

C 0 0 1 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刻）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、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

C 0 0 2 在宅時医学総合管理料、C 0 0 2-2 施設入居時等医学総合管理料

(9) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「B 0 0 0」特定疾患療養管理料、区分番号「B 0 0 1」の「4」小児特定疾患カウンセリング料、同区分番号の「5」小児科療養指導料、同区分番号の「6」てんかん指導料、同区分番号の「7」難病外来指導管理料、同区分番号の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、同区分番号の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「B 0 0 1-3」生活習慣病管理料、区分番号「C 0 0 7」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「I 0 1 2-2」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「J 0 0 0」創傷処置、区分番号「J 0 0 1-7」爪甲除去、区分番号「J 0 0 1-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J 0 1 8」喀痰吸引、区分番号「J 0 1 8-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J 0 4 3-3」ストーマ処置、区分番号「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置、区分番号「J 0 6 0」膀胱洗浄、区分番号「J 0 6 0-2」後部尿道洗浄、区分番号「J 0 6 3」留置カテーテル設置、区分番号「J 0 6 4」導尿、区分番号「J 1 1 8」介達牽引、区分番号「J 1 1 8-2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8-3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9-3」低出力レーザー照射、及び区分番号「J 1 1 9-4」肛門処置及び区分番号「J 1 2 0」鼻腔栄養は所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く。）及び特定保険医療材料については、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料において算定することができる。

第3部 検査

D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査

(7) 蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「1817」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「D 0 2 6」検体検査判断料の「1」尿・糞便等検査判断料を算定する。

D 2 1 5 超音波検査

~~(10) 非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合は、本区分「3」の「ロ」により算定す~~

~~る。ただし、別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち、腹腔鏡下手術(腹腔鏡下胆嚢摘出術及び腹腔鏡下虫垂切除術を除く。)が行われるものに対し、術中に非侵襲的~~
~~血行動態モニタリングを実施した場合にのみ所定の点数を算定できる。なお、麻酔が困難~~
~~な患者とは区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)~~
~~に掲げる者をいう。~~

~~(11) 非侵襲的血行動態モニタリングは、その実施に当たり、動脈圧測定用カテーテル、サ-~~
~~モダイリーション用カテ-テル、体外式連続心拍出量測定用センサ-等を用いた侵襲的~~
~~モニタリングが実施されている場合は、算定できない。~~

(10) 「3」の「ニ」胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師(胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。)が診断を行う場合に算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

(11) 「3」の「ホ」負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「D 2 1 1」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメータ-による心肺機能検査は別に算定できない。

(12) 「4」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

(13) 「4」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

(14) 「4」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

(15) 「5」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

ア 検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ 本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。

ウ エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「E 4 0 0」フィルムの所定点数により算定する。

エ 区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハ-ートスコープ)、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(16) 「注1」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「3」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィ-を同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

D 2 2 3 - 2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)

(2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、終夜経皮

的動脈血酸素飽和度測定 (一連につき) の費用は算定できない。

第8部 精神科専門療法

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

(17) 「注6」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の三二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。

I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料

(2) 「注2」については、当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合には、算定しない。ただし、区分番号「F 1 0 0」処方料(3)のアの(イ)から(ハ)のいずれかに該当する場合、及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合で(ニ)に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

(9) 「注5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の三二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の(17)に示すものと同様である。

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法

(3) 依存症集団療法は、平成22~~21~~～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。

第10部 手術

K 0 5 9 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

(9)~~(8)~~ 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「4」により算定する。

K 7 2 6 人工肛門造設術

区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切断術の「4」~~「K 7 4 0 - 2」~~腹腔鏡下直腸切除・切断術~~の「3」~~を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

(5) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した月は、患者等に対して、少なくとも1回以上の管理計画に基づく管理を行う。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載する。

(6~~号~~) 「注4」に規定する栄養サポートチーム連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

(7~~号~~) 「注5」に規定する栄養サポートチーム連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

(8~~号~~) 「注4」又は「注5」に掲げる加算を算定した場合には、(4)に示す管理計画の要点に加え、(6~~号~~)のカンファレンス及び回診又は(7~~号~~)の食事観察及び会議等の開催日及び時間及びこれらのカンファレンス等の内容の要点を診療録に記載する。なお、2回目以降については当該月にカンファレンス等に参加していない場合も算定できるが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を超える日までに1回以上参加すること。

(9~~号~~) 歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(「1 有床義歯の場合」に限る。)を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

