患者に交付した診療計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (8) 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時、2段階目の保険医療機関からの退院時及び3段階目の保険医療機関における退院後の初回受診時においては、別紙様式10に定める日常生活機能評価表による評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価表による評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

B 0 0 5 - 6 がん治療連携計画策定料、B 0 0 5 - 6 - 2 がん治療連携指導料

- (3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書^書の写しを診療録に貼付すること。
- (4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書^書の写しを診療録に添付すること。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料

- (1) 肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。患者に交付した治療計画書^書の写しを診療録に貼付すること。

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

- (2) 「注1」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月1回に限り「注2」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウ^{まで}に掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5 - 1 - 2 同一建物居住者訪問看護・指導料

- (20) 「注10」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、当該対象患者の退院後1月以内に在宅患者訪問看護・指導料等を4回以上算定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、カにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（1週間に1回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものであること。

カ 以下の(イ)又^は(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D012 感染症免疫学的検査

(5) ウイルス抗体価(半定量)

イ ウイルス抗体価(半定量)に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

D013 肝炎ウイルス関連検査

(1) 「1」のHBs抗原(定性、半定量)は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、EIA法(簡易法)、金コロイド凝集法による。

D022 抗酸菌薬剤感受性検査

(2) 混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が4種類以上の場合に限りの種類により算定する。

D025 基本的検体検査実施料

(5) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

第2款 検体検査判断料

D027 基本的検体検査判断料

(3) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

第3節 生体検査料

D208 心電図検査

(4) 「3」の携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝達装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき1回算定する。

D219 ノンストレステスト

(1) ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。

ア 40歳以上の初産婦である患者

イ BMIが35以上の初産婦である患者

ウ 多胎妊娠の患者

エ 子宮内胎児発育不全の認められる患者

オ 子宮収縮抑制剤を使用中の患者

カ 妊娠高血圧症候群重症の患者

キ 常位胎盤早期剥離の患者

- ク 前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
- ケ 胎盤機能不全の患者
- コ 羊水異常症の患者
- サ 妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの
 - （イ） 前期破水を合併したもの
 - （ロ） 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
 - （ハ） 切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの
 - （ニ） 早産指数（tocolysis index）が3点以上のもの
- シ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ス 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
- セ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ソ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
- タ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者
- チ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
- ツ 白血病（治療中のものに限る。）の患者
- テ 血友病（治療中のものに限る。）の患者
- ト 出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者
- ナ HIV陽性の患者
- ニ Rh不適合の患者
- ヌ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過措置のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。~~ナンストレス~~
~~テストは、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者に対し行われた場合に算定する。~~

D 2 2 9 前額部、胸部、手掌部 ~~又は~~ 足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察
前額部、胸部、手掌部 ~~又は~~ 足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分番号「D 2 2 8」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

D 3 1 8 尿管カテーテル法（両側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検索を行った場合に算定できるもので、同時に行う区分番号「D 3 1 7」膀胱尿道ファイバースコープ ~~及び~~ 区分番号「D 3 1 7 - 2」膀胱尿道鏡検査を含む。

なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検

（4）放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

~~（5）~~ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。

第4部 画像診断

第1節 エックス線診断料

E001 写真診断

(1) 他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない。）別に1回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば2回として算定できる。

ただし、1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。

E004 基本的エックス線診断料

(9) 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

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

(8) 脳血管疾患等リハビリテーション料()の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料()の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(7-6)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料()の100点を算定できる。

第9部 処置

<通則>

1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

第10部 手術

<通則>

17 手術の中絶等の場合の算定方法

- (1) 手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、区分番号「K 6 3 6」試験開腹術の所定点数により、また、汎副鼻腔根治手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「K 3 5 8」上顎洞篩骨洞根治手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

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

(1) 組織適合性試験

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

区分番号「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養）

区分番号「K 0 1 4 - 2」皮膚移植術（死体）

区分番号「K 0 5 9」骨移植術（軟骨移植術を含む）

区分番号「K 5 1 4 - 4」同種死体肺移植術

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K 0 0 7 皮膚悪性腫瘍切除術

- (2) 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。

(ウ) 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

(エウ) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

第13款 臓器提供管理料

K 9 1 5 生体臓器提供管理料

- (3) 生体臓器提供管理料は、区分番号「K 5 1 4 - 6」生体部分肺移植術、区分番号「K 6 9 7 - 5」生体部分肝移植術又は区分番号「K 7 8 0 - 2」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(4) 麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

カ ~~埋込植込み~~型ペースメーカー又は~~埋込植込み~~型除細動器を使用している患者

第12部 放射線治療

< 通則 >

~~この部放射線治療料の項~~に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

< 放射線治療料 >

M 0 0 1 体外照射

(6) 「注4」の画像誘導放射線治療加算は、「3」の「イ」又は「4」の「イ」の所定点数を1日に2回分算定できる場合であっても、1日に1回の算定を限度とする。

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名:	(男・女)
生年月日:明・大・昭・平	年 月 日生(才)

主病:
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査項目】	<input type="checkbox"/> 体重:現在(kg) →目標(kg)	【血液検査項目】(採血日 月 日)	<input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間)
	<input type="checkbox"/> BMI ()		(mg/dl)
<input type="checkbox"/> 腹囲:現在(cm) →目標(cm)	<input type="checkbox"/> HbA1c:現在 (%) →目標(%)	<input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl)
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)	<input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)			
<input type="checkbox"/> 運動負荷心電図			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

【目標の達成状況と次の目標】:患者と相談した目標

【①達成目標】:患者と相談した目標

--	--

【②行動目標】:患者と相談した目標

--	--

医師氏名	(印)
------	-----

【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週()回] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	担当者の氏名	(印)
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()	担当者の氏名	(印)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 処方なし <input type="checkbox"/> 薬の説明	担当者の氏名	(印)	

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名	(印)
------	-----

(別紙様式 19 の2)

小児神経学的検査チャート

月 日 時 分

患者氏名 _____ (男、女)

患者 ID _____

生年月日 _____ 年 月 日

年齢 _____ 歳 ヶ月 (修正 歳 ヶ月)

- 1 身体発育：身長____cm (____SD)、体重____kg (____SD)、頭囲____cm (____SD)
- 2 発達指数 (DQ) 遠城寺式乳幼児分析の発達検査またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。
遠城寺 移動____、手運動____、基本習慣____、対人関係____、発語____、言語理解____
デンバー 粗大運動____、言語____、微細運動・適応____、個人-社会____
- 3 精神状態
 - a) 意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄
 - b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
- 4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、()
- 5 肢位・姿勢・不随意運動 (寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)
除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、()
不随意運動 (- ・ + 種類 部位：)
- 6 移動、起立、歩行
背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩
片足立ち (右 秒 / 左 秒、不能) つぎ足歩行 (可能 不能)
かかと歩き (可能 不能) つま先歩き (可能 不能)
ガワーズ徴候 (- / +)
- 7 脳神経
 - II 視力 (右：正常，低下 左：正常，低下)
視野 (右：正常，低下 左：正常，低下)
眼底：乳頭 (正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜 (正常、)
 - III, IV, VI (固視、追視、)
眼瞼下垂 (右： - / + 左： - / +) 眼球位置 (正常，斜視，共同偏視)
眼球運動 (正常 ， 異常 ()) 眼振 (- / +)
瞳孔：(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同) 対光反射 (右： - / + 左： - / +)
 - V 咀嚼について問診 (正常・異常 ())
下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)
 - VI 口角 (対称，非対称) 閉眼 (正常 ， 異常)
 - VII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 (- / +) 回転誘発眼振 (- / +)
 - IX, X 嚥下障害 (- / +) 咽頭反射 (- / +) 軟口蓋 (対称、非対称)

嘔声（－／＋） 鼻声（－／＋）

XI 胸鎖乳突筋（右： 左： ） 僧帽筋（右： 左：）

XII 舌運動（正常 ， 異常） 舌萎縮（－／＋） 線維束性攣縮（－／＋）

8 感覚 痛覚 正常，障害（部位 ）

9 筋力 年長児はMMT(0.~5)、乳幼児はADLでの評価で代替可

	右	左
上肢バレー	－／＋	－／＋
上腕二頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
上腕三頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
大腿屈筋群	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
前脛骨筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
腓腹筋	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

10 筋肉量

筋萎縮（－／＋）（部位： ）

肥大／仮性肥大（－／＋）（部位： ）

11 筋緊張

硬さ 正常 亢進 低下（部位 ）

被動性 正常 亢進 低下（部位 ）

伸展性 Double folding（－／＋） 逆U姿勢（－／＋）

Slip through sign（－／＋） スカーフ徴候（－／＋） 踵耳徴候（－／＋）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮 －／＋（部位 ）

関節変形 －／＋（部位 ）

12 深部腱反射

	右	左
下顎	－ ＋ 2+	
上腕二頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
上腕三頭筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
腕とう骨筋	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+
膝蓋腱	－ ± ＋ 2+ 3+	－ ± ＋ 2+ 3+

アキレス腱	- ± + 2+ 3+	- ± + 2+ 3+
-------	-------------	-------------

13 病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	- +	- +
チャドック	- +	- +
手掌頤	- +	- +
ワルテンベルグ	- +	- +
足クローヌス	- +	- +

- 14 原始反射 乳探し反応 (- / +) 吸啜反応 (- / +)
 モロー反射 (- / +) 手掌把握 (- / +) 足底把握 (- / +)
 逃避反射 (- / +) 交差伸展反射 (- / +)
 足踏み反射 (- / +) 踏み直り反射 (- / +) ギャラン反射 (- / +)

- 15 姿勢反射 非対称性緊張性頸反射 (- / +) 引き起こし反応 (- / +)
 陽性支持反応 (- / +) パラシュート反応 前方 (- / +)
 ランドー反応 (- / +) ホッピング反応 (- / +)

- 16 髄膜刺激症状 大泉門 (x cm、陥凹、平坦、膨隆)
 項部硬直 (- / +)
 ケルニツヒ徴候 (- / +) ブルジンスキー徴候 (- / +)

17 神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師

署名 _____

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

B 0 0 4 - 9 介護支援連携指導料

- (6) 同一日に区分番号 B 0 1 5 に掲げる退院時共同指導料 2 の注 3 に規定する加算~~を~~の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料 2 の注 3 に規定する~~掲げる~~加算の両方を算定することはできない。

B 0 0 6 - 3 がん治療連携計画策定料、B 0 0 6 - 3 - 2 がん治療連携指導料

- (4) 入院時には病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき、連携保険医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携保険医療機関等について説明した場合にあっては、退院時において算定可能とする。この場合、退院後に個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又はその家族に提供し、交付した治療計画の写しを診療録に添付~~するもっている~~こと。

