

事務連絡
令和2年3月31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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添4までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

なお、各別添の様式については、訂正後のものとなりますので申し添えます。

また、令和2年3月5日付官報（号外第42号）に掲載された令和2年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添5のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせします。

- ・「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」
（令和2年3月5日保医発0305第1号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和2年3月5日保医発0305第2号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和2年3月5日保医発0305第3号）（別添3）
- ・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和2年3月5日保医発0305第13号）（別添4）

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
(令和 2 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

A 0 0 0 初診料

- (8) 許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、~~許可病床の数が 400 床以上の~~地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）のうち、前年度 1 年間の紹介率の実績が 40% 未満かつ逆紹介率の実績が 30% 未満の保険医療機関の取扱いについては、(7)と同様であること。

第 2 節 再診料

A 0 0 3 オンライン診療料

- (7) オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料の~~対象となる~~管理料等を算定する際に診療を行った医師、在宅自己注射指導管理料を算定する際に診療を行った医師又は頭痛患者に対する対面診療を行った医師と同一のものに限る。
- (9) オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域及び当該地域に準じる地域（以下この項において「医療資源の少ない地域等」という。）に所在する保険医療機関又は「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年 5 月 16 日医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院（以下（9）において、「医療資源の少ない地域等に所在する保険医療機関等」という。）において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、「基本診療料の施設基準等」第三の八の二の（1）に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている患者であって、「基本診療料の施設基準等」第三の八の二の（2）に定めるものに限り、医師の判断により当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。なお、この場合の診療報酬の請求については、医療資源の少ない地域等に所在する保険医療機関等において行うこととし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (14) オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料の~~対象となる~~管理料等の名称及び算定を開始した年月日、在宅自己注射指導管理料の算

定を開始した年月日又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載すること。

- (17) 「注3」に規定する厚生労働大臣が定める地域のうち、当該地域に準ずる地域とは、「へき地保健医療対策事業について」~~(平成13年5月16日医政発第529号)~~に規定する無医地区若しくは無医地区に準ずる地域をいう。
- (18) 「注3」に規定するやむを得ない事情とは、当該地域において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者の同意を得て、同一の二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、患者1人につき月1回に限り、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、診療情報の提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

- (6) 特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟（障害者施設等入院基本料を算定する病棟に限り、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。）及び専門病院入院基本料を除く。）に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあつてはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合限り、当該月においても同様に取り扱うこととする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳	_____	左欄の状態にある期間

<p>卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等(※1参照)</p>		
<p>4 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態(※2参照)</p>	<p>動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療(エックス線表在治療又は血液照射を除く。)</p>	<p>左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間</p>
<p>5 観血的動脈圧測定を実施している状態</p>	<p>観血的動脈圧測定</p>	<p>当該月において2日以上実施していること</p>
<p>6 リハビリテーションを実施している状態(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)</p>	<p>心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション</p>	<p>週3回以上実施している週が、当該月において2週以上であること</p>
<p>7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態</p>	<p>ドレーン法(ドレナージ) 胸腔穿刺 腹腔穿刺</p>	<p>当該月において2週以上実施していること</p>
<p>8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態(※3参照)</p>	<p>喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法</p>	<p>1日に8回以上(夜間を含め約3時間に1回程度)実施している日が、当該月において20日以上であること</p>
<p>9 人工呼吸器を使用している状態</p>	<p>間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸</p>	<p>当該月において1週以上使用していること</p>
<p>10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態</p>	<p>人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法</p>	<p>各週2日以上実施していること 当該月において2日以上実施していること</p>
<p>11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算</p>	<p>脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p>	

して 30 日までの間に限
る。)

※1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいう。

a 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由者」という。）及び脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

b・c(略)

※2・※3(略)

第2節 入院基本料等加算

A205 救急医療管理加算

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

A245 データ提出加算

(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を超越えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3及び4については通算した入院期間から算出し算定する。

A250 薬剤総合評価調整加算

(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬薬剤が処方されている患者であつて、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。

ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、(7)の関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。

イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、

薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用法及び用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

- (9) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少又は合剤への変更等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。

第3節 特定入院料

A301 特定集中治療室管理料

- (6) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

アからエまで(略)

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ・カ(略)

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

- (5) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、(2)のアからカまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。「2」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の(1)のアからスまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

- (2) 新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあつて、医師保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。

アからス(略)

A311 精神科救急入院料

- (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただ

し、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

(18) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(3)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(3)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料

(4) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

(11) (1)のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を(4)のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、(1)のウに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に(4)のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料

(3) (1)のエウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

(12) (1)のエに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を

診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を（３）のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、（１）のエに該当する患者として当該病棟へ転棟する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に（３）のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

第２章 特掲診療料

第１部 医学管理等

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

B005-1-2 介護支援等連携指導料

- (8) 当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。この場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

B013 療養費同意書交付料

- (1) 療養費同意書交付料は、当該疾病について現に診察している原則として当該疾病に係る主治の医師（緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない。）が、当該診察に基づき、（２）から（４）までの療養費の支給対象に該当する療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。
- (5) 患者が同意書等により療養費の支給可能な期間（初療又は同意の日から6月。3月（変形徒手矯正術に係るものについては1月）を超えて経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、医師が当該患者に対し同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。
- （6）同意書等を再度交付する場合、前回の交付年月日が月の15日以前の場合は当該月の4ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日までの交付については算定できない。ただし、変形徒手矯正術については、前回の交付年月日から起算して1ヶ

月以内の交付については1回に限り算定できる。

- (7-6) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152-2 持続血糖測定器加算

- (1) 入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア(略)

イ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

(イ) 急性発症若しくは劇症1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、皮下インスリン注入療法を行っている者。

(ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏(空腹時血清Cペプチドが0.5nmg/ml未満を示すものに限る。)を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

- (7) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合には、次のいずれも満たす場合に算定できる。

ア・イ(略)

ウ 次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用法の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応等、必要な指導を行っていること。

(イ) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師。

(ロ) 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師。~~なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。~~

エ ウの(イ)及び(ロ)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ)① 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ)② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

第3節 薬剤料

C200 薬剤

- (2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア・イ(略)

ウ 30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、~~ヒドロモルフォン塩酸塩製剤~~

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D004-2 悪性腫瘍組織検査

(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「1」の「イ」処理が容易なものと「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、「注1」及び「注2」の規定に基づき、それぞれの検査の項目数に応じた点数所定点数を合算した点数により算定する。

D006-21 血液粘弾性検査（一連につき）

(1) 血液粘弾性検査は、心臓血管手術開心術（人工心肺を用いたものに限る。）を行う患者に対して、血液製剤等の投与の必要性の判断又は血液製剤等の投与後の評価を目的として行った場合に算定できる。

D023 微生物核酸同定・定量検査

(17) SARS-CoV-2（新型コロナウイルスをいう。以下同じ。）核酸検出は、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液又は鼻腔拭い液からの検体を用いて、国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル 2019-nCoV」に記載されたもの若しくはそれに準じたもの又は体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2の検出（COVID-19の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19（新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ。）の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合又はCOVID-19の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、本区分の「1442」SARS-CoV-2核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、ない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「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における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和2年2月18日健感発0218第3号）の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第3節 生体検査料

D285 認知機能検査その他の心理検査

(5) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「2」とは、MCCベビーテスト、PBTピクチュア・ブロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI知能診断検査、WPPSI-III知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査V、鈴木ビネー式知能検査、WISC-R知能検査、WAIS-R成人知能検査（WAISを含む。）、大脇式盲人用知能検査、ベイリー発達検査及びVineland-II日本版のことをいう。

(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、MAS不安尺度、MEDE多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをいい、「ロ」のその他のものとは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態・特性不安検査、POMS、POMS2、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、WHO QOL26、COGNISTAT、SIB、Coghealth（医師、看護師又は公認心理師臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、WURS、MCMII-II、MOCI邦訳版、DES-II、EAT-26、STAI-C状態・特性不安検査（児童用）、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト、MoCA-J及びClinical Dementia Rating（CDR）のことをいう。

(15) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第5部 投薬

第3節 薬剤料

F200 薬剤

(4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受け

ているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。)をいう。

(7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(1142)に準じるものとする。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療料

I002 通院・在宅精神療法

(21) 「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者について、精神病棟当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料の「1」精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。また、精神科退院時共同指導料1を算定した月と当該加算を算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に直近の精神科退院時共同指導料1を算定した年月を記載すること。

I016 精神科在宅患者支援管理料

(16) 令和2年3月31日時点で、現に精神科在宅患者支援管理料「1」のハを算定している患者については、令和3年3月31日までの間に限り、引き続き算定できる。

第9部 処置

J038-2 持続緩徐式血液濾過

(2) 持続緩徐式血液濾過は、次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定できる。ただし、キ及びクの場合にあっては一連につき概ね8回を限度とし、ケの場合にあっては一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。

ア・イ(略)

ウ 急性腎障害と診断された薬物中毒の患者

エからケまで(略)

J039 血漿交換療法

(17) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週1回を限度として算定する。

ア 空腹時定常状態の血清LDLコレステロール値が370mg/dLを超えるホモ接合体の者

イ 食事療法及び薬物療法を行っても血清LDLコレステロール値が170mg/dL以下に下がらないヘテロ接合体の者

第10部 手術

第1節 手術料

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

K 0 8 6 断端形成術（軟部形成のみのもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「K 0 8 6」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又は区分番号「K 0 8 7」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

K 0 8 7 断端形成術（骨形成を要するもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「K 0 8 6」の「1」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又は区分番号「K 0 8 7」の「1」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

第8款 心・脈管

K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術

- (1) 一方向から造影して区分番号「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

K 5 4 7 経皮的冠動脈粥腫切除術

- (1) 一方向から造影して区分番号「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

- (1) 一方向から造影して区分番号「D 2 0 6」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

第9款 腹部

K 7 1 6 小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの 又は悪性腫瘍 に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの 又は悪性腫瘍 に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K 7 2 6 人工肛門造設術

区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切除術の「5.4」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管

の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 3 2 人工肛門閉鎖術

「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、悪性腫瘍に対する直腸切除術 (ハルトマン手術) の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

第10款 尿路系・副腎

K 8 2 3 - 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

(1) 過活動性膀胱又は神経因性膀胱排尿筋過活動の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに対して行った場合に限り、算定できる。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 6 自動縫合器加算

(1) 区分番号「K 5 1 4 - 3」、「K 5 1 ~~4-5~~ - 5」、「K 5 5 2」、「K 5 5 2 - 2」、「K 6 7 4」、「K 6 7 4 - 2」、「K 6 7 5」の「2」から「K 6 7 5」の「5」まで、「K 6 7 7」、「K 6 7 7 - 2」、「K 6 8 0」、「K 6 8 4 - 2」、「K 6 9 6」、「K 7 0 5」、「K 7 0 6」、「K 7 1 6 - 3」及び「K 7 1 6 - 5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

通則

7. 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M 0 1 6 乳歯冠

(2) 乳歯金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「1のハ 既製冠」を、失活歯の場合は区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「2のハ 既製冠」を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は1歯につき、区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定し、咬合採得を行った場合は、区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の

「1 歯冠修復」を算定する。

ハ 装着した場合は、1 歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

<通則>

8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

<調剤技術料>

区分 00 調剤基本料

1 受付回数等

(3) 複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該注3の規定は、注8から注10までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。

4 調剤基本料の注7に規定する保険薬局

(1) 後発医薬品の調剤数量割合が4割以下未滿の保険薬局（処方箋受付回数が1月に600回以下の場合を除く。）である場合は、調剤基本料を2点減算する。なお、詳細な施設基準については、「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（通知）」（令和2年3月5日保医発0305第3号）を参照すること。

5 分割調剤

(4) 医師の指示による分割調剤

ア(略)

イ 調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料~~±~~については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ(略)

6-エ 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注7」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最

後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

- ~~ア(イ)~~ 「注3」 100分の80
- ~~イ(ロ)~~ 「注4」 100分の50
- ~~ウ(ハ)~~ 「注5」 地域支援体制加算
- ~~エ(ニ)~~ 「注6」 後発医薬品調剤体制加算
- ~~オ(ホ)~~ 「注7」 後発医薬品減算

<薬学管理料>

1 通則

- (1) 薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。

区分10 薬剤服用歴管理指導料

2 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」

- (3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

アからエまで(略)

オ 当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

カ(略)

- (5) 指導等に係る留意点

ウ 手帳

(イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④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。

- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
- ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
- ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

①から③までの手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。なお、④の患者が日常的に利用する保険薬局の名称等については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

4 薬剤服用歴管理指導料「4」

(1) 薬剤服用歴管理指導料「4」は、医科点数表の区分番号 A003 に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者であって、当該オンライン診療を実施する保険医療機関の処方箋について 3 月以内に対面により薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」が算定されているものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に 1 回に限り算定する。この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

(6) 対面による服薬指導及びオンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、やむを得ない事由により同一の保険薬剤師が対応できないときに当該薬局に勤務する他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

ア・イ(略)

5-4 麻薬管理指導加算

6-5 重複投薬・相互作用等防止加算

7-6 特定薬剤管理指導加算 1

8-7 特定薬剤管理指導加算 2

(2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。

(3) 特定薬剤管理指導加算 2 における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

9-8 乳幼児服薬指導加算

10-9 吸入薬指導加算

(1) 吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に 3 月に 1 回に限り算定する。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から 3 月以内であっても算定できる。

ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。

イ 保険医療機関に対し、文書による吸入指導の結果等に関するを文書により 情報提供を行うこと。

(2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

(3) 当該加算に係る吸入指導を行うにあたっては、日本アレルギー学会が作成する「アレルギー総合ガイドライン 2019」等を参照して行うこと。

~~1140~~ 調剤後薬剤管理指導加算

- (2) (1)の「新たにインスリン製剤等が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。
- ア 新たにインスリン製剤等が処方された患者
 - イ 既にインスリン製剤等を使用している患者であって、新たに他のインスリン製剤等が処方された患者
 - ウ インスリン製剤の注射単位の変更又はスルフォニル尿素系製剤の用法・用量の変更があった患者
- (4) 本加算の調剤後のインスリン製剤等の使用状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話又はビデオ通話による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。
- (6) 電話等による患者のインスリン製剤等の使用状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき副作用等の情報を入手した場合（インスリン製剤等以外の薬剤による副作用が疑われる場合を含む。）は、**遅滞なく**当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。

~~1244~~ 薬剤服用歴管理指導料の特例(手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する薬剤服用歴管理指導料)

区分 14 の 3 服用薬剤調整支援料

(2) 服用薬剤調整支援料 2

ア 服用薬剤調整支援料 2 は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で 6 種類以上処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組をすべて行った場合に算定する。

(イ) ・ (ロ) (略)

イ (略)

ウ アの(ロ)の報告書は以下の内容を含む別紙様式 3 又はこれに準ずるものをいう。

(イ) 受診中の**保険**医療機関、診療科等に関する情報

(ロ) 服用中の薬剤の一覧

(ハ) 重複投薬等に関する状況

(ニ) 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤

(ホ) その他（残薬、その他患者への聞き取り状況等）

エからキまで (略)

区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(4) 在宅協力薬局

ア（略）

イ 在宅協力薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行った在宅協力薬局名 及び、当該訪問薬剤管理指導を行った日付 及びやむを得ない事由等を記載する。また、在宅協力薬局が処方箋を受け付け、調剤を行った在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等は在宅協力薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄には在宅協力薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。

(10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2の(4) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

2 在宅患者オンライン服薬指導料

(7) 訪問薬剤管理指導及び オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、やむを得ない事由により同一の保険薬剤師が対応できないときに当該薬局に勤務する他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

3 麻薬管理指導加算

ア・イ（略）

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2の(4) 及び「区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

5 その他留意点

(2) 「注 5-6」に規定する交通費は実費とする。

区分 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(6) 麻薬管理指導加算

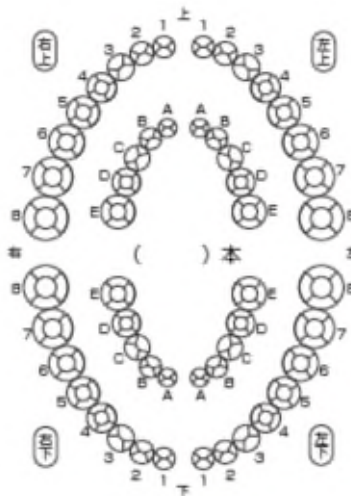
ア・イ（略）

ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料在宅患者訪問薬剤管理指導料」の 2の(4) 及び「区分 15 の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の (10-5) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないなければならない。

(イ)から (ニ) まで（略）

区分 15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

(~~6-5~~) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分 10 薬剤服用歴管理指導料」の 2 の (4) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

患者氏名	
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【服 薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名)	
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()	
【その他】()	
【口腔内の状況】 	【歯や歯肉の状態】 ・4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】()
	【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他
	【その他・特記事項】
	改善目標 <input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療の予定 <input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> その他 ()	

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

患者氏名	
【口腔内の状況】 	【歯や歯肉の状態】 ・4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 ()
	【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他
	【その他・特記事項】
これまでの治療	<input type="checkbox"/> むし歯の治療（つめる・冠・根の治療） <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> その他
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善（飲料物の習慣・間食の習慣） <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯（つめる・冠・根の治療） <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします <input type="checkbox"/> 定期的な歯周病の治療と管理 <input type="checkbox"/> 定期的なむし歯の管理 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他

※ むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
 ※ 何でも噛んで食べられると栄養バランスの良い食生活につながります。
 ※ 口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。

この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
 (担当歯科医師)

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
(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号)

第 2 届出に関する手続き

第 4 経過措置等

表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

表 2 施設基準の改正により、令和 2 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っても、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

医師事務作業補助体制加算（許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く。）

認知症ケア加算 3（令和 2 年 3 月 31 日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号 A 2 4 7 に掲げる認知症ケア加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算 2 のイ及びロ（令和 2 年 3 月 31 日において、現に旧算定方法別表第一区分番号 A 2 4 9 に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和 2 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 7、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料 1、2、3、5 及び 6 については令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料 4 については令和 3 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 2 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料 5 若しくは 6 を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 4 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
結核病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算

定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

総合入院体制加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救急医療管理加算

急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護補助加算1(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

データ提出加算

入退院支援加算3(「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1(管理栄養士の配置に係る規定に限る。)(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

地域包括ケア病棟入院料(入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

地域包括ケア入院医療管理料(入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

地域包括ケア病棟入院料(入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。)(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

地域包括ケア入院医療管理料(入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。)

る。) (令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

~~精神科救急入院料 (令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)~~

~~精神科急性期治療病棟入院料 (令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)~~

~~精神科救急・合併症入院料 (令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)~~

特定一般病棟入院料の注7 (入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。)

(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定一般病棟入院料の注7 (入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。)

(令和3年4月1日移行に引き続き算定する場合に限る。)

表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和2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

排尿自立指導料	→	排尿自立支援加算
---------	---	----------

別添1

初・再診料の施設基準等

第2の6 オンライン診療料

1 オンライン診療料に関する施設基準

- (2) 当該保険医療機関内に脳神経外科 若しくは又は 脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること (頭痛患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。)

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

第1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算1に関する施設基準等

- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議 (医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。 以下この項において「地域医療構想調整会議」という。) で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。

なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟

入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

- (5) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。

ア・イ(略)

3 総合入院体制加算3に関する施設基準等

- (3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。

ア・イ(略)

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

アからクまで(略)

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。を設置していること。

コ(略)

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (5) (1)のア、及びイ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者である

こと。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

アからウまで(略)

- (8) (1)のア、及びイ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

第 21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算 1 の施設基準

- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下「ビデオ通話」という。)が可能な機器を用いて実施参加することができる。

アからウまで(略)

- (9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)の場合は、以下のア及びイを満たすときはに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施参加することができる。

ア・イ(略)

2 感染防止対策加算 2 の施設基準

- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(3)のアからエ及び1の(2)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、ビデオ通話を用いて実施参加することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、1の(10)の例による。

アからウまで(略)

- (9) 当該保険医療機関又は感染防止加算1に係る届出を行った医療機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)の場合は、以下のア及びイを満たすときはに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施参加することができる。

ア・イ(略)

4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

- (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア(略)

イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切

性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録等に記載する。

ウからクまで(略)

第 26 の 2 後発医薬品使用体制加算

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 3 を用いること。~~なお、当該加算の届出については実績を要しない~~

第 26 の 4 データ提出加算

4 届出に関する事項

- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の十一九に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (6) 2 の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあつては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添 6 の別紙 21 を用いて測定すること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（1 日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法

(ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

- (7) 2 の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあつては、毎年 7 月において、1 年間（前年 7 月から 6 月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添 7 の様式 49 の 4 により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年 7 月において、各年度 4 月、7 月、10 月及び

1月において「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」別添1のA308の(11)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告を行うこと。

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

- (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。~~なお~~リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟又は入室時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3、様式18の3、様式20、様式50及び様式50の2を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。(略)

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

- (5) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)の施設基準等

ア(略)

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、専任の非常勤作業療法士又は専任の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれ

ぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

ウ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
8	救急搬送後の入院(5日間)	なし		あり
				A得点

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない				点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり	点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ					点	
15	危険行動	ない		ある				点	
									B得点

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)	なし	あり
			C得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

- ・ A (A 7①から④まで及び⑥から⑨までを除く。)については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。
- ・ A (A 7①から④まで及び⑥から⑨までに限る。)及びCについては、評価日において、別紙1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。
- ・ Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニター管理	なし	あり	
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
8	緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし		あり
				A得点

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない				点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり	点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり	点	
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ					点	
15	危険行動	ない		ある				点	
									B得点

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)	なし	あり
			C得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。
 ・A及びCについては、評価日において、別表1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
 ・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）の届出を行っている場合を除く。）、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）並びに手術等の医学的状況（C項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目におい

て、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A7「専門的な治療・処置等」の⑤、⑩及び⑪に限る。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

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

2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理 項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理 項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 専門的な治療・処置
項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点

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

なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

8. 救急搬送後の入院

項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。

入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

9 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作であ

る。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

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

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

10 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

11 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.2 食事摂取

項目の定義

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

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 4 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1 5 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

1.6 開頭手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から13日間の場合、「あり」とする。

1.7 開胸手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から12日間の場合、「あり」とする。

1.8 開腹手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から7日間の場合、「あり」とする。

1.9 骨の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から11日間の場合、「あり」とする。

2.0 胸腔鏡・腹腔鏡手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.1 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.2 救命等に係る内科的治療

選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.3 別に定める検査

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から2日間の場合、「あり」とする。

2.4 別に定める手術 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から6日間の場合、「あり」とする。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A 8「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。
2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
5. A 3「点滴ライン同時3本以上の管理」及びA 6「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