(10~~号~~) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

第4部 画像診断

E000 写真診断

(11) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」及び「4 造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。なお、同一部位であっても一連の症状確認ではなく、前回撮影時の画像では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。

第7部 リハビリテーション

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1

(10) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I017に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整~~又は~~指導~~又は~~修理を行い、口腔機能の

回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載する。

第8部 処置

I 0 1 4 暫間固定

(13) 次の場合においては、「2 困難なもの」により算定する。

I 0 1 7-2 床副子調整・修理

(5) 区分番号I 0 1 7に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）」の修理を行った場合は、「2 床副子修理」により算定する。なお、床副子の調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理にかかる費用に含まれ、区分番号H 0 0 1-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1は別に算定できない。

(6) 「1 床副子調整」及び「2 床副子修理」において調整又は修理を行った場合は、診療録に調整又は修理の部位、方法等を記載する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取り扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからニまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取り扱いとする。

イ 区分番号M 0 0 0-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の（8）により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯~~当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯~~を抜歯しブリッジを装着する場合

M 0 0 0 補綴時診断料

(4) 新たに生じた欠損部の補綴に際して「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定後、同一の有床義歯に対して新たに生じた欠損部の補綴に際し、~~再度、既成の有床義歯に~~人工歯及び義歯床を追加する場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して3月以内は補綴時診断料を算定できない。

M 0 0 0-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

(8) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算

して2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯~~当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯~~を抜歯し、~~次の場合に該当するブリッジを装着する場合は、~~予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

~~④ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が新たに製作するブリッジの支台歯となる場合~~

~~⑤ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が抜歯され、当該部位が新たに製作するブリッジのポンティックとなる場合~~

M002 支台築造

(8) 「1 間接法」により製作された支台築造物を再装着した場合は、装着として区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定する。

(9) 歯冠修復に当たり、メタルコア、複合レジン及びファイバーポストによる支台築造及び全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日の患者への装着は、歯科医学的に適切であると認められる場合を除き、常態として認められない。この場合において、印象採得は全部金属冠等により算定し、支台築造印象は算定できない。

M004 リテイナー

(4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料は、~~歯冠形成を算定後~~リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限る。また、必要があつてブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

M015 硬質レジンジャケット冠

(5) (2)にかかわらず、後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合は所定点数により算定する。

	<p>成年後見制度に関すること (※)</p>	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)</p>	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
	<p>日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)</p>	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
		<p>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	
9	<p>その他退院支援に関する 特記事項</p>		

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

別紙36

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
ブロマゼパム
メダゼパム
ロラゼパム
アルプラゾラム
フルタゾラム
メキサゾラム
トフィソパム
フルトプラゼパム
クロルジアゼポキシド
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジンパモ酸塩
エチゾラム
ガンマオリザノール

睡眠薬

ブロモバレリル尿素
抱水クロラール
エスタゾラム
フルラゼパム塩酸塩
ニトラゼパム
ニメタゼパム
ハロキサゾラム
トリアゾラム
フルニトラゼパム

ブロチゾラム
ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
クロルプロマジン塩酸塩、プロメタジン塩酸塩、フェノバルビタール合剤
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント

抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン

デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナブリド
レセルピン

△ ハロペリドールデカン酸エステル

△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

- △リスペリドン
- クエチアピソフマル酸塩
- ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)
- オランザピン

- △アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)
- ブロナンセリン
- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当医: 科 殿	依頼日:平成 年 月 日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:	医師氏名: 提出医サイン:
標本作製の場所:院内・院外(施設名称: 標本番号:)	
患者氏名: (フリガナ)	性別:男・女
患者住所	
生年月日:明・大・昭・平 年 月 日(歳)	職業:(具体的に)電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解:有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):	
採取日又は手術日: 年 月 日	
提出臓器とそれぞれの標本枚数:1. 2. 3. その他	
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無:有()・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	
病理診断料科使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等()	

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること
 ※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

1. 退棟患者数

①	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名
②	直近の報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

③	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	
再掲	i	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④/③)	単位	
⑥	直近の報告における1日あたりのリハビリテーション提供単位数	単位	

3. 実績指数

⑦	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名
⑧	⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数	名
⑨	⑧の患者の退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時のFIM得点（運動項目）を控除したものの総和	点
⑩	⑧の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	
⑪	実績指数（⑨／⑩）	点
⑫	直近に報告した実績指数	点

4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

⑬ 届出の前月までの6か月	() 月					
⑭ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑮ 高次脳機能障害患者が入棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑯ ⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑮が有の場合のみ）	名	名	名	名	名	名
⑰ 実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑱ 除外割合 （⑰÷（⑭又は⑯））	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について（⑮が有の場合には、それぞれ⑬の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。）

