



福岡医発第15号(地)

平成28年4月4日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

「平成28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」
及び厚生労働省「疑義解釈資料の送付について(その1)」の送付について

今般、厚生労働省保険局医療課より疑義解釈が発出されましたので、別紙のとおりお送りいたします。

つきましては、本件について、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) 歯科関係(別添3)は、省略しております。
- 2) 本資料につきましては、本会ホームページ「平成28年度診療報酬改定について」に掲載いたしますので、ダウンロードの上、ご活用いただきますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険・後期高齢者医療担当理事 山下拓郎
会長 廣瀬真恵

(保 208)

平成 28 年 3 月 31 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 純 一

「平成 28 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」
及び厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 1）」の送付について

平成 28 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、平成 28 年 3 月 9 日付日医発第 1113 号（保 184）「平成 28 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省保険局医療課より、標記事務連絡が発出されましたので、追加してお知らせ申し上げます。

その概要は下記のとおりですので、本件について貴会会員に周知下さいますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「平成 28 年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

記

1. 平成 28 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正（添付資料の別添 1 から 8）
 - ・「薬価算定の基準について」
（平成 28 年 2 月 10 日保医発 0210 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 28 年 3 月 4 日保医発 0304 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 28 年 3 月 4 日保医発 0304 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 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 3 号）（別添 4）
 - ・「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）（別添 5）

- ・「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) (別添6)
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」
(平成28年3月4日保医発 0304 第12号) (別添7)
- ・「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患者について」
(平成28年3月18日保医発 0318 第3号) (別添8)

2. 官報掲載事項の一部訂正 (添付資料の別添9)

平成28年3月4日付官報 (号外第50号) 等に掲載された以下の告示については訂正が予定されていることから、その内容があらかじめ示されております。詳細については、添付資料の別添9をご確認ください。

- (1) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (厚生労働省告示第52号)
- (2) 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第53号)
- (3) 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第54号)
- (4) 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 (厚生労働省告示第73号)
- (5) 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 (厚生労働省告示第74号)

3. 疑義解釈資料の送付について (その1)

【添付資料】

1. 平成28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
(平28.3.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)
2. 疑義解釈資料の送付について (その1)
(平28.3.31 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
平成28年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
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28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8までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、平成28年3月4日付官報（号外第50号）等に掲載された平成28年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添9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。

- ・「薬価算定の基準について」
（平成28年2月10日保医発0210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28年3月4日保医発0304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28年3月4日保医発0304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28年3月4日保医発0304第3号）（別添4）
- ・「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）（別添5）
- ・「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）（別添6）
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について」
（平成28年3月4日保医発0304第12号）（別添7）
- ・「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患者について」
（平成28年3月18日保医発0318第3号）（別添8）

薬価算定の基準について
(平成28年 2 月10日保医発0210第 1 号)

第 4 章 実施時期等

3 経過措置

(8) 旧新薬創出等加算適用品又は平成28年度に新薬創出等加算が適用された既収載品(以下、「新薬創出等加算適用品」という)の製造販売業者に対しては、平成28年度以降の薬価改定までの間、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省からの開発要請又は公募に対する対応状況を確認し、次の要件のいずれかに該当すると認められる場合には、平成28年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用しない。

ロ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、医薬品医療機器法に基づく承認申請に当たって、医薬品医療機器法第 2 条第 17~~16~~ 項に規定する治験が必要となるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから一年以内に治験等に着手しなかった場合

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28年3月4日保医発0304第1号)

第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において当該点数を算定するに
当たり届出の必要なもの

一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床における一般病床が20
0床以上の病院に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（注11に規定する届出に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。10対1入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床
における一般病床が200床以上の病院に限る。）（平成29年4月1日以降に算定する場合に限
る。）

専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床における一般病床が20
0床以上の病院に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算（精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限
る。）又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。7対1入院基本料、10対1入院基本料又
は13対1入院基本料に限る。）を算定する病棟において届け出る場合に限る。）

表2 施設基準の改正により、平成28年1月1日又は平成28年3月31日において現に当該点数を算
定していた保険医療機関であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届
出の必要なもの

療養病棟入院基本料 2 ~~（注11に規定する届出に限る。）~~（平成28年10月1日以降に引き続き算定
する場合に限る。）

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成28年3月31日において現に当該点数を
算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

退院調整加算 <u>（注3に規定する届出を除 く。）</u>	→	退院支援加算2
退院調整加算 <u>（注3に規定する届出に限 る。）</u>	→	<u>退院支援加算（注5に規定する届出に限 る。）</u>
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	→	精神科急性期医師配置加算 <u>（精神科急性 期治療病棟入院料1を算定する病棟におい て算定する場合に限る。）</u>

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 2 7 対 1 入院基本料及び10対 1 入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）並びに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。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、平成28年 9 月 30 日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年 9 月 1 日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。
- (2) 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の 7 対 1 入院基本料については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者、A 得点が 3 点以上の患者又は C 得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が、2 割 5 分以上であること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関（第 6 に規定する病棟群単位による届出を行わないものに限る。）にあっては、平成30年 3 月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、2 割 3 分以上であること。

4 の 7 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は13対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者、A 得点が 3 点以上の患者又は C 得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。なお、10対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、測定の結果、その割合が 2 割 4 分以上の場合には看護必要度加算 1 を算定し、1 割 8 分以上の場合

合は看護必要度加算 2 を算定し、1 割 2 分以上の場合には看護必要度加算 3 を算定するものであること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、看護必要度加算の経過措置については、平成28年3月31日において、現に看護必要度加算 1 又は 2 を算定するものにあつては、平成28年9月30日まではそれぞれ平成28年度改定後の看護必要度加算 2 又は 3 の要件を満たすものとみなすものであること。ただし、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 3 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の9から様式12の10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の9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。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添 7 の様式12の 9 を用い、療養病床については別添 7 の様式12の10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

- (13) 総合入院体制加算 1 を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、A 得点が 2 点以上の患者又は C 得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が 3 割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

3 総合入院体制加算 3 に関する施設基準等

- (5) 総合入院体制加算 3 を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継

続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合が2割7分以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第4の3 急性期看護補助体制加算

1 通則

- (4) 急性期看護補助体制加算を算定~~する~~するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合が10対1入院基本料においては0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合が10対1入院基本料においては0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定する一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料の病棟においては、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病床病棟~~に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合が0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (12) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成26年2月5日健発0205第4号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。）

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は~~下記に掲げる~~公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

第26の5 退院支援加算

6 届出に関する事項

- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「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」の別添2~~7~~の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「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」の別添2~~7~~の様式12の2に準じた様式を用いること。

第26の8 精神科急性期医師配置加算

2 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算~~精神疾患診療体制加算~~に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

別紙 1

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地	域
5 級地	<u>広島県</u>	<u>安芸郡府中町</u>	

別添 4

特定入院料の施設基準等

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準

- (3) 当該入院料を算定するものとして届け出ている~~病床病棟~~に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の看護必要度評価票 A 項目を用いて測定し、その結果、当該~~病床病棟~~へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が 0.5 割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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) 当該入院料を算定するものとして届け出ている~~病床病棟~~又は病室に入院している全ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A 項目）~~及び又は~~手術等の医学的状況の項目（C 項目）を用いて測定し、その結果、当該~~病床病棟~~又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者又は C 項目の得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が 1 割以上であること。

第14 緩和ケア病棟入院料

1 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等

- (11) がん診療の拠点となる病院は、別添 3 の第 14 の (12) と同様であること。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的

な役割を担うと認めた病院又は~~下記に掲げる~~公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

第20 特定一般病棟入院料

（４） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）の施設基準等

ケ 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に入院している全ての患者の状態について、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）~~及び又は~~手術等の医学的状況の項目（Ｃ項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者又はＣ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が１割以上であること。

第21 地域移行機能強化病棟入院料

３ 届出に関する事項

地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、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及び専従の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために２名の専従の常勤精神保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は平成32年３月31日までに限り行うことができるものであること。

入 院 診 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状 治療により改善 す べ き 点 等	
全 身 状 態 の 評 価 (ADLの評価を含む)	
治 療 計 画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計 画 (目 標 を 含 む)	
栄養摂取に関する計画	(特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無)
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予 防 対 策 を 含 む)	
そ の 他 ・ 看護計画 ・ 退院に向けた支援 計画 ・ 入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

- ① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数
- ② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2
- なお、小数点以下は切り上げる。
- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。
- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該 3 か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数(以下「新入院患者」という。)及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における 1 回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。
- また、病棟種別の異なる病棟が 2 つ以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の入棟のみを新入棟患者として数える。
- 当該 3 か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。
- 当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。
- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該 3 か月間に当該病棟から退院(死亡を含む。)した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における 1 回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。
- 病棟種別の異なる病棟が 2 以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。
- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は 1 の①及び②から除く。
- 6 短期滞在手術等基本料 3 を算定した患者であって 6 日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。
- ~~7 平成26年3月31日において、現に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の7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院する患者について療養病棟入院基本料1の例により算定を行うことを地方厚生(支)局長へ届け出た病棟については、平成27年9月30日までの間、出来高により算定する病室を指定する場合は、当該病室に入院する患者についても平均在院日数の計算対象から除外する。~~

日常生活機能評価票

患者の状況	得 点		
	0 点	1 点	2 点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる 介助なし	見守り・一部介助が必要 一部介助	できない 全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	できる 介助なし	できない 介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※ 得点：0～19点

※ 得点が高いほど、生活自立度が高い。

合計得点

点

日常生活機能評価 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、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概ね2年以内に受けていることが望ましい。
- ~~4. 評価票の記入にあたって評価の判断は、下記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。~~
- ~~5. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病棟で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。~~
- ~~5. 評価は、記録観察と観察記録に基づいて行い、推測は行わないこと。~~
- ~~6. 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。~~
- ~~7. 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。~~
- ~~8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「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。~~
- ~~9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。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。~~
- ~~10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。~~
- ~~11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師職員、理学療法士等によって記録されていること。~~

1 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。

2 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」
~~調査評価~~時間内~~帯~~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、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静~~・拘制~~・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。

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

4 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。

5 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。

6 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。~~

移乗時の介助の状況の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」、「車椅子からベッドへ」、「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」

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1人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患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは自分1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。~~ ~~ストレッチャーの移動の際に、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~~全介助」

自分1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が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1人では動けず、~~イージスライド式~~等の移乗用補助具を使用する場合は「~~できない~~全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師職員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~~全介助」とする。

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

7 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。

8 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1人でできるかどうか、あるいは看護師職員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~~介助なし」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分1人でできる場合をいう。

「~~できない~~介助あり」

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。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

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、看護師職員等がによる口腔清潔を行わがされなかった場合は、「~~できる~~介助なし」とする。

9 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、車椅子に座らせるへの移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、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。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。~~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1人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

食事の~~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、全面的に看護師職員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、食欲の観察は含まれない。また、看護師職員等が行う、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 0 衣服の着脱 項目の定義

衣服の着脱を看護師職員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1人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、最後に看護師職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示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、看護師職員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。

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

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 1 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、看護師職員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。

1 2 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~~指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、~~適切な指示通りの~~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。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、~~自分なりの解釈を行い結果的に、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うてきたり、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。

1 3 危険行動 項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

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

~~患者の危険行動の評価~~にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を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。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

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

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

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

(参考)

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

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、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2	時間外対応加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2の3
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11, 19
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12の3～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	
6	一般病棟入院基本料（病棟群単位による届出）	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
第1	総合入院体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13及び13の2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐ 年 月	☐	様式15
4	診療録管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 19, 20
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 10の3, 13の3
9	療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐ 年 月	☐	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算 1	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
11	療養病棟療養環境加算 2	☐	☐ 年 月	☐	
11の2	療養病棟療養環境改善加算 1	☐	☐ 年 月	☐	
11の2	療養病棟療養環境改善加算 2	☐	☐ 年 月	☐	
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25

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）
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 34
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35
21	感染防止対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の2, 35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
25	総合評価加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	(特掲別添 2) 様式12, 12の2 40の9
26の6	認知症ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 13の3, 40の10, 40の11
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の13, 53
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式41
第 1	救命救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式13の2, 20, 42
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
5	新生児特定集中治療室管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7）
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 13の2, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 13の2, 48～48の3
10	小児入院医療管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 3	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 4	☐	☐ 年 月	☐	
10	小児入院医療管理料 5	☐	☐ 年 月	☐	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20 49～49の7
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	☐	☐ 年 月	☐	
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53
16	精神科急性期治療病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53, 55
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
20	特定一般病棟入院料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3
20	特定一般病棟入院料 2	☐	☐ 年 月	☐	
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 58
	短期滞在手術等基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	

※様式 1、2の2、5の2、10の4、14、14の2、~~14の3~~、16、21、26、32の2、33、39、39の2、53の2は欠番

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	☐
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	☐
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	☐
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	☐
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	☐
	地域ケア会議に年1回以上出席	☐
	居宅介護支援事業所の指定	☐
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	☐
	介護サービス事業所の併設	☐
	介護認定審査会に参加	☐
	所定の研修を受講	☐
	医師が介護支援専門員の資格を有している	☐
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している	☐
⑦-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	☐
	常勤の医師が2名以上配置されていること	☐
	退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること	☐

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。

3-2. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

4-3. ⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。
(適合する場合は、□に「レ」を記入し、入院診療計画等の基準に適合していることを確認できる文書(様式5(例)を参照のこと)を添付すること。)

該 当 に ○	入 院 基 本 料 等	今 回 の 届 出		届出 区 分	病棟数	病床数	入 院 患 者 数		平均在 院日数
		病棟数	病床数				届出時	1 日平均 入院患者数	
	総 病 床 数								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 2 の み （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	<u>療 養 病 棟 入 院 基 本 料 2 の み</u> <u>（ 注 11 に 係 る 届 出 ）</u>								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 2 の み （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	特 定 機 能 病 院 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟								
	結 核 病 棟								
	精 神 病 棟								

	専門病院入院基本料								
	障害者施設等入院基本料								
	障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)								
	救命救急入院料								
	特定集中治療室管理料								
	ハイケアユニット入院医療管理料								
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
	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								
	総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児 新生児							
	新生児治療回復室入院医療管理料								
	一類感染症患者入院医療管理料								
	特殊疾患入院医療管理料(再掲)								
	小児入院医療管理料(5は再掲)								
	回復期リハビリテーション病棟入院料								
	地域包括ケア病棟入 院料	病棟入院料 入院医療管理料							
	特殊疾患病棟入院料								
	緩和ケア病棟入院料								
	精神科救急入院料								
	精神科急性期治療病棟入院料								
	精神科救急・合併症入院料								
	児童・思春期精神科入院医療管理料								
	精神療養病棟入院料								
	認知症治療病棟入院料								
	特定一般病棟入院料								
	地域移行機能強化病棟入院料								

※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左端の欄に○を記入すること。
- 2 病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
- 3 「届出区分」の欄は、下表の例により記載すること。一般病棟で病棟群単位による届出を行う場合は、上段に7対1病棟群、下段に10対1病棟群を記載すること。病棟群単位による届出を行わない場合は上段のみに記載すること。

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
療養病棟入院基本料	1, 2
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

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

4 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
地域包括ケア病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料	1, 2
地域包括ケア入院医療管理料	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

5 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）を満たさないが、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
------	-------

6 療養病棟入院基本料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。

7 「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。

8 「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。なお、7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟群単位による届出を行う場合、平均在院日数の算出に当たって、7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟群間で転棟した場合には、いずれの病棟群においても、新入棟患者又は新退棟患者として計上しないこと。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（勤務形態）

[illegible]

手術室 中央材料室等							
褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名						

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

区 分		看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算		緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算		精神看護関連領域に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
がん拠点病院加算		がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算		栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算 1		医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
医療安全対策加算 2		医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 1		感染管理に従事した経験を有する専従の看護師	
		感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
感染防止対策加算 2		感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
患者サポート体制充実加算		患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		褥瘡管理者である専従の看護師	
呼吸ケアチーム加算		人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師	
退院支援加算 1, 2		退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
		退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
退院支援加算 3		退院支援及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師	
		退院支援及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師	
認知症ケア加算 1		認知症患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師	
ウイルス疾患指導料		HIV感染者の看護に従事した経験を有する専従の看護師	
喘息治療管理料		専任の看護職員	
糖尿病合併症管理料		糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師	
がん患者指導管理料		がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師	
外来緩和ケア管理料		悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する専従の常勤看護師	
移植後患者指導管理料	臓器移植後	臓器移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師	
	造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師	
糖尿病透析予防指導管理料		糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師	
院内トリアージ実施料		救急医療に関する経験のある専任の看護師	
外来放射線照射診療料		専従の看護師	
ニコチン依存症管理料		禁煙治療に係る専任の看護職員	
排尿自立指導料		下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師	
外来化学療法加算		化学療法の経験を有する専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師	
認知療法・認知行動療法 3		認知療法・認知行動療法に係る経験を有する専任の看護師	

精神科ショート・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ケア	専従の看護師	
重度認知症患者デイ・ケア料	専従の看護師	

勤 務 体 制						
3交代制	日 勤	(: ~ :)	準夜勤	(: ~ :)	深夜勤	(: ~ :)
2交代制	日 勤	(: ~ :)	夜 勤	(: ~ :)		
その他	日 勤			(: ~ :)		(: ~ :)
その他	日 勤			(: ~ :)		(: ~ :)

[記載上の注意]

1 看護配置加算を算定する場合は、「看護配置加算」の欄に○を記入すること。

2 看護補助加算は下表の例により該当する番号を記載すること。

看護補助加算	① 看護補助加算 1, ② 看護補助加算 2, ③ 看護補助加算 3
--------	------------------------------------

3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、「看護師」の欄に含めて記載すること。

4 「病棟勤務」の欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。

5 「病棟以外との兼任」の欄には、外来等と兼務する者の数を記載すること。

6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記載し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記載すること。

7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等（届出区分） _____

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25 対 1（看護補助者 5 割以上） ・ 25 対 1（看護補助者 5 割未満） ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無
 夜間 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
 夜間 75 対 1 看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○1 日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
 ※小数点以下切り上げ

① 月平均 1 日当たり看護配置数 _____ 人 〔C /（日数 × 8）〕

（参考）1 日看護配置数（必要数）： = 〔（A / 届出区分の数） × 3 〕 ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % 〔月平均 1 日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1 日看護配置数〕

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
 ※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16 時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 〔（D - E） / B〕 ※小数点第 2 位以下切り捨て

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 _____ 人
 うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 〔F /（日数 × 8）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = 〔（A / 200） × 3〕

※小数点第 3 位以下切り捨て

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「○」※4)	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	…	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計				[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数				[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計						[F] ※9	
1日看護配置数 (必要数) ※10	[(A/届出区分の数※11) × 3]			月平均1日当たり看護配置数		[C/(日数 × 8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	[(A/200) × 3]			月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数		[F/(日数 × 8)]	

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数 (必要数) ※10 [J]	[(A/届出区分の数※11) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者含む)	[G+H/(日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者除く) [K]	[G/(日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 (必要数) ※10	A/届出区分の数※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I/(日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K/J) × 100]

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
- ~~看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間75対1看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。~~
- 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
- ①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。
- ※12 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。

〔届出上の注意〕

- 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合）

保険医療機関名 _____ 病棟名 _____

届出の入院基本料等（当該病棟） _____ （病棟全体の場合） _____

※「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25 対 1（看護補助者 5 割以上） ・ 25 対 1（看護補助者 5 割未満） ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無

夜間 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

夜間 75 対 1 看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○1 日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均 1 日当たり看護配置数 _____ 人 〔C /（日数 × 8）〕

（参考）1 日看護配置数（必要数）： = 〔（A / 届出区分の数） × 3 〕 ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % 〔月平均 1 日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1 日看護配置数〕

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16 時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 〔（D - E） / B〕 ※小数点第 2 位以下切り捨て

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 〔F /（日数 × 8）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = 〔（A / 200） × 3〕

※小数点第 3 位以下切り捨て

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「つ」に○) ※4	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	…	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計				[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数				[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計						[F] ※9	
1日看護配置数(必要数) ※10	[(A/届出区分の数※11) × 3]			月平均1日当たり看護配置数		[C/(日数 × 8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)	[(A/200) × 3]			月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数		[F/(日数 × 8)]	

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数(必要数) ※10 [J]	[(A/届出区分の数※11) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[G+H/(日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[G/(日数 × 8)]
夜間看護補助配置数(必要数) ※10	A/届出区分の数※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I/(日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K/J) × 100]

〔記載上の注意〕

※1 届出に係る病棟ごとに記入すること。

看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載する

こと。

看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については記載しないこと。

- ※2 病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。

~~看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対 1 看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。~~

看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。

- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D] は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F] は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものであるため、看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数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 当該届出書を提出する場合、様式9（一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合）を添付すること。

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等（届出区分） _____

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○看護職員配置加算（50 対 1）の有無（該当に○） 有 ・ 無○看護補助者配置加算（25 対 1）の届出区分（該当に○） 有 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人 〔C／（日数×8）〕

（参考）1日看護配置数（必要数）： = 〔（A／届出区分の数）×3〕 ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % 〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

④ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 〔（D－E）／B〕 ※小数点第2位以下切り捨て

⑤ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人 （看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

