

診療点数早見表 2014年4月版

(2014年4月24日第1版第1刷)

追 補

2014年6月2日 医学通信社

1. 疑義解釈 (事務連絡) [疑義解釈資料の送付について (その4) (その5) (その6) (その7)]

疑義解釈資料の送付について (その4)

(平26.4.23 事務連絡)

入院基本料

問1 7対1, 10対1病棟〔一般病棟入院基本料, 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料に限る〕における特定除外制度の見直しに伴う経過措置として, 「当該病棟の2室を指定し, その中の4床までに限り出来高算定を行う病床を設定することができる」とあるが, 「1室」を指定して, その中の「4床」を当該病床とするという事は可能か。あるいは「1室」を指定して, その中の「2床」を当該病床とする事は可能か。必ず, 「2室4床」というセットでなければならないのか。

答 セットでなくてもよく, 2室までならこの4床を指定してもよい。

A 101 療養病棟入院基本料

問2 療養病棟入院基本料1の在宅復帰機能強化加算における退院した患者の定義について, 同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合は, 在宅に退院したとみなされるのか。

答 みなされない。ただし, 当該病棟から退院した患者(当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る)には含まれる。(平26.6.2事務連絡により修正)

問3 在宅復帰機能強化加算について, 病棟ごとの算定ができると理解しているが, 療養病棟入院基本料1を算定している全病棟を一体として算定すべきか。

答 病棟単位であり, 全病棟ではない。加算を算定する病棟と算定しない病棟が混在することができる。

問4 在宅復帰機能強化加算の施設基準において, 「退院患者の在宅生活が1か月以上継続することを確認していること」とあるが, どのような方法で確認をし, どのように記録管理すべきか。

答 当該保険医療機関の職員により患者の居宅を訪問又は在宅療養を担当する保険医療機関からの情報提供により確認する。記録方法は問わないが, 退院患者それぞれについて, どのように確認が行われたかがわかるように記録されていること。

ADL 維持向上等体制加算

問5 ADL低下が3%未満とあるが, 指標は示されるのか。

答 別紙様式7-2に基づき, パーセルインデックスを用いて評価する。ただし, 平成27年3月31日までに限り, DPCにおける入院時と退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。(平26.5.1事務連絡により修正)

A 200 総合入院体制加算

問6 総合入院体制加算1における施設基準の要件に「当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること」とあるが, 医療機関が敷地内禁煙である旨を掲示し, 禁煙を行っているにも関わらず, 来訪者が喫煙を行った場合, 施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも

関わらず, 来訪者等が喫煙を行ってしまった場合, 単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。なお, 医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示し, 職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに, 来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

A 300 救命救急入院料/急性薬物中毒加算

問7 急性薬物中毒加算2は血中濃度(簡易的なもの)によりベンゾジアゼピン等を測定した場合は算定可能なのか。

答 催眠鎮静剤, 抗不安剤による中毒患者は対象とならない。

A 308-3 地域包括ケア病棟入院料

問8 地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料含む)2を届け出る場合において, 患者2人以上を入院させる病室の場合, 平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている病院の場合は, 1人当たりの居室面積は, 4.3㎡以上と考えてよいのか。

答 そのとおり。

B 001-2-9 地域包括診療料

問9 当該患者の24時間の対応について, オンコール以外の対応は必要となるのか。

答 緊急時の往診等の体制を有していれば, オンコール対応で差し支えない。

A 001 再診料/地域包括診療料, B 001-2-9 地域包括診療加算

問10 地域包括診療料, 地域包括診療加算における施設基準の要件に「敷地内が禁煙であること」とあるが, 医療機関が禁煙を行っているにも関わらず, 来訪者等が喫煙を行った場合, 施設基準に適合しないものとみなされるか。

答 患者保護のために禁煙であることを明確にしているにも関わらず, 来訪者等が喫煙を行ってしまった場合, 単発の事例のみをもって施設基準に適合しないものとはみなされない。なお, 医療機関は敷地内が禁煙であることを掲示する等職員及び患者に禁煙を遵守することを徹底するとともに, 来訪者にも禁煙の遵守に必要な協力を求めること。

A 400 短期滞在手術等基本料

問11 留意事項通知(2)に, 「短期滞在手術等基本料は, 当該患者が同一の疾病につき, 退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない」と示されているが, 右乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5cm未満を実施し, 退院の日から起算して7日以内に, 左乳腺腫瘍に対してK474乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5cm未満を実施した場合, それぞれ短期滞在手術等基本料3を算定できるものと解釈してよろしいか。