B 0 1 3 義歯管理料

- (9) 有床義歯~~を~~の新製した月と同一月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の費用の算定は別に算定できる。この場合において、義歯管理料は 1 口腔単位として算定するものであることから、新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料のいずれかにより算定する。

B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料

- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中 1 回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、それぞれの入院において入院中 1 回算定できるものであること。

第 2 部 在宅医療

C 0 0 0 歯科訪問診療料

- (18) 「注 4」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻りに治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

- (4) 訪問歯科衛生指導料を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。 _
- (5) 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実地~~施~~指導を行った歯科衛生士等が署名した文書を提供するとともに、その文書の写しを業務記録簿に添付すること。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し直接報告すること。
- (8) 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する要点及び実地~~施~~指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

C 0 0 7 在宅患者連携指導料

- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交~~換~~替した場合は算定できない。

第1節 診断料

E 0 0 0 写真診断

- (5) デンタルゼロラジオグラフィ装置を用いた場合は、診断料は区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の「1の~~口~~≠ その他の場合」により、撮影料は区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1の~~口~~≠ その他の場合」により算定する。なお、フィルム料は標準型により算定する。

第8部 処置

第1節 処置料

I 0 1 6 線副子

線副子とは、三内式線副子程度以上のものをいう。なお、三内式線副子程度に至らないものについては、それぞれの手術の所定点数~~中~~に含まれる。

I 0 1 7 床副子

- (10) 咬合床（アクチバトル式のもの）の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求については、第12部歯冠修復物及び欠損補綴物料の~~歯冠修復物又は欠損補綴物の~~製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

第9部 手術

第1節 手術料

J 0 0 0 抜歯手術

- (2) 歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号J 0 7 3に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去~~術~~「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合、浸潤麻醉のもとに破折片を除去した場合には、区分番号K 0 0 1に掲げる浸潤麻醉料及び使用麻醉薬剤料のそれぞれを算定する。

J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術

- (1) 「1 抜歯窩からより行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、抜歯窩より行った場合に算定する。
- (2) 「2 犬歯窩開さくにより行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、犬歯窩を開さくして行った場合に算定する。
- (3) 当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎洞等へ陥入した歯の除去に要する費用は、区分番号J 0 0 0に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 0 4 - 3 歯の移植手術

- (2) 歯の移植手術と一連で行った抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄及び区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填の~~に~~掲げる所定点数に限り別に算定できる。

J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術

~~頬骨骨折観血的整復術~~とは、頬骨又は頬骨弓の骨折を観血的に整復する手術をいう。

J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術

- (2) 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意
口 センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位素元素の薬剤料は、区分番号J 2 0 1に掲げる薬剤により算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第1節中の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれるを~~含む~~ものとする。」等と規定されているものを除き、第1節の各区分の所定点数に第3節の保険医療材料料を合算して算定する。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M 0 1 1 前装鑄造冠

- (2) 前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック(ダミー)の前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填は区分番号M 0 0 9に掲げる充填の「1 単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、区分番号M 0 0 0 - 2に掲げるクラウン・ブリッジの維持管理料を算定している前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック(ダミー)の前装部分に行った修理の費用は、区分番号M 0 0 0 - 2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。

M 0 3 0 有床義歯内面適合法

- (3) 義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)の点数をそれぞれ算定する。ただし、同一日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯床裏装の所定点数に含まれる。

第13部 歯科矯正

通則

- 2 歯科矯正の費用は、第1節の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれるを含むものとする。」等と規定されている場合を除き、第1節の各区分の所定点数に第2節の保険医療材料料を合算して算定する。

第14部 病理診断

通則

第14部に規定する病理診断に係る費用以外の病理診断費用の算定は、医科点数表の例により算定する。

病理診断・判断料

000 0 ~~4~~ 口腔病理診断料

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22年3月5日保医発0305第2号)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1~~号~~)のイの、四の(1~~号~~)のイの及び六の(2~~号~~)のイの の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上

別添 2

入院基本料等の施設基準等

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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。

6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「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22年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

7 療養病棟入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算について

「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1日につき15点を所定点数に加算する。また、別添6の別紙8のADL区分の判定が23点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、~~＝~~別添6の別紙10の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リ

スト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。

- 8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの 及びロの に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「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22年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準

- 8 看護配置に係る加算の施設基準

- 11 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分

別添2の第2の6~~7~~と同様に取り扱うものであること。

- 12 有床診療所療養病床入院基本料の注4に規定する褥瘡評価実施加算の施設基準

別添2の第2の7~~8~~と同様に取り扱うものであること。

- 14 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設(療養病床に限る。)に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「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22年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 4 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4~~3~~及び亜急性期入院医療管理料を算定している病床を除く。)は、これらの病床以外の病棟全体(複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体)を単位として行う。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第3の2 妊産婦緊急救急搬送入院加算

- 2 届出に関する事項

妊産婦緊急救急搬送入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式16を用いること。

第5 特殊疾患入院施設管理加算

- 1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

(4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小

脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度が 度又は 度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

別添4

特定入院料の施設基準等

第1 救命救急入院料

1 救命救急入院料1に関する施設基準

(1) 専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急センター内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。

第5 新生児特定集中治療室管理料

4 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式420の2及び様式20を用いること。

第6 総合周産期特定集中治療室管理料

3 届出に関する事項

総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式420の2及び様式20を用いること。

第10 小児入院医療管理料

3 小児入院医療管理料に係る加算の施設基準

(2) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料54においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

第12 亜急性期入院医療管理料

3 亜急性期入院医療管理料2の施設基準

(2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割（一般病床の数が100床未満の病院にあっては30床）以下であること。ただし、当該病室において、急性期治療を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合は、5割（一般病床の数が100床未満の病院にあっては50床）以下であることとす。

別紙

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九 - 四九第 2 条に規定する地域

級地区分	都道府県	地 域
1 級地	東京都	特別区
2 級地	茨城県	取手市
	埼玉県	和光市
	千葉県	成田市、印西市
	東京都	武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市、厚木市
	大阪府	大阪市、守口市、門真市
	兵庫県	芦屋市
3 級地	茨城県	つくば市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	船橋市、浦安市、袖ヶ浦市
	東京都	八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市
	神奈川県	横浜市、川崎市、海老名市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市
	大阪府	吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市
	兵庫県	西宮市、宝塚市
	奈良県	天理市
	4 級地	茨城県
埼玉県		鶴ヶ島市
千葉県		千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市
東京都		三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
神奈川県		藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市
愛知県		豊明市
三重県		鈴鹿市
滋賀県		大津市、草津市
京都府		京都市
大阪府		豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市
兵庫県		神戸市、尼崎市
奈良県		奈良市、大和郡山市
広島県		広島市
福岡県		福岡市
5 級地		宮城県
	茨城県	日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
	栃木県	宇都宮市

	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
	千葉県	茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
	神奈川県	平塚市、秦野市
	山梨県	甲府市
	静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
	愛知県	瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
	三重県	津市、四日市市
	滋賀県	守山市
	京都府	宇治市、亀岡市、京田辺市
	大阪府	河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市
	兵庫県	伊丹市、三田市
	奈良県	大和高田市、橿原市
6 級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市、多賀城市
	茨城県	龍ヶ崎市、筑西市
	栃木県	鹿沼市、小山市、大田原市
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	東京都	武蔵村山市
	神奈川県	小田原市、三浦市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	福井県	福井市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市
	岐阜県	岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市
	愛知県	豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町
	三重県	桑名市、名張市、伊賀市
	滋賀県	彦根市、長浜市
	京都府	向日市、木津川市
	大阪府	柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町
	兵庫県	姫路市、明石市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市

岡山県	岡山市
広島県	廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
山口県	周南市
香川県	高松市
福岡県	筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡粕屋町

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成20年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙 10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日(年 月 日)	患者氏名() (才)	男性	女性
評価日(年 月 日)	評価日の医療区分()	評価日のADL区分()	
記載者サイン(医師	看護師	看護補助者	サイン()

(1) 褥瘡の状態(部位毎に記載)

- 1 部位() 大きさ() 数() ステージ()
- 2 部位() 大きさ() 数() ステージ()
- 3 部位() 大きさ() 数() ステージ()

(2) 圧迫・ズレカの排除(体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施
あり(具体策:) なし

(3) スキンケアの実施 あり(具体策:) なし

(4) 栄養治療の実施 あり(具体策:) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり(単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 (年 月 日)

* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化(当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
()

褥瘡のステージ

第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)

第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる

第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある

第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日(__年__月__日)	患者氏名(_____)(__才)	男性	女性
評価日(__年__月__日)	評価日の医療区分(____)	評価日のADL区分(____)	
記載者サイン(医師	看護師	看護補助者	サイン _____)

(1) 診断名

急性膀胱炎
急性腎盂腎炎
慢性膀胱炎
慢性腎盂腎炎
その他 (_____)

(2) 診断時の患者の排尿状況

カテーテルあり(膀胱留置カテーテル 膀胱瘻又は腎瘻)
おむつあり
上記のいずれもなし

(3) 診断時の症状(__月 __日)

自覚症状 排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛
その他(_____)
バイタルサイン： 血圧(____ / ____) 脈拍(____)
呼吸数(____) 体温(____)

検査値等

ア) 血液検査：(__月 __日)： 主な所見(_____)
イ) 尿検査：(__月 __日) 主な所見(_____)
ウ) 尿グラム染色：(__月 __日) 主な所見(_____)
エ) 尿培養：(__月 __日)
オ) 起炎菌： 大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチア菌
その他(_____)

(4) 実施した治療・ケア

抗生剤の投与： 薬剤名(_____)を(__月 __日)から(____)日間
水分補給： 経口 (____ ml / 日) 点滴 (____ ml / 日)

身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）	患者氏名（_____）（__才）	男性	女性
評価日（__年__月__日）	評価日の医療区分（__）	評価日のADL区分（__）	
記載者サイン（	医師	看護師	看護補助者
	サイン_____）		

（１）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

四肢の抑制

体幹部の抑制

ベッドを柵（サイドレール）で囲む

介護衣（つなぎ服）の着用

車いすや椅子から立ち上がれないようにする

（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）

ミトンの着用（手指の機能抑制）

自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

（２）身体抑制の実施に係る３つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

要件への該当状況	あり	なし
該当状況に関する記録	あり	なし

（３）本人および家族に対する説明

説明の方法	文書のみ
	口頭のみ
	文書と口頭の両方

説明の内容（該当するものすべてにチェック）

実施した身体抑制の行為

目的（_____）

理由（_____）

抑制の時間帯および時間（時間帯：_____）

（抑制時間：_____）

実施する期間（概ね_____日間を予定）

強度行動障害児(者)の医療度判定基準

強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	1点	3点	5点
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはくなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
2 ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
4 激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6 食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄つに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに入る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9 通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさめられずつきあっていられない状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