⑥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 〔F／（日数×8）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = 〔（A／200）×3〕

※（小数点第3位以下切り捨て）

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「○」) ※4	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	...	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計				[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数				[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計						[F] ※9	
1日看護配置数(必要数) ※10	[(A/届出区分の数※11) × 3]				月平均1日当たり看護配置数	[C/(日数 × 8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)	[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	[F/(日数 × 8)]	

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護配置数(必要数) ※10 [G] ※11	[(A/13) × 3]
月平均1日当たり看護配置数 [H]	[看護職員のみC/(日数 × 8(時間))]
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数	[(看護職員のみC) - ([G] × 日数 × 8(時間)) / (日数 × 8(時間))]

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [I]	[看護補助者のみのC]
1日看護補助配置数※10(必要数) [J]	[(A/25) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[I/(日数 × 8(時間))]

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該

保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 届出区分の数である13対1の「13」で計算するが、注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類
病棟群単位で届け出る場合（7対1、10対1の病棟群ごとに提出すること）

保険医療機関名 _____ 届出区分 _____

病棟数 : 当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____

病床数 : 当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） ※医療機関全体で1区分を届け出ること

25対1（看護補助者5割以上） ・ 25対1（看護補助者5割未満） ・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無
 夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○） ※医療機関全体で1区分を届け出ること

12対1配置加算1 ・ 12対1配置加算2 ・ 16対1配置加算 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 _____人（算出期間 _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 _____人 〔C／（日数×8）〕

（参考）1日看護配置数（必要数）： = 〔（A／届出区分）×3〕 ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____％〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕

③ 平均在院日数 _____日（算出期間 _____年 _____月 _____日 ～ _____年 _____月 _____日） ※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16時間） _____時 _____分 ～ _____時 _____分

⑤ 月平均夜勤時間数 _____時間 〔（D－E）／B〕 ※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人

（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____人 〔F／（日数×8）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = 〔（A／200）×3〕

※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「つ」に○) ※4	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	…	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計				[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数				[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計						[F] ※9	
1日看護配置数(必要数) ※10	[(A/届出区分の数※11) × 3]				月平均1日当たり看護配置数	[C / (日数 × 8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)	[(A / 200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	[F / (日数 × 8)]	

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数(必要数) ※10 [J]	[(A/届出区分の数※11) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)	[G + H / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数(必要数) ※10	A / 届出区分の数※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K / J) × 100]

〔記載上の注意〕

- 1 病棟数と病床数は、届出に係る病棟群と病棟群全体の両方を記載すること。7 対 1 入院基本料と 10 対 1 入院基本料の病棟数又は病床数を合わせた数を、病棟群全体の数としてそれぞれ記載すること。
- 2 急性期看護補助体制加算と看護職員夜間配置加算は、両方の病棟群でそれぞれ基準を満たした上で、病院全体でひとつの区分を届け出ること。どちらかの病棟群のみで当該加算を届け出ることとはできない。
- 3 1 日平均入院患者数、月平均 1 日当たり看護配置数、看護職員中の看護師の比率、平均在院日数、月平均夜勤時間数、月平均 1 日当たり看護補助者配置数、事務的業務を行う看護補助者配置数については、それぞれ病棟群ごとに計算すること。
- 4 勤務実績表について
 - ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
 - ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
 - ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が 5 割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
 - ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟以外においては 8 時間未満の者は無に○を記入すること。
 - ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は 1 を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1 か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1 か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
~~看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対 1 看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。~~
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
 - ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
 - ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者、②7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、③7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が 8 時間未満の者
 - ※8 〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
 - ※9 〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
 - ※10 小数点以下切り上げとする。
 - ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば 10 対 1 入院基本料の場合「10」、25 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前 1 か月の各病棟の勤務実績表及び 2 つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時 12 対 1 又は 16 対 1 を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

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) <u>有床診療所他院の療養病棟</u>	名
	(5) うち、 <u>有床診療所</u> 在宅復帰機能強化加算 <u>又は有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算</u> の届出を行っている施設病棟	名
	<u>(6) 他院の療養病棟</u>	<u>名</u>
	<u>(7) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟</u>	<u>名</u>
	(<u>86</u>) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	(<u>97</u>) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	(<u>108</u>) (<u>64</u>)～(<u>97</u>)を除く病院、診療所	名
②	自宅等に退院するものの割合 (<u>8075</u> %以上) ((1)+(3)+(5)+ (6) +(7)+ <u>(8)+(9)</u>)／①	%

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

病棟群単位による届出を行う場合は、10 対 1 入院基本料の実績も含めて記載すること。

様式 12

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

		区 分	病 床 数	入 院 患 者 数		備 考	
				届 出 時	1 日 平 均 入院患者数		
入 病 院 床 患 数 者 及 数 び	総 数		床	名	名	1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日	
	内 訳	一般病床	床	名	名		
		療養病床	床	名	名		
看 護 要 員 数		看護師・准看護師		看 護 補 助 者			
		入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務	入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務		
	総 数	名	名	名	名		
	内 訳	一般病床	名	名	名		名
		療養病床	名	名	名		名
	上記以外の勤務		名		名		
勤 務 形 態 (該当するものに○印) (時間帯を記入)		時 間 帯 区 分 当直制 ・ 交代制 ・ その他 (: ~ :) (: ~ :) (: ~ :)					
有床診療所入院基本料の 夜間緊急体制確保加算に 係る夜間の緊急体制確保 の実施の有無		(有 ・ 無)					

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には 1 から 6 のいずれかを記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。
- 3 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 4 様式 12 の 2 を添付すること。
- 5 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の 3 から12の 6 までを添付すること。

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

~~（１）最初に入院を受け入れる保険医療機関~~

保険医療機関の名称	連絡先

~~（２）（１）の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関~~

連携先 （ ） 件	
連携施設の名称	連絡先

~~（３）（２）の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等~~

連携先 （ ） 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 （ ） 件	
連携施設の名称	過去１年間の面会日

[記載上の注意]

- ~~１ 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。~~
- ~~２ 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 1-2 の 2 を参考にすること。~~

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

	職 種	氏 名	勤 務 形 態	勤 務 時 間
一 般 病 床				
療 養 病 床				

〔記載上の注意〕

- 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
- 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
- 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。

様式12の2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日

患者氏名

殿

病名（検査・手術名）:

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						—（転院基準）—				—（退院基準）—
治療 薬剤 —（点滴・内服）—										
処置										
検査										
安静度・リハビリ —（OT・PTの指導を含む。）—										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	—【退院時患者状態】— 病院名					—【退院時患者状態】— 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

※2 入院期間については現時点で予想されるものである。

※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。

※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

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. 届出病床の状況

一般病床数 (床)

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月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療養病床	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)／① (70%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病床における当該3月間の新入院患者数	名
⑤	当該病床における当該3月間の新退院患者数(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 (60日 <u>以内以上</u>) <u>-(小数点以下は切り上げる)</u>	日

※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]

有床診療所入院基本料1、2又は3の施設基準に係る届出書添付書類(様式12の3)を添付すること。

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. 届出病床の状況

療養病床数（ 床）

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月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一般病床	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)		
③	当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病床における当該3月間の新入院患者数	名
⑤	当該病床における当該3月間の新退院患者数(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 (365日 <u>以内以上</u>) <u>(小数点以下は切り上げる)</u>	日

※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。

様式 13

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届 出 ※該当するものに○で囲むこと。	・総合入院体制加算 1 ・総合入院体制加算 2 ・総合入院体制加算 3
2 標榜し入院医療を提供している診療科	該当するものに○で囲むこと。 1 内科 2 精神科 3 小児科 4 外科 5 整形外科 6 脳神経外科 7 産科又は産婦人科
3 精神科医師が24時間対応できる体制 ※3及び4については総合入院体制加算1の届出の場合、5及び6については総合入院体制加算2又は3の届出の場合に記入すること。	次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。 1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： 2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称 ・ 担当精神科医師名 3 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床数 () 床 4 次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。 ・ 精神病棟入院基本料 () 人 ・ 精神科救急入院料 () 人 ・ 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 ・ 精神科救急・合併症入院料 () 人 ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 ・ 地域移行機能強化病棟入院料 () 人 5 次の届出している加算に○をつけること。 ・ 精神科リエゾンチーム加算 ・ 認知症ケア加算 1 6 1年間の算定実績 ・ 精神疾患診療体制加算 <u>2</u> () 件 ・ 入院精神療法（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る） () 件 ・ 救急救命入院料の注2に規定する加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る） () 件

4 24時間の救急医療体制 ※ 総合入院体制加算1の届出の場合、2又は3であること。	1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他()
5 外来縮小体制	1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 (有 無)
	2 診療情報提供料等を算定する割合 $(②+③) / ① \times 10$ () 割 ① 総退院患者数 () 件 ② 診療情報提供料（Ⅰ）の注「7」の加算を算定する退院患者数 () 件 ③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 () 件
6 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制	様式13の2に記載すること。
7 全身麻酔による手術件数	件
8 地域連携室の設置	(有 無)
9 24時間の画像及び検査体制	(有 無)
10 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	(有 無)
11 禁煙の取扱	該当するものに○で囲むこと。 1. 禁煙の取扱（屋内禁煙・敷地内禁煙）

	2. 屋内又は敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。 3. 分煙している病棟があれば、その入院料を○で囲むこと。 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神療養病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料 4 3に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ()
12 手術等の件数	ア 人工心肺を用いた手術 () 件 イ 悪性腫瘍手術 () 件 ウ 腹腔鏡手術 () 件 エ 放射線治療（体外照射法） () 件 オ 化学療法 () 件 カ 分娩 () 件 アからカのうち基準を満たす要件の数 ()
13 重症度、医療・看護必要度に係る実績	① 当該病棟の入院患者延べ数 () 名 (算出期間（1か月） 年 月) ② ①のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準（A項目、C項目）を満たす入院患者の延べ数 () 名 ③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 $\frac{②}{①} = () \%$
14 外部評価について ※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。	該当するものに○で囲むこと。 ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 ・上記に準じる評価 ()
15 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。	1年間の救急用の自動車等による搬送件数 () 件

16 その他	療養病棟入院基本料の届出 (有 無) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (有 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む)
--------	--

〔記載上の注意〕

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

看護職員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 看護職員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。新規届出のものは、新規欄にチェックすること。)

項目名	届出年月日	新規	項目名	届出年月日	新規
☐ 急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	☐	☐ 看護補助加算 (対1)	年 月 日	☐
☐ 夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	☐	☐ 夜間75対1看護補助加算	年 月 日	☐
☐ 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算)	年 月 日	☐	☐ 夜間看護体制加算 (看護補助加算)	年 月 日	☐
☐ 看護職員夜間12対1配置加算 1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日	☐	☐ 看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料)	年 月 日	☐
☐ 看護職員夜間16対1配置加算	年 月 日	☐	☐ 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料)	年 月 日	☐
☐ 認知症ケア加算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__日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

☐ 看護職員と他職種との業務分担(☐ 薬剤師 ☐ リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)

☐ 臨床検査技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ その他(職種)

☐ 看護補助者の配置

ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置

有 無

イ 看護補助者の夜間配置

有 無

☐ 短時間正規雇用の看護職員の活用

☐ 多様な勤務形態の導入

☐ 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮

ア 院内保育所

有 無 (夜間保育の実施 有 無)

イ 妊娠中の夜勤の減免制度

有 無

ウ 子育て中の夜勤の減免制度

有 無

エ 育児短時間勤務

有 無

オ 他部署等への配置転換

有 無

(2) 看護職員の勤務時間の把握等

☐ 勤務時間 (平均週 時間(うち、残業 時間))

☐ 2交代の夜勤に係る配慮

☐ 勤務後の暦日の休日の確保

☐ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保

☐ 16時間未満となる夜勤時間の設定

☐ その他(具体的に:)

☐ 3交代の夜勤に係る配慮

☐ 夜勤後の暦日の休日の確保

☐ 残業が発生しないような業務量の調整

☐ その他(具体的に:)

(3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等
☐ 交代制勤務の種別 (3交代、変則3交代、2交代、変則2交代)
☐ 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理
 ア 11時間以上の勤務間隔の確保 有 無
 イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ) 有 無
 ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで 有 無
 エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築 有 無
 (イ) 過去1年間のシステム運用 有 無
 (ロ) 部署間における業務標準化 有 無
 オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上 有 無
 カ 看護補助者の夜間配置 有 無
 キ 看護補助者への院内研修 有 無
 ク 夜間院内保育所の設置 有 無
~~※アからクのうち満たす項目数(――項目)――~~
☐ その他の夜勤負担の軽減
 ア 長時間夜勤の是正 有 無 イ 夜勤従事者数の増員 有 無
 ウ 月の夜勤回数の上限設定 有 無

(4) 職員等に対する(1)の計画の周知 (有 無)
 具体的な周知方法()

(5) 業務分担推進のための取組
☐ 業務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()
☐ 看護補助者の活用に関する研修の受講
 研修修了者数 (人)

(6) 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者(労働時間管理者)(名前: 職種:)

〔記載上の注意〕

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2(2)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 2(3)の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに○を付けること。
- 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の(3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち「有」に○を付けたものについて、以下の書類を添付すること。
 - ・アからウについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績が分かる書類
 - ・エについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ・エについては、業務量を把握する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定等
 - ・オ及びカについては、様式9
 - ・キについては、適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況(院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等)について具体的な内容が確認できる書類
 - ・クについては、院内保育所の開所時間が分かる書類
- 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の(3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
- 看護補助者の活用に関する研修修了者数は、記載時点において当該保険医療機関に所属する看護師等のうち研修を修了している者の数を計上すること。
- 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。

〔急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)、看護職員夜間配置加算(12対1配置加算1・16対1配置加算)及び看護補助加算(夜間看護体制加算)における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目について〕

	急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)	看護職員夜間配置加算 (12対1配置1、16対1配置)	看護補助加算 (夜間看護体制加算)
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	○	○	○
エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○
オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○
カ 看護補助者の夜間配置	(夜間急性期看護補助体制加算の算定が必須)	○	(必須)
キ 看護補助者への院内研修			○
ク 夜間院内保育所の設置	○	○	○
満たす必要がある項目数	3項目以上	4項目以上	4項目以上

救急医療管理加算2に係る報告書(7月報告)

集計期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

① 1年間の救急医療管理加算1、2の合計算定患者数	人
② うち、救急医療管理加算2の算定患者数	人
③ 救急医療管理加算2の割合(②/①)	%

④ 救急医療管理加算2の算定患者の内訳		
疾病コード (※DPCコードの <u>上6桁</u> を用いる)	名称	患者数
		人
		人
		人
		人
		人
		人

[記入上の注意]

- 「救急医療管理加算2の算定患者の内訳」については、直近1年間に入院したすべての患者について記載すること。
- 2 疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名をDPCコードで分類し、記載すること。
- 3 名称については、疾病コードごとに当該DPCコード上6桁の名称を記載する。

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

医師事務作業補助体制加算 1

医師事務作業補助体制加算 2

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入または○をつけること。)

イ：当該加算の届出を行う病床数		加算の種類	ロ：配置基準	ハ：医師事務 作業補助者 の数
① 一般病床 ※特定機能病院入院基本料算定病床 を除く。	床	加算 1 ・ 2	対 1	名
② 精神科救急入院料 1 又は 2、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	床	加算 1 ・ 2	対 1	名
③ 療養病棟入院基本料算定病床	床	加算 1 ・ 2	対 1	名
④ 精神病棟入院基本料算定病床	床	加算 1 ・ 2	対 1	名
⑤ 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1 に限る)	床	加算 1 に限る	対 1	名

※ 配置基準は 15 対 1・20 対 1・25 対 1・30 対 1・40 対 1・50 対 1・75 対 1・100 対 1 のうち
該当するものを記入 (③及び④は 50 対 1・75 対 1・100 対 1 に限る。) すること。

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

2 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	
--------------------	--

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低 6 ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に 3 2 時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

4 院内規定の整備について (満たしているものに○をつける)

① 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。）。
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。 ☐ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。） ☐ 電子カルテシステムのみ ☐ オーダーリングシステムのみ

5 医療実績等に関する事項

①第三次救急医療機関		
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
③小児救急医療拠点病院		
④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院	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
⑪年間の緊急入院患者数が 50 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〕

- 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 「4」の①については、様式 13 の 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。
- 「4」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。
- 「4」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

ーダリングシステムを含む。)における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。

- 7 15 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20 対 1、25 対 1、30 対 1 又は 40 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑨のいずれかを満たすこと。50 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

届 出 事 項	届 出 病 床 の 内 訳	
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個 室 床	
	2 人 部 屋 床	
	<u>①</u> 合 計 床	
入院患者数及び重症者数	<u>①②</u> 一般病棟における1日平均入院患者数 名	(届出前1年月) 年 月 ～ 年 月
	<u>②③</u> 一般病棟における1日平均重症者数 名	(直近1ヶ月間) 年 月 ～ 年 月
	<u>④</u> 割 合 (<u>②①</u> / <u>①②</u>) × 100 %	

[記載上の注意]

1 ① ≤ ③、かつ④ < 8 % (特別の診療機能を有している場合は④ ≤ 10%) であること。

1 2 様式 23 の 2 を添付すること。

2 3 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム

ア 精神科の医師 氏名 _____

イ 精神科等の経験を有する看護師 氏名 _____
研修受講 (あり ・ なし)

ウ 精神医療に経験を有する薬剤師等 氏名 _____
精神科リエゾンチームの診療に従事する時間 (専任の場合) 週 _____ 時間

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり平均所用時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	概ね 分	

3 精神症状の評価等に係る回診

開催頻度	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	

4 1週間当たりの算定患者数 _____ 人

5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

体制

[記載上の注意]

- 「1」のアは精神科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは3年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験(平成29年4月1日以降は、精神科医療に係る看護に従事した経験に入院患者の看護の経験1年以上を含むこと)を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については該当する職種に○をし、3年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 様式13の2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

☐ 後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上）
☐ 後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満）
☐ 後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）50%以上60%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

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

3. 医薬品の使用採用状況（平成 年 月 日時点）

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

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における~~おいて~~加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~28~~²⁶年3月 ~~4~~⁵日保医発 ~~03040305~~ 第13号）を参照すること。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 届出に係る 病棟薬剤業務実施加算後発医薬品使用体制加算 の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

()	病棟薬剤業務実施加算 1
()	病棟薬剤業務実施加算 2

2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

- 3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

--

- 4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

- 5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

--

- 6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

--

〔記載上の注意〕

- 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 別添7の様式20により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。

- 5 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 6 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 7 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。
- 8 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 他の回復期リハビリテーション病棟	名
	(4) (3)を除く病院、有床診療所	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	上記③のうち、入院時における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の延べ数	名
⑦	新規入院患者における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合 ⑥／③	%
⑧	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑨	上記⑧のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者	名
⑩	日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 ⑨／⑧	%

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
⑪	直近1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休日又は休日以外の延入院日数	日	日
⑫	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑬	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑫/⑪)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「①」の「(1) 在宅」とは「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」中の区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(3)ア及びイに掲げる施設等と同様である。
- 「⑧」について、地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票における院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。
- 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成28年3月4日保医発0304第2号)

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

- (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、~~及び~~輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等 及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

- (9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

- (ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数 以下 ~~以下~~ ~~以上~~であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの（ハ）による届出の場合

8月1日から新規に算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数 以下 ~~以下~~ ~~以上~~であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

- (11) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、（6）経口摂取回復促進加算1に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの（イ）中「別添1の第45の2の1の（3）のア又はイ」とあるのは、「別添1の第79の3の1の（2）の イの①の（ア）又は（イ） ~~アの①又は②~~」と読み替えるものとする。

第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において当該点数を算定するに
当たり届出の必要なもの

外来後発医薬品使用体制加算

シャトルウォーキングテスト（時間内歩行試験に係る届出を行っていない場合に限る。）

内視鏡下甲状腺部分切除、~~甲状腺腫摘出術~~、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）及び内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

~~内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）~~

~~内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術~~

乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）

腹腔鏡下腎悪性腫瘍~~手術~~切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

歯根端切除手術の注3

表2 施設基準の改正により、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

在宅療養支援診療所（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。））

~~歯根端切除手術の注3~~

表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）</u>	→	<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術</u>
<u>内視鏡手術用支援機器加算</u>	→	<u>腔鏡下前立腺悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）</u>

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第4の6 糖尿病透析予防指導管理料

1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準

(9) 注5に規定する腎不全期患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が5割を超えていること。

ア 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に~~算出測定~~した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ (ml/分/1.73m²) が30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したものと及び腎臓移植を受けたものを除き6人以上が該当する場合に限る。)

イ アの算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者

(イ) 血清クレアチニン又はシスタチンCがアの算定時点から不変又は低下していること

(ロ) 尿たんぱく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること

(ハ) アで $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を~~算出測定~~した時点から前後3月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減していること

2 届出に関する事項

(1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の6及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2を用いること。なお、腎不全期患者指導加算に係る届出は、別添~~2~~の様式5の8を用いること。

第11の3の2 外来がん患者在宅連携指導料

1 外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準

外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算~~1若しくは~~2の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算~~1若しくは~~2の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第12の1の2 診療情報提供料(I)及び電子的診療情報評価料

