

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

御中

厚生労働省保険局医療課

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

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのとおり訂正をするので、その取扱いに遺漏のないよう、周知徹底を図られたい。

また、平成26年3月5日付官報（号外第45号）等に掲載された平成26年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添12のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「平成26年度診療報酬改定について」
（平成26年3月5日保発0305第1号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年3月5日保医発0305第1号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年3月5日保医発0305第2号）（別添3）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（平成26年3月5日保医発0305第3号）（別添4）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（平成26年3月5日保医発0305第5号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」
（平成26年3月5日保医発0305第8号）（別添6）
- ・「「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」
（平成26年3月5日保医発0305第13号）（別添7）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（平成26年3月5日保医発0305第15号）（別添8）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（平成26年3月5日保発0305第3号）（別添9）
- ・「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の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について」
（平成26年3月19日保医発0319第4号）（別添10）
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
（平成26年3月19日保医発0319第7号）（別添11）

(別添 1)

平成26年度診療報酬改定について
(平成26年 3 月 5 日保発0305第 1 号)

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年 4 月 1 日から適用されることとなった。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成26年 3 月 5 日保医発0305第 1 号)

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第58号)が公布され、平成26年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

第 4 経過措置等

表 1

栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関における入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料 1 を除く。)ただし、平成26年 7 月 1 日以降に算定する場合に限る。また、平成24年 3 月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であって、常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年 6 月30日まで延長したものに限る。

一般病棟入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算(13対 1 入院基本料 又は及び15対 1 入院基本料に限る。)

一般病棟入院基本料の注11に掲げる療養病棟入院基本料 1 (7 対 1 入院基本料又は10 対 1 入院基本料に限る。)(平成26年10月 1 日以降に 算定する場合に限る。)

一般病棟入院基本料の注12に掲げる A D L 維持向上等体制加算(7 対 1 入院基本料 又は及び10対 1 入院基本料に限る。)

特定機能病院入院基本料の注 9 に掲げる療養病棟入院基本料 1 (一般病棟に限る。)(平成26年10月 1 日以降に 算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注 8 に掲げる療養病棟入院基本料 1 (平成26年10月 1 日以降に 算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注 9 に掲げる A D L 維持向上等体制加算(7 対 1 入院基本料 又は及び10対 1 入院基本料に限る。)

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3

診療録管理体制加算 1

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注 2 (別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合)

退院調整加算の注 3 (別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合)

~~看護職員夜間配置加算（平成26年10月1日以降に限る。）~~

回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算 （回復期リハビリテーション病棟入院料1に限る。）

~~精神科救急入院料の注4に掲げる院内標準診療計画加算~~

精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算 （精神科急性期治療病棟入院料1に限る。）

~~精神科急性期治療病棟入院料の注5に掲げる院内標準診療計画加算~~

~~精神科救急・合併症入院料の注4に掲げる院内標準診療計画加算~~

表2

一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26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。）（平成26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。）（平成26年10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の注6に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26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1又は2（平成26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1又は2（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（平成26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（平成26年3月31日において、現に急性期看護補助体制加算の注3に規定する看護職員夜間配置加算の届出を行っている保険医療機関であって、平成26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（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

感染防止対策加算1（平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

~~退院調整加算の注3（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）~~

データ提出加算 （平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料2又は4（平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定集中治療室管理料3又は4 （平成27年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

ハイケアユニット入院医療管理料2 （平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~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 1 又は 2 (平成26年10月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

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 (平成26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 1 (平成26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 (回復期リハビリテーション病棟入院料 1 に限る) の注 2 に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算~~

精神科救急入院料

精神科救急・合併症入院料

精神療養病棟入院料

表 3

| | | |
|-----------------------------|---|--------------------------------|
| <u>総合入院体制加算</u> | → | <u>総合入院体制加算 2</u> |
| <u>診療録管理体制加算</u> | → | <u>診療録管理体制加算 2</u> |
| 新生児特定集中治療室退院調整加算 | → | 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 <u>及び 2</u> |
| 新生児特定集中治療室退院調整加算 | ⇒ | 新生児特定集中治療室退院調整加算 2 |

別添 2

入院基本料等の施設基準等

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 の 8 ADL 維持向上等体制加算の施設基準

(5) アウトカム評価として、以下の基準をすべて満たすこと。

ア 直近 1 年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者 (死亡退院を除く。) のうち、退院又は転棟時における ADL が入院時と比較して低下した患者 (別添 6 の別紙 7 の 2 の合計得点が低下した者をいう。) の割合が 3 % 未満であること。

ただし、新規に届出をする場合は、直近 3 月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

~~なお~~、患者の ADL は、基本的日常生活活動度 (Barthel Index、以下「BI」という。) を用いて評価することとするが、平成 27 年 3 月 31 日までの間に限り、

D P C 調査の様式1における入院時と又は退院時の「ADLスコア」を用いた評価であっても差し支えない。ただし、退院時の「ADLスコア」については、当該病棟から退院又は退棟した時点のADLとする。

イ

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める）

なお、届出以降、毎年7月1日の届出報告（別添7の様式5の~~5~~4）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R分類d2以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。

11 精神病棟入院基本料の注4及び特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

(1) 精神病棟入院基本料の注4の施設基準等

イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号。別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でII-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から11までを用いること。ただし、別添7の様式11については、一般病棟において、感染症病床を有する場合に限る。なお、別添7の様式10から様式10の3、様式10の5については、7対1入院基本料を届け出る場合に用い、別添7の様式10及び10の3については、10対1入院基本料又は看護必要度加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10、10の3及び10の4については、一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添7の様式5の5については、ADL維持向上等体制加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の8については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の7については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。
- 4 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の~~8~~8までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。

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

(4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（~~当該入院中に処方されたものに限ることとし、手術中の使用及び外来又は退院時に処方されたものは含まない。~~）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、及び G C S F 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

第26の 4 データ提出加算

2 データ提出に関する事項

(1) D P C データの提出をを希望する保険医療機関（平成26年 3 月31日時点で D P C 病院及び D P C 準備病院である病院を除く）は、平成26年 5 月20日、8 月20日、11 月20日、平成27年 2 月20日、5 月20日又は 8 月20日~~平成26年 8 月20日、11 月20日、平成27年 2 月20日、5 月20日、8 月20日又は 11 月20日~~に別添 7 の様式40の 5 を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出すること。（平成27年 8 月20日後の届出は別途、厚生労働省保険局医療課より通知する。）。)

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 4 の 2 小児特定集中治療室管理料

1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

(8) 次のいずれかの基準を満たしていること。

イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関 又は当該保険医療機関 で区分番号「C 0 0 4」救急搬送診療料を算定したものに限り。）が直近 1 年間に 50 名以上（そのうち、当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸（5 時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限り。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限り、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が 30 名以上）であること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

(6) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、(略) また、当該日常生活機能評価票表及び看護必要度評価票A項目の記入は、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、(略)

ア 日常生活機能評価を測定する場合

(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票表の構成と評価方法

6 届出に関する事項

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20、様式49から様式49の 7 (様式49の4を除く。) ~~6~~までを用いること。

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

(9) 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、(略) また、当該日常生活機能評価表及び看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

(12) 当該病棟又は病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、平成26年3月31日時点で7対1及び10対1入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）の届出を行っている病棟については、平成~~26~~27年 9 ~~9~~月 30 ~~31~~日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする。

ア 直近6か月間において、当該病棟又は病室から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅 ~~自宅~~等に退院するものの数

5 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、9の3、20、50から50の3を用いること。

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

(13) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(14) 精神科救急入院料1の施設基準

措置入院患者、(略) とは、患者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合

的に支援するための法律~~障害者自立支援法~~（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

3 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、~~及び~~様式53及び様式53の2を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置がわかるもの。）を添付すること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

(14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

第17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

(7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年4月1日以降に~~当該病棟へ入院となった~~当該病棟に入院した患者1人につき1人以上、入院した日から起算して7日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。

5 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式24の2、~~及び~~様式55の2及び様式55の3を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積、並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等がわかるもの。）を添付すること。

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

(4) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等

ケ 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、（略）また、当該~~日常生活機能評価表及び~~看護必要度評価票A項目の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第11の1の(6)と同様である。

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状態等の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

一般病棟用の重症度、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 | 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(喀痰吸引の場合を除く) | なし | あり | |
| 3 | 点滴ライン同時3本以上 | 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麻薬注射薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服・貼付、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 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) | なし | | あり |
| | | | | A得点 |

| B | 患者の状況等 | 0点 | 1点 | 2点 |
|----|--------|------|-----------------|------|
| 8 | 寝返り | できる | 何かにつかまれば できる | できない |
| 9 | 起き上がり | できる | できない | |
| 10 | 座位保持 | できる | 支えがあれば できる | できない |
| 11 | 移乗 | できる | 見守り・ 一部介助が必要 | できない |
| 12 | 口腔清潔 | できる | できない | |
| 13 | 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 14 | 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| | | | | B得点 |

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「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、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度、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2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上。

<地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア病棟病棟入院医療管理料を算定する場合も含む)>

における一般病棟用の重症度、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1点以上。

<回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、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1点以上。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料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。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）並びに患者の状況等（B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及び回復期リハビリテーション料1については、評価はA項目の評価のみとし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時に評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と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。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

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が行え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。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 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師等でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで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行った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看護師等が実施したものは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。

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。第三者が、後日、監査を行う際に、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。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

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、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合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（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）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・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・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、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

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・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・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、VAC療法（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・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・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、VAC療法（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、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護師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、看護師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

喀痰の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、看護師等が、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、看護師等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時間があつた場合をいう。

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、看護師等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、持続的に看護師等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心電図の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、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つて、看護師等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まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等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、看護師等が使用状況（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、看護師等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師等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」

輸血や血液製剤を使用状況の管理をしなかった場合をいう。

「あり」

輸血や血液製剤を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麻薬注射薬の使用（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免疫抑制剤の使用、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ドレナージの管理のいずれかの処置・治療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。

判断に際しての注意点

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

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。

抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③ 麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。

④麻薬の内服・貼付の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服・貼付、坐剤を使用した場合で、看護師等による内服・貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生しており、看護師等による特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認、及び内服後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍、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た局所療法を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に含む。

管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

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。

⑥ 免疫抑制剤の管理

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護師等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

内服については、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤の使用は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り不整脈剤の使用の対象に含める。抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬（ヘパリン、ワルファリン等）、血小板凝固阻害薬（アスピリン等）、血栓溶解薬（アルテプラゼ、アボキナーゼ（ウロキナーゼ）等）等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

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やペンローズドレーン、フィルムドレーン等を使用し誘導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（尿道バルンカテーテル）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。VAC療法（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。

B 患者の状況等

B項目共通事項

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

8 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等

の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

9 起き上がり

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

10 座位保持

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

1 1 移乗 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

1 2 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

1.3 食事摂取

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

1.4 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況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

「介助なし」

介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。

自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」

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

「全介助」

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

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さや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。

認知症~~である老人~~高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

| ランク | 判定基準 | 見られる症状・行動の例 |
|------|---|---|
| I | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | |
| II | 日常生活に支障を来すような症状・行動や 意志意思 疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | |
| IIa | 家庭外で上記IIの状態が見られる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等 |
| IIb | 家庭内でも上記IIの状態が見られる。 | 服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応対など一人で留守番ができない等 |
| III | 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが ときどき 見られ、介護を必要とする。 | |
| IIIa | 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| IIIb | 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。 | ランクIIIaに同じ |
| IV | 日常生活に支障を来すような症状・行動や 意志意思 疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクIIIに同じ |
| M | 著しい精神症状や 問題行動周辺症状 あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等 |

「認知症~~である老人~~高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成518年10月26日老健第135老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

| | | |
|-------|-------|--|
| 生活自立 | ランク J | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する |
| 準寝たきり | ランク A | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| 寝たきり | ランク B | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する |
| | ランク C | 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない |

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

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

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、特定集中治療室管理を行う治療室に入院し、特定集中治療室管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と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。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