医療度判定スコア

1	行動障害に対する専門医療の実施の有無 向精神薬等による治療 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点 5点
2	神経・精神疾患の合併状態 著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ） てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難 その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点 5点 5点 5点
3	身体疾患の合併状態 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内に） 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（6ヶ月以内に1ヶ月以上継続） 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること） 呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば） その他の身体疾患での検査・治療 （定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば）	3点 3点 3点 3点 3点
4	自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応 行動障害のため常に1対1の対応が必要 行動障害のため個室対応等が必要（1対1の対応でも開放処遇困難） 行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険） ） いずれか一つを選択	3点 5点 10点
5	患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応 食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など） 排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険） 移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険） 入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険） 更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険） ） 次により配点 ・常時1対1で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5点） ・時に1対1で医療的観察が必要な場合（3点）	3.5点 3.5点 3.5点 3.5点 3.5点

注)「強度行動障害児(者)の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。
「 」が10点以上、かつ「 」が24点以上。

「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

強度行動障害スコア

- 1 行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から6ヵ月以前の行動であれば該当しない。
- 2 定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）
- 3 頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- 4 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。
- 5 評価は年1回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。
- 6 項目別留意点
 - (1) 「1 ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具（ヘッドギアなど）は着用していない状態を想定して評価する。
 - (2) 「4 はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。
 - (3) 「5 睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があつて個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。
 - (4) 「6 食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定して評価する。
 - (5) 「7 排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。
 - (6) 「8 著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

医療度判定スコア

- 1 患者特性に応じた個別的治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点
 - (1) 多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。
 - (2) 当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記載。

- (3) 患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

2 行動障害に対する専門医療の実施有無

- (1) の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬 (mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。
- (2) は行動療法・動作法・TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

3 神経・精神疾患の合併状態

- (1) の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般 (自閉症スペクトラム障害全般) を指す。
- (2) の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は2 - (1)と同様。

4 身体疾患の合併状態

- (1) は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。
- (2) は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。
- (3) の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (1) 、 、 はいずれか一つをチェックする。
- (2) の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

6 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は5点とみなす。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

届出番号	
連絡先	
担当者氏名：	
電話番号：	
(届出事項)	
[] の施設基準に係る届出	
<p>当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p>当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p>当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p>当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: right;">開設者名 印</p> <p style="text-align: center;">殿</p>	
<p>備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 には、適合する場合「✓」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、正副 2 通提出のこと。</p>	

- 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7）
第1	夜間・早朝等加算		年 月		様式1
2	地域医療貢献加算		年 月		様式2
2の2	明細書発行体制等加算		年 月		様式2の2
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料		年 月		様式3
4	歯科外来診療環境体制加算		年 月		様式4
4の2	障害者歯科医療連携加算		年 月		様式4の2
5	一般病棟入院基本料		年 月	}	様式5～11
5	療養病棟入院基本料		年 月		
5	結核病棟入院基本料		年 月		
5	精神病棟入院基本料		年 月		
5	特定機能病院入院基本料		年 月		
5	専門病院入院基本料		年 月		
5	障害者施設等入院基本料		年 月		
5	有床診療所入院基本料		年 月	}	様式5,12～12の6
5	有床診療所療養病床入院基本料		年 月		
第1	総合入院体制加算		年 月		様式13及び13の2
2	臨床研修病院入院診療加算		年 月		様式14又は14の2
2の2	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算		年 月		様式14の3
3	超急性期脳卒中加算		年 月		様式15
3の2	妊産婦緊急搬送入院加算		年 月		様式16
4	診療録管理体制加算		年 月		様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算		年 月		様式13の2,18,18の2
4の3	急性期看護補助体制加算		年 月		様式8,9,10,13の2,18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算		年 月		様式9,19,20
9	療養環境加算		年 月		様式22
10	重症者等療養環境特別加算		年 月		様式23,23の2
11	療養病棟療養環境加算1		年 月	}	様式24,24の2
11	療養病棟療養環境加算2		年 月		
11	療養病棟療養環境加算3		年 月		
11	療養病棟療養環境加算4		年 月		
12	診療所療養病床療養環境加算1		年 月		様式25
12	診療所療養病床療養環境加算2		年 月		様式25

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
13	重症皮膚潰瘍管理加算		年 月		様式26
14	緩和ケア診療加算		年 月		様式20,27
15	精神科応急入院施設管理加算		年 月		様式9,20,28
16	精神病棟入院時医学管理加算		年 月		様式29
16の2	精神科地域移行実施加算		年 月		様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算		年 月		様式31
17	児童・思春期精神科入院医療管理加算		年 月		様式9,32
17の2	強度行動障害入院医療管理加算		年 月		様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算		年 月		様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算		年 月		様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算		年 月		様式33
19	栄養管理実施加算		年 月		様式34
19の2	栄養サポートチーム加算		年 月		様式13の2,34の2
20	医療安全対策加算		年 月		様式35
20	感染防止対策加算		年 月		様式35の2
21	褥瘡患者管理加算		年 月		様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算		年 月		様式37
22の2	ハイリスク妊婦管理加算		年 月		様式38
23	ハイリスク分娩管理加算		年 月		様式13の2,20,38
24	慢性期病棟等退院調整加算		年 月		様式39
24の2	急性期病棟等退院調整加算		年 月		様式39
24の3	新生児特定集中治療室退院調整加算		年 月		様式39
24の4	救急搬送患者地域連携紹介加算		年 月		様式39の2
24の5	救急搬送患者地域連携受入加算		年 月		様式39の2
25	総合評価加算		年 月		様式40
26	呼吸ケアチーム加算		年 月		様式13の2,様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算		年 月		様式40の3
27	地域歯科診療支援病院入院加算		年 月		様式41
第1	救命救急入院料		年 月		様式13の2,20,42
2	特定集中治療室管理料		年 月		様式20,42,43
3	ハイケアユニット入院医療管理料		年 月		様式20,44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料		年 月		様式20,45
5	新生児特定集中治療室管理料		年 月		様式20,42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料		年 月		様式20,42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料		年 月		様式20,42の2,45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料		年 月		様式8,9.46
9	特殊疾患入院医療管理料		年 月		様式9,20,47
10	小児入院医療管理料1		年 月		
10	小児入院医療管理料2		年 月		様式9,13の2,48~48の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
10	小児入院医療管理料 3		年 月		}
10	小児入院医療管理料 4		年 月		
10	小児入院医療管理料 5		年 月		
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1		年 月		} 様式8,9,20
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2		年 月		
12	亜急性期入院医療管理料 1		年 月		} 様式9,20,
12	亜急性期入院医療管理料 2		年 月		
13	特殊疾患病棟入院料 1		年 月		様式9,20,24の2,51
13	特殊疾患病棟入院料 2		年 月		様式9,20,24の2,51
14	緩和ケア病棟入院料		年 月		様式9,20,52
15	精神科救急入院料		年 月		様式8,9,20,53,54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1		年 月		} 様式9,20,53
16	精神科急性期治療病棟入院料 2		年 月		
16の2	精神科救急・合併症入院料		年 月		様式9,20,53,55
17	精神療養病棟入院料		年 月		様式9,20,24の2
19	認知症治療病棟入院料 1		年 月		} 様式9,20,56
19	認知症治療病棟入院料 2		年 月		
	短期滞在手術基本料 1		年 月		} 様式9,58
	短期滞在手術基本料 2		年 月		

様式21、57は欠番

様式 10 の 2

7 対 1 入院基本料における常勤の医師の員数に係る届出書添付書類

届出する入院基本料の欄にチェックし、(A) ~ (D) に係る事項について記載すること。

欄	届出入院料	(A) 病棟数	(B) 病床数	(C) 1 日平均 入院患者数	(C) × (10 / 100)	(D) 医師数 2
	一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料			1		
	結核病棟 入院基本料					

1 算出に係る期間を記入 (年 月 日 ~ 年 月 日)

2 (D) 医師数 -

= 当該病院における全体の常勤の医師数 _____ 名

= 7 対 1 入院基本料以外の病床に係る医師数 _____ 名

(1) 一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の の計算方法

{ (ア - イ) / 16 + ウ / 16 + エ / 48 + オ / 48 }

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____ 名

イ 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数 _____ 名

ウ 結核病床に入院する患者数 _____ 名

エ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

オ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

(2) 結核病棟入院基本料の場合の の計算方法

{ ア / 16 + イ / 48 + ウ / 48 }

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____ 名

イ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

ウ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

		区 分	病 床 数	入 院 患 者 数		備 考
				届 出 時	1 日 平 均 入院患者数	
入 病 院 床 患 者 数 及 び	総 数		床	名	名	1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日
	内 訳	一般病床	床	名	名	
		療養病床	床	名	名	
看 護 要 員 数			看 護 師 ・ 准 看 護 師		看 護 補 助 者	
			入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務	入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務
	総 数	名	名	名	名	
	内 訳	一般病床	名	名		
		療養病床	名	名	名	名
上記以外の勤務			名		名	
勤 務 形 態 (該 当 す る も の に 印) (時 間 帯 を 記 入)		時 間 帯 区 分				
		当直制	・	交代制	・	その他
		(: ~ :)		(: ~ :)		(: ~ :)
有床診療所入院基本料の 夜間緊急体制確保加算に 係る夜間の緊急体制確保 の実施の有無		(有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には 1 , 2 又は 3 を記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。
- 3 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 4 様式 12 の 2 を添付すること。
- 5 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の 3 から12の 6 までを添付すること。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「 2 2 」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

2 医師の名簿（ 2 名以上）

	保険医登録番号	氏 名	勤務の態様	週平均勤務時間数	1 日平均勤務時間数
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		
			{ 常 勤 非常勤		

所定労働時間 _____ 時間 / 週

[届出上の注意]

「 1 」について、 を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「 2 2 」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
--	---------------------------------------

[届出上の注意]

1 又は 2 において、 を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分（該当区分に をつけること。）

15 対 1, 20 対 1, 25 対 1, 50 対 1, 75 対 1, 100 対 1

2 医師事務作業補助者の配置

保険医療機関の届出病床数（一般病床） 一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。	床
医師事務作業補助者の数 /（ で記載した値）で小数点第一位を四捨五入した数以上 であること。	名
医師事務作業補助者の配置	: 1