3 届出に関する事項

(1) 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は~~「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」の別添2の様式12により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は「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」の別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。~~

第12の2 医療機器安全管理料

2 医療機器安全管理料2に関する施設基準

- (2) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

第14 在宅療養支援歯科診療所

1 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

- (9) 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

第29の3 センチネルリンパ節生検（片側）

2 届出に関する事項

- (1) センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の3及び様式52を用いること。
(2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第47の6 通院・在宅精神療法

1 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

- (2) (1)の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した~~の~~経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。

2 届出に関する事項

通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式4及び様式44の5を用いること。

第79の3 医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術

- 1 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準次のいずれかに該当すること。

- (2) 胃瘻造設術を実施した症例数（頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ウ 以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。

- ① 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日~~から~~から起算して1年以内に死亡し

た患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

- ③ （２）イ①の（ア）に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以上が経過している患者

第84の２の５ 画像誘導密封小線源治療加算

- （５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。

イ 遠隔操作式密封小線源治療装置加算

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

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	☐	☐ 年 月	☐	1, 4
2	高度難聴指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	2
3	喘息治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	3
4	糖尿病合併症管理料	☐	☐ 年 月	☐	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の2
4の3	がん患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	5の6, (基本別添7) 13 の2, 5の8
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	☐	☐ 年 月	☐	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	☐	☐ 年 月	☐	7の3 (基本別添7) 13の2
6の7	外来放射線照射診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の6
6の8	地域包括診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の8
7	ニコチン依存症管理料	☐	☐ 年 月	☐	8, 4
8	開放型病院共同指導料	☐	☐ 年 月	☐	9, 10
9	在宅療養支援診療所	☐	☐ 年 月	☐	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	☐	☐ 年 月	☐	13
11の2	がん治療連携計画策定料	☐	☐ 年 月	☐	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	☐	☐ 年 月	☐	13の2
11の3の3	排尿自立指導料	☐	☐ 年 月	☐	13の4
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	☐	☐ 年 月	☐	13の6
12	薬剤管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	☐	☐ 年 月	☐	(基本別添7) 12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	☐	☐ 年 月	☐	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	15
12の2	医療機器安全管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	☐	☐ 年 月	☐	15
13	歯科治療総合医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	☐	☐ 年 月	☐	17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）
14	在宅療養支援歯科診療所	☐	☐ 年 月	☐	18
14の2	在宅療養支援病院	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	☐	☐ 年 月	☐	19
16	在宅がん医療総合診療料	☐	☐ 年 月	☐	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	☐	☐ 年 月	☐	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	☐	☐ 年 月	☐	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の2
16の5の2	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	20の9
16の6	持続血糖測定器加算	☐	☐ 年 月	☐	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	☐	☐ 年 月	☐	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	☐	☐ 年 月	☐	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	☐	☐ 年 月	☐	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	☐	☐ 年 月	☐	23
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）	☐	☐ 年 月	☐	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	☐	☐ 年 月	☐	22
20の3	国際標準検査管理加算	☐	☐ 年 月	☐	22
21	遺伝カウンセリング加算	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	☐	☐ 年 月	☐	24の6
22の4	胎児心エコー法	☐	☐ 年 月	☐	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	☐	☐ 年 月	☐	24の7
23	人工臓器検査	☐	☐ 年 月	☐	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	☐	☐ 年 月	☐	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	☐	☐ 年 月	☐	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	☐	☐ 年 月	☐	25の2, 4
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	☐	☐ 年 月	☐	26
25の2	光トポグラフィー	☐	☐ 年 月	☐	26の2, 52, 4
26	脳磁図	☐	☐ 年 月	☐	27
26の1の2	脳波検査判断料 1	☐	☐ 年 月	☐	27の2, 4
26の1の3	遠隔脳波診断	☐	☐ 年 月	☐	27の3
26の2	神経学的検査	☐	☐ 年 月	☐	28
27	補聴器適合検査	☐	☐ 年 月	☐	29
27の2	ロービジョン検査判断料	☐	☐ 年 月	☐	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	☐	☐ 年 月	☐	30

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	小児食物アレルギー負荷検査	☐	☐ 年 月	☐	31
29の2	内服・点滴誘発試験	☐	☐ 年 月	☐	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	☐	☐ 年 月	☐	31の3, 52, 4
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	☐	☐ 年 月	☐	38
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	☐	☐ 年 月	☐	38の1の2
30	画像診断管理加算 1	☐	☐ 年 月	☐	32
30	画像診断管理加算 2	☐	☐ 年 月	☐	32
31	歯科画像診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	33
32	遠隔画像診断	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	36
34	C T撮影及びM R I 撮影	☐	☐ 年 月	☐	37
35	冠動脈C T撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
35の2	外傷全身C T加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36	心臓M R I 撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の1の2	乳房M R I 撮影加算	☐	☐ 年 月	☐	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	☐	☐ 年 月	☐	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	38の3
37	外来化学療法加算 1	☐	☐ 年 月	☐	39
37	外来化学療法加算 2	☐	☐ 年 月	☐	39
37の2	無菌製剤処理料	☐	☐ 年 月	☐	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 1）	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 2）	☐	☐ 年 月	☐	43の6, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	☐	☐ 年 月	☐	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	☐	☐ 年 月	☐	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	☐	☐ 年 月	☐	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	☐	☐ 年 月	☐	44の4
47の6	通院・在宅精神療法	☐	☐ 年 月	☐	44の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
47の7	救急患者精神科継続支援料	☐	☐ 年 月	☐	44の6
48	認知療法・認知行動療法	☐	☐ 年 月	☐	44の3
48の1の2	依存症集団療法	☐	☐ 年 月	☐	44の7
48の2	精神科作業療法	☐	☐ 年 月	☐	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	☐	☐ 年 月	☐	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。）	☐	☐ 年 月	☐	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	☐	☐ 年 月	☐	47, 4
55の2	精神科重症患者早期集中支援管理料	☐	☐ 年 月	☐	47の2
56	医療保護入院等診療料	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (基本別添7) 13の2, 4
56の3	硬膜外自家血注入	☐	☐ 年 月	☐	52, 48の6, 4
57	エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49
57	エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の2
57の2	透析液水質確保加算	☐	☐ 年 月	☐	49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	☐	☐ 年 月	☐	49の3の2
57の2の3	人工臓器療法	☐	☐ 年 月	☐	24の4, 4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	☐	☐ 年 月	☐	49の4, 4
57の4の2	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	49の6, 4, 49の7
57の4の3	手術用顕微鏡加算	☐	☐ 年 月	☐	49の8
57の5	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	☐	☐ 年 月	☐	50
57の6	CAD／CAM冠	☐	☐ 年 月	☐	50の2
57の7	歯科技工加算	☐	☐ 年 月	☐	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。）	☐	☐ 年 月	☐	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。）	☐	☐ 年 月	☐	50の5
57の9の2	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	☐	☐ 年 月	☐	50の5の2, 4
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。）	☐	☐ 年 月	☐	50の6, 52, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	☐	☐ 年 月	☐	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	☐	☐ 年 月	☐	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	☐	☐ 年 月	☐	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	25

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）
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	☐	☐ 年 月	☐	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。））	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の2, 4
60の4	羊膜移植術	☐	☐ 年 月	☐	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））	☐	☐ 年 月	☐	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）	☐	☐ 年 月	☐	52, 54の5, 4
60の7	網膜再建術	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	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）	☐	☐ 年 月	☐	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。）	☐	☐ 年 月	☐	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。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の3, 4
61の4の2	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の4, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１及び又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の2, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の5, 4
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）	☐	☐ 年 月	☐	50の5
61の7	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 56の6, 4
62	同種死体肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
62の2	生体部分肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58
62の2の2	内視鏡下筋層切開術	☐	☐ 年 月	☐	52, 58の2, 4
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 59
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の2, 4
63の4	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の3, 4
63の5	磁気ナビゲーション加算	☐	☐ 年 月	☐	52, 59の4, 4
64	経皮的中心隔心筋焼灼術	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	24
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	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	52, 62, 4
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	☐	☐ 年 月	☐	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	☐	☐ 年 月	☐	24
69	補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64, 4
69の2	小児補助人工心臓	☐	☐ 年 月	☐	52, 64の2, 4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の3, 4
71	同種心移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
72	同種心肺移植術	☐	☐ 年 月	☐	57

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）
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	☐	☐ 年 月	☐	65の3の2, 4
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
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	☐	☐ 年 月	☐	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）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の6, 4
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の7, 4
73	体外衝撃波胆石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	☐	☐ 年 月	☐	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67
75	同種死体肝移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67の2, 4
75の4	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67の2の2, 4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
76の2	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	☐	☐ 年 月	☐	52, 67の3, 4
76の3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	☐	☐ 年 月	☐	66, 4
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	☐	☐ 年 月	☐	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）	☐	☐ 年 月	☐	68の2, 4
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 68の3, 4
77の4	同種死体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	57
77の5	生体腎移植術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77の7	膀胱水圧拡張術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の2, 4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の3, 4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 69の3, 4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	☐	☐ 年 月	☐	69の4, 4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	☐	☐ 年 月	☐	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	☐	☐ 年 月	☐	52, 65の5, 4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	☐	☐ 年 月	☐	52, 71の1の2, 4
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71の1の3, 4
78の3	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	☐	☐ 年 月	☐	52, 71の4, 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）
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	☐	☐ 年 月	☐	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (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。）	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
80	輸血管理料Ⅰ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血管理料Ⅱ	☐	☐ 年 月	☐	73
80	輸血適正使用加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	73
80の2	自己生体組織接着剤作成術	☐	☐ 年 月	☐	73の2
80の3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	☐	☐ 年 月	☐	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	☐	☐ 年 月	☐	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	☐	☐ 年 月	☐	52, 73の5, 4
80の6	歯周組織再生誘導手術	☐	☐ 年 月	☐	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	☐	☐ 年 月	☐	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	☐	☐ 年 月	☐	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	☐	☐ 年 月	☐	49の8
81	麻酔管理料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	75
82	放射線治療専任加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の2	外来放射線治療加算	☐	☐ 年 月	☐	76
83	高エネルギー放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	77
83の2	１回線量増加加算	☐	☐ 年 月	☐	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	☐	☐ 年 月	☐	78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	☐	☐ 年 月	☐	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84	定位放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84の2の2	粒子線治療	☐	☐ 年 月	☐	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	☐	☐ 年 月	☐	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	79の2
84の4	テレビソゾーによる術中迅速病理組織標本作製	☐	☐ 年 月	☐	80
84の5	テレビソゾーによる術中迅速細胞診	☐	☐ 年 月	☐	80
84の6	病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の7	口腔病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81
86	歯科矯正診断料	☐	☐ 年 月	☐	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）	☐	☐ 年 月	☐	83
88	調剤基本料	☐	☐ 年 月	☐	84
89	調剤基本料の特例除外	☐	☐ 年 月	☐	84の2, 4

施設基 準通知		今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
	名 称				
91	基準調剤加算	☐	☐ 年 月	☐	86, 4
92	後発医薬品調剤体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87
93	保険薬局の無菌製剤処理加算	☐	☐ 年 月	☐	88, 4
94	在宅患者調剤加算	☐	☐ 年 月	☐	89
95	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	☐	☐ 年 月	☐	90, 4

※様式6,~~12~~, 16, 65, 68, 72は欠番

様式 5 の 8

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る届出書添

付書類報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
①のうち、 $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ (ml/分/1.73m ²) が 30 未満であったもの	② 名
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの	③ 名
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの	④ 名
②のうち、①で $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を <u>算出算定</u> した時点から前後 3 月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの	⑤ 名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥ 名
②／⑥	%

[記載上の注意点]

1. ①の期間は、報告月年月日の 4 月前までの 3 か月間とする。

例：平成 2 8 年 1 0 月 1 日の届出報告

↓

平成 2 8 年 4 月~~1日~~～2 8 年 6 月~~30日~~

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例 1：

<u>算出測定</u> 年月日	2 月 1 9 日	5 月 1 9 日	8 月 1 9 日
$eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m ²)	33. 7	28. 6	25. 6

→前 3 月では (33. 6-28. 6) / 3 月=1. 67/月、

後3月では $(28.6 - 25.6) / 3 \text{月} = 1.00 / \text{月}$

$(1.67 - 1.00) / (1.67) = 40\%$ で、1月当たりの低下が30%以上軽減20%以上となるため該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

算出測定年月日	2月12日	5月19日	8月12日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短い、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

様式 7 の 8

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること	☐
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	☐
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	☐
	ア 初期小児救急医療に参加していること	☐
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	☐
	ウ 定期予防接種を実施していること	☐
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	☐
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	☐

〔記載上の注意〕

- ②について、確認できる資料の写し（小児科外来診療料については、例えば診療報酬明細書の写し等）を添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。)			
(1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所			
(2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所			
(3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所			
2 当該診療所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 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 担当者が固定している場合			
(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:			
5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。)			
(1) 当該診療所の担当医師名:			
(2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名			
・名称:			
・担当医師名:			
6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。)			

(1) 当該診療所の担当看護職員名: (2) 連携保険医療機関の名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: (3) 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:	
7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)	
(1) 当該診療所のみで確保 (2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保 ・名称: ・開設者: (3) 連携保険医療機関のみで確保 ・名称: ・開設者:	
8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。	
(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は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 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出	
(1) 届出の有無 ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無) ② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無) ③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)	
(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()	
(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師 ① 氏名 () ② 勤務を行った保険医療機関名 () ③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)	
(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()	

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)÷(1)		%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師
①		患者の紹介を受けた日付
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数	名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数	名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数	名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②÷(①+②)	%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③÷(①+②)	%

[記載上の注意]

- 「3」は、「第9」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診療所が記載すること。
- 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、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、「4の連絡先」に記載すること。
- 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、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(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。
- 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合には、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の4)を添付すること。

6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所に係る報告書(様式11の3)」を添付すること。

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 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

(1) 届出の有無

- ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)
② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)
③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()

(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師

- ① 氏名 ()
② 勤務を行った保険医療機関名 ()
③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)

(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日) 名

(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。) 名

【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」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、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。
- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

(2) (1) の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

(3) (2) の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 () 件	
連携施設の名称	過去 1 年間の面会日

[記載上の注意]

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 12 の 2 を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
 患者氏名 殿
 病名（検査・手術名）：

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過（日又は週・月単位）	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				退院日
達成目標						（転院基準）				（退院基準）
治療 薬剤 （点滴・内服）										
処置										
検査										
安静度・リハビリ （OT・PTの指導を含む。）										
食事（栄養士の指導も含む。）										
清潔 排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※ 1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 ※ 2 入院期間については現時点で予想されるものである。
 ※ 3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
 ※ 4 当該様式については、年に 1 回、毎年 7 月 1 日時点のものについて届け出ること。

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況（届出前 1 年間の実績）

（１）歯科訪問診療 _____人

（２）歯周病安定期治療 _____人

※（１）については、歯科訪問診療 1 及び 2 を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※（２）については、歯周病安定期治療（Ⅰ）を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 （ 年 月 日）

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名 （複数の場合は全員）	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応に関する内容を含むものであること。

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

※歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を既に行っていて、研修受講者が本届出と同一である場合においては、歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の届出の副本（受理番号が付されたもの）の写しの添付でも可とするものであること。

4 歯科医師の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科医師の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

5 歯科衛生士等の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科衛生士の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
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		

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 当該地域における連携医療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:	台
滅菌器(製品名等):	

11 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、
歯科再診料を算定した人数を記載すること。

※①、②とも延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____ … (A)

2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 _____人

※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員)

研 修 名

受 講 年 月 日

研 修 の 主 催 者

講習の内容等

※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏 名	常勤／非常勤
1)	常勤／非常勤
2)	常勤／非常勤
3)	常勤／非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1) 患者からの連絡を受ける体制: 対応体制 _____名で担当

・ 担当者の氏名及び職種

・ 連絡方法・連絡先

(2) 歯科訪問診療体制: 対応体制 _____名で担当

・ 担当医の氏名

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関 (1) 医療機関の名称 (2) 在宅医療を行う医師の氏名 (3) 連絡先
7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者 ・ 氏名、連絡先 ・ 資格、主な業務内容
8. 後方支援医療機関(歯科医療機関) (1) 医療機関の名称 (2) 所在地 (3) 連絡先

以下、9～1312については、1. の(A)が0.95 以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関	
保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）	
歯科訪問診療1	① 人
歯科訪問診療2	② 人
歯科訪問診療3	③ 人
歯科訪問診療1の算定割合: ① / (① + ② + ③) × 100% _____ %	
※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。	

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____ 人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____ 人

※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、
歯科再診料を算定した人数を記載すること。また、①、②とも延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____ … (A)

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療1	① _____ 人
歯科訪問診療2	② _____ 人
歯科訪問診療3	③ _____ 人

※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。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____ 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

在宅時医学総合管理料
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 1 1 ~~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

4 直近 1 か月間における往診又は訪問診療の状況について

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

[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。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	()名
2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む)	()名
3. 現在の入院希望患者数	()名

III. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外)
()回	()回	()回	()回	()回	()回
()名	()名	()名	()名	()名	()名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	()医療機関
-------------------	---------

[記入上の注意]

- 1 ~~Ⅱ-Ⅲ~~の②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206 在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2 ~~Ⅲ-Ⅳ~~の①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

長期継続頭蓋内脳波検査

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

2 常勤医師の氏名

〔記載上の注意〕

1 「2-1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、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の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。

2 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

☐ 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上）
☐ 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

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

3. 医薬品の使用採用状況（平成 年 月 日時点）

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

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬におけるおいて加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~28~~²⁶年3月 ~~4~~⁵日保医発 ~~03040305~~第13号）を参照すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算 1
胃瘻造設術
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別	
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
2 常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
3 胃瘻造設術の年間症例数	例
4 経口摂取回復率	
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）
A = ① + ②	
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧	
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く）
⑨ / (A - B) = 割 分	
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている (該当する ・ 該当しない)	
※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。	
意識障害等があり実施が危険な患者	人
顔面外傷により嚥下が困難な患者	人

筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者	人
6 胃瘻造設術を行う場合、全例に多職種による術前カンファレンスを行っている (該当する ・ 該当しない)	
7 胃瘻造設術を行う場合、全例に計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施している (該当する ・ 該当しない)	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(11-9)に定めるところによるものであること。
- 2 経口摂取回復促進加算1に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 3 「4」、「5」、「6」及び「7」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 4 「4」の③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。
- 5 「4」の⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。
- 6 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
 - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 7 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 8 「5」、「6」及び「7」は、経口摂取回復促進加算1の届出の際は記載する必要はないこと。

様式 57

同種死体肺移植術
同種心移植術
同種心肺移植術
同種死体肝移植術
同種死体脾移植術
同種死体脾腎移植術
同種死体腎移植術

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出事項を○で囲むこと。

施 設 種 別
・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ 移植関係学会合同委員会において、脾臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)
・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (登録選定年月日： 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 施設種別欄において選定又は登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
- 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

胸腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
・ 再度の届出	(実績期間 年 月 ～ 年 月)
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	科
	科
	科
	科
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名	
5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等	
常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例
6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (1) 3 年間における直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上) 例	
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 例	
(経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)	
7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 「3」の医師の氏名、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。
- 「5」及び「6」については当該手術症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「5」について、当該常勤医師の経歴 (心臓血管外科の経験年数がわかるもの) を添付すること。

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）					科 科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 （うち術者として）	
		年	年	例 （例）	
		年	年	例 （例）	
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）					
常勤医師の氏名		経験年数			
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 臨床検査技師の氏名					
7 緊急手術が可能な体制（有・無）					
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無（有・無）					
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無（有・無）					

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、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。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

〔 高エネルギー放射線治療
1 回線量増加加算 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	症例数 例
2 小児入院医療管理料 1 の届出の有無	有 ・ 無
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数 年
4 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数 年

〔記載上の注意〕

- 1 症例数は特掲診療料施設基準通知 2 の 4 の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 症例数は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。
- 3 「3」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「4」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「1」及び「2」を、1 回線量増加加算の届出を行う場合にあっては「1」、「3」及びから「4」までを記載すること。

強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数	
例	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
・直線加速器（名称） ・治療計画用CT装置（名称） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称） ・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。
- 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該保険医療機関病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

様式 78 の 2

画像誘導放射線及び画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る

届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する 常勤 の者の職名及び氏名	
5 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名	
6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
① ２方向以上の透視が可能な装置	
② 画像照合可能な超音波診断装置	
③ 画像照合可能なＣＴ装置	
④ 画像照合可能なＭＲＩ装置	
⑤ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑥ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

〔記載上の注意〕

- 「２」、「３」及び「４」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「５」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することとして、当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 「６」には、画像誘導放射線治療加算の場合は①～③について記入して、画像誘導密封小線源治療加算の場合は③～⑥について記入する（③、④についてはいずれかで１つのみでも可とする）。

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療に専従の常勤医師（５年以上の経験を有する者が２名以上）	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
2 常勤診療放射線技師（３名以上で、かつ治療室１室につき２名以上）	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名	
4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名	
5 粒子線治療に係るカンサーボードの有無 有 ・ 無	
6 がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに係る連携の有無 有 ・ 無	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称) ・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称) ・ ２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称)	