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が行え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。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 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師等でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで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行った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看護師等が実施したものは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。

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。

第三者が、後日、監査を行う際に、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。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならない。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 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、持続的に看護師等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心電図の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、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、看護師等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まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

2 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、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輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（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輸液ポンプを管理してい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輸液ポンプを管理した場合をいう。

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輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。
携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等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。

3 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合をいう。

4 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、看護師等が使用状況（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を管理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を管理した場合をいう。

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、看護師等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。

5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、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）の実施は含める。

7 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師等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。

8 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワングアンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

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

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンポンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

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

10 寝返り

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

11 起き上がり

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

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

1.2 座位保持

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

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

「できない」

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

判断に際しての留意点

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

1.3 移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャー

へ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

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

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

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

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イーゼスライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1.4 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

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

判断に際しての留意点

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

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

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

ハイケアユニット入院医療管理を行う治療室に入院し、ハイケアユニット入院医療管理料を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、毎日評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B 項目共通事項と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。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

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が行え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。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

また、危険行動の項目については、評価対象期間内の記録が看護師等によって記載されたものであれば、当該保険医療機関以外の記録であっても評価に含むものとする。

7. 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師等でなければならない。ただし、A 項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで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行った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看護師等が実施したものは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。

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。

第三者が、後日、監査を行う際に、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。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならない。医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

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、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合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

創傷の処置、褥瘡の処置については、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（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）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・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・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、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

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・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・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、VAC 療法（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・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・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、VAC 療法（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 蘇生術の施行

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
蘇生術の施行がなかった場合をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該病棟以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該病棟で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

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、看護師等が自ら行うか医師の介助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

喀痰の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。
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。

4 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や輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護師等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時間があつた場合をいう。

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ー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。
スワングア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、看護師等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。

5 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、持続的に看護師等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心電図の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、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つて、看護師等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まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、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輸液ポンプを使用し、看護師等が使用状況（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輸液ポンプを管理してい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輸液ポンプを管理した場合をいう。

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輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの使用に含めるが、看護師等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。

7 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 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、看護師等が使用状況（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、看護師等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。

9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10 人工呼吸器の装着

項目の定義

人工呼吸器の装着は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、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）の実施は含める。

11 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

を看護師等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。

12 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

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

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。

3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

1.4 床上安静の指示

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

1.5 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動

かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

1.6 寝返り 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

1.7 起き上がり 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

1.8 座位保持 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

19 移乗 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

20 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

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

21 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

「できない」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

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

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

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

22 食事摂取

項目の定義

食事介助の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、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

「一部介助」

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

「全介助」

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

判断に際しての留意点

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

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

23 衣服の着脱

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

「一部介助」

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

「全介助」

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

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の

着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

2.4 他者への意思の伝達

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「できる」

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

「できる時とできない時がある」

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

「できない」

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

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

2.5 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「はい」

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

「いいえ」

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

判断に際しての留意点

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

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

2.6 危険行動

項目の定義

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

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

選択肢の判断基準

- 「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
- 「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

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------|---|-------|------------|-----------|-----------------|---|---|---|----------|-------|----------|-------|---------|
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日(明・大・昭・平) | 年 | 月 | 日(歳) | 利き手 | 右・右(矯正)・左 | | | | | | | | | |
| 主治医 | リハ担当医 | PT | OT | ST | 看護 | SW等 | | | | | | | | | | |
| 原因疾患(発症・受傷日) | | 合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等) | | 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓 | | リハビリテーション歴 | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 | | 認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M | | | | | | | | | | | | | | |
| 評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害: | | | <input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: | | | | | | | | | | | | |
| | 基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動 | 自立度 | | 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」 | | | | | 訓練時能力:「できる“活動”」 | | | | | | | | |
| | ADL・ASL等 | | 自 | 監 | 一 | 全 | 非 | 独 | 監 | 一 | 全 | 非 | 使用用具 | 姿勢・実行場所 | 使用用具 | 姿勢・実行場所 |
| | | | 立 | 視 | 助 | 助 | 施 | 立 | 視 | 助 | 助 | 施 | 杖・装具 | 介助内容 等 | 杖・装具 | 介助内容 等 |
| | 屋外歩行 | | | | | | | | | | | | 杖・装具: | | 杖・装具: | |
| | 階段昇降 | | | | | | | | | | | | 杖・装具: | | 杖・装具: | |
| | 廊下歩行 | | | | | | | | | | | | 杖・装具: | | 杖・装具: | |
| | 病棟トイレへの歩行 | | | | | | | | | | | | 杖・装具: | | 杖・装具: | |
| | 病棟トイレへの車椅子駆動(昼) | | | | | | | | | | | | 装具: | | 装具: | |
| | 車椅子・ベッド間移乗 | | | | | | | | | | | | 装具: | | 装具: | |
| | 椅子座位保持 | | | | | | | | | | | | 装具: | | 装具: | |
| ベッド起き上がり | | | | | | | | | | | | 装具: | | 装具: | | |
| 食事 | | | | | | | | | | | | 用具: | | 用具: | | |
| 排尿(昼) | | | | | | | | | | | | 便器: | | 便器: | | |
| 排尿(夜) | | | | | | | | | | | | 便器: | | 便器: | | |
| 整容 | | | | | | | | | | | | 移動方法・姿勢: | | 移動方法・姿勢: | | |
| 更衣 | | | | | | | | | | | | 姿勢: | | 姿勢: | | |
| 装具・靴の着脱 | | | | | | | | | | | | 姿勢: | | 姿勢: | | |
| 入浴 | | | | | | | | | | | | 浴槽: | | 浴槽: | | |
| コミュニケーション | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 活動度 | | 日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) | | | | | 理由 | | | | | | | | | |
| | | 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ | | | | | | | | | | | | | | |
| 参加 | 職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) | | | 社会参加(内容・頻度等) | | | | | | | | | | | | |
| | (職種・業種・仕事内容:) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心理 | 障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) | | | 依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) | | | | | | | | | | | | |
| | 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) | | | 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) | | | | | | | | | | | | |
| 環境 | 同居家族: | | | 家屋 : | | | | | | | | | | | | |
| | 親族関係: | | | 家屋周囲: 交通手段: | | | | | | | | | | | | |
| 第三者の | 発病による家族の変化 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 社会生活: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生: | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---------|
| 基本方針 | 本人の希望 |
| リスク・疾病管理(含:過用・誤用) | 家族の希望 |
| リハビリテーション終了の目安・時期 | 外泊訓練の計画 |

| | 目標(到達時期) | 具体的アプローチ |
|---------------------|--|----------|
| 参加 「主目標」 | 退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味: | |
| すべて 活動 「実行状況」 | 自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り: | |
| 心身機能 構造 | 基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等) | |
| 心理 | 機能障害改善への固執からの脱却: | |
| 環境 | 自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: | |
| 第三者の不利 | 退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: | |

| | |
|--------------------------------|----|
| 退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間) | 備考 |
|--------------------------------|----|

| | | | | | | |
|-----------|---|---|---|-------|-------|--------|
| 本人・家族への説明 | 年 | 月 | 日 | 本人サイン | 家族サイン | 説明者サイン |
|-----------|---|---|---|-------|-------|--------|

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成185年419月326日 老発健第0403003135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------------------|-------|--------------------|---|-------------|-----------|
| 患者氏名： 男・女 | | 生年月日(西暦) 年 月 日(歳) | | 利き手 | 右・右(矯正)・左 |
| 主治医 | リハ担当医 | PT | OT | ST | 看護 |
| 診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)： | | 合併症(コントロール状態)： | | リハビリテーション歴： | |
| 日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 | | | 認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準： I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M | | |

| 評価項目・内容 (コロン(;)の後ろに具体的内容を記入) | | | | | 短期目標 (月後) | 具体的アプローチ | |
|------------------------------|--|---|---------|-----|-----------------|----------|----------|
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS)： <input type="checkbox"/> 見当識障害： <input type="checkbox"/> 記銘力障害： <input type="checkbox"/> 運動障害： <input type="checkbox"/> 感覚障害： <input type="checkbox"/> 摂食障害： <input type="checkbox"/> 排泄障害： <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害： <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語)： <input type="checkbox"/> 関節可動域制限： <input type="checkbox"/> 筋力低下： <input type="checkbox"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 疼痛： <input type="checkbox"/> 半側空間無視： <input type="checkbox"/> 注意力障害： <input type="checkbox"/> 構成障害： <input type="checkbox"/> その他： | | | | | | |
| | 基本動作 | 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)： 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)： 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)： 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)： 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)： | | | | | |
| 活動 | 活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて) | | | | | | |
| | ADL (B. I.) | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 使用用具(杖、装具)、介助内容 | 短期目標 | 具体的アプローチ |
| | 食事 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 移乗 | 15 | 10 ←監視下 | | | | |
| | 座れるが移れない→ | | 5 | 0 | | | |
| | 整容 | 5 | 0 | 0 | | | |
| | トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 入浴 | 5 | 0 | 0 | | | |
| | 平地歩行 | 15 | 10←歩行器等 | | 歩行： | | |
| | 車椅子操作が可能 | | → 5 | 0 | 車椅子： | | |
| | 階段 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 更衣 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 排便管理 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 排尿管理 | 10 | 5 | 0 | | | |
| 合計(0~100点) | | 点 | | | | | |
| コミュニケーション | 理解 | | | | | | |
| | 表出 | | | | | | |

| | 評価 | 短期目標 | 具体的アプローチ |
|----------------------------|--|--|----------|
| 参加 | 職業 (<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定) 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等): | 退院先 (<input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他) 復職 (<input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味: | |
| 心理 | 抑うつ: 障害の否認: その他: | | |
| 環境 | 同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段: | 自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: | |
| 第三者の不利 | 発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生: | 退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: | |
| 1ヵ月後の目標: | | 本人の希望: | |
| | | 家族の希望: | |
| リハビリテーションの治療方針: | | 外泊訓練計画: | |
| 退院時の目標と見込み時期 : | | | |
| 退院後のリハビリテーション計画 (種類・頻度・期間) | | | |
| 退院後の社会参加の見込み: | | | 説明者署名: |
| 本人・家族への説明: 年 月 日 | | 説明を受けた人:本人、家族() 署名: | |

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症**高齢者である老人**の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症**高齢者である老人**の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成 ~~185~~年~~410~~月~~326~~日 老~~発健~~第 ~~0403003135~~号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランク I , IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV又は M に該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。

- 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） |
|--------|-----------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 第1 | 夜間・早朝等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1 |
| 2 | 時間外対応加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2 |
| 2の2 | 明細書発行体制等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2の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 |
| 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"/> | |
| 5 | 結核病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 精神病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 特定機能病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 専門病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 障害者施設等入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 有床診療所入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| 第1 | 総合入院体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13及び13の2 |
| 2 | 臨床研修病院入院診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14又は14の2 |
| 2の2 | 救急医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14の3 |
| 3 | 超急性期脳卒中加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式15 |
| 3の2 | 妊産婦緊急搬送入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式16 |
| 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2, 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, 10の3, 13の2, 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, 10の3, 13の2, 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 |
| 7 | 看護補助加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13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 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式24, 24の2 |
| 11 | 療養病棟療養環境加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |

| 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） |
|--------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 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 |
| 13 | 重症皮膚潰瘍管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26 |
| 14 | 緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 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20, 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13の2, 20, 32 |
| 17の2 | 強度行動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2 |
| 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 |
| 18 | がん診療連携拠点病院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式33 |
| 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13の2, 34 |
| 20 | 医療安全対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式35 |
| 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 | ハイリスク妊婦管理加算 | <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13の2, 20, 38 |
| 24 | 退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の2 | 新生児特定集中治療室退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の3 | 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2 |
| 24の4 | 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2 |
| 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 |
| 25 | 総合評価加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40 |
| 26 | 呼吸ケアチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 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13の2, 20, 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 |
| 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13の2, 20, 42 |
| 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, 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 |
| 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20, 45 |

| 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） |
|--------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | | | |
| 4の2 | 小児特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 43, 43の2, 48 |
| 5 | 新生児特定集中治療室管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42の2 |
| 5 | 新生児特定集中治療室管理料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 47 |
| 10 | 小児入院医療管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 13の2, 48~48の3 |
| 10 | 小児入院医療管理料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 20 |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49~49の76 |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | 地域包括ケア病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 9の3, 13の3, 20, 50~50の3 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 51 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 52 |
| 15 | 精神科救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 20, 53, 54 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 53, 53の2 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16の2 | 精神科救急・合併症入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 53, 55 |
| 16の3 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 57 |
| 17 | 精神療養病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 56 |
| 19 | 認知症治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | 特定一般病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 20, 50~50の3, 57の2 |
| 20 | 特定一般病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | 短期滞在手術基本料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 様式9, 58 |
| | 短期滞在手術基本料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