3 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名

4 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低 6 ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に 3 2 時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

5 院内規定の整備について（満たしているものに をつける）

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。	
院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。	
医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。	
診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。	
個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。	
<p>院内に電子カルテシステム又はオーダリングシステムを導入しており、そのシステム上において、6 の に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に に✓をつけること。）</p>	

電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。

電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）
電子カルテシステムのみ
オーダリングシステムのみ

6 急性期医療に関する事項

第三次救急医療機関		
総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
小児救急医療拠点病院		
年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院	年間	名
災害拠点病院		
へき地医療拠点病院		
地域医療支援病院		
年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間	名
年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間	件
年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院	年間	名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 「2」については、様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 「4」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 「5」の については、様式 13 の 2 「病院勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 「5」の から については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 「5」の については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 15 対 1 又は 20 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「6」の ～ のいずれかを満たすこと。25 対 1 又は 50 対 1 補助体制加算を届け出る場合には、～ のいずれかを満たすこと。75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には ～ のいずれかを満たすこと。
- 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 「6」の ～ 、 ～ に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 専従の褥瘡管理者

氏 名	勤 務 時 間	所属部署・診療科等

2 その他（次の要件を満たす項目に をつけること。）

ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。

イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。

ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。

エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。

オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

[記載上の注意]

- 専従の褥瘡管理者の 5 年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
- 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を 2 人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。

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

治療室名			備考
病床数		床	入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年月
入室患者の状況	入室患者延べ数	名	
	のうち重症者等の延べ数	名	
	重症者等の割合 (/)	%	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに作成すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入室患者延べ数に含めない。
- 3 重症者等とは、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、又は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 重症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。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 (19 日であること)	日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入院患者の状況	入室患者延べ数の算出期間(1カ月) 年 月
入室患者延べ数	名
・ うち重症度・看護必要度の基準を満たす患者延べ数	名
重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合 /	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 重症度・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙18の「重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、又は患者の状況等に係る得点が「7点以上」である患者をいう。
- 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。
- 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式20を添付すること。なお、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。
- 重症度・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。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の常勤医師名							
当該治療室の病床数		床					
当該治療室の入院患者の状況		入室患者延べ数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
入室患者延べ数		名					
のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数		名					
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合(/)		%					
当該治療室の従事者	看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
	理学療法士 又は 作業療法士					名	
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等							
救急蘇生装置							
除細動器							
心電計							
呼吸循環監視装置							
当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等							
CT							
MRI							
脳血管造影装置							
当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無		脳血管疾患等リハビリテーション()有・無					

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料()、()又は()の届出書の写しを添付すること。
- 4 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、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。
- 5 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の常勤医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成22年3月5日保医発0305第3号)

第2 届出に関する手続き

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

(4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「高齢者医療確保法」という。)第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」(平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

がん~~治療~~診療連携計画策定料 (がん計)第 号
難病患者リハビリテーション料 (難)第 号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)
(顎移)第 号

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成22年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成22年3月31日において現に表1に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料(表2を含む。)を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成22年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成22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が必要でないもの

地域連携診療計画退院時指導料		地域連携診療計画退院時指導料()
コンピューター断層診断(CT撮影)のマルチスライス型の機器による場合	—	コンピューター断層撮影(CT撮影)の16列未満のマルチスライス型の機器による場合
運動器リハビリテーション料()、()		運動器リハビリテーション料()、()

特掲診療料の施設基準等

第 1 ウイルス疾患指導料

2 届出に関する事項

- (3) 1の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び1の(4)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第 8 開放型病院共同指導料

1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

- (5) 地域医療支援病院にあっては、上記(1)から(4)までを満たしているものとして取り扱う。

第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

4 ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

- イ 妊娠~~30~~週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。
- (ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの

第14 在宅療養支援歯科診療所

2 届出に関する事項

- (2) 在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出を行う場合の研修に係る記載については、訪問歯科診療に係る診療実績が1年を超える保険医療機関の保険医に限り、医療関係機関団体等が主催した在宅歯科診療及び口腔機能の向上に係る研修を受講していることをもって足りるものとし、その旨が確認できる文書を添付すること。ただし、この場合であっても、1の(2)に規定するとおり、当該保険医は、地方自治体及び医療関係団体等が主催する高齢者の心身の特性、緊急時の対応及び高齢者の口腔機能の在り方(管理計画の立案等を含む。)を含む研修を速やかに追加して受講することとなるものであり、当該研修の受講後は、当該研修を受講したことが確認できる文書を添付して各地方厚生(支)局長に届け出ること。

第18 血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査)

1 血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査)に関する施設基準

検体検査管理加算()、()又は()の施設基準に準ずる。

2 届出に関する事項

血液細胞核酸増幅同定検査 (造血器腫瘍核酸増幅同定検査)の施設基準に係る届出は、別添2 の様式22を用いること。

第26の2 神経学的検査

1 神経学的検査に関する施設基準

- (1) 神経内科、脳神経外科又は~~小児神経科（神経小児科）~~を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科、脳神経外科又は~~小児神経科（神経小児科）~~を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。

第29 小児食物アレルギー負荷検査

2 届出に関する事項

- (2) 小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験がわかるものを添付すること。

第37 外来化学療法加算

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料()

1 脳血管疾患等リハビリテーション料()に関する施設基準

(8) 年に1回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添2の様式42の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 届出に関する事項

- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）~~等及び勤務時間~~を別添2の様式44の2を用いて提出すること。~~なお、従事者が脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する者である場合は勤務歴等を備考欄に記載すること。~~
- ~~(3)~~(4) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション料()

1 脳血管疾患等リハビリテーション料()に関する施設基準

(7) 年に1回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添2の様式42の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

第41 脳血管疾患等リハビリテーション料()

1 脳血管疾患等リハビリテーション料()に関する施設基準

(7)年に1回、脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況を別添2の様式42の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

第44 呼吸器リハビリテーション料()

1 呼吸器リハビリテーション料()に関する施設基準

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については100平方メートル以上、診療所については45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

第61の2 上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)

1 上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)に関する施設基準

(2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。

第64 経皮的中隔心筋焼灼術

1 経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

(2) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈~~粥腫血栓~~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の医師が1名以上配置されていること。

(5) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈~~粥腫血栓~~切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計100例以上実施していること。

2 届出に関する事項

(1) 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前1年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈~~粥腫血栓~~切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添2の様式52及び様式60を用いて提出すること。

第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

腹腔鏡下小切開~~副~~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)悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第76の2 腹腔鏡下小切開副腎摘出術の例による。

第77の3 同種死体腎移植術

2 届出に関する事項

- (2) (社)日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

- 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
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	院内トリアージ加算		年 月		7
6の2	地域連携夜間・休日診療料		年 月		7の2
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
10	地域連携診療計画管理料		年 月		12,12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料()		年 月		12の2,12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料()		年 月		12の3,12の4
11	ハイリスク妊産婦共同管理料()		年 月		13
11の2	がん治療連携計画策定料		年 月		13の2,13の4
11の2	がん治療連携指導料		年 月		13の3,13の4
11の3	認知症専門診断管理料		年 月		13の5
11の4	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	医薬品安全性情報等管理体制加算		年 月		14の2
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
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
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	在宅末期医療総合診療料		年 月		20

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）
16の2	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	血液細胞核酸増幅同定検査		年 月		22
18の2	H P V 核酸同定検査		年 月		22の2
19	検体検査管理加算（ ）		年 月		22
19の2	検体検査管理加算（ ）		年 月		22
20	検体検査管理加算（ ）		年 月		22
20の2	検体検査管理加算（ ）		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	埋込型心電図検査		年 月		24の2
22の3	胎児心エコー法		年 月		24の3,4
23	人工臓臓		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	神経磁気診断		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
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
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	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）		年 月		33
32	遠隔画像診断		年 月		34又は35
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C T撮影加算		年 月		38
35の2	外傷全身C T加算		年 月		38
36	心臓M R I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	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		年 月		41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		年 月		41, 44の2

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）
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
43の2	運動器リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（ ）		年 月		42, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料		年 月		43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料		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	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	精神科デイケア「大規模なもの」		年 月		46, 4
52	精神科デイケア「小規模なもの」		年 月		46, 4
53	精神科ナイトケア		年 月		46, 4
54	精神科ナイトケア		年 月		46, 4
55	重度認知症患者デイケア料		年 月		47
56	医療保護入院等診療料		年 月		48
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）		年 月		49
57	イソールの局所注入（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
57の5	歯科技工加算		年 月		50の2
57の6	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算		年 月		50の3, 52, 4
58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）		年 月		51, 52, 4
59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）		年 月		52, 53, 4
59の2	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
61	人工内耳埋込術		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。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）		年 月		52, 56, 4
61の3	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
62	同種死体肺移植術		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)
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(高速回転式経皮経管アテクトミ-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	ハ-スメ-カ-移植術及びハ-スメ-カ-交換術		年 月		24
65の2	埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術		年 月		24の2
66	両心室ハ-スメ-カ-移植術及び両心室ハ-スメ-カ-交換術		年 月		52, 61, 4
67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術		年 月		52, 62, 4
67の2	両室ハ-シ-ク機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ハ-シ-ク機能付き埋込型除細動器交換術		年 月		52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンプ法(IABP法)		年 月		24
69	補助人工心臓		年 月		52, 64, 4
70	埋込型補助人工心臓		年 月		52, 65, 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	経皮の大動脈遮断術		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	体外衝撃波胆石破碎術		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
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術		年 月		57
76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術		年 月		52, 68, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術		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	同種死体腎移植術		年 月		57
77の4	生体腎移植術		年 月		52, 69
77の5	膀胱水圧拡張術		年 月		52, 69の2, 4
77の6	焦点式高エネルギー超音波療法		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
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		年 月		73
80	輸血管理料		年 月		73
80の2	歯周組織再生誘導手術		年 月		74
80の3	手術時歯根面レーザー応用加算		年 月		74の2
81	麻酔管理料()、麻酔管理料()		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

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）
83	高エネルギー放射線治療		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（IGRT）		年 月		78の2
84	直線加速器による定位放射線治療		年 月		79
84の2	テレパノジによる術中迅速病理組織標本作製		年 月		80
84の3	テレパノジによる術中迅速細胞診		年 月		80
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
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