※ ()にはそれぞれ⑬の前月を記載	()月 までの 6か月					
⑲ 6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑳ ⑲のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
㉑ 高次脳機能障害患者の割合 （㉑÷⑲）	%	%	%	%	%	%

[記載上の注意]

1. ①から②は平成 28 年 4 月 1 日以降に入院した患者のみを対象とする。
2. ①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が 10 名未満の場合、⑦から⑪は記入しない。
3. 初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。
4. ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
5. 直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。
6. ⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
7. ⑰の除外患者数は、入棟日において F I M 運動項目の得点が 20 点以下若しくは 76 点以上、F I M 認知項目の得点が 24 点以下、又は年齢が 80 歳以上であったことにより実績指数の計算対象から除外したものに限る。
8. ⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑯、「無」の場合は⑰÷⑭とする。
9. ⑲は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
10. ⑮、⑳、㉑の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して 180 日以内まで算定できるものに限る。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成28年3月4日保医発0304第9号)

II 歯科点数表関係

特定診療報酬算定医療機器の区分	定 義			対応する診療報酬項目	
	薬事承認上の位置付け		その他の条件		
	類 別	一般的名称			
有床義歯内面適合用軟質裏装材	歯科材料 (3) 義歯床材料	義歯床用長期弾性裏装材	シリコーン系の弾性裏装材であり、間接法で使用可能なもの	M030	有床義歯内面適合法 2 軟質材料を用いる場合

特定保険医療材料の定義について
(平成28年3月4日保医発0304第10号)

II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12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

040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

(5) 持続緩徐式血液ろ過器

① 定義

~~次のいずれにも該当すること。~~

- ⊕ 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「持続緩徐式血液ろ過器」であること。

② 機能区分の考え方

構造、使用目的により、標準型（1区分）及び特殊型（1区分）の合計2区分に区分する。

③ 機能区分の定義

ア 標準型

次のいずれにも該当すること

- i 持続緩徐式血液ろ過に際して使用する血液ろ過器（回路を含む。）であること。
ii イに該当しないこと。

イ 特殊型

次のいずれにも該当すること

- i 持続緩徐式血液ろ過に際して使用する血液ろ過器（回路を含む。）であること。
ii サイトカイン吸着除去能を有し、重症敗血症及び敗血症性ショックの患者の病態の改善を目的として用いることができるものであること。

112 ペースメーカー

(2) 機能区分の考え方

ペースメーカーは、次に規定する機能の有無等により ~~13~~ 区分に区分する。

130 心臓手術用カテーテル

(6) 弁拡張用カテーテル

定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」で

あって、一般的名称が「バルーン拡張式弁形成術用カテーテル」であること。

- ② 狭窄した肺動脈弁、大動脈弁又は僧帽弁を拡張するため、又は経皮的動脈弁置換術における後拡張に使用するためのバルーンカテーテルであること。

169 血管造影用圧センサー付材料

(3) 機能区分の定義

② 血管造影用圧センサー付カテーテル

ア 脳血管、頸動脈を除く中心静脈循環系及び非中心静脈循環系血管の対象部位に挿入し、血管内圧の測定により血行動態の評価を行うことを目的に使用されるカテーテルであること。

イ 心臓造影用センサー付カテーテルに該当しないこと。

182 経カテーテル人工生体弁セット

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

~~①~~ ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「経カテーテルウシ心のう膜弁」又は「経カテーテルブタ心のう膜弁」であること。

~~②~~ ② 狭窄した心臓弁に対し、~~バルーンカテーテルを用いて~~経皮的又は経心尖的に人工弁を留置することを目的とした人工生体弁セットであること。

(2) 機能区分の考え方

人工生体弁の拡張方法により、2区分に区分する。

VII 調剤点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

定義

(1) 次のいずれにも該当すること。

~~①~~ ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって、一般的名称が「加圧式医薬品注入器」であること。

~~②~~ ② 疼痛管理若しくは化学療法を目的として使用される携帯型ディスポーザブル注入ポンプであること。

(2) 機能区分の考え方

構造により、化学療法用（1区分）、標準型（1区分）及びPCA型（1区分）の合計3区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 化学療法用

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプ

であること。

イ 抗悪性腫瘍剤等、揮発性の高い医薬品を使用するための気密性を保持し、簡単に溶液が取り出せない構造の工夫がなされていること。

ウ PCA装置との接続部分が存在しないこと。

② 標準型

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプであること。

イ PCA機能を有さず、PCA装置との接続部分も存在しないこと。

③ PCA型

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプであること。

イ PCA装置及び注入ポンプが含まれていること。

(別紙様式 14)