※様式21は欠番

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

| □ 7対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料） | | | |
|---|----|------|------|
| □ 10対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料） | | | |
| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 研修受講 |
| 医師 | | | □ |
| □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 | | | |

2. 入院患者の構成

| | |
|--|-----------------|
| 算出期間（直近1年間） | （ 年 月 日～ 年 月 日） |
| 当該病棟の新規入院患者数 ① | 名 |
| ①のうち、65歳以上の患者数 ② | 名 |
| ①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数 ③ | 名 |
| ②／①（8割以上） ④ | % |
| ③／①（6割以上） ⑤ | % |

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

| | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 算出期間（直近1年間もしくは3月間） | （ 年 月 日～ 年 月 日） |
| 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） ⑥ | 名 |
| ⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者数 ⑦ | 名 |
| ⑦／⑥（3%未満） ⑧ | % |

| | |
|--|---|
| 調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） ⑨ | 名 |
| 調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 ⑩ | 名 |
| ⑩／⑨（1.5%未満） ⑪ | % |

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

[記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師は当該保険医療機関に常勤配置、理学療法士等は病棟専従の常勤配置であること
3. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
6. ADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。
- ~~6~~7. 届出以降、毎年7月1日の届出報告（別添7の様式5の4）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添7の様式5の4を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。
- ~~7~~8. 医師はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成27年3月31日までは研修を修了したものとみなす。

- ※ 1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※ 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※ 療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
 ※ 1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。
- 2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

| 入院基本料 | 区分等 |
|-------------|--|
| 一般病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 療養病棟入院基本料 | 1, 2, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 (2-1のみ) |
| 結核病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 精神病棟入院基本料 | 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 特定機能病院入院基本料 | |
| 一般病棟 | 7対1, 10対1, |
| 結核病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 精神病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 専門病院入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, |
| 障害者施設等入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 月平均夜勤時間超過減算 |

- 3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

| | |
|-------------------|---------------|
| 救命救急入院料 | 1, 2, 3, 4 |
| 特定集中治療室管理料 | 1, 2, 3, 4 |
| ハイケアユニット入院医療管理料 | 1, 2 |
| 新生児特定集中治療室管理料 | 1, 2 |
| 小児入院医療管理料 | 1, 2, 3, 4, 5 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 1, 2, 3 |
| 亜急性期入院医療管理料 | 1, 2 |
| 特殊疾患病棟入院料 | 1, 2 |
| 精神科救急入院料 | 1, 2 |
| 精神科急性期治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 認知症治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 特定一般病棟入院料 | 1, 2 |

- 4 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること）をみないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

| | |
|------|-------|
| 該当する | 該当しない |
|------|-------|

- 5 療養病棟入院基本料の「1」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。
- 6 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。
- 7 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

7 対 1 入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る

届出書添付書類

| | | |
|------|---|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設 | 名 |
| | (4) 他院の療養病棟 | 名 |
| | (5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | 名 |
| | (6) 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室 | 名 |
| | (8) (4)～(7)を除く病院、診療所 | 名 |
| ② | 自宅等に退院するものの割合(75%以上) $((1) + (3) + (5) + (6) + (7)) / ①$ (75%以上) | % |

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

※追加様式

様式12の4

有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

| No | 保険医登録番号 | 医療機関名※ | 氏名 | 担当する曜日・時間帯 |
|----|---------|--------|----|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

〔記載上の注意〕

- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
- 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
| | 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。 |
| | 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。 |
| | 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。 |
| | 区分番号 B 0 0 1 の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。 |
| | 夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。 |

2 医師の名簿（2 名以上）

| No. | 保険医登録番号 | 氏 名 | 勤務の態様 | 週平均 勤務時間数 | 1 日平均 勤務時間数 |
|-----|---------|-----|--------------|--------------|----------------|
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |

所定労働時間 _____ 時間 / 週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 6-5

有床診療所入院基本料の看護配置加算、
夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助加算の施設基準に係る
届出書添付書類

1 看護配置加算

- ・ 一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。
- ・ 看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

| 看護職員氏名 | (再掲) 看護師氏名 |
|--------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2 夜間看護配置加算、看取り加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

(1) 夜間看護配置加算 1 ・ 夜間看護配置加算 2

(2) 看取り加算

2) 夜間の看護職員の配置数

- ・ 夜間の看護職員の配置数を記入すること。
- ・ 夜間看護配置加算 1 を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| 夜間の看護職員数 | 夜間の看護補助者数 | (再掲)当直の看護要員数 |
| 名 | 名 | 名 |

[記載上の注意]

夜間看護職員が1名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。

3 看護補助配置加算

- ・ 一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

| 看護補助者氏名 | 職種 |
|---------|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。
- 2 看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

例) 看護配置加算算定の欄に、A、B、Cの3名の氏名を記載し、看護補助配置加算算定の欄に、Cの氏名を再度記載することは不可。

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

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
| | 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30例以上である。 |
| | 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。 |
| | 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。 |
| | 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。 |
| | 夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。 |

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

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

【届出上の注意】

1又は2において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 病院勤務医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(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

| 項目名 | 届出年月日 | 項目名 | 届出年月日 |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| <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"/> 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"/> ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 病棟薬剤師業務実施加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 手術・処置の休日加算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

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

医師・看護師等の業務分担(医師・助産師の業務分担を含む)

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

医師事務作業補助者の配置

短時間正規雇用の医師の活用

地域の他の医療機関との連携体制

交代勤務制の導入(ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。)

ア 初診における選定療養の額 _____円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割

予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮(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の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間 (平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮(当直翌日は休日としている 当直翌日の業務内容の配慮を行っている その他(具体的に: _____))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度 (_____回/年)

イ 参加人数 (平均 _____人/回) 参加職種(_____)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: _____ 職種: _____)

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無

あり→(第三者評価を行った機関名: _____) なし

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医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とともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。）で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び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。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に○をつけること。)

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| 医師事務作業補助体制加算 | 1 | ・ | 2 |
| | 15 対 1 ・ 20 対 1 ・ 25 対 1 ・ 30 対 1 ・ 40 対 1 ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 100 対 1 | | |

2 医師事務作業補助者の配置

| | |
|--|-----|
| ① 保険医療機関の届出病床数 (一般病床) ※一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。 | 床 |
| ② 保険医療機関の届出病床数 (精神病床) ※精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料 1、精神科救急・合併症入院料算定病床で届出を行う時には、これら入院料の届出病床数の合計を記載すること。 | 床 |
| ③ 医師事務作業補助者の数 ※①+② / (④で記載した値) で小数点第一位を四捨五入した数以上であること。 | 名 |
| ④ 医師事務作業補助者の配置 | : 1 |

3 医師事務作業補助者の病棟又は外来における勤務状況

| | |
|---------------------------|----|
| ① 延べ勤務時間数 (1週間) | 時間 |
| ② うち病棟又は外来での延べ勤務時間数 (1週間) | 時間 |
| ③ ② / ① (80%以上) | % |

4 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 | |
|--------------------|--|

5 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 |

6 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 | 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。 |
| ② | 院内計画に基づき、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、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。 |
| ④ | 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |
| ⑤ | 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |
| ⑥ | 院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、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。 |
| | <p>電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステムのみ</p> <p><input type="checkbox"/> オーダリングシステムのみ</p> |

7 急性期医療に関する事項

| | | | |
|---|--------------------------------|----|---|
| 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病院 | 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 | 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 |
| ⑩ | 年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 「3」については、様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「5」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 「6」の①については、様式 13 の 2 「病院勤務医の負担軽減に対する体制」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。
- 5 「6」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 6 「6」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダ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 又は 20 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「7」の①～④のいずれかを満たすこと。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、①～⑨のいずれかを満たすこと。50 対 1、75 対 1 又は 100 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。
- 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 「7」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。

| | |
|---|---------------------|
| 退院調整加算 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 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

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 退院に係る調整及び支援に 関する部門の設置の有無 | (有 無) |
|-----------------------------|--------------|

1. 退院調整に従事する職員

| | 氏 名 | 専従・専任 | 職 種 | 経験年数 |
|---------------------|-----|-------|-----|------|
| 退院調整に関する 経験を有する者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料（1、2又は3） |
| <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター |
| <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター |

〔記入上の注意〕

- 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 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を認める文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。
- 6 退院調整加算の注3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き専従でなくても差し支えない。

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------|-----------------------|-------------------|-------------------------------|--|--|---|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日 勤 名 当 直 名 そ の 他 名 | | | | | |
| | 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師 | | 名 | | | | | |
| | 当該病院に勤務する小児科医 | | 名 | | | | | |
| 当該治療室 の概要 | 看 護 師 | | 日 勤 名 準 夜 勤 名 そ の 他 名 | | | | | |
| | 病 床 面 積 | 病 床 数 | 1 床 当 た り の 床 面 積 | 1 日 平 均 取 扱 患 者 数 | | | | |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 | | | | |
| バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等 | | | | | | | | |
| 当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの) | | | | | | | | |
| 救 急 蘇 生 装 置 | | | | | | | | |
| 除 細 動 器 | | | | | | | | |
| ペ ー ス メ ー カ ー | | | | | | | | |
| 心 電 計 | | | | | | | | |
| ポ ー タ ブ ル エ ッ ク ス 線 撮 影 装 置 | | | | | | | | |
| 呼 吸 循 環 監 視 装 置 | | | | | | | | |
| 対 外 補 助 循 環 装 置 | | | | | | | | |
| 急 性 血 液 浄 化 療 法 に 必 要 な 装 置 | | | | | | | | |
| * 自 家 発 電 装 置 | | | | | | | | |
| * 電 解 質 定 量 検 査 装 置 | | | | | | | | |
| * 血 液 ガ ス 分 析 装 置 | | | | | | | | |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数 | | | | | | | | |
| | | | | | 転院時において前医において算定されていた入院料 (注 1) | | | |
| | | | | | 救命救急入院料 | | | 名 |
| | | | | | 特定集中治療室管理料 | | | 名 |
| 転入時において前医又は当院において算定された診療報酬 (注 1) | | | | | | | | |
| 救急搬送診療料 | | | 名 | | | | | |
| 24 時間以内に人工呼吸を実施した患者 | | | 名 | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の 2 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表 (勤務実績) 及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図 (面積等がわかるもの。) を添付すること。
- 6 注 1 については、どちらかを記載すればよい。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1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 当該保険医療機関の時間外、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、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、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、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。) | 件 |
| (3) | ③ 当該保険医療機関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、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数 | 回(≥6回) |
| | ④ 当該保険医療機関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) |

2 退院調整加算に係る要件

| | |
|--------------|-------|
| 退院調整加算の届出の有無 | 有 ・ 無 |
|--------------|-------|

3 退院支援部署に係る構成員

| 区分 | 氏名 |
|--|----|
| ア 精神保健福祉士 | |
| イ 該当する□に「V」を記入すること。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 臨床心理技術者 | |