答 2回目の入院日が1回目の入院の退院日から起算して7日以内である場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず, 出来高で算定する。

B 001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

問12 精神科疾患患者等受入加算の「イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者」とあるが, 6月とは暦月でよいのか。また, 精神科受診であれば病名は問わないか。

答 暦月でよい。また, 精神疾患に限る。

B 001 「23」がん患者指導管理料

問13 がん患者指導管理料について、「当該患者の同意を得て」となっているが、患者の同意を得ている旨をカルテ等に記録することで要件は満たされるか。

答 そのとおり。

C 001 在宅患者訪問診療料

問14 署名付きの同意書については、各医療機関で作成し同意を得ることによりか。

答 そのとおり。

問15 留意事項通知の別紙様式14「訪問診療に係る記録書」について、主治医氏名の欄に「印」を押すこととなっているが、電子カルテの場合でも押印が必要か。

答 必要ではない。

問16 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、患者毎かつ訪問毎に当該様式を診療報酬明細書に添付することが必要か。

答 そのとおり。

問17 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、診療報酬明細書に添付することとあるが、別紙様式14のとおりの内容を症状詳記に記載することで電子請求を行うことも可能か。

答 可能である。なお、当該症状詳記の記載例については、平成26年3月26日保医発0326第3号「『診療報酬請求書等の記載要領等について』等の一部改正について」(平成26年4月23日付一部訂正)を参照のこと。

問18 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、医師が1日に複数の同一建物で診察した場合、そのすべての患者を当該様式に記載する必要があるか。

答 複数の建物で診察した場合であっても、当該様式については訪問診療を行った患者が居住する建物の患者のみを記載することで差し支えない。なお、その場合、それぞれの同一建物ごとに、在宅患者訪問診療料2を算定する患者について記載すること。

問19 在宅患者訪問診療料において、「なお、「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合」又は認知症対応型共同生活介護等における「ロ イ以外の場合」については、保険医1人につき(医師3人までに限る)同一日に複数の訪問診療を行った場合に算定する」とあるが、障害者支援施設、障害児入所施設及び共同生活援助を行う住居は当該規定の対象となるか。

答 対象となる。

問20 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、紙で当該様式を診療報酬明細書に添付する場合、医療機関で用いている訪問診療計画等の様式が、別紙様式14の内容をすべて含んでいる場合は、この様式をコピーして添付することは可能か。

答 可能である。

C 101 在宅自己注射指導管理料

問21 C 101 在宅自己注射指導管理料について、数週間に1回の自己注射が必要な患者であっても、週2回以上の外来等による教育期間が必要なのか。自己注射の間隔に応じた適切な教育期間では要件を満たさないのか。

答 注射の回数に関わらず、週2回以上の外来等による教育期間をとり、指導を行う必要がある。

在宅療養後方支援病院

問22 3月に1回以上患者の情報交換をしていることとあるが、どのような形式で情報交換をしなければならないのか。

答 FAXやメールでの情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

リハビリテーション料

問23 維持期リハビリテーションにおいて「ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く」とあるが、入院中の要介護被保険

者に対する平成26年4月1日以降の維持期のリハビリテーション料は算定不可か。

答 入院中の患者は、平成26年4月1日以降も、1月13単位を限度に算定可能。

H 001 脳血管疾患等リハビリテーション料, H 002 運動器リハビリテーション料

問24 脳血管疾患等リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料の注5にて「所定点数の100分の90に相当する点数により算定する」とあるが、この所定点数の計算方法の取扱いについては、次のとおりでよいか。

例) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 85点を2単位実施した場合 $85 \text{点} \times 90/100 = 76.5 \Rightarrow 77 \text{点}$ (四捨五入)
 $77 \text{点} \times 2 \text{単位} = 154 \text{点}$ 算定点数: 154点

答 そのとおり。

H 002 運動器リハビリテーション料

問25 運動器リハビリテーション料(I)に係る届出を行っている保険医療機関において、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性的運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者のうち、当該疾患の手術を行っていない患者に対して、運動器リハビリテーションを提供する場合は運動器リハビリテーション(I)を算定できるか。

答 算定できる。

H 007-2 がん患者リハビリテーション料

問26 H 007-2 がん患者リハビリテーション料の対象者は廃用症候群から外れ、入院中はがん患者リハビリテーション料を算定するが、退院後の外来では廃用症候群でのリハビリテーションを行えばよいのか。