〔記載上の注意〕

※粒子線治療適応判定加算については、「１」、「５」及び「６」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「５」及び「６」以外について記入すること。

- １ 「１」から「４」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- ２ 「１」及び「２」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- ３ 「５」の粒子線治療に係るがん診療連携拠点病院（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、がん診療連携拠点病院に所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。
※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。
具体的には、月に 1 回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する 3 分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。
- ４ 「６」については、がん診療連携拠点病院とのがん診療連携拠点病院に、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類

標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等	
① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師）	
検査技師の氏名	経験年数
② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合	
主たる衛生検査所名	
当該衛生検査所への年間委託件数	件

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。）	
病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）	
① 病院の場合	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合	
保険医療機関指定年月日 年 月 日	
4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等	
常勤の医師等の氏名	経験年数

5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項 (衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入)			
①	標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数	_____	件
②	①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数	_____	件
③	②の内訳(作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)		
	(名称)	(作製数)	_____ 件
	(名称)	(作製数)	_____ 件
	(名称)	(作製数)	_____ 件
④	同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合＝ (③のうち最大のもの／②) × 100＝		%

[記載上の注意]

- 1 標本の送付側及び標本の受取側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、標本の送付側の保険医療機関の届出書については、標本の受取側に係る事項についても記載すること。
- 2 標本の受取送付側の届出にあつては、常勤の医師又は歯科医師の経歴(病理診断の経験、勤務状況がわかるもの)を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る 調剤基本料の区分 (いずれかに○を 付す)	()	調剤基本料 1	()	調剤基本料 1 (特例除外)
	()	調剤基本料 2		
	()	調剤基本料 3		
	()	調剤基本料 4	()	調剤基本料 4 (特例除外)
	()	調剤基本料 5		

1 届出の区分(該当する項目の□に「レ」を記入する) ☐ 新規指定に伴う新規届出(遡及指定が認められる場合を除く) 指定日(年 月 日) ☐ 新規指定に伴う届出(遡及指定が認められる場合) ☐ 調剤基本料の区分変更に伴う届出 ☐ その他 ()	
2 所属するグループ名とグループ内の1月当たりの処方せん受付回数の合計	所属するグループ名 () 1月当たりの処方せん受付回数の合計(①) (回)
3 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無(いずれかに「レ」を記入)	☐ ある ☐ ない
4 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間②)	
全処方せん受付回数(③)	回
うち、主たる医療機関に係る処方せん受付回数(④)	回
集中度(④/③)(%) (⑤)	%
5 前年4月1日から9月末日までの妥結率(⑥)	%
6 特例除外の該当の有無	☐ あり(様式84の2の添付必要) ☐ なし
(参考) かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない薬局への該当の有無	☐ あり(100分の50により算定) ☐ なし
※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。なお、上記6の特例除外に該当する場合は、表の「特例除外」の欄の該当する区分に○をつける。 (1) ①が40,000回を超えている→(2)へ 該当しない→(3)へ (2) 次のいずれかに該当する →表中(Ⅲ)へ ア 3の「ある」に「レ」が記入されている	

イ ⑤が 95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

ア ③が[②(月数)×4,000]が③を超えており、かつ、⑤が 70%を越えている

イ ③が[②(月数)×2,000]が③を超えており、かつ、⑤が 90%を越えている

ウ ④が[②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

	妥結率(⑥により判断)	
	50%超	50%以下
(Ⅰ)	調剤基本料 1	調剤基本料 4
(Ⅱ)	調剤基本料 2	調剤基本料 5
(Ⅲ)	調剤基本料 3	特別調剤基本料 (本届出不要)
特例除外	調剤基本料 1 (特例除外)	調剤基本料 4 (特例除外)

[記載上の注意]

- 「1」については、新規指定(遡及指定が認められる場合を除く。)の場合は、指定日の属する月の翌月から3か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方せん受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値(小数点以下は四捨五入)を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方せん
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。

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28年3月4日保医発0304第3号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第2節 入院基本料等加算

A246 退院支援加算

- (5) 退院支援計画を実施するに当たって、退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師~~及び~~、病棟に専任の退院支援職員~~並びに及び~~退院支援部門の看護師~~及び並びに~~社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

A310 緩和ケア病棟入院料

- (3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「A308」の回復期リハビリテーション病棟~~入~~入院料の(4)と同様であること。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

- (7) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(~~6-5~~)の例による。
- (8) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(~~7-6~~)から(~~9-8~~)までの例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001-2 小児科外来診療料

- (11) 本診療料を算定する~~旨を届け出た~~保険医療機関の保険医が「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」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

第2部 在宅医療

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」干涉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、サモダイレーション用カテーテル、体外式連続心拍出量測定用センサー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ー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~~ 年～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。

(~~6-5~~) 「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。

(~~7-5~~) 「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。

(~~8-7~~) 「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、(~~6-5~~)のカンファレンス及び回診又は(~~7-5~~)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。

(~~9-5~~) 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。

(~~10-5~~) 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~~と~~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~~又は指導~~又は~~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

Ｉ０１４ 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。

Ｉ０１７－２ 床副子調整・修理

(5) 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）」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Ｈ００１－２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Ｍ０００－２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~~

Ｍ０００ 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。

Ｍ０００－２ 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。

~~✕ 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~~

~~✕ 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)~~ (9) 「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)~~ (10) 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。

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日：平成 年 月 日

退院支援委員会開催日： 平成 年 月 日

患者等への説明日： 平成 年 月 日

計画の変更日: 平成 年 月 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 退院支援委員会の審 議等を踏まえ、退院支 援において、特に重点 的に解決を図る必要 があると考えられるも の(最大3つ)を選択し た上で、関連する精神 症状の状況等とともに、 詳細を記載すること。	【本人の受け入れ】 ☐退院意欲 ☐退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 ☐経済環境 ☐住環境 【健康領域】 ☐服薬管理 ☐食事管理 ☐病気の理解(病識) ☐身体疾患の管理 ☐体力 ☐危機管理 【日常生活領域】 ☐食事の準備 ☐金銭管理 ☐睡眠 ☐外出 【社会生活技能/社会参加領域】 ☐対人関係 ☐日中の過ごし方 ☐就学 ☐就労 ☐その他社会的活動() 【家族支援領域】 ☐家族への情報提供 ☐家族の負担軽減 ☐家族関係調整 【その他】 ☐その他 () 問題点・課題等の詳細
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等 5以外の問題点、課題 等について優先順位を つけて記載すること。	
7	退院予定時期	

8		退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）	
退院意欲の喚起に関すること		【目標】 【実施内容とスケジュール】	
地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の実施に 関すること	院内 プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐心理教育 ☐家族心理教育 ☐就労・就学支援 ☐個別認知行動療法 ☐集団認知行動療法 ☐デイケア等体験利用 ☐その他（ 【今後のスケジュール】	
	院外 プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐宿泊 ☐買い物 ☐公共・金融機関利用 ☐交通機関利用 ☐住居見学 ☐通所施設見学 ☐余暇活動 ☐その他（ 【今後のスケジュール】	
退院後の医療の確保に 関すること		【退院後の医療サービスに関する課題】 【必要な医療サービス】 ☐外来通院先の確保 ☐身体疾患治療のための通院先の確保 ☐訪問診療 ☐訪問看護 ☐デイ・ケア等 ☐その他（ 【必要な支援と今後のスケジュール】	

[illegible]

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

(※) 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بران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

○ ケチアピンフマル酸塩

○ 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:	
病理診断料使用欄:病理診断科ID ☐ 病理診断管理加算1 ☐ 病理診断管理加算2 ☐ 標本作製料 ☐ 病理診断料 ☐ 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	() 月	() 月	() 月	() 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	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()月 までの 6か月	()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。

(別添5)

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 ~~H~~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、又は経皮的大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 P C A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 P C A機能を有さず、P C A装置との接続部分も存在しないこと。

③ P C A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 P C A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	<u>060035 結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍</u> 060035xx0103xx 060035xx0113xx 060035xx97x2xx 060035xx97x30x 060035xx97x31x 060035xx99x2xx 060035xx99x30x 060035xx99x31x
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	<u>130140 造血器疾患 (その他)</u> 130140xxxxxxx
3	ストレプトゾシン	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	<u>060295 慢性C型肝炎</u> 060295xx97x0xx 060295xx99x0xx
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XⅢ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	<u>060010 食道の悪性腫瘍 (頸部を含む。)</u> 060010xx01x4xx 060010xx02x3xx 060010xx02x40x 060010xx02x41x 060010xx97x3xx 060010xx97x40x 060010xx97x41x 060010xx99x30x 060010xx99x31x 060010xx99x40x 060010xx99x41x
8	ベグインターフェロンアルファー 2 b (遺伝子組換え)	ベグイントロン皮下注用50 μ g /0.5mL用 ベグイントロン皮下注用100 μ g /0.5mL用 ベグイントロン皮下注用150 μ g /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3 m g	マントリン細胞リンパ腫	C831	<u>130030 非ホジキンリンパ腫</u> 130030xx97x2xx 130030xx97x3xx 130030xx97x40x 130030xx97x41x 130030xx99x2xx 130030xx99x30x 130030xx99x31x 130030xx99x40x 130030xx99x41x
10	ニンテダニブエタンサルホン酸塩	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	<u>040110 間質性肺炎</u> 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	<u>130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物</u> 130040xx97x5xx 130040xx99x5xx
12	レジバスピル 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	<u>060295 慢性C型肝炎</u> 060295xx97x0xx 060295xx99x0xx
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	アンチトロンビン 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ビン欠乏に基づく血栓形成傾向 アンチトロンビン低下を伴う播種性血管内凝固症候群 (DIC)	0723、D688、D65	<u>120290 産科播種性血管内凝固症</u> 120290xxxx0xx <u>130100 播種性血管内凝固症候群</u> 130100xxxx0xx 130100xxxx1xx 130100xxxx2xx 130100xxxx4xx <u>130130 凝固異常 (その他)</u> 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	<u>070560 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患</u> 070560xx97x0xx 070560xx97x1xx 070560xx99x0xx 070560xx99x1xx

	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 栓症の治療及び再発抑制	J802	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 慢性腎炎症候群・慢性間質性 腎炎・慢性腎不全 110280xx991x0x
18	ルストロンボバグ	ムルプレタ錠 3 mg	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 ／バリタプレビル水和 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	B182	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、G412	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 1 mg	悪性軟部腫瘍	(特定出来ない)	全ての診断群分類番号
24	インジウムベンテトレ オチド (¹¹¹ I n)	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）	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注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）	ザイヤフレックス注射用	デュビュイトラン拘縮	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	アノチトロンビン 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 ヒストリチウム）（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
----	---	--------------

ページ	段	行	誤	正
-----	---	---	---	---

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	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）

二一二	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。
二一五	上	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
---	---	---	--------	-------	-----

事務連絡
平成28年 3 月 31 日

地方厚生（支）局医療課 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険主管課（部） 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

疑義解釈資料の送付について（その１）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第52号）等については、「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28年 3 月 4 日保医発0304第 3 号）等により、平成28年 4 月 1 日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添 1 から別添 5 のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

医科診療報酬点数表関係

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問1)「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」において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するとあるが、

- ① 具体的にどの項目で、どのような職種が評価できるのか。
- ② 事務職員や看護補助者でも可能か。

(答) ① 看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、「看護職員等」と示している。実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したのもも評価の根拠となる。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができる。

- ② できない。ただし、転記や入力することは可能。

(問2)「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」について、新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

- ① 治療開始時刻は入室時刻としてよいか。
- ② 入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。
- ③ 午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合は対象となるか。

(答) ① よい。

- ② 対象とならない。

- ③ 対象とならない。

(問3)「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」について、「C 手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数

えるのか。

(答) 手術が終了した日を手術当日として評価する。

(問4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目共通事項において、「同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。」とあるが、

- ① 予定手術として二期的に手術を行う場合も初回の手術のみが評価の対象となるのか。
- ② 救命等に係る内科的治療において、同一疾患に起因した一連の再治療の場合の取り扱いはどうなるのか。

(答) ① 予定手術として二期的に手術を行う場合は、それぞれの手術が評価の対象となる。

② 同一疾患に起因した一連の再治療が一回の入院中に行われる場合は、初回の治療のみ評価の対象となる。なお、予定していたものとして二期的に治療を行う場合は、それぞれの治療が評価の対象となる。

(問5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の開腹手術について、「腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法（腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む）により手術が行われた場合に評価する」とあるが、腹壁を切開しない方法で腹腔・骨盤腔又は後腹膜腔の臓器に達する手術は、対象となるのか。

(答) 対象とならない。

(問6) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）」において、区分番号「K033」筋膜移植術、区分番号「K034」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）、区分番号「K035」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）、区分番号「K035-2」腱滑膜切除術、区分番号「K037」腱縫合術、区分番号「K037-2」アキレス腱断裂手術、区分

番号「K 0 3 9」腱移植術（人工腱形成術を含む。）、区分番号「K 0 4 0」腱移行術、区分番号「K 0 4 2」骨穿孔術、区分番号「K 0 4 3」骨搔爬術、区分番号「K 0 6 6」関節滑膜切除術、区分番号「K 0 6 6－2」関節鏡下関節滑膜切除術、区分番号「K 0 6 6－4」関節鏡下滑液膜摘出術、区分番号「K 0 6 7」関節鼠摘出手術、区分番号「K 0 6 7－2」関節鏡下関節鼠摘出手術は含まれるか。

（答）含まれない。

（問 7）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の C 項目の骨の手術の「骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）」において、区分番号「K 3 2 0」アブミ骨摘出術・可動化手術等、頭頸部の骨の切除・移植を要する手術は含まれるか。

（答）含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないもの、開窓や穿孔のみの操作で骨の切除を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

（問 8）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の C 項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」において、区分番号「K 0 4 4」骨折非観血的整復術、区分番号「K 0 6 1」関節脱臼非観血的整復術は含まれるか。

（答）含まれない。

（問 9）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の C 項目の骨の手術の「下肢・骨盤の骨接合に係る手術」について、抜釘術は含まれるのか。

（答）含まれない。

(問10) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の骨の手術の「骨悪性腫瘍に係る手術」において、区分番号「K 4 3 9」下顎骨悪性腫瘍手術、区分番号「K 4 4 2」上顎骨悪性腫瘍手術等、頭頸部の骨に対する悪性腫瘍の手術は含まれるか。

(答) 含まれる。ただし、軟骨のみの操作で骨の操作を伴わないものは対象とならない点に留意すること。

(問11) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目「全身麻酔の手術」について、静脈麻酔によるものも含まれるのか。

(答) 静脈麻酔で行われたもののうち、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として実施されたものであれば含まれる。

(問12) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「脳血管内治療」の中に、区分番号「K 1 7 8」脳血管内手術、区分番号「K 1 7 8－2」経皮的脳血管形成術、区分番号「K 1 7 8－3」経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、区分番号「K 1 7 8－4」経皮的脳血栓回収術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問13) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の中に「冠動脈カテーテル治療」とあるが、区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術、区分番号「K 5 5 0」冠動脈内血栓溶解療法、区分番号「K 5 5 0－2」経皮的冠動脈血栓吸引術、区分番号「K 5 7 0－3」経皮的肺動脈形成術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における①経皮的血管内治療の「選択的血管塞栓による止血術」について、肝動脈塞栓術は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問15) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における②経皮的心筋焼灼術等の治療の中に「経皮的心筋焼灼術」とあるが、区分番号「K 5 9 5」経皮的カテーテル心筋焼灼術、区分番号「K 5 9 5 - 2」経皮的中隔心筋焼灼術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問16) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の中に、「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」とあるが、区分番号「K 6 8 2 - 3」内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術、区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術、区分番号「K 6 8 6」内視鏡的胆道拡張術、区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術、区分番号「K 6 8 8」内視鏡的胆道ステント留置術、区分番号「K 7 0 8 - 3」内視鏡的膵管ステント留置術は含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問17) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目の救命等に係る内科的治療における③侵襲的な消化器治療の「内視鏡による胆道・膵管に係る治療」について、区分番号「K 6 8 2 - 2」経皮的胆管ドレナージ術、区分番号「K 6 8 9」経皮経肝胆管ステント挿入術、区分番号「K 6 9 1 - 2」経皮的肝膿瘍ドレナージ術などの経皮的な治療は含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問18) 7対1入院基本料を算定するものとして届け出た病棟において、一部の病室を区分番号「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料又は区分番号「A306」特殊疾患入院医療管理料を算定する病室として届け出ている場合、当該特定入院料を届け出ている病室に入室している患者について、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定の対象であるか。

(答) 7対1入院基本料を算定しない病室に入院している患者であることから、7対1入院基本料における「重症度、医療・看護必要度」の測定対象とはならない。

【ADL維持向上等体制加算】

(問19) ADL維持向上等体制加算を算定する病棟で専任者として登録する理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料の専従者と兼務できるか。

(答) できる。

(問20) ADL維持向上等体制加算について、登録した理学療法士等が当該病棟で6時間以上勤務した日に算定できるとされているが、複数の理学療法士等の勤務時間を合算して6時間以上となれば算定できるか。

(答) できない。少なくとも一人の理学療法士等が、当該病棟で6時間以上勤務している必要がある。

【月平均夜勤時間】

(問21) 看護職員の月平均夜勤時間数の計算方法が見直されたが、4週間を単位として計算している医療機関について、
① 4週間が4月1日をまたぐ場合、改定前あるいは改定後のど

こちらの計算方法で計算すればよいか。

- ② ①の場合に、4週間の始期をリセットし、平成28年4月1日から計算を開始することができるか。

(答) ① 改定前の計算方法で計算すること。

- ② 平成28年4月1日をまたぐ4週間を改定前の計算方法で計算し要件を満たしていることを確認した上であれば、4月1日から計算を開始してもよい。

【夜勤時間特別入院基本料】

(問22) 夜勤時間特別入院基本料は、過去に月平均夜勤時間超過減算や夜勤時間特別入院基本料を算定していた場合でも算定できるか。

(答) 算定できる。

(問23) 夜勤時間特別入院基本料の届出に当たり、事前に医療勤務環境改善支援センターに相談する必要があるか。

(答) 届出の前後いずれでもよいが、相談状況及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

(問24) 夜勤時間特別入院基本料の施設基準において、医療勤務環境改善支援センターに相談することとなっているが、当該センターはどこに設置されているのか。また、当該都道府県に設置されていない場合はどうすればよいか。

(答) 医療勤務環境改善支援センターは、平成28年2月末時点で43都道府県に設置されており、その連絡先については、ウェブサイト「いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）」を参照されたい。また、当該センターが設置されていない都道府県については、設置までの間は、都道府県労働局が委託事業により労務管理面の相談支援を実施している医療労務管理相談コーナーへ相談することでよいこととする。

・いきいき働く医療機関サポートWeb（いきサポ）

URL：<http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/> ※「いきサポ」で検索。

(問25) 医療勤務環境改善支援センターへは、何を相談すればよいか。

(答) 医療勤務環境改善支援センターは、医療機関の厳しい勤務環境の改善とワーク・ライフ・バランスの確保等を通じて医療従事者の定着・離職防止を図るために医療機関の計画的な勤務環境改善の取組を支援する機関である。夜勤時間特別入院基本料を算定することとなる医療機関においては、当該センターに対して、人材の確保・定着に向けた自組織での勤務環境改善の取組の進め方等を相談し、必要に応じて、当該センターの支援を求められたい。

(問26) 医療勤務環境改善支援センターへの相談状況に関する書類とは、どのようなものか。

(答) 書式の指定はないが、相談日や相談内容がわかるものを添付すること。

【病棟群届出】

(問27) 原則として、異なる病棟群への転棟はできないとあるが、例外とはどのような場合か。

(答) 例えば、入院中に新たな疾患を発症し、その治療のために別の診療科への転科が必要となったことに伴う他病棟への転棟などである。

(問28) やむを得ず転棟した場合の入院費用の算定方法はどのようにすればよいか。

(答) 転棟した患者は入院期間を通して10対1の入院基本料を算定すること。
なお、既にレセプト請求している場合は、前月まで遡りレセプトを取り下げ、修正して請求し直すこと。

【主として事務的業務を行う看護補助者】

(問29) 看護補助者を配置する場合は、必ず主として事務的業務を行う

看護補助者を配置しなければならないか。

(答) 配置する必要はない。

(問30) 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合、

- ① 新たな届出が必要か。
- ② みなし看護補助者でもよいか。また、医師事務作業補助者と兼務してもよいか。

(答) ① 必要ない。

② どちらも不可。

【療養病棟入院基本料】

(問31) 療養病棟入院基本料 2 の注11に定める所定点数の100分の95を算定する場合は、以下の①及び②のどのような組み合わせにおいて算定可能か。

- ① 看護職員配置25対 1
- ② 当該病棟の入院患者のうち、医療区分 3 と医療区分 2 との患者の合計が 5 割以上

(答) 療養病棟入院基本料 2 の注11に定める、所定点数の100分の95の点数は、以下のいずれの場合にも算定できる。

- 1. ①のみを満たす場合（平成28年 3 月31日時点で継続して 6 か月以上療養病棟入院基本料 1 又は 2 を届け出ている病棟である場合に限る。）
- 2. ②のみを満たす場合（平成28年 3 月31日時点で継続して 6 か月以上療養病棟入院基本料 1 又は 2 を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対 1 以上である場合に限る。）
- 3. ①及び②の両方を満たさない場合（平成28年 3 月31日時点で継続して 6 か月以上療養病棟入院基本料 1 又は 2 を届け出ている病棟である場合、かつ、看護職員配置30対 1 以上である場合に限る。）