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

| 区分 | 氏名 | 勤務時間 |
|------------------|----|------|
| 病棟配置の精神保健福祉士 | | |
| 退院支援部署配置の精神保健福祉士 | | |

| | | |
|---|-----|---|
| 1年前6+月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b) | | |
| 年 月 年 月 (a) | (b) | 名 |
| 上記患者のうち、1年以内に退院し在宅へ移行※した患者数(c) | | |
| (c) | | 名 |
| (c) / (b) = _____ | | |

※在宅へ移行とは、患家又は精神障害者施設へ移行することをいう退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものを言う(ただし、死亡退院及びおよび退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される入院をした場合は除く。)。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

5 退院支援相談員に係る要件

| | |
|-------------------|--|
| 精神療養病棟入院料を算定する病棟数 | |
| 精神療養病棟入院料を算定する病床数 | |

| 退院支援相談員氏名 | 職種 | 経験年数 |
|-----------|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関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、(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、当該保険医療機関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。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。届

~~出前月から起算して1年前の年月を記入する。~~

4. 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$(c) / (b) \geq 0.7$$

5. ~~退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。~~

※追加様式

様式55の3

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

退院支援相談員に係る要件

| | |
|-------------------|--|
| 精神療養病棟入院料を算定する病棟数 | |
| 精神療養病棟入院料を算定する病床数 | |

| 退院支援相談員氏名 | 職種 | 経験年数 |
|-----------|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[記載上の注意]

1. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

(別添3)

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第59号)が公布され、平成26年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

第2 届出に関する手続き

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

移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後) (移植管普造) 第 号

精神科重症患者早期集中支援管理料 (精早管普) 第 号

調剤基本料(調剤報酬点数表における注1のただし書に該当する場合を除く。)
(調基) 第 号

調剤基本料(調剤報酬点数表における注1のただし書に該当する場合)
(調基特) 第 号

調剤基本料(調剤報酬点数表における注1のイ又はロに該当する場合)
(調基注) 第 号

第4 経過措置等

表1 心臓ペースメーカー指導管理料の注4に掲げる植込型除細動器移行期加算

がん患者指導管理料2 又は3

~~がん患者指導管理料3~~

在宅療養実績加算 (「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」(以下「特掲診療料の施設基準通知」という。)別添1の第9の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所又は第14の2の1の(3)に規定する在宅療養支援病院に限る。)

~~在宅患者訪問褥瘡管理指導料(平成26年10月1日以降に限る。)~~

脳血管疾患等リハビリテーション(I)、(II) 又は (III)の注5

運動器リハビリテーション(I)、(II) 又は (III)の注5

仙骨神経刺激装置植込術 及び仙骨神経刺激装置交換術

~~仙骨神経刺激装置交換術~~

腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術及び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リンパ節群郭清術~~

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

~~腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術~~

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。）（第10部手術の通則16に規定する届出に限る。）

胃瘻造設時嚥下機能評価加算（注2に規定する届出に限る。）

調剤基本料（注1のただし書きに規定する届出に限る。）

表2 在宅療養支援診療所（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第9の1の（1）に規定するもの（機能強化型・単独型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援診療所（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第9の1の（2）に規定するもの（機能強化型・連携型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援病院（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第14の2の1の（1）に規定するもの（機能強化型・単独型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

在宅療養支援病院（特掲診療料の施設基準通知の別添1の第14の2の1の（2）に規定するもの（機能強化型・連携型）に限る。）（平成26年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

基準調剤加算1又は2

後発医薬品調剤体制加算1又は2

表3

| | | |
|--|---|---|
| <u>人工乳房及び組織拡張器（乳房用）</u> | → | <u>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。）</u> |
| <u>自家培養軟骨</u> | → | <u>骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）</u> |
| <u>悪性脳腫瘍に対する光線力学療法</u> | → | <u>原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算</u> |
| <u>人工内耳植込術（植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した場合）</u> | → | <u>植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術</u> |
| <u>人工乳房及び組織拡張器（乳房用）</u> | → | <u>ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）</u> |
| <u>バルーン拡張型人工生体弁セット</u> | → | <u>経皮的動脈弁置換術</u> |
| <u>磁場によるナビゲーションシステム</u> | → | <u>磁気ナビゲーション加算</u> |

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第9 在宅療養支援診療所

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を用いること。2の(3)の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添2の様式11、様式の11の3及び様式11の5~~4~~を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅療養実績加算の施設基準にかかる届出は、別添2の様式の11の2及び様式11の5~~4~~を用いること。

第14の3 在宅患者歯科治療総合医療管理料

1 在宅患者歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)

イ酸素 (人工呼吸・酸素吸入用のもの)

ウ救急蘇生セット~~(薬剤を含む。)~~

第17の2 在宅かかりつけ歯科診療所加算

1 在宅かかりつけ歯科診療所加算に関する施設基準

(1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

(3) 届出前3月間の月平均延べ患者数を用いること。

第25の2 光トポグラフィー

3 届出に関する事項

- (1) 光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2及び様式52を用いること。
- (2) 当該検査に従事する医師及び臨床検査技師の氏名、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47の2 がん患者リハビリテーション料

1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。
 - ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
 - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。
 - (イ) ~~「がんのリハビリテーション研修」(厚生労働省委託事業)その他関係団体が主催するものであること。~~医療関係団体等が主催するものであること。

第88 調剤基本料の特例に関する施設基準

1

- (1) 保険薬剤師が当直を行う等保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者の処方せんを直ちに調剤できる体制を有していること。

第89 基準調剤加算

1 基準調剤加算1の施設基準

- (9) 当該保険薬局は、(略)また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した薬剤情報提供文書を交付すること。

第91 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

ただし、薬事法施行規則（昭和36年2月1日厚生省令第1号）第15条の9第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理~~製剤処理~~を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

- 「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。
- 「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。
- 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 1 | ウイルス疾患指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 1, 4 |
| 1の8 | 心臓ペースメーカー指導管理料（植込型除細動器移行加算） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の2 |
| 2 | 高度難聴指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 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"/> | 5 |
| 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"/> | 5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 |
| 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 (基本別添7)13の2 |
| 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 (基本別添7)13の2 |
| 5 | 小児科外来診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 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 (基本別添7)13の2 |
| 6の5 | 夜間休日救急搬送医学管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の4 |
| 6の6 | 外来リハビリテーション診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の5 |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の7 |
| 7 | ニコチン依存症管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 8, 4 |
| 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 |
| 10 | 地域連携診療計画管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 12, 12の2 |
| 10 | 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 12, 12の2 |
| 10 | 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 12, 12の2 |
| 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 | がん治療連携管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | (基本別添7)33 |
| 11の4 | 認知症専門診断管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13の5 |
| 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2 | 医療機器安全管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 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） |
|--------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 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 |
| 13 | 歯科治療総合医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 14 | 在宅療養支援歯科診療所 | <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 | 在宅患者歯科治療総合医療管理料 | <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特定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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の3 |
| 16の2 | 同一建物居住者訪問看護・指導料 | <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 | 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2 | 在宅かかりつけ歯科診療所加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21の4 |
| 18 | 造血器腫瘍遺伝子検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 18の2 | HPV核酸検出及びHPV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, 4 |
| 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 |
| 21 | 遺伝カウンセリング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 22 | 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 22の2 | 植込型心電図検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の2 |
| 22の3 | 時間内歩行試験 | <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, 4 |
| 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 | <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 |
| 24 | 長期継続頭蓋内脳波検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 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 | 光トポグラフィー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 26の2, 26の3, 4, 52 |
| 26 | 脳磁図 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 27 |
| 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 | 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 1 | <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 |

| 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） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------|
| 29の3 | センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 31の3, 52, 4 |
| 29の4 | C T透視下気管支鏡検査加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 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 |
| 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C T撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 35の2 | 外傷全身C T加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 35の3 | 大腸C T撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36 | 心臓M R I 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 |
| 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, 42の3, 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, 42の3, 44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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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, 42の3, 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（経口摂取回復促進加算） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の4、43の5 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

| 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） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| 54 | 精神科でイナイトケア | <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 | 重度認知症患者でイケア料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 55の2 | 精神科重症患者早期集中支援管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 47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3, 48の4, 48の5, (基本別添7) 13の2, 4 |
| 57 | エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 57 | エタノールの局所注入（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 | 透析液水質確保加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の3 |
| 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, 4 |
| 57の4 | 一酸化窒素吸入療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の5 |
| 57の5 | う蝕歯無痛の窩洞形成加算 | <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 | 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（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の4, 52, 4 |
| 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, 4 |
| 58 | 腫瘍脊椎骨全摘術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51, 52, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 60 | 脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 60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, 4 |
| 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, 4 |
| 60の4 | 羊膜移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の3, 4 |
| 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, 4 |
| 60の6 | 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, 4 |
| 60の7 | 網膜再建術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の6, 4 |
| 61 | 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, 4 |
| 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, 4 |
| 61の3 | 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療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, 4 |
| 61の4 | 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の3, 4 |
| 61の5 | 乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の2, 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） |
|--------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------|
| 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 |
| 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3 | 経皮的冠動脈形成術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 72 |
| 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 | 経皮的冠動脈ステント留置術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 72 |
| 63の3 | 経皮的動脈弁置換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 59の2, 4 |
| 63の4 | 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, 4 |
| 63の5 | 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, 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 |
| 65の2 | 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の2 |
| 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, 4 |
| 67 | 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 62, 4 |
| 67の2 | 両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー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, 4 |
| 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 |
| 69 | 補助人工心臓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 64, 4 |
| 70 | 植込型補助人工心臓（拍動流型） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65, 4 |
| 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, 4 |
| 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2 | 経皮的動脈遮断術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 65の2 |
| 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, 4 |
| 72の4 | 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, 4 |
| 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, 4 |
| 72の6 | ダメージコントロール手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 65の2 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 73 | 体外衝撃波胆石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 4 |
| 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, 4 |
| 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 | 体外衝撃波膵石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 4 |
| 75の3 | 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, 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 | 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, 4 |
| 76の3 | 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, 4 |
| 77 | 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 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） |
|--------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| 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, 4 |
| 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, 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 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, 4 |
| 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, 4 |
| 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, 4 |
| 78の3 | 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, 4 |
| 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"/> | 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, 4 |
| 79 | 医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 72 |
| 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3, 48の4, 48の5, (基本別添7)13の2, 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 |
| 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 | 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 | 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4 | 内視鏡手術用支援施設機器加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73の4, 52, 4 |
| 80の5 | 胃瘻造設時嚙下機能評価加算 | <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"/> | 74の2 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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"/> | 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 |

| 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） |
|---------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---------------|
| 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 | レパソゾール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 | レパソゾールによる術中迅速細胞診 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80 |
| 84の6 | 病理診断管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80の2 |
| 84の7 | 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 |
| 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 | 基準調剤加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 84の2, 4 |
| 89 | 基準調剤加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 84の2, 4 |
| 90 | 後発医薬品調剤体制加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 85 |
| 90 | 後発医薬品調剤体制加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 85 |
| 90 | 後発医薬品調剤体制加算 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 85 |
| 91 | 保険薬局の無菌製剤処理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 86, 4 |
| 92 | 在宅患者調剤加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87 |

※様式16, ~~53~~-68は欠番

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年7月 日

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 本管理料を算定した患者数 (期間： 年4月～ 年3月) | ① | 名 |
|--------------------------------|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| ①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者 | ② | 名 |
| ②のうち、禁煙に成功した者 | ③ | 名 |
| 5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者 | ④ | 名 |

・喫煙を止めたものの割合 = (③+④) / ①

%

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|-----|-------|---------------------|
| 1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。) | | | |
| (1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院 | | | |
| 2 当該病院の在宅医療を担当する医師 | | | |
| 常勤の医師名 | ① | | |
| | ② | | |
| | ③ | | |
| 3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関 | | | |
| 名称 | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する 常勤の医師名 |
| ① | | () 床 | |
| ② | | () 床 | |
| ③ | | () 床 | |
| ④ | | () 床 | |
| ⑤ | | () 床 | |
| ⑥ | | () 床 | |
| ⑦ | | () 床 | |
| ⑧ | | () 床 | |
| 4 当該病院の許可病床数 _____ 床 | | | |
| 5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制 | | | |
| (1) 担当部門の連絡先: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先: | | | |
| 6 24 時間往診が可能な体制 | | | |
| 当該病院の担当医師名: | | | |
| 7 24 時間訪問看護が可能な体制 ((2) がある場合には名称等を記入すること。) | | | |
| (1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: | | | |