答 がん患者リハビリテーション料は外来で算定できない。退院後は患者の状態に応じて、適切なリハビリテーション料を算定いただきたい。

問27 がん患者リハビリテーション料の医療関係団体等が主催するがん患者のリハビリテーションに係る適切な研修とは、疑義解釈資料(その1)で示した研修以外に、具体的にどのような研修があるのか。

答 現時点では、一般社団法人日本作業療法士協会が主催する「がんのリハビリテーション研修会」がある。なお今後、当該研修に該当するかどうかは、その都度当局に内議されたい。

H 007-3 認知症患者リハビリテーション料

問28 認知症患者リハビリテーションに専従の作業療法士として、認知症治療棟入院料に専従の作業療法士を届け出ることが可能か。

答 不可。

H 003-2 リハビリテーション総合計画評価料

問29 入院時訪問指導加算は、4月1日~7日までの入院患者に対して3月25日~31日に訪問した場合にも、算定要件を満たすのか。

答 満たす。

I 002 通院・在宅精神療法

問30 精神科と神経内科を標榜する病院で、精神科担当医師が、神経内科として診療する時間は算定できるか。

答 算定できない。

室料差額の院内掲示

問31 室料差額の院内掲示は、税別表示でよいのか。

答 消費税法により、消費税額を含めた総額表示が義務づけられているが、平成29年3月31日までの間は、「消費税の円滑かつ適正な転嫁の確保のための消費税の転嫁を阻害する行為の是正等に関する特別措置法」第10条第1項の規定により、税別表示でもよいこととされている。

疑義解釈資料の送付について(その5)

(平26.5.1 事務連絡)

(A 101) 在宅復帰機能強化加算

問1 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅に退院した患者の退院後1月以内（医療区分3の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、（略）当該患者の在宅における生活が1月以上（退院時に医療区分3である場合）あるいは14日以上）継続する見込みであることを確認」することとなっているが、当該保険医療機関が当該患者に対して外来診療を行う際に、在宅における生活が継続する見込みであることを確認した場合は、当該患者の居宅を訪問する必要はないか。

答 他の医療機関や介護老人保健施設に入院・入所していない等、外来診療時に、患者本人や同行した家族からの聞き取り等によって、当該患者が在宅における生活が継続する見込みであることを確認ができる場合は、必ずしも当該患者の居宅を訪問する必要はない。なお、この場合において、在宅から通院していることを確認できた理由を診療録等に記録すること。

A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料1

問2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準の届出について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定において、入院時に一時的に心電図モニターを装着した場合、記録があれば1点としてよいか。

答 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の定義と留意点では「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」とあり、入院時の一時的な装着や、常時観察の必要性を伴わない場合は得点の対象とならない。心電図モニターの管理については、医師による診断と心電図モニターの必要性の根拠が示された医師の指示書が残されている必要がある。（平26.6.2 事務連絡により修正）

C 001 在宅患者訪問診療料

問3 C 001 在宅患者訪問診療料について、留意事項の⑩の①（p.258 右段5、6行目）にある同意書を作成するのは4月以降の新規の患者のみでよいか。

答 訪問診療を行う患者すべてについて同意書が必要である。ただし平成26年3月以前に訪問診療を始めた場合であって、訪問診療開始時に同意を得た旨が診療録に記載してある場合には、必ずしも新たに同意書を作成する必要はない。

C 013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

問4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料における在宅褥瘡管理に係る在宅褥瘡管理者は、入院基本料等加算の褥瘡ハイリスク患者ケア加算の専従の看護師（褥瘡管理者）が兼務してもよいか。

答 よい（当該医療機関において在宅褥瘡管理者となっている場合でも、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の専従の看護師の専従業務に支障が生じなければ差し支えない）。

在宅療養指導管理料

問 C 110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料の要件にある所定の研修とは、どのような研修か。

答 現時点では、日本大腸肛門病学会の開催する仙骨神経刺激療法講習会である。（平26.4.4 事務連絡） →削除

手術/K 190-6 仙骨神経刺激装置植込術、K 190-7 仙骨神経刺激装置交換術

問 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術の要件にある所定の研修とは、どのような研修か。

答 現時点では、日本大腸肛門病学会の開催する仙骨神経刺激療法講習会である。

疑義解釈資料の送付について（その6）

（平26.5.7 事務連絡）

C 001 在宅患者訪問診療料

問1 在宅患者訪問診療料「2」を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、「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細を添付すること」とあるが、平成26年4月診療分から添付することとなるのか。