様式16は欠番

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 当該診療所における24時間の直接連絡を受ける体制（次のいずれかに をつけ、医師名等を記入すること。）</p> <p>(1) 担当者が固定している場合</p> <p>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当医師名： ・看護職員名： ・連絡先：
<p>2 24時間往診が可能な体制（次のいずれかに をつけ、(2)の場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当医師名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・担当医師名：
<p>3 24時間訪問看護が可能な体制（(2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先： <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先：
<p>4 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）</p> <p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者：
<p>5 次の項目に対応可能である場合に をつけること。</p> <p>(1) 「2」及び「3」により、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書（電子媒体を含む。）により随時提出すること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>

[記載上の注意]

- 1 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 2 当該届出を行う場合には、「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（様式19）」及び「在宅末期医療総合診療料（様式20）」の届出が行われているかについて留意すること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

--

2 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連絡方法	

[記載上の注意]

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

光トポグラフィー
 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 の施設基準に係る届出書添付書類

該当する届出事項を で囲むこと。

1	届出種別	・新規届出(実績期間 ・再度の届出(実績期間 ・機器増設による届出(実績期間	年	月	~	年	月
			年	月	~	年	月
			年	月	~	年	月
2	届出年月日	平成	年	月	日		
3	施設共同利用率の算定						
	当該検査機器を使用した全患者数						
							名
	当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数						
							名
	特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数						
							名
	施設共同利用率 = (-) / (-) × 100%						
	= <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>						%

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
 - 2 「3」の による施設利用率が20%以上であること。
- なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

様式35

遠隔画像診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

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

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

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

[記載上の注意]

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

[記載上の注意]

- 1 「 1 」は、特掲施設基準通知第 2 の 4 の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「 1 」経歴(当該画像診断に係る経験(関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等)、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの)を添付すること
- 3 「 3 」については、施設共同利用率が 2 0 % 以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「 4 」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I . . 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 2 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。

重度認知症**患者**デイ・ケア**料**の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名：) (職名：)	常勤	名 名	非常勤	名 名

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

[記載上の注意]

- 1 重度認知症**患者**デイ・ケア**料**の従事者の氏名、勤務の形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。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。） 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の形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。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・常勤の形成外科の医師
 - ・常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師

- 2 「2」から「3」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 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。

経皮的中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。

両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器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数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		
		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		
		例 例
5 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修終了年月日
6 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）		
(1) 血液学的検査		
(2) 生化学的検査		
(3) 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 」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
 - ・所定の研修を終了している常勤医師また、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終了の有無がわかるもの）を添付すること。
- 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72

医科点数表第2章第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）及び6に掲げる手術の施設基準に係る届出書添付書類

1. 次の事項を満たしている場合には、 を付けること。

ア	手術（医科点数表第2章第10部手術の通則の5（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術を含む当該保険医療機関において実施する全ての手術）を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供している。
イ	アにより説明した内容について、患者に文書（書式様式は任意）で交付するとともに、当該交付した文書を診療録に添付している。

2. 院内掲示をする手術件数

・区分1に分類される手術

手術の件数

ア	頭蓋内腫瘍摘出術等	
イ	黄斑下手術等	
ウ	鼓室形成手術等	
エ	肺悪性腫瘍手術等	
オ	経皮的カテーテル心筋焼灼術	

・区分2に分類される手術

手術の件数

ア	靭帯断裂形成手術等	
イ	水頭症手術等	
ウ	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等	
エ	尿道形成手術等	
オ	角膜移植術	
カ	肝切除術等	
キ	子宮附属器悪性腫瘍手術等	

・区分3に分類される手術

手術の件数

ア	上顎骨形成術等	
イ	上顎骨悪性腫瘍手術等	
ウ	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）	
エ	母指化手術等	
オ	内反足手術等	
カ	食道切除再建術等	
キ	同種死体腎移植術等	

・その他の区分に分類される手術

手術の件数

人工関節置換術	
乳児外科施設基準対象手術	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	
冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術	
経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術及び 経皮的冠動脈ステント留置術	

備考 1. 院内掲示する文書の写しを添付すること。

2. 同種腎移植術等（移植用腎採取術（生体）及び同種腎移植術をいう。）の実施について、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

直線加速器による定位放射線治療の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（5年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用CT装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「4」の担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤加算 の種類	() 基準調剤加算 1 () 基準調剤加算 2 (いずれかに を付す)
1	薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況
2	薬局における情報提供に必要な体制の整備状況
3	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
4	薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
5	在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
6	備蓄品目数 () (1 の場合は500以上、 2 の場合は700以上)
7	全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ~ 年 月 受付回数 : 主たる医療機関の回数 : 割合 (/) :
8	麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「 1 」については、薬剤服用歴管理記録の見本を添付すること。
- 2 「 2 」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、FAX、Eメール等）の一覧を添付すること。
- 3 「 3 」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 4 「 4 」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 5 「 5 」については、地方厚生（支）局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 6 「 6 」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「 7 」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 8 「 7 」及び「 8 」については、基準調剤加算 2 に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(平成22年3月5日保医発0305第5号)

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

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

(57) 微線維性コラーゲン

ア 微線維性コラーゲンは、肝、脾、脾、脳、脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部、大動脈切開縫合吻合部(人工血管を含む。)、心臓切開縫合閉鎖部、心臓表面、A Cバイパス吻合部、胸骨断面、肺切離面、胸膜~~剥離~~面及び縦隔リンパ節郭清部、関節手術における骨切り面、子宮実質、膀胱・骨盤内腹膜・直腸~~剥離~~面、傍大動脈リンパ節郭清部、骨盤内リンパ節郭清部、骨盤底又は骨盤壁からの出血で、結紮、レーザーメス又は通常の処置による止血が無効又は実施できない場合において、止血に使用した場合に算定する。

(67) 血管内手術用カテーテル

ウ 塞栓用コイル・コイル・特殊型については、所定の研修を~~終~~修了した医師が実施した場合に限り算定できる。

(75) 大動脈用ステントグラフト

ア 腹部大動脈用ステントグラフトは腹部大動脈瘤~~及び胸部大動脈瘤~~に対して外科手術による治療が第一選択とならない患者で、かつ、当該材料の解剖学的適応を満たす患者に対して、ステントグラフト内挿術が行われた場合にのみ算定できる。

なお、腹部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準拠すること。また、腹部大動脈瘤の治療を目的とした外科手術を比較的安全に行うことが可能な患者に対しては、外科手術を第一選択として治療方法を選択すること。算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に外科手術が第一選択とならない旨、及び当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。

~~イ 大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準拠すること。~~

ウイ 胸部大動脈用ステントグラフトは、1回の手術に対し1個を限度として算定できる。なお、以下の場合には1回の手術に対して2個を限度として算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の「摘要」欄に複数個の当該材料による治療が適応となる旨を記載すること。また、胸部大動脈用ステントグラフトを使用するに当たっては、関係学会の定める当該材料の実施基準に準拠すること。

(79) 胸郭変形矯正用材料

イ セットは1回の手術につき2セットを限度として算定できる。なお、医学的根拠に基づき~~これ以上の~~3セット以上を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的根拠を詳細に記載すること。

ウ 固定クリップ(伸展術時交換用)は1セット~~あ~~当たり2個を上限として算定でき

る。

(82) 埋込型心電図記録計

短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

(83) 合成吸収性硬膜補強材

本材料は5m⁺Lを＝1単位とする。

6 経過措置について

- (1) 「特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準について」（平成22年2月12日保発0212第10号）第4章2の規定に基づき、再算定が行われた~~固定用内副子（プレート）、大腿骨外側固定用内副子、下肢再建用人工関節用材料、髓内釘、固定用金属線、生体弁、弁付きグラフト（生体弁）、及び人工心肺回路、血管内手術用カテーテル、人工血管及び胆道結石除去用カテーテルセット~~について、特定保険医療材料の安定的な供給を確保する観点から、段階的に価格を引き下げるよう経過措置を設けたところである。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（平成22年3月5日保医発0305第6号）

3 材料価格基準の別表の に規定する特定保険医療材料について

- (9) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 049に規定するものであり、光重合型複合レジン（充填用・硬化後フィラー60%以上）及び光重合型充填用レジン強化グラスアイオノマー並びに初期う蝕小窩裂溝填塞材で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (17) ガリウムアロイGF及びガリウムアロイGF については、銀錫アマルガムと同様の取扱~~い~~いとすること。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成22年3月5日保医発0305第7号)

(別表)

医科点数表関係
手術

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義			その他の条件	対応する診療報酬項目
	薬事法承認上の位置付け		一般的名称		
	類 別				
レーザー手術装置 ()	機械器具(31) 医療用焼灼器	クリプトンレーザー ダイオードレーザー ヘリウム・カドミウム レーザー KTPレーザー PDTエキシマレーザー	光線力学療法が可能な波長630nmのエキシマ・ダイレーザー又はYAG・OPOLレーザーであるもの	K 510-2 K 526-3 K 653-4 K 872-5	光線力学療法 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法 内視鏡的表在性早期胃悪性腫瘍光線力学療法 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法
レーザー手術装置 ()	機械器具(12) 理学診療用器具 機械器具(31) 医療用焼灼器	体内挿入式レーザー結石破砕装置 色素レーザー ホルミウム・ヤグレーザ バルスホルミウム・ヤグレーザ 色素・アレキサンドライトレーザー	経皮的尿路結石破砕が可能なもの	K 781	経尿道的尿路結石除去術
病変識別マーカ	医療用品(4) 整形用品	植込み型病変識別マーカ	肺癌に対する放射線治療において、局所制御率の向上を目的に経内視鏡的に留置する金マーカであり、体表電極から発生する微弱な電気信号を体外ペースメーカー用カテーテル電極(磁気センサーを有するものを除く。)等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することが可能なもの	K 509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術
心臓内三次元画像構築装置	機械器具(21) 内臓機能検査用器具	心臓カテーテル用検査装置	体表電極から発生する微弱な電気信号を体外ペースメーカー用カテーテル電極(磁気センサーを有するものを除く。)等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することが可能なもの	K 595	経皮的気管焼灼術(三次元カラーマッピング加算)
体外型心臓ペースメーカー	機械器具(7) 内臓機能代用器	侵襲式体外型心臓ペースメーカー 非侵襲式体外型心臓ペースメーカー 経食道体外型心臓ペースメーカー	不整脈の補正(心臓ペースキング)が可能なもの	K 596	体外ペースメーカーキング
マイクロ波手術器	機械器具(29) 電気手術器	焼灼術用電気手術ユニット	マイクロ波により組織の止血及び凝固が可能なもの	K 697-2 K 695	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法 肝切除術
ラジオ波手術器	機械器具(29) 電気手術器	治療用電気手術器	ラジオ波により組織の凝固が可能なもの	K 697-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法
結紮器及び縫合器	機械器具(30) 結紮器及び縫合器	体内固定用組織ステーブル	直腸粘膜の環状切除及び吻合が可能なもの	K 743	痔核手術(脱肛を含む。) 5 PPH
体外式衝撃波結石破砕装置 ()	機械器具(12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置 微小火薬挿入式結石破砕装置	胆石の破砕が可能なもの	K 678	体外衝撃波胆石破砕術
体外式衝撃波結石破砕装置 ()	機械器具(12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置 微小火薬挿入式結石破砕装置	腎・尿管結石の破砕が可能なもの	K 768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
体外式衝撃波結石破砕装置 ()	機械器具(12) 理学診療用器具	体外式結石破砕装置 微小火薬挿入式結石破砕装置	胆石及び腎・尿管結石の破砕が可能なもの	K 678 K 768	体外衝撃波胆石破砕術 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
恥骨固定式膀胱頸部吊上術用装置	機械器具(30) 結紮器及び縫合器	尿失禁挙上針	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うことが可能なもの	K 823	尿失禁手術 1 恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの
経尿道的前立腺高温度治療装置	機械器具(12) 理学診療用器具	高周波式ハイパサーミアシステム マイクロ波ハイパサーミアシステム	経尿道的にアプリケーションを挿入して前立腺肥大組織を45度以上まで加温することができるもの	K 841-3	経尿道的前立腺高温度治療
超音波治療器	機械器具(12) 理学診療用器具	超音波治療器	経肛門的にプローベを挿入して、超音波により前立腺肥大組織を60度以上まで加熱することができるもの	K 841-4	焦点式高エネルギー超音波療法
分娩用吸引器	機械器具(32) 医療用吸引器	分娩用吸引器 手動式分娩用吸引器	吸引娩出に用いられるもの	K 893	吸引娩出術
自家輸血装置	機械器具(7) 内臓機能代用器	自己血回収装置 単回使用自己血回収キット	術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄又は濾過を行い、患者の体内に戻すことが可能なもの	K 923	術中術後自己血回収術(自己血回収器具によるもの)
超音波手術器	機械器具(12) 理学診療用器具	超音波吸引手術器	超音波により組織の凝固、切開又は破砕が可能なもの	K 931	超音波凝固切開装置等加算
電気手術器	機械器具(29) 電気手術器	治療用電気手術器	電気により血管及び組織の閉鎖又は剥離が可能なもの	K 931	超音波凝固切開装置等加算