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

(1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。

なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。

(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅療養実績加算に係る届出

(有 ・ 無)

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「9」は、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書(様式11の54)」を添付すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(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 |

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 | 【再掲】 うち緊急の往診 | (2)訪問診療 | (3)訪問看護 (緊急を含む) |
|---------------|-----------|-----------------|-----------|--------------------|
| ①+②+③ ()回 | ① ()回 | ()回 | ② ()回 | ③ ()回 |

III. 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 |
| 3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況 | ()回 |

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(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 |

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 | 【再掲】 | (2)訪問診療 | (3)訪問看護 (緊急を含む) |
|----------------|-----------|---------|-----------|--------------------|
| | | うち緊急の往診 | | |
| ①+②+③ ()回 | ① ()回 | ()回 | ② ()回 | ③ ()回 |

[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、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上すること。

認知症専門診断管理料の施設基準に係る届出書

認知症疾患医療センターについて(いずれかに○をつける)

| | | | | |
|-------|---|-------|---|----------|
| ① 基幹型 | ・ | ② 地域型 | ・ | ③ その他() |
|-------|---|-------|---|----------|

[記載上の注意]

認知症疾患医療センターであることを示す書類を添付すること。

在宅時医学総合管理料

特定施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

(1) 診療所（在宅療養支援診療所）

(2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）

(3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院

(4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

(1) 今回届出

(2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11 ~~の1~~の提出が必要であること。

2 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。

在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類

届出前直近3ヶ月間の歯科訪問診療の実施回数回数について

1. 歯科訪問診療料の算定実績

| | | | |
|---------|---|---|---|
| 歯科訪問診療1 | ① | 人 | 回 |
| 歯科訪問診療2 | ② | 人 | 回 |
| 歯科訪問診療3 | ③ | 人 | 回 |

2. 月平均患者数： $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合： $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[記載上の注意]

①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 26 の 2

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 第 25 の 2 の 1 に規定するもの（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 第 25 の 2 の 2 に規定するもの（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 第 25 の 2 の 3 に規定するもの（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 平成 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 | 氏名 | 当該療法の 経験症例数 | 指定番号 | 国立精神・神経医療センター が実施している研修の修了 の有無（1 名以上） |
|------|----|----------------|------|---|
| | | 例 | | 有 ・ 無 |
| | | 例 | | 有 ・ 無 |
| | | 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 | 氏名 |
|------|----|
| | |

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 当該保険医療機関における精神科電気痙攣療法の実施症例数（5 例以上） 例

(10) 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% = %

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 当該保険医療機関の時間外、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 当該保険医療機関の時間外、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 当該保険医療機関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 当該保険医療機関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(10)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保険医療機関は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(10)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「1」の(5)及び(9)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は、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(10)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。
- 8-7 「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、当該保険医療機関又は当該保険医療機関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、当該保険医療機関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。

廃用症候群に係る実績報告書

都道府県名

保険医療機関名

保険医療機関番号

| | | |
|--|---|----|
| ① 1年間の脳血管疾患等リハビリテーション算定新規患者数 | | 名 |
| ② うち、廃用症候群について、脳血管疾患等リハビリテーションを算定した患者数 | | 名 |
| ③ 廃用症候群リハビリテーションの割合 (②/①) | | % |
| ④ 廃用症候群以外の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | | 単位 |
| ⑤ 廃用症候群の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | | 単位 |
| ⑥ 廃用をもたらすに至った要因 (疾病コード) | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |

[記載上の注意]

- 「①」の期間については、平成25年7月1日から平成26年6月30日までとする。
- 廃用症候群に係る実績等を算出する際には、月ごとの評価に用いている「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」を参考にすること。
- 「⑥」の廃用をもたらすに至った要因は、新規算定患者についての「別紙様式22 廃用症候群に係る評価表」の項目2に記載された要因のうち、最も多い疾病コードの順から記載すること。

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る**常勤**の歯科医師の氏名等

| 常勤歯科医師の氏名 | 経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。） |
|-----------|--------------------------|
| | |
| | |
| | |

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

| 医療機器名 | 備考 |
|-------|----|
| | |
| | |
| | |

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

※追加様式

様式46の2

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------------|---|---------------|--|------|-----------|
| 患者氏名 | | 性別 | | 生年月日 | 年 月 日(歳) |
| 主治医 | | デイ・ケア 担当職員 | | | |
| 診断 | | 既往症 | | | |
| 入院歴 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 病院) | | | | |
| 治療歴 (デイ・ケア等の 利用歴を含む) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間)) | | | | |
| 現在の状況 (症状・治療内容等) | | | | | |
| デイ・ケア 利用目的 | | | | | |
| デイ・ケア 内容 | (具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。) | | | | |
| デイ・ケア 目標 | 短期目標(概ね3ヶ月以内) | | | | |
| | 長期目標(概ね1年以内) | | | | |
| 特記事項 | | | | | |

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る**常勤**の歯科医師の氏名等

| 常勤歯科医師の氏名 | 経歴(経験年数を含む。) |
|-----------|--------------|
| | |
| | |
| | |

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

| 氏名 | 備考 |
|----|----|
| | |
| | |
| | |

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

| | 概要 | |
|--------------------------|----------|--|
| 使用する 歯科用CAD /CAM装置 | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |
| その他 (特記事項) | | |

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(平成26年3月5日保医発0305第3号)

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成26年厚生労働省告示第5756号)等が公布され、平成26年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(7) 特定機能病院及び許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が500床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が500床以上異常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。)は、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。

第2部 入院料等

<通則>

5 入院中の患者の他医療機関への受診

(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料(「注11」)の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。(略)

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

(10) 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む。)を算定する病棟に入院してい

る患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

イ 一般病棟入院基本料の「注11~~19~~」の規定により、区分番号「A101」療養病棟入院基本料1の例により算定する。(平均在院日数の算定の対象とならない。)

A108 有床診療所入院基本料

(13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

オ 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画(栄養管理計画の様式は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成26年3月5日保医発0305第1号)別添6の別紙23~~別紙様式5~~又はこれに準じた様式とする。)を作成すること。

第3節 特定入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(7) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、(略)

ア 急性期医療を担う病院に入院し、(略)を算定する病棟であること。~~なお、同一医療機関において当該病棟又は病室に転棟等した患者については、算定できない。~~

A311 精神科救急入院料

(6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術等基本料

(1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

ア 手術室を使用していること (短期滞在手術等基本料3のイ～ホを算定する場合を除く)。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。

(3) 保険医療機関(有床診療所を除く。)において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、特に規定する場合を除き、すべての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし~~なお~~、アに掲げる「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「1」携帯用装置を使用した場合」及びイに掲げる

「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「2」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、医学的に当該入院で実施しなければならない特別の理由がある場合に限り、これらの点数を算定すること。また、算定の理由について、その必要性について医学士の特別な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~ただし、それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査においては入院5日以内に手術を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。（例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等）~~

~~また、入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合は、当該保険医療機関及び転院先の保険医療機関ともに、短期滞在手術等基本料3を算定しない。~~

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001-2-9 地域包括診療料

- (3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料 ~~加算~~を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。
- (9) 患者の同意について、当該診療料 ~~加算~~の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該診療料 ~~加算~~を算定後、重症化等により当該診療料 ~~加算~~の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該診療料 ~~加算~~を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。

B009 診療情報提供料(I)

(14)

ア ~~グループホーム及びケアホーム~~ （障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第15~~16~~項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設 ~~（障害者総合支援法~~ 障害者自立支援法 ~~第5条第11~~12~~項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7~~6~~項に規定する生活介護を行うものを除く。）~~

ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ~~障害者自立支援法~~ 施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号項に規定する自立訓練（生

活訓練) を行う事業所

エ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第13~~14~~項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第14~~15~~項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ 障害者総合支援法~~障害者自立支援法~~第5条第26~~22~~項に規定する福祉ホーム

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

- ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時間）及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付すること。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(7) 在宅患者訪問看護・指導料等の「3」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者又は真皮を越えるまでの~~までの~~褥瘡の状態にある患者（診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師等又は訪問看護ステーションの看護師等と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「3」により当該患者につきそれぞれ月1回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。

C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

(2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-Rによる深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカのいずれかを有する者をいう。

エ 強度~~極度~~の下痢が続く状態であるもの

(5) 「注1」については、初回カンファレンスを起算日として3月以内に実施した評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後4月以上6月以内に実施した2回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、

計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料または同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C101 在宅自己注射指導管理料

(10) 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、処方内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定することができる。

なお、平成26年6月30日まで間に「2」の「イ」～「ハ」を算定する場合に限り、すべての患者について、新たに在宅自己注射を導入したものと見なし、導入初期加算を算定することができる。

第3部 検査

第3節 生体検査料

D211-3 時間内歩行試験

(1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、(略)算定する。

第5部 投薬

第2節 処方料

F100 処方料

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

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

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

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

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

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

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

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

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

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

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H004 摂食機能療法

- (6) 「注2」に掲げる経口摂取回復開腹促進加算を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む~~管理栄養士等~~の多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。

H007-3 認知症患者リハビリテーション料

- (1) 認知症患者リハビリテーション料は、(略)。ここでいう重度認知症の患者とは、「認知症高齢者である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成18年4月3日老発老健第0403003135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成26年3月5日保医発0305第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当するものをいう。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I012 精神科訪問看護・指導料

- (21) 区分番号「I016」精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料(ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。)及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

I013 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (2) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙~~様式~~36を参考にすること。

I 0 1 6 精神科重症患者早期集中支援管理料

- (1) 精神科重症患者早期集中支援管理料は、(略)。なお、算定に当たっては、(略)「認知症~~高齢者である老人~~の日常生活自律度判定基準」の活用について」(平成~~18~~19年~~4~~10月~~3~~26日~~老発老健第0403003~~135号)におけるランク及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。
- (2) ここでいう長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者とは、以下のいずれにも該当する患者であること。
- イ 統合失調症、統合失調型障害又は妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者(重度認知症の状態とは、「認知症~~高齢者である老人~~の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成~~18~~19年~~4~~10月~~3~~26日~~老発老健第0403003~~135号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成26年3月5日保医発0305第1号)の別添6の別紙12及び別紙13参照)におけるランクMに該当すること。

第10部 手術

第1節 手術料

第8款 心・脈管

K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

(2)

- ア 心筋トロポニンT(TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニンT(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であってCK-MBが高値であること。

第3節 手術医療機器等加算

K 9 3 9 画像等手術支援加算

~~(5) 「1」ナビゲーションによるものと「3」患者適合型手術支援ガイドを~~

第11部 麻酔

第1節 麻酔料

L 0 0 8 - 3 経皮的体温調節療法

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

別添1の2

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙様式~~14~~、15、31は欠番である。

別添3

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

区分00 調剤基本料

(5) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70% 又は90%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

(15) 調剤基本料に係る処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合については、「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」(平成26年3月5日保医発0305第2号)別添2の様式84により、平成26年4月に地方厚生(支)局長へ報告すること。

なお、前年12月1日以降に新規に保険薬局の指定された薬局については、指定の日の属する月の翌月を起算月とし、4ヶ月目の月に報告することで差し支えない。

また、地方厚生(支)局長に報告した内容と異なる取扱いとなった場合には、処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合の取扱いに基づく調剤基本料の適用開始までの間に変更の報告を行うものであること。

区分01 調剤料

(8) 注射薬の無菌製剤処理

カ 無菌調剤室を~~を~~共同利用する場合にあたっては、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」(平成24年8月22日薬食発0822第2号)を遵守し適正に実施すること。

<薬学管理料>

区分15の5 服薬情報等提供料

- (6) 情報提供に当たっては、別紙様式~~2~~2又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。