答 在宅患者訪問診療料「2」を算定する場合に記載する「別紙様式14」については、「疑義解釈資料の送付について（その4）」において、①診療報酬明細書の症状詳細に記載することで電子請求を行うことが可能であること、②当該医療機関で用いている訪問診療計画等の様式が「別紙様式14」の内容を全て含んでいる場合は、当該訪問診療計画等をコピーして紙で、診療報酬明細書に添付することが可能であること等を示した。「別紙様式14」については、本来は平成26年4月診療分から添付するものであるが、電子請求を行うための準備期間等を考慮し、平成26年9月診療分までは添付を省略してもやむを得ない。

疑義解釈の送付について（その7）

（平26.6.2 事務連絡）

重症度、医療・看護必要度に係る評価票

問1 一般病棟用、特定集中治療室用、及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票、評価の手引において、評価時刻が24時と、評価対象時間が0時から24時の24時間と変更されたが、例えば、14時に全患者について重症度、医療・看護必要度を入力し、24時の時点で病態に変化のある患者のみ再入力するといった対応は可能か。

答 可能である。必ずしも24時に入力しなくてもよい。

届出受理後の措置等

問2 施設基準通知の届出受理後の措置等において、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、その都度の届出は必要ない旨記載されているが、7対1入院基本料において自宅等へ退院した患者の割合が、75%を下回った場合は、1割の範囲であれば3か月まで猶予されると理解して良いか。

答 自宅等退院患者割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は届出を要しない旨の規定は適用されない。

精神保健福祉士配置加算

問3 精神病棟入院基本料等の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟Aへ入院した患者が当初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合であって、以下のケースに該当した場合、当該加算の在宅移行率計算における分母、分子の取扱いはどのようなものか。

① 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定する病棟Bへ転棟した後に、在宅へ移行した場合

② 当該患者が他の精神保健福祉士配置加算を算定しない病棟Cへ転棟した後に、元の配置加算病棟Aへ転棟し、その後在宅へ移行した場合

③ 当該患者が在宅へ移行した後に、元の配置加算病棟Aへ入院期間が通算される再入院をし、その後、最初の入院日から起算して1年以内に在宅へ移行した場合

答 ①：病棟Bにおいて、分母・分子に計上し、病棟Aにおいては分母・分子ともに計上しない。

②：病棟Aにおいて、分母に1回目の入棟のみを計上し、分子は在宅移行時を計上する。

③：病棟Aにおいて、1回目の入棟を分母に計上し、最後の在宅移行を分子に計上する（1回目の在宅移行、再入院は計上しない）。なお、当該加算における在宅移行率の届出にあたっては、精神保健福祉士が配置されている期間の実績をもつて届け出ることとする。

ADL維持向上等体制加算

問4 ADL維持向上等体制加算の医師の要件である研修とは、疑義解釈資料（その1）で示した研修以外に、具体的などのような研修があるのか。

答 現時点では、公益社団法人全日本病院協会が主催する「ADL維持向上等体制加算研修」がある。なお今後、当該研修に該当するかどうかは、その都度当局に内議されたい。

抗悪性腫瘍剤処方管理加算

問5 がん患者指導管理料3を6回算定した後も抗悪性腫瘍剤を投薬している期間であれば、引き続き処方料の「注7」抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定することは可能か。

答 がん患者指導管理料3を6回算定後、算定できる。ただし、6回目の算定時と同月には算定できない。

短期滞手術等基本料

問6 水晶体再建術を左右に行う場合に、下記のようなケースにおける短期滞手術等基本料3の算定はどのようにになるのか。

① 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月17日に入院→4月18日に左側実施→4月19日に退院。

② 4月10日に入院→4月11日に右側実施→4月13日に退院→4月24日に入院→4月25日に左側実施→4月26日に退院。

答 ①短期滞手術等基本料3+出来高

(入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞手術等基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日以内に再入院したため、短期滞手術等基本料3は算定せず、出来高で算定)

②短期滞手術等基本料3+短期滞手術等基本料3

(入院した日から起算して5日以内に手術・退院したため、短期滞手術等基本料3を算定。その後、退院の日から起算して7日を超えた日に再入院したため、短期滞手術等基本料3を算定)の算定となる。