(問32) 別紙 8 「医療区分・ADL 区分に係る評価票 評価の手引き」
「33. うつ症状に対する治療を実施している状態」の項目の定義

について、以下の場合は該当するか。

- ① 当該患者の入院する保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を診察の上処方する場合
- ② 別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の指示により、当該保険医療機関の精神保健指定医ではない医師が処方する場合
- ③ 当該患者が別の保険医療機関を受診し、当該別の保険医療機関の精神保健指定医が処方する場合

(答) ① 該当する。

- ② 当該保険医療機関において別の保険医療機関の精神保健指定医が当該患者を対診し、当該精神保健指定医の具体的な指示に基づき、当該保険医療機関の医師がうつ症状に対する薬の処方を行う場合は、1回の処方に限り本項目に該当する。
- ③ 別の保険医療機関において精神保健指定医の診察を受け、当該精神保健指定医によってうつ症状に対する薬を処方される場合も本項目に該当する。

(問33) 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」
「33. うつ症状に対する治療を実施している状態」の項目の定義に定める精神保健指定医について、常勤・非常勤どちらでも良いか。

(答) 精神保健指定医は、当該患者が入院する保険医療機関において、常勤又は非常勤のいずれの場合でも良い。

(問34) 別紙8「医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き」
「17. 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）」の項目の定義について、
① 1日の中で酸素流量が変動し、3L／分を下回る時間が存在する場合も医療区分3として良いか。
② 「肺炎等」に相当する疾患は、どのようなものが含まれるか。

(答) ① 1日の中で流量が3L／分を下回る場合がある患者については、医療区分2に該当する。

- ② 「肺炎等」は、動脈血酸素飽和度を低下させる急性の呼吸器疾患等のこと。単なる痰や、慢性のものは該当しない。

(問35) 療養病棟入院基本料を算定する病棟において、インターフェロン、酢酸リユープロレリン等の悪性腫瘍に対する効能を有する薬剤を使用した場合、抗悪性腫瘍剤として薬剤料を算定できるか。

(答) 算定できる。

【障害者施設等入院基本料】

(問36) 障害者施設等入院基本料を算定する脳卒中を原因とする重度の意識障害の患者であって、病状が医療区分1又は2に相当し、入院期間が90日を越えるものは、「注5」に定める特定患者と同様の扱いとなるのか。

(答) 脳卒中を原因とする重度の意識障害の患者については、特定患者に該当しないことから、入院期間が90日を超える場合であっても、「注6」の対象となる。

(問37) 障害者施設等入院基本料の「注6」に定める点数を算定する場合の医療区分の判断については、別紙様式2「医療区分・ADL区分に係る評価票」を毎日記録する必要があるか。

(答) 障害者施設等入院基本料における医療区分の判断については、様式は定めていないが、医療機関で適切に記録する必要がある。

【有床診療所在宅復帰機能強化加算、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算】

(問38) 一つの有床診療所が一般病床と療養病床の二つを有しており、そのうちどちらか一方のみにおいて在宅復帰機能強化加算を届け出ている場合、他方の病床に入院している患者についても在宅復帰機能強化加算を算定できるか。

(答) できない。

(問39) 一つの有床診療所が一般病床と療養病床の二つを有しているとき、在宅復帰機能強化加算の算定に用いる在宅復帰率、平均在院日数の計算において、一般病床から療養病床への転床、また療養病床から一般病床への転床はどのように取り扱うのか。

(答) 在宅復帰率、平均在院日数の計算において、同一有床診療所内における別の病床区分への転床は、退院と同様に取り扱う。なお、在宅復帰率の計算において、これらの患者は在宅に退院した患者数に含めない。

【総合入院体制加算】

(問40) 総合入院体制加算 1 及び 2 の要件について、日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について第三者の評価を受けている病院とあるが、下記は該当すると考えてよいか。

- ① JCI (Joint Commission International) の「大学医療センター病院プログラム」又は「病院プログラム」
- ② ISO (国際標準化機構) 9001の認証

(答) 該当する。

【救急医療管理加算】

(問41) 救急医療管理加算における「緊急カテーテル治療・検査」について、緊急の消化器出血に対する経カテーテル的止血術も含まれるか。

(答) 含まれる。

【看護職員夜間配置加算】

(問42) 平成28年 3 月31日において、現に看護職員夜間配置加算を算定する保険医療機関が、平成28年 4 月以降において看護職員夜間12 対 1 配置加算 2 を算定するためには、新たに届け出る必要がある

のか。

(答) 7対1入院基本料については新たな届出は不要である。10対1入院基本料を算定する保険医療機関には、当該加算の施設基準にある重症度、医療・看護必要度に関する経過措置が適用されるため、平成28年10月1日以降も引き続き当該加算を算定するためには、重症度、医療・看護必要度の新基準を満たした上で届け出る必要がある。

【急性期看護補助体制加算／看護職員夜間配置加算／看護補助加算（夜間看護体制加算）】

(問43) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウは、勤務計画又は勤務実績のどちらで満たしていればよいのか。勤務実績の場合は、届出前1か月の実績を有していればよいのか。

(答) アからウの項目で施設基準を満たすのであれば、常時、勤務実績を満たしていること。届出に当たっては、届出前1か月の実績を有していること。

(問44) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のうちアからウの実績は、一時的に応援に来た当該病棟以外の看護職員も含むのか。

(答) 当該病棟において夜勤を含む交代制勤務に従事した者であれば当該病棟以外の看護職員も含む。なお、この場合、当該病棟で勤務した時間において満たしていればよく、当該病棟以外で勤務した時間の実績は含めなくてよい。

(問45) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のア及びイの開始時刻及び終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

(答) 含める。

(問46) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のイの「勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤（8-17時）をした翌日が早出（7時-16時）の場合は要件を満たすと考えてよいのか。

(答) 直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

(問47) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のウの夜勤の数について、

- ① どのように数えるか。例えば16時間夜勤の場合は、16時間を1回の夜勤と数えるのか、それとも準夜・深夜と考え2回と数えるのか。
- ② 夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと数えてよいのか。

- (答) ① 始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回として考える。この場合、1回と数える。
- ② よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

(問48) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目のエについて、

- ① 「各部署の業務量を把握・調整するシステム」とはどのようなシステムか。
- ② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしており病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。
- ③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

- (答) ① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援にいく等のシステムである。
- ② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。

- ③ 特に限定していない。

(問49) 看護業務の負担の軽減に資する業務管理等に関する項目の院内保育所の設置について、

- ① 毎日開所していないと該当しないのか。
- ② 保育所が院内ではなく、同一敷地内に設置、道路をはさんだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。
- ③ 病児保育のみを実施している場合は該当するか。

- (答) ① 院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間の場合も該当する。
- ② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は含まない。
- ③ 該当しない。

(問50) 区分番号「A 2 0 7 - 4」看護職員夜間12対1配置加算1あるいは看護職員夜間16対1配置加算を算定している場合に、急性期看護補助体制加算の夜間看護体制加算は算定可能か。

(答) 算定可能。

(問51) 区分番号「A 2 1 4」看護補助加算の夜間看護体制加算について、看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

- ① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよいか。
また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は該当するか。
- ② 毎日配置していなければいけないか。

- (答) ① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者(みなし看護補助者を除く。)を配置していればよい。

② 週 3 日以上配置していればよい。

【急性期看護補助体制加算／看護補助加算（看護補助者活用に関する研修）】

（問52）区分番号「A 2 0 7－3」急性期看護補助体制加算及び区分番号「A 2 1 4」看護補助加算について、所定の研修を修了した看護師長等の配置とあるが、看護師長等とは副師長、主任でもよいか。

（答）よい。

【緩和ケア診療加算／緩和ケア病棟入院料】

（問53）緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料において、「公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院」とあるが、従前の公益財団法人日本医療機能評価機構が定める付加機能評価の「緩和ケア機能」の認定を受けている場合は対象となるのか。

（答）対象となる。

（問54）緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料の施設基準である「がん診療連携の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。」について、下記は該当すると考えてよいか。

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
- ② ISO（国際標準化機構）9001の認証

（答）①及び②ともに該当する。

【リエゾンチーム加算】

（問55）精神科等の経験を 3 年以上有する専任の常勤の看護師に必要な入院患者の看護とはどのようなものをいうのか。

(答) 精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

【栄養サポートチーム加算】

(問56) 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

(答) 栄養サポートチームの構成員として、1回／2週以上の頻度で診療に携わっていることが必要。

【感染防止対策加算】

(問57) 感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、
① 院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。
② 院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

(答) ① そのとおり。
② 必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。

【病棟薬剤業務実施加算】

(問58) 病棟薬剤業務実施加算2について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

(答) 可能。

【退院支援加算】

(問59) 退院支援加算 1 について、全ての病棟で要件を満たさなくても、一部の病棟で要件を満たせば、当該病棟において加算を算定できるか。

(答) 当該加算を算定することができる入院料を届け出ている病棟全てで要件を満たす必要がある。

(問60) 注 4 に掲げる地域連携診療計画加算は、相手先の医療機関との間で地域連携診療計画が作成・共有されていれば、必ずしも相手先の医療機関が当該加算を算定していなくても算定できるか。

(答) 算定できる。

(問61) 退院支援加算で配置されている退院支援部門の看護師及び各病棟において退院支援及び地域連携業務に専従する看護師が、退院支援として退院後訪問指導を実施してよいか。

(答) よい。

【認知症ケア加算】

(問62) 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

(答) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注 2」の点数は適用しなくてよい。

(問63) 「注 2」に掲げる点数が適用されるにあたり、身体的拘束の実施時間について規定はあるか。

(答) ない。時間によらず、実施した日は「注 2」に掲げる点数を算定する。

(問64) 認知症ケア加算の算定には、認知症の確定診断が必要か。

(答) 認知症と診断されていなくても、算定要件を満たしていれば算定できる。

(問65) 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクⅢ以上かどうかは、誰が判断するのか。

(答) 担当する医師又は看護職員が判断する。

(問66) 認知症ケア加算 1 の施設基準にある認知症ケアチームの専任看護師は、精神科リエゾンチームの専任看護師との兼務が可能か。

(答) 可能である。

(問67) 認知症ケア加算 1 の施設基準にある「認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師」のうち、「認知症治療に係る適切な研修を修了した医師」に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、都道府県及び指定都市で実施する「認知症地域医療支援事業」に基づいた「認知症サポート医養成研修」である。

(問68) 認知症ケア加算 1 の施設基準にある認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師に求められる「認知症治療に係る適切な研修」とは、どのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修
- ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老年看護」及び「精

神看護」の専門看護師教育課程

- ③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」
ただし、③については認定証が発行されている者に限る。

(問69) 認知症ケア加算2の施設基準にある「認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師」に求められる「適切な研修」とは、どのようなものがあるか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

- ① 都道府県及び指定都市「平成28年度看護職員認知症対応力向上研修」
- ② 日本看護協会「平成25年度一般病院における認知症患者看護のマネジメント」、「平成27年度急性期病院で治療を受ける認知症高齢者の看護」、「平成28年度インターネット配信研修〔リアルタイム〕認知症高齢者の看護実践に必要な知識」
- ③ 日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」
- ④ 日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」
- ⑤ 日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」
- ⑥ 全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」
- ⑦ 独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）本部研修センター「認知症看護研修」
- ⑧ 社会福祉法人恩賜財団済生会「認知症支援ナース育成研修」

なお、東京都が行っている「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」は、認知症ケア加算2にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ」又は平成24年度から平成27年度開催の「東京都看護師認知症対応力向上研修」と併せて、「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」を修了した場合には、必要な研修内容を満たすものとなるため、認知症ケア加算2にある所定の研修とみなすことができる。

(問70) 認知症ケア加算のイの期間とロの期間の日数は、入院日から数えた期間か、それとも、ケア開始日から数えた期間か。

(答) 入院日を起算日とした日数。例えば、認知症ケア加算1を届け出てい

る病棟において、入院 7 日目に関与し始め、20 日目に退院した場合、150 点を 8 日間、30 点を 6 日間算定する。

【精神疾患診療体制加算】

(問71) 夜間休日救急搬送医学管理料の精神科疾患患者等受入加算を併せて算定することは可能か。

(答) 可能。

【新生児特定集中治療室管理料】

(問72) 区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料の施設基準において、専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していることとされているが、出産や時間外の診療等により一時的に治療室を離れてもよいか。

(答) 不可。当該専任の医師については、常時、治療室内に勤務していること。ただし、救急搬送された母体の出産、出産後に児が新生児特定集中治療室に入院することが想定される場合等、緊急かつ重篤な場合に限り一時的に治療室を離れることは差し支えない。

【特殊疾患入院医療管理料／特殊疾患病棟入院料】

(問73) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の「注 4」に定める点数を算定した場合、「注 2」及び「注 3」に定める加算は算定できるのか。

(答) 「注 3」は要件を満たせば算定可能。「注 2」は、人工呼吸器を使用している場合の加算であり、人工呼吸器を使用する場合は医療区分 3 に相当するため、「注 4」に定める点数の対象患者とはならない。

(問74) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の「注 4」に定める点数を算定する場合の医療区分の判断については、別紙様式 2 「医療区分・ADL区分に係る評価票」を毎日記録する必要があるか。

(答) 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料における医療区分の判断については、様式は定めていないが、医療機関で適切に記録する必要がある。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

(問75) 回復期リハビリテーション病棟入院料の留意事項通知(12)ウ及びエにある実績指数の算出から除外できる患者は、アで「リハビリテーションの提供実績を相当程度有する」との判断の際にも計算対象から除外できるか。

(答) 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の数が10名以上であるかの判断は、ウ及びエで実際に除外した患者を除いて行う。1日あたりのリハビリテーション提供単位数が平均6単位以上であるかの判断は、ウ及びエにおける除外の有無にかかわらず、直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者について行う。

(問76) 回復期リハビリテーション病棟の実績指数を算出するにあたり、「当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から全て除外することができる」とあるが、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者の一部をリハビリテーション効果実績指数の算出対象から除外し、一部を対象とできるか。

(答) できない。月毎に、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者を、リハビリテーション効果実績指数の算出対象から全員除外するか、全員含めるかのいずれかを選ぶこと。

(問77) 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績の評価(留意事項通知 区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料(12)ア)及び実績指数の評価(同イ)において、「入棟する」「退棟する」とは、算定する入院料にかかわらず当該病棟に入棟又は退棟することをいうのか。それと

も、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定を開始又は終了することをいうのか。

(答) 算定する入院料にかかわらず、当該病棟に入棟又は退棟することを行う。従って、例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数を超えた患者であっても、当該病棟で療養を続ける限り、退棟したものとは扱わない。なお、一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者については、実績指数の評価の対象とはならないことに留意されたい。

(問78) 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料において、区分番号「J038」に掲げる人工腎臓の費用は別途算定できることとなっているが、区分番号「J038」人工腎臓に伴って使用した人工腎臓用特定保険医療材料の費用は別途算定できるか。

(答) できる。

(問79) 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(平成28年厚生労働省告示第53号) 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等(1)通則イに「回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。」とあるが、この「8割」とは、1日平均入院患者数の8割と解釈してよいか。

(答) よい。

(問80) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、体制強化加算の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士、地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算1の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専任するものとして病棟に専任配置される社会福祉士と兼任できるか。また、認知症ケア加算1の認知症ケアチー

ムの専任の社会福祉士と兼任できるか。

(答) 体制強化加算の施設基準に従い病棟に専従配置される社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、退院支援加算 1 の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして当該病棟に専任配置される社会福祉士（当該の社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限る。）と兼任できるが、認知症ケア加算 1 の認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準に従い病棟に専任配置される社会福祉士及び地域包括ケア病棟入院料の施設基準に従い医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士は、退院支援加算 1 の施設基準に従い退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士又は認知症ケア加算 1 の認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。

(問81) 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算 2 の施設基準において、前月に外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーションを実施していることが求められているが、専従医師として届け出る医師が行っていないか。

(答) 当該保険医療機関として行っていればよい。

(問82) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定できるか。

(答) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる廃用症候群は、「急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」である。一方、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象となる「回復期リハビリテーションを要する状態」の廃用症候群は、「外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後 2 か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。）」である。

従って、それ以外の廃用症候群は、廃用症候群リハビリテーション料の対象となったとしても、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象とはならない。

【地域包括ケア病棟入院料】

(問83) 平成28年1月1日時点で許可病床数500床未満であり地域包括ケア病棟入院料を2病棟以上届け出ていた保険医療機関が、平成28年1月1日以降、増床によって許可病床数が500床以上となる場合、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。また同様に、平成28年1月1日時点で救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料を届け出ておらず、かつ地域包括ケア病棟を2病棟以上有している保険医療機関が、平成28年4月以降にこれらの入院料、管理料等を届け出る場合も、地域包括ケア病棟を1病棟以下とするべきか。

(答) そのとおり。平成28年4月以降に許可病床数の増床により500床以上となる場合や救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び小児特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、2病棟以上の地域包括ケア病棟を持つことができない。

(問84) 平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料を2病棟届出しており、かつ許可病床数が500床以上、または救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料及び、小児特定集中治療室管理料を届け出ている医療機関について、平成28年4月以降、許可病床数の増床、地域包括ケア病棟入院料又は救命救急入院料等の新たな届出を行うことができるか。

(答) 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を複数維持する場合はできない。平成28年4月以降、増床や新たな届出を行う場合には、地域包括ケア病棟入院料の取下げ等により、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を1病棟以下とする必要がある。

【地域移行機能強化病棟入院料】

(問85) 地域移行機能強化病棟に転棟する前に、当該保険医療機関の他の精神病棟で一部の退院支援業務を開始してもよいのか。

(答) 他の精神病棟で実施した退院支援業務についても、地域移行機能強化病棟で実施した退院支援業務とみなすことができる。この場合、退院支援計画に他の精神病棟で行った退院支援内容を記載する必要があること。なお、当該病棟への入院期間が1か月未満で、退院支援委員会の開催前に退院する患者については、退院前に、退院支援相談員が、患者及び患者の家族等に、実施した退院支援の内容と退院後の医療及び相談支援の体制等について、文書で説明する必要があること。

(問86) 退院支援委員会の開催に当たり、相談支援事業者等、外部の支援者が必ず出席する必要があるのか。

(答) 当該患者の地域移行支援を担当する事業者等が決定している場合には、出席を求める必要があること。出席を求めたものの、やむを得ず当該事業者等が欠席する場合には、診療録等に退院支援委員会の議事の要点を記録する際に、欠席の理由を記載する必要があること。

(問87) 入院患者数が40人超の地域移行機能強化病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を精神保健福祉士とみなして、15対1の看護職員等の配置（看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士で構成されるもの）に含めることは可能か。

(答) 当該専従の社会福祉士を15対1の看護職員等の配置に含めることはできない。

(問88) 入院患者数が40人超の病棟に、2名の専従の常勤精神保健福祉士と、1名の専従の常勤社会福祉士を配置した場合に、当該専従の社会福祉士を退院支援相談員に指定することができるか。

(答) 精神障害者に関する業務に従事した経験 3 年以上を有する場合には、退院支援相談員に指定することができる。

(問89) 精神科地域移行実施加算の算定に必要な退院患者数の実績に、地域移行機能強化病棟からの退院患者数を含めることができるか。

(答) できる。

(問90) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における自宅等に退院した患者の数に係る実績について、自宅等に退院した後間もなく再入院した患者について、自宅等に退院した患者に含めることが可能か。

(答) 退院時に、自宅等での生活が 3 か月以上続くことが見込まれる患者については、自宅等への退院患者に含めることができる。

【短期滞在手術等基本料】

(問91) 区分番号「K 6 1 6 - 4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術については、3 か月に 1 回に限り算定することとされているが、短期滞在手術等基本料 3 「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定後、3 か月以内に入院して同手術を実施した場合、再度、短期滞在手術等基本料 3 「カ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術」を算定できるか。

(答) 不可。経皮的シャント拡張術・血栓除去術を実施後、3 か月以内に入院して同手術を再度実施した場合、当該手術料及び短期滞在手術等基本料 3 については算定できない。

(問92) 区分番号「K 7 6 8」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う治療過程は一連の評価とされているが、短期滞在手術等基本料 3 「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定後、所期の目的

を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料 3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

(答) 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料 3 を再び算定することはできない。

(問93) 区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても所定点数は1回のみ算定することとされているが、短期滞在手術等基本料 3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料 3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

(答) 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料 3 を再び算定することはできない。

【認知症地域包括診療料】

(問94) 認知症地域包括診療料の算定要件において、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合は算定の対象とならないこととされているが、内服薬の種類数には臨時の処方によるものを含むか。