<特定保険医療材料料>

区分30 特定保険医療材料

別表1

- 万年筆型注入器用注射針

- 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年3月厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料

※追加様式

(別紙様式7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

| | |
|------------------|--|
| 病棟 (病室) | |
| 在宅復帰支援担当者名 | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 推定される入院期間 | |
| 在宅復帰支援計画 | |

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わらうるものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害用 院内標準診療計画書

| 患者氏名 | 様(男・女) | | (M・T・S) | | 年 月 日 生(歳) | | 身体疾患 | | 既往歴 | | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------|--|---------------|---------------|---|---|---------------|---|--|---|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---------|------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|----------|---|------------------------------------|--|------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|-------|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|-------------------------------------|---|--|---|--|--|---|---|--|---|---|---|
| | 担当者サイン | 主治医 | 看護師 | 精神保健福祉士 | 作業療法士 | その他の担当者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目標 | | | | | | | 入院形態 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院1週目 実施項目</th> <th>入院2週目 実施項目</th> <th>入院3週目 実施項目</th> <th>入院4週目 実施項目</th> <th>入院5週目 実施項目</th> <th>入院6週目 実施項目</th> <th>入院7週目 実施項目</th> <th>入院8週目 実施項目</th> <th>入院9週目 実施項目</th> <th>入院10週目 実施項目</th> <th>入院11週目 実施項目</th> <th>入院12週目 実施項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医師 (通常の診察は除く)</td> <td><input type="checkbox"/>身体疾患の確認(他科医師との連携) <input type="checkbox"/>入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時) <input type="checkbox"/>治療状況の確認と対処</td> <td><input type="checkbox"/>入院形態・行動制限の見直し</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>入院形態・行動制限の見直し</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>入院形態・行動制限の見直し</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>入院形態・行動制限の見直し</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td><input type="checkbox"/>身体症状の評価 <input type="checkbox"/>精神症状の評価※3</td> <td><input type="checkbox"/>身体症状の評価 生活援助 <input type="checkbox"/>生活自立度自己チェック※4</td> <td></td> <td>生活援助 <input type="checkbox"/>生活自立度自己チェック※4</td> <td></td> <td></td> <td>生活援助 <input type="checkbox"/>生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/>退院後の生活について(2か月で退院する場合)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>生活援助 <input type="checkbox"/>生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/>退院後の生活について(3か月で退院する場合)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神保健福祉士</td> <td>本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/>関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/>経済状況 <input type="checkbox"/>生活環境</td> <td><input type="checkbox"/>社会資源チェックリスト作成※6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>社会資源チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>社会資源チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>薬剤師等※1</td> <td><input type="checkbox"/>入院患者・家族から服薬状況について聞き取り <input type="checkbox"/>持参薬チェック</td> <td><input type="checkbox"/>服薬指導 <input type="checkbox"/>薬剤の副作用等の評価※8</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>服薬指導 <input type="checkbox"/>クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う <input type="checkbox"/>薬剤の副作用等の評価※8</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/>CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/>薬剤の副作用等の評価※8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/>CP換算の確認 <input type="checkbox"/>薬剤の副作用等の評価※8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>臨床心理技術者</td> <td><input type="checkbox"/>精神症状の評価※9</td> <td><input type="checkbox"/>精神症状の評価※10</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>精神症状の評価※9</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>精神症状の評価※9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>精神症状の評価※9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>作業療法士等※2</td> <td><input type="checkbox"/>認知機能の評価※11 <input type="checkbox"/>作業療法のオリエンテーション <input type="checkbox"/>作業療法実施計画立案</td> <td><input type="checkbox"/>作業能力評価※12</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>作業能力評価※12</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>作業能力評価※12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>作業能力評価※12</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">チーム共通</td> <td>医師、看護師、薬剤師等</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>患者・家族と共に治療方針の決定※19</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>患者・家族と共に治療方針の決定</td> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>患者・家族と共に治療方針の決定</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>患者・家族と共に治療方針の決定</td> </tr> <tr> <td>医師、看護師、臨床心理技術者等</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>疾患に対する教育(家族とともに振り返り)</td> </tr> <tr> <td>全職種</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>疾患に対する教育(家族とともに振り返り)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>退院前訪問指導※13</td> <td><input type="checkbox"/>地域移行支援カンファレンス※14</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>地域移行支援カンファレンス※14</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17</td> <td><input type="checkbox"/>地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17</td> <td><input type="checkbox"/>地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16</td> <td><input type="checkbox"/>退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | | 入院1週目 実施項目 | 入院2週目 実施項目 | 入院3週目 実施項目 | 入院4週目 実施項目 | 入院5週目 実施項目 | 入院6週目 実施項目 | 入院7週目 実施項目 | 入院8週目 実施項目 | 入院9週目 実施項目 | 入院10週目 実施項目 | 入院11週目 実施項目 | 入院12週目 実施項目 | 医師 (通常の診察は除く) | <input type="checkbox"/> 身体疾患の確認(他科医師との連携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確認と対処 | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | 看護師 | <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※3 | <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(2か月で退院する場合) | | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(3か月で退院する場合) | | 精神保健福祉士 | 本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境 | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6 | | | | | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6 | | | | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6 | | 薬剤師等※1 | <input type="checkbox"/> 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | | <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | 臨床心理技術者 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※10 | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | 作業療法士等※2 | <input type="checkbox"/> 認知機能の評価※11 <input type="checkbox"/> 作業療法のオリエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施計画立案 | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | チーム共通 | 医師、看護師、薬剤師等 | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定※19 | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | 医師、看護師、臨床心理技術者等 | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15 | | | | | | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(家族とともに振り返り) | | | | | 全職種 | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15 | | | | | | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(家族とともに振り返り) | | | | | | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導※13 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14 | | | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16 | | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18 |
| | 入院1週目 実施項目 | 入院2週目 実施項目 | 入院3週目 実施項目 | 入院4週目 実施項目 | 入院5週目 実施項目 | 入院6週目 実施項目 | 入院7週目 実施項目 | 入院8週目 実施項目 | 入院9週目 実施項目 | 入院10週目 実施項目 | 入院11週目 実施項目 | 入院12週目 実施項目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師 (通常の診察は除く) | <input type="checkbox"/> 身体疾患の確認(他科医師との連携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確認と対処 | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護師 | <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※3 | <input type="checkbox"/> 身体症状の評価 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(2か月で退院する場合) | | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(3か月で退院する場合) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神保健福祉士 | 本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境 | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6 | | | | | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6 | | | | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤師等※1 | <input type="checkbox"/> 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | | <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床心理技術者 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※10 | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 作業療法士等※2 | <input type="checkbox"/> 認知機能の評価※11 <input type="checkbox"/> 作業療法のオリエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施計画立案 | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | | | <input type="checkbox"/> 作業能力評価※12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| チーム共通 | 医師、看護師、薬剤師等 | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定※19 | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医師、看護師、臨床心理技術者等 | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15 | | | | | | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(家族とともに振り返り) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 全職種 | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15 | | | | | | <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(家族とともに振り返り) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導※13 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14 | | | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16 | | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1 薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
 ※2 作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
 ※3 隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS-EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
 ※4 生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※5 関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
 ※6 社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
 ※7 退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※8 薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※9 PANSS又はMSI評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
 ※10 OPANSS又はMSIに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※11 BACS-J/WCST 慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※12 OSA II 等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※13 入院前の生活環境把握を行う
 ※14 地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
 ※15 疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
 ※16 ※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
 ※17 退院後に起こりうる問題の対処法の確認
 ※18 退院後の具体的環境調整を行う
 ※19 自己決定への支援(服薬、金銭等)

気分(感情)障害用 院内標準診療計画書

| | | | | | | | |
|--------|--------|--|-----|--|--------------------|-------|---------|
| 患者氏名 | 様(男・女) | | | | (M・T・S) 年 月 日生(歳) | 身体疾患 | |
| 担当者サイン | 主治医 | | 看護師 | | 精神保健福祉士 | 作業療法士 | その他の担当者 |
| 目標 | | | | | | 入院形態 | |

| | 入院1週目 実施項目 | 入院2週目 実施項目 | 入院3週目 実施項目 | 入院4週目 実施項目 | 入院5週目 実施項目 | 入院6週目 実施項目 | 入院7週目 実施項目 | 入院8週目 実施項目 | 入院9週目 実施項目 | 入院10週目 実施項目 | 入院11週目 実施項目 | 入院12週目 実施項目 |
|------------------|--|--|--------------------|--|---|---------------|--|---|---|----------------|--|---|
| 医師 (通常の診察は除く) | <input type="checkbox"/> 身体疾患の確認(他科医師との連携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確認と対処 | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | | | | <input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し | |
| 看護師 | <input type="checkbox"/> 隔離している場合、精神症状の評価※3 <input type="checkbox"/> 睡眠(自己・看護師評価) <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | <input type="checkbox"/> 隔離している場合、精神症状の評価※3 | | <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(2か月で退院する場合) | | | | 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(3か月で退院する場合) | |
| 精神保健福祉士 | 本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境 <input type="checkbox"/> 職場・家族との調整 | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6 | | <input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6 <input type="checkbox"/> 利用サービスの確認(本人・家族) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 | | | <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 | | | | <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 | |
| 薬剤師等※1 | <input type="checkbox"/> 入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | <input type="checkbox"/> 服薬指導(薬の説明・副作用の有無確認) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、クロンプロマジン(CP)換算を行い処方量を確認 | | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 | | | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(2か月で退院する場合) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認 | | | | <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(3か月で退院する場合) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認 | |
| 臨床心理技術者 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9 | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※10 | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※11 | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※12 <input type="checkbox"/> WAIS-III(必要時) | | | | <input type="checkbox"/> 精神症状の評価※12 <input type="checkbox"/> WAIS-III(必要時) | |
| 作業療法士等※2 | | | 集団作業療法導入への説明、段階的導入 | | | | 精神科リハビリテーションの確認 <input type="checkbox"/> 作業能力評価※13 | | | | 精神科リハビリテーションの確認 <input type="checkbox"/> 作業能力評価※13 | |
| 医師・看護師・薬剤師 | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定※20 | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | | | | <input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定 | |
| チーム共通 | 臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師 | 家族への家族教室案内 会社・家族への心理教育 | | 家族への心理教育案内 会社・家族への心理教育 | | | 会社・家族への心理教育 | | | | 会社・家族への心理教育 | |
| 全職種 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導※14 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※15 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※15 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※19 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18 | | <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※17 | <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19 |

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
 ※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
 ※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
 ※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
 ※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
 ※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※8薬剤師の副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II等、これに準ずるものを用いて評価を行う
 ※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCID-II等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※14入院前の生活環境把握を行う
 ※15地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
 ※16疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
 ※1715に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
 ※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
 ※19退院後の具体的環境調整を行う
 ※20自己決定への支援(内服、金銭等)

別紙様式 39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、
「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る
部分)

| 区 分 | 氏 名 |
|------------------------------|-----|
| 精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師 | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

[記載上の注意]

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - ①臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - ②適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - ③精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「（1）疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - ④精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

6月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

| | |
|--------------------------------------|---|
| 保険医療機関名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 標榜科 | 精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない |
| 「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (6月1日時点) | 名 |

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさし、向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬4種類以上又は抗精神病薬4種類以上に該当することをさす。

| 向精神薬の投与を受けている患者数 | | | | |
|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| | 向精神薬多剤投与を受けている患者数 | | | |
| | うち、抗不安薬 3種類以上の 投与を受けて いる患者数 | うち、睡眠薬3 種類以上の投 与を受けてい る患者数 | うち、抗うつ 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数 | うち、抗精神病 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数 |
| | 名 | 名 | 名 | 名 |

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数と主な疾患別患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

| 向精神薬多剤投与を受けている患者数 | | | | |
|-------------------|----------------|------------------|-----------------|-------------------|
| | うち、うつ病の 患者数 | うち、統合失調 症の患者数 | うち、不安障 害の患者数 | うち、その他の 疾患の患者数 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