B 患者の状況等

必要度 I における記載内容を参照のこと。

C 手術等の医学的状況

必要度 I における記載内容を参照のこと。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称	
A 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く))	140000610	創傷処置 (100cm ² 未満)	
	140000710	創傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140000810	創傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140000910	創傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140001010	創傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140032010	熱傷処置 (100cm ² 未満)	
	140032110	熱傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140032210	熱傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140036510	熱傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140036610	熱傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140034830	電撃傷処置 (100cm ² 未満)	
	140034930	電撃傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140035030	電撃傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140035130	電撃傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140035230	電撃傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140035430	凍傷処置 (100cm ² 未満)	
	140035530	凍傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140035630	凍傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140035730	凍傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140035830	凍傷処置 (6000cm ² 以上)	
	140036030	凍傷処置 (100cm ² 未満)	
	140036130	凍傷処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)	
	140036230	凍傷処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)	
	140036330	凍傷処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)	
	140036430	凍傷処置 (6000cm ² 以上)	
	A 1 創傷処置 (②褥瘡の処置)	140048610	重度褥瘡処置 (100cm ² 未満)
		140048710	重度褥瘡処置 (100cm ² 以上500cm ² 未満)
		140048810	重度褥瘡処置 (500cm ² 以上3000cm ² 未満)
		140048910	重度褥瘡処置 (3000cm ² 以上6000cm ² 未満)
		140049010	重度褥瘡処置 (6000cm ² 以上)
		140700110	長期療養患者褥瘡等処置
		140005610	酸素吸入
	A 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810		酸素テント	
140005910		間歇的陽圧吸入法	
140037810		鼻マスク式補助換気法	
140006050		体外式陰圧人工呼吸器治療	
140057410		ハイフローセラピー (15歳以上)	
140009310		人工呼吸	
140023510		人工呼吸 (5時間超)	
140039850		閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入	
140039950		閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入 (5時間超)	
140009450		無水アルコール吸入療法	
140023650		無水アルコール吸入療法 (5時間超)	
140009550		人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置)	
140023750		人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置) (5時間超)	
140009650		酸素吸入 (マイクロアダプター)	
140023850		酸素吸入 (マイクロアダプター) (5時間超)	
140009950		酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)	
140024150		酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器) (5時間超)	
140009750		人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器)	
140023950		人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器) (5時間超)	
140039550	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器)		
140039650	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器) (5時間超)		
A 3 点滴ライン同時3本以上の管理	130004410	中心静脈注射	
	130010670	血漿成分製剤加算 (中心静脈注射)	
	150247310	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入	
	150255670	精密持続注入加算 (硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入)	
	150224810	自家採血輸血 (1回目)	
	150286210	自家採血輸血 (2回目以降)	
	150224910	保存血液輸血 (1回目)	
	150286310	保存血液輸血 (2回目以降)	
	150327510	自己血貯血 (6歳以上) (液状保存)	
	150327610	自己血貯血 (6歳以上) (凍結保存)	
	150247010	自己血輸血 (6歳以上) (液状保存)	
	150254810	自己血輸血 (6歳以上) (凍結保存)	
	150390610	希釈式自己血輸血 (6歳以上)	
	150225010	交換輸血	
	150225210	骨髄内輸血加算 (その他)	
	150225110	骨髄内輸血加算 (胸骨)	
	150366370	血管露出術加算	
	150225310	血液型加算 (ABO式及びRh式)	
	150225410	不規則抗体加算	
	150247110	H1A型検査クラス1加算 (A、B、C)	
	150278910	H1A型検査クラス2加算 (DR、DQ、DP)	
	150225510	血液交叉試験加算	
	150225610	間接クームス検査加算	
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算	
	150366470	血小板洗浄術加算	
	150225850	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料 (1回目)	
	150287450	自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料 (2回目以降)	
	A 4 心電図モニターの管理	160073510	呼吸心拍監視
		160102510	呼吸心拍監視 (3時間超) (7日以内)
		160165510	呼吸心拍監視 (7日超14日以内)
		160165610	呼吸心拍監視 (14日超)
		160073750	カルジオスコープ (ハートスコープ)
		160102750	カルジオスコープ (ハートスコープ・3時間超) (7日以内)
160165950		カルジオスコープ (ハートスコープ) (7日超14日以内)	
160166050		カルジオスコープ (ハートスコープ) (14日超)	
160073850		カルジオタコスコープ	
160102850		カルジオタコスコープ (3時間超) (7日以内)	
160166150		カルジオタコスコープ (7日超14日以内)	
160166250	カルジオタコスコープ (14日超)		
A 5 シリンジポンプの管理	130000210	精密持続点滴注射加算	
A 6 輸血や血液製剤の管理	620004744	人全血液-LR「日赤」	
	620004745	人全血液-LR「日赤」	
	620004679	照射人全血液-LR「日赤」	
	620004680	照射人全血液-LR「日赤」	
	621609201	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609301	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609401	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609501	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609601	濃厚血小板-LR「日赤」	
	621609701	濃厚血小板-LR「日赤」	
	622191301	合成血液-LR「日赤」	
	622191401	合成血液-LR「日赤」	
	622191101	解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191201	解凍赤血球液-LR「日赤」	
	621772801	赤血球液-LR「日赤」	
	621772901	赤血球液-LR「日赤」	
	621772601	新鮮凍結血漿-LR「日赤」120	
	621772701	新鮮凍結血漿-LR「日赤」240	
	622192101	新鮮凍結血漿-LR「日赤」480	
	622190901	洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622191001	洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	621609801	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621609901	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621610001	濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621772001	照射赤血球液-LR「日赤」	
	621772101	照射赤血球液-LR「日赤」	
	621602201	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602301	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602401	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602501	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602601	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602701	照射濃厚血小板-LR「日赤」	
	621602801	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621602901	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	621603001	照射濃厚血小板HLA-LR「日赤」	
	622191701	照射解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191801	照射解凍赤血球液-LR「日赤」	
	622191901	照射合成血液-LR「日赤」	
	622192001	照射合成血液-LR「日赤」	
	622191501	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622191601	照射洗浄赤血球液-LR「日赤」	
	622487001	照射洗浄血小板-LR「日赤」	
	622487101	照射洗浄血小板HLA-LR「日赤」	
	621151301	献血ベニコロン-I 静注用500mg	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	621151601	献血ベニロンーI 静注用1000mg
	621151701	献血ベニロンーI 静注用2500mg
	621449901	献血ベニロンーI 静注用5000mg
	621152901	献血グロベニンーI 静注用500mg
	621153301	献血グロベニンーI 静注用2500mg
	621450001	献血グロベニンーI 静注用5000mg
	646340035	抗HBS人免疫グロブリン
	621153508	抗HBS人免疫グロブリン筋注1000単位/5mL「JB」
	646340065	抗HBS人免疫グロブリン
	621153607	抗HBS人免疫グロブリン筋注200単位/1mL「JB」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621153804	コンファクトF注射用250
	621153808	クロスエイトMC静注用250単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	640431015	コンコエイトーHT
	621153904	コンファクトF注射用500
	621153909	クロスエイトMC静注用500単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	621154003	コンファクトF注射用1000
	621154006	クロスエイトMC静注用1000単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅷ因子
	622454901	クロスエイトMC静注用2000単位
	646340510	乾燥抗D(Rho)人免疫グロブリン
	621154101	抗Dグロブリン筋注用1000倍「ニチャク」
	621154105	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「JB」
	646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン
	621154207	テタノブリン筋注用250単位
	621154201	破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチャク」
	646340500	乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位(溶解液付)
	621154301	PPSB-HIT静注用200単位「ニチャク」200国際単位溶解液付
	646340501	乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位(溶解液付)
	646340502	乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位(溶解液付)
	621154501	PPSB-HIT静注用500単位「ニチャク」500国際単位溶解液付
	646340503	乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位(溶解液付)
	621356303	献血アルブミン5%静注5g/100mL「JB」
	620009135	アルブミン5%静注12.5g/250mL
	621755301	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「ニチャク」
	621755403	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「JB」
	621155501	献血アルブミン20%静注4g/20mL「ニチャク」
	621155202	献血アルブミン20%静注4g/20mL「JB」
	621155307	献血アルブミン20「KMB」
	620008814	献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」
	620008815	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」
	620009136	アルブミン25%静注12.5g/50mL
	621450201	赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL
	621645901	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ニチャク」
	621156607	献血アルブミン25「KMB」
	620009137	アルブミンベアリング20%静注10.0g/50mL
	621157401	献血アルブミン20%静注10g/50mL「ニチャク」
	621157302	献血アルブミン20%静注10g/50mL「JB」
	621155407	献血アルブミン20「KMB」
	646340028	乾燥人フィブリノゲン
	621157504	フィブリノゲンHT静注用1g「JB」
	646340054	人免疫グロブリン
	621157601	ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「ニチャク」
	621157602	ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「ニチャク」
	621157617	グロブリン筋注450mg/3mL「JB」
	621157604	グロブリン筋注1500mg/10mL「JB」
	621384801	ファイバ静注用500
	621384901	ファイバ静注用1000
	620007377	テタガムP筋注シリンジ250
	646340456	抗破傷風人免疫グロブリン
	646340188	人ハプトグロビン
	621158404	ハプトグロビン静注2000単位「JB」
	622607401	ガンマガード静注用5g
	621158701	献血アルブミンネート4.4%静注4.4g/100mL
	621560801	献血アルブミンネート4.4%静注11g/250mL
	646340261	乾燥抗HBS人免疫グロブリン
	621159004	ヘプスブリン筋注用200単位
	621159001	乾燥HBグロブリン筋注用200単位「ニチャク」
	646340262	乾燥抗HBS人免疫グロブリン
	621159104	ヘプスブリン筋注用1000単位
	621159101	乾燥HBグロブリン筋注用1000単位「ニチャク」
	646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001350	献血ノンスロン500注射用
	621159206	アンソロピンP500注射用
	621159207	ノイアート静注用500単位
	640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ
	620001351	献血ノンスロン1500注射用
	620003071	ノイアート静注用1500単位
	620003432	アンソロピンP1500注射用
	620009201	ペリナートP静注用500
	621758002	献血ポリグロビンN5%静注0.5g/10mL
	621758102	献血ポリグロビンN5%静注2.5g/50mL
	621758202	献血ポリグロビンN5%静注5g/100mL
	622192202	献血ポリグロビンN10%静注5g/50mL
	622192302	献血ポリグロビンN10%静注10g/100mL
	622523501	献血ポリグロビンN10%静注2.5g/25mL
	622683601	ピリワイジェン10%点滴静注5g/50mL
	622683701	ピリワイジェン10%点滴静注10g/100mL
	622683801	ピリワイジェン10%点滴静注20g/200mL
	621159901	献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL
	621160201	献血ヴェノグロブリンIH5%静注2.5g/50mL
	621160501	献血ヴェノグロブリンIH5%静注1g/20mL
	621490001	献血ヴェノグロブリンIH5%静注5g/100mL
	622235601	献血ヴェノグロブリンIH5%静注10g/200mL
	622534401	献血ヴェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL
	622534501	献血ヴェノグロブリンIH10%静注2.5g/25mL
	622534601	献血ヴェノグロブリンIH10%静注5g/50mL
	622534701	献血ヴェノグロブリンIH10%静注10g/100mL
	622534801	献血ヴェノグロブリンIH10%静注20g/200mL
	646340497	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009263	クリスマシンM静注用400単位
	622408201	ノバクトM静注用500単位
	646340499	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	620009264	クリスマシンM静注用1000単位
	622408301	ノバクトM静注用1000単位
	622034100	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622034200	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子
	622408401	ノバクトM静注用2000単位
	620009198	フィブロガミンP静注用
	621769701	アドベイト静注用250 250国際単位(溶解液付)
	621769801	アドベイト静注用500 500国際単位(溶解液付)
	621769901	アドベイト静注用1000 1,000国際単位(溶解液付)
	621984102	アドベイト静注用2000 2,000国際単位(溶解液付)
	622440101	アドベイト静注用1500 1,500国際単位(溶解液付)
	622623801	アドベイト静注用3000 3,000国際単位(溶解液付)
	629903301	アドベイト静注用キット250
	629903401	アドベイト静注用キット500
	629903501	アドベイト静注用キット1000
	629903601	アドベイト静注用キット1500
	629903701	アドベイト静注用キット2000
	629903801	アドベイト静注用キット3000
	640412173	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161703	テタノブリンIH筋注250単位
	640412174	ポリエチレングリコール処理抗破傷風人免疫グロブリン
	621161803	テタノブリンIH筋注1500単位
	622366301	ノボセピンHI静注用1mg シリンジ
	622366401	ノボセピンHI静注用2mg シリンジ
	622366501	ノボセピンHI静注用5mg シリンジ
	622366601	ノボセピンHI静注用8mg シリンジ
	640443038	注射用アナクトC2 500単位
	640453163	ポリエチレングリコール処理抗HBS人免疫グロブリン
	621450602	ヘプスブリンIH静注1000単位
	620006788	メドウェイ注25%
	621971601	ベネフィクス静注用500
	621971701	ベネフィクス静注用1000
	621971801	ベネフィクス静注用2000
	622273601	ベネフィクス静注用3000
	622288001	ハイゼントラ20%皮下注1g/5mL
	622288101	ハイゼントラ20%皮下注2g/10mL
	622288201	ハイゼントラ20%皮下注4g/20mL
	622333001	ノボエイト静注用250

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622333101	ノボエイト静注用500
	622333201	ノボエイト静注用1000
	622333301	ノボエイト静注用1500
	622333401	ノボエイト静注用2000
	622333501	ノボエイト静注用3000
	622364101	オルプロリクス静注用500
	622364201	オルプロリクス静注用1000
	622364301	オルプロリクス静注用2000
	622364401	オルプロリクス静注用3000
	622426501	オルプロリクス静注用250
	622608701	オルプロリクス静注用4000
	622402801	イロクテイト静注用250
	622402901	イロクテイト静注用500
	622403001	イロクテイト静注用750
	622403101	イロクテイト静注用1000
	622403201	イロクテイト静注用1500
	622403301	イロクテイト静注用2000
	622403401	イロクテイト静注用3000
	622682501	イロクテイト静注用4000
	622424901	ノボサーティーン静注用2500
	622442001	アコアラン静注用600
	622583901	アコアラン静注用1800
	622473101	リクスビス静注用1000
	622473201	リクスビス静注用2000
	622473301	リクスビス静注用3000
	622623201	アディノバイト静注用キット250
	622623301	アディノバイト静注用キット500
	622623401	アディノバイト静注用キット1000
	622623501	アディノバイト静注用キット2000
	622646001	アディノバイト静注用キット1500
	622646101	アディノバイト静注用キット3000
	622489301	コバルトリー静注用250
	622489401	コバルトリー静注用500
	622489501	コバルトリー静注用1000
	622489601	コバルトリー静注用2000
	622489701	コバルトリー静注用3000
	622526101	イデルピオン静注用250
	622526201	イデルピオン静注用500
	622526301	イデルピオン静注用1000
	622526401	イデルピオン静注用2000
	6229900101	イデルピオン静注用3500
	622608201	ヘムライブラ皮下注30mg
	622608301	ヘムライブラ皮下注60mg
	622608401	ヘムライブラ皮下注90mg
	622608501	ヘムライブラ皮下注105mg
	622608601	ヘムライブラ皮下注150mg
	622647001	レフィキシア静注用500
	622647101	レフィキシア静注用1000
	622647201	レフィキシア静注用2000
	622658001	ジビイ静注用500
	622658101	ジビイ静注用1000
	622658201	ジビイ静注用2000
	622658301	ジビイ静注用3000
	6229905101	イスバロクト静注用500
	6229905201	イスバロクト静注用1000
	6229905301	イスバロクト静注用1500
	6229905401	イスバロクト静注用2000
	6229905501	イスバロクト静注用3000
	622367201	バイクロット配合静注用
	62250701	ノーモサンク点滴静注250mg
A 7 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用 注射剤のみ)	620009152	サンドスタチン皮下注用500μg
	622507301	オクトレオチド皮下注500μg「SUN」
	622504701	オクトレオチド皮下注500μg「あすか」
	622522901	オクトレオチド酢酸塩皮下注500μg「サンド」
	620009153	サンドスタチン皮下注用1000μg
	622507401	オクトレオチド皮下注1000μg「SUN」
	622504801	オクトレオチド皮下注1000μg「あすか」
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注1000μg「サンド」
	622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg
	622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg
	622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg
	642490105	ゾラデックス3.6mgデボ
	64043027	ゾラデックス1.8mgデボ
	640462004	ゾラデックスLA10.8mgデボ
	620555101	リユープリン注射用3.75mg
	620555201	リユープリン注射用1.88mg
	622298301	リユープロレリン酢酸塩注射用キット1.88mg「NP」
	622266501	リユープロレリン酢酸塩注射用キット1.88mg「あすか」
	620555301	リユープリン注射用キット1.88mg
	622298401	リユープロレリン酢酸塩注射用キット3.75mg「NP」
	622266601	リユープロレリン酢酸塩注射用キット3.75mg「あすか」
	620555401	リユープリン注射用キット3.75mg
	621495301	リユープリンSR注射用キット11.25mg
	622444901	リユープリンPRO注射用キット22.5mg
	620005691	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「F」
	620008225	パミドロン酸二Na点滴静注用15mg「サワイ」
	620005692	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「F」
	620008226	パミドロン酸二Na点滴静注用30mg「サワイ」
	621657601	ゾメタ点滴静注4mg/5mL
	622351301	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「F」
	622354701	ゾレドロン酸点滴静注4mg/5mL「NK」
	622356301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「サワイ」
	622355401	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「サンド」
	622360401	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「日医工」
	622358301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ニプロ」
	622344201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ファイザー」
	622337201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「ヤクルト」
	622388201	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「SN」
	622342601	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/5mL「テバ」
	622216901	ゾメタ点滴静注4mg/100mL
	622354601	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「NK」
	622351401	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「サノフィ」
	622338001	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「トーワ」
	622360301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「日医工」
	622358401	ゾレドロン酸点滴静注4mg/100mLバッグ「ニプロ」
	622344301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ファイザー」
	622337301	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「ヤクルト」
	622391001	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「サワイ」
	622342701	ゾレドロン酸点滴静注液4mg/100mLバッグ「テバ」
	622518601	リクラスト点滴静注液5mg
	622136501	ランマーク皮下注120mg
	622239101	アラリア皮下注60mgシリンジ
	640453101	注射用エンドキサン100mg
	644210037	注射用エンドキサン500mg
	644210058	注射用イホマイド1g
	620009116	ブスルフェクス点滴静注用60mg
	644210020	ニドラン注射用25mg
	644210021	ニドラン注射用50mg
	620003750	ダカルバジン注射用100
	644210065	注射用サイメリン50mg
	644210066	注射用サイメリン100mg
	640451006	アルケラン静注用50mg
	621982101	デモダール点滴静注用100mg
	622041101	トリアキシン点滴静注用100mg
	622518501	トリアキシン点滴静注用25mg
	622374501	ザノサー点滴静注用1g
	620007515	メソトレキセート点滴静注液200mg
	622221301	メソトレキセート点滴静注液1000mg
	644210049	注射用メソトレキセート5mg
	644210048	注射用メソトレキセート50mg
	620004748	フトラフル注400mg
	644210046	注射用フトラフル400
	622047901	5-FU注1000mg
	622412601	フルオウラシル注1000mg「トーワ」
	622229101	5-FU注250mg
	622412501	フルオウラシル注250mg「トーワ」
	620003714	キロサイド注20mg
	620003715	キロサイド注40mg
	620003716	キロサイド注60mg
	620003717	キロサイド注100mg
	620003718	キロサイド注200mg
	620003713	キロサイドN注400mg
	621972001	キロサイドN注1g
	622283001	シタラピン点滴静注液1g「テバ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622282901	シタラピン点滴静注液400mg「テバ」
	620914301	サンラピン点滴静注用150mg
	620914401	サンラピン点滴静注用200mg
	620914501	サンラピン点滴静注用250mg
	622202401	ゲムシタピン点滴静注液200mg/5mL「サンド」
	622487701	ゲムシタピン点滴静注液200mg/5mL「NK」
	622202501	ゲムシタピン点滴静注液1g/2.5mL「サンド」
	622487801	ゲムシタピン点滴静注液1g/2.5mL「NK」
	622460401	ゲムシタピン点滴静注液200mg/5.3mL「ホスピーラ」
	622460501	ゲムシタピン点滴静注液1g/26.3mL「ホスピーラ」
	640454013	ジェムザール注射用200mg
	621970201	ゲムシタピン点滴静注用200mg「タイホウ」
	621973401	ゲムシタピン点滴静注用200mg「ヤクルト」
	622028601	ゲムシタピン点滴静注用200mg「NK」
	622019601	ゲムシタピン点滴静注用200mg「ホスピーラ」
	622098901	ゲムシタピン点滴静注用200mg「サワイ」
	622062103	ゲムシタピン点滴静注用200mg「TYK」
	622393001	ゲムシタピン点滴静注用200mg「日医工」
	640454012	ジェムザール注射用1g
	621970301	ゲムシタピン点滴静注用1g「タイホウ」
	621973501	ゲムシタピン点滴静注用1g「ヤクルト」
	622028701	ゲムシタピン点滴静注用1g「NK」
	622019701	ゲムシタピン点滴静注用1g「ホスピーラ」
	622099001	ゲムシタピン点滴静注用1g「サワイ」
	622062203	ゲムシタピン点滴静注用1g「TYK」
	622393101	ゲムシタピン点滴静注用1g「日医工」
	620002600	フルダラ静注用50mg
	620004850	アリムタ注射用500mg
	621932601	アリムタ注射用100mg
	620005897	アラノンジ一静注用250mg
	622250601	エボルトラ点滴静注20mg
	620000328	マイトマイシン注用2mg
	620000329	マイトマイシン注用10mg
	620007299	コスメゲン静注用0.5mg
	620003799	ブレオ注射用5mg
	620003800	ブレオ注射用15mg
	620005223	ペブレオ注射用5mg
	620005224	ペブレオ注射用10mg
	620005148	アクラシンノン注射用20mg
	620005176	ダウノマイシン静注用20mg
	620004851	ドキシル注20mg
	621995301	ドキシルピシリン塩酸塩注射液10mg「サンド」
	621995401	ドキシルピシリン塩酸塩注射液50mg「サンド」
	620003675	アドリアシン注用10
	621983201	ドキシルピシリン塩酸塩注射液10mg「NK」
	621983301	ドキシルピシリン塩酸塩注射液50mg「NK」
	622014001	アドリアシン注用50
	620003762	テラルピシリン注射用10mg
	620005206	ピノルピン注射用10mg
	620003763	テラルピシリン注射用20mg
	620005207	ピノルピン注射用20mg
	622513101	ピノルピン注射用30mg
	620003790	フェルモルピシリンRTU注射液10mg
	620009523	エビルピシリン塩酸塩注射液10mg/5mL「NK」
	621966401	エビルピシリン塩酸塩注射液10mg/5mL「サワイ」
	620003791	フェルモルピシリンRTU注射液50mg
	620009526	エビルピシリン塩酸塩注射液50mg/2.5mL「NK」
	621966601	エビルピシリン塩酸塩注射液50mg/2.5mL「サワイ」
	620003792	フェルモルピシリン注射用10mg
	620007224	エビルピシリン塩酸塩注射液10mg「NK」
	620008174	エビルピシリン塩酸塩注射液10mg「サワイ」
	620003793	フェルモルピシリン注射用50mg
	620007225	エビルピシリン塩酸塩注射液50mg「NK」
	620008175	エビルピシリン塩酸塩注射液50mg「サワイ」
	620008800	イダマイシン静注用5mg
	640462038	カルセド注射用20mg
	640462039	カルセド注射用50mg
	620007499	マイロタック点滴静注用5mg
	640454006	オンコピン注射用1mg
	644240002	注射用ビンプラスチン硫酸塩
	620001335	エクザール注射用10mg
	644210059	注射用フィルデシン1mg
	644210060	注射用フィルデシン3mg
	620004777	ラステット注100mg/5mL
	620004760	バブシド注100mg
	620008173	エトボシド点滴静注液100mg「サンド」
	622101701	エトボシド点滴静注100mg「タイヨー」
	622220501	エトボシド点滴静注液100mg「SN」
	620007257	カンプト点滴静注40mg
	620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NK」
	620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「サワイ」
	620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイホウ」
	620919501	トボテシン点滴静注40mg
	622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ホスピーラ」
	622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「タイヨー」
	622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「NP」
	622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「トーフ」
	622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「日医工」
	622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液40mg「ハンルイ」
	620007258	カンプト点滴静注100mg
	620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NK」
	620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「サワイ」
	620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイホウ」
	620919701	トボテシン点滴静注100mg
	622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ホスピーラ」
	622059801	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「タイヨー」
	622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「NP」
	622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「トーフ」
	622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「日医工」
	622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液100mg「ハンルイ」
	620919801	タキソテール点滴静注用20mg
	622295501	ドセタキセル点滴静注用20mg「サワイ」
	620919901	タキソテール点滴静注用80mg
	622295601	ドセタキセル点滴静注用80mg「サワイ」
	622068501	ワンタキソテール点滴静注20mg/1mL
	622294901	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ケミファ」
	622283101	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「テバ」
	622272001	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「トーフ」
	622354801	ドセタキセル点滴静注液20mg/1mL「NK」
	622356401	ドセタキセル点滴静注液20mg/1mL「サワイ」
	622429301	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「EE」
	622435002	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ニプロ」
	622408501	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ヤクルト」
	622068601	ワンタキソテール点滴静注80mg/4mL
	622295001	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ケミファ」
	622283201	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「テバ」
	622272101	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「トーフ」
	622354901	ドセタキセル点滴静注液80mg/4mL「NK」
	622356501	ドセタキセル点滴静注液80mg/4mL「サワイ」
	622429401	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「EE」
	622435102	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ニプロ」
	622408601	ドセタキセル点滴静注80mg/4mL「ヤクルト」
	622215301	ドセタキセル点滴静注液20mg/2mL「サンド」
	622285201	ドセタキセル点滴静注液20mg/2mL「ホスピーラ」
	622215401	ドセタキセル点滴静注液80mg/8mL「サンド」
	622285301	ドセタキセル点滴静注液80mg/8mL「ホスピーラ」
	622285401	ドセタキセル点滴静注液120mg/12mL「ホスピーラ」
	620003751	タキソール注射液30mg
	620004170	バクリタキセル注30mg/5mL「NK」
	620005688	バクリタキセル注射液30mg「サワイ」
	622082001	バクリタキセル点滴静注液30mg「サンド」
	622259101	バクリタキセル注射液30mg「NP」
	622375001	バクリタキセル点滴静注液30mg/5mL「ホスピーラ」
	620003752	タキソール注射液100mg
	620004171	バクリタキセル注100mg/16.7mL「NK」
	620005689	バクリタキセル注射液100mg「サワイ」
	622082101	バクリタキセル点滴静注液100mg「サンド」
	622259201	バクリタキセル注射液100mg「NP」
	622375101	バクリタキセル点滴静注液100mg/16.7mL「ホスピーラ」
	620005690	バクリタキセル注射液150mg「サワイ」
	640432004	ナバルピン注10
	621954401	ロゼウス静注液10mg
	640432005	ナバルピン注40
	621954501	ロゼウス静注液40mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620005197	ハイカムチン注射用1.1mg
	621970101	アブラキサン点滴静注用10.0mg
	622364601	ジェブタナ点滴静注6.0mg
	620003247	ロイナーゼ注射用5.000
	620003248	ロイナーゼ注射用10.000
	620004129	シスプラチン注1.0mg「日医工」
	620008946	ランダ注1.0mg/2.0mL
	620923301	シスプラチン点滴静注1.0mg「マルコ」
	620923202	シスプラチン点滴静注液1.0mg「ファイザー」
	620004130	シスプラチン注2.5mg「日医工」
	620008947	ランダ注2.5mg/5.0mL
	620923701	シスプラチン点滴静注2.5mg「マルコ」
	620923602	シスプラチン点滴静注液2.5mg「ファイザー」
	620004131	シスプラチン注5.0mg「日医工」
	620008948	ランダ注5.0mg/10.0mL
	620924101	シスプラチン点滴静注5.0mg「マルコ」
	620924002	シスプラチン点滴静注液5.0mg「ファイザー」
	620001919	動注用アイエーコール10.0mg
	620002591	動注用アイエーコール5.0mg
	640454032	ノバントロン注2.0mg
	642900005	ノバントロン注1.0mg
	620004117	カルボプラチン点滴静注液5.0mg「サワイ」
	620004118	カルボプラチン点滴静注液5.0mg「サンド」
	620004732	パラプラチン注射液5.0mg
	620007254	カルボプラチン点滴静注液5.0mg「NK」
	622098103	カルボプラチン点滴静注液5.0mg「TYK」
	621754502	カルボプラチン注射液5.0mg「日医工」
	620004119	カルボプラチン点滴静注液1.50mg「サワイ」
	620004120	カルボプラチン点滴静注液1.50mg「サンド」
	620004733	パラプラチン注射液1.50mg
	620007255	カルボプラチン点滴静注液1.50mg「NK」
	622098203	カルボプラチン点滴静注液1.50mg「TYK」
	621754602	カルボプラチン注射液1.50mg「日医工」
	620004121	カルボプラチン点滴静注液4.50mg「サワイ」
	620004122	カルボプラチン点滴静注液4.50mg「サンド」
	620004734	パラプラチン注射液4.50mg
	620007256	カルボプラチン点滴静注液4.50mg「NK」
	622098303	カルボプラチン点滴静注液4.50mg「TYK」
	621754702	カルボプラチン注射液4.50mg「日医工」
	620007300	コホリン静注用7.5mg
	640407072	アクブラ静注用1.0mg
	640407073	アクブラ静注用5.0mg
	640407074	アクブラ静注用10.0mg
	622069801	ハーセプチン注射用6.0
	622069901	ハーセプチン注射用1.50
	640462007	ロイスタチン注8mg
	620002417	トリセノックス注1.0mg
	622617800	オキサリプラチン5.0mg/10mL注射液
	621932201	エルブラット点滴静注液5.0mg
	622388601	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg/1.0mL「ケミファ」
	622383201	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg/1.0mL「サンド」
	622374801	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg/1.0mL「ホスビーラ」
	622371101	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「DSEP」
	622373201	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「FFP」
	622385701	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「NK」
	622389801	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「サワイ」
	622394701	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「テバ」
	622371801	オキサリプラチン点滴静注5.0mg「トーワ」
	622393201	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「日医工」
	622392001	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg「ニプロ」
	622437201	オキサリプラチン点滴静注液5.0mg/1.0mL「KCC」
	622476900	オキサリプラチン1.0mg/2.0mL注射液
	621932301	エルブラット点滴静注液1.0mg
	622388701	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg/2.0mL「ケミファ」
	622383301	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg/2.0mL「サンド」
	622374901	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg/2.0mL「ホスビーラ」
	622371201	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「DSEP」
	622373301	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「FFP」
	622385801	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「NK」
	622389901	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「サワイ」
	622394801	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「テバ」
	622371901	オキサリプラチン点滴静注1.0mg「トーワ」
	622393301	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「日医工」
	622392101	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg「ニプロ」
	622437301	オキサリプラチン点滴静注液1.0mg/2.0mL「KCC」
	622617900	オキサリプラチン2.0mg/4.0mL注射液
	622189401	エルブラット点滴静注液2.0mg
	622437401	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg/4.0mL「KCC」
	622428001	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg/4.0mL「ケミファ」
	622426801	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「DSEP」
	622414601	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「FFP」
	622434901	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「NK」
	622431101	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「サワイ」
	622432401	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「テバ」
	622411901	オキサリプラチン点滴静注2.0mg「トーワ」
	622437001	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「日医工」
	622439101	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg「ニプロ」
	622461701	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg/4.0mL「サンド」
	622460601	オキサリプラチン点滴静注液2.0mg/4.0mL「ホスビーラ」
	620004428	ベルケイド注射用3mg
	620004872	アバスチン点滴静注用1.0mg/4mL
	620004873	アバスチン点滴静注用4.0mg/16mL
	620006806	ゼヴァリン イットリウム(90Y) 静注用セット
	620008443	デービタックス注射液1.00mg
	621954001	ミリブラ動注用7.0mg
	621985901	ベクテイビックス点滴静注1.00mg
	622086201	ベクテイビックス点滴静注4.00mg
	622003801	トリーセル点滴静注液2.5mg
	622045001	ビダーザ注射用1.00mg
	622085201	ハラヴェン静注1mg
	622101401	フェソロデックス筋注2.50mg
	622149401	ボテリジオ点滴静注2.0mg
	622244301	デーセラ点滴静注液1.00mg
	622244401	デーセラ点滴静注液1.000mg
	622255101	バーゼタ点滴静注4.20mg/14mL
	622335601	アドセトリス点滴静注用5.0mg
	622264401	カドサイラ点滴静注用1.00mg
	622264501	カドサイラ点滴静注用1.60mg
	622364801	オブジーボ点滴静注2.0mg
	622364901	オブジーボ点滴静注1.00mg
	622662201	オブジーボ点滴静注2.40mg
	622388101	マブキャンバス点滴静注3.0mg
	622417901	サイラムザ点滴静注液1.00mg
	622418001	サイラムザ点滴静注液5.00mg
	622440501	ヤーボイ点滴静注液5.0mg
	622449301	ヨンデリス点滴静注用0.25mg
	622449401	ヨンデリス点滴静注用1mg
	622489201	ゾーフィゴ静注
	622509501	カイプロリス点滴静注用1.0mg
	622509601	カイプロリス点滴静注用4.0mg
	622514701	エムブリシテイ点滴静注用3.00mg
	622514801	エムブリシテイ点滴静注用4.00mg
	622515801	キイトルーダ点滴静注1.00mg
	622582401	バベンチオ点滴静注2.00mg
	622594601	テセントリク点滴静注1.200mg
	629900601	テセントリク点滴静注8.40mg
	622628901	トラスツズマブBS点滴静注用6.0mg「CTH」
	622630701	トラスツズマブBS点滴静注用6.0mg「NK」
	622629001	トラスツズマブBS点滴静注用1.50mg「CTH」
	622630801	トラスツズマブBS点滴静注用1.50mg「NK」
	622633201	イミフィンジ点滴静注1.20mg
	622633301	イミフィンジ点滴静注5.00mg
	622659701	トラスツズマブBS点滴静注用6.0mg「第一三共」
	622659801	トラスツズマブBS点滴静注用1.50mg「第一三共」
	622679201	トラスツズマブBS点滴静注用6.0mg「ファイザー」
	622679301	トラスツズマブBS点滴静注用1.50mg「ファイザー」
	629901901	ボートラーザ点滴静注液8.00mg
	629905901	ベバシズマブBS点滴静注1.00mg「ファイザー」
	629906001	ベバシズマブBS点滴静注4.00mg「ファイザー」
	629904901	ベバシズマブBS点滴静注1.00mg「第一三共」
	629905001	ベバシズマブBS点滴静注4.00mg「第一三共」
	620004740	ビシバニール注射用0.2KE
	620004741	ビシバニール注射用0.5KE
	620004742	ビシバニール注射用1KE