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は
白金加金の支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

金属の種類	1 歯当たりの価格
金合金・白金加金	
金合金・白金加金	

注1 金属の種類は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金属を丸でかこむこと。

注2 1 歯当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

	薬 剤 名	銘 柄 (参考)	適 応 症	ICD-10 (参考)	診断群分類番号
1	オクトレオチド酢酸塩	サンドスタチンLAR筋注用10mg サンドスタチンLAR筋注用20mg サンドスタチンLAR筋注用30mg	消化管神経内分泌腫瘍	C269	060035 結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 060035x0103xx 060035x0113xx 060035x97x2xx 060035x97x30x 060035x97x31x 060035x99x2xx 060035x99x30x 060035x99x31x
2	リツキシマブ(遺伝子組換え)	リツキサン注10mg/mL(100mg/10mL) リツキサン注10mg/mL(500mg/50mL)	免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	D477	130140 造血器疾患(その他) 130140xxxxxxx
3	ストレプトソシン	ザノサー点滴静注用1g	膵・消化管神経内分泌腫瘍	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
4	ベムラフェニブ	ゼルボラフ錠240mg	BRAF遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
5	ソホスブビル	ソバルディ錠400mg	セログループ2(ジェノタイプ2)のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善	B182	060295 慢性C型肝炎 060295x97x0xx 060295x99x0xx
6	カトリデカコグ(遺伝子組換え)	ノボサーティーン静注用2500	先天性血液凝固第Ⅴ因子Aサブユニット欠乏患者における出血傾向の抑制	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
7	タラボルフィンナトリウム	注射用レザフィリン100mg	化学放射線療法又は放射線療法後の局所遺残再発食道癌	C15\$, D001	060010 食道の悪性腫瘍(頸部を含む。) 060010x01x4xx 060010x02x3xx 060010x02x40x 060010x02x41x 060010x97x3xx 060010x97x40x 060010x97x41x 060010x99x30x 060010x99x31x 060010x99x40x 060010x99x41x
8	ベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え)	ベグイントロン皮下注用50μg/0.5mL用 ベグイントロン皮下注用100μg/0.5mL用 ベグイントロン皮下注用150μg/0.5mL用	悪性黒色腫における術後補助療法	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
9	ボルテゾミブ	ベルケイド注射用3mg	マントリン細胞リンパ腫	C831	130030 非ホジキンリンパ腫 130030x97x2xx 130030x97x3xx 130030x97x40x 130030x97x41x 130030x99x2xx 130030x99x30x 130030x99x31x 130030x99x40x 130030x99x41x
10	ニンテダニブエタンシルホン酸塩	オフェブカプセル100mg オフェブカプセル150mg	特発性肺線維症	J841	040110 間質性肺炎 040110xxxx0xx 040110xxxx1xx
11	パノビノスタット乳酸塩	ファリーダックカプセル10mg ファリーダックカプセル15mg	再発又は難治性の多発性骨髄腫	C900	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 130040x97x5xx 130040x99x5xx
12	レジバシビル アセトン付加物/ソホスブビル	ハーボニー配合錠	セログループ1(ジェノタイプ1)のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善	B182	060295 慢性C型肝炎 060295x97x0xx 060295x99x0xx
13	イビリムマブ(遺伝子組換え)	ヤーボイ点滴静注液50mg	根治切除不能な悪性黒色腫	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
14	アンチトロンピンガンマ(遺伝子組換え)	アコアラシ静注用600	先天性アンチトロンピン欠乏に基づく血栓形成傾向アンチトロンピン低下を伴う播種性血管内凝固症候群(DIC)	0723、D688、D65	120290 産科播種性血管内凝固症 120290xxxx0xx 130100 播種性血管内凝固症候群 130100xxxx0xx 130100xxxx1xx 130100xxxx2xx 130100xxxx4xx 130130 凝固異常(その他) 130130xxxx0xx 130130xxxx1xx
15	ボセンタン水和物	トラクリア錠62.5mg	全身性強皮症における手指潰瘍の発症抑制	M340	070560 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患 070560x97x0xx 070560x97x1xx 070560x99x0xx 070560x99x1xx