在宅療養指導管理料

問7 疑義解釈資料(その3)により、睡眠呼吸障害については、慢性心不全の有無や重症度等により在宅酸素療法指導管理料又は在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定することとされたが、具体的に、

①在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件を満たす慢性心不全の患者に対してASVを使用した場合、どの在宅療養指導管理料・在宅療養指導管理材料加算を算定できるのか。

②在宅酸素療法指導管理料の要件は満たさないが、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件は満たす慢性心不全の患者に対してASVを使用した場合、どの在宅療養指導管理料・在宅療養指導管理材料加算を算定できるのか。

答 ①在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び人工呼吸器加算の2を算定できる。

②在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定できる。

D236-2光トポグラフィ

問8 D236-2光トポグラフィについて、これまで先進医療として当該検査を仰うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものとして実施していた医療機関において、今回設けられた施設基準に適合しない場合があると聞いているが、対応如何。

答 既に光トポグラフィ装置を設置し、平成26年3月31日時点で先進医療において当該検査を実施していた保険医療機関について、所定の施設基準によりがたいと認められる場合は、個別に内議されたい。

向精神薬減算

問9 向精神薬減算については年1回、向精神薬多剤投与の

状況を「別紙様式40」を用いて地方厚生(支)局長に報告するとある。

この別紙様式40は6月単月となっているが、今年の6月は猶予期間中(平成26年9月30日までが猶予期間)だが報告する必要はあるのか。報告する場合のスケジュールはどのようになるのか。

また、通年で見ると多剤投与を行っている月があっても、6月に行っていない場合は別紙様式40からすると報告する義務はないということか。

答 平成26年度も6月に受診した外来患者に関する状況を記載して提出する必要があるが、厚生局への提出は平成26年9月30日までとする(平成27年度以降は、6月に受診した外来患者に関する状況を記載して、各年7月31日までに厚生局に提出する)。なお、「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)欄については、平成26年度に当該要件(精神科薬物療法に関する適切な研修の修了)を満たす者がいないため、記載しなくても差し支えない。

H007-2がん患者リハビリテーション料

問10 がん患者リハビリテーション料の届出をしていない保険医療機関において、廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーション双方のリハビリテーションを必要とする状態の入院患者に対して、脳血管疾患等リハビリテーション(廃用症候群の場合)を算定することができるのか。

答 廃用症候群のリハビリテーションとがん患者リハビリテーションの双方が必要な場合、がん患者リハビリテーションの適用が優先されるため算定できない。

がん患者リハビリテーションを提供するために、がん患者リハビリテーション料の届出を行っていただきたい。ただし、平成26年3月31日において、脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定していた患者については、がん患者リハビリテーション料の施設基準において、研修要件を満たしていないため届出できない場合についてのみ、平成27年3月31日までに限り、廃用症候群に係る評価表(別紙様式22)にその理由を記載した上で脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合)を算定することはやむを得ないものとする。

その他

問11 廊下幅を、柱等の構造物(手すりを除く)を含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする規定について、すでに工事が完了している場合や、設計又は工事に着手している場合であって、平成26年4月1日以降に届け出ることとなった場合であっても、平成27年4月からは要件が義務化されるのか。

答 工事が完了している場合、設計又は工事に着手している場合であって、平成27年3月31日までに届け出たものについては、増築又は全面的な改築を実施するまでの間は、要件が免除される。

地域包括ケア病棟入院料(p.160「問7」と差し替え)

問7 DPC病棟から地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合の算定はどうか。

答 DPC算定期間はDPCで算定し、出来高算定の期間になったら地域包括ケア入院医療管理料が算定できる。なお、DPC病棟から地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転室した場合は、入院期間に関わらずDPC算定はせず地域包括ケア病棟入院料を算定する。

2. 厚生労働省の訂正・追加事務連絡

(2014年4月23日・5月1日・5月13日事務連絡/4月17日告示220・5月1日告示228・5月23日告示239)

※ 以下において特に出典が明記されていないものは2014年4月23日付事務連絡による訂正です。

ページ・行	誤	正
-------	---	---

■A 100 一般病棟入院基本料

p.64 右段 1 行目	(特別入院基本料等を含む)	(特別入院基本料を除く)
--------------	---------------	--------------

■A 106 障害者施設等入院基本料

p.82 右段 21 行目	届け出た精神病棟に	届け出た障害者施設等一般病棟に
---------------	-----------	-----------------