麻 酔

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義			その他の条件	対応する診療報酬項目
	薬事法承認上の位置付け		一般的名称		
	類 別				
麻酔器()	機械器具(5) 麻酔器並びに麻酔器用呼吸囊及びガス吸引かん	吸入無痛法ユニット 歯科用麻酔ガス送入ユニット 医用ガス調整器 混合ガス麻酔器	吸入麻酔が可能なもの	L 000	迷もう麻酔
麻酔器()	機械器具(5) 麻酔器並びに麻酔器用呼吸囊及びガス吸引かん	電気麻酔用刺激装置 閉鎖循環式麻酔システム	閉鎖循環式全身麻酔が可能なもの	L 008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

特定保険医療材料の定義について
(平成22年3月5日保医発0305第8号)

(別表)

医科点数表の第2章第3部、第4部、第6部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格

021 中心静脈用カテーテル

(3) 機能区分の定義

標準型

ウ マルチルーメン(スルーザカニューラ型)

次のいずれにも該当すること。

＝_から に該当しないこと。

エ マルチルーメン(セルジンガー型)

次のいずれにも該当すること。

＝_から に該当しないこと。

042 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル

(3) 機能区分の定義

シングルルーメン・交換用

次のいずれにも該当すること。

イ ダブルルーメン以上・~~特殊~~一般型の交換用として使用するものであること。

055 副鼻腔炎治療用カテーテル

定義

次のいずれにも該当すること。

(1) 薬事法承認~~受~~又は認証上、類別が「機械器具(51)医療用嘴管及び体液誘導管」であって、一般的名称が「その他のチューブ及びカテーテル」であること。

056 副木

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

薬事法承認~~受~~又は認証上、類別が「医療用品(5)副木」であって、一般的名称が「足指セパレータ」、「腱膜瘤防護具」、「手・指用副木」、「伸縮式手足用副木」、「鼻腔内副木」、「成形副木」、「単回使用パッド入り副木」、「真空成形型式副木」、「体外式鼻用副木」又は「成形型副木」であること。

「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準
並びに入院基本料の算定方法について」の一部改正について
(平成22年3月19日保医発0319第3号)

1 第1の2の本文中「特別入院基本料」とあるのを「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。）」に改める。

2 第1の2の(1)中「後期高齢者特定入院基本料」とあるのを「特定入院基本料」に改める。

3 第2の2を次のように改める。

2 離島等所在保険医療機関の場合

次に掲げる地域を含む市町村に所在する保険医療機関(以下「離島等所在保険医療機関」という。)であって、別紙2に規定する基準に該当するものについては、医科点数表又は歯科点数表に規定する入院基本料の所定点数に、別紙2の各欄に規定する数を乗じて得た点数とする。

イ 奄美群島振興開発特別措置法(昭和~~29~~三十九年法律第~~189~~百八十九号)第~~1~~一条に規定する奄美群島の地域

オ 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和~~44~~四十四年法律第~~79~~七十九号)第~~2~~三条第~~1~~一項に規定する小笠原諸島の地域

キ 沖縄振興特別措置法(平成~~14~~十四年法律第~~14~~十四号)第~~3~~三条第~~3~~三号に規定する離島

4 第3の1中「特別入院基本料」とあるのを「特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料をふくむ。）」に改める。

5 別添1の3を次のように改める。

(参考)

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について
(平成18年3月23日保医発第0323003号・抜粋)

第1 入院患者数の基準及び入院基本料の算定方法

- 2 入院基本料(第3の3により届出された入院基本料及び特別入院基本料(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。以下第1の2及び第2において同じ。)の計算方法については、当該保険医療機関に入院する患者について算定すべき入院基本料の種別ごとに次のとおりとする。

第3 届出等との関連

- 1 次に掲げる保険医療機関については、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。以下第3において同じ。)に係る届出及び特定入院料に係る届出並びに入院時食事療養()又は入院時生活療養()の届出を受理しない。

「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22年3月26日保医発0326第3号)

別紙1

診療報酬請求書等の記載要領

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

(24) 「投薬」欄について

イ 入院外分について

(サ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。なお、処方期間が28日以上であって、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。

(26) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

イ 麻酔等(麻酔に伴う前処置を含む。)に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位(%, mL又はmg等)及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生(支)局長に届け出た単価(単位 円・銭)(酸素のみ)及び当該請求に係る使用量(単位 リットル)を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること(酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。)

〔記載例〕

例1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

処置名 人工腎臓 2 ~~4~~ その他 ~~4時間未満~~の場合

手技の加算 導入期加算

1,880 ~~2,375~~ × 1

(30) 「入院」欄について

キ 「入院基本料・加算」の項について

(カ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について、有床診療所一般病床初期加算、夜間の緊急体制確保、医師配置又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に **有**初、**有**緊、**有**医1、**有**医2、**有**看1、**有**看2、**有**夜看1 又は **有**夜看2 と表示すること。

ソ 「特定入院料・その他」の項について

(ク) 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・合併症入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者）であった者が、引き続き精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合、医療観察法による入院の開始日及び終了日を「摘要」欄に記載すること。また、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・合併症入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して非定型抗精神病薬加算1を算定する場合は、**非精**1 と表示し、非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て「摘要」欄に記載すること。非定型**抗**向精神病薬加算2を算定する場合は、**非精**2 と表示し、投与している非定型抗精神病薬を「摘要」欄に記載すること。精神療養病棟入院料において、重症加算を算定する場合は、**重症** と表示し、算定した日を「摘要」欄に記載すること。

歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「維持管」又は「補管」の字句を、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている保険医療機関は、「歯援診」を、歯科外来診療環境体制加算の届出を行っている保険医療機関は、「外来環」を、歯周組織再生誘導手術の届出を行っている保険医療機関は、「GTR」を、歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「医管」を、在宅患者歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「在歯管」を、う蝕歯無痛の窩洞形成加算の届出を行っている保険医療機関は、「う蝕無痛」を、障害者歯科医療連携加算の届出を行っている保険医療機関は「障連」を、手術時歯根面レーザー応用加算の届出を行っている保険医療機関は、「手術歯根」を、歯科技工加算の届出を行っている保険医療機関は、「歯技工」を、明細書発行体制等加算の届出を行っている保険医療機関は、「明細」をそれぞれで囲むこと。なお、電子計算機の場合、に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。以下、字句を で囲む場合及び 付きの略号を使用する場合も同様であること。

(21) 「管理」欄について

ア 歯科疾患管理料を算定した場合には、「歯管」の項に所定点数を記載すること。

また、歯科疾患管理料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合においては、「歯清」の項に当該加算点数を記載するとともに、歯科疾患管理料におけるフッ化物局所応用加算について

は「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。なお、初診月の翌月に1回目の歯科疾患管理料を算定した場合においては、「摘要」欄に「歯管1回目」と記載すること。機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨を記載するとともに、前回行った機械的歯面清掃の月を記載すること。

エ 新製有床義歯管理料、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定した場合には、「義管」の項にそれぞれの所定点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+ x」の項に加算点数及び回数を記載すること。有床義歯調整管理料を算定した場合は、「義管」の右欄に所定点数及び回数を記載すること。

また、新製有床義歯を装着後、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定する場合は、「摘要」欄に新製有床義歯を装着した月を記載すること。

(22) 「投薬・注射」欄について

セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定加算した点数及び回数を記載すること。

(23) 「X線・検査」欄について

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

ク 「その他」欄について

(イ) 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は 全デジ と表示し、枚数及びその合計点数を記載すること。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合は 単デジ、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合は パデジ と表示し、点数及び回数を記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影については、(ク)の電子画像管理加算に係る規定により記載すること。

(ク) 電子画像管理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は 電、歯科パノラマ断層撮影の場合は パ電、その他の場合は 他電 と表示し、それぞれ加算点数を 所定点数加算に合算した所定点数及び回数を記載すること。

(24) 「処置・手術」欄について

カ 歯周炎疾患において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯未満の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

ハ 歯の再植術又は歯の移植手術を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ソ 「ポンティック」欄について

(イ) 裏装ポンティック(ダミー)については、「裏装」の欄のうち、~~金銀パラジウム合金の~~前歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ前」の項に、小臼歯に対して金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用14カラット金合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