- 3 向精神薬多剤投与を受けている患者数と、減算対象とならない場合はその患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者。「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」が診療を行った外来患者は計算の対象外。）

| 向精神薬多剤投与を受けている患者数 | | | |
|-------------------|--|--|-------------------------------------|
| | うち、他の保険医療機関 ですでに、向精神薬多剤 投与されていた患者数 | うち、薬剤の切り替えの ため向精神薬多剤投与 となっている患者数 | うち、臨時投与のた め向精神薬多剤投与 となっている患者数 |
| 名 | 名 | 名 | 名 |
| | | | |

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

| | | | |
|--------------|-------|-------|-----------|
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日(歳) |
| 訪問日 | 年 月 日 | 入院日 | 年 月 日 |
| 訪問先種別 | | 訪問先住所 | |
| 訪問者職種 | | 訪問者氏名 | |
| 同行者職種 ・氏名 | 職種: | 氏名: | |
| | 職種: | 氏名: | |
| | 職種: | 氏名: | |

2. 情報収集及び評価

| | |
|--|--|
| 患者の病状や 障害像 | ■退院時 ADL 予後: 主な移動方法() → 自立・要介助・全介助 ■認知症の有・無 |
| 家族の状況 | |
| 退院後生活する 住環境の状況 | ■主な居室()と主たる移動場所() ■室内の段差: 無・有り(場所) ■手すり: 無・あり(場所) ■近隣の店までの距離(m) |
| 患者、家族の 住環境に関する 希望等 | |
| その他(食事、整 容、入浴、排泄、介 護状況、移動手段等 の特記事項) | |
| コメント・評価 (解決すべき住環境 課題について記入) | |

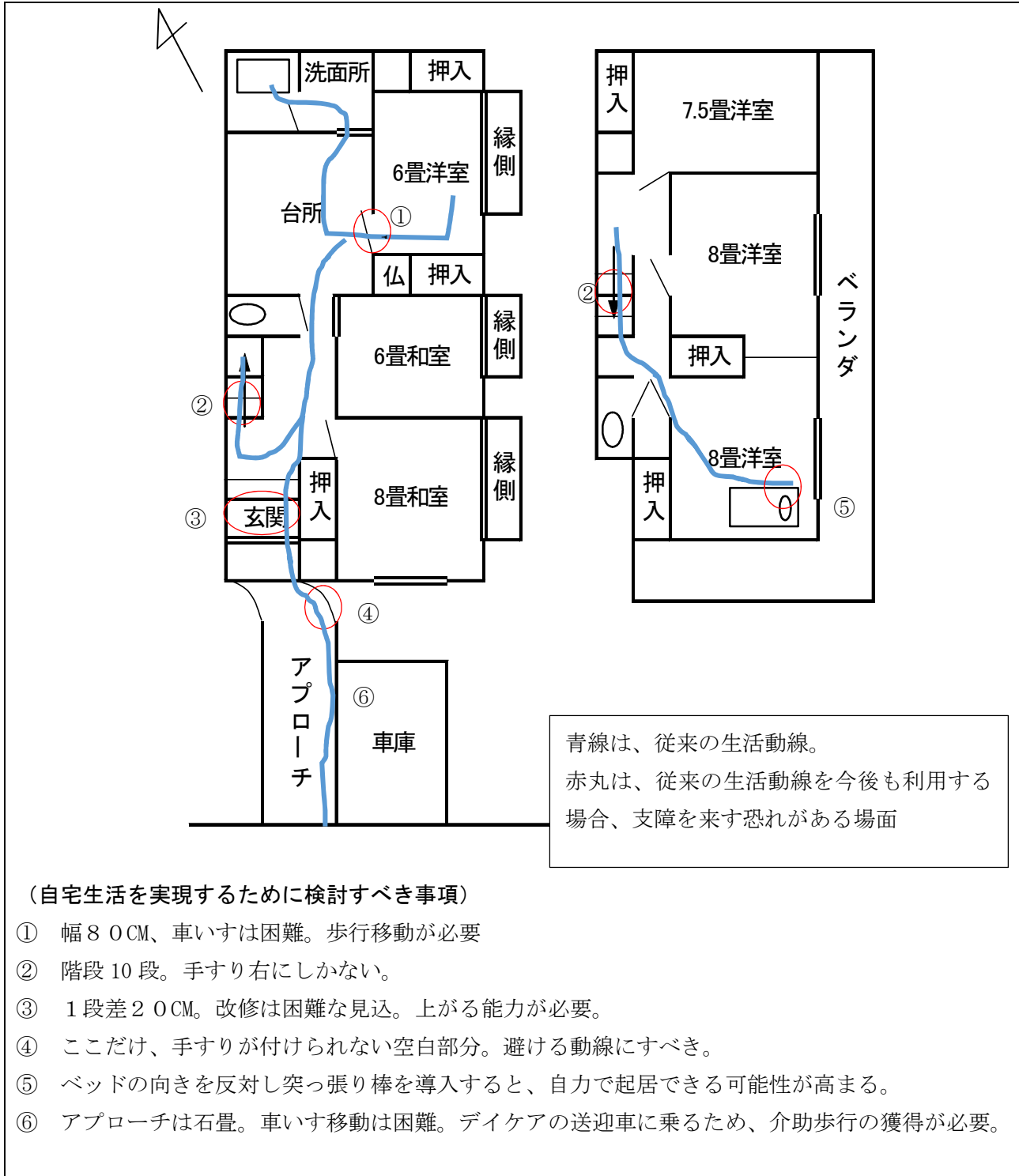
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

(参考) 作図の場合



(自宅生活を実現するために検討すべき事項)

- ① 幅80CM、車いすは困難。歩行移動が必要
- ② 階段10段。手すり右にしかない。
- ③ 1段差20CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。
- ④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。
- ⑤ ベッドの向きを反対し突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。
- ⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

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

- I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項
- 3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い
 - (78) ヒト自家移植組織
 - ア 自家培養表皮
 - c 凍結保存皮膚を用いた皮膚移植術を行うことが可能であって、救命救急入院料3、救命救急入院料4、~~又は~~特定集中治療室管理料2 又は特定集中治療室管理料4の施設基準の届け出を行っている保険医療機関において実施すること。

特定保険医療材料の定義について
(平成26年3月5日保医発0305第8号)

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

059 オプション部品

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品（4）整形用品」であって、一般的名称が「手術用メッシュ」、「体内固定用ネジ」、「人工股関節寛骨臼サポートコンポーネント」、「人工股関節骨セメントレストリクタ」、「骨スペーサ」、「吸収性骨スペーサ」、「骨プラグ」、「吸収性骨プラグ」、「体内固定用プレート」、「人工股関節寛骨臼コンポーネント」、「人工肘関節上腕骨コンポーネント」、「人工股関節大腿骨コンポーネント」、「全人工膝関節」、「全人工肩関節」、「全人工股関節」、「関節全置換術用セメントスペーサ」、「人工肘関節尺骨コンポーネント」、「全人工肘関節」、「人工膝関節脛骨コンポーネント」、~~又は~~「下肢再建用人工材料」又は「人工肩関節上腕骨コンポーネント」であること。

(別添7)

「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
(平成26年3月5日保医発0305第13号)

2. 診療報酬において加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」については、別紙3のとおりとし、別紙4に示す「後発医薬品のある先発医薬品」については、平成26年度薬価改定において、その薬価が後発医薬品の薬価よりも~~高く~~低くなっている又は後発医薬品の薬価と同額となっているため、平成26年4月1日以降は、診療報酬における加算等の算定対象となる「後発医薬品のある先発医薬品」から除外する（診療報酬における加算等の算定対象とならない「後発医薬品のある先発医薬品」として取り扱う）こととする。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(平成26年3月5日保医発0305第15号)

第2 届出に関する手続き

- 1 訪問看護ステーションの基準に規定する精神科訪問看護基本療養費、精神科複数回訪問加算、[精神科重症患者早期集中支援管理連携加算](#)、24時間対応体制加算、24時間連絡体制加算、特別管理加算、訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師又は機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出は、当該訪問看護ステーション単位で行うものであること。

備考：精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること

：経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること

：精神科訪問看護基本療養費に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：24 時間対応体制加算に係る届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること

：届出書は正副を 2 通提出すること

2. 24 時間対応体制の整備

○届出状況 本届出時 ・ 既届出：受理番号（ ）

○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人

| | | | | | |
|-----|---|----|---|-----|---|
| 保健師 | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人 |
| 助産師 | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人 |
| 看護師 | 人 | 常勤 | 人 | 非常勤 | 人 |

○連絡方法

○連絡先電話番号

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | | 4 | |
| 2 | | 5 | |
| 3 | | 6 | |

※連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。

3. ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定状況

直近 1 年間の訪問看護ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定数（ ）件／年

算定年月日（※ターミナルケア療養費の場合は A、ターミナルケア加算の場合は B を（ ）に記載）

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|-----|----|---|---|---|-----|
| 1 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 11 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 2 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 12 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 3 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 13 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 4 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 14 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 5 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 15 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 6 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 16 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 7 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 17 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 8 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 18 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 9 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 19 | 年 | 月 | 日 | （ ） |
| 10 | 年 | 月 | 日 | （ ） | 20 | 年 | 月 | 日 | （ ） |

4. 特掲診療料等の施設基準等の別表 7 の利用者状況

1 月間の別表 7 の利用者数（ ）人／月 ※②の再掲

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| ① | 直近 1 年間における、各月の別表 7 の該当利用者数の合計 | 人 |
| ② | ①／12 | 人 |

直近 1 ヶ月間における別表 7 の疾患名または状態

| | |
|----|----------|
| | 疾患名または状態 |
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

5. 居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防介護サービス計画の作成状況

| | | |
|---|---|---|
| ① | 直近 1 年間における当該訪問看護ステーションを利用した患者のうち の、要介護・要支援者介護保険適用者数 | 人 |
| ② | 上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介 護サービス計画または介護予防介護サービス計画が作成された利用者 数 | 人 |
| ③ | 当該居宅介護支援事業者による介護サービス計画・介護予防介護サ ービス計画の作成割合 ②/① | % |

6. 人材育成のための研修や実習の受入実績（直近 1 年）

| 受入期間 | 対象及び人数 | 研修及び実習名 |
|-----------------|------------|---------|
| 例.●年●月●日～●年●月●日 | ●●大学●年生●名 | 在宅看護実習 |
| 例.▲年▲月▲日～▲年▲月▲日 | ●×病院看護職員●名 | 退院支援研修 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7. 褥瘡対策に係る

| | |
|----------------------------|---|
| 褥瘡対策の実施状況（届出前の 1 ヶ月の実績・状況） | |
| ア 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した利用者数 | 人 |
| イ 褥瘡に関する看護計画を作成した利用者数 | 人 |

備考：届出書は正副 2 通を提出のこと

記入上の注意

1. 常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32 時間を基本とする）に達していることをいう。
2. 24 時間対応体制加算届出時に厚生局から通知された受理番号が付された副本のコピーを添付すること。
3. 常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、ターミナルケア療養費及びターミナルケア加算の算定状況、特掲診療料等の施設基準等の別表 7 の利用状況については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

別添

訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書（平成 年 7月 1日 現在）

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | |
|--|--|-----|
| ステーションコード | | 市町村 |
| 指定訪問看護ステーションの所在地及び名称 | | |
| フリガナ | | |
| 名称 | | |
| 管理者 | | |
| 管理者の職種 | | |
| 従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）（カ所） | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設等の有無（有・無） 有る場合は該当する全てについて○で囲むこと | | |
| 1. 病院 2. 診療所 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設 5. 居宅介護支援事業所 6. 地域包括支援センター 7. 訪問介護事業所 8. 通所介護事業所 9. 小規模多機能居宅介護事業所 10. 複合型サービス事業所 11. その他（ ） | | |