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620004743	ビシパニール注射用5KE
	620003834	レンチナン静注用1mg「味の素」
	620007468	フォトリン静注用7.5mg
	620001918	注射用レザファイリン100mg
	621162801	フェロン注射用100万
	621163001	フェロン注射用300万
	621163701	スミフェロン注DS300万IU
	621163801	スミフェロン注DS600万IU
	640453025	イムノマックスγ注100
	640453024	イムノマックスγ注50
	646390065	イムネース注35
	621385201	ベタフェロン皮下注用960万国際単位
A 7 専門的な治療・処置 (②抗悪性腫瘍剤の内服の管理)	621997701	レナデックス錠4mg
	612460005	メチルテストステロン錠
	610407122	メチルテストステロン錠
	612470008	エチニルエストラジオール錠
	620009249	プロセキソール錠0.5mg
	620005136	ルトラール錠2mg
	610461132	クロルマジン酢酸エステル2.5mg錠
	612470037	プロスター錠2.5
	620004573	プロスタット錠2.5mg
	620537001	ロンステロン錠2.5mg
	620536512	クロルマジン酢酸エステル錠2.5mg「タイヨー」
	620536526	クロルマジン酢酸エステル錠2.5mg「YD」
	620536509	クロルマジン酢酸エステル錠2.5mg「日医工」
	620536524	クロルマジン酢酸エステル錠2.5mg「KN」
	620537101	プロスターL錠50mg
	620537302	クロルマジン酢酸エステル徐放錠50mg「KN」
	610454075	プロゲストン錠2.5mg
	620537901	プロベラ錠2.5mg
	621285301	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠2.5mg「トーワ」
	620537802	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠2.5mg「F」
	612470030	ヒスロン錠5
	610454076	プロゲストン錠5mg
	620538201	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠5mg「F」
	610433122	プロゲストン錠200
	620008693	ヒスロンH錠200mg
	620538401	メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠200mg「F」
	620006975	チオデロンカプセル5mg
	612490039	オペプリム
	620005941	エンドキサン錠50mg
	622181601	経口用エンドキサン原末100mg
	620904101	マブリン散1%
	620005912	アルケラン錠2mg
	620004939	エストロサイトカプセル156.7mg
	622576801	デモゾロミド錠20mg「NK」
	622576901	デモゾロミド錠100mg「NK」
	620004353	デモダールカプセル20mg
	620004354	デモダールカプセル100mg
	620008778	ロイケリン散10%
	614210098	メソトレキセート錠2.5mg
	620005087	フトラフル腸溶顆粒50%
	620004566	フトラフルカプセル200mg
	614210004	5-FU錠50協和
	614210003	5-FU錠100協和
	614210128	フルツロンカプセル100
	614210129	フルツロンカプセル200
	610470009	ゼローグ錠300
	622656401	カベシタピン錠300mg「サワイ」
	622677701	カベシタピン錠300mg「トーワ」
	622674301	カベシタピン錠300mg「日医工」
	622679001	カベシタピン錠300mg「ヤクルト」
	622700101	カベシタピン錠300mg「JG」
	622695801	カベシタピン錠300mg「NK」
	614220011	スタラシドカプセル50
	614220012	スタラシドカプセル100
	614220010	ハイドレアカプセル500mg
	620004870	フルダラ錠10mg
	621929901	ユーエフティE配合顆粒T100
	621930001	ユーエフティE配合顆粒T150
	621930101	ユーエフティE配合顆粒T200
	620915001	ユーエフティ配合カプセルT100
	620009353	ティーエスワン配合顆粒T20
	622430801	エスエーワン配合顆粒T20
	622434701	エヌケーエスワン配合顆粒T20
	620009354	ティーエスワン配合顆粒T25
	622430901	エスエーワン配合顆粒T25
	622434801	エヌケーエスワン配合顆粒T25
	622430001	ティーエスワン配合OD錠T20
	622497901	エスエーワン配合OD錠T20
	622487301	エヌケーエスワン配合OD錠T20
	622537501	エスワンタイホウ配合OD錠T20
	62243101	ティーエスワン配合OD錠T25
	622498001	エスエーワン配合OD錠T25
	622487401	エヌケーエスワン配合OD錠T25
	622537601	エスワンタイホウ配合OD錠T25
	622397101	E Eエスワン配合錠T20
	622397301	エスワンケーケー配合錠T20
	622397201	E Eエスワン配合錠T25
	622397401	エスワンケーケー配合錠T25
	620915501	ティーエスワン配合カプセルT20
	622256001	エスエーワン配合カプセルT20
	622254901	エヌケーエスワン配合カプセルT20
	622285701	エスワンメイジ配合カプセルT20
	622275701	デメラール配合カプセルT20
	620915601	ティーエスワン配合カプセルT25
	622256101	エスエーワン配合カプセルT25
	622255001	エヌケーエスワン配合カプセルT25
	622285801	エスワンメイジ配合カプセルT25
	622275801	デメラール配合カプセルT25
	620003642	ラステットSカプセル2.5mg
	620006119	ベプシドカプセル2.5mg
	620003643	ラステットSカプセル50mg
	620006120	ベプシドカプセル50mg
	620002680	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「中外」
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「TYP」
	620001885	タモキシフェンクエン酸塩100mg錠
	620003593	ノルパデックス錠100mg
	620921501	タモキシフェン錠100mg「明治」
	620920504	タモキシフェン錠100mg「日医工」
	620921701	タモキシフェン錠100mg「サワイ」
	620921005	タモキシフェン錠100mg「MYL」
	622671201	タモキシフェン錠100mg「DSEP」
	622317900	タモキシフェンクエン酸塩200mg錠
	620003594	ノルパデックス錠200mg
	622053001	タモキシフェン錠200mg「サワイ」
	622075101	タモキシフェン錠200mg「日医工」
	622041701	タモキシフェン錠200mg「明治」
	620921905	タモキシフェン錠200mg「MYL」
	622671301	タモキシフェン錠200mg「DSEP」
	620007083	ペラゾリン細粒400mg
	620007084	ペラゾリン細粒800mg
	610463172	フルタミド錠12.5「KN」
	620006876	オダイン錠12.5mg
	621484703	フルタミド錠12.5mg「ファイザー」
	620005101	ベサノイドカプセル10mg
	610407022	フェアストン錠40
	620004006	トレミフェン錠40mg「サワイ」
	610407023	フェアストン錠60
	622169001	トレミフェン錠60mg「サワイ」
	620003534	カゾデックス錠80mg
	620009414	ピカルタミド錠80mg「F」
	620009415	ピカルタミド錠80mg「KN」
	620009412	ピカルタミド錠80mg「NK」
	620009413	ピカルタミド錠80mg「NP」
	620009411	ピカルタミド錠80mg「SN」
	620009420	ピカルタミド錠80mg「TCK」
	620009409	ピカルタミド錠80mg「あすか」
	620009410	ピカルタミド錠80mg「アメル」
	620009416	ピカルタミド錠80mg「サワイ」
	620009417	ピカルタミド錠80mg「サンド」
	620009421	ピカルタミド錠80mg「日医工」
	620009422	ピカルタミド錠80mg「マイラン」
	620009423	ピカルタミド錠80mg「明治」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	621938701	ピカルタミド錠80mg「JG」
	621927301	ピカルタミド錠80mg「オーハラ」
	621979301	ピカルタミド錠80mg「トーワ」
	621912301	ピカルタミド錠80mg「ケミファ」
	622087501	ピカルタミド錠80mg「ファイザー」
	621897501	ピカルタミド錠80mg「テバ」
	622671501	ピカルタミド錠80mg「DSEP」
	622265601	カゾデックスOD錠80mg
	622492601	ピカルタミドOD錠80mg「KN」
	622487201	ピカルタミドOD錠80mg「NK」
	622502901	ピカルタミドOD錠80mg「あすか」
	622482001	ピカルタミドOD錠80mg「ケミファ」
	622498101	ピカルタミドOD錠80mg「サワイ」
	622501501	ピカルタミドOD錠80mg「日医工」
	622507101	ピカルタミドOD錠80mg「ニプロ」
	622502701	ピカルタミドOD錠80mg「明治」
	622513701	ピカルタミドOD錠80mg「トーワ」
	622671401	ピカルタミドOD錠80mg「DSEP」
	622689100	アナストロゾール1mg錠
	620003507	アリミデックス錠1mg
	622192601	アナストロゾール錠1mg「EE」
	622213401	アナストロゾール錠1mg「F」
	622204401	アナストロゾール錠1mg「JG」
	622202701	アナストロゾール錠1mg「KN」
	622208701	アナストロゾール錠1mg「NK」
	622211201	アナストロゾール錠1mg「NP」
	622220301	アナストロゾール錠1mg「SN」
	622198501	アナストロゾール錠1mg「ケミファ」
	622218301	アナストロゾール錠1mg「サワイ」
	622215501	アナストロゾール錠1mg「サンド」
	622195501	アナストロゾール錠1mg「テバ」
	622195001	アナストロゾール錠1mg「トーワ」
	622208401	アナストロゾール錠1mg「日医工」
	622222701	アナストロゾール錠1mg「マイラン」
	622180501	アナストロゾール錠1mg「明治」
	622238501	アナストロゾール錠1mg「アメル」
	622671101	アナストロゾール錠1mg「DSEP」
	622610600	イマチニブメシル酸塩100mg錠
	620002511	グリベック錠100mg
	622291501	イマチニブ錠100mg「EE」
	622292801	イマチニブ錠100mg「KN」
	622287101	イマチニブ錠100mg「NK」
	622298801	イマチニブ錠100mg「ヤクルト」
	622348701	イマチニブ錠100mg「DSEP」
	622357601	イマチニブ錠100mg「ニプロ」
	622340201	イマチニブ錠100mg「明治」
	622380201	イマチニブ錠100mg「オーハラ」
	622388501	イマチニブ錠100mg「ケミファ」
	622389601	イマチニブ錠100mg「サワイ」
	622414301	イマチニブ錠100mg「JG」
	622437501	イマチニブ錠100mg「TCK」
	622411601	イマチニブ錠100mg「トーワ」
	622436501	イマチニブ錠100mg「日医工」
	622417501	イマチニブ錠100mg「ファイザー」
	622496001	イマチニブ錠100mg「テバ」
	622306802	イマチニブ錠100mg「KMP」
	622357701	イマチニブ錠200mg「ニプロ」
	622340301	イマチニブ錠200mg「明治」
	622375401	イマチニブ錠200mg「ヤクルト」
	622411701	イマチニブ錠200mg「トーワ」
	622436601	イマチニブ錠200mg「日医工」
	622457401	イマチニブ錠200mg「サワイ」
	610462026	アロマシン錠25mg
	622115801	エキセメスタン錠25mg「NK」
	622118801	エキセメスタン錠25mg「マイラン」
	622158301	エキセメスタン錠25mg「テバ」
	610462027	イレッサ錠250
	622668001	ゲフィチニブ錠250mg「DSEP」
	622684501	ゲフィチニブ錠250mg「JG」
	622672301	ゲフィチニブ錠250mg「NK」
	622679701	ゲフィチニブ錠250mg「サワイ」
	622682601	ゲフィチニブ錠250mg「サンド」
	622674401	ゲフィチニブ錠250mg「日医工」
	622679101	ゲフィチニブ錠250mg「ヤクルト」
	620002491	アムノレイク錠2mg
	622475600	レトロゾール2.5mg錠
	620003467	フェマール錠2.5mg
	622427401	レトロゾール錠2.5mg「DSEP」
	622429201	レトロゾール錠2.5mg「EE」
	622429901	レトロゾール錠2.5mg「F」
	622413201	レトロゾール錠2.5mg「FFP」
	622422101	レトロゾール錠2.5mg「JG」
	622433901	レトロゾール錠2.5mg「KN」
	622435201	レトロゾール錠2.5mg「NK」
	622418401	レトロゾール錠2.5mg「アメル」
	622427901	レトロゾール錠2.5mg「ケミファ」
	622431001	レトロゾール錠2.5mg「サワイ」
	622432001	レトロゾール錠2.5mg「テバ」
	622412801	レトロゾール錠2.5mg「トーワ」
	622436701	レトロゾール錠2.5mg「日医工」
	622438901	レトロゾール錠2.5mg「ニプロ」
	622417401	レトロゾール錠2.5mg「ファイザー」
	622420001	レトロゾール錠2.5mg「明治」
	622411401	レトロゾール錠2.5mg「ヤクルト」
	622418402	レトロゾール錠2.5mg「サンド」
	620005890	タルセバ錠25mg
	620005891	タルセバ錠100mg
	620005892	タルセバ錠150mg
	620006778	ネクサバル錠200mg
	620006801	スーテントカプセル12.5mg
	620008558	サレドカプセル100
	621984001	サレドカプセル50
	622267801	サレドカプセル25
	620009095	スプリセル錠20mg
	620009096	スプリセル錠50mg
	620009097	ダシグナカプセル200mg
	622048101	ダシグナカプセル150mg
	622585501	ダシグナカプセル50mg
	621911601	タイケルブ錠250mg
	621980901	アフィニール錠5mg
	622216801	アフィニール錠2.5mg
	622226301	アフィニール分散錠2mg
	622226401	アフィニール分散錠3mg
	621927401	レブラミドカプセル5mg
	622456401	レブラミドカプセル2.5mg
	622087401	ゾリンザカプセル100mg
	622149601	ザーコリカプセル200mg
	622149701	ザーコリカプセル250mg
	622183301	インライタ錠1mg
	622183401	インライタ錠5mg
	622201801	ヴォトリエント錠200mg
	622225801	スチパーガ錠40mg
	622307101	ジオトリフ錠20mg
	622307201	ジオトリフ錠30mg
	622307301	ジオトリフ錠40mg
	622307401	ジオトリフ錠50mg
	622623001	イクスタンジ錠40mg
	622623101	イクスタンジ錠80mg
	622443801	アレセンザカプセル150mg
	622363801	ザイテイガ錠250mg
	622365001	ジャカビ錠5mg
	622545301	ジャカビ錠10mg
	622363701	ラバリムス錠1mg
	622374701	ボシュリフ錠100mg
	622394901	ゼルボラフ錠240mg
	622415001	ボマリスタカプセル1mg
	622415101	ボマリスタカプセル2mg
	622415201	ボマリスタカプセル3mg
	622415301	ボマリスタカプセル4mg
	622416001	レンビマカプセル4mg
	622416101	レンビマカプセル10mg
	622441601	フェリーダックカプセル10mg
	622441701	フェリーダックカプセル15mg
	622441001	カブレラ錠100mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622483501	タグリッソ錠7.5mg
	622487901	イムブルピカカプセル1.40mg
	622697301	ジカディア錠1.50mg
	622485301	ジカディアカプセル1.50mg
	622472001	タグリッソ錠4.0mg
	622472101	タグリッソ錠8.0mg
	622484901	タフィンラーカプセル5.0mg
	622485001	タフィンラーカプセル7.5mg
	622485101	メキニスト錠0.5mg
	622485201	メキニスト錠2mg
	622483401	アイクルシグ錠1.5mg
	622654801	ゾスバタ錠4.0mg
	622653201	ロープレナ錠2.5mg
	622653301	ロープレナ錠1.00mg
	622669101	ピジンプロ錠1.5mg
	622669201	ピジンプロ錠4.5mg
	622668801	ピラフトピカセル5.0mg
	622668901	メクトピ錠1.5mg
	622676901	アーリーダ錠6.0mg
	622688401	ヴァンフリタ錠17.7mg
	622688501	ヴァンフリタ錠26.5mg
	622679401	ロズリートレカカプセル1.00mg
	622679501	ロズリートレカカプセル2.00mg
	622696201	ベネクレクタ錠1.0mg
	622696301	ベネクレクタ錠5.0mg
	622696401	ベネクレクタ錠10.0mg
	620007080	ベスタチンカプセル1.0mg
	620007081	ベスタチンカプセル3.0mg
	622336001	ロンサーフ配合錠T15
	622336101	ロンサーフ配合錠T20
A 7 専門的な治療・処置 (③麻薬の使用 注射剤のみ)	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
	620009272	バンオピン皮下注2.0mg
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003067	アンベック注1.0mg
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「シオノギ」
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「第一三共」
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液1.0mg「タケダ」
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003068	アンベック注5.0mg
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「シオノギ」
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「第一三共」
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液5.0mg「タケダ」
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
	620001373	アンベック注2.00mg
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液2.00mg「第一三共」
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液2.00mg「シオノギ」
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液2.00mg「タケダ」
	620004181	アレベニン注1.00mgシリリンジ
	622135601	オキファスト注1.0mg
	622685701	オキシコドン注射液1.0mg「第一三共」
	622135701	オキファスト注5.0mg
	622685801	オキシコドン注射液5.0mg「第一三共」
	622625401	ナルベイン注2mg
	622625501	ナルベイン注2.0mg
	648110014	複方オキシコドン注射液
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
	648110002	アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110010	弱アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
	648210005	ベチジン塩酸塩注射液
	628512804	ベチジン塩酸塩注射液3.5mg「タケダ」
	648210006	ベチジン塩酸塩注射液
	628513304	ベチジン塩酸塩注射液5.0mg「タケダ」
	620009577	フェンタニル注射液0.1mg「キヤンセン」
	621208101	フェンタニル注射液0.1mg「第一三共」
	621899203	フェンタニル注射液0.1mg「テルモ」
	620009578	フェンタニル注射液0.25mg「キヤンセン」
	621627101	フェンタニル注射液0.25mg「第一三共」
	621899303	フェンタニル注射液0.25mg「テルモ」
	620009579	フェンタニル注射液0.5mg「キヤンセン」
	621899403	フェンタニル注射液0.5mg「テルモ」
	620004422	アルチバ静注用2mg
	622486801	レミフェンタニル静注用2mg「第一三共」
	620004423	アルチバ静注用5mg
	622486901	レミフェンタニル静注用5mg「第一三共」
	621208201	タラモナール静注
	648210004	ベチロルファン注射液
	648210007	弱ベチロルファン注射液
A 7 専門的な治療・処置 (④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理)	610462034	コデインリン酸塩散1%
	620000567	リン酸コデイン散1% (ハチ)
	620000568	リン酸コデイン散1%「フソー」
	612240008	リン酸コデイン散1%「ホエイ」
	620000569	リン酸コデイン散1%「イワキ」
	610450010	リン酸コデイン散1%「メタル」
	620005838	コデインリン酸塩散1%「シオエ」
	620009310	コデインリン酸塩散1%「第一三共」
	620392409	コデインリン酸塩散1%「タケダ」
	620392429	リン酸コデイン散1%「日医工」
	620392403	コデインリン酸塩散1% (ハチ)
	620000182	コデインリン酸塩錠
	620005841	コデインリン酸塩錠5mg「シオエ」
	621567604	リン酸コデイン錠5mg「ファイザー」
	610462036	ジヒドロコデインリン酸塩散1%
	620000575	リン酸ジヒドロコデイン散1% (ハチ)
	620000576	リン酸ジヒドロコデイン散1%「フソー」
	612240010	リン酸ジヒドロコデイン散1%「ホエイ」
	610450011	リン酸ジヒドロコデイン散1%「メタル」
	620005844	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「シオエ」
	620009316	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「第一三共」
	620392509	ジヒドロコデインリン酸塩散1%「タケダ」
	620392528	リン酸ジヒドロコデイン散1%「日医工」
	620392532	ジヒドロコデインリン酸塩散1% (ハチ)
	618110006	アヘン末
	628500001	アヘン末「第一三共」
	618110004	アヘン散
	628500501	アヘン散「第一三共」
	618110002	アヘンチンキ
	628501001	アヘンチンキ「第一三共」
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩
	618110025	バンオピン「タケダ」
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠1.0mg「DSP」
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物「第一三共」原末
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物「タケダ」原末
	610453130	モルベス細粒2%
	610453131	モルベス細粒6%
	618110023	MSコンチン錠1.0mg
	618110024	MSコンチン錠3.0mg
	610406378	MSコンチン錠6.0mg
	610453027	MSツワイスロンカプセル1.0mg
	610453028	MSツワイスロンカプセル3.0mg
	610453029	MSツワイスロンカプセル6.0mg
	620003165	バシーフカプセル3.0mg
	620003166	バシーフカプセル6.0mg
	620003167	バシーフカプセル12.0mg
	610470010	オプソ内服液5mg
	610470011	オプソ内服液1.0mg
	618110011	コデインリン酸塩錠
	620009226	コデインリン酸塩錠2.0mg「第一三共」
	628505804	コデインリン酸塩錠2.0mg「タケダ」
	618110009	コデインリン酸塩水和物
	620009227	コデインリン酸塩水和物「タケダ」原末
	628506001	コデインリン酸塩水和物「第一三共」原末
	610462035	コデインリン酸塩散1.0%
	620009225	コデインリン酸塩散1.0%「タケダ」
	628506500	コデインリン酸塩散1.0%「第一三共」
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩「第一三共」原末
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩「タケダ」原末
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散1.0%
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散1.0%「第一三共」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	628507804	ジビドロコデインリン酸塩散10%「タケダ」
	62003630	メテパニール錠2mg
	622016901	オキノーム散2.5mg
	622017001	オキノーム散5mg
	622017101	オキノーム散10mg
	622303901	オキノーム散20mg
	622540101	オキシコドン錠2.5mg「第一三共」
	622540201	オキシコドン錠5mg「第一三共」
	622540301	オキシコドン錠10mg「第一三共」
	622540401	オキシコドン錠20mg「第一三共」
	622521701	オキシコドン徐放錠5mg「第一三共」
	622521801	オキシコドン徐放錠10mg「第一三共」
	622521901	オキシコドン徐放錠20mg「第一三共」
	622522001	オキシコドン徐放錠40mg「第一三共」
	622576301	オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」
	622576401	オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」
	622576501	オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」
	622576601	オキシコドン徐放錠40mgNX「第一三共」
	622685301	オキシコドン徐放錠5mgNX「第一三共」
	622685401	オキシコドン徐放錠10mgNX「第一三共」
	622685501	オキシコドン徐放錠20mgNX「第一三共」
	622685601	オキシコドン徐放錠40mgNX「第一三共」
	622303501	オキシコドン徐放錠カプセル5mg「テルモ」
	622303601	オキシコドン徐放錠カプセル10mg「テルモ」
	622303701	オキシコドン徐放錠カプセル20mg「テルモ」
	622303801	オキシコドン徐放錠カプセル40mg「テルモ」
	622550201	ナルラピド錠1mg
	622550301	ナルラピド錠2mg
	622550501	ナルラピド錠4mg
	622549801	ナルサス錠2mg
	622549901	ナルサス錠6mg
	622550001	ナルサス錠12mg
	622550101	ナルサス錠24mg
	618110001	アヘン・トコ散
	618110027	ドーフル散
	618210001	ベチジン塩酸塩
	622293501	アブストラル舌下錠100μg
	622293601	アブストラル舌下錠200μg
	622293701	アブストラル舌下錠400μg
	622264901	イーフェンバカル錠50μg
	622265001	イーフェンバカル錠100μg
	622265101	イーフェンバカル錠200μg
	622265201	イーフェンバカル錠400μg
	622265301	イーフェンバカル錠600μg
	622265401	イーフェンバカル錠800μg
	622212701	メサベイン錠5mg
	622212801	メサベイン錠10mg
	622350501	タベンタ錠2.5mg
	622350601	タベンタ錠5mg
	622350701	タベンタ錠10mg
	668110001	アンベック坐剤10mg
	660432005	アンベック坐剤20mg
	618120001	アンベック坐剤30mg
	620009281	コカイン塩酸塩「タケダ」原末
	620007678	デュロテップMTパッチ2.1mg
	622177901	フェンタニール3日用テープ2.1mg「HMT」
	622228201	フェンタニール3日用テープ2.1mg「明治」
	622628101	フェンタニール3日用テープ2.1mg「トーワ」
	622305202	フェンタニール3日用テープ2.1mg「テイコク」
	620007679	デュロテップMTパッチ4.2mg
	622178001	フェンタニール3日用テープ4.2mg「HMT」
	622228301	フェンタニール3日用テープ4.2mg「明治」
	622628201	フェンタニール3日用テープ4.2mg「トーワ」
	622305302	フェンタニール3日用テープ4.2mg「テイコク」
	620007680	デュロテップMTパッチ8.4mg
	622178101	フェンタニール3日用テープ8.4mg「HMT」
	622228401	フェンタニール3日用テープ8.4mg「明治」
	622628301	フェンタニール3日用テープ8.4mg「トーワ」
	622305402	フェンタニール3日用テープ8.4mg「テイコク」
	620007681	デュロテップMTパッチ12.6mg
	622178201	フェンタニール3日用テープ12.6mg「HMT」
	622228501	フェンタニール3日用テープ12.6mg「明治」
	622628401	フェンタニール3日用テープ12.6mg「トーワ」
	622305502	フェンタニール3日用テープ12.6mg「テイコク」
	620007682	デュロテップMTパッチ16.8mg
	622178301	フェンタニール3日用テープ16.8mg「HMT」
	622228601	フェンタニール3日用テープ16.8mg「明治」
	622628501	フェンタニール3日用テープ16.8mg「トーワ」
	622305602	フェンタニール3日用テープ16.8mg「テイコク」
	622041901	ワンデュロパッチ0.84mg
	622505001	ワンデュロパッチ1.7mg
	622042001	ワンデュロパッチ3.4mg
	622505101	ワンデュロパッチ5mg
	622042101	ワンデュロパッチ6.7mg
	622505201	ワンデュロパッチ8.4mg
	622042201	ワンデュロパッチ10.1mg
	622505301	ワンデュロパッチ11.8mg
	622042301	ワンデュロパッチ13.5mg
	622505401	ワンデュロパッチ15.2mg
	622700801	ラフェンタテープ1.38mg
	622700901	ラフェンタテープ2.75mg
	622701001	ラフェンタテープ5.5mg
	622701101	ラフェンタテープ8.25mg
	622701201	ラフェンタテープ11mg
	621988502	フェントステープ1mg
	622643101	フェンタニールエン酸塩1日用テープ1mg「第一三共」
	622696801	フェンタニールエン酸塩1日用テープ1mg「テイコク」
	621988602	フェントステープ2mg
	622643201	フェンタニールエン酸塩1日用テープ2mg「第一三共」
	622696901	フェンタニールエン酸塩1日用テープ2mg「テイコク」
	621988702	フェントステープ4mg
	622643301	フェンタニールエン酸塩1日用テープ4mg「第一三共」
	622697001	フェンタニールエン酸塩1日用テープ4mg「テイコク」
	621988802	フェントステープ6mg
	622643401	フェンタニールエン酸塩1日用テープ6mg「第一三共」
	622697101	フェンタニールエン酸塩1日用テープ6mg「テイコク」
	621988902	フェントステープ8mg
	622643501	フェンタニールエン酸塩1日用テープ8mg「第一三共」
	622697201	フェンタニールエン酸塩1日用テープ8mg「テイコク」
	622645901	フェントステープ0.5mg
A 7 専門的な治療・処置 (5) 放射線治療	180008810	体外照射(エックス線表在治療)(1回目)
	180019410	体外照射(エックス線表在治療)(2回目)
	180020710	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(1門照射)
	180020810	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(対向2門照射)
	180020910	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(非対向2門照射)
	180021010	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(3門照射)
	180021110	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(4門以上の照射)
	180021210	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(運動照射)
	180021310	体外照射(高エネルギー放射線治療)(1回目)(原体照射)
	180021410	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(1門照射)
	180021510	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(対向2門照射)
	180021610	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(非対向2門照射)
	180021710	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(3門照射)
	180021810	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(4門以上の照射)
	180021910	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(運動照射)
	180022010	体外照射(高エネルギー放射線治療)(2回目)(原体照射)
	180031910	体外照射(IMRT)
	180025270	施設基準不適合減算(放射線)(100分の70)
	180043270	1回線量増加加算(全乳房照射)
	180054970	1回線量増加加算(前立腺照射)
	180009270	術中照射療法加算
	180016970	体外照射用固定器具加算
	180054870	画像誘導放射線治療加算(腫瘍の位置情報)
	180054770	画像誘導放射線治療加算(骨構造の位置情報)
	180054670	画像誘導放射線治療加算(体表面の位置情報)
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療
	180019710	直線加速器による放射線治療(定位放射線治療)
	180035310	直線加速器による放射線治療(1以外)
	180026750	直線加速器による放射線治療(定位放射線治療・体幹部に対する)
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算(動物追尾法)
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算(その他)
	180055110	粒子線治療(希少な疾病)(陽子線治療)