ト 「床修理」欄について

有床義歯の修理を行った場合は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。また、有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「+ x」の項に所定点数及び回数を記載すること。

ハ 「その他」欄について

(カ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は鑄造歯冠修復を算定した場合は、当該支台歯の部位と接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載を省略して差し支えない。

(27) 全体の「その他」欄について

ウ 歯科訪問診療において、初診料及び再診料の算定時に在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定した場合は、その旨、当該点数及び回数を記載すること。

カ 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、「在歯在管」と表示し、所定点数を記載すること。

(28) 「摘要」欄について

ネ 補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが脱離し、再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位、再度の装着日を記載すること。

「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」の一部改正について
(平成22年3月26日保医発0326第4号)

1 除菌前の感染診断

- (2) (1)に掲げる ~~及び又は~~ の検査を同時に実施した場合又は ~~及び~~、 ~~及び又は~~ のうちい
ずれか2つの検査を同時に実施した場合にあっては、(1)の規定にかかわらず ~~それぞれ~~ ~~また~~
~~2つ~~の所定点数 (+、+、+、+) を初回実施に限り算定することができる。

「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
連携する事項等について」の一部改正について
(平成22年3月30日保医発0330第1号)

様式3

有床診療所の施設基準に係る届出書添付書類

病床数及び入院患者数	区分	病床数	入院患者数		備考		
			届出時	1日平均入院患者数			
総数		床	名	名	1日平均入院患者数算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
内 訳	一般病床	床	名	名			
	療養病床	床	名	名			
	対象病床	床	名	名			
看護 要 員 数	看護師・准看護師		看護補助者				
	入院患者に対する勤務		入院患者以外との兼務	入院患者に対する勤務		入院患者以外との兼務	
	総数	名	名	名		名	
	内 訳	一般病床	名	名			
		療養病床	名	名		名	名
		対象病床	名	名		名	名
上記以外の勤務		名		名			
勤務形態 (該当するものに印) (時間帯を記入)		時間帯区分					
		当直制 ・ 交代制 ・ その他 (: ~ :) (: ~ :) (: ~ :)					

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には、1又は2を記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。
- 3 届出対象となる病床については、対象病床の欄に記入すること。
- 4 届出対象となる病室を枠で囲む等により明確にして、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。
- 5 一般病床での勤務、療養病床での勤務、それ以外の勤務を~~その他の病床、専用病床及び外来との兼務して~~を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。

「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22年3月30日保医発0330第2号)

- 1 保険医が、次の(1)から(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。
- (6) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供施設の設備及び運営に関する最低基準(昭和41年厚生省令第18号)第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設(定員111名以上の場合。以下同じ。)に配置されている医師~~児童福祉施設最低基準(昭和23年厚生省令第63号)第21条第1項又は第75条第1項の規定に基づき、乳児院(定員100名以上の場合。以下同じ。)~~又は情緒障害児短期治療施設に配置されている医師

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

平成22年4月版

目 次 (1 / 2)

	頁
光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項	1
1 光ディスクに関する事項	1
(1) マグネットオプティカルディスク (MO)	1
ア 媒体関連仕様	1
(ア) 媒体及び物理フォーマット	1
(イ) 論理フォーマット	1
(ウ) ファイル構成	1
イ 情報表記仕様	1
(ア) 提出ファイルの構成	1
(イ) 提出ファイル構成イメージ	3
(ウ) レコード形式	4
(エ) 内容を表現する文字の符号	5
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	6
(ア) 医療機関情報	6
(イ) レセプト共通情報	7
(ウ) レセプト情報	9
(エ) コーディングデータ情報	11
(オ) 診療報酬請求書情報	12
(2) コンパクトディスク (CD-R)	13
ア 媒体関連仕様	13
(ア) 媒体及び物理フォーマット	13
(イ) 論理フォーマット	13
(ウ) ファイル構成	13
イ 情報表記仕様	13
(ア) 提出ファイルの構成	13
(イ) 提出ファイル構成イメージ	13
(ウ) レコード形式	13
(エ) 内容を表現する文字の符号	13
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	13
(ア) 医療機関情報	13
(イ) レセプト共通情報	13
(ウ) レセプト情報	13
(エ) コーディングデータ情報	13
(オ) 診療報酬請求書情報	13
2 フレキシブルディスク (FD) に関する事項	14
(1) 媒体関連仕様	14
ア 媒体及び物理フォーマット	14
(ア) 媒体	14
(イ) 物理フォーマット	14
イ 論理フォーマット	14
ウ ファイル構成	14
(2) 情報表記仕様	14
ア 提出ファイルの構成	14
イ 提出ファイル構成イメージ	14
ウ レコード形式	14
エ 内容を表現する文字の符号	14
(3) 各種レコードの記録要領に関する事項	14
ア 医療機関情報	14
イ レセプト共通情報	14
ウ レセプト情報	14
エ コーディングデータ情報	14
オ 診療報酬請求書情報	14

目 次 (2 / 2)

	頁
別 表 各種コードに関する事項	1 5
別表 1 審査支払機関コード	1 5
別表 2 都道府県コード	1 6
別表 3 点数表コード	1 7
別表 4 診療科名コード	1 7
別表 5 年号区分コード	1 8
別表 6 レセプト種別コード (D P C)	1 9
別表 7 男女区分コード	2 0
別表 8 診療識別コード	2 1
別表 9 特定器材単位コード	2 2
別 添 電子媒体への表記	2 4

光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク若しくはフレキシブルディスクに係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク (MO)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S X 6 2 7 5 - 1 9 9 7 に適合する 9 0 m m 2 3 0 M B 又は J I S X 6 2 7 7 - 1 9 9 8 に適合する 9 0 m m 6 4 0 M B の光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除き J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1 ~ 8	名前	“CODING”
9 ~ 1 1	拡張名	“DPC”
1 2	属性	(00) 又は (20)
1 3 ~ 2 2	予約	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 3 ~ 2 4	記録時刻	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 5 ~ 2 6	記録日付	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 7 ~ 2 8	先頭クラスタ番号	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 9 ~ 3 2	ファイル長	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 1 6 進数は、0 から 9 及び A から F を括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

a ファイルは 1 ボリューム 1 ファイルとする。

b 1 ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

c ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

d レセプトファイルを構成するレセプトは、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトとする。

区 分	内 容
DPCレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象DPCレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

なお、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトは同一ファイルに記録する。

e ファイルは、医療機関情報、DPCレセプト、総括対象DPCレセプト及び診療報酬請求書情報により構成し、保険医療機関単位に医療機関情報、DPCレセプト又は総括対象DPC及び診療報酬請求書情報の順に記録する。

f 医療機関情報は、医療機関情報レコードにより構成する。

g 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードにより構成する。

h DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

i 総括対象DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

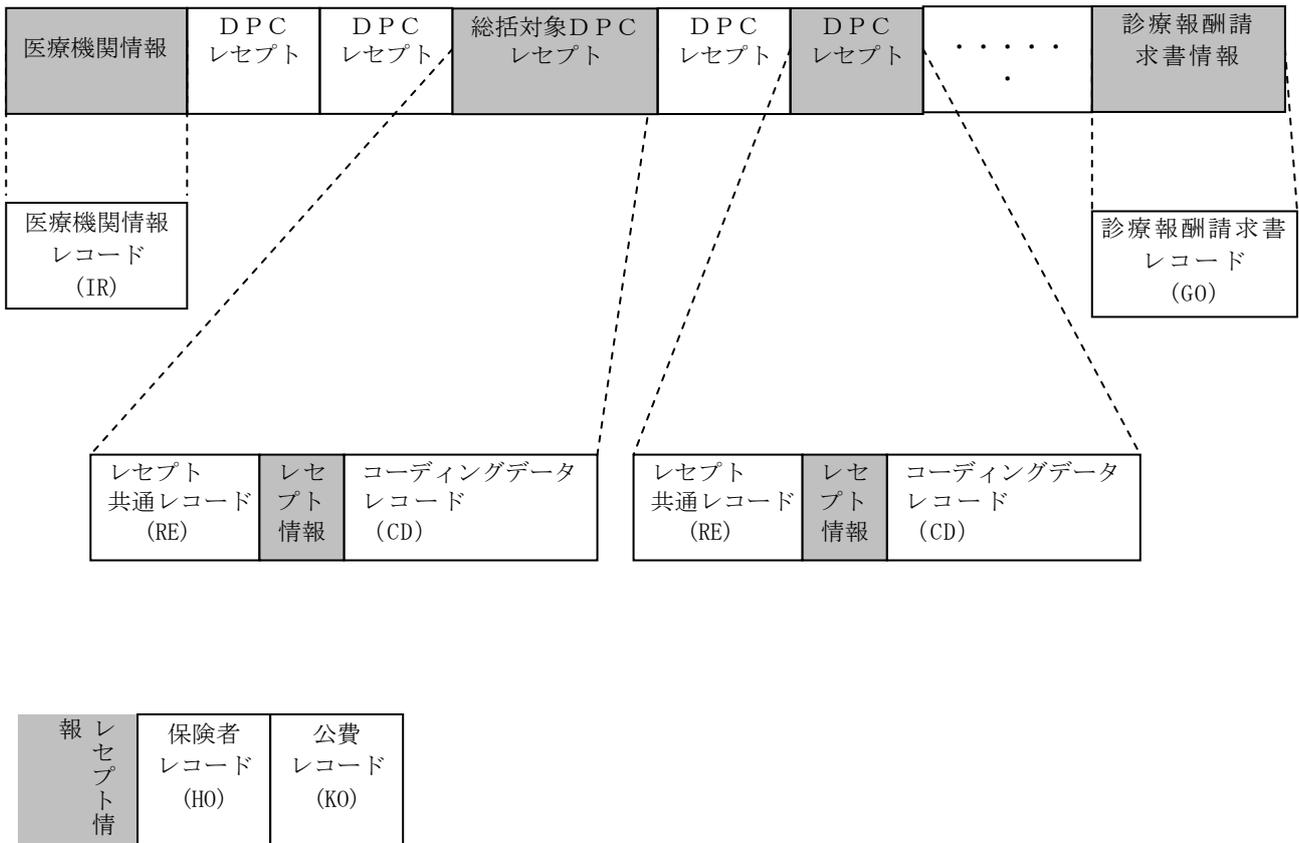
j レセプト共通情報は、レセプト共通レコードにより構成し、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの先頭に記録する。

k レセプト情報は、保険者レコード及び公費レコード（複数記録可能）により構成し、レセプト種別に応じて必要なレコードの組み合わせにより、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトに記録する。

l ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「EOFコード」という。）を記録する。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

