

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~~キ~~) 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~~キ~~」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~~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、「~~ハ~~」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者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、特に患者の希望により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者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者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~~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 薬効分類が卵巣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 男・女 ()歳 職業()		
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		
病状 既往症 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 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)	家族構成 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
 - (5) 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。

「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つては、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、栄養、栄サ、(略)と表示すること。

D P C 制度への参加等の手続きについて

第1 D P C 対象病院

4 D P C 制度からの退出について

(2) 退出の手続き

② D P C 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「D P C 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D P C 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「D P C 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D P C 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「D P C 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。

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 注3 注4

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 注2 注3

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	四	終わりから一	(II) 訪問看護基本療養費	精神科訪問看護基本療養費
〃	〃	三	終わりから一	注12	注13

全日本病院協会 医療行政情報
<http://www.ajha.or.jp/admininfo/>