(答) 臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものは除く。

【小児かかりつけ診療料】

(問95) 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

(答) 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番

号「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C 0 0 2－2」施設入居時等医学総合管理料を算定していることが必要。

(問96) 小児かかりつけ診療料について、「当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応すること」とされているが、深夜帯において、#8000等の利用を勧めてはならないのか。

(答) 深夜帯において、小児救急電話相談事業（#8000）等の利用を勧めることを妨げるものではない。患者から緊急に連絡のあった場合には可能な限り対応を行うこととし、対応できなかった場合にあっては、可能な限り速やかに患者にコールバックすること。

【排尿自立指導料】

(問97) 区分番号「B 0 0 5－9」排尿自立指導料の医師及び看護師の要件である研修の内容が施設基準通知に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修である。

医師については、日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」、看護師については、

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」の研修
- ② 日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会「下部尿路症状の排尿ケア講習会」
- ③ 日本慢性期医療協会「排尿機能回復のための治療とケア講座」

なお、特定非営利活動法人日本コンチネンス協会が行っている「コンチネンス中級セミナー」及び認定特定非営利法人愛知排泄ケア研究会が行っている「排泄機能指導士養成講座」は、排尿自立指導料にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認められないが、「コンチネンス中級セミナー」と併せて、「コンチネンス中級セミナー追加研修」を修了した場合又は「排泄機能指導士養成講座」と併せて「下部尿路機能障害の排尿自立支援指導講習」を修了した場合には、必要な研修内容を満たすものとなるため、排尿自立指導料にある所定の研修とみなすことができる。

【退院後訪問指導料】

(問98) 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

(答) 算入できない。

(問99) 区分番号「B 0 0 7 - 2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

(答) 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

【検査・画像情報提供加算】

(問100) 保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。

(答) 診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。
検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。
なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

(問101) 検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。

(答) 算定不可。

(問102) 以下の場合は、電子的に送受される診療情報提供書に添付し

た場合に該当するか。

- ① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み（貼り付け）を行い、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。
- ② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

（答）いずれも該当する。

（問103） 以下の場合は、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。

電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。

（答） 該当する。

（問104） 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこととされたが、当該基準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するのか。

（答） 平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師資格証が該当する。

【電子的診療情報評価料】

(問105) 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

(答) 算定不可。

(問106) 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料（Ⅰ）の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料（Ⅰ）が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

(答) 算定不可。検査結果等の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B 0 0 9」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

【薬剤情報提供料】

(問107) 区分番号「B 0 1 1 - 3」薬剤情報提供料について、電子版の手帳であって、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳を保有する患者が医療機関を受診した際、当該手帳の内容を一元的に情報閲覧できる仕組みが利用できない医療機関では、

- ① どのように手帳の内容を確認することになるのか。
- ② 注2に規定する手帳記載加算は算定できるのか。

(答) ① 患者からお薬手帳の情報が含まれる電子機器の画面を見せてもらう

等の方法により、服薬状況を確認すること。なお、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

- ② 当面の間、この様な場合に限って、当該情報が記載されている文書（シール等）を交付することで手帳記載加算を算定できることとする。なお、保険薬局（電子版の手帳を提供した保険薬局等）においては、当該患者が来局した場合、当該医療機関が提供した文書の情報を電子的に手帳に入力するなど、電子版の手帳で一元的に管理できるよう対応すること。

【在宅医療のみを実施する保険医療機関】

（問108）「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第16号）において、保険医療機関の指定に当たっては、外来応需の体制を有することが必要であるが、在宅医療のみを実施する医療機関であっても、所定の要件を満たすことが確認できる場合にあっては保険医療機関としての指定が認められる旨示されたが、これまで外来応需の体制を有していた医療機関が在宅医療のみを実施することとした場合、地方厚生（支）局長に対して所定の要件を満たしている旨を報告する必要はあるか。

（答）在宅医療のみを実施する医療機関については、所定の要件を満たすことが確認できる場合に限って保険医療機関としての指定が認められるものであり、要件を満たしていることを地方厚生（支）局長が確認できるよう報告することが求められる。

【往診料】

（問109）区分番号「C000」往診料の注3に規定する死亡診断加算について、「死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する」と規定されているが、夜間に死亡した場合であって、死亡診断の結果、前日に死亡していると判断された場合に、当該加算を算定できるか。

（答）算定できる。

【訪問看護指示料、精神科訪問看護指示料】

(問110) 訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定していない月においても、必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供した場合は衛生材料等提供加算の算定が可能か。

(答) 衛生材料等提供加算は、訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定した月にのみ算定可能である。

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問111) 「疑義解釈の送付について(その7)」(平成26年6月2日事務連絡)において、「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患者に対してASVを使用した場合、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び人工呼吸器加算2を算定できる」とされたが、今回の診療報酬改定によって、当該患者はどの管理料等を算定するのか。

(答) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の基準を満たす患者にASVを実施した場合は、当該管理料1、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイの基準を満たす患者にASVを実施した場合は、当該管理料2、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。

【特殊カテーテル加算】

(問112) 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、「イ 親水性コーティングを有するもの」と「ロ イ以外のもの」を同時に支給した場合はどのように算定するのか。

(答) 「ロ イ以外のもの」の点数により算定する。

【在宅持続陽圧呼吸療法材料加算／在宅酸素療法材料加算】

(問113) 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1又は2と併せて算定することは出来るのか。

また、在宅酸素療法材料加算については、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は人工呼吸器加算と併せて算定することは出来るのか。

(答) 算定可能である。

【検体検査管理加算】

(問114) 施設基準の項目として、「次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること」とあるが、これらの検査項目について、当該保険医療機関内で常時実施されていることが必要なのか。

(答) 緊急検査を常時実施できる体制を求めるものであり、必ずしもこれらの検査項目について、毎回院内で実施されることを求めるものではない。

(問115) 検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準において、「検体検査結果の判断の補助」及び「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 「検体検査結果の判断の補助」とは、例えば、以下のようなものを指す。

- ・ 検査をオーダーした医師に迅速に報告すべき緊急異常値(いわゆるパニック値)の設定及び運用に係る判断
 - ・ 検査結果の解釈や追加すべき検査等に関する助言 など
- 「院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理」とは、例えば、以下のようなものを指す。
- ・ 院内において臨床検査の適正化に関する委員会を運営し、検査室での検査の精度管理に関与すること
 - ・ 適切な機器・試薬の選定に係る判断 など

(問116) 検体検査管理加算(Ⅲ)及び(Ⅳ)の施設基準における「臨床検査を専ら担当する医師」、画像診断管理加算1及び2の施設基準における「画像診断を専ら担当する医師」並びに病理診断管理加算

の施設基準における「病理診断を専ら担当する医師」について、勤務時間のうち少しでも外来診療を担当している場合は、一切認められないのか。

(答) 勤務時間の大部分において、それぞれ臨床検査、画像診断又は病理診断に携わる業務を行っていれば差し支えない。

【検査】

(問117) 鎮静下に内視鏡検査を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は認められるか。

(答) 当該項目の算定要件を満たしている場合には、それぞれの所定点数を算定できる。

(問118) 区分番号「D 0 0 4 - 2」悪性腫瘍組織検査の「ヌ」 BRAF遺伝子検査は、どのような場合に算定できるのか。

(答) BRAF阻害薬の投与の適応を判断することを目的としてリアルタイムPCR法によりBRAF遺伝子検査が可能な体外診断用医薬品として薬事承認を得ているものを用いた場合に限り算定できる。

(問119) 区分番号「D 0 0 6 - 4」遺伝学的検査の留意事項通知(1)のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査について、関係学会の定める遺伝学的検査の実施に関する指針とは何か。

(答) 日本神経学会、日本小児科学会、日本人類遺伝学会、日本衛生検査所協会の定める「遺伝学的検査の実施に関する指針」を指す。

(問120) 区分番号「D 2 3 5 - 3」長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に「てんかん診療拠点機関として選定されていること。」とあるが具体的には何を指すのか。

(答)「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」(平成27年5月28日障発0528第1号)に定めるてんかん診療拠点機関を指す。

(問121) 区分番号「D 2 3 8」脳波検査判断料1の施設基準に「関係学会により教育研修施設として認定されている施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本てんかん学会認定研修施設、日本神経学会認定施設、日本脳神経外科学会専門研修施設、日本小児神経学会小児神経専門医研修認定施設及び日本臨床神経生理学会認定研修施設を指す。

(問122) 区分番号「D 2 3 9 - 5」精密知覚機能検査の算定留意事項にある「当該検査に関する研修」及び「関係学会の定める診療に関する評価マニュアル」とは何を指すのか。

(答) 前者は日本ハンドセラピー学会が行うSW-test講習を指し、後者は日本手外科学会及び日本ハンドセラピー学会が定める「SWTによる静的触覚の評価マニュアル」を指す。

(問123) 弱視又は不同視等が疑われる6歳未満の小児に対して、区分番号「D 2 6 1」屈折検査と区分番号「D 2 6 3」矯正視力検査を併施した場合は、3月に1回に限り併せて算定できるが、散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回の合計2回算定できるか。

(答) 算定できる。

(問124) 健康診断において、胃・十二指腸ファイバースコープ又は大腸ファイバースコープを実施し、病変を認めた場合、引き続いて実施される狭帯域光による観察又は粘膜点墨法について、狭帯域光強調加算又は粘膜点墨法に係る加算の項目のみを算定できるか。

(答) 算定できない。

【画像診断管理加算】

(問125) 画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

(答) 算定可能である。

【処方料】

(問126) 注11に掲げる外来後発医薬品使用体制加算は、薬剤師がいない診療所であっても算定できるか。

(答) 薬剤師がいない場合であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できる。

(問127) 診療報酬改定等により処方せん様式が改正された場合、改定後に従前の様式を使用することはできないのか。

(答) 改正後の処方せん様式に係る必要事項が記載されていれば、従前の様式を取り繕って使用しても差し支えない。

なお、従前の処方せん様式の在庫が残っている保険医療機関において、既にある従前の様式をそのまま使用することも差し支えない。

【投薬】

(問128) 湿布薬については、1処方につき70枚の制限となっているが、「70枚」の判断は、湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数が70枚という理解でよいのか。

(答) そのとおり。

(問129)「疑義解釈資料の送付について(その10)」(平成26年10月10日事務連絡)において、「1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合、同一処方したその他の薬剤を含む全ての内服・頓服・外用に係る薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定することになるのか。」との間に「そのとおり。」と答えているが、平成28年度診療報酬改定により、100分の80に相当する点数で算定することになる薬剤料の範囲は抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬に限定されるのか。

(答) そのとおり。

(問130)例えば、抗不安薬3種類、抗精神病薬1種類、睡眠薬1種類を1回に処方されていた場合、抗不安薬だけでなく、抗精神病薬、睡眠薬についても、薬剤料が所定点数の100分の80に相当する点数で算定するのか。

(答) そのとおり。

(問131)処方料等について、「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」を別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出ることになっているが、届け出た医師が退職した場合、要件を満たさなくなった場合等は、その都度、改めて届け出ることが必要か。

(答) そのとおり。

(問132)区分番号「F200」薬剤料の注2(向精神薬多剤投与の場合の100分の80減算)について、1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に向精神薬とそれ以外が混在する場合、どのように計算するか。

(答) 以下の例のとおり。

* 向精神薬A 79.3円 向精神薬B 184.4円 向精神薬C 20.4円 向精神薬以外 5.6円	・調剤単位に求める点数 $79.3+184.4+20.4+5.6=289.7$円→29点 ・向精神薬の点数 $79.3+184.4+20.4=284.1$円→28点 ・向精神薬以外の点数 $29-28=1$点 ・薬剤料の逓減 $28 \times 0.8=22.4$→22点 ・逓減後の剤の合計点数 $22+1=23$点
* 向精神薬D 164.4円 向精神薬E 61.0円	・調剤単位に求める点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・向精神薬の点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・薬剤料の逓減 $23 \times 0.8=18.4$→18点 ・逓減後の剤の合計点数 18点
* 向精神薬以外252.8円	・調剤単位に求める点数 252.8円→25点
* 向精神薬F 365.9円	・調剤単位に求める点数 365.9円→37点 ・向精神薬の点数 365.9円→37点 ・薬剤料の逓減 $37 \times 0.8=29.6$→30点 ・逓減後の合計点数 30点
	薬剤料合計 $23+18+25+30=96$点

【注射】

(問133) 区分番号「E 2 0 0」の注3又は区分番号「E 2 0 2」の注4を算定した場合、同一日に区分番号「G 0 0 4」点滴注射は算定できないが、当該点滴注射により生物学的製剤等の投与を実施した場合に、注射の部通則3から6までの加算は算定可能か。

(答) このような場合においては、注射の部通則3から6までに規定する加算について、それぞれの算定要件を満たす場合であれば算定を行っても差し支えない。

【リハビリテーション】

(問134) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準において、「循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの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」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。同様に、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準において、「心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師(非常勤を含む。)及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務していること」とあるが、前者が後者を兼ねることができるか。

(答) それぞれの要件を満たしていれば兼ねることができる。

(問135) あん摩マッサージ指圧師がリンパ浮腫複合的治療を実施する場合、「専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。」とあるが、毎回の治療において指示及び報告が必要なのか。

(答) 毎回の治療において、指示及び報告が必要である。また、様式は問わないが、指示の内容及びその指示者並びに報告の内容及びその報告を受けた者を記録として残すこと。

(問136) 運動器不安定症の定義は何か。また、その診断は何を基準として行うか。

(答) 日本整形外科学会、日本運動器リハビリテーション学会及び日本臨床整形外科学会が示した「運動器不安定症の定義と診断基準」による定義及び診断基準を用いる。なお、当該「運動器不安定症の定義と診断基準」は、平成28年2月18日に改訂されたことに留意すること。

(問137) 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施するにあたり、標準的算定日数の起算日はいつとすべきか。

(答) 運動器不安定症の急性増悪があった場合はその日とする。それ以外の場合は、運動器不安定症の診断が最初になされた時点时起算日とする。なお、最初に運動器不安定症と診断した際とは別の要件で新たに診断基準を満たした場合でも、新たに標準的算定日数を起算することはできないので留意すること。

(問138) 運動器不安定症に対して疾患別リハビリテーションを実施する場合、運動器リハビリテーション料を算定すると考えてよいか。

(答) 運動器不安定症に対しては、原則として運動器リハビリテーション料を算定する。ただし、運動器不安定症と診断する際、診断基準のうち「運動機能低下を来す疾患」が「長期臥床後の運動器廃用」の既往又は罹患のみであった場合は、廃用症候群リハビリテーション料を算定する。また、運動器不安定症に対して廃用症候群リハビリテーション料を算定した患者について、その後、同一の保険医療機関において再び運動器不安定症を原因疾患としてリハビリテーションを開始する場合は、「運動機能低下を来す疾患」の該当状況にかかわらず廃用症候群リハビリテーション料を算定する。

(問139) 疾患別リハビリテーション料等の施設基準において「当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない」とあるが、介護保険によるリハビリテーションは「他

の業務」に含まれるか。

(答) 含まれる。

(問140) 区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料 (I) の施設基準通知 (2) には、「心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。(中略) ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。(中略) また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることとは可能である。」とあるが、心大血管リハビリテーション料の専従者及び専任者は他の疾患別リハビリテーションの専従者と兼任できるか。

(答) 心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、通知の通り兼任できる。心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が重複する場合は兼任できない。

(問141) 廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。」とあるが、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合も同様に、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定すると考えてよいか。

(答) そのとおり。

(問142) 区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションの前又は後に、区分番号「D 2 2 3」経皮的動脈血酸素飽和度測定を行った場合、リハビリテーションの前であるか後であるかを問わず経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「D 2 2 3」経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用が含まれるが、これは当該測定の実施がリハビリテーションの前であるか後であるかを問わない。

(問143) 区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションを実施した日の、リハビリテーションとは別の時間帯に行った酸素吸入の費用は、別に算定できるか。

(答) できる。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「J 0 2 4」酸素吸入の費用は含まれるが、呼吸機能訓練と別に行った酸素吸入の費用は同日であっても別に算定できる。

(問144) 目標設定等支援・管理料を算定した患者に対して介護保険のリハビリテーションを紹介した場合、体験等の目的で介護保険のリハビリテーションを1月に5日を超えない範囲で受けても、引き続き医療保険のリハビリテーションを算定することが可能とされているが、介護予防通所リハビリテーションのように月額で算定されるリハビリテーションはどのように解釈するべきか。

(答) 支払いの方式にかかわらず、当該患者が介護保険のリハビリテーションを受けた日数が1月に5回を超えないことが要件である。なお、目標設定等支援・管理料を算定した患者に介護保険のリハビリテーションを紹介した医療機関は、紹介先の事業所への照会等によって、当該

患者による介護保険のリハビリテーションの利用が暦月で5日を超えたことがあるかを把握し、当該患者を他の保険医療機関に紹介する場合等にも当該情報が引き継がれるよう留意すること。

(問145) 目標設定等・支援管理料とリハビリテーション総合計画評価料は同一月に併算定できるか。

(答) できる。

(問146) 呼吸器リハビリテーションについて、「疑義解釈資料の送付について」(平成20年3月28日事務連絡)で「術前に呼吸器リハビリテーションを開始した場合、手術後の治療開始日を改めて標準的算定日数の算定開始日とできるのか。」という問に対し「可能である」とある。これは平成28年4月以降も適用されるか。また、初期加算、早期リハビリテーション加算についても同様の取扱いとなるか。

(答) 標準的算定期間についての取扱いは変わらない。早期リハビリテーション加算及び初期加算について、術前のリハビリテーションについては治療開始日から算定できる。術後のリハビリテーションに係る早期リハビリテーション加算及び初期加算については、手術から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日及び14日に限り算定できる。

【救急患者精神科継続支援料】

(問147) 自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状については入院の必要はないものの、自傷他害の恐れがあるため入院が必要と診断した患者について、算定可能か。

(答) 算定できない。自殺企図等によって生じた外傷又は身体症状に対し、入院治療が必要な患者についてのみ算定可能である。

(問148) 電話による指導等を試みたが、患者が電話に応答しなかった場合に、救急患者精神科継続支援料2を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問149)「自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、「救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会（国立精神・神経医療センターが実施するもの又は厚生労働省自殺未遂者再企図防止事業の一部として実施するものに限る。）」が相当する。

【認知療法・認知行動療法】

(問150) 認知療法・認知行動療法3の施設基準通知において、「認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること」が要件とされているが、同席する面接は医師によるものでなくてもよいのか。

(答) 同席の対象は認知療法・認知行動療法1又は2を算定する面接に限る。従って、医師によって行われる面接のみが対象となる。なお、認知療法・認知行動療法3を算定する面接は対象とならないので留意すること。

【依存症集団療法】

(問151)「依存症に対する集団療法に係る適切な研修」にはどのようなものがあるのか。

(答) 現時点では、以下のいずれかの研修が相当する。

- ① 独立行政法人精神・神経医療研究センターが実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」
- ② 日本アルコール・アディクション医学会が実施する「認知行動療法の手法を活用した薬物依存症に対する集団療法研修」

【精神科デイ・ケア等】

(問152) 週 4 日以上精神科デイ・ケア等を実施する患者に対し作成する診療計画の様式は、「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」の別添 2 の様式46の 2 を用いてもよいのか。

(答) 用いることができる。なお、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等が記載されていれば、様式は問わない。

(問153) 従前より区分番号「I 0 0 9」精神科デイ・ケア「大規模なもの」では、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成することとされているが、今後、1 年以上精神科デイ・ケア等を継続して実施している患者に対し、診療計画を作成の上、週 4 日以上の精神科デイ・ケア等を実施する場合、別に診療計画を作成する必要があるのか。

(答) 単一の診療計画で差し支えない。ただし、1 年以上継続している患者に週 4 日以上の精神科デイ・ケア等を実施する場合には、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて診療計画を作成する必要がある。

(問154) 1 年以上精神科デイ・ケア等を継続している患者であって、診療計画を作成の上、週 4 日以上の精神科デイ・ケア等を実施するものに対し、区分番号「I 0 1 0－2」精神科デイ・ナイト・ケアを実施した場合に、疾患別等診療計画加算を算定することができるのか。

(答) 疾患別等診療計画加算の算定要件を満たしている場合には、別に算定可能である。なお、疾患別等診療計画加算を算定する場合に作成する診療計画は、1 年以上継続している患者に週 4 日以上の精神科デイ・ケア等を実施する場合に、精神保健福祉士等による意向の聴取を踏まえて作成する診療計画と同一で差し支えない。

(問155) 区分番号「I 0 0 9」精神科デイ・ケアの注 4 に規定する、精神疾患により、通算して 1 年以上の長期の入院歴を有する患者に

について、他の保険医療機関での入院期間を合算して1年以上の入院歴を有する患者も該当するのか。

(答) 該当する。

【処置】

(問156) 区分番号「J007-2」硬膜外自家血注入について、同一月に複数回算定することは可能か。

(答) 安静その他の方法によって改善しないなど、医学的に妥当と考えられる場合に限り、当該処置を同一月に複数回算定することは可能である。

(問157) 区分番号「J038」人工腎臓の「注3」の加算の留意事項通知のウの要件において、「腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。」とあるが、IgA腎症、多発性嚢胞腎、非典型溶血性尿毒症症候群、一次性ネフローゼ症候群、一次性膜性増殖性糸球体腎炎、紫斑病性腎炎及び先天性腎性尿崩症により受給者証を発行されているものは、「腎疾患により受給者証を発行されているもの」に該当するのか。