提出ファイル



(ウ) レコード形式

- a レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを記録する。
- b レコードにおける各項目間は、項目の区切りを示す1バイトの文字列（以下「コンマ」という。）で区切り識別する。
- c 各項目は最大バイト数を規定するのみとする。項目形式が固定の項目については最大バイト数までの記録を必須とする。項目形式が可変の項目で記録内容が最大桁数に満たない場合は、有効桁数までの記録としても差し支えないものとする。
モード毎の有効桁の判断は次のとおりとする。

モード	有効桁の判断
数字モード	上位桁のゼロを除いた数字
英数モード	有効文字以降に継続する“英数スペース”を除いた英数文字
英数モード (小数点付き数字)	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字（小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く）
英数モード (符号付き数字)	上位桁のゼロを除いた数字（マイナスの場合、符号1桁+上位桁のゼロを除いた数字）
漢字モード	有効文字以降に継続する“漢字スペース”を除いた漢字文字

- d レコードの種類は、医療機関情報（医療機関情報レコード）、レセプト共通情報（レセプト共通レコード）、レセプト情報（保険者レコード及び公費レコード）、コーディングデータ情報（コーディングデータレコード）及び診療報酬請求書情報（診療報酬請求書レコード）とする。

- e 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。

レコード種別	モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード	英数	2	I R	保険医療機関単位の前頭に記録必須
レセプト共通レコード			R E	該当レセプトの前頭に記録
レセプト情報 保険者レコード			H O	医療保険レセプトの場合に記録
レセプト情報 公費レコード			K O	公費負担医療レセプトの場合に記録
コーディングデータレコード			C D	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録
診療報酬請求書レコード			G O	保険医療機関単位の前データの最後に記録必須

- f 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

- g レセプト情報は、レセプト種別毎に必要なレコードを記録する。
 明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○（1～4レコード記録）
公費負担医療単独	×	○（1レコード記録）
2～4種の公費負担医療の併用	×	○（2～4レコード記録）

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

(エ) 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符（全角）	？	(81) (48)	2	使用しない。（JIS規定外コードが記録された場合、疑問符（全角）に置換する。）

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

(ア) 医療機関情報

a 医療機関情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード(別表1)を記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード(別表2)を記録する。	
点数表	数字	1	固定	点数表コード(別表3)“1”(医科)を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	1 地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。 2 医療機関名称が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	
請求年月	数字	5	固定	1 請求年月を和暦で年号区分コード(別表5)を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
予備	数字	2	固定	記録を省略する。	
予備	英数	15	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月を示す。

(イ) レセプト共通情報

レセプト共通情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a レセプト共通レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。 3 有効桁数が6桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
レセプト種別	数字	4	固定	レセプト種別コード（別表6）を記録する。	
診療年月	数字	5	固定	1 診療年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓名を記録する。 2 姓と名の間に“スペース”を1桁記録する。 3 姓名が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モード毎の桁数は次のとおりとする。 英数：40桁 漢字：20桁
男女区分	数字	1	固定	男女区分コード（別表7）を記録する。	
生年月日	数字	7	固定	1 生年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	7	固定	1 今回入院年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	1 カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。 2 記録するカルテ番号又は患者ID番号等が20バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別に定める 診療科名コード（別表4）を記録する。 2 診療科の記録は任意であり、記録しな い場合は記録を省略する。	
予 備	数字	1	固定	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	30	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	40	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(ウ) レセプト情報

レセプト情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a 保険者レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 8桁以内で設定された保険者番号については、右づめに記録し残りは“スペース”を記録する。	
被保険者証（手帳）等の記号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を左づめに記録する。 2 記録する記号が38バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 4 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大19桁以内で記録する。 5 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	番号の記録バイト数と合せて38バイト（19桁）以内とする。
被保険者証（手帳）等の番号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を左づめに記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を左づめに記録する。 3 記録する番号が38バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 5 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大19桁以内で記録する。	記号の記録バイト数と合せて38バイト（19桁）以内とする。
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	

b 公費レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考	
レコード識別情報	英数	2	固定	“K0”を記録する。		
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	6	可変	記録を省略する。		
予備	英数	6	可変	記録を省略する。		
予備	数字	5	可変	記録を省略する。		
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		

(エ) コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	7	固定	1 実施年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	診療識別コード(別表8)を記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為毎に昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号毎の行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード(入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く)、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	英数	11	可変	1 医薬品又は特定器材の場合、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 有効桁数が11桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 4 使用量を必要としない場合及び診療行為の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合、数量データを記録する。 2 有効桁数が8桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 3 数量データを必要としない場合及び医薬品又は特定器材の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合、特定器材単位コード(別表9)を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率等使用量がない場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	1 診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。 2 有効桁数が3桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
特定器材名称	漢字	254	可変	1 未コード化特定器材の場合は、告示名を記録する。 2 特定器材名称が254バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 その他の場合は、記録を省略する。	

注 GYMMDDのGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(オ) 診療報酬請求書情報
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GO” を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	固定	記録を省略する。	

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する 1 2 0 mm コンパクトディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

論理フォーマットは I S O 9 6 6 0 形式 (レベル 1) に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス (シングルセッション方式) 方式とする。

(ウ) ファイル構成

第 1 章-1-(1)-ア-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第 1 章-1-(1)-イ-(ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第 1 章-1-(1)-イ-(イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第 1 章-1-(1)-イ-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第 1 章-1-(1)-イ-(エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

(ウ) レセプト情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(オ) の「マグネットオブティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

(1) 媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

(ア) 媒体

J I S X 6 2 2 3 - 1 9 8 7 の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

(イ) 物理フォーマット

物理フォーマットは J I S X 6 2 2 5 - 1 9 9 5 に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第1章-1-(1)-ア-(ウ)の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

(2) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

第1章-1-(1)-イ-(ア)の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

イ 提出ファイル構成イメージ

第1章-1-(1)-イ-(イ)の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第1章-1-(1)-イ-(ウ)の「マグネットオプティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第1章-1-(1)-イ-(エ)の「マグネットオプティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

(3) 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第1章-1-(1)-ウ-(ア)の「マグネットオプティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第1章-1-(1)-ウ-(イ)の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト情報

第1章-1-(1)-ウ-(ウ)の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

エ コーディングデータ情報

第1章-1-(1)-ウ-(エ)の「マグネットオプティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

オ 診療報酬請求書情報

第1章-1-(1)-ウ-(オ)の「マグネットオプティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コード名	コード	内容
都道府県コード	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川県
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀
	42	長崎
	43	熊本
	44	大分
	45	宮崎
	46	鹿児島
	47	沖縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内容
点数表コード	1	医科

別表4 診療科名コード

コード名		コード	内容
診療科名 コード	診療科コード	01	内科
		02	精神科
		09	小児科
		10	外科
		19	皮膚科
		20	泌尿器科
		23	産婦人科（産科又は婦人科）
		26	眼科
		27	耳鼻いんこう科
		30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
		34	アレルギー科
		35	リウマチ科
		36	リハビリテーション科
		37	病理診断科
		38	臨床検査科
		39	救急科
	経過措置診療科コード	03	神経科
		04	神経内科
		05	呼吸器科
		06	消化器科
		07	胃腸科
		08	循環器科
		11	整形外科
		12	形成外科
		13	美容外科
		14	脳神経外科
		15	呼吸器外科
		16	心臓血管外科
		17	小児外科
		18	皮膚泌尿器科
		21	性病科
		22	こう門科
		24	産科
25	婦人科		
28	気管食道科		
31	麻酔科		
33	心療内科		

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表5 年号区分コード

コード名	コード	内容
年号区分コード	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成

別表6 レセプト種別コード（DPC）

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1111	医科・医保単独 ・本人 ・入院	医科・国保単独 ・世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1115	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1117	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1119	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1121	〃 ・ 医保と1種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と1種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1123	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1125	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1127	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1129	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1131	〃 ・ 医保と2種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と2種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1133	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1135	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1137	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1139	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1141	〃 ・ 医保と3種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と3種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1143	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1145	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1147	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1149	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1151	〃 ・ 医保と4種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と4種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1153	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1155	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1157	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1159	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1211	〃 ・ 公費単独 ・入院	—————
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・入院	—————
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・入院	—————
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・入院	—————
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・一般・低所得者 ・入院	医科・後期高齢者単独 ・一般・低所得者 ・入院
	1319	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1327	〃 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1329	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1339	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1349	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1359	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1411	—————	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1413	—————	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1415	—————	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1421	—————	〃 ・退職者と1種の公費併用・本人 ・入院
	1423	—————	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1425	—————	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1431	—————	〃 ・退職者と2種の公費併用・本人 ・入院
	1433	—————	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1435	—————	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1441	—————	〃 ・退職者と3種の公費併用・本人 ・入院
	1443	—————	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1445	—————	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1451	—————	〃 ・退職者と4種の公費併用・本人 ・入院
	1453	—————	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1455	—————	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院

別表7 男女区分コード

コード名	コード	内容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表8 診療識別コード

コード名	コード		
診療識別コード	11	初診	
	13	医学管理	
	14	在宅	
	21	投 薬	内服
	22		屯服
	23		外用
	24		調剤
	26		麻毒
	27		調基
	28		投薬その他
	31		注 射
	32	静脈内	
	33	注射その他	
	39	薬剤料減点	
	40	処置	
	50	手術	
	54	麻酔	
	60	検査・病理	
	70	画像診断	
	80	その他	

別表9 特定器材単位コード

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	001	分
	002	回
	003	種
	004	箱
	005	巻
	006	枚
	007	本
	008	組
	009	セット
	010	個
	011	裂
	012	方向
	013	トローチ
	014	アンプル
	015	カプセル
	016	錠
	017	丸
	018	包
	019	瓶
	020	袋
	021	瓶(袋)
	022	管
	023	シリンジ
	024	回分
	025	テスト分
	026	ガラス筒
	027	桿錠
	028	単位
	029	万単位
	030	フィート
	031	滴
	032	mg
	033	g
	034	kg
	035	cc
	036	mL
	037	L
	038	mLV
	039	バイアル
	040	cm
	041	cm ²
	042	m
	043	μCi
	044	mCi
	045	μg

コード名	コード	内 容
特定器材単位コード	046	管(瓶)
	047	筒
	048	GBq
	049	MBq
	050	KBq
	051	キット
	052	国際単位
	053	患者当り
	054	気圧
	055	缶
	056	手術当り
	057	容器
	058	mL (g)
	059	プリスター
	060	シート

2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
支払基金		・	国保連	