	薬 剤 名	銘 柄 (参考)	適 応 症	ICD-10 (参考)	診断群分類番号
16	リバーロキサバン	イグザレルト錠10mg イグザレルト錠15mg	深部静脈血栓症及び肺血栓症の治療及び再発抑制	J80Z	050180 静脈・リンパ管疾患 050180xx97xxxx
17	スクロオキシ水酸化鉄	ビートルチュアブル錠250mg ビートルチュアブル錠500mg	透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善	N18\$	110280 慢性腎炎候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 110280xx991x0x
18	ルストロンバグ	ムルブレタ錠 3mg	待機的な観血的手技を予定している慢性肝疾患患者における血小板減少症の改善	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
19	バンデタニブ	カブレラ錠100mg	根治切除不能な甲状腺髄様癌	C73	100020 甲状腺の悪性腫瘍 100020xx01x1xx 100020xx97x1xx 100020xx99x1xx
20	オムビタスビル水和物 ／ パリタプレビル水和物 ／ リトナビル	ヴィキラックス配合錠	セログループ1（ジェノタイプ1）のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善	B18Z	060295 慢性C型肝炎 060295xx97x0xx 060295xx99x0xx
21	レベチラセタム	イーケブラ点滴静注500mg	一時的に経口投与ができない患者における、下記の治療に対するレベチラセタム経口製剤の代替療法 てんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）	G401、G402、G41Z	010230 てんかん 010230xx97x00x 010230xx99x00x 010230xx99x01x
22	リユープロレリン酢酸塩	リユープリンPRO注射用キット 22.5mg	閉経前乳癌 前立腺癌	C50\$, C61	090010 乳房の悪性腫瘍 090010xx01x3xx 090010xx02x3xx 090010xx03x2xx 090010xx03x3xx 090010xx04xxxx 090010xx05xxxx 090010xx99x2xx 110080 前立腺の悪性腫瘍 110080xx01x3xx 110080xx02x30x 110080xx9906xx 110080xx991xxx
23	トラベクテジン	ヨンデリス点滴静注用0.25mg ヨンデリス点滴静注用1mg	悪性軟部腫瘍	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
24	インジウムベンテロオチド (111In)	オクトレオスキャン静注用セット	神経内分泌腫瘍の診断におけるソマトスタチン受容体シンチグラフィ	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
25	ニボルマブ（遺伝子組換え）	オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	C34\$	040040 肺の悪性腫瘍 040040xx97x3xx 040040xx97x4xx 040040xx9903xx 040040xx99040x 040040xx99041x 040040xx9913xx 040040xx9914xx
26	コラゲナーゼ（クロストリジウム ヒストリチウム）	ガイヤフレックス注射用	デュビユイトラン拘縮	M720\$	070390 線維芽細胞性障害 070390xx99xxxx 070390xx97xxxx

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十二号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二九	上	終わりから一八及び一九	A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料	A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料
三五	下	八	在宅療養管理指導料	在宅療養指導管理料
八九	上	二四	注4	注5

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十四号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二一七ページ下段終わりから九行目と一〇行目の間に次のように加える。
ケ 区分番号J120に掲げる鼻腔^{くわう}栄養
二二三ページ上段第9の一(2)のホを削る。

二二四	下	九	児童・思春期精神科入院医療管理料	児童思春期精神科専門管理加算
二三五	上	終わりから二	その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者	その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者
二三六	上	終わりから一	又は別表第十の二に掲げる患者	若しくは別表第十の二に掲げる患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者

平成二十八年三月十八日（号外第六十一号）厚生労働省告示第七十四号（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）

百五〇ページ上段別表第一中14の項を次のように改める。

14	アンチトロンビン ガンマ（遺伝子組換え）（当該薬剤の添付文書において記載された効能又は効果（平成27年7月3日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る。）に係るものに限る。）	3791、3884 から 3886 まで、3888 、 3902 及び 3903
----	---	--

百五〇ページ上段別表第一の最後に次のように加える。

26	コラゲナーゼ（クロストリジウム ヘストリチウム）（当該薬剤の添付文書において記載された効能又は効果（平成27年7月3日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る。）に係るものに限る。）	3092 及び 3093
----	---	--------------

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十三号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（印刷誤り）

一九九 上

六 終わりから一

に規定する費用別表第九の三に掲げる費用

に規定する費用別表第九の三に掲げる費用

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十四号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（印刷誤り）

二二二 上

一 二及び一三

施設基準当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

施設基準当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二二五 上

七 終わりから一

六割以上が歯科訪問診療

六割以上が歯科訪問診療1

平成二十八年三月十八日（号外第六十一号）厚生労働省告示第七十三号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件）

（印刷誤り）

八 下

三 終わりから一

並びに通則

通則