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	180055010	粒子線治療（希少な疾病）（重粒子線治療）
	180055310	粒子線治療（1以外の特定の疾病）（陽子線治療）
	180055210	粒子線治療（1以外の特定の疾病）（重粒子線治療）
	180046970	粒子線治療適応判定加算
	180047070	粒子線治療区管理加算
	180012710	全身照射
	180009410	密封小線源治療（外部照射）
	180017010	密封小線源治療（腔内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032110	密封小線源治療（腔内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009510	密封小線源治療（腔内照射）（その他）
	180027110	密封小線源治療（組織内照射）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018610	密封小線源治療（組織内照射）（高線量率イリジウム照射）
	180032310	密封小線源治療（組織内照射）（新型コバルト小線源治療装置）
	180009610	密封小線源治療（組織内照射）（その他）
	180009710	密封小線源治療（放射性粒子照射）
	180027270	線源使用加算（密封小線源治療）（前立腺癌に対する永久挿入療法）
	180018770	食道用アプリケーション加算（密封小線源治療）
	180018870	気管、気管支用アプリケーション加算（密封小線源治療）
	180047170	画像誘導密封小線源治療加算
A 7 専門的な治療・処置（⑥ 免疫抑制剤の管理 注射剤のみ）	620007335	ソル・コーテフ注射用100mg
	620008818	サクシゾン注射用100mg
	620007332	ソル・コーテフ静注用250mg
	620008819	サクシゾン注射用300mg
	620007333	ソル・コーテフ静注用500mg
	620008816	サクシゾン静注用500mg
	620007334	ソル・コーテフ静注用1000mg
	620008817	サクシゾン静注用1000mg
	620004661	ケナコルト-A皮内用関節腔内用水懸注50mg/5mL
	620004660	ケナコルト-A筋注用関節腔内用水懸注40mg/1mL
	620002613	リンデロン注2mg(0.4%)
	620003829	リノロサル注射液2mg(0.4%)
	620002614	リンデロン注4mg(0.4%)
	620003830	リノロサル注射液4mg(0.4%)
	620002615	リンデロン注20mg(0.4%)
	620003831	リノロサル注射液20mg(0.4%)
	620002616	リンデロン注20mg(2%)
	620002617	リンデロン注100mg(2%)
	620007336	ソルコート静注用100mg
	620525001	デカドロン注射液1.65mg
	620525101	デキサート注射液1.65mg
	620525201	オルガドロン注射液1.9mg
	620525301	デカドロン注射液3.3mg
	620525401	デキサート注射液3.3mg
	620525801	オルガドロン注射液3.8mg
	620525601	デカドロン注射液6.6mg
	620525701	デキサート注射液6.6mg
	620525901	オルガドロン注射液19mg
	620003832	リメタゾン静注2.5mg
	642450087	リンデロン懸濁注
	640454024	注射用ソル・メルコート40
	620007356	ソル・メドロール静注用40mg
	640454025	注射用ソル・メルコート125
	620007357	ソル・メドロール静注用125mg
	640454026	注射用ソル・メルコート500
	620007358	ソル・メドロール静注用500mg
	620001310	注射用ソル・メルコート1,000
	620007359	ソル・メドロール静注用1000mg
	620007381	デボ・メドロール水懸注20mg
	620007382	デボ・メドロール水懸注40mg
	642450115	注射用プレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450169	水溶性プレドニン10mg
	620530402	プレドニゾンコハク酸エステルNa注射用10mg「F」
	642450116	注射用プレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450170	水溶性プレドニン20mg
	620530502	プレドニゾンコハク酸エステルNa注射用20mg「F」
	642450171	注射用プレドニゾンコハク酸エステルナトリウム
	642450171	水溶性プレドニン50mg
	620894001	サンディミュン点滴静注用250mg
	643990141	プロクラフ注射液5mg
	622047401	プロクラフ注射液2mg
	620008850	スパニジン点滴静注用100mg
	620008829	シムレクト静注用20mg
	620008445	シムレクト小児用静注用10mg
	620009011	ステロネマ注腸3mg
	620009010	ステロネマ注腸1.5mg
A 7 専門的な治療・処置（⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ）	620008805	エホチール注10mg
	640461008	ドバミン塩酸塩100mg 5mL注射液
	620002175	イノバン注100mg
	620003427	カコージン注100mg
	620005804	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「アイロム」
	620005858	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「タイヨー」
	620008381	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「KN」
	620244722	ツルドバミ点滴静注100mg
	620244718	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「NP」
	620244732	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「ファイザー」
	620244701	ドバミン塩酸塩点滴静注100mg「イセイ」
	620002174	イノバン注50mg
	621399008	ドバミン塩酸塩点滴静注50mg「タイヨー」
	621399011	ツルドバミ点滴静注50mg
	621399010	カコージン注50mg
	621399013	ドバミン塩酸塩点滴静注50mg「NP」
	640461010	ドバミン塩酸塩200mg 10mL注射液
	620245102	ツルドバミ点滴静注200mg
	622084701	カコージン注200mg
	622060501	ドバミン塩酸塩点滴静注200mg「タイヨー」
	622033602	ドバミン塩酸塩点滴静注200mg「NP」
	620002179	塩酸ドバミン注キット200
	620003205	カコージンD注0.1%
	620002180	塩酸ドバミン注キット600
	620003207	カコージンD注0.3%
	620003194	イノバン注0.1%シリンジ
	620003195	イノバン注0.3%シリンジ
	620004105	イノバン注0.6%シリンジ
	642110084	ドブトレックス注射液100mg
	620005187	ドブタミン点滴静注100mg「アイロム」
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注100mg「サワイ」
	621365306	ドブタミン点滴静注100mg「AFP」
	621365316	ドブタミン点滴静注100mg「F」
	621365321	ドブタミン点滴静注100mg「ファイザー」
	620005188	ドブトレックス点滴静注200mg
	620005189	ドブトレックス点滴静注600mg
	620003225	ドブポン注0.1%シリンジ
	620003226	ドブポン注0.3%シリンジ
	620004161	ドブポン注0.6%シリンジ
	620002593	ネオシネジンコーワ注1mg
	620002594	ネオシネジンコーワ注5mg
	642450005	アドレナリン注射液
	620517902	ボスミン注1mg
	642450071	ノルアドレナリン注射液
	620008384	ノルアドレナリン注1mg
	621371901	アドレナリン注0.1%シリンジ「テルモ」
	628704702	エビベン注射液0.15mg
	628704802	エビベン注射液0.3mg
A 7 専門的な治療・処置（⑧ 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ）	641210020	リドカイン注射液
	641210093	キシロカイン注射液0.5%
	641210094	リドカイン注「NM」0.5%
	641210021	リドカイン注射液
	641210096	キシロカイン0.5%筋注用溶解液
	641210022	リドカイン注射液
	641210099	キシロカイン注射液1%
	641210100	リドカイン注「NM」1%
	641210023	リドカイン注射液
	641210102	キシロカイン注射液2%
	641210103	リドカイン注「NM」2%
	641210024	リドカイン注射液
	641210105	静注用キシロカイン2%
	620166503	リドカイン静注液2%「タカタ」
	641210025	リドカイン注射液
	621670602	リドカイン点滴静注液1%「タカタ」
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008355	アミサリン注100mg
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008356	アミサリン注200mg
	642120006	インデラル注射液2mg

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	621494801	オノアクト点滴静注用50mg
	622094701	コアベータ静注用12.5mg
	622422801	オノアクト点滴静注用150mg
	640462042	プレビプロック注100mg
	620004782	リスモダンP静注50mg
	620005243	ワソラン静注5mg
	620009200	ペラバミル塩酸塩静注5mg「タイヨー」
	620008940	メキシチール点滴静注125mg
	620004636	アスピリン静注用100
	620262301	シベノール静注70mg
	620007361	タンボコール静注50mg
	620002584	シンビット静注用50mg
	640443003	サンリズム注射液50
	620002610	リドカイン静注用2%シリンジ「テルモ」
	620004876	アンカロン注150
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注150mg「TE」
	620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用10mg「日医工」
	620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用50mg「日医工」
	640407031	ヘルベッサー注射用250
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用250mg「サワイ」
	621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用250mg「日医工」
	621958501	ヘルベッサー注射用10
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用10mg「サワイ」
	621958601	ヘルベッサー注射用50
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用50mg「サワイ」
A 7 専門的な治療・処置 (㉑ 抗血栓薬の持続点滴の使用)	621406001	アルガトロバン注射液10mg「サワイ」
	621267001	アルガトロバン注射液10mg「日医工」
	621405904	アルガトロバン注射液10mg「SN」
	620002948	スロンニンHI注10mg/2mL
	620002974	ノバスタンHI注10mg/2mL
	620003192	アルガトロバン注シリンジ10mg「NP」
	621734701	アルガトロバン注10mgシリンジ「SN」
	620002252	チトラミン液「フソー」=4%
	620812203	ヘパリンCa皮下注2万単位/0.8mL「サワイ」
	621824702	ヘパリンカルシウム注1万単位/10mL「AY」
	621824802	ヘパリンCa注射液2万単位/20mL「サワイ」
	621825002	ヘパリンカルシウム注5万単位/50mL「AY」
	621824902	ヘパリンCa注射液5万単位/50mL「サワイ」
	621825102	ヘパリンCa注射液10万単位/100mL「サワイ」
	622458001	ヘパリンCa皮下注1万単位/0.4mL「サワイ」
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注5千単位/0.2mLシリンジ「モチダ」
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液
	620812504	ヘパリンナトリウム注N5千単位/5mL「AY」
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液
	621825302	ヘパリンNa注5千単位/5mL「モチダ」
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液
	621825802	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「AY」
	621825602	ヘパリンナトリウム注N1万単位/10mL「AY」
	621825704	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「ニプロ」
	621825502	ヘパリンNa注1万単位/10mL「モチダ」
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液
	621826102	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「AY」
	621826004	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「ニプロ」
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液
	621826402	ヘパリンナトリウム注10万単位/100mL「AY」
	620006312	ヘパリンNa透折用250単位/mL「フソー」20mL
	621832801	ヘパリンNa透折用250単位/mL「NS」20mL
	621701902	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日新」
	621699702	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「KCC」
	620006328	リザルミン静注5000単位/5mL
	621757301	ダルテパリンNa静注5千単位/5mL「HK」
	621673901	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日医工」
	621757401	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「日本臓器」
	620812701	フラグミン静注5000単位/5mL
	621702702	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「サワイ」
	621673102	ダルテパリンNa静注5000単位/5mL「AFP」
	620007360	ダルテパリンNa静注5千単位/5mLシリンジ「HK」
	621994801	ダルテパリンNa静注2500単位/10mLシリンジ「ニプロ」
	621994901	ダルテパリンNa静注3000単位/12mLシリンジ「ニプロ」
	621995001	ダルテパリンNa静注4000単位/16mLシリンジ「ニプロ」
	621995101	ダルテパリンNa静注5000単位/20mLシリンジ「ニプロ」
	620006789	リコモジュリン点滴静注用12800
	621373901	オルガラン静注1250単位
	620006203	ウロナーゼ静注用6万単位
	620006202	ウロナーゼ冠動注用12万単位
	620006204	ウロナーゼ静注用24万単位
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注用10単位
	643950056	アクチバシン注600万
	643950059	グルトバ注600万
	643950057	アクチバシン注1200万
	643950060	グルトバ注1200万
	643950058	アクチバシン注2400万
	643950061	グルトバ注2400万
	620007270	クリアクター静注用40万
	620007271	クリアクター静注用80万
A 7 専門的な治療・処置 (㉒ ドレナージの管理)	140032310	ドレージ法 (ドレナージ) (持続的吸引)
	140032410	ドレージ法 (ドレナージ) (その他)
	140051810	局所陰圧閉鎖処置 (入院) (100cm2未満)
	140051910	局所陰圧閉鎖処置 (入院) (100cm2以上)
	140052010	局所陰圧閉鎖処置 (入院) (200cm2以上)
	140052170	初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (100cm2未満)
	140052270	初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (100cm2以上)
	140052370	初回加算 (局所陰圧閉鎖処置) (入院) (200cm2以上)
	140004110	持続的胸腔ドレナージ
	140004310	胃持続ドレナージ
	140004510	持続的腹腔ドレナージ
	140052710	持続的難治性下痢ドレナージ
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法
A 7 専門的な治療・処置 (㉓ 無菌治療室での治療)	190106570	無菌治療室管理加算1
	190146510	無菌治療室管理加算2
A 8 緊急に入院を必要とする状態	190171910	救急医療管理加算1
	190172010	救急医療管理加算2
	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料
C 16 開頭手術 (13日間)	150067010	頭蓋開蓋術
	150067210	試験開蓋術
	150335610	減圧開蓋術 (キアリ奇形、脊髄空洞症)
	150067410	減圧開蓋術 (その他)
	150397510	後頭蓋窓減圧術
	150067510	脳腫瘍排膿術
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
	150068010	機能的定位脳手術 (片側)
	150314910	機能的定位脳手術 (両側)
	150291110	顕微鏡使用によるてんかん手術 (焦点切除術)
	150291210	顕微鏡使用によるてんかん手術 (側頭葉切除術)
	150291310	顕微鏡使用によるてんかん手術 (脳梁断術)
	150068310	脳切除術 (開頭)
	150068910	脳神経手術 (開頭)
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
	150069210	頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術
	150069410	頭蓋骨膜下血腫摘出術
	150069510	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜外)
	150069610	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (硬膜下)
	150069710	頭蓋内血腫除去術 (開頭) (脳内)
	150069850	脳血管塞栓摘出術
	150069950	脳血管血拴摘出術
	150070010	脳内異物摘出術
	150070110	脳腫瘍全摘術
	150070210	頭蓋内腫瘍摘出術
	150070310	脳切除術
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術 (松果体部腫瘍)
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術 (その他)
	150372470	脳腫瘍覚醒下マッピング加算
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
	150412010	脳動脈瘤奇形摘出術 (単純)
	150412110	脳動脈瘤奇形摘出術 (複雑)
	150071310	脳・脳膜脱手術
	150243410	脳動脈瘤被包術 (1箇所)
	150243510	脳動脈瘤被包術 (2箇所以上)
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭) (1箇所)
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング (開頭) (2箇所以上)
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング (1箇所)
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング (2箇所以上)
	150344370	ローフローバイパス術併用加算

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150397670	ハイフローバイパス術併用加算
	150072010	髄液漏閉鎖術
	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）
	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
	150067850	耳科的硬膜外膿瘍切開術
	150068410	延髄における脊髄視床路切離術
	150068510	三叉神経節後線維切離術
	150068610	視神経管開放術
	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）
	150068850	顔面神経管開放術
	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）
	150299250	脳新生血管造成術
	150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
C 17 開胸手術（12日間）	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124410	胸壁瘻手術
	150124510	漏斗胸手術（胸骨挙上法）
	150124610	漏斗胸手術（胸骨翻転法）
	150124710	試験開胸術
	150127350	試験的開胸開腹術
	150125910	胸腔内（胸膜内）血腫除去術
	150126610	膿胸、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲以内）
	150126710	膿胸、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲を超える）
	150316810	胸膜外肺剥皮術（1肺葉に相当する範囲以内）
	150316910	胸膜外肺剥皮術（1肺葉に相当する範囲を超える）
	150127210	膿胸腔有茎大網充填術
	150357110	膿胸腔有茎大網充填術
	150127510	胸郭形成手術（膿胸手術）（肋骨切除を主とする）
	150127610	胸郭形成手術（膿胸手術）（胸膜肺底切除を併施する）
	150127810	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）
	150128210	乳糜胸手術
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術
	150128310	縦隔腫瘍、胸膜摘出術
	150292710	縦隔切開術（経胸腔）
	150294710	縦隔切開術（経腹）
	150374110	拡大胸膜摘出術
	150128510	縦隔摘出術
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単純摘出）
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）
	150129010	肺腫瘍切開排膿術
	150129310	気管支異物除去術（開胸手術）
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術
	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
	150129810	肺切除術（区域切除（1肺葉に満たない））
	150129910	肺切除術（肺葉切除）
	150130010	肺切除術（複合切除（1肺葉を超える））
	150130110	肺切除術（1側肺全摘）
	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	150358210	肺悪性腫瘍手術（隣接臓器合併切除を伴う肺切除）
	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管支分枝切除を伴う肺切除）
	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管支分枝再建を伴う肺切除）
	150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）
	150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔膜心膜合併切除を伴う）
	150317510	同種死体肺移植術
	150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）
	150336510	移植用部分肺採取術（生体）
	150336610	生体部分肺移植術
	150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150131210	肺剥皮術
	150131310	気管支瘻閉鎖術
	150131610	肺縮術
	150131710	気管支形成手術（楔状切除術）
	150131810	気管支形成手術（輪状切除術）
	150253410	先天性気管狭窄症手術
	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）
	150132410	食道周囲膿瘍切開誘導術（開胸手術）
	150132510	食道周囲膿瘍切開誘導術（胸骨切開）
	150132610	食道周囲膿瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））
	150346310	食道空管バイパス作成術
	150133110	食道異物摘出術（開胸手術）
	150133710	食道憩室切除術（開胸）
	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）
	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）
	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）
	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
	150136610	横隔膜縫合術（経胸）
	150136810	横隔膜縫合術（経胸及び経腹）
	150136950	横隔膜レラクサチオ手術（経胸）
	150137150	横隔膜レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150138210	心膜縫合術
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
	150138410	心膜切開術
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
	150138710	収縮性心膜炎手術
	150140510	試験開心術
	150140610	心腔内異物除去術
	150140710	心房内血栓除去術
	150140810	心腫瘍摘出術（単独）
	150318010	心腔内粘液腫摘出術（単独）
	150317810	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150317910	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150140010	開胸心臓マッサージ
	150145710	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（1箇所）
	150145810	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（2箇所以上）
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）
	150302770	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）併施加算
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓不使用）（1吻合）
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓不使用）（2吻合以上）
	150143010	心室瘤切除術（単独）
	150143110	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318610	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150318710	左室形成術（単独）
	150319010	左室中隔穿孔閉鎖術（単独）
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319110	左室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319210	左室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150141010	弁形成術（1弁）
	150279510	弁形成術（2弁）
	150279610	弁形成術（3弁）
	150141410	弁置換術（1弁）
	150141610	弁置換術（2弁）
	150141710	弁置換術（3弁）
	150359470	心臓弁置換術加算（弁置換術）
	150387210	経カテーテル大動脈弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術
	150143710	大動脈弁上狭窄手術
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む）
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	150375570	心臓弁置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（1弁）
	150375670	心臓弁置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（2弁）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（3弁）
	150319610	DKS吻合を伴う大動脈狭窄症手術
	150292910	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁温存型基部置換術）
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）
	150150010	大動脈瘤切除術（弓部）
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（弁置換術又は形成術）
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（自己弁温存型基部置換術）
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・弓部同時）（その他）
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）
	150264810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）
	150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（1弁）
	150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（2弁）
	150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（3弁）
	150381550	オープン型ステントグラフト内挿術（弓部）
	150381650	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁置換・形成）
	150381750	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁・基部置換）
	150381850	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、弁温存置換術）
	150381950	オープン型ステントグラフト内挿術（上行・弓部同時、その他）
	150382050	オープン型ステントグラフト内挿術（下行）
	150151810	動脈管閉存症手術（動脈管閉存閉鎖術（直視下））
	150139110	肺動脈絞扼術
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈総合術）
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）
	150320310	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウォール氏病手術）
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150145110	肺静脈還流異常症手術（部分肺静脈還流異常）
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）
	150144910	肺静脈形成術
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）
	150142050	三心房心手術
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）
	150144010	バルサルバ洞動脈瘤手術（単独）
	150320710	バルサルバ洞動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）
	150144550	右室二腔症手術
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）
	150146910	両大血管右室起始症手術（単独）
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシッヒ・ベング奇形手術）
	150142510	大血管転位症手術（マスタード・セニング手術）
	150145310	大血管転位症手術（ジャテーン手術）
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150321510	修正大血管転位症手術（根治手術（ダブルスイッチ手術））
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）
	150147310	総動脈幹症手術
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）
	150145510	冠動脈瘻閉鎖的遮断術
	150145410	冠動脈起始異常症手術
	150322010	心室憩室切除術
	150322110	心臓脱手術
	150144310	肺動脈塞栓除去術
	150346610	肺動脈血栓内膜摘除術
	150144810	肺静脈血栓除去術
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）
	150253910	不整脈手術（心室頻拍症手術）
	150275610	不整脈手術（メイス手術）
	150322310	移植用心臓移植術
	150322410	同種心臓移植術
	150322510	移植用心臓採取術
	150322610	同種心臓移植術
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
	150175810	肝腫瘍切開術（開胸）
	150107210	気管異物除去術（開胸手術）
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）
	150287750	肺線縮術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）
	150147610	人工心臓（初日）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（初日）
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）
	150149010	動脈塞栓除去術（開胸を伴う）
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
	150154610	胸腔内頸静脈吻合術
	150400510	肺静脈隔離術
C 18 開腹手術（7日間）	150158010	腹壁瘻手術（腹腔に通ずる）
	150158410	腹壁瘻ヘルニア手術
	150158510	半月状線ヘルニア手術
	150158610	白線ヘルニア手術
	150158810	臍ヘルニア手術
	150158910	臍帯ヘルニア手術
	150159010	單径ヘルニア手術
	150159110	大腿ヘルニア手術
	150159210	腰ヘルニア手術
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術
	150251110	坐骨ヘルニア手術
	150251210	会陰ヘルニア手術
	150159410	内ヘルニア手術
	150160010	試験開腹術
	150347410	ダメージコントロール手術
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（横隔膜下膿瘍）
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）
	150160610	骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
	150160950	結核性腹膜炎手術
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）
	150161410	大網切除術
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）
	150162310	後腹膜悪性腫瘍手術
	150162610	膈腸管瘻手術（腸管切除を伴わない）
	150162710	膈腸管瘻手術（腸管切除を伴う）
	150245310	骨盤内臓全摘術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）
	150163010	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む）
	150163110	胃切開術
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150164110	胃捻転症手術
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹）
	150323210	胃局所切除術
	150165210	胃切除術（単純切除術）
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150347770	有茎腸管移植加算
	150165650	十二指腸空（内方）憩室摘出術
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150165910	胃縮小術
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術
	150171310	胃腸吻合術（フラウン吻合を含む）
	150171510	十二指腸空腸吻合術
	150171810	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む）
	150171910	噴門形成術
	150172010	胃横断術（静脈瘤手術）
	150172110	胆管切開術
	150172210	胆嚢切開結石摘出術
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）
	150172410	胆嚢摘出術
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
	150173210	総胆管拡張症手術
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む））
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除を伴う）
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150417410	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び血管再建を伴う）
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血管再建あり）
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血管再建なし）
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術
	150174110	胆嚢外瘻造設術
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術
	150175610	肝縫合術
	150175710	肝腫瘍切開術（開腹）
	150175910	肝嚢胞切開又は縫縮術
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
	150176210	肝嚢胞、肝嚢腫摘出術
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150362710	肝切除術（亜区域切除）
	150362810	肝切除術（外側区域切除）
	150362910	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150363010	肝切除術（2区域切除）
	150363110	肝切除術（3区域切除以上）
	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血管再建）
	150177210	肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
	150284410	移植用部分肝採取術（生体）
	150284810	生体部分肝移植術
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150324410	同種死体肝移植術
	150348210	急性肝炎手術（感染性壊死部切除を伴う）
	150277310	急性肝炎手術（その他）
	150177810	膵結石手術（膵切開）
	150177910	膵結石手術（膵十二指腸乳頭）
	150348310	膵中央切除術
	150389110	膵腫瘍摘出術
	150296810	膵破裂縫合術
	150178110	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（膵同時切除）
	150348410	膵体尾部腫瘍切除術（膵尾部切除術）（膵温存）
	150178210	膵体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150277410	膵体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150277510	膵体尾部腫瘍切除術（血管再建を伴う腫瘍切除術）
	150178410	膵頭部腫瘍切除術（膵頭十二指腸切除術）
	150296910	膵頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術）
	150297010	膵頭部腫瘍切除術（十二指腸温存膵頭切除術）
	150297110	膵頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150297210	膵頭部腫瘍切除術（血管再建を伴う腫瘍切除術）
	150178710	膵全摘術
	150409950	膵嚢胎胃（腸）バイパス術（内視鏡）
	150418910	膵嚢胎胃（腸）バイパス術（開腹）
	150179110	膵管空腸吻合術
	150179310	膵嚢胎胃外瘻造設術（開腹）
	150179410	膵管外瘻造設術
	150179550	膵管誘導手術
	150179610	膵瘻閉鎖術
	150324610	同種死体膵移植術
	150324810	同種死体膵腎移植術
	150179710	膵縫合術（部分切除を含む）
	150179810	膵摘出術
	150180010	破裂腸管縫合術
	150180110	腸切開術
	150180210	腸管癒着症手術
	150181110	腸重複症修復術（観血的）
	150181210	小腸切除術（その他）
	150297310	小腸切除術（複雑）
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150181710	結腸切除術（小腸閉切除）
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150363810	全結腸・直腸切除術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150297410	結腸憩室摘出術
	150183510	結腸ポリープ切除術（開腹）
	150184110	腸吻合術
	150184310	腸瘻造設術
	150184410	虫垂瘻造設術
	150184510	人工肛門造設術
	150184610	腹壁外腸管前置術
	150184710	腸狭窄部切開縫合術
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）
	150185810	盲腸縫縮術
	150185910	腸回転異常症手術
	150186010	先天性巨大結腸症手術
	150402310	腸管延長術
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）
	150186710	直腸異物除去術（開腹）
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）
	150187110	直腸切除・切開術（切開術）
	150245410	直腸切除・切開術（低位前方切除術）
	150297510	直腸切除・切開術（超低位前方切除術）
	150420610	直腸切除・切開術（経肛門吻合を伴う切除術）
	150187210	直腸切除・切開術（切開術）
	150187510	直腸狭窄形成手術
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150187910	直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））
	150264010	肛門悪性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）
	150191610	鎖肛手術（腹会陰式）
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髄質腫瘍（褐色細胞腫））
	150192810	副腎悪性腫瘍手術
	150193010	腎破裂縫合術
	150193150	腎破裂手術
	150193210	腎周囲膿瘍切開術
	150193410	腎切半術
	150193510	癒合腎離断術
	150193610	腎被膜剥離術（除神経術を含む）
	150193710	腎固定術
	150193810	腎切右術
	150194410	腎盂切右術
	150194610	腎部分切除術
	150194810	腎嚢胞切除縮小術
	150195010	腎摘出術
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）
	150196110	腎盂形成手術
	150196210	移植用腎採取術（生体）
	150196310	同種死体腎移植術
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）
	150338610	生体腎移植術
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150196810	尿管切右術（上部及び中部）
	150196910	尿管切右術（膀胱近接部）
	150197110	残存尿管摘出術
	150248950	尿管剥離術
	150197210	尿管膀胱吻合術
	150197310	尿管尿管吻合術
	150197410	尿管腸吻合術
	150197510	尿管腸膀胱吻合術
	150197810	尿管皮膚瘻造設術
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）
	150198110	尿管瘻閉鎖術
	150198310	尿管口形成手術
	150198410	膀胱破裂閉鎖術
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）
	150199210	膀胱壁切除術
	150199310	膀胱憩室切除術
	150199510	膀胱単純摘除術（尿管利用の尿路変更を行う）
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）
	150245810	膀胱腫瘍摘出術
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）
	150162150	膀胱後腫瘍摘出術（尿管切除を伴わない）
	150162250	膀胱後腫瘍摘出術（尿管切除を伴う）
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管等を利用して尿路変更を行わない））
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管S状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
	150201010	尿管摘出術
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術
	150404010	導尿管造設術
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術
	150201610	膀胱瘻閉鎖術
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術
	150201950	膀胱尿管逆流手術
	150202010	ボアリー氏手術
	150202110	尿管利用膀胱拡大術
	150264310	回腸（結腸）導管造設術
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸閉鎖術）
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）
	150206010	尿失禁手術（恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの）
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術
	150214810	子宮位置矯正術（アレキサンダー手術）
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）
	150215010	子宮位置矯正術（癒着剥離矯正術）
	150215410	子宮脱手術（陰壁形成手術及び子宮全摘術）（腔式、腹式）
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
	150217050	痕跡副角子宮手術（腹式）
	150217410	子宮腔上部切開術
	150217510	子宮全摘術
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）
	150217610	広韧带内腫瘍摘出術
	150217710	子宮悪性腫瘍手術
	150218210	腹壁子宮瘻手術
	150219410	子宮付属器癒着剥離術（両側）（開腹）
	150219710	卵巣部分切除術（腔式を含む）（開腹）
	150219850	卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（開腹）
	150219650	卵管口切開術（開腹）
	150220010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
	150409410	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害）
	150421910	子宮付属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣腫瘍症候群患者）
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
	150220250	卵管腫瘍全摘除術（両側）（開腹）
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
	150220710	子宮付属器悪性腫瘍手術（両側）
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
	150222910	子宮破裂手術（子宮腔上部切開を行う）
	150223010	子宮破裂手術（その他）
	150223110	妊娠子宮摘出術（ボロー手術）
	150223310	子宮内反症修復手術（腹式）（観血的）
	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
	150271050	胸壁外皮層管形成吻合術（腹部操作）
	150267550	胸壁外皮層管形成吻合術（バイパスのみ作成）
	150374610	非開胸食道去術（消化管再建手術を併施）
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
	150328650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）
	150135510	食道アカラシア形成手術
	150135710	食道切除後2次的再建術（皮膚形成）
	150135810	食道切除後2次的再建術（消化管利用）
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150137810	後胸骨ヘルニア手術
	150138010	食道裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）
	150148910	動脈塞栓除去術（開腹を伴う）
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）
	150156910	リンパ節群部清術（後腹膜）
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施
	150180350	腸閉塞症手術（腸管癒着症手術）
	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症修復術）（観血的）
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）
	150401710	生体部分小腸移植術
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）
	150208810	前立腺腫瘍切開術
	150209010	前立腺被膜下摘出術
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
	150326910	腔断端挙上術（腔式、腹式）
	150218310	重複子宮手術
	150218410	双角子宮手術
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
	150349310	性腺摘出術（開腹）
C 19 骨の手術（11日間）	150019410	骨折観血の手術（下腿）
	150019610	骨折観血の手術（膝蓋骨）
	150019810	骨折観血の手術（足）
	150352210	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
	150352410	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
	150352610	観血的修復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨）
	150021610	骨部分切除術（大腿）
	150021810	骨部分切除術（下腿）
	150021910	骨部分切除術（鎖骨）
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
	150022210	骨部分切除術（足）
	150022510	腐骨摘出術（肩甲骨）
	150022610	腐骨摘出術（上腕）
	150022710	腐骨摘出術（大腿）
	150022810	腐骨摘出術（前腕）
	150022910	腐骨摘出術（下腿）
	150023010	腐骨摘出術（鎖骨）
	150023110	腐骨摘出術（膝蓋骨）
	150023410	骨全摘術（肩甲骨）
	150023510	骨全摘術（上腕）
	150023610	骨全摘術（大腿）
	150023710	骨全摘術（前腕）
	150023810	骨全摘術（下腿）
	150023910	骨全摘術（鎖骨）
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨）
	150024110	骨全摘術（手）
	150024210	骨全摘術（足その他）
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨）
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕）
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕）
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨）
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨）
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨）
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕）
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕）
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨）
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨）
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手）
	150027310	骨悪性腫瘍手術（足その他）
	150027510	骨切り術（肩甲骨）
	150027610	骨切り術（上腕）
	150027710	骨切り術（大腿）
	150027810	骨切り術（前腕）
	150027910	骨切り術（下腿）
	150028010	骨切り術（鎖骨）
	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
	150028210	骨切り術（手）
	150028310	骨切り術（足）
	150289710	骨切り術（その他）
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
	150028610	偽関節手術（肩甲骨）
	150028710	偽関節手術（上腕）
	150028810	偽関節手術（大腿）
	150028910	偽関節手術（前腕）
	150029010	偽関節手術（下腿）
	150309010	偽関節手術（手舟状骨）
	150029110	偽関節手術（鎖骨）
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
	150029310	偽関節手術（手（舟状骨を除く））
	150029410	偽関節手術（足）
	150289810	偽関節手術（その他）
	150030010	変形治癒骨折矯正手術（大腿）
	150030210	変形治癒骨折矯正手術（下腿）
	150030410	変形治癒骨折矯正手術（膝蓋骨）
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨発育抑制術）
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）
	150031610	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）
	150353110	関節鏡下自家軟骨移植術
	150041710	関節切除術（肩）
	150041810	関節切除術（股）
	150041910	関節切除術（膝）
	150042010	関節切除術（胸鎖）
	150042110	関節切除術（肘）
	150042310	関節切除術（足）
	150042410	関節切除術（肩鎖）
	150042710	関節内骨折観血の手術（股）
	150042810	関節内骨折観血の手術（膝）
	150043210	関節内骨折観血の手術（足）
	150048210	関節形成手術（肩）
	150048310	関節形成手術（股）
	150048410	関節形成手術（膝）
	150048510	関節形成手術（胸鎖）
	150048610	関節形成手術（肘）
	150048710	関節形成手術（手）
	150048810	関節形成手術（足）
	150048910	関節形成手術（肩鎖）
	150049410	人工骨頭挿入術（肩）
	150049510	人工骨頭挿入術（股）
	150049810	人工骨頭挿入術（肘）
	150049910	人工骨頭挿入術（手）
	150050010	人工骨頭挿入術（足）
	150050210	人工骨頭挿入術（指）
	150050310	人工関節置換術（肩）
	150050410	人工関節置換術（股）
	150050510	人工関節置換術（膝）
	150050610	人工関節置換術（胸鎖）
	150050710	人工関節置換術（肘）
	150050810	人工関節置換術（手）
	150050910	人工関節置換術（足）
	150051010	人工関節置換術（肩鎖）
	150051110	人工関節置換術（指）
	150300210	人工関節抜去術（肩）
	150300310	人工関節抜去術（股）
	150300410	人工関節抜去術（膝）
	150300510	人工関節抜去術（胸鎖）
	150300610	人工関節抜去術（肘）
	150300710	人工関節抜去術（手）
	150300810	人工関節抜去術（足）
	150300910	人工関節抜去術（肩鎖）
	150301010	人工関節抜去術（指）
	150255910	人工関節再置換術（肩）
	150256010	人工関節再置換術（股）
	150256110	人工関節再置換術（膝）
	150256210	人工関節再置換術（胸鎖）
	150256310	人工関節再置換術（肘）
	150256410	人工関節再置換術（手）
	150256510	人工関節再置換術（足）
	150256610	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256710	人工関節再置換術（指）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
	150051310	四肢切断術（上腕）
	150051410	四肢切断術（前腕）
	150051510	四肢切断術（手）
	150051610	四肢切断術（大腿）
	150051710	四肢切断術（下腿）
	150051810	四肢切断術（足）
	150052110	四肢関節離断術（肩）
	150052210	四肢関節離断術（股）
	150052310	四肢関節離断術（膝）
	150052410	四肢関節離断術（肘）
	150052510	四肢関節離断術（手）
	150052610	四肢関節離断術（足）
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他）
	150053910	切断四肢再接合術（四肢）
	150059310	脊椎骨揺戻術
	150059410	骨盤骨揺戻術
	150059810	脊椎、骨盤脱臼観血の手術
	150060210	仙腸関節脱臼観血の手術
	150060310	恥骨結合離断観血の手術
	150060810	腸骨翼骨折観血の手術
	150384510	寛骨臼骨折観血の手術
	150060910	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血の手術を除く）
	150314210	内視鏡下椎弓切除術
	150063710	脊椎腫瘍切除術
	150063810	骨盤腫瘍切除術
	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
	150064210	骨盤切除術
	150064610	脊椎骨切り術
	150064710	骨盤骨切り術
	150064810	臼蓋形成手術
	150314510	寛骨臼移動術
	150354910	脊椎制動術
	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算（前方椎体固定）
	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算（後方又は後側方固定）
	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算（後方椎体固定）
	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算（前方後方同時固定）
	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓切除）
	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓形成）
	150282750	脊椎側彎症手術（固定術）
	150343910	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）
	150344010	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）
	150344110	脊椎側彎症手術（矯正術）（伸展術）
	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
	150397210	内視鏡下椎弓形成術
	150397310	歯突起骨折再接合術
	150397410	腰椎分離部修復術
	150066110	仙腸関節固定術
	150095010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術
	150095210	中耳悪性腫瘍手術（切除）
	150095310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）
	150096210	アブミ骨摘出術
	150096350	アブミ骨可動化手術
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経咽頭下窩（下顎離断を含む））
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経咽頭下窩（下顎離断を含む））
	150111510	頬粘膜悪性腫瘍手術
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径3cm未満）
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径3cm以上）
	150115610	下顎骨部分切除術
	150115710	下顎骨離断術
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（おとがい部を含む）
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切断）（その他）
	150116110	上顎骨切除術
	150116210	上顎骨全摘術
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（掻爬）
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	150123610	胸骨切除術
	150019210	骨折観血の手術（大腿）
	150356910	胸腔鏡下試験開胸術
	150357010	胸腔鏡下試験切除術
	150292410	胸腔鏡下膿胸腔膜又は胸膜肺膜切除術
	150317010	胸腔鏡下膿胸腔膜剝離術
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）
	150357310	胸腔鏡下縦隔切開術
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150374310	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術
	150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺嚢胞手術（楔状部分切除））
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉超）
	150270750	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
	150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術
	150298750	胸腔鏡下肺縫縮術
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用）
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150399510	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）
	150387070	右葉肺管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）
	150399610	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
	150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150296310	胸腔鏡下食道アカラシア形成手術
	150366910	胸腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）
	150359110	胸腔鏡下（胸腔鏡下を含む）横隔膜縫合術
	150275110	胸腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術
	150359210	胸腔鏡下心臓開窓術
	150399710	胸腔鏡下弁形成術（1弁）
	150406410	胸腔鏡下弁形成術（1弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399810	胸腔鏡下弁形成術（2弁）
	150406510	胸腔鏡下弁形成術（2弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399910	胸腔鏡下弁置換術（1弁）
	150400010	胸腔鏡下弁置換術（2弁）
	150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
	150416910	胸腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150417010	胸腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
	150417110	胸腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）
	150377010	胸腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
	150377110	胸腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
	150361210	胸腔鏡下ヘルニア手術（腹壁癒着ヘルニア）
	150361310	胸腔鏡下ヘルニア手術（大腿ヘルニア）
	150388010	胸腔鏡下ヘルニア手術（半月状線ヘルニア、白線ヘルニア）
	150388110	胸腔鏡下ヘルニア手術（膈ヘルニア）
	150388210	胸腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）
	150263610	胸腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
	150361410	胸腔鏡下試験開腹術
	150361510	胸腔鏡下試験切除術
	150361710	胸腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
	150377210	胸腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
	150377310	胸腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
	150271650	胸腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術
	150377410	胸腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150377510	胸腔鏡下胃捻転症手術