■A 218 地域加算/A 218-2 離島加算

p.110 左段下から 2 行目	手術等基本料 2 若しくは 3 の加算	手術等基本料 2 の加算
p.113 左段 2 行目	手術等基本料 2 若しくは 3 の加算	手術等基本料 2 の加算

■B 000 特定疾患療養管理料 (訂正事務連絡は 6 月 2 日現在未発出)

p.184 「第 1 部 医学管理等」以下/右段 4 行目	(「注 2」のただし書きに規定する所定点数を…	(「注 5」のただし書きに規定する所定点数を…
-------------------------------	-------------------------	-------------------------

■B 009 診療情報提供料

p.242 右段 1~3 行目	認知症疾患医療センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関である。	認知症疾患医療センターである。
-----------------	--	-----------------

■C 001 在宅患者訪問診療料

p.258 右段下から 2 行目	診療報酬明細書に添付する。	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する。
------------------	---------------	--

■F 400 処方せん料 (2014.5.13, 事務連絡)

p.437 右段下から 15 行目の次に追加	事務連絡「情報通信機器を用いた診療について」(平成 9 年 12 月 24 日付健政発第 1075 号)に則り遠隔診療を行い、患者に処方せん原本を郵便等により送付するときは、その他の算定要件を満たした上で、処方せん料を算定することが可能である。	
------------------------	--	--

■複数手術に係る費用の特例

p.581 右段・左欄下から 4~2 行目	K 560 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む)	K 560 大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む)〔上行大動脈(大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る)並びに上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術(大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの及び人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術に限る)を除く〕
-----------------------	--------------------------	--

■K 843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

p.652 右段下から 16~11 行目を削除	→腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 尿管腫瘍, 膀胱腫瘍(中略) 本区分で算定する。(平 26 保医発 0305-3) →削除	
-------------------------	--	--

■K 936 自動縫合器加算

p.664 左段 27 行目	(3) K 524-2, K 654-3, K 655,	(3) K 524-2, K 654-3 の「2」, K 655,
----------------	------------------------------	-----------------------------------

■L 008-3 経皮的体温調節療法

p.674 右段下から 8 行目	(1 日につき)	(一連につき)
p.674 右段下から 2 行目	1 日につき	一連につき

■植込型脳・脊髄電気刺激装置

p.799 右段下から 25~23 行目	a 植込型脳・脊髄電気刺激装置〔振戦軽減用(4 極用)〕は、パーキンソン病又は本態性振戦に伴う振戦等、薬物療法によって十分な治療効果の得られない振戦等の症状	a 植込型脳・脊髄電気刺激装置(振戦軽減用)は、薬物療法によって十分な治療効果の得られない以下のいずれかの症状 (p.799 右段下から 16~14 行目「i 振戦」~「iii ジストニア」につながる)
p.799 右段下から 20~17 行目を削除	b 植込型脳・脊髄電気刺激装置〔振戦軽減用(16 極以上用)充電式〕は、(中略)1 回の手術に対し 2 個を限度として算定できる。 →削除	
p.800 右段 4 行目	ア パーキンソン病は本態性振戦	ア パーキンソン病, ジストニア又は本態性振戦

■別紙 7 一般病棟用の重症度, 医療・看護必要度に係る評価票

p.875, 別紙 7 の評価票(左段)	3 点滴ライン同時 3 本以上	3 点滴ライン同時 3 本以上の管理
	7 ③麻薬注射薬の使用	7 ③麻薬の使用
	7 ④麻薬の内服・貼付,	7 ④麻薬の内服・貼付, 坐剤の管理,
p.878 右段 7 行目, 11 行目	内服確認, 及び内服後の副作用	内服, 貼付等の確認, 及び内服, 貼付等後の副作用

p.879 左段 29～31 行目	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	血液凝固阻害薬、血小板凝固阻害薬、血栓溶解薬等を投与
-------------------	--	----------------------------

■がん診療連携拠点病院加算の施設基準／屋内禁煙の取扱い

p.920, 左段下から 14, 13 行目	第 1 の 1 の(II)と同様である。	第 1 の 2 の(4)と同様である。
------------------------	----------------------	---------------------

■別紙 17 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

p.941 左段下から 28～25 行目	ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の（中略）評価の対象場所とする →削除	
----------------------	--	--

■別紙 18 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

p.944, 別紙 18 の評価票（左段）	4 点滴ライン同時 3 本以上	4 点滴ライン同時 3 本以上の管理
p.945 右段 2～5 行目	ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の（中略）評価の対象場所とする →削除	