従業員の職種・員数

| | 保健師 | | 助産師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 理学・作業療法士・言語聴覚士 | |
|--------------|-----|----|-----|----|-----|----|------|----|----------------|----|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） | | | | | | | | | | |
| 非常勤（人） | | | | | | | | | | |
| ※常勤換算後の人数（人） | | | | | | | | | | |

主たる事業所（ ）人 従たる事業所（ ）人

主な掲示事項

| |
|----------------------------|
| 営業日（ ） |
| 営業日以外の計画的な訪問看護への対応の有無（有・無） |

訪問看護ステーションの利用者数（報告月の前月1ヶ月間における利用者数）

| |
|--------------------------------|
| 利用者数（ ）人 |
| うち、医療保険の利用者数（ ）人・介護保険の利用者数（ ）人 |

1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出（注.当該療養費は届出がないと算定出来ません）

| ○届出状況 有 ・ 無 | | |
|----------------------------|----|-----------------------|
| 受理番号（ ） | | |
| 当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等 | | |
| 氏名 | 職種 | 当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容 |
| | | |
| | | |
| | | |

2. 24 時間対応体制加算・24 時間連絡体制加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）
 ○連絡相談および緊急時訪問看護を担当する職員（ ）人

3. 特別管理加算に係る届出（注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（ ）

4. 精神科複数回訪問加算・精神科重症者早期集中支援管理連携加算に係る届出
 （注.当該加算は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（精神科複数回訪問加算： ）
 （精神科重症者早期集中支援管理連携加算： ）

5. 機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出（注.当該管理療養費は届出がないと算定出来ません）

○届出状況 有 ・ 無
 受理番号（機能強化型訪問看護管理療養費 1： ）
 （機能強化型訪問看護管理療養費 2： ）

○直近 1 年間のターミナルケアに係る算定状況

| | |
|----------------|--|
| ターミナルケア療養費の算定数 | |
| ターミナルケア加算の算定数 | |
| 合計（年） | |

○1 月間の別表 7 の利用者数（ ）人/月 ※②の再掲

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| ① | 直近 1 年間における、各月の別表 7 の該当利用者数の合計 | 人 |
| ② | ① / 12 | 人 |

○居宅介護支援事業所における介護サービス計画、**介護予防**介護****サービス計画の作成状況

| | | |
|---|---|---|
| ① | 直近 1 年間における当該訪問看護ステーションを利用した患者のうちの、 要介護・要支援介護保険適用者数 | 人 |
| ② | 上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画または 介護予防介護 サービス計画が作成された利用者数 | 人 |
| ③ | 当該居宅介護支援事業者による介護サービス計画・ 介護予防介護 サービス計画の作成割合 ②/① | % |

○人材育成のための研修や実習の受入状況（直近 1 年）

研修・実習等の受入：（ 有 ・ 無 ）
 開催回数（研修、実習等の合計）：（ 回/年）

6. 褥瘡対策の実施状況

| (1) 褥瘡対策の実施状況 (報告月の前月の初日における実績・状況) | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| ① 訪問看護ステーション全利用者数 (報告月の前月の初日の時点での利用者数) | | 人 |
| ② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数 | | 人 |
| ③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数 | | 人 |
| ④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数 | | 人 |
| ⑤ 褥瘡の重症度 | 訪問看護利用開始時の褥瘡 (③の利用者の在宅療養開始時の状況) | 訪問看護利用中に発生した褥瘡 (④の利用者の発見時の状況) |
| d 1 | 人 | 人 |
| d 2 | 人 | 人 |
| D 3 | 人 | 人 |
| D 4 | 人 | 人 |
| D 5 | 人 | 人 |
| D U | 人 | 人 |

備考

1. 受付番号欄には記載しないこと。
 2. 従業者については、出張所に勤務する職員も含めて記載すること。
 3. 営業日以外の計画的な訪問看護とは、緊急時及び営業日以外に計画的な訪問を行っていることをいう。
 4. 訪問看護ステーションの利用者数については、医療保険と介護保険の合計数を記載し、そのうちの医療保険、介護保険それぞれの利用者数を記載すること。
 5. 精神科訪問看護療養費に係る届出における職種は、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。また、経験内容は具体的かつ簡潔に記載すること。
 6. 褥瘡対策の実施状況については、下記を参照の上、記載すること。
医療保険の他、介護保険の利用者についても含めることとする。
- ① ①の訪問看護ステーション全利用者数：
報告月の前月の初日の訪問看護ステーションの全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）。
 - ② ②の褥瘡を保有している利用者数（褥瘡保有者数）：
① 利用者のうち、訪問看護利用開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）。
 - ③ 利用開始時に褥瘡を有していた利用者数（開始時褥瘡保有者）：
②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する利用者数を記載（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）。
 - ④ 新たに褥瘡が発生した利用者数：
②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載。
 - ⑤ 褥瘡の重症度（DESIGN-R 分類）：
③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護利用開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について
(平成26年 3月 5日保発0305第 3号)

第2 訪問看護基本療養費について

1

- (3) 訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者又は真皮を越えるまでの褥瘡の状態にある利用者(診療報酬の算定方法別表第一区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者)に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師等又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に1回を限度として、緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。なお、当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

第3 精神科訪問看護基本療養費について

- 3(1) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害施設」という。)に入所している複数のものに対して、(略)。
- ここにいう「精神障害者施設」とは、精神疾患を有する者が入所する施設であって、次に掲げるものをいうものであること。
- ア グループホーム及びケアホーム(障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第15~~16~~項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。)
- イ 障害者支援施設(障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第11~~12~~項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7~~6~~項に規定する生活介護を行うものを除く。)
- ウ 障害者総合支援法障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第26~~22~~項に規定する福祉ホーム

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
の一部改正法等に伴う実施上の留意事項について
(平成26年3月19日保医発0319第4号)

第4 その他

1 経過措置(3) 改正前の医科点数表A301-2ハイケアユニット入院医療管理料の規定については、平成26年9月30日~~平成27年3月31日~~までの間、なおその効力を有するものとする。この場合において、改正前の算定告示別表の4中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,488点」とあるのは「2,561点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表5中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,688点」とあるのは「2,761点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)2,993点」とあるのは「3,066点」と、同表6中「ハイケアユニット入院医療管理料(14日以内の期間)2,750点」とあるのは「2,823点」と、「ハイケアユニット入院医療管理料(15日以上21日以内の期間)3,008点」とあるのは「3,081点」とする。

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
(平成26年3月19日保医発0319第7号)

9 手術について

| 項 目 | 略 称 |
|-----------------------|----------------|
| 抜歯手術 | 抜歯又はT. E X T |
| 歯根端切除手術 | 根切 |
| <u>歯槽骨整形手術</u> | <u>A E c t</u> |
| 歯周ポケット搔爬術 | 搔爬術又はソウハ術 |
| 歯肉切除手術 | G E c t |
| 歯肉剥離搔爬手術 | F O p |
| 歯周組織再生誘導手術 | G T R |
| <u>手術時歯根面レーザー応用加算</u> | <u>手術歯根</u> |
| <u>歯肉移植術</u> | <u>G p l</u> |
| 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 | 特イ術 |
| 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 | 特イ搔 |

11 歯冠修復及び欠損補綴について

| 項 目 | 略 称 |
|---------------|-------------------|
| (略) | (略) |
| 有床義歯内面適合法 | 床裏装又は床適合 |
| 歯冠継続歯修理 | <u>P C S K</u> 修理 |
| 広範囲顎骨支持型補綴物修理 | 特イ修 |
| (略) | (略) |

12 その他について

| 項 目 | 略 称 |
|--|--|
| <p>(略)</p> <p>ヒポクロリットソリューション10%「日薬」</p> <p><u>歯肉包帯</u></p> <p><u>歯肉圧排</u></p> <p><u>歯肉整形術</u></p> <p>食片圧入</p> <p>(略)</p> | <p>(略)</p> <p>HS</p> <p><u>GBd</u></p> <p><u>圧排</u></p> <p><u>GP</u></p> <p>Food. I</p> <p>(略)</p> |

別添12

ページ 段

行

誤

正

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十六号（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示）

（原稿誤り）

| | | |
|---|---|-------------|
| 二 | 上 | 終わりから一 |
| 〃 | 〃 | 二 終わりから七 |

健康保険事業

後期高齢者医療制度

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十七号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

| | | | | |
|----|---|---------|----------------|---|
| 三三 | 上 | 一 | 注2及び注3 | 注2、注3及び注5 |
| 三五 | 下 | 終わりから四 | データ提出加算、 | データ提出加算、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、 |
| 四〇 | 下 | 四 | D ₃ | D ₃ |
| 五二 | 上 | 終わりから一 | 患者 | 患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問療養管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者） |
| 五三 | 下 | 四〇 | | |
| 五七 | 下 | 一 一三 | 1 2 | 1 2 |

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十八号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）

(原稿誤り)

| | | | | | |
|-----|---|----|--------|---|---------------------|
| 一八四 | 下 | 一 | 終わりから二 | 障害者施設等病棟入院基本料の注2ただし書に規定する | 障害者施設等入院基本料の注2に規定する |
| 〃 | 〃 | 九 | 終わりから一 | 障害者施設等病棟入院基本料 | 障害者施設等入院基本料 |
| 〃 | 〃 | 三 | 終わりから一 | 在宅患者共同診療料 | 在宅患者緊急入院診療加算 |
| 一八七 | 下 | 七 | 七 | 小児特定集中治療室管理料 | 小児特定集中治療室管理料の施設基準 |
| 一九四 | 上 | 七 | 七 | 十五歳未満小児 | 十五歳未満の小児 |
| 〃 | 下 | 七 | 終わりから五 | 第一項第四号 特定患者（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成二十六年厚生労働省告示第五十七号）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A100の注8に規定する特定患者をいう。） | 第二項第二号 者 |
| 一九五 | 上 | 七 | 七 | | |
| 一九八 | 上 | 二四 | 終わりから七 | | |
| 二〇〇 | 上 | 〇六 | 〇六 | | |

平成二十六年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第五十九号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

(原稿誤り)

| | | | | | |
|-----|---|---|---|---------|---------|
| 二〇七 | 下 | 一 | 一 | 造血管細胞移植 | 造血幹細胞移植 |
| 二〇八 | 上 | 八 | 八 | 造血管細胞移植 | 造血幹細胞移植 |
| 〃 | 〃 | 七 | 七 | 体制 | 態勢 |

二二一
二二三

上下

二一
七
七
終わりから一

在宅訪問診療料
自己血糖
基本診療料の施設基
準等別表第十三に掲
げる疾病等の患者

在宅患者訪問診療料
血糖自己

十五歳未満の者であ
って人工呼吸器を使
用している状態のも
の又は十五歳以上の
ものであって人工呼
吸器を使用している
状態が十五歳未満か
ら継続しているもの
(体重が20キログラ
ム未満である場合に
限る。)

二二九

上

一六
一七

療養について

療養を行うにつき

平成二十六年三月五日(号外第四十五号)厚生労働省告示第六十三号(訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件)

(原稿誤り)

四二二

上

二〇
終わりから八

利用者

利用者(診療報酬の
算定方法別表第一区
分番号C013に掲
げる在宅患者訪問
診療管理指導料を
算定する場合にあつ
ては真皮までの状態
の利用者)

平成二十六年三月五日(号外第四十五号)厚生労働省告示第六十四号(訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件)

(原稿誤り)

四一六 下

四 終わりから一

訪問看護基本療養費

精神科訪問看護基本療養費

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十七号（複数手術に係る費用の特例を定める件）

（原稿誤り）

四ページ上段一三行目の「K61713 静脈瘤^{りゅう}切除術（下肢以外）」を削る。

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十八号（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の一部を改正する件）

（原稿誤り）

八
上 一九
平成二十七年三月三十一日
平成二十六年九月三十日

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第八十九号（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）

八五ページ下段表中「パクリタクセル」は「パクリタキセル」の誤り。

平成二十六年三月十九日（号外第五十八号）厚生労働省告示第九十一号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱの一部を改正する件）

（原稿誤り）

一九〇 上
終わりから九
（2） 千
（1） 千