C 20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（5日間）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150323410	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150378010	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除）
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切開術
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）
	150401510	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術
	150389210	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）
	150418310	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則18）
	150389310	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾温存）
	150418410	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除、亜全切除）
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	150364010	腹腔鏡下腸瘻・虫垂瘻造設術
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除術
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術
	150420510	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のもの）
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	150378910	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
	150325710	腹腔鏡下腎部分切除術
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
	150364810	腹腔鏡下腎嚢胞切除術
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
	150326010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150389910	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379110	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術
	150379310	腹腔鏡下膀胱摘出術
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（尿管等利用し尿路変更なし・通則18）
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、尿管等利用し尿路変更なし）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（回腸等尿管利用し尿路変更あり・通則18）
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸結腸尿管利用し尿路変更あり）
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（代用膀胱利用し尿路変更あり・通則18）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、尿管等利用し尿路変更なし）
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、回腸等尿管利用し尿路変更あり）
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘、代用膀胱利用し尿路変更あり）
	150379510	腹腔鏡下尿管摘出術
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150264510	腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術
	150390410	腹腔鏡下仙骨腔固定術
	150421210	腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	150366010	腹腔鏡下子宮腔上部切開術
	150272250	腹腔鏡下腔式子宮全摘術
	150327210	腹腔鏡下広韧带内腫瘍摘出術
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣摘出術
	150336310	漏斗胸手術（胸腔鏡）
	150274710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
	150418510	腹腔鏡下腔頭部腫瘍切除術（腔頭十二指腸切除術）
	150418610	腹腔鏡下腔頭部腫瘍切除術（腔頭十二指腸切除術）（通則18）
	150418710	腹腔鏡下腔頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等併う腫瘍切除術）
	150418810	腹腔鏡下腔頭部腫瘍切除術（リンパ節等併う腫瘍切除術）（通則18）
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
	150389510	腹腔鏡下腸重積症整復術
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術
	150264610	子宮付属器癒着剥離術（両側）（胸腔鏡）
	150264710	卵巣部分切除術（腔式を含む）（胸腔鏡）
	150267650	卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（胸腔鏡）
	150270010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（胸腔鏡）
	150409510	子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（胸腔鏡）（性同一性障害）
	150422010	子宮付属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（胸腔鏡）
	150268150	卵管腫瘍全摘除術（両側）（胸腔鏡）
	150268050	卵管全摘除術（両側）（胸腔鏡）
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（胸腔鏡）
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（胸腔鏡）
	150365810	腹腔鏡下造瘻術
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰式）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管等を利用して尿路変更を行わないもの））
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸尿管を利用して尿路変更を行うもの））
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））
	150326410	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管等を利用して尿路変更を行わないもの））
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸尿管を利用して尿路変更を行うもの））
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管等を利用して尿路変更を行わないもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸尿管を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
	150264910	子宮外妊娠手術（胸腔鏡）
C 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	150232910	脊髄麻酔
	150332510	閉鎖循環式全身麻酔1（麻酔困難な患者）
	150332610	閉鎖循環式全身麻酔2
	150332710	閉鎖循環式全身麻酔3（麻酔困難な患者）
	150332810	閉鎖循環式全身麻酔4
	150332910	閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）
	150333010	閉鎖循環式全身麻酔6
	150333110	閉鎖循環式全身麻酔7（麻酔困難な患者）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 22 救命等に係る内科的治療（5日間）（①経皮的血管内治療）	150333210	閉鎖循環式全身麻酔4
	150328210	閉鎖循環式全身麻酔5（麻酔困難な患者）
	150233410	閉鎖循環式全身麻酔5
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頭・胸部）
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）
	150342470	術中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）
	150395670	術中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的心臓手術）
	150350670	臓器移植術加算
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）
	150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算
	190126810	超急性期脳卒中加算
	150254910	脳血管内手術（1箇所）
	150344410	脳血管内手術（2箇所以上）
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）
	150273510	経皮的脳血管形成術
	150301110	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術（頭蓋内脳血管）
	150301210	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術（頸部脳血管）（内頸、椎骨動脈）
	150372510	経皮的脳血栓回収術
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術
	150374910	経皮的冠動脈形成術（急性心筋梗塞）
150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）	
150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）	
150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術	
150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）	
150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）	
150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）	
150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）	
150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	
160107550	冠動脈内血栓溶解療法	
150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術	
150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）	
150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）	
150301410	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）	
150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）	
150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）	
150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	
150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	
150387310	経カテーテル大動脈弁置換術（経皮的動脈弁置換術）	
150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺、心外膜アプローチ）	
150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）	
150346870	三次元カラーマッピング加算	
150370050	磁気ナビゲーション加算	
150303310	経皮的中隔心筋焼灼術	
150267310	体外ペースメーカー置換術	
150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）	
150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）	
150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）	
150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）	
150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）	
150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）	
150415810	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）	
150415910	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）	
150347210	経皮的大動脈遮断術	
150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）	
150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）	
150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）	
150362310	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	
150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴う）	
150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）	
150175310	内視鏡的胆道拡張術	
150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）	
150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴う）	
150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道鏡下結石砕砕術を伴う）	
150254410	内視鏡的胆道ステント留置術	
150363610	内視鏡的膵管ステント留置術	
150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	
150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	
150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	
150164850	内視鏡的消化管止血術	
150341450	内視鏡的乳頭拡張術	
160098010	経皮的針生検法	
160219410	経皮的腎生検法	
160188210	EUS-FNA	
160093150	縦隔鏡検査	
160095010	腹腔鏡検査	
160093010	胸腔鏡検査	
160092110	関節鏡検査（片）	
160160830	関節鏡検査（両）	
160064510	心カテ（右心）	
160064610	心カテ（左心）	
C 23 別に定める検査（2日間）	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（複雑）（骨性閉鎖）
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎盂造設術を含む）
	150345710	下顎関節突起骨折観血の手術（両側）
	150326710	膈裂創縫合術（分枝時を除く）（直腸裂傷を伴う）
	150394850	人工中耳植込術
	150109710	縦隔気管口形成手術
	150262410	顎関節授動術（開放授動術）
	150108810	喉頭狭窄症手術（前壁形成手術）
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）
	150047110	観血の関節固定術（股）
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術
	150093910	上鼓室乳突洞開放術
	150285910	造影術（腔断端至上）
	150149410	動脈血栓内膜摘出術（大動脈に及ぶ）
	150020450	象皮病根治手術（下腿）
	150114910	顎関節脱臼観血の手術
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術
	150104610	上咽頭悪性腫瘍手術
	150116810	上顎骨形成術（複雑な場合及び2次の再建の場合）
	150072610	減圧脊髄切開術
	150046210	観血の関節制動術（股）
	150047010	観血の関節固定術（肩）
	150386110	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術（両葉）
	150268710	下顎骨形成術（再建）
	150344910	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経頸部）
	150070810	聴覚の聴神経腫瘍摘出術
	150274310	頰骨変形治療骨折矯正術
	150344250	脊椎側彎症手術（矯正術）（交換術）（胸部変形矯正用材料使用）
	150326310	膀胱尿管逆流現象カラーゲン注入手術
	150156710	リンパ節群野清術（胸骨旁）
	150133610	食道憩室切除術（頸部手術）
	150386310	内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
	150020350	象皮病根治手術（大腿）
	150058210	母指化手術
	150119910	副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
	150314310	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）
	150058110	裂足手術
	150290910	デュアイトレン拘縮手術（4指以上）
	150353610	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肘）
	150047210	観血の関節固定術（膝）
	150036110	先天性股関節脱臼観血の整復術
	150277910	仙尾部奇形腫手術
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）
	150398010	脊髄刺激装置置込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398110	脊髄刺激装置置込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150268610	下顎骨形成術（伸長）
	150114450	鼻咽腔閉鎖術
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150108710	喉頭狭窄症手術（前方開大術）
	150058010	裂足手術
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）
150095910	中耳根治手術	
150102510	経上顎洞的翼突管神経切除術	
150292110	経上顎洞的頸動脈結紮術	
150386210	内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（帯全摘）術（両葉）	
150211110	女子外性器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））	
150072950	骨形成の片側椎弓切除術と髄核摘出術	
150109010	気管狭窄症手術	
150315210	神経交差縫合術（その他）	
150345610	下顎関節突起骨折観血の手術（片側）	
150072510	脊髄硬膜切開術	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術
	150392050	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150352110	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕）
	150121910	乳腺悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））
	150073410	脊髄血管腫摘出術
	150206810	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）
	150213210	脛骨悪性腫瘍手術
	150274410	下顎骨折観血の手術（両側）
	150045310	観血的関節授動術（股）
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）
	150373110	網膜再建術
	150387610	経静脈電極去術（レーザーシースを用いない）
	150404110	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他のもの）
	150029710	変形治癒骨折矯正手術（上腕）
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150246910	後部尿道形成手術
	150096610	内リンパ囊開放術
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂鼻形成を伴う）
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）
	150011510	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩）
	150055410	足三関節固定（ランプリヌディ）手術
	150011710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（前腕）
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	150113110	口唇悪性腫瘍手術
	150120610	頸部悪性腫瘍手術
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）
	150404510	膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
	150404610	膀胱腸瘻閉鎖術（その他のもの）
	150346410	経皮的太動脈形成術
	150045710	観血的関節授動術（手）
	150345410	嚥下機能手術（喉頭全摘術）
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	150355510	深部神経刺激装置植込術
	150295410	眼窩骨折整復術
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頭部）
	150011610	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）
	150047910	靱帯断裂形成手術（十字靱帯）
	150204950	陰茎形成術
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150011910	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	150315310	重症痲痺性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術
	150262610	頸部郭清術（両）
	150064410	脊椎披裂手術（神経処置を伴う）
	150255110	脳刺激装置植込術（片側）
	150348610	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝）
	150206710	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）
	150045810	観血的関節授動術（足）
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）
	150353210	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肩）
	150117810	顎下腺悪性腫瘍手術
	150313310	関節鏡下靱帯断裂縫合術（十字靱帯）
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術5型（拡大副鼻腔手術）
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術
	150116710	上顎骨形成術（単純な場合）
	150211010	女子外生殖器悪性腫瘍手術（切除）
	150076010	神経移植術
	150316710	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（二次的）
	150334010	全層植皮術（200cm ² 以上）
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150268510	下顎骨形成術（短縮）
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術
	150119810	副甲状腺（上皮下小体）腺腫過形成手術（副甲状腺全摘、一部筋肉移植）
	150322810	リンパ節群郭清術（骨盤）
	150049250	内反足手術
	150115210	顔面多発骨折観血の手術
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））
	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
	150387510	経静脈電極去術（レーザーシースを用いる）
	150274210	鼻骨変形治癒骨折矯正術
	150046310	観血的関節授動術（膝）
	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）
	150054010	切断四肢再接合術（指）
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩）
	150364910	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固）
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	150255010	内耳窓閉鎖術
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（髄内）
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股）
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	150315010	脳刺激装置植込術（両側）
	150052850	化膿性又は結核性関節炎摘除術（肩）
	150109310	喉頭形成手術（筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術）
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）
	150029910	変形治癒骨折矯正手術（前腕）
	150156410	リンパ節群郭清術（頸部）（深在性）
	150384410	関節鏡下股関節唇形成術
	150345310	嚥下機能手術（喉頭気管分離術）
	150046110	観血的関節授動術（肩）
	150354110	関節鏡下靱帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靱帯）
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	150371710	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）
	150301610	水頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150316610	動脈（皮）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	150045610	観血的関節授動術（肘）
	150260050	経皮的太動脈弁拡張術
	150045410	観血的関節授動術（膝）
	150062910	黄色靱帯骨化症手術
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）
	150308710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（軀幹）
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）
	150052950	化膿性又は結核性関節炎摘除術（股）
	150204810	尿道下裂形成手術
	150011810	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
	150372210	定位脳腫瘍生検術
	150384210	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴う）
	150333910	全層植皮術（100cm ² 以上200cm ² 未満）
	150353410	関節鏡下関節内骨折観血の手術（膝）
	150266510	人工内耳植込術
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術
	150243210	体外式脊椎固定術
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	150008010	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術（100cm ² 以上）
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	150373010	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術）（プレートあり）
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150149510	動脈血栓内膜摘出術（その他）
	150362410	超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍）
	150372310	内視鏡下脳内血腫除去術
	150090910	筋（皮）弁術
	150371810	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）
	150053050	化膿性又は結核性関節炎挿爬術（膝）
	150354310	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）
	150042610	関節内骨折観血の手術（肩）
	150045210	観血的関節授動術（肩）
	150285610	尿失禁手術（その他）
	150119310	バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術
	150120410	頸部郭清術（片）
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）
	150346510	経皮的肺動脈形成術
	150194010	経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む）
	150008810	動脈（皮）弁術
	150006710	分層植皮術（200cm2以上）
	150086210	角膜移植術
	150384310	関節鏡下肩関節唇形成術（腱板断裂を伴わない）
	150322710	動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈）
	150089410	網膜復位術
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）
	150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）
	150094110	乳突削開術
	150043010	関節内骨折観血の手術（肘）
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）
	150262710	乳癌悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）
	150301710	水頭症手術（シャント手術）
	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）
	150343810	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単）
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）
	150121710	乳癌悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）
	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）
	150313710	関節鏡下靭帯断裂形成手術（十字靭帯）
	150392150	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）
	150316510	乳癌悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150373510	内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）
	150303110	乳癌悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	/
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	/
3	動脈圧測定 (動脈ライン)	なし	/	あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	/
5	中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	なし	/	あり
6	人工呼吸器の管理	なし	/	あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし	/	あり
8	肺動脈圧測定 (スワングアンツカテーテル)	なし	/	あり
9	特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	なし	/	あり
				A得点

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
10	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない	/	/	/	点	
11	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
12	口腔清潔	自立	要介助	/	実施なし	実施あり		点	
13	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
14	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
15	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/	/	/		点	
16	危険行動	ない	/	ある	/	/		点	
									B得点

注) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。
 ・Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
 ・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

<特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>
 モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が4点以上かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0点	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり
2	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場 合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニター管理	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の管理	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	なし	あり
		A得点	

B	患者の状況等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
14	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない		/	/		点
15	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
16	口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり		点
17	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
18	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
19	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/		点
20	危険行動	ない	/	ある		/	/		点
B得点									

注) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。
・Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

<ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>
モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が4点以上。

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 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（又は別添7の2））
第1の2	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	オンライン診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
2の2	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24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7（又は別添7の2））
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の4
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添7の2
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の15, 40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 42の4, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44

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（又は別添7の2）
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52, 52の2
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式1, 2の2, 2の8, 5の2, 9の3, 9の4, 10の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39, 39の2, 40, 53の2は欠番

様式2の3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	主治医意見書に関する研修会を受講	<input type="checkbox"/>
医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>	
⑦	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。	<input type="checkbox"/>
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

地域包括診療加算 1に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑧	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保している	□
	連携医療機関名	
⑨	直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計	人
⑨-2	直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%

地域包括診療加算 2に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑩	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の連絡体制を確保している	□
---	-----------------------------------	---

【記載上の注意】

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑧及び⑨又は⑩のいずれかを選択して記入すること。
6. 本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写しを添付すること。

歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 2
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 までの項目について記載）
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科医師、歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

歯科医師氏名（常勤・非常勤）	歯科衛生士氏名（常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	1. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	2. (常勤・非常勤)
3. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回 / 月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出</p> <p>※該当するものに○で囲むこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・総合入院体制加算 1 ・総合入院体制加算 2 ・総合入院体制加算 3
<p>2 標榜し入院医療を提供している診療科</p>	<p>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>1 内科 2 精神科 3 小児科 4 外科</p> <p>5 整形外科 6 脳神経外科 7 産科又は産婦人科</p>
<p>3 精神科医師が24時間対応できる体制</p> <p>※3及び4については総合入院体制加算1の届出の場合、5及び6については総合入院体制加算2又は3の届出の場合に記入すること。</p>	<p>次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。</p> <p>1 当該保険医療機関の担当精神科医師名：</p> <p>2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 担当精神科医師名 <p>3 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床数</p> <p style="text-align: right;">() 床</p> <p>4 次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病棟入院基本料 () 人 ・ 精神科救急入院料 () 人 ・ 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 ・ 精神科救急・合併症入院料 () 人 ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 ・ 地域移行機能強化病棟入院料 () 人 <p>5 次の届出している加算に○をつけること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科リエゾンチーム加算 ・ 認知症ケア加算 1 <p>6 1年間の算定実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患診療体制加算 2 () 件 ・ 入院精神療法（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る） () 件 ・ 救急救命入院料の注2に規定する加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る） () 件

<p>4 24時間の救急医療体制</p> <p>※ 総合入院体制加算1の届出の場合、2又は3であること。</p>	<p>1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター</p> <p>3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター</p> <p>5 その他()</p>
<p>5 外来縮小体制</p>	<p>1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 （ 有 無 ）</p> <p>2 診療情報提供料等を算定する割合 $(②+③) / ① \times 10$ () 割</p> <p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料（I）の注「8」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 () 件</p>
<p>6 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制</p>	<p>様式13の2に記載すること。</p> <p>※ 直近7月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p>
<p>7 全身麻酔による手術件数</p>	<p>件</p>
<p>8 地域連携室の設置</p>	<p>(有 無)</p>
<p>9 24時間の画像及び検査体制</p>	<p>(有 無)</p>
<p>10 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制</p>	<p>(有 無)</p>
<p>11 禁煙の取扱</p> <p>※総合入院体制加算1の届出の場合に記入すること。</p>	<p>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>1. 敷地内禁煙</p> <p>2. 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>3. 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の病棟があれば、</p>

	<p>その入院料を○で囲むこと。</p> <p>緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料</p> <p>4 3に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。</p> <p>具体的な受動喫煙防止措置 ()</p>
12 手術等の件数	<p>ア 人工心肺を用いた手術 () 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 () 件</p> <p>ウ 腹腔鏡手術 () 件</p> <p>エ 放射線治療（体外照射法） () 件</p> <p>オ 化学療法 () 件</p> <p>カ 分娩 () 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ()</p>
13 外部評価について ※総合入院体制加算1 及び2の届出の場合 に記入すること。	<p>該当するものに○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 ・上記に準じる評価 ()
14 救急用の自動車等 による搬送実績 ※総合入院体制加算2 の届出の場合に記入 すること。	<p>1年間の救急用の自動車等による搬送件数 () 件</p>
15 その他	<p>療養病棟入院基本料の届出 (有 無)</p> <p>地域包括ケア病棟入院料の届出 (有 無)</p> <p>(地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p> <p>同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、 介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 (有 無)</p>

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1および2については、総合入院体制加算2及び3の届出において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「4」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 3 様式13の2を添付すること。

医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

1 医師の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
 （新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	届出年月日	新規届出	既届出	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師事務作業補助体制加算1 （対1補助体制加算）	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師事務作業補助体制加算2 （対1補助体制加算）	年 月 日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

年 月 日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名:	職種:
イ 医師の勤務状況の把握等		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法		
<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容		
<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		
(ウ) 勤務時間	平均週 _____ 時間	(うち、時間外・休日 _____ 時間)
(エ) 当直回数	平均月当たり当直回数 _____ 回	
(オ) その他	<input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> 上記の勤務体系の職員への周知	
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年(うち、管理者が出席した回数 _____ 回)	参加人数: 平均 _____ 人/回
	参加職種(_____)	
エ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知	
オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 _____)	

(2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容

ア 必ず計画に含むもの

<input type="checkbox"/> 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <input type="checkbox"/> 初診時の予診の実施 <input type="checkbox"/> 入院の説明の実施 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 静脈採血等の実施 <input type="checkbox"/> 検査手順の説明の実施 <input type="checkbox"/> その他
---	--

イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

<input type="checkbox"/> ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
<input type="checkbox"/> ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
<input type="checkbox"/> ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。
<input type="checkbox"/> ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
<input type="checkbox"/> ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
<input type="checkbox"/> ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

〔記載上の注意〕

- 1 医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 2(1)イ(ウ)勤務時間及び(エ)当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 3 各加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。
- 4 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項	医 師 氏 名	脳卒中の診断及び治療の経験年数
		年
脳卒中治療を行うにふさわしい専用の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		台
除細動器		台
心電計		台
呼吸循環監視装置		台
検査を常時行える体制（□には適合する場合「✓」を記入すること。）		
CT撮影		<input type="checkbox"/>
MRI撮影		<input type="checkbox"/>
一般血液検査及び凝固学的検査		<input type="checkbox"/>
心電図検査		<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる文書を添付すること。