■基本診療料の施設基準等（届出通知）様式 10 の 7、様式 10 の 8

p.1009・上（様式の訂正）	様式 10 の 7 を別掲（次頁）のとおり訂正	
p.1010・下（様式の訂正）	様式 10 の 8 を別掲（次頁）のとおり訂正	

■基本診療料の施設基準等（届出通知）様式 13（2014.5.1、事務連絡）

p.1014・上（様式 13、左欄「3」の右欄「4」に追加）	・精神科急性期治療病棟入院料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料	・精神科急性期治療病棟入院料（ ）人 ・精神科救急・合併症入院料（ ）人 ・児童・思春期精神科入院医療管理料（ ）人
p.1014・上（様式 13、左欄「5」）	※2 については総合入院体制加算 1 の届出の場合、記入すること。 →削除	
p.1015・下（様式 13、「記載上の注意」の「1」）	1 「3」については、総合入院体制加算 2 の届出の場合、	1 「3」の 1 および 2 については、総合入院体制加算 2 の届出において、

■手術「通則 4」に掲げる手術の施設基準

p.1114 左段下から 18 行目	（乳房切除後）、植込型心電図記録計移植術	（乳房切除後）、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術
--------------------	----------------------	--

■医療保険と介護保険の給付調整（別紙）／1012-2 精神科訪問看護指示料の欄

p.1260 下から 4 段目（当該ページの下から 4 段目の欄内を「○」のみとする）	I. IIIに係るもの ○※2	○※2	○
	IIに係るもの ○		
p.1261 下から 4 段目・最右欄	○※2		○※9

■特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて

p.1269 右段 5～7 行目	・精神科訪問看護指示料〔精神科訪問看護基本療養費(II)、末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者を除く〕	・精神科訪問看護指示料（認知症の患者に限る。ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者、精神科訪問看護基本療養費 II を算定する患者は除く）
------------------	---	---

■厚生労働大臣が定める揭示事項等／投薬期間に上限が設けられている医薬品（2014.4.17、告示 220/5.23、告示 239）

p.1297 左段下から 6, 5 行目	及びアゾルガ配合懸濁性点眼液	、アゾルガ配合懸濁性点眼液、テビケイ錠 50mg、アテディオ配合錠、ザクラス配合錠 HD 及びザクラス配合錠 LD
----------------------	----------------	---

■告示 129 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（第 3 項先進医療）（2014.5.1、告示 228）

p.1327 右段下から 7, 6 行目	3 筋過緊張に対する筋知覚神経ブロック治療 →削除
p.1328 左段 13～15 行目	9 蛍光膀胱鏡を用いた 5-アミノレブリン酸溶液の経口投与又は経尿道投与による膀胱がんの光学的診断 →削除
p.1328 左段 29, 30 行目	14 残存聴力活用型人工内耳挿入術 →削除
p.1328 左段下から 18～16 行目	18 血液透析併用バルーン塞栓動脈内抗がん剤投与及び放射線治療の併用療法 →削除
p.1328 右段 1, 2 行目	25 解離性大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術 →削除
p.1328 右段下から 9 行目の次に追加	41 アルテプラゼ静脈内投与による血栓溶解療法〔急性脳梗塞（当該疾病の症状の発症時刻が明らかでない場合に限る）〕
	42 S-1 内服投与、オキサリプラチン静脈内投与及びパクリタキセル腹腔内投与の併用療法（腹膜播種を伴う初発の胃がん）

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

病棟名	() 病棟	病床数	床
病棟名	() 病棟	病床数	床
病棟名	() 病棟	病床数	床
病棟名	() 病棟	病床数	床
病棟名	() 病棟	病床数	床
病棟名	() 病棟	病床数	床

届出を行う病棟

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数（当該病棟に入院した期間が1月以上の患者のうち、再入院患者、死亡退院患者を除く）	名
(再掲)	(1) 在宅	名
	(2) (1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3) 介護老人保健施設	名
	(4) 同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟	名
	(5) 他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2) / ① (50%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間	() 年 () 月 () 日～ () 年 () 月 () 日	日
③	当該病棟における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病棟における当該3月間の新入棟患者数	名
⑤	当該病棟における当該3月間の新退棟患者数（死亡退院を含む）	名
⑥	(④+⑤) / 2（小数点以下は切り上げる）	名
⑦	平均在院日数 ③ / ⑥	日
⑧	30.4 / ⑦ (10%以上)	%