(答) 該当する。

(問158) 区分番号「J086」眼処置について、処置の通則3により簡単な処置の費用は、基本診療料に含まれるものとされているが、眼軟膏の塗布についても該当するのか。

(答) そのとおり。

(問159) 区分番号「J120」鼻腔栄養に間歇的経管栄養法加算が設けられた。通常、鼻腔栄養は経鼻的に行うが、間歇的経管栄養法の場合には経口的に行うことが一般的である。経口的に行った間歇的経管栄養法でも算定できるか。

(答) 間歇的経管栄養法を行う場合に限り、経口的に行った場合でも算定できる。

【胃瘻造設術／胃瘻造設時嚥下機能評価加算】

(問160) 医科点数表第2章第10部手術の通則16に掲げる手術の施設基準におけるカンファレンス要件について、主治の医師が、「リハビリテーション医療に関する経験を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師」である場合、当該患者を担当する医師と兼務することができるか。また、この場合、カンファレンスの出席者は、当該手術を実施する診療科に属する医師と併せて少なくとも2名が出席することとして良いか。

(答) そのとおり。

【貯血式自己血輸血管理体制加算】

(問161) 貯血式自己血輸血管理体制加算について、今回新たに、関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の看護師の配置が施設基準に追加されたが、既に届出を行っている医療機関について、再度届出は必要か。

(答) 既に当該加算の届出を行っている医療機関が、平成28年度診療報酬改定後の当該加算の施設基準を満たす場合には、再度の届出は不要である。

【手術】

(問162) 区分番号「K047」難治性骨折電磁波電気治療法、区分番号「K047-2」難治性骨折超音波治療法及び区分番号「K047-3」超音波骨折治療法について、鎖骨を対象に実施した場合も算定できるのか。

(答) 医学的に妥当かつ適切であれば算定できる。

(問163) 区分番号「K 0 4 4」骨折非観血的整復術を行った後に、区分番号「K 0 4 7 - 3」超音波骨折治療法を実施した場合、当該点数を算定できるか。

(答) 算定できない。

(問164) 区分番号「K 7 7 3 - 5」腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準に規定されている「当該療養」とは、「腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）」を示しているのか。

(答) そのとおり。

(問165) 区分番号「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理（6歳未満）について、長径20センチメートル以上の筋肉、臓器に達する頭頸部の創に対して創傷処理を行った場合はどのように算定するのか。

(答) 従前通り、区分番号「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理の「4」筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）にて算定する。

(問166) 区分番号「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養）を実施するに当たり、特定保険医療材料の採取・培養キット及び調製・移植キットは、どのタイミングで算定されるのか。

(答) 実際に移植に至った場合、移植を実施した時点で「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養）とともに算定する。

(問167) 区分番号「K 5 2 9 - 2」胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術について、区分番号「K 9 3 1」超音波凝固切開装置等加算の算定留意事項通知の悪性腫瘍等に係る手術に掲げられていないが、超音波凝固切開装置等加算を併せて算定することは出来るのか。

(答) 胸腔鏡による手術については超音波凝固切開装置等加算の算定は可能であるため、併せて算定できる。

(問168) 平成27年12月1日付けで保険適用された「Z-MED II」について、区分番号「K 5 5 5 - 2」経皮的動脈弁置換術を実施した場合に算定可能か。

(答) 現在、薬事上の使用方法において、「【組み合わせて使用する医療機器】以下の経カテーテル自己拡張型生体弁の後拡張に使用することができる。日本メドトロニック株式会社 販売名:コアバルブ (承認番号:22700BZX00100000)」と記載されていることから、経皮的動脈弁置換術に用いる場合、当該使用方法のみに於いて算定できる。

(問169) 区分番号「K 5 6 1」ステントグラフト内挿術について、一連の治療過程に、血管塞栓術を実施した場合の手技料も原則として所定点数に含まれ、別途算定できないとあるが、ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を別々の入院で実施する医学的な必要性がある場合は、別途算定は出来るのか。

(答) ステントグラフト内挿術と血管塞栓術を別の入院で実施する必要がある等、医学的な必要性が認められる場合は、別途算定は可能である。但し、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

(問170) 区分番号「K 6 0 3 - 2」小児補助人工心臓 (1日につき) の施設基準通知における関連学会とは、どの学会を指すのか。

(答) 日本臨床補助人工心臓研究会を指す。

(問171) 区分番号「K 6 0 5 - 5」骨格筋由来細胞シート心表面移植術の留意事項通知等における関連学会とは、どの学会を指すのか。

(答) ヒト (自己) 骨格筋由来細胞シート関連学会協議会を指す。

(問172) 区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術等におけるバルーン内視鏡を用いた場合の加算について、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できるとあるが、Billroth I 法による再建腸管を有する患者は算定できるのか。

(答) 算定できない。

(問173) 区分番号「K 6 9 5 - 2」腹腔鏡下肝切除術（Ⅱ区域切除、1 区域切除（外側区域切除を除く。）、2 区域切除及び3 区域切除以上のもの）に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることとは具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における National Clinical Database 及び一般社団法人日本肝胆膵外科学会並びに肝臓内視鏡外科研究会における症例登録制度に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

(問174) 区分番号「K 7 0 3 - 2」腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術に関する施設基準において、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていることとは具体的には何を指すのか。

(答) 現時点では、一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合における National Clinical Database に症例を登録し、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っている場合を指す。

(問175) 区分番号「K 8 9 8」帝王切開術の「注」加算の対象について、「開腹歴」には、腹腔鏡を用いた手術など腹腔・骨盤内の全ての手術が含まれるのか。

(答) 原則として腹腔鏡を用いた手術も含まれる。ただし、当該加算が帝王切開手術が複雑な場合の加算であることから、腹腔鏡の使用の有無に関わらず、帝王切開術の手技を複雑にしないと考えられる上腹部のみを手術野とする手術は、加算の対象とならない。

(問176) 区分番号「K 9 2 0」希釈式自己血輸血について、「手術時及び手術後 3 日以内に予め貯血をしておいた 自己血を輸血した場合に算定できる。」とあるが、手術後に輸血をする際は、手術室以外の場所で輸血した場合であっても算定出来るのか。

(答) 算定できる。ただし、手術後に手術室以外で輸血をする場合であっても、「輸血療法の実施に関する指針」等を遵守し、保管管理等に留意するものであること。

(問177) 区分番号「K 9 3 9 - 6」凍結保存同種組織加算について、「組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。」「組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。」との内容について、合議の上、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が、当該技術の所定点数 (9,960点) と異なる費用を組織移植を行った保険医療機関に対して請求することは可能か。

(答) それぞれの保険医療機関において要した費用を考慮して相互の合議の上で、当該所定点数と異なる金額（当該所定点数を超える又は未満の金額）を、組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関が組織移植を行った保険医療機関に請求することは可能である。

【麻酔】

(問178) 区分番号「L 1 0 0」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）について、神経根ブロックに先立って行われる超音波検査については、別に算定できるか。

(答) 神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

【放射線治療】

(問179) 区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算について、がんセンターにおいて適応判定が実施されない粒子線治療の患者については、当該加算は算定できないのか。

(答) 当該適応判定加算は、必要に応じてがんセンターにおいて適応判定等が実施可能な体制を有していることを評価するものであり、施設基準を満たしていれば、粒子線治療を行う個々の患者に対して当該適応判定等が実施されなくても算定できる。

(問180) 区分番号「M001-4」の「注3」粒子線治療適応判定加算に係るがんセンターの届出の様式は自由とされているが、どのような項目の記載が必要なのか。

(答) 自施設のがんセンターに係る様式については、がんセンターの目的、構成者の情報（診療科、職種、氏名等）及び開催頻度が記載されているとともに、開催記録（開催日時、参加者名及び症例毎の検討内容等）を適切に保存することが規定されていることが必要。また、がん連携拠点病院のがんセンターと連携する場合の様式については、当該がん診療連携拠点病院との連携を示す契約書等の文書を提出すること。なお、当該文書には、連携先のがんセンターに参加する医師の情報（氏名、診療科、参加頻度）が記載されているとともに、開催記録（開催日時、参加者名及び症例毎の検討内容等）を適切に保存することが規定されていることが必要。

(問181) 区分番号「M001-4」粒子線治療の「注2」に係る別表第十一の四及び留意事項通知に規定されている小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る）について、対象となる年齢如何。

(答) 当該小児腫瘍については、原則20歳未満に発生した限局性の固形悪性腫瘍である。なお、20歳未満に発生して診療中に20歳を超えたものなどに

対して陽子線治療を根治的な治療法として実施した場合は、「注2」に規定する加算の対象となる。

ただし、20歳未満に発生した限局性の固形悪性腫瘍であっても、姑息的な治療法として陽子線治療を行った場合には、「注2」に規定する加算の対象とならない。

(問182) 区分番号「M001-4」粒子線治療の「注4」粒子線治療医学管理加算の施設基準に定める医学物理士については、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算等に定める診療放射線技師との兼任は可能であるか。

(答) 粒子線治療医学管理加算の施設基準に定める医学物理士については、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができない。

【病理診断】

(問183) 保険医療機関間の連携による病理診断及び病理診断管理加算2において、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていることとあるが、全ての病理組織診断に関して、複数の常勤の医師の鏡検が行われ、2名以上の署名が必要があるのか。

(答) 病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制を求めるものであり、全ての病理組織標本に関して、複数の常勤の医師の鏡検が行われ、2名以上の署名を必要とするものではないが、臨床上的鑑別が困難な症例や頻度が低い症例等、複数医師による鏡検が必要と考えられる場合にあっては、複数の常勤の医師が鏡検し、それらの医師が署名をする必要がある。

【外来栄養食事指導料】

(問184) 同一の保険医療機関において、ある疾病に係る治療食の外来栄養食事指導を継続的に実施している患者について、医師の指示により、他の疾病の治療食に係る外来栄養食事指導を実施することとなった場合、「初回」の指導料を新たに算定できるか。

(答) 算定できない。同一の保険医療機関において診療を継続している患者については、他の疾病に係るものであるかにかかわらず、「初回」の外来栄養食事指導料を算定できるのは1回に限られる。

なお、当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療）が終了した後に、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる。

(問185) 入院栄養食事指導を実施した患者が退院し、同一の保険医療機関において外来栄養食事指導を実施することとなった場合、その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。

(答) 外来栄養食事指導の実施が初めてであれば、「初回」の指導料を算定できる。

【入院栄養食事指導料】

(問186) 栄養サポートチーム加算と入院栄養食事指導料は同一週に算定できるか。

(答) 算定できない。

【入院時食事療養費・入院時生活療養費】

(問187) 栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者について、経口による食事の摂取を進めるため、経口摂取の量を徐々に増やし、経管栄養法による市販の流動食と経口摂取を併用する場合、この期間の食事療養費等は「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常のを適用できると考えてよい。

(答) 医師の指示に基づき、栄養管理を経口で行うための取組として、栄養管理計画に従い、経口摂取の量を徐々に増やしていく期間については、通常の額を算定して差し支えない。

(問188) 自院で調理した流動食を使用した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額ではなく、通常の額を適用できると考えてよいか。

(答) 自院で調理した流動食等の場合は、通常の額を算定できる。ただし、栄養管理が概ね経管栄養法による市販の流動食によって行われている患者に対し、市販の流動食とは別に又は市販の流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取か経管栄養の別を問わない。）は、「流動食のみを提供する場合」の額の適用となる。

(問189) 市販の半固形タイプの経腸栄養用食品のみを経管栄養法により提供した場合の入院時食事療養費等は、「流動食のみを提供する場合」の額が適用されると考えてよいか。

(答) そのとおり。この例のほか、市販の流動食に半固形化剤を添加し、そのみを経管栄養法で提供した場合についても、「流動食のみを提供する場合」の額が適用される。

【入院時食事療養費・入院時生活療養費（特別食加算）】

(問190) ケトン食は「てんかん食」とみなしてよいか。

(答) 患者の病態に応じて炭水化物量の制限と脂質量の増加を厳格に行ったものであって、医師の発行する食事せんに基づき、難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター1欠損症及びミトコンドリア脳筋症の患者に対して治療食として提供した場合は、てんかん食として特別食加算を算定することができる。

なお、栄養食事指導料の算定対象となる「てんかん食」についても、これと同様の考え方とする。

【患者申出療養】

(問191) 通常の保険診療の一連の流れにおいて、患者から患者申出療養に係る相談を受け、患者が患者申出療養を受けるための相談をセカンドオピニオンとして希望したため、特定機能病院又は臨床研究中核病院に対して患者を紹介する場合に、照会元の医療機関において診療情報提供料（Ⅱ）を算定することが可能か。

(答) 算定要件を満たしていれば、算定できる。

(問192) 特別の料金として徴収する患者申出療養に係る費用について、当該療養に関係するとして当該患者に現に必要とされる、臨床研究の運営等に係る費用を請求することは可能か。

(答) 患者申出療養に係る自己負担額において、診療報酬点数表の例によらない部分については、当該患者に対する患者申出療養の実施に現に必要とされるもので、社会的にみて妥当適切な範囲のものであれば徴収することは可能である。ただし、事前に患者に十分な説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得ること。

(問193) 患者申出療養の申出は、本人の代わりに家族等が行うことができるのか。

(答) 患者申出療養の申出は、治療を受けようとする患者本人が行うこととされている。ただし、患者本人が未成年者又は成年被後見人である場合にあっては、法定代理人が患者本人に代わって書類の提出等を行うことができる。

(問194) 特定機能病院であれば、全て患者の相談について専門的・総合的に対応する窓口を有することが求められるのか。

(答) 各特定機能病院の実情に応じ判断されるものであるが、患者の相談に係る利便性等の観点からは、特定機能病院においてできる限り対応窓口が設置されることが望ましい。

(問195) 臨床研究中核病院において意見書の作成が困難な場合も、患者に相談等の費用を請求することは可能なのか。

(答) 患者申出療養に係る相談の費用については、意見書の作成の有無にかかわらず、社会的にみて妥当適切な範囲のものであれば患者から徴収しても差し支えない。

(問196) 申出に係る相談を実施中に、患者が亡くなった場合でも申出を行うことはできるのか。

(答) 患者申出療養の申出は、治療を受けようとする本人が行うこととされているが、既に行われた申出は、全ての被保険者に対し影響を及ぼすものである。

したがって、申出に係る相談の段階で患者が亡くなった場合、申出を行うことはできないが、申出を行った後に亡くなった場合には、その効力は引き続き有するものである。

【大病院定額自己負担】

(問197) 定額負担には、消費税分は含まれるのか。例えば、医科の初診の金額について、消費税分を含めて5,000円とすることは許容されるのか。

(答) 含まれる。消費税分を含めて、告示で定める金額以上の金額を社会的にみて妥当適切な範囲で徴収していれば良い。

(問198) 地方単独の公費負担医療の対象となる患者は、今回の定額負担の対象となるのか。

(答) 地方単独の公費負担医療のうち、特定の疾病又は障害に着目したものの対象となる患者については、定額負担を求めてはならないこととしている。

(問199)「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」について、「がん検診等」の「等」には具体的に何が含まれるのか。例えば、人間ドックで精密検査の指示を受けた場合は含まれるのか。

(答) 特定健康診査、がん検診のほか、公的な制度に基づく健康診断が含まれる。

(問200)「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」への該当性は、具体的にどのような基準で判断すれば良いのか。

(答) 原則として、保険医療機関において個別に判断いただくものと考えている。なお、少なくとも以下のような場合は、近隣の医療機関との機能分化を行うことが必要又は可能と考えられることから、当該要件には該当しない。

- ・ 当該地域において通常用いる交通手段によって当該保険医療機関から15分程度で移動できる距離に当該診療科を標榜する保険医療機関がある場合
- ・ 当該診療科において、紹介状を有しない患者に対し、選定療養として定額負担の徴収の実績を有する場合

ただし、近隣の医療機関における応需体制が乏しい等、実態上近隣の医療機関との機能分化を行うことが困難と地域医師会等が認めた場合にはこの限りでない。

(問201) 標榜する診療科の区分は、地方公営企業の設置条例で定める診療科という認識でかまわないか。(内科の場合、「呼吸器内科」、「消化器内科」、「循環器内科」、「腎臓内科」、「神経内科」、「血液内科」、「肝臓内科」、「緩和ケア内科」、「腫瘍内科」、「糖尿病内科」)

(答) 医療法施行令第3条の2に定める広告することができる診療科に当たするため、差し支えない。

(問202) 定額負担を求めなくて良い場合の「自費診療の患者」の定義は何か。(例えば、保険証を未持参で受診した場合に自費扱いとした場合にも負担を求めることは可能か。

(答) 保険診療の対象とならない患者をいう。なお、例示されているケースは本来保険診療として取り扱うべきであるから、「自費診療の患者」には当たらない。

(問203) 地方自治体による条例制定だけでなく、条例改正、規則・告示改正が必要となる場合も対象となるのか。

(答) 定額負担の定めに必要なものであれば、対象となる。

(問204) 経過措置の期間には、条例制定(改正)の経過措置期間(周知期間)も含まれるのか。例えば、6月の条例改正の施行日を平成28年10月1日とすることは可能か。

(答) 含まれる。条例の経過措置は、平成28年9月30日までの間に限り、設定可能である。

(問205) ①初診時に紹介状を持たず受診したため初診の定額負担を徴収した患者の再診時に、他医療機関に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず当院での受診を希望した場合には、定額負担の対象となるのか。

②再診の定額負担については、受診の都度徴収を行うのか。

(答) ①・②とも他の病院又は診療所に紹介する旨の申出を行ったにもかかわらず受診した場合は、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について(平成28年3月4日保医発0304第12号)に定める例外に該当しない限り、受診の都度徴収が必要。

【明細書無料発行】

(問206) 自己負担のない患者への明細書は、患者から求めのない場合も発行しなければならないのか。

(答) 患者から求めのない場合は発行する必要はない。なお、患者が希望する場合には自己負担のない患者にも明細書を無料発行する旨、院内掲示により予め周知すること。

(問207) 明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

(答) 患者から希望があれば明細書を無料発行する旨や、明細書には使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載される旨を院内掲示した上で、患者から求めがあった場合には発行が必要である。

(問208) 自己負担のない患者に明細書を発行しない場合、区分番号「A 0 0 1」再診料の「注11」明細書発行体制等加算（1点）は算定可能なのか。

(答) 自己負担のない患者に明細書を発行しなくて良い正当な理由に該当しない限り、算定できない。

(問209) 公費負担医療であれば、全て今回の明細書無料発行の対象となるのか。例えば、生活保護受給者は対象となるのか。

(答) 費用負担が全額公費により行われる場合を除き、対象となる。生活保護については、健康保険と公費併用のものは対象となる。

(問210) 経過措置の対象となる「正当な理由」とは具体的にどのような場合か。

(答) ① 一部負担金等の支払がない患者に対応した明細書発行機能が付与

されていないレセコンを使用している場合、② 一部負担金等の支払がない患者への明細書発行を行うに当たり、自動入金機の改修が必要な場合が経過措置の対象となる。

【治験】

(問211) 治験に係る診療を保険外併用療養費の支給対象としているのは、どのような趣旨からであるのか。

(答) 治験に係る診療については、患者に対する適切な情報提供により患者の自由な選択と同意がなされた上で、医療としての質、治験の科学的な質等が確保されていることを前提として、当該治験に参加している患者の診療に係る費用について、医療保険制度と治験依頼者及び自ら治験を実施する者の適切な費用分担を図る観点から、評価療養として、保険外併用療養費の支給になじむ部分について医療保険制度から委託するものであり、その支給対象となる診療の範囲について明確化するとともに、保険請求上の取扱いの簡素化を図り、かつ恣意性を排除する観点から、診療報酬点数表上の各部ごとの項目によることとしているものである。なお、治験に係る保険外併用療養費の取扱いについては、これまでは「治験に係る診療の特定療養費化について」（平成9年1月31日医療課事務連絡）により示してきたところであるが、今後は本疑義解釈資料によらねたいこと。

(問212) 医薬品の治験において、保険外併用療養費の支給対象となる「当該治験を実施した期間」とは具体的にどのような期間を指すのか。

(答) 当該治験を実施した期間（以下「治験実施期間」という。）とは、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成9年厚生省令第28号）第2条第7項に規定する治験薬の投与を開始した日から、投与を終了した日までをいう。