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

医師事務作業補助体制加算 1	医師事務作業補助体制加算 2
----------------	----------------

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入すること。)

イ：当該加算の届出を行う病床数		ロ：配置基準	ハ：医師事務作業補助者の数
① 以下の②及び③以外の病床	床	対 1	名
② 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1に限る)	床	対 1	名
③ 50 対 1、75 対 1 又は 100 対 1 に限り算定できる病床	床	対 1	名

※ 配置基準は 15 対 1・20 対 1・25 対 1・30 対 1・40 対 1・50 対 1・75 対 1・100 対 1 のうち該当するものを記入 (③は 50 対 1・75 対 1・100 対 1 に限る。) すること。

※ ハで記載した値が、イ/ (ロで記載した値) で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※ 医師事務作業補助者の数は 1 名以上であること。

2 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	
--------------------	--

3 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

4 院内規定の整備について (満たしているものに○をつける)

	① 医師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。
	② 計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
	③ 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。
	④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
	⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。

- ⑥ 医療機関内に電子カルテシステム又はオーダー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、7の③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。）。

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

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

5 医療実績等に関する事項

①第三次救急医療機関		
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
③小児救急医療拠点病院		
④年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑤災害拠点病院		
⑥へき地医療拠点病院		
⑦地域医療支援病院		
⑧「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する医療機関		
⑨年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑩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医療機関	年間	件
⑪年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑫年間の緊急入院患者数が50名以上の実績を有する医療機関	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]

- 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 様式18の2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 「3」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。
- 「4」の①については、様式13の4「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の添付を略することができる。
- 「4」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。

- 6 「4」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダー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。
- 7 15対1補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20対1、25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑪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①～⑫のいずれかを満たすこと。
- 8 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。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦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。

診療所療養病床療養環境加算・診療所療養病床療養環境改善加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 従事者の概要

医師の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名
看護師及び 准看護師の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名
看護補助者の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 当該届出に係る病床の平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

2 届出に係る病床の概要

届出を行う加算	診療所療養病床療養環境加算 診療所療養病床療養環境改善加算 (該当するものを○で囲むこと)
病床の状況	届出に係る病床 床(全病床 床) 〔 特別の療養環境の 個室 2人室 室 提供に関する病室 3人室 室 4人室 室 〕
病床部分に係る 病棟面積	平方メートル (うち患者1人当たり 平方メートル)
廊下幅	片側室部分 メートル 両側室部分 メートル
食堂	平方メートル
談話室	有・無 (と共用)
浴室	有・無

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室(以下「機能訓練室等」という。)の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備 されている器具・器械	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病床部分に係る面積の患者1人当たり面積については、最小となる病室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	経 験 年 数	勤 務 時 間	常 勤・ 非 常 勤	専 従・ 専 任	研 修 受 講	兼 務
ア・オ 身体症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
イ・カ 精神症状の緩和を担当する医師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース	<input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
ウ・キ 緩和ケアの経験を有する看護師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	□	<input type="checkbox"/> 外来緩和ケア
エ・ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	/	<input type="checkbox"/> 外来緩和ケア

□ 注2に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価

イ がん診療の拠点となる病院

ウ ア、イに準じる病院

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のア、イ、オ及びカについては、緩和ケアに関する研修を、ウ及びキについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 2 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 3 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていることが確認できる文書を添付すること。
- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア、イ、オ及びカの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。また、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように兼務欄に記載すること。
- 7 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 8 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のオからクについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

抗菌薬適正使用支援加算に係る報告書（7月報告）

集計期間： 年 月 日～ 年 月 日（1年間）

1. 抗菌薬適正使用に係る実績等

① 抗MRS A薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団などに対する感染症治療の早期モニタリングにおいて、主治医へのフィードバックを行った患者数	人
② ①のうち、主治医から事前に抗菌薬適正使用に係る相談を受けてフィードバックを行った患者数	人
③ ①のうち、主治医から事前に抗菌薬適正使用に係る相談がなく、特定の抗菌薬の使用や菌血症等の感染症兆候のモニタリングに基づいてフィードバックを行った患者数	人
④ ①のうち、主治医へのフィードバックの結果、抗菌薬の変更又は使用期間の短縮等の適正使用に繋がった患者数	人

2. 外来における経口抗菌薬の処方状況等

① 外来における急性気道感染症（感冒、急性鼻副鼻腔炎、急性咽頭炎、急性気管支炎）の患者数	人
② 外来における急性下痢症の患者数	人

③ 抗菌薬の処方状況

	2の①に該当する患者	2の②に該当する患者
セファロスポリン系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
キノロン系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
マクロライド系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
上記以外の種類の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人

[記入上の注意]

- 1 「2」については、それぞれ急性気道感染症又は急性下痢症と同義語の傷病名を含む患者数及び抗菌薬の処方状況を記載する。

ハイリスク妊娠管理加算
 ハイリスク分娩管理加算

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 年間分娩件数

年間分娩件数	件
--------	---

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	常勤換算	氏名	診療科	勤務時間	勤務形態
1	<input type="checkbox"/>			時間	常勤・非常勤
2	<input type="checkbox"/>			時間	常勤・非常勤
3	<input type="checkbox"/>			時間	常勤・非常勤
4	<input type="checkbox"/>			時間	常勤・非常勤
5	<input type="checkbox"/>			時間	常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する1名以上の医師を記載すること。

※ ハイリスク分娩管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する3名以上の常勤の医師を記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

※ 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

4 常勤の助産師

	氏名	勤務時間		氏名	勤務時間
1		時間	6		時間
2		時間	7		時間
3		時間	8		時間
4		時間	9		時間
5		時間	10		時間

※ 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

5 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	入退院支援加算 1
()	入退院支援加算 2
()	入退院支援加算 3
()	地域連携診療計画加算
()	入退院支援加算（注5の届出医療機関）
()	入院時支援加算
()	総合機能評価加算

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	(有 ・ 無)
-----------------------------------	-----------

1 入退院支援部門に配置されている職員（該当する□に「✓」を記入すること。）

	氏 名	専従・専任	常勤・非常勤	職 種	経験年数	研修	入院前支援
						(加算3のみ)	を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間)		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「✓」を記入すること）	<input type="checkbox"/>
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✓」を記入すること）	<input type="checkbox"/>

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数	() 回
② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	() 回
③ ①、②の合計	() 回

	病棟数	病床数	基準
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 ()
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 ()
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 ()
⑦ ④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

3 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏名	職種
入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

4. 地域連携に係る体制

	直近の協議日	連携機関名
直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議	月 日	

5. 総合機能評価に係る職員（□には該当する場合「✓」を記入すること。）

	氏名	職種	総合的な機能評価の経験年数	研修受講
常勤の医師 又は歯科医師			年	□
			年	□
			年	□
			年	□
			年	□

〔記載上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 入退院支援加算1の届出の場合は「1」から「3」を、入退院支援加算2又は3の届出の場合は「1」を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は「4」も、総合機能評価加算の届出の場合は「5」も記載すること。
- 3 「1」について、非常勤職員を組み合わせで配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、（ ）に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 4 入退院支援加算3の届出について、「1」に「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」を配置する場合は、「1」の「研修」に「✓」を記入し、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 5 連携機関の職員との面会頻度については、過去1年間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 入退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。
- 7 総合機能評価加算の届出について、「5」に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師若しくは歯科医師を記入する場合は、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

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

(令和2年3月5日保医発0305第3号)

第2 届出に関する手続き

4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

(3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外の場合)(安全精度管理下で行うもの)、筋電図検査(単線維筋電図(一連につき))、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術)、~~後縦靭帯骨化症手術(前方進入によるもの)~~、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除又は肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術(左心耳閉鎖術)(経カテーテル的手術によるもの)、磁気ナビゲーション加算、経皮的中心隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)、両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)、両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(その他のもの)、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極の場合)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)、腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下胃全摘術(内

視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下腓腫瘍摘出術、腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体腓島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算、並びに強度変調放射線治療（IMRT）、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算1及び2に係る年間実施件数

(14) 調剤基本料の注 7-6 に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

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。

歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

	(医管) 第	号
ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第	号
<u>外来栄養食事指導料の注 2</u>	<u>(外栄食指) 第</u>	<u>号</u>
喘息治療管理料	(喘管) 第	号
心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔ペ) 第	号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第	号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第	号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第	号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第	号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第	号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ニ) 第	号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第	号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第	号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第	号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第	号

小児運動器疾患指導管理料	(小運指管) 第 号
乳腺炎重症化予防 ケア ・ <u>ケア</u> ・指導料	(乳腺ケア) 第 号
婦人科特定疾患治療管理料	(婦特管) 第 号
腎代替療法指導管理料	(腎代替管) 第 号
小児科外来診療料	(小外診) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第 号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第 号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第 号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算	(救搬看体) 第 号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第 号
地域包括診療料	(地包診) 第 号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第 号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第 号
療養・就労両立支援指導料の注 3 に掲げる相談支援加算	(両立支援) 第 号
開放型病院共同指導料	(開) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の (3) に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の (4) に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の (5) に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	(ハイ I) 第 号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第 号
がん治療連携指導料	(がん指) 第 号
外来排尿自立指導料	(外排自) 第 号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第 号
薬剤管理指導料	(薬) 第 号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第 号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第 号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第 号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第 号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第 号
精神科退院時共同指導料 1 及び 2	(精退共) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第 号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第 号

別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病2)	第	号
別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病3)	第	号
別添1の「第14の2」の2の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病)	第	号
別添1の「第14の2」の2の(3)に規定する在宅療養実績加算1	(在病実1)	第	号
別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	(在病実2)	第	号
歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管)	第	号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管)	第	号
在宅がん医療総合診療料	(在総)	第	号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	(在看)	第	号
在宅患者訪問看護・指導料の注15(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に掲げる訪問看護・指導体制充実加算	(訪看充)	第	号
在宅療養後方支援病院	(在後病)	第	号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥)	第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液)	第	号
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素)	第	号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽)	第	号
在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在植補心)	第	号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場)	第	号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸)	第	号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(持血測)	第	号
持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)及び皮下連続式グルコース測定	(持血測1)	第	号
持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合)	(持血測2)	第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連)	第	号
遺伝学的検査	(遺伝検)	第	号
歯科訪問診療料の注13に規定する基準	(歯訪診)	第	号
在宅歯科医療推進加算	(在推進)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査1のイ	(咀嚼機能1)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査2のイ	(咀嚼機能2)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査	(咬合圧)	第	号
精密触覚機能検査	(精密触覚)	第	号
睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図)	第	号
骨髓微小残存病変量測定	(骨残測)	第	号
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(B R C A)	第	号
がんゲノムプロファイリング検査	(がんプロ)	第	号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	(角ジ遺)	第	号
先天性代謝異常症検査	(先代異)	第	号

抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	（抗H L A）第	号
H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	（H P V）第	号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	（ウ細多同）第	号
検体検査管理加算（Ⅰ）	（検Ⅰ）第	号
検体検査管理加算（Ⅱ）	（検Ⅱ）第	号
検体検査管理加算（Ⅲ）	（検Ⅲ）第	号
検体検査管理加算（Ⅳ）	（検Ⅳ）第	号
国際標準検査管理加算	（国標）第	号
遺伝カウンセリング加算	（遺伝カ）第	号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	（遺伝腫カ）第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	（血内）第	号
胎児心エコー法	（胎心エコ）第	号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	（歩行）第	号
ヘッドアップティルト試験	（ヘッド）第	号
人工臓臓検査、人工臓臓療法	（人臓）第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	（長）第	号
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	（脳ビ）第	号
脳波検査判断料 1	（脳判）第	号
遠隔脳波診断	（遠脳）第	号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	（中磁誘）第	号
単線維筋電図	（単筋電）第	号
光トポグラフィー	（光ト）第	号
脳磁図（自発活動を測定するもの）	（脳磁診 1）第	号
脳磁図（その他のもの）	（脳磁診 2）第	号
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）	（終夜睡安）第	号
神経学的検査	（神経）第	号
補聴器適合検査	（補聴）第	号
黄斑局所網膜電図	（黄網電）第	号
全視野精密網膜電図	（全網電）第	号
ロービジョン検査判断料	（ロー検）第	号
コンタクトレンズ検査料 1	（コン 1）第	号
コンタクトレンズ検査料 2	（コン 2）第	号
コンタクトレンズ検査料 3	（コン 3）第	号
小児食物アレルギー負荷検査	（小検）第	号
内服・点滴誘発試験	（誘発）第	号
C T透視下気管支鏡検査加算	（C 気鏡）第	号
経気管支凍結生検法	（経気凍）第	号
画像診断管理加算 1	（画 1）第	号
画像診断管理加算 2	（画 2）第	号
画像診断管理加算 3	（画 3）第	号
歯科画像診断管理加算 1	（歯画 1）第	号

歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2)	第	号
遠隔画像診断	(遠画)	第	号
ポジトロン断層撮影	(ポ断)	第	号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複)	第	号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ポ断磁複)	第	号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断)	第	号
C T 撮影及びMR I 撮影	(C・M)	第	号
冠動脈C T 撮影加算	(冠動C)	第	号
血流予備量比コンピューター断層撮影	(血予備断)	第	号
外傷全身C T 加算	(外傷C)	第	号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M)	第	号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M)	第	号
小児鎮静下MR I 撮影加算	(小児M)	第	号
頭部MR I 撮影加算	(頭部M)	第	号
全身MR I 撮影加算	(全身M)	第	号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方)	第	号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使)	第	号
外来化学療法加算 1	(外化 1)	第	号
外来化学療法加算 2	(外化 2)	第	号
連携充実加算	(外化連)	第	号
無菌製剤処理料	(菌)	第	号
心大血管疾患リハビリテーション料 (I)	(心 I)	第	号
心大血管疾患リハビリテーション料 (II)	(心 II)	第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)	(脳 I)	第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (II)	(脳 II)	第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料 (III)	(脳 III)	第	号
運動器リハビリテーション料 (I)	(運 I)	第	号
運動器リハビリテーション料 (II)	(運 II)	第	号
運動器リハビリテーション料 (III)	(運 III)	第	号
呼吸器リハビリテーション料 (I)	(呼 I)	第	号
呼吸器リハビリテーション料 (II)	(呼 II)	第	号
摂食機能療法の注 3 に掲げる摂食嚥下支援加算	(摂嚥支)	第	号
難病患者リハビリテーション料	(難)	第	号
障害児 (者) リハビリテーション料	(障)	第	号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ)	第	号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ)	第	号
リンパ浮腫複合的治療料	(リン複)	第	号
集団コミュニケーション療法料	(集コ)	第	号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ 2)	第	号
経頭蓋磁気刺激療法	(頭磁刺)	第	号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専)	第	号

療養生活環境整備指導加算	(療活環) 第	号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第	号
精神科作業療法	(精) 第	号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1) 第	号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2) 第	号
依存症集団療法 1	(依集 1) 第	号
依存症集団療法 2	(依集 2) 第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第	号
精神科ナイト・ケア	(ナ) 第	号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第	号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	(抗治療) 第	号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第	号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第	号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の休日加算 1	(医処休) 第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の時間外加算 1	(医処外) 第	号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の深夜加算 1	(医処深) 第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の休日加算 1	(歯処休) 第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の時間外加算 1	(歯処外) 第	号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の深夜加算 1	(歯処深) 第	号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第	号
口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝) 第	号
レーザー機器加算	(手光機) 第	号
静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	(静圧) 第	号
多血小板血漿処置	(多血) 第	号
硬膜外自家血注入	(血入) 第	号
エタノールの局所注入 (甲状腺)	(エタ甲) 第	号
エタノールの局所注入 (副甲状腺)	(エタ副甲) 第	号
人工腎臓	(人工腎臓) 第	号
導入期加算 1	(導入 1) 第	号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算	(導入 2) 第	号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水) 第	号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第	号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱) 第	号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加) 第	号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	(う蝕無痛) 第	号
心不全に対する遠赤外線温熱療法	(心遠温) 第	号

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	（歩行ロボ）第	号
CAD/CAM冠	（歯CAD）第	号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第	号
歯科技工加算1及び2	（歯技工）第	号
センチネルリンパ節加算	（セ節）第	号
皮膚移植術（死体）	（皮膚植）第	号
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	（処骨）第	号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	（同種）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第	号
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	（後縦骨）第	号
椎間板内酵素注入療法	（椎酵注）第	号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第	号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第	号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第	号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第	号
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	（脳刺）第	号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	（頭深電）第	号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	（仙神交便）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）	（仙神交膀）第	号
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。））	（角膜切）第	号
角膜移植術（内皮移植加算）	（内移）第	号
羊膜移植術	（羊膜移）第	号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	（緑内イ）第	号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	（緑内ド）第	号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	（硝切）第	号
網膜再建術	（網膜再）第	号
人工中耳植込術	（人工中耳）第	号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術（植補聴）	（植補聴）第	号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	（内鼻V）第	号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	（鏡咽悪）第	号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	（鏡喉悪）第	号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	（喉頭形成）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
上顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)、下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)	(齒顎移) 第 号
顎関節人工関節全置換術	(顎人工) 第 号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)、内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	(内下) 第 号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	(内甲悪) 第 号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの)	(乳腺ガ) 第 号
乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(乳切性障) 第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検(併用)(乳セ1)	第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検(単独)(乳セ2)	第 号
乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	(乳腫) 第 号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	(ゲル乳再) 第 号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔拡胸支) 第 号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦悪支) 第 号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔縦支) 第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合)	(胸腔肺悪区) 第 号
肺悪性腫瘍手術(壁側・臓側胸膜全切除(横隔膜、心膜合併切除を伴うもの)に限る。)	(肺腫) 第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔肺悪) 第 号
同種死体肺移植術	(肺植) 第 号
生体部分肺移植術	(生肺) 第 号
食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)	(穿瘻閉) 第 号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸腔食悪支) 第 号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(縦隔食悪支) 第 号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第 号
経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	(経特) 第 号
胸腔鏡下弁形成術	(胸腔弁形) 第 号
胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸弁形内支) 第 号
経カテーテル大動脈弁置換術	(カ大弁置) 第 号
胸腔鏡下弁置換術	(胸腔下置) 第 号
経皮的僧帽弁クリップ術	(経僧帽) 第 号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第 号
不整脈手術 左心耳閉鎖術(経カテーテル的手術によるもの)	(不整経カ) 第 号

磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー)	(ペリ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (心筋電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (心筋電極の場合)	(両ペ心) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)	(両ペ静) 第 号
植込型除細動器移植術 (心筋リードを用いるもの) 及び植込型除細動器交換術 (心筋リードを用いるもの)	(除心) 第 号
植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極抜去術	(除静) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (心筋電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (心筋電極の場合)	(両除心) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)	(両除静) 第 号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P法)	(大) 第 号
経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)	(経循補) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
小児補助人工心臓	(小補心) 第 号
植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	(植補心非) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移) 第 号
経皮的下肢動脈形成術	(経下肢動) 第 号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切) 第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (後腹膜)	(腹リ後腹) 第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術 (傍大動脈)	(腹リ傍大) 第 号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切) 第 号
腹腔鏡下胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃切支) 第 号
腹腔鏡下噴門側胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹側胃切支) 第 号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)	(腹十二局) 第 号
腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)	(腹胃縮) 第 号
腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃全) 第 号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	(バ経静脈) 第 号
胆管悪性腫瘍手術 (臍頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)	

	(胆腫) 第	号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第	号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	(腹胆閉鎖) 第	号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第	号
生体部分肝移植術	(生) 第	号
同種死体肝移植術	(肝植) 第	号
体外衝撃波膵石破碎術	(膵石破) 第	号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	(腹膵腫瘍) 第	号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	(腹膵切) 第	号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵切支) 第	号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	(腹膵頭) 第	号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膵頭支) 第	号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	(膵植) 第	号
同種死体膵島移植術	(膵島植) 第	号
生体部分小腸移植術	(生小腸植) 第	号
同種死体小腸移植術	(小腸移植) 第	号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術	(早大腸) 第	号
腹腔鏡下直腸切除・切断術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹直腸切支) 第	号
腹腔鏡下腎盂形成手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腎形支) 第	号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎) 第	号
腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの)	(腎凝固) 第	号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎支器) 第	号
同種死体腎移植術	(腎植) 第	号
生体腎移植術	(生腎) 第	号
膀胱水圧拡張術	(膀胱) 第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膀胱悪支) 第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀) 第	号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪) 第	号
尿道形成手術 (前部尿道) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿形性障) 第	号
尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿裂性障) 第	号
陰茎形成術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰形性障) 第	号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第	号
陰茎全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰全性障) 第	号
精巣摘出術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(精摘性障) 第	号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前支器) 第	号
会陰形成手術 (筋層に及ばないもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(会形性障) 第	号

造脘術、脘閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの） （性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（造脘閉性障）第	号
腹腔鏡下仙骨脘固定術	（腹仙骨固）第	号
腹腔鏡下仙骨脘固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹仙骨固支）第	号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮全性障）第	号
腹腔鏡下脘式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	（腹脘子性障）第	号
腹腔鏡下脘式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹脘子内支）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹子悪内支）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	（腹子）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	（腹子頸）第	号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮附性障）第	号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	（内胎）第	号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	（胎羊）第	号
無心体双胎焼灼術	（無心）第	号
胎児輸血術	（胎輸）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	（医手休）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	（医手外）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	（医手深）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	（歯手休）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	（歯手外）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	（歯手深）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	（胃瘻造）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）	（乳切遺伝）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術に対する乳房切除術）	（子宮附遺伝）第	号
輸血管理料Ⅰ	（輸血Ⅰ）第	号
輸血管理料Ⅱ	（輸血Ⅱ）第	号
輸血適正使用加算	（輸適）第	号
貯血式自己血輸血管理体制加算	（貯輸）第	号
コーディネート体制充実加算	（コ体充）第	号
自己生体組織接着剤作成術	（自生接）第	号
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	（自己ク）第	号
同種クリオプレシピテート作製術	（同種ク）第	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	（造設前）第	号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（胃瘻造嚥）第	号
凍結保存同種組織加算	（凍保組）第	号
歯周組織再生誘導手術	（G T R）第	号

広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根) 第	号
顎関節人工関節全置換術 (歯科)	(歯顎人工) 第	号
歯根端切除手術の注3	(根切頭微) 第	号
麻酔管理料 (I)	(麻管I) 第	号
麻酔管理料 (II)	(麻管II) 第	号
歯科麻酔管理料	(歯麻管) 第	号
放射線治療専任加算	(放専) 第	号
外来放射線治療加算	(外放) 第	号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放) 第	号
高エネルギー放射線治療	(高放) 第	号
1回線量増加加算	(増線) 第	号
強度変調放射線治療 (IMRT)	(強度) 第	号
画像誘導放射線治療 (IGRT)	(画誘) 第	号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策) 第	号
定位放射線治療	(直放) 第	号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策) 第	号
粒子線治療	(粒) 第	号
粒子線治療適応判定加算	(粒適) 第	号
粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第	号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第	号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織) 第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞) 第	号
病理診断管理加算1	(病理診1) 第	号
病理診断管理加算2	(病理診2) 第	号
デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第	号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第	号
口腔病理診断管理加算1	(口病診1) 第	号
口腔病理診断管理加算2	(口病診2) 第	号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第	号
歯科矯正診断料	(矯診) 第	号
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)	(顎診) 第	号
調剤基本料1	(調基1) 第	号
調剤基本料2	(調基2) 第	号
調剤基本料3イ	(調基3イ) 第	号
調剤基本料3ロ	(調基3ロ) 第	号
調剤基本料1 (注1のただし書に該当する場合)	(調基特1) 第	号
地域支援体制加算	(地支体) 第	号

後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1) 第	号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2) 第	号
後発医薬品調剤体制加算 3	(後発調 3) 第	号
無菌製剤処理加算	(薬菌) 第	号
在宅患者調剤加算	(在宅調) 第	号
薬剤服用歴管理指導料の 4 に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導	(オン外薬) 第	号
薬剤服用歴管理指導料の注 7 に掲げる特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第	号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬) 第	号

第 4 経過措置等

表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和 2 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

- 外来栄養食事指導料（注 2 に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合）
- 心臓ペースメーカー指導管理料の注 5 に掲げる遠隔モニタリング加算
- がん患者指導管理料のニ
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 腎代替療法指導管理料
- 夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算 1
- ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）
- 療養・就労両立支援指導料の注 3 に掲げる相談支援加算
- 外来排尿自立指導料
- 精神科退院時共同指導料 1
- 精神科退院時共同指導料 2
- 在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導體制充実加算
- 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
- 睡眠時歯科筋電図検査
- B R C A 1 / 2 遺伝子検査
- がんゲノムプロファイリング検査
- 角膜ジストロフィー遺伝子検査
- 先天性代謝異常症検査
- ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
- 検体検査判断料の注 7 に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
- 単線維筋電図
- 脳磁図（自発活動を測定するもの）
- 終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）
- 黄斑局所網膜電図
- 全視野精密網膜電図

経気管支凍結生検法
血流予備量比コンピューター断層撮影
全身MR I 撮影加算
連携充実加算
経頭蓋磁気刺激療法
療養生活環境整備指導加算
依存症集団療法2
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
多血小板血漿処置
心不全に対する遠赤外線温熱療法
乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する~~子宮附属器腫瘍摘出術~~乳房切除術に限る。）
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算
椎間板内酵素注入療法
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）
角膜移植術（内皮移植加算）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
顎関節人工関節全置換術
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
~~胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）~~
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
不整脈手術 左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）
経皮的下肢動脈形成術
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
同種死体膵島移植術
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用い~~る~~るた場合）
無心体双胎焼灼術

胎児輸血術
 同種クリオプレシピテート作製術
 顎関節人工関節全置換術（歯科）
 歯科麻酔管理料
 薬剤服用歴管理指導料の4に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
 薬剤服用歴管理指導料の注7に掲げる特定薬剤管理指導加算2

表2 施設基準の改正により、令和2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及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

小児運動器疾患指導管理料
 小児科外来診療料
 摂食機能療法の注3に掲げる摂食嚥下支援加算（令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の注3に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 導入期加算2
~~胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）~~
 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
 麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）
~~調剤基本料の注5に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料1を算定している保険薬局で、令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~

表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和2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

排尿自立指導料	→	外来排尿自立指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算	→	夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算2
持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
脳磁図	→	脳磁図（その他のもの）
依存症集団療法	→	依存症集団療法1
「胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」	→	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」
腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
両心室ペースメーカー移植術及び両心室	→	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場

ペースメーカー交換術		合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極抜去術 <u>に関する施設基準</u>
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合) 及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 1 の 6 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料の注 2 に規定する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド (点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。) を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に 5 年以上勤務し、栄養管理 (悪性腫瘍患者に対するものを含む。) に係る 3 年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が 1 人以上配置されていること。

第 4 糖尿病合併症管理料

2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 を用いること。

第 4 の 2 がん性疼痛緩和指導管理料

2 届出に関する事項

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 の 2 を用いること。

第 4 の 8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

2 届出に関する事項

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添 2 の 2 様式 5 の 9 を用いること。

第 4 の 10 腎代替療法指導管理料

1 腎代替療法指導管理料に関する施設基準

- (1) 以下の要件を満たしていること。

ア・イ (略)

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に 3 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

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

(2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該 2 次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）~~1020~~以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること。

イ 当該 2 次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）~~105~~以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）

第 11 の 5 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に関する施設基準

(1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ~~常勤~~の医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

第 16 の 11 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

(2) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師が 1 名以上配置されていること

イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

ウ 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を 2 年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が 1 名以上配置されていること。~~なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。~~

エ ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

(イ) 医療関係団体が主催する研修であること。

(ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

第 18 の 1 の 2 遺伝学的検査

1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「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」（~~令和 2 年平成 30 年~~ 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）の別添 1 「医科診療報酬点数表に関する事項」第 2 章第 3 部第 1 節第 1 款 D 0 0 6 - 4 遺伝学的検査(1)のエ 又はオに掲げる疾患

第 22 の 3 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

2 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 6 ~~及び様式 52~~を用いること。

第 22 の 4 胎児心エコー法

2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 3 及び様式 52を用いること。

第 22 の 5 ヘッドアップティルト試験

2 届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 7 ~~及び様式 52~~を用いること。

第 26 の 1 の 2 終夜睡眠ポリグラフィー

1 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

(3) 終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1 及び 2 以外の場合を年間 50 症例以上及び反復睡眠潜時試験 (MSLT) ~~検査~~を年間 5 件以上実施していること。

2 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 27 の 2 の 2 及び様式 52を用いること。

第 35 の 2 血流予備量比コンピューター断層撮影

2 届出に関する事項

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 37 の 2 及び様式 52を用いること。

第 36 の 1 の 4 頭部MRI 撮影加算

1 頭部MRI 撮影加算に関する施設基準

(3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師 (専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている 2 年以上の所定の研修 (専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)) を修了し、その旨が登録されているものに限る。) が 3 名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

第 36 の 1 の 5 全身MRI 撮影加算

1 全身MRI 撮影加算に関する施設基準

(3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師 (専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するも

の又は当該療養について関係学会から示されている~~る~~2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

3 届出に関する事項

(3) 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39 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)

3 届出に関する事項

(3) 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46 難病患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

(3) 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47の2 がん患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