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

【記載上の注意】
療養病棟入院基本料1の届出書の写しを添付すること。

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

区分	氏名	勤務時間
① 病棟に配置されている精神保健福祉士		
② 退院支援部署に配置されている精神保健福祉士		

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、鑑定入院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 (a)	名
年 月 (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) / (b) =	名

※在宅へ移行とは、患者又は患者又は精神障害者施設へ移行することをいう（ただし、死亡退院及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を除く）。また、ここでいう「患者」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院した場合を除くものをいう。

【記入上の注意】

- 1 病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。
- 2 ②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。
- 3 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 (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。
- 5 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) ≥ 0.9

	43 放射線照射前に大量メトトレキサート療法を行った後のテモゾロミド内服投与及び放射線治療の併用療法並びにテモゾロミド内服投与の維持療法 初発の中中枢神経系原発悪性リンパ腫（病理学的見地からびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であると確認されたものであって、原発部位が脳、小脳又は脳幹であるものに限る）
	44 FDGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影による不明熱の診断 不明熱（画像検査、血液検査及び尿検査により診断が困難なものに限る）

■診療報酬明細書の記載要領 (23) 「在宅」欄について【エ (カ)】

p.1359 右段 27, 28 行目	別紙様式に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する。	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する。
p.1359 右段 28 行目の次に追加	<p>【症状詳記の記載例】別紙様式 14 「訪問診療に係る記録書」の記入上の注意を踏まえ記載する。なお、「患者氏名（同一建物居住者）」、「診療時間（開始時刻及び終了時間）」、「診療場所」、「在宅患者訪問診療料 2, 往診料」については、「患者氏名（同一建物居住者）」ごとに記載することとし、「患者氏名（同一建物居住者）」ごとの記載が分かるのであれば、本記載例によらず記載する。</p> <p>※「訪問診療に係る記録書」</p> <p>※「患者氏名」 ○○ ○○</p> <p>※「要介護度」 要介護 5</p> <p>※「認知症の日常生活自立度」 4</p> <p>※「患者住所」 ○○市○○町○○番地 ○○号室</p> <p>※「訪問診療が必要な理由」 ○○○○○○○○○○○○</p> <p>※「訪問診療を行った日」 平成○年○月○日</p> <p>※「患者氏名（同一建物居住者）」 1 (○○ ○○), 2 (△△ △△), …</p> <p>※「診療時間（開始時刻及び終了時間）」 1 (10 時～11 時), 2 (11 時～12 時), …</p> <p>※「診療場所」 1 (同上○○号室), 2 (同上△△号室), …</p> <p>※「在宅患者訪問診療料 2, 往診料」 1 (在宅患者訪問診療料 2 を算定), 2 (往診料を算定), …</p> <p>※「診療人数合計」 10 人</p> <p>※「主治医氏名」 □□ □□</p>	

3. 正誤

ページ・行	誤	正
-------	---	---

■高額医療・高額介護合算療養費制度

p.14 「6」（見出し）	6 高額医療・高額介護合算療養費制度——自己負担限度額（月額）	6 高額医療・高額介護合算療養費制度——自己負担限度額（年額）
---------------	---------------------------------	---------------------------------

■A 002 外来診療料（編注）

p.49 右段下から 20 行目	紹介のない患者の初診料	他院紹介にもかかわらず受診した患者の外来診療料
------------------	-------------	-------------------------

■C 005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

p.270 左段 13 行目	【※告示4別表第 7, p.271】	【※告示4別表第 7, 第 8, p.271】
----------------	--------------------	-------------------------

■在宅療養指導管理料（編注）

p.289 右段下から 6 行目	算定できるようになった。	算定できるとした。
------------------	--------------	-----------

■診療報酬点数一覧表（H 002 運動器リハビリテーション料(I)/Ⅱ）

p.743 右段 17 行目	◆対象疾患は、下記の※5 の(1)（上・下肢の複合損傷等）のみ	◆対象患者は、下記の※5 の患者
p.743 右段 22, 23 行目	◆対象は、下記の※5 の(1)（上・下肢の複合損傷等）の入院外の患者、※5 の(2)（中略）の患者	◆対象患者は、下記の※5 の患者

■特定疾患療養管理料・特定疾患処方管理加算の対象疾病

p.1240 右「原発性胆汁性肝硬変」	K 743 特	K 743 特 難外
---------------------	---------	------------

—以上につき追加・訂正いたします。