(3) 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47の3 認知症患者リハビリテーション料

2 届出に関する事項

(3) 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49 精神科ショート・ケア「大規模なもの」

2 届出に関する事項

(3) 当該治療が行われる専用の施設の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

2 届出に関する事項

(3) 当該治療が行われる専用の施設の~~配置図及び~~平面図を添付すること。

第55の2 精神科在宅患者支援管理料

3 届出に関する事項

(2) 精神科在宅患者支援管理料「3」の施設基準に係る届出は別添2 ~~①~~-2を用いること。

第57の2 人工腎臓

2 導入期加算の施設基準

(2) 導入期加算 2 の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア・イ(略)

ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に 3 人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

第 57 の 8 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

2 届出に関する事項

~~(1) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 50 の 4 及び様式 52 を用いること。~~

~~(2) 当該治療に従事する医師の氏名、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 61 の 2 の 2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）

2 届出に関する事項

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に係る届出は、別添 2 の様式 ~~別添~~ 56 の 7 及び様式 52 を用いること。

第 61 の 7 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

(1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて ~~5-10~~ 例以上実施した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。

ア 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は 1 肺葉を超えるものに限る。）
（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

(3) から(9)まで(略)

第 75 の 4 腹腔鏡下腭頭部腫瘍切除術

3 届出に関する事項

~~(3) 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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 により提出すること。~~

第 76 の 2 同種死体膵島移植術

1 同種死体膵島移植術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術を合わせて3年間に5例以上実施していること。ただし、令和4年3月31日までの間は、過去5年間に2例以上の実績がある場合、当該基準を満たしているものとみなす。
- (2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が2名以上配置されており、このうち1名以上は3例以上の同種死体膵島移植術の経験を有していること。
- (3) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は膵臓移植又は膵島移植患者の診療の経験を有していること。
- (4) 同種死体膵島移植術を行うに当たり医療関係団体より認定された施設であること。
- (5-4) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。
- (6-5) 同種死体膵島移植術の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式57の2を用いること。
- (2) 医療関係団体関連学会より認定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。
- (3) 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

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72の4 の2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 77 の 6 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4 の2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 77 の 8 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4 の2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の 2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第72の4 の2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の 2 の 3 腹腔鏡下仙骨腫固定術

2 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからウまでの手術について、イの手術を 3 例以上含む、合わせて 10 例以上を術者として実施した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。
 - ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - イ 腹腔鏡下仙骨腫固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - ウ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

第 78 の 3 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 10 例以上実施していること。
 - アからエまで(略)

第 78 の 3 の 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1)・(2) (略)
- (3) 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間 20 例以上実施していること、このうちイの手術を年間 5 例以上実施していること。
 - ア 子宮悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
- (4) から (9) まで (略)

第 78 の 4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 71 の 3 を用いること。
~~(2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。~~
(2-3) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第 88 調剤基本料

1 調剤基本料に関する施設基準

(1) 調剤基本料 1

調剤基本料 2、調剤基本料 3 及び特別調剤基本料のいずれにも該当しない保険薬局であること。なお、調剤基本料の「注 1」のただし書きの施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、以下の (2) か

ら（５）の基準にかかわらず調剤基本料１となる。

２ 調剤基本料の施設基準に関する留意点

（１） 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。

ア 調剤料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は~~の~~夜間・休日等加算を算定した処方箋

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン服薬指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合は受付回数の計算に含める。

ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１２年厚生省告示第１９号）別表の「~~４-５~~」の居宅療養管理指導費のハの（２）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２７号）別表の「５」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（２）の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。

（９） 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、（６）ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地又は及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ（略）

第 90 調剤基本料の注 2 に規定する保険薬局（特別調剤基本料）

５ １の（１）については、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合は、平成 28 年 10 月 1 日以降に開局したもの、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合は、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものに限り「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。（ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成 30 年 4 月 1 日以降に開局したものと判断しない。6 の（２）及び 8 の（２）において同じ。）。

第 91 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

１ 次のいずれかに該当する保険薬局は「注 4」の規定により、調剤基本料を 100 分の 50 に減算する。

- (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
- (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生 (支)局長等 に報告していない保険薬局であること。
- (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局であること。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。

3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

- (1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。
 - ・調剤料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
 - ・薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算 ~~—~~
 - ・薬剤服用歴管理指導料の重複投薬・相互作用等防止加算 及び
 - ・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - ・かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
 - ・外来服薬支援料
 - ・服用薬剤調整支援料
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務
 - ・退院時共同指導料
 - ・服薬情報等提供料

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する保険薬局

- (イ) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。 なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

① (略)

- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人あたりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。

③から⑤まで (略)

- (ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次

のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2
- ・ ~~薬剤服用歴管理指導料の吸入薬指導加算~~
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- ・ 服用薬剤調整支援料 2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）
- ・ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算 2、~~吸入薬指導加算~~、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料 2 又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

イ 調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局

(イ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、以下の①から⑨までの 9 つの要件のうち 8 つ以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、保険薬局当たりの直近 1 年間の実績とし、それ以外については常勤の保険薬剤師 1 人当たりの直近 1 年間の実績とする。

① 調剤料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が 400 回以上であること。

②から⑨まで(略)

(ハ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、⑧の服薬情報等提供料のほか、②の調剤料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑤の外来服薬支援料並びに⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認確実に遡及できるものでなければならないこと。

(ニ) (略)

(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成 29 年 10 月 6 日付け薬食総発第 1006 第 1 号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。

(23) 上記 (22) の処方箋集中率が 85% を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 調剤基本料」の「~~3 調剤基本料に係る処方箋の受付回数、同一グループ及び不動産の賃貸借取引関係等に関する考え方~~ 2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」の (3) に準じて行う。

第 93 後発医薬品調剤体制加算

4 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オエ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

第 94 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

5-3 調剤基本料の注7に係る規定は、令和2年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。

第 97 薬剤服用歴管理指導料の4（情報通信機器を用いた服薬指導）の注3に規定する保険薬局

1 薬剤服用歴管理指導料の4に関する注3に規定する施設基準

(1)・(2) (略)

第 10099 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

1・2 (略)

第 101+00 在宅患者オンライン服薬指導料

1・2 (略)

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 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（又は別添2の2））
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6, 5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16

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（又は別添2の2））
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の4	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の9	抗H L A抗体（スクリーニング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5

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（又は別添2の2））
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37の2, 52
35の3	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	連携充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 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（又は別添2の2））
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の6
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の1の2	依存症集団療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の7
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 48の6
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	人工腎臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3の2
57の2の3	人工膀胱療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9

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（又は別添2の2））
57の5	う蝕歯無痛的高洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53
60の3	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。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	54の2の2
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5
60の8	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の22

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（又は別添2の2））
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3の2
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24, 52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 63
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の13
69	補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の3
71	同種心移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72	同種心肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の4の2, 別添2の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の16
74	生体部分肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67
75	同種死体肝移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の2	同種死体膵島移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	66
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
77の5	生体腎移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	69の4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の5
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 71の4

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（又は別添2の2））
78の6	医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の20
79の2	手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添7)13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の23
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	コーディネート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の3	歯科麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の2
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76の2
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	1回線量増加加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81

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 （又は別添2の2））
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 87の3の3
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
97	薬剤服用歴管理指導料 4（情報通信機器を用いた服薬指導）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	91
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。

様式 2 の 2

{

 導入期加算 1
 導入期加算 2
 腎代替療法実績加算
 腎代替療法指導管理料

}
 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 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
2 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っている 有 ・ 無			
3 在宅自己腹膜灌流指導管理料の過去 1 年間の算定回数（12 件以上）			件
4 腎移植に係る取組の状況			
腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じている			有 ・ 無
前年に腎移植に向けた手続き等を行った患者数（3人以上）			人
手続き等を行った時期	手続き等の種類 （臓器移植ネットワークへの登録・先行的腎移植・腎移植による透析離脱）	患者年齢	主病名
5 腎臓内科の診療に従事した経験を 3 年以上有する専任の常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	勤務時間	腎臓内科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
6 5 年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について 3 年以上の経験を有する専任の常勤看護師の氏名等			
常勤看護師の氏名	看護師の経験年数（うち、腎臓病看護の経験年数）		

	年（ 年）
	年（ 年）

[記載上の注意]

- 1 「4」の手続きを行った時期については、手続きを行った年月日や期間等を記入すること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
- 2 導入期加算1の届出を行う場合にあっては、「3」から「6」については記載する必要はないこと。
- 3 導入期加算2及び腎代替療法実績加算の届出を行う場合にあっては、「5」及び「6」は記載する必要はないこと。
- 4 「5」の腎臓内科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 5 「5」及び「6」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

様式5の10

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

婦人科又は産婦人科を担当する常勤の医師

氏名	勤務時間	月経困難症の治療に係る適切な研修の受講
	時間	あり・なし
	時間	あり・なし
	時間	あり・なし

[記載上の注意]

1. 医師について、月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
2. 医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1
 地域連携小児夜間・休日診療料 2

 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 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

- 2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。
- 3 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

様式7の2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

--

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。
- 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を添付すること。

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

- (1) 地域医療支援病院 (2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前30日間)

$$\left(\quad \quad \quad \% \right) = \left(\quad \quad \quad \text{名} \right) \div \left[\left(\quad \quad \quad \text{床} \right) \times 30 \text{日間} \right]$$

開放型病院に入院した患者の診療を担当している
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)5以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師 名(うち常勤 名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式10を併せて添付すること。

〔在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等 の合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		【再掲】 うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	()%

IV.主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

V. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- Ⅲについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- Vの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

様式 13 の 6

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する医師の氏名等	
医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類**

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前1年間の実績)

① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前1年間)

① 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に依頼した回数	回
合 計	回

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前1年間)

① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) _____ 回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数) _____ 回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数) _____ 回
④ 退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) _____ 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) _____ (直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) _____ (直近の出席日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名) _____
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講	(研修名) _____
⑨ 学校歯科医等に就任	(学校等の名称) _____
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月
⑪ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) _____ (実施日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか1名について記載すること。

※ 3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ 4 ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況		
(1) 今回届出		
(2) 既届出：	年	月 日
2 担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者）		
(1) 医師		
(2) 看護師		
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去 1 か月間）		
・ 入院患者数（延べ患者数）		名
・ 外来患者数（延べ患者数）		名
・ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）		名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間： 年 4 月～ 年 3 月) (期間： 年 月～ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡 ハイ リス ク 項 目	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

[記載上の注意]

1. 1の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
 - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
 - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者

数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	大腸肛門疾患の診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
2 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について3年以上の経験を有する専任の看護師の氏名等		
看護師の氏名	勤務時間	排便障害を有する患者の看護の経験年数
	時間	年
	時間	年

[記載上の注意]

- 「1」及び「2」の医師・看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 ____年 ____月 ____日	

傷病名 :
既往歴 及び 家族歴 :
症状、診療内容及び治療経過等 :
直近の検査結果 :
その他の特記事項 :

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、容態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

様式 22

検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)
国際標準検査管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	
7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「1」の臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。また、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものを添付すること。
- 2 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料(従事者の勤務状況など具体的にわかるもの)を添付すること。
- 3 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 4 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料(実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの)を添付すること。
- 5 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。
- 6 「7」について、認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

様式 22 の 3

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 当該保険医療機関 において施設基準の 届出を行っている管 理料等 (該当するものに○) (複数可)</p>	<p>() 救命救急入院料の「1」 () 救命救急入院料の「2」 () 救命救急入院料の「3」 () 救命救急入院料の「4」 () 特定集中治療室管理料の「1」 () 特定集中治療室管理料の「2」 () 特定集中治療室管理料の「3」 () 特定集中治療室管理料の「4」 () 小児特定集中治療室管理料 () 新生児特定集中治療室管理料の「1」 () 新生児特定集中治療室管理料の「2」 () 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料</p>			
<p>2 当該保険医療機関 において感染症に係 る診療を専ら担当す る常勤の医師又は臨 床検査を専ら担当す る常勤の医師の氏名 等</p>	<p>常勤医師の氏名</p>	<p>該当する 経験分野</p>	<p>勤務時間</p>	<p>当該分野の 経験年数</p>
		<p>・ 感染症診療 ・ 臨床検査</p>	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<p>・ 感染症診療 ・ 臨床検査</p>	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<p>・ 感染症診療 ・ 臨床検査</p>	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<p>・ 感染症診療 ・ 臨床検査</p>	<p>時間</p>	<p>年</p>
		<p>・ 感染症診療 ・ 臨床検査</p>	<p>時間</p>	<p>年</p>

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「2」の該当する経験分野については、該当するものに○印をつけること。

様式 23 の 4

〔がんゲノムプロファイリング検査
遺伝性腫瘍カウンセリング加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

1	がんゲノムプロファイリング検査の実施施設について（該当するものを○で囲む。） がんゲノム医療中核拠点病院 ・ がんゲノム医療拠点病院 ・ がんゲノム医療連携病院
2	検査に係る適切な第三者認定 （ 有 ・ 無 ）
3	検査を委託する第三者認定を受けた衛生検査所名
4	シーケンスデータ、解析データ等を患者に提供できる体制 （ 有 ・ 無 ）
5	管理簿等の作成 （ 有 ・ 無 ）

〔記載上の注意〕

「2」、「3」、「4」、「5」については、がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

様式 23 の 5

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う区分について（該当する区分に○印をつける）			
<ul style="list-style-type: none"> ・当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合 ・当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合 			
2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
3 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名			
5 当該検査に用いる機器の保守管理の計画の有無			
（有・無）			
6 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出			
（有・無）			
当該届出を行っている連携保険医療機関名			
7 当該検査を委託する施設			
名称	住所	確認方法	

[記載上の注意]

- 1 「3」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「4」及び「5」については、「当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合」として届出する場合に記載すること。また、「5」については、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 3 「6」については、当該保険医療機関が遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っておらず、当該届出を行っている保険医療機関との連携体制が整備されている場合には、当該連携保険医療機関名を記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 4 「7」については、当該検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。
- 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 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

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 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合 ・ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合 			
1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 常勤医師の氏名及び経験年数			
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	研修修了 年月日
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績			
新規導入患者数（過去一年間）	名		
通院患者数	名		
4 常勤看護師又は薬剤師の氏名及び経験年数			
常勤看護師又は薬剤師の氏名	持続皮下インスリン注入 療法に従事した経験年数	研修修了 年月日	
	年		
	年		
	年		

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
なお、適切な研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。
- 4 「4」については、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合に記入すること。常勤看護師又は薬剤師は糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了していること。なお、適切な研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 5 、間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合、「2」の常勤医師及び「4」の常勤看護師又は薬剤師については、該当するすべての医師、看護師、薬剤師について記載すること。

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数	当該検査の 経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例

2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	(一般的名称)	(承認番号)
・ 生化学的検査 (血液ガス分析)		
・ 画像診断 (単純撮影 (胸部))		

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

様式 24 の 7

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数	当該検査の 経験症例数
		時間	年	例
2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要				
(概要) (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

「1」の産婦人科、神経内科、循環器内科又は小児科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 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 長期脳波ビデオ同時記録検査の年間実施件数			例
4 てんかんの治療を目的とする手術の年間実施件数			例
<連携保険医療機関において実施している場合>			
(名 称)			
(所在地)			
5 MRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等			
MRI装置 (機種名) (型番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	
<連携保険医療機関において実施している場合>			
(名 称)	(名 称)	(名 称)	
(所在地)	(所在地)	(所在地)	
6 てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等 (1名以上)			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	時間	科	年
	時間	科	年
7 常勤の看護師の氏名			
8 常勤の臨床検査技師の氏名			
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療、外科的治療との連携 等)			
10 関係学会による教育研修施設としての認定			有 ・ 無
学会名：			
認定年月日：			
11 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託			有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「3」及び「4」については、当該検症例一覧 (実施年月日、検査・手術名、患者性別、年齢、主病名) を別添2の様式52により添付すること。
- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施しておらず、当該手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置等を有しておらず、MRI装置等を有している保険医療機関との連携

体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

4 「6」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

5 「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

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

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	年 月 日		
3 施設共同利用率の算定				
①	当該検査機器を使用した全患者数	_____名		
②	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		
③	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		
④	施設共同利用率 = (②－③) / (①－③) × 100%		= %	

[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④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。

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

- (1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）
- ① 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合
 - ② 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合
 - ③ 適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなる施設基準

(2) 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)
- ・機器増設による届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

(3) 届出年月日 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を 5 例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2 名以上）

診療科名	常勤の精神保健指定医の氏名	勤務時間	当該療法の経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療研究センターが実施している研修の修了の有無（1 名以上）
		時間	例		有 ・ 無
		時間	例		有 ・ 無
		時間	例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
		時間

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名等

常勤の臨床検査技師の氏名	勤務時間
	時間

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 施設共同利用率の算定

- ① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名
- ② 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
- ③ 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
- ④ 施設共同利用率 = $(2-3) / (1-3) \times 100$ = %

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
(2)	① 当該病院の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該病院の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該病院の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 1 「1」の(2)及び(9)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 2 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する病院は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(9)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 4 「1」の(5)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 6 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 7 「1」の(9)について
 - (1) ④による施設利用率が20%以上であること。
 - (2) 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るが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - (3) 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 8 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該病院又は当該病院の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、「2」の(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該病院が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式 27

脳磁図 { 自発活動を測定するもの
その他のもの } 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 3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。			
常勤 換算	医師の氏名	勤務時間	脳磁図の経験年数
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
2 他の保険医療機関からの依頼による診断（過去1年間）			例
3 長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準の届出の有無 ※ 「自発活動を測定するもの」を届け出る場合に限り選択。			
有 ・ 無			

[記載上の注意]

- 1 3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 「2」については、当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 脳磁図の「自発活動を測定するもの」を届け出る場合は、本様式と「長期脳波ビデオ同時撮影検査1の施設基準に係る届出書添付書類」（様式25の2）を併せて提出すること。ただし、既に当該施設基準に係る届出を行っている場合は、改めて提出する必要はないこと。

終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数	日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日
		時間	年	
		時間	年	
2 常勤臨床検査技師の氏名等	常勤臨床検査技師の氏名		勤務時間	
			時間	
			時間	
			時間	
3 当該保険医療機関における睡眠ポリグラフィー検査及び反復睡眠潜時試験（MSLT）の年間実施件数	終夜睡眠ポリグラフィー検査 _____ 件		反復睡眠潜時試験（MSLT） _____ 件	
4 睡眠検査に関する安全管理マニュアル策定の有無 (有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師及び「2」の常勤臨床検査技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、「1」については、当該医師の研修会修了証書の写しを添付すること。
- 2 「2」については、「終夜睡眠ポリグラフィー検査」は、区分番号D237に掲げる終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合の実施件数を、「反復睡眠潜時試験（MSLT）」は、区分番号D237-2に掲げる反復睡眠潜時試験（MSLT）の実施件数を、それぞれ記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（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 「4」については、当該医療機関内で策定された睡眠検査に関する安全管理マニュアルを添付すること。

単線維筋電図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 脳神経内科、リハビリテーション科又は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。）の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
3 筋電図・神経伝導検査を100例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名		勤務時間	筋電図・神経伝導検査の経験症例数
		時間	例
		時間	例
4 当該保険医療機関において1年間に実施した筋電図・神経伝導検査の件数			
例			

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「3」及び「4」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。ただし、「4」については、日本臨床神経生理学会による教育施設又は準教育施設の認定に係る証明書等（筋電図・神経伝導検査の件数が分かるものに限る。）の添付をもってこれに代えることができること。
- 「3」については、「2」の医師と同一の者であっても差し支えない。

神経学的検査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 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師に限る。）の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。				
常勤換算	医師の氏名	勤務時間	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		時間		年
3 専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師の氏名等				
医師の氏名	勤務の形態	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数	
	常勤・非常勤		年	
	常勤・非常勤		年	
	常勤・非常勤		年	
	常勤・非常勤		年	

[記載上の注意]

- 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、「2」に記入した医師の研修会修了証書の写しを添付すること。
- 「3」については、「2」に記入した医師以外の医師であって、当該検査を実施する医師全てについて記入すること。

様式 29 の 2

ロービジョン検査判断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 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	勤務時間
	時間
	時間

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、当該常勤医師の厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写しを添付すること。

様式 29 の 3

黄斑局所網膜電図
全視野精密網膜電図

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項に○をつけること

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 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
3 当該検査を行うために必要な装置・器具（製品名等）		

[記載上の注意]

- 「1」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「3」については、該当する項目の検査を行うために必要な装置・器具の製品名等を記載すること。

（コンタクトレンズ検査料 1
 コンタクトレンズ検査料 2
 コンタクトレンズ検査料 3）

の施設基準に係る届出添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

届出種別		
・新規の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
1 外来患者の数		①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数		②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 $\frac{\text{②}}{\text{①}} \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等		
氏 名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年
5 コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数		③
6 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数		④
7 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数		⑤
8 コンタクトレンズの自施設交付割合 $\frac{\text{④}}{\text{④}+\text{⑤}} \times 100 = \quad \quad \quad \%$		
9 眼科の病床を有している。 <div style="text-align: right;">（該当する・該当しない）</div>		

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 5 「5」の患者数が0人である場合にあつては、「6」から「8」までの記載は不要であること。
- 6 「6」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2
 画像診断管理加算 3

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 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数	医療機関勤務
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項			
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数	
核医学診断	① 件	件	
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件	
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項			
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数		
核医学診断	③	件	
コンピューター断層診断	④	件	
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100$ = <input type="text"/> %			
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無	
6 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制		有 ・ 無	

7 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施

有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 2 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」、「4」、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 5 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。
- 6 画像診断管理加算2及び3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、MRI装置の適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 6 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。

遠隔画像診断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）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

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 画像診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理加算（ 1 2 3 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。） <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定機能病院 承認年月日 年 月 日 ・ 臨床研修指定病院 指定年月日 年 月 日 ・ へき地医療拠点病院 指定年月日 年 月 日 ・ 「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する病院 	
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。

ポジトロン断層撮影
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
 乳房用ポジトロン断層撮影

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 届出区分			
・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）
・機器増設による届出（実績期間	年	月～	年 月）
2 当該画像診断の従事者に係る事項			
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	勤務時間	核医学診断の経験年数
		時間	年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	勤務時間	診断撮影機器
		時間	
3 施設共同利用率に係る事項			
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数			名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数			名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影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
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100			= <input type="text"/> %
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものに○をつける）			
1 特定機能病院			
2 がん診療の拠点となる病院			
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関			

[記載上の注意]

- 「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」の常勤医師及び診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の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がわかるものを添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%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。

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満)					
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)					
3 当該病院の許可病床数					床
4 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					科
5 循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	心血管インターベンシ ョン治療の経験年数
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
6 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数					例
7 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	画像診断の 経験年数		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		
	<input type="checkbox"/>	時間	年		

8 放射線治療の専従の常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	放射線治療の経験年数
	<input type="checkbox"/>	時間	年
	<input type="checkbox"/>	時間	年
	<input type="checkbox"/>	時間	年
9 関係学会による教育研修施設としての認定等			
関連学会名		認定年月日	
10 関係学会による総合修練機関としての認定			有 ・ 無
学会名：			
認定年月日：			
11 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無			
画像診断管理加算 1		有 ・ 無	
画像診断管理加算 2		有 ・ 無	
画像診断管理加算 3		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「5」、「7」及び「8」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 「6」については経皮的冠動脈形成術は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。
- 3 「7」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 4 「9」及び「10」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

- CT透視下気管支鏡検査加算
- 冠動脈CT撮影加算
- 外傷全身CT加算
- 心臓MRI撮影加算
- 乳房MRI撮影加算
- 小児鎮静下MRI撮影加算
- 頭部MRI撮影加算
- 全身MRI撮影加算
- 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
(MRIによるもの)

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満) ・MRI (3テスラ以上 1.5テスラ以上3テスラ未満)			
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。) (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)			
3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器疾患の診療の 経験年数
		時間	年
4 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児科の経験年数
		時間	年
		時間	年
5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	小児麻酔の経験年数
		時間	年

		時間	年
6 画像診断を専ら担当する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
7 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無			
画像診断管理加算 1		有 ・ 無	
画像診断管理加算 2		有 ・ 無	
画像診断管理加算 3		有 ・ 無	
8 救命救急入院料の届出の有無		有 ・ 無	
9 関係学会より認定された年月日		年	月 日
10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制		有 ・ 無	
11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 届出に係る画像診断機器 1 台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 「3」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 「4」及び「5」については、小児鎮静下MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 「6」及び「11」については、頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合（画像診断管理加算3の届出を行っている場合を除く）に記載すること。「6」の常勤医師について、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が10年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 「7」については、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MRI加算、乳房MRI加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 「8」については、外傷全身CT加算の届出を行う場合に記載すること。
- 「9」については、乳房MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 「10」については、頭部MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 85%以上)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 75%以上85%未満)
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 3 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 70%以上75%未満)

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

3. 医薬品の使用状況（ 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合				
期間 (届出時の直近3か 月: 1か月ごと及び3か 月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 (直近3ヶ月間の 合計)
全医薬品の規格単 数量 ①				
後発医薬品あり先発 医薬品及び後発医薬 品の規格単位数 ②				
後発医薬品の規格単 位数 ③				
カットオフ値の割合 ④ (②/①) (%)				
後発医薬品の割合 ⑤ (③/②) (%)				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和2年3月5日保医発 0305 第7号）を参照すること。

経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する呼吸器内科又は呼吸器外科を担当する常勤の医師の氏名等（2名以上で、少なくとも1名は10年以上の経験を有していること。）

常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器系疾患の 診療の経験年数
	時間	年
	時間	年
	時間	年

- 2 診療放射線技師の氏名

診療放射線技師の氏名	
------------	--

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の常勤医師の勤務時間については、勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

心大血管疾患リハビリテーション(I)
心大血管疾患リハビリテーション(II)

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。

標榜診療科		循環器内科 ・ 心臓血管外科					
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名							
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名							
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。					
		連携保険医療機関名					
従事者数	医師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師に限る。)	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
	看護師 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	理学療法士 (心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士に限る。)	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	(名)
			専任	名		専任	名
	専用の機能訓練室の面積		平方メートル				
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧(製品名及び台数等)							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							

そ の 他		
初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(I)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。心大血管疾患リハビリテーション料(II)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師、専従の非常勤理学療法士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 5 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 6 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。
- 7 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 8 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)	() 脳血管疾患等リハビリテーション(I) () 脳血管疾患等リハビリテーション(II) () 脳血管疾患等リハビリテーション(III) () 運動器リハビリテーション(I) () 運動器リハビリテーション(II) () 運動器リハビリテーション(III) () 呼吸器リハビリテーション(I) () 呼吸器リハビリテーション(II)								
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	(名 名)		
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	名		
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名 名)		
			専 任	名		専 任	名		
	経 験 を 有 す る 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名		
			専 任	名		専 任	名		
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積					平方メートル			
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧									
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子 </td> <td style="width:50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器 </td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器
<input type="checkbox"/> 訓練マット <input type="checkbox"/> 治療台 <input type="checkbox"/> 砂嚢などの重錘 <input type="checkbox"/> 各種歩行補助具 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具 (角度計、握力計等) <input type="checkbox"/> 血圧計 <input type="checkbox"/> 平行棒 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 各種車椅子	<input type="checkbox"/> 傾斜台 <input type="checkbox"/> 各種装具 (長・短下肢装具等) <input type="checkbox"/> 家事用設備 <input type="checkbox"/> 各種日常生活動作用設備 <input type="checkbox"/> 聴力検査機器 <input type="checkbox"/> 音声録音装置 <input type="checkbox"/> ビデオ録画システム <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査機器 <input type="checkbox"/> 血液ガス検査機器								

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
-------------------------	-------

リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- 4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 6 具備している器械・器具について□に「✓」を記入すること。

難病患者リハビリテーション
障害児（者）リハビリテーション

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。

従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	(名)	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)	
			専 任	名		専 任	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)	
			専 任	名		専 任	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)	
			専 任	名		専 任	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	(名)	
			専 任	名		専 任	名	
	専用施設の面積		平方メートル					
	当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
	訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計等） その他（ ）							
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
<ul style="list-style-type: none"> ・ 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設 ・ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定発達支援医療機関 ・ リハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関 								

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。
- 4 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は()に記入すること。
- 5 「障害児(者)リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 6 その他、障害児(者)リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者(延べ人数) A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
上記のうち、障害児(者)に該当する患者(延べ人数) B	名	
(再掲)		
脳性麻痺	名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害	名	
顎・口蓋の先天異常	名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形	名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症	名	
先天性又は進行性の神経筋疾患	名	
神経障害による麻痺及び後遺症	名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害	名	
当該施設における障害児(者)患者の割合 B/A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料(心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料)を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料					
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験	あり・なし			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師 を組み合わせた場合を 含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算	リハビリテーションに係る 経験	あり・なし			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
	経験を有する常勤専従 職員氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
	経験を有する常勤専従 職員氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
	経験を有する常勤専従 職員氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
	経験を有する常勤専従 職員氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算	職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			
			がん患者リハビリテーショ ンの研修	あり・なし			
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名 (名)
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	理学療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	作業療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)
	言語聴覚士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	名 (名)

専用施設の面積	専用施設面積	平方メートル
	言語聴覚療法専用施設の面積	平方メートル
当該療法を行うための器械・器具の一覧		

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
また、当該従事者の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア					
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
				認知症患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算		リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
				認知症患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	(名)
			専従	名		専従 (常勤換算)	(名)
	理学療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	(名)
	作業療法士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	(名)
	言語聴覚士	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			専従	名		専従 (常勤換算)	(名)
当該療法を行うための器械・器具の一覧							
(Blank area for equipment list)							

[記載上の注意]

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。また、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 3 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 4 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。
- 5 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

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・II・III 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 (常勤換算)	名 (名)
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			専任	名		専任	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 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第2位四捨五入)を記入すること。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。
- 5 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。

様式 44 の 5

通院・在宅精神療法の注 4 に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を 5 年以上有する精神保健指定医

※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	勤務 時間	精神保健指定医に指定されてからの 精神科の経験年数	
				うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間		年
					年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間		年
					年

(2) 主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験 1 年以上を含む精神科の経験を 3 年以上有する精神科医

※ 非常勤の精神科医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏 名	勤務の 態様	勤務 時間	精神科の経験年数	
				うち、主として 20 歳未満の患者 に対する精神医療に従事した年数	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間		年
					年
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間		年
					年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1) 通院・在宅精神療法を実施した患者の数（ひと月当たり平均）	人
(2) うち、16歳未満の患者の数（ひと月当たり平均）	人
(3) $(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 1 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該精神保健指定医の指定番号がわかるものを添付すること。なお、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「3」については、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」の(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 (有 ・ 無)

2 専任の常勤医師に係る要件

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

常勤換算	氏名	適切な研修
<input type="checkbox"/>		あり ・ なし
<input type="checkbox"/>		あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

[記載上の注意]

- 「2」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」及び「3」の適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	<input type="checkbox"/> 常勤換算
	<input type="checkbox"/> 常勤換算
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

[記載上の注意]

「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神科医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

様式 47 の2

精神科在宅患者支援管理料1

精神科在宅患者支援管理料2

の施設基準に係る届出添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該保険医療機関における従事者

職 種	氏 名	
	常勤換算	
ア 常勤精神科医	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
イ 常勤精神保健福祉士		
ウ 作業療法士		

2 精神科訪問看護・指導を担当する保健師又は看護師、精神科訪問看護を担当する連携する訪問看護ステーション

所 属	氏 名	勤務形態
当該保険医療機関		常勤・非常勤

連携する訪問看護ステーション	精神科訪問看護基本療養費を算定する者としての届出
名称:	(あり ・ なし)
開設者:	

3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受けられる体制	(あり ・ なし)
4 当該保険医療機関における 24 時間往診が可能な体制	(あり ・ なし)
5-1 当該保険医療機関における 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制	(あり ・ なし)

5-2 連携する訪問看護ステーションによる24時間精神科訪問看護が可能な体制 (あり ・ なし)	
・名称 : ・開設者 : ・特別の関係: 特別の関係である ・ 特別の関係でない	
6-1 時間外対応加算1の届出の有無	あり ・ なし
6-2 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	あり ・ なし

[記載上の注意]

- 「1」において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 「4」、「5-1」及び「5-2」において、当該保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)</p>	<p>() □ 常勤換算</p>
<p>※非常勤の精神保健指定医を 組み合わせた場合を含む</p>	<p>() □ 常勤換算</p>
<p>行動制限最小化に係る委員会</p>	<p>開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・</p>
<p>行動制限最小化に係る 基本指針の作成日時</p>	<p>年 月 日作成</p>
<p>研修会の実施頻度</p>	<p>開催回数 () 回/年</p>

[記載上の注意]

- 1 精神保健指定医について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 行動制限最小化に係る基本指針を添付すること。

様式 48 の 2

処置
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 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	算定を行う診療科数	
2	病院全体の診療科が届出を行っている。	(該当する・該当しない)
	病院の標榜診療科数	
3	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。	(該当する・該当しない)
4	急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)	
	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④災害拠点病院	
	⑤へき地医療拠点病院	
	⑥地域医療支援病院	
	⑦基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関	
	⑧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
	⑨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
5	静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制	(有 ・ 無)
6	予定手術前日において医師が当直等を実施した日数	(日)
7	1 日の当直人数 (集中治療室等に勤務する医師を除く。)	(人)

(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、予定手術前日において医師が当直等を実施した日数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 「3」については、様式 13 の 4 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の添付を略することができる。
- 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。
- 「4」の①～⑥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のみが

る資料を添付すること。

- 5 「5」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添2の様式4を添付すること。
- 6 「6」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。(様式自由)なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」については、「2」に該当する場合に記載すること。

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	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
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別	
平日	(2交代制 ・ 3交代制)
休日	(2交代制 ・ 3交代制)
(2) 夜勤者人数	(名)
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日としている	(該当する ・ 該当しない)
(4) 日勤から連続して夜勤を行うことがある	(該当する ・ 該当しない)
(5) (4) に該当する場合、夜勤者を2人以上とし、連続勤務者の休憩を4時間以上確保している	(該当する ・ 該当しない)
(6) 夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時1列までの手術を夜勤者のみで実施している	(該当する ・ 該当しない)

[記載上の注意]

- 届出前1か月の勤務計画表(勤務実績)が分かる書類及び届出前1か月の当該診療科の手術の一覧(予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手(全ての医師)の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること)を添付すること。(様式自由)
- 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科		科
2 当該診療科の医師の氏名等	在籍する医師数	名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)	
	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	
3 チーム制の概要 (該当するものに○をつける)		
(1) 緊急呼び出し当番数		
平日の夜勤時間帯	(名)
休日の日中	(名)
休日の夜勤時間帯	(名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日にしている (該当する ・ 該当しない)		
(3) 夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている (該当する ・ 該当しない)		
4		
(1) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数 (院内に呼び出した日数)	_____	日
(2) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数	_____	件

[記載上の注意]

- 届出前 1 か月の緊急呼び出し当番の実績表 (緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績 (保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。)) がわかる書類及び届出前 1 か月の当該診療科の手術の一覧 (予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手 (全ての医師) の氏名並びに開始時間及び終了時間がわかるものであること) を添付すること。(様式自由)
- 「3」の (1) については、届出前 1 か月の平均を記入すること。

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の氏名等

	常勤医師又は看護師の氏名	診療科名	静脈疾患に係る診療の経験年数	勤務時間	所定の研修修了年月日
専任の常勤 医師			年	時間	
			年	時間	
			年	時間	
専任の常勤 看護師				時間	
				時間	
				時間	

2. 検査機器の状況等

血管超音波検査

その他（機器の名称及び目的を記載： _____）

他の医療機関と連携（連携医療機関の名称： _____）

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤従事者については、該当するすべての医師及び看護師について記載すること。常勤医師及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「1」の所定の研修の修了については、看護師が修了している場合も修了年月日を記入すること。なお、医師及び看護師の研修の内容及び修了が確認できる文書（修了証、プログラム等）を添付すること。
- 5 「2」の検査機器の状況等については、当該保険医療機関に備えている検査機器について、該当するものに「✓」を記入すること。また、他の医療機関と連携する場合は、当該医療機関の名称を記載すると共に、連携を行っていることが確認できる文書を添付すること。

多血小板血漿処置の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 形成外科、血管外科又は皮膚科の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の 経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年
3 常勤の薬剤師又は臨床工学技士の氏名等			
氏名		職種	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等(1名以上)	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
	年
	年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない)	
2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った1月間の患者数 (実績期間 年 月)	人
3 ABI検査0.7以下又はSP検査40mmHg以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)	
4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科名称：	
ア 循環器内科	循環器内科の標榜 (有 ・ 無)
イ 胸部外科又は血管外科	標榜する診療科 ()
ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科	標榜する診療科 ()
5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の名称を記入すること。

う蝕歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
	手術時歯根面レーザー応用加算

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日 (当該届出を行っている場合のみ記載)

平成・令和	年	月	日	
-------	---	---	---	--

同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）				科
2 当該医療機関において3年間に実施した同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術（合計）				例
3 同種死体膵島移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（2名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	同種死体膵島移植術の 経験症例数		
	時間	例		
	時間	例		
	時間	例		
4 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	糖尿病の治療 の経験年数	膵臓移植又は膵島移 植患者の経験症例数	
	時間	年	例	
		年	例	
		年	例	
5 医療関係団体による認定の有無		（ 有 ・ 無 ）		
6 関連学会のガイドラインの遵守		<input type="checkbox"/>		
7 再生医療等提供基準の遵守		<input type="checkbox"/>		

[記載上の注意]

- 1 「2」から「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 3 「5」について、医療関係団体より認定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。

- 4 「6」について、関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていることを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「7」については、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるものに限る））

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。）			
科			
3 当該保険医療機関における経カテーテル的手術の年間実施症例数 （「K555-2」「K556-2」「K559-2」「K559-3」「K562の1」 「K567-2」「K570-2」「K570-3」「K570-4」「K573の1」「K574-2」 「K574-3」「K594の4の口」「K595」「K595-2」の合計数）			
例			
4 循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	
		年	
		年	
		年	
		年	
5 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師及び不整脈についての専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師等			
常勤医師の氏名	勤務時間	心血管インターベンション治療の経験年数	不整脈の経験年数
	時間		
	時間		
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	
6 常勤の臨床工学技士の氏名			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については、経カテーテル大動脈弁置換術等は50例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（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。
- 4 「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

経皮的下肢動脈形成術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。）			科
2 関連学会が認定する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）	
	時間		科
	時間		科
	時間		科
	時間		科
3 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	
4 関連学会より認定された年月日		年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」については、当該医師が関連学会からの認定を証する文書の写しを添付すること。

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）		
ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）	イ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	
ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術	エ 腹腔鏡下腎摘出術腹	
オ 腔鏡下副腎摘出術	カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	
キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術		
常勤医師の氏名	勤務時間	2 に示す手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
	時間	例
4 当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
5 当該保険医療機関における当該手術の年間実施症例数		_____ 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」及び「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 3 「3」から「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 4 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例
	時間	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の年間実施症例数				
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術				
例				
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	時間	科		
	時間	科		
	時間	科		
	時間	科		
6 高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数		
	時間	年		
	時間	年		
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名				
8 常勤の管理栄養士の氏名				
9 緊急手術が可能な体制（有・無）				
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率（有・無）（割分）				

[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」、「5」及び「6」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 3 「3」及び「4」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。
- 4 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 67 の 2 の 4

腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） 		
<p>2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</p>		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
	時間	例
	時間	例
<p>3 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等</p>		
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数
	例	例
	例	例
<p>4 当該保険医療機関において1年間に実施した膵臓に係る手術症例数 （「K698」、「K700」、「K700-2」、「K700-3」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数）</p>		
		例
<p>そのうち、膵頭十二指腸切除術症例数</p>		例
<p>5 当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数</p>		
		例
<p>6 当該保険医療機関において1年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数（腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数）</p>		
		例

8 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
10 病理部門の病理医氏名		
12 学会との連携体制	有	無

[記載上の注意]

- 1 「2」、「3」、「4」、「5」、「6」、「7」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 外科又は消化器外科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 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。

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）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 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数				例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経験 を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数	当該手術の 経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）				
7 常勤の臨床工学技士の氏名				
8 保守管理の計画（有 ・ 無）				

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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。
- 「4」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
また、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

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。）		
3 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）又は腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（1 名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の経験症例数
	時間	例
	時間	例
4 当該保険医療機関における関連手術の年間実施症例数 _____ 例		
このうち、腎盂形成手術又は腹腔鏡下腎盂形成手術の年間実施症例数 _____ 例		
5 泌尿器科について専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤医師		
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
	時間	年
	時間	年
6 緊急手術が可能な体制 有 ・ 無		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 3 「4」の関連手術とは、以下の手術のことを指す。
 - ア 腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - ウ 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - エ 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
 - オ 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
 - カ 腎盂形成手術
 - キ 腹腔鏡下腎盂形成手術
- 4 「3」及び「4」については、該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <p style="margin-left: 20px;">・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p> <p style="margin-left: 20px;">・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）</p>			
<p>2 標榜診療科（当該手術を担当する科名）</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">科</p>			
<p>3 腎尿路系手術（K757からK823-2までに掲げる手術であって、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）の年間実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>			
<p>4 生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師の氏名等（2名以上）</p>			
常勤医師の氏名	勤務時間	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数
	時間	例	例
	時間	例	例
	時間	例	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、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の経験した当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 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、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）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 69 の 2

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科		
2 泌尿器科の経験を5年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
医師の氏名	泌尿器科の 経験年数	当該手術の術者としての経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	勤務時間	
	時間	
	時間	
	時間	
	時間	
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

〔 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 〕

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 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数（区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）		例	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数 （少なくとも1名は5年以上）	
	時間	年	
	時間	年	
	時間	年	
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 病理部門の病理医氏名			
6 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
3 当該医療機関における膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の年間実施症例数（合計）			例
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科 科 科 科
5 泌尿器科の常勤医師の氏名等（泌尿器科について5年以上の経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の経験年数
		時間	年
		時間	年
6 緊急手術が可能な体制			（ 有 ・ 無 ）
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画			（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。また、「2」について、術者として実施した当該症例手術一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「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。
- 4 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

焦点式高エネルギー超音波療法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 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師（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。）の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数	焦点式高エネルギー超 音波療法の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）			
例			

[記載上の注意]

- 1 「2」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。なお、次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 「2」及び「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。

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）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 科
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経 験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	泌尿器科の 経験年数
		時間	年
		時間	年
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

[記載上の注意]

- 「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。
- 「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。
- 「4」の泌尿器科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
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。）				科
2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、合わせて10例以上実施し、このうち腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、3例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての 経験症例数		
	時間	例		
	時間	例		
3 当該保険医療機関において1年間に実施した膀胱瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術の年間実施症例数 _____ 例 このうち、腹腔鏡下仙骨腔固定術の年間実施症例数 _____ 例				
4 常勤医師の氏名等（2名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名（当該手術を担当する科名）	当該診療科の 経験年数	
	時間		年	
	時間		年	
	時間		年	
	時間		年	
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 緊急手術が可能な体制		（ 有 ・ 無 ）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名				
8 保守管理の計画		（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入こと。
- 3 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント術
無心体双胎焼灼術
胎児輸血術

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 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等 ※ それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。			
医師の氏名	診療科名	当該診療科における経験年数	
		年	
		年	
		年	
		年	
		年	
		年	
3 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名等	勤務時間	胎児胸水の経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
4 無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	無心体双胎の経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
5 超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、2例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名等	勤務時間	臍帯穿刺又は胎児輸血の経験症例数	
	時間	例	

	時間	例
6 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無
7 緊急帝王切開に対応できる体制		有 ・ 無
新生児特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術及び胎児輸血術の届出を行う場合に記入すること。
- 2 「3」については、胎児胸腔・羊水腔シャント術の届出を行う場合に記入し、胎児胸水症例の一覧（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。
- 3 「4」については、無心体双胎焼灼術の届出を行う場合に記入し、無心体双胎症例の一覧（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。
- 4 「5」については、胎児輸血術の届出を行う場合に記入し、臍帯穿刺又は胎児輸血症例の一覧（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 「2」から「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 6 「6」について、「無」の場合は「7」を記載すること。

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等		
氏 名		
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況		
日勤 名、 当直 名		
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況		
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
		あり ・ なし
7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況		
年間開催回数	回 / 年	
取組内容		
8 輸血に係る副作用監視体制		
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない	
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない	
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況		
		遵守している ・ 遵守していない
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況		
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比	$(② - ③ / 2) / ① =$	
アルブミン/MAP比	$(④ - ⑤) / ① =$	
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師の氏名		
12 自己血輸血に関する常勤の看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「6」の輸血用血液検査とは以下の検査のことを指す。
A B O血液型、R h (D)血液型、血液交叉試験又は間接C o o m b s検査、不規則抗体検査
- 3 「7」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 4 「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液1単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。
- 5 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。
- 6 「12」について自己血輸血に関する常勤看護師の認定証の写しを添付すること。

様式 78

強度変調放射線治療（IMRT）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。） <p style="text-align: right;">科</p>			
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む			
常勤 換算	医師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
<input type="checkbox"/>		時間	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等			
	常勤診療放射線技師の氏名	勤務時間	放射線治療の経験年数
		時間	年
		時間	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
	担当者の氏名	職種	勤務時間
			時間
			時間
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数 <p style="text-align: right;">例</p>			
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
<ul style="list-style-type: none"> ・直線加速器（名称）） ・治療計画用CT装置（名称）） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称）） ・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（名称）） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称）） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称）） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）） 			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」、「4」及び「5」の常勤医師、常勤診療放射線技師及び担当者の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。なお、「3」について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「√」を記入すること。
- 3 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。また、当該実施症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料（調剤基本料の「注 2」）
2 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	
	指定日	令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）		<input type="checkbox"/> あり （様式 87 の 2 の添付が必要） <input type="checkbox"/> なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無（特別調剤基本料関係）		
特別な関係を有する保険医療機関名 ^{注 1}		名称：
注 1 アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載		<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所
ア	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{注 2}
イ	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{注 2}
ウ	保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
エ	保険医療機関による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ^{注 2}
注 2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に開局した保険薬局との間でア、イ又はエの関係がある場合、若しくは診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に開局した保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ又エの関係がある場合に「あり」に☑		
5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料 3 関係）		
ア	薬局グループへの所属の有無	<input type="checkbox"/> 所属していない（個店） →「6」へ <input type="checkbox"/> 所属している
イ	所属するグループ名	
ウ	1 月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計 （①）	回
エ	特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

6 処方箋の受付回数及び集中率等

期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間②)

(1) 全処方箋受付回数等

ア 全処方箋受付回数 (③)	回
イ アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数 (④)	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中率 (%) (⑤)	%

(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等 (調剤基本料2 関係)

ア 同一建物内の保険医療機関の有無	<input type="checkbox"/> なし → 「(3)」へ <input type="checkbox"/> あり
イ 同一建物内の保険医療機関数 (⑥)	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計 (⑦)	回

(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等 (調剤基本料2 関係)

ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	<input type="checkbox"/> なし → 記載終了 <input type="checkbox"/> あり
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数 (⑧)	施設
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計 (⑨)	回
エ ④と⑨を合計した処方箋受付回数 (⑩)	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからDに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料1に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料への該当性

・ 保険医療機関と特別な関係にない（表の「4」でいずれも「なし」に☑）

→ Cへ

・ 保険医療機関と特別な関係があり（表の「4」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑤）が70%を超える

該当 → 特別調剤基本料に該当

該当しない → Cへ

C 調剤基本料3への該当性

・ 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ D-1へ

・ 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の①）が、

・ 3万5千回以下 → D-1へ

・ 3万5千回を超え、4万回以下 → C-1へ

・ 4万回を超え、40万回以下 → C-2へ

・ 40万回を超える → C-3へ

C-1 グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：3万5千回を超え、4万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑤）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：4万回を超え、40万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑤）が85%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-3 グループ内の1月あたりの処方箋受付回数：40万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料3 に該当
 - ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「」）
 - ・ 処方箋集中度（表の⑤）が85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1へ

D-1 調剤基本料2への該当性①

- ・ 1つの保険医療機関からの1月あたりの処方箋受付回数（表の④）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2 に該当
該当しない → D-2へ

D-2 調剤基本料2への該当性②

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の(2)のアの「なし」に「」）
→ D-3へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の(2)のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの1月当たりの処方箋受付回数（表の⑦/②）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2 に該当
該当しない → D-3へ

D-3 調剤基本料2への該当性③

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の(3)のアの「なし」に「」）
→ D-4へ
- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の(3)のアの「あり」に「」）
 - ・ 当該保険医療機関からの1月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑩/②）：4,000回を超える
該当 → 調剤基本料2 に該当
該当しない → D-4へ

D-4 調剤基本料2への該当性④

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料2 に該当
 - 1月当たりの処方箋受付回数（表の③/②）及び処方箋集中度（表の⑤）がそれぞれ、
 - ・ 4,000回を超え、かつ、70%を超える
 - ・ 2,000回を超え、かつ、85%を超える
 - ・ 1,800回を超え、かつ、95%を超える
- いずれにも該当しない → 調剤基本料1 に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和2年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和2年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「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」（令和2年3月5日保医発0305第3号以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の第90により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。
- 7 「5」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の第88の2の（9）により判断する。
- 8 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 9 「6」の⑤については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、④／③にて算出する。
- 10 「6」の⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書

1 基本診療料の施設基準等の別表第 6 の 2 に所在する保険薬局である		<input type="checkbox"/>
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数 (病院の場合のみ記載)		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名	許可病床数 (病院のみ記載)	
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号)の別添 3 の別紙 2 を参照すること。
- 2 「2」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係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 3 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機

関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局用)

1 保険薬局の常勤薬剤師数		
週 32 時間以上勤務する保険薬剤師数 (①)		人
週 32 時間に満たない保険薬剤師の常勤換算数 (②)		人
常勤換算した保険薬剤師数 (①+②)		人
2 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち8つ以上を満たす必要がある。		
薬剤師 1 人当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) 期間: 年 月 ~ 年 月	各基準に常勤換算した保険薬剤師数を乗じて得た回数	保険薬局における実績の合計
(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回/人)	回	回
(2) 麻薬の調剤回数 (10 回/人)	回	回
(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回/人)	回	回
(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回/人)	回	回
(5) 外来服薬支援料 (12 回/人)	回	回
(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回/人)	回	回
(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (12 回/人)	回	回
(8) 服薬情報等提供料等 (60 回/人)	回	回
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (5 回/保険薬局)		回

[記載上の注意]

- 「1」の「常勤薬剤師数」は届出前 3 月間の勤務状況に基づき、以下により算出する。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。
 - ・当該保険薬局における実労働時間が週 32 時間に満たない保険薬剤師は、以下により算出する。

当該保険薬局における週 32 時間に満たない保険薬剤師の実労働時間の合計 (時間/3 月)

$$32 \text{ (時間/週)} \times 13 \text{ (週/3 月)}$$

- 「1」の②の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。
- 「2」の合計算定回数欄には当該保険薬局が「2」に記載されている期間における、それぞれ

れの実績の合計を記載すること。

- 4 「2」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外等加算：調剤料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：調剤料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：調剤料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料の「注4」、かかりつけ薬剤師指導料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から⑤をいう。
 - ①薬剤服用歴管理指導料の「注7」の特定薬剤管理指導加算2、②薬剤服用歴管理指導料の「注9」の吸入薬指導加算、③薬剤服用歴管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、④服用薬剤調整支援料2、⑤かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から④に相当する業務を実施した場合
- 5 「2」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 6 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 (いずれかに○をつける)	()	慢性維持透析を行った場合 1
	()	慢性維持透析を行った場合 2

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) <input type="checkbox"/> 新規届出 <input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 期間： 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間)		
上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計 (①)		台
上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数の合計 (②)		人
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 (②/①) (③)		人
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
4 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。 (1) ①を上記期間の月数で除した値が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ①を上記期間の月数で除した値が 26 台以上 → (2) へ (2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

- 1 「2」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
 - ア 透析室に配置されていること
 - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 2 「2」の②については、①が26台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 3 「2」の②については、区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において5回以下の患者を除いて求めること。
- 4 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 5 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 6 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

経皮的僧帽弁クリップ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。）					
					科
3 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数					例
4 経食道心エコー検査の年間実施症例数					例
5 当該診療科の医師の氏名等					
医師の氏名	勤務の態様	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	心血管インターベンションに関する経験年数
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年
	常勤・非常勤	時間		年	年

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については、経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（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。
- 3 「4」については、経食道心エコー検査は100例以上必要であること。また、当該手術症例の一覧（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。
- 4 「5」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 5 関係学会より認定された施設であることを証する文書の添付すること。

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術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。）			
科			
2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を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医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	術者としての経験症例数	
	時間	例	
	時間	例	
	時間	例	
3 消化器内科の5年以上の経験及び消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
	時間	年	年
	時間	年	年
4 放射線科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	放射線科の経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
3 緊急手術が可能な体制			（有・無）

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「2」、「3」及び「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 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。

様式 87 の 17

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の術者としての経験症例数
		時間	例
		時間	例
3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の年間実施症例数			
そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数			例
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科 科
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験及び専門的知識を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	呼吸器外科の経験年数
		時間	年
		時間	年
6 緊急手術が可能な体制（有・無）			
7 常勤の臨床工学技士の氏名			
8 保守管理の計画（有・無）			

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 3 「2」及び「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。
- 4 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）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 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科	当該手術の術者としての経験症例数
		時間		例
		時間		例
3 当該医療機関における直腸切除・切断術又は腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数				例
そのうち、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の年間実施症例数				例
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科 科 科 科
5 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等（外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数
		時間		年
		時間		年
6 緊急手術が可能な体制		（ 有 ・ 無 ）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名				
8 保守管理の計画		（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」及び「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 3 「2」及び「3」については、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 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

性同一性障害の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書

1 標榜する診療科				
2 関連学会の認定を有する常勤又は非常勤の医師				
医師の氏名		勤務時間	勤務の態様	経験年数
		時間	常勤・非常勤	年
		時間	常勤・非常勤	年
3 当該保険医療機関における、医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の実施症例数				
例				
4 医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を20例以上実施した経験を有する関連学会認定の常勤医師				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該手術の 経験症例数	当該診療科 の経験年数
		時間	例	年
		時間	例	年
5 関連学会のガイドラインを遵守していること				<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 「1」の標榜する診療科については、施設基準にかかる診療科であること。
- 2 「2」については、医師が関係学会による認定を受けたことを証明する書類の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、いずれか一方を記載すればよいこと。また、当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「2」及び「3」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る
届出書添付書類

1 届出する術式について（該当する部分に○をつける）				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳房切除術 ・ 子宮附属器腫瘍摘出術 				
2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
3 乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
4 産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を6年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数	所定の研修修了年月日
		時間	年	
		時間	年	
		時間	年	
5 臨床遺伝学の診療に係る経験を3年以上有する常勤医師の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数	
		時間	年	
		時間	年	
6 乳房MRI加算の施設基準に係る届出 (有・無)				
7 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出 (有・無)				
8 麻酔科標榜医の氏名				
9 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「3」から「5」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「3」及び「4」について、医師の医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の修了を証する文書の写しを添付すること。
- 2 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1	在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出	<input type="checkbox"/> あり
2	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況	<input type="checkbox"/> あり
3	在宅業務実施体制に係る周知の状況 (周知方法)(対応方法に☑をすること。)	
	<input type="checkbox"/> 薬局機能情報提供制度を通じて周知している。	
	<input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会を通じて周知している。	
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に記入))
4	在宅業務に必要な体制の整備状況	
	在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画	<input type="checkbox"/> あり
	外部の学術研修の受講	<input type="checkbox"/> あり
5	医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	<input type="checkbox"/> あり
6	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況(届出時の直近一年間)	
	期間: 年 月 ~ 年 月	
	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況	
	算定回数: 回 (実施患者数:)	
	(在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険))
	算定回数: 回 (実施患者数:)	
	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(介護保険)	
	算定回数: 回 (実施患者数:)	
7	麻薬小売業者免許証の番号	

[記載上の注意]

- 「2」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。
- 「3」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 「4」については、当該保険薬局における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。
- 「6」の算定回数については、届出時の直近1年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計10回以上であること。

(別添4)

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る
届出に関する手続きの取扱いについて
(令和2年3月5日保医発0305第13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、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行う。

(別紙様式)

入院時食事療養・入院時生活療養等届出書

受理番号	
------	--

届出事項 入院時食事療養(I)・入院時生活療養(I)

(入院時食事療養(I)の受理番号：)

(入院時生活療養(I)の受理番号：)

- 当該届出を行う前6か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。
- 当該届出を行う前6か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掲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。
- 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。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78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。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。

年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

印

地方厚生(支)局長 殿

[記載上の注意]

- 1 届出事項について該当する番号を○で囲むこと。
- 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
- 3 届出書(添付書類を含む)は1通を提出すること。

(別添5)

ページ	段	行	誤	正
-----	---	---	---	---

令和二年三月五日（号外第四十二号）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）

五八	上	一四	前日	前月
一一四	上	終りから一	「当該保険医療機関における」を削る。	500点
一二三	下	終りから八	480点	480点
〃	下	終りから六	400点	480点
一九六	上	終りから六	3次元エックス線断層撮影	3次元エックス線断層撮影
二〇〇	上	一六	3,750点	4,500点

ページ 段

行

誤

正

令和二年三月五日（号外第四十二号）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）

二五〇—上

—一

—白川町

—白川村

—

令和二年三月五日（号外第四十二号）厚生労働省告示第五十九号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二七七 上	二 一	別表第三の一の二 食道がん、肺がん、 縦隔腫瘍、胃がん、 肝臓がん、胆嚢がん、 大腸がん又は膵臓 がんと診断された患 者であって、これら のがんの治療のため に入院している間に 閉鎖循環式全身麻酔 による手術	別表第三の一の三 がん患者であって、 がんの治療のために 入院している間に手 術、化学療法（骨髄 抑制が見込まれるも のに限る。）、放射 線治療若しくは造血 幹細胞移植
----------	--------	--	--

二八三ページ下段一四行目から二七行目までを削る。

ページ

段

行

誤

正

令和二年三月二十三日（号外第五十六号）厚生労働省告示第四十三号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件）

（原稿誤り）

一三八

下

三

1

2