＜参考：医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（抜粋）＞

第二条

5 この省令において「被験薬」とは、治験の対象とされる薬物又は製造販売後臨床試験の対象とされる医薬品をいう。

6 この省令において「対照薬」とは、治験又は製造販売後臨床試験において被験薬と比較する目的で用いられる医薬品又は薬物その他の物質をいう。

7 この省令において「治験薬」とは、被験薬及び対照薬（治験に係るものに限る。）をいう。

（問213）例えば、プラセボ期のように、治験のプロトコールにおいてプラセボのみが投与される期間も治験実施期間となるのか。

（答）そのとおり。

（問214）治験薬の投与は単回であり、その後、検査により安全性の確認等を行うような場合の治験実施期間は、投与日のみとすることによいか。

（答）投与が単回であり、かつ、当該治験薬の効果が投与当日限りであるものについては、当該治験薬の投与日のみを治験実施期間とされたい。

（問215）治験薬の投与が連日ではなく、一定間隔を置いて投与が繰り返されるようなプロトコールの場合、治験実施期間をどのように考えればよいか。

（答）治験実施期間は、治験薬の投与を開始した日から投与を終了した日までをいうが、このような場合には、最初に治験薬を投与した日から最後に治験薬を投与した日までを治験実施期間とされたい。

（問216）例えば、持続性注射剤のように、有効成分が一定期間にわたって体内に残存し、持続的に効果を発揮するような治験薬の場合、治験実施期間をどのように考えればよいか。

（答）治験実施期間は、治験薬の投与を開始した日から投与を終了した日までをいうが、このような場合には、当該治験薬の予定される用法又は用量に従って、当該治験薬を投与した日からの治験実施期間を設定さ

りたい。なお、この場合においては、その旨を診療報酬明細書に添付する治験の概要に記載すること。

(問217) 医薬品の治験において、治験を中止又は治験から脱落した症例については、治験実施期間をどのように考えればよいか。

(答) 治験薬の投与を開始した日から、治験薬が最後に投与された日までを治験実施期間とされたい。ただし、有効成分が一定期間にわたって体内に残存し、持続的に効果を発揮するような治験薬を投与する場合にあっては、本疑義解釈資料の問216に示すとおりであること。

(問218) 治験実施期間中に、当該治験とは関係のない疾病（他科に属するものを含む。）に係る診療が実施された場合、保険外併用療養費の支給はどのようなになるのか。

(答) 当該治験とは関係のない疾病に係る診療を含めて、保険外併用療養費の支給対象については、治験に係る診療と同様の扱いとなる。

(問219) 治験において発生した副作用等に係る診療の費用について、保険外併用療養費の支給はどのようなになるのか。

(答) 治験において発生した副作用等に係る診療についても、原則として保険給付の対象であり、治験実施期間中であれば治験に係る診療と同様の扱いとなる。

(問220) 治験実施期間中に、治験のプロトコールにより、入院の上で検査が必要になる場合には、入院料等の基本診療料は保険外併用療養費の支給対象となるのか。

(答) 治験実施期間中であれば、保険外併用療養費の支給対象から除外されていない項目については、その支給対象となる。

(問221) 治験を実施する治験薬、治験機器又は治験製品を用いる医療技術が、当該治験を実施する時点の医学的知見において、診療報酬点数表に掲載されている技術として実施されると判断される場合には、保険外併用療養費として当該技術に係る費用を算定してもよいか。

(答) 保険外併用療養費の支給対象から除外されていない項目であれば算定できる。ただし、当該治験薬等が薬事承認され保険収載される際には、当該製品又は当該製品に係る技術の評価の結果として、新たな医療技術として診療報酬点数表に掲載される場合がある。

医科診療報酬点数表関係（D P C）

1. D P C 対象病院の基準について

（問 1－1）診療記録管理者とはどのような業務を行う者か。

（答） 診療情報の管理、入院患者についての疾病統計における I C D 10 コードによる疾病分類等を行う診療情報管理士等をいう。

2. D P C 対象患者について

（問 2－1）D P C 対象患者は、自らの意志で診断群分類点数表による算定か、医科点数表による算定を選択することができるのか。

（答） 選択できない。

（問 2－2）同一日に入退院する、いわゆる「1 日入院」の患者は包括評価の対象と考えてよいか。

（答） 包括評価の対象と考えてよい。

（問 2－3）午前 0 時をまたがる 1 泊 2 日の入院についても、入院した時刻から 24 時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

（答） 包括評価の対象外となる。

（問 2－4）D P C 算定の対象外となる病棟から D P C 算定の対象病棟に転棟したが、転棟後 24 時間以内に死亡した場合には包括評価の対象外となるのか。

（答） 包括評価の対象外となる患者は「当該病院に入院後 24 時間以内に死亡した」患者であり、転棟後 24 時間以内に死亡した患者はその範囲には含まれない。

（問 2－5）包括評価の対象外となる臓器移植患者は、厚生労働大臣告示に

定められた移植術を受けた入院に限り包括評価の対象外となるのか。

(答) そのとおり。

(問 2－6) DPC 対象病院において、回復期リハビリテーション病棟入院料又は緩和ケア病棟入院料を算定する一般病棟に入院しているが、当該入院料の算定対象外となる患者については包括評価の対象となるのか。

(答) 入院している病棟（床）で判断するため、包括評価の対象とならない。

(問 2－7) 分娩のために入院中の患者が、合併症等に罹患して保険給付が開始された場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 保険給付が開始された時に包括評価の対象となるか否かを判断する。
なお、包括評価の対象となる場合には、保険給付が開始された日を入院の起算日とする。

(問 2－8) 治験、臓器移植、先進医療を行った患者等、包括評価の対象外となる患者がいったん退院し、同じ病院に再入院した場合は、包括評価の対象患者として算定してよいか。

(答) 医学的に一連の診療として判断される場合は医科点数表により算定すること。(包括評価の対象患者とならない。)

(問 2－9) 外来で治験を行っている患者が骨折等で入院した場合、その患者は包括評価の対象となるのか。

(答) 入院時に既に治験の対象者であることから包括評価の対象とはならない。

(問 2－10) 先進医療として認められている技術が医療機器の保険収載等の理由により、途中で保険適用となった場合、該当する先進医療の技術による治療を受けた患者は包括評価の対象となるのか。それとも次回改定までの間は引き続き包括評価の対象外となるのか。

(答) 保険適用後に入院した患者については包括評価の対象となる。保険適用となる以前から入院し既に当該技術による治療を受けている場合には包括評価の対象外となる。

(問 2－11) 厚生労働大臣が告示する高額薬剤が投与された患者であるが、告示されていない診断群分類区分が適用される場合、その患者は「厚生労働大臣が別に定める者」に該当する患者として包括評価の対象外となるのか。

(答) 当該患者については「厚生労働大臣が別に定める者」には該当せず包括評価の対象となる。(薬剤名と対象診断群分類番号が一致しなければ包括評価の対象外患者とはならない。)

(問 2－12) 主たる保険が労災又は公災の適用患者は包括評価の対象外となるのか。

(答) 包括評価の対象外となる。

(問 2－13) 労災又は公災が適用される入院患者が、他科受診において医療保険が適用される場合は、医科点数表により算定するのか。

(答) 医療保険が適用される診療については医科点数表により算定する。

(問 2－14) 交通事故による患者も、医療保険を使用する場合には包括評価の対象となるのか。

(答) 包括評価の対象となる。

3. 診断群分類区分の適用の考え方について

(1) 「医療資源を最も投入した傷病名」について

(問 3－1－1) 「医療資源を最も投入した傷病」はどのように選択するのか。

(答) 「医療資源を最も投入した傷病」は、入院期間において治療の対象となった傷病の中から主治医が ICD10コードにより選択する。

(問 3 - 1 - 2) 「一連」の入院において独立した複数の疾病に対して治療が行われた場合にも、「医療資源を最も投入した傷病」は一つに限るのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 3) 「医療資源を最も投入した傷病」については、D P C 算定病床以外の医療資源投入量も含めて考えるのか。

(答) 含めない。D P C 算定病床に入院していた期間において、「医療資源を最も投入した傷病」を決定する。

(問 3 - 1 - 4) 合併症に対する治療に医療資源を最も投入した場合に、合併症を「医療資源を最も投入した傷病」として診断群分類区分を決定するのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 1 - 5) 「医療資源を最も投入した傷病」と手術内容が関連しないこともあり得るか。

(答) あり得る。

(問 3 - 1 - 6) 抜釘目的のみで入院したが、「医療資源を最も投入した傷病」は「〇〇骨折」でよいか。

(答) 「〇〇骨折」でよい。

(問 3 - 1 - 7) 「医療資源を最も投入した傷病」を決定するにあたり、医療資源に退院時処方に係る薬剤料を含めることができるか。

(答) 含めることはできない。

(問 3 - 1 - 8) 「疑い病名」により、診断群分類区分を決定してよいのか。

(答) 原則として入院期間中に診断を確定し、確定した病名で診断群分類区分を決定すること。ただし、検査入院等で入院中に確定診断がつかなかった場合においては、「疑い病名」により診断群分類区分を決定することができる。

(2) 「手術」について

(問3-2-1) 手術を実施する予定で入院したもののその手術が実施されていない時点における診療報酬の請求であっても、入院診療計画等を勘案して「手術あり」の診断群分類区分により算定をしてよいのか。

(答) 入院診療計画等に手術を実施することが記載されており、かつ、患者等への説明が行われている場合には「手術あり」の診断群分類区分により算定する。

(問3-2-2) 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、原則として、主たる手術の所定点数のみ算定することとされているが、算定しなかった手術が診断群分類区分の定義テーブルの項目に含まれている場合、当該手術に係る分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問3-2-3) 「K678 体外衝撃波胆石破砕術(一連につき)」のように一連の治療につき1回しか算定できない手術について、算定できない2回目以降の手術に係る入院についても「手術あり」で算定することができるのか。

(答) 「手術あり」で算定することができる。(2回目の入院で「K678 体外衝撃波胆石破砕術」を再び行った場合、手術料は算定することができないが、診療行為として行われているため、「手術あり」として取り扱う。)ただし、その区分番号、名称及び実施日を診療報酬明細書の「診療関連情報」欄に記載する必要がある。

(問3-2-4) 診断群分類区分を決定するにあたり、医科点数表第10部「手術」に定める輸血のみを実施した場合は「手術あり」「手術なし」のいずれを選択することとなるのか。

(答) 「手術あり」を選択する。ただし、「K920-2 輸血管理料」

のみを算定した場合は「手術なし」を選択する。

(問 3 - 2 - 5) 手術の有無による分岐の決定において、「K 9 2 0 - 2 輸血管管理料」のみを算定し他の手術がない場合は「手術なし」となるのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 2 - 6) 他院において手術の実施後に自院に転院した患者については、自院において手術が実施されなかった場合は「手術なし」の診断群分類区分に該当するのか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 2 - 7) 入院日Ⅲを超えた後に手術を行った場合も、診断群分類区分は「手術あり」として選択すべきか。

(答) そのとおり。

(問 3 - 2 - 8) 手術の区分番号「K○○○」において、「●●術は区分番号「K△△△の ▲▲術に準じて算定する」と記載されている場合、診断群分類区分を決定する際は「準用元の手術で判断すること」となっているが、これは区分番号「K○○○」で判断するということか。

(答) そのとおり。

(3) 「手術・処置等 1・2」について

(問 3 - 3 - 1) 「D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査」を 9 歳以上の患者に対して行った場合、食物アレルギー (診断群分類 0 8 0 2 7 0) の「手術・処置等 1」は「あり」を選択するのか。

(答) 「なし」を選択する。

(問 3 - 3 - 2) D P C 留意事項通知の「用語等」に示されている「神経ブロック」について、例えば「L 1 0 0 1 神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用) 神経根ブロック」には、他に医科点数表

に示されている「トータルスパイナルブロック」や「三叉神経半月神経節ブロック」は含まれないのか。

(答) 含まれない。「L100 2 神経ブロック 腰部硬膜外ブロック」「L100 5 神経ブロック 仙骨部硬膜外ブロック」についても同様に明示された手技に限る。

(問3-3-3) 手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについても同様の取扱いか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

(問3-3-4) 「医療資源を最も投入した傷病」が胃の悪性腫瘍（060020）に該当するICD10コードであり、一入院中に化学療法と放射線療法の両方を行った場合の「手術・処置等2」は「2（放射線療法）あり」を選択することとなるのか。

(答) そのとおり。「放射線治療あり」については特に明記されていない場合、化学療法を併用した患者も含まれるため注意されたい。

(問3-3-5) 化学療法の「レジメン別分岐」は、分岐の対象となっている抗がん剤に加えて、他の抗がん剤を併用しても選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問3-3-6) 診断群分類区分の決定にあたり、手術中に行った化学療法のみをもって「化学療法あり」を選択することができるか。

(答) 選択することはできない。「化学療法」には手術中の使用、外来・退院時での処方含まれていない。

(問3-3-7) 活性NK細胞療法は、化学療法に含まれるか。

(答) 化学療法に含まれない。

(問 3－3－8) 化学療法の定義として「悪性腫瘍に対して抗腫瘍効果を有する薬剤を使用した場合」とあるが、高カルシウム血症の治療薬「ゾメタ」は骨転移に対して適応がある。このような薬剤の場合、ゾメタを使用すれば全て「化学療法あり」を選択することができるのか。

(答) 抗腫瘍効果を有する薬剤が、悪性腫瘍に対する抗腫瘍効果を目的に使用された場合にのみ「化学療法あり」を選択できる。質問の例では、高カルシウム血症の治療を目的に投与されている場合は、当該薬剤の使用をもって「化学療法あり」を選択することはできない。ただし、抗腫瘍効果の目的で使用した場合は「化学療法あり」を選択することができる。

(問 3－3－9) 「手術・処置等 2」に特定の薬剤名（成分名）での分岐がある場合、その薬剤の後発医薬品が保険適用された場合にも同じ分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。(薬剤による診断群分類の分岐の指定については、原則として成分名で行っており、先発品か後発品かは問わない。)

(問 3－3－10) 「G 0 0 6 植込型カテーテルによる中心静脈注射」を実施した場合、「手術・処置等 2」の分岐の区分で「G 0 0 5 中心静脈注射」を選択することができるのか。

(答) 選択することはできない。定義テーブルに記載されている項目のみで判断する。

(問 3－3－11) 手術に伴って中心静脈注射を実施した場合は、医科点数表では「手術当日に、手術（自己血貯血を除く）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「中心静脈注射あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う中心静脈注射については、術前・術後にかかわらず「中心静脈注射なし」の診断群分類区分を選択する。

(問 3 - 3 - 12) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ別に算定できない。」とされているが、診断群分類区分は「人工呼吸あり」又は「なし」どちらを選択するのか。

(答) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合は、「なし」の診断群分類区分を選択する。

(問 3 - 3 - 13) 肺の悪性腫瘍 (0 4 0 0 4 0) において「カルボプラチン」と「パクリタキセル (アルブミン懸濁型)」を併用した場合には、「手術・処置等 2」において、どの分岐の区分を選択するのか。

(答) 肺の悪性腫瘍 (0 4 0 0 4 0) の場合、「カルボプラチン」と「パクリタキセル (アルブミン懸濁型)」を併用した場合には「手術・処置等 2」欄中、「カルボプラチン+パクリタキセルあり」を選択する。

(問 3 - 3 - 14) 副腎皮質機能亢進症、非機能性副腎皮質腫瘍 (1 0 0 1 8 0) において、「D 4 1 9 5 副腎静脈サンプリング (一連につき)」を算定した場合には、「手術・処置 1」欄中、「あり」(造影剤注入手技 静脈造影カテーテル法 E 0 0 3 4 あり)を選択できるのか。

(答) 選択できない。

(4) 「その他 (定義副傷病名等)」について

(問 3 - 4 - 1) 「網膜剥離」については、「片眼」「両眼」に応じて診断群分類区分が分かれているが、いずれの診断群分類区分に該当するかは、一手術で判断するのか、一入院で判断するのか。

(答) 一入院で判断する。

(問 3 - 4 - 2) 「白内障、水晶体の疾患」について、一入院中において、片眼に白内障の手術を、もう一方の片眼に緑内障の手術を行った場合、重症度等は、「両眼」を選択するのか。

(答) 「片眼」を選択する。

(問 3－4－3) 「網膜剥離」について、一入院中において、片眼に「K 2 7 5 網膜復位術」を実施し、もう一方の片眼に「K 2 7 6 1 網膜光凝固術 (通常のもの)」を実施した場合、重症度は「両眼」を選択するのか。

(答) 「両眼」を選択する。

診断群分類番号上 6 桁が同一の疾患について、定義テーブルに掲げられた同一対応コードに含まれる複数の手術 (フラグ 97 「その他の K コード」を除く。) を左眼、右眼それぞれに実施した場合は「両眼」を選択する。

(問 3－4－4) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定するのか。また、出生時の体重が不明である場合には診断群分類区分をどのように決定するのか。

(答) 他の医療機関において出生した場合も、出生時の体重により診断群分類区分を決定する。また、出生時の体重が不明である場合には、最も重い体重が定められた診断群分類区分を適用し、診療報酬明細書は「出生時体重不明」と記載する。

(問 3－4－5) 定義副傷病の有無については、いわゆる疑い病名により「定義副傷病あり」と判断してよいのか。

(答) 確認される傷病が疑い病名に係るもののみである場合には、「定義副傷病なし」と判断する。

(問 3－4－6) 定義告示内の定義副傷病名欄に診断群分類番号上 6 桁の分類が記載されているが、その疾患の傷病名欄に記載された ICD10 コードに該当する場合に「定義副傷病あり」になるということか。

(答) そのとおり。

(問 3－4－7) 定義副傷病は治療の有無によって「あり」「なし」を判断するのか。

(答) 医療資源の投入量に影響を与えているのであれば、治療の有無に係わらず「定義副傷病あり」と判断する。最終的には医学的な判断に基づくものとする。

4. 診療報酬の算定について

(問 4－1) 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、4月1日以前から入院している患者については、4月1日から5月31日までの2か月間は医科点数表により算定し、6月1日より包括評価の算定となるのか。

(答) そのとおり。なお、入院期間の起算日は入院日とする。

(問 4－2) 外泊した日数は包括評価に係る入院期間に算入するのか。

(答) そのとおり。

(問 4－3) 入院日Ⅲを超えた日以降に、医科点数表に基づき算定する場合、入院基本料はどの入院料を算定すればよいのか。

(答) 医療機関が当該病棟について届出を行っている入院基本料を算定する。

(問 4－4) DPC算定の対象となる病床から「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は、どのように算定するのか。

(答) 転室前に算定していた診断群分類区分によって、当該診断群分類区分における入院日Ⅲまでの期間は診断群分類点数表により算定すること。(この期間は地域包括ケア入院医療管理料は算定できない。)また、入院日Ⅲを超えた日以降は、地域包括ケア入院医療管理料を算定すること。

(問 4－5) 4月1日から新規にDPC対象病院となる場合、改定前の4月1日以前から入院している患者が4月以降に退院(入院A)し、その後同一傷病により7日以内に再入院した場合(入院B)、入院Aおよび入院Bはどのように算定するのか。

(答) 入院Aについては医科点数表により算定する。また、入院Bについては、診断群分類点数表によって算定することとし、起算日は当該再入院した日とする。

5. 医療機関別係数について

(問 5 - 1) 医療機関別係数は次の診療報酬改定時まで変更されないのか。

(答) 医療機関別係数のうち、機能評価係数Ⅰは施設基準の届出の変更に伴い変更されうる。また、機能評価係数Ⅱは毎年度(4月1日)に実績を踏まえ変更される。

(問 5 - 2) 検体検査管理加算の届出を複数行っている場合(例:ⅠとⅣ)、医療機関別係数は両方の機能評価係数Ⅰを合算して計算するのか。

(答) 両方の機能評価係数Ⅰを合算することはできない。どちらか一方を医療機関別係数に合算すること。

(問 5 - 3) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは検体検査を実施していない月も医療機関別係数に合算することができるか。

(答) 検体検査管理加算に係る機能評価係数Ⅰは、その体制を評価するものであり、検体検査の実施の有無にかかわらず、医療機関別係数に合算することができる。

(問 5 - 4) 機能評価係数Ⅰに関連した施設基準を新たに取得した場合、医科点数表に基づく地方厚生局等への届出の他に、何か特別な届出が必要か。

(答) 医科点数表に基づく届出のみでよい。なお、機能評価係数Ⅰ(臨床研修病院入院診療加算及びデータ提出加算に係るものは除く。)は算定できることとなった月から医療機関別係数に合算すること。

(問 5 - 5) 入院基本料等加算を算定することができない病棟(床)にDPC対象患者が入院している場合、当該入院基本料等加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算することができるか。(例: DPC対象患者が特定入院料を算定する病棟に入院している場合の急性期看護補助体制加算に係る機能評価係数Ⅰ)

(答) 機能評価係数Ⅰは人員配置等の医療機関の体制を評価する係数であるため、医療機関が施設基準を満たす等により、算定することができる。

るのであれば、全てのD P C対象患者に係る診療報酬請求の際に医療機関別係数に合算することができる。

(問 5 - 6) 「A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算」について「実際に臨床研修を実施している月に限り加算できる」とあるが、臨床研修を実施している月と実施していない月で係数が異なることになるのか。

(答) そのとおり。

(問 5 - 7) 「A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算 (1 病棟薬剤業務実施加算 1)」を入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定することはできるのか。

(答) 一連の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。

(問 5 - 8) 第2部入院料等の通則8に掲げる栄養管理体制に係る減算に該当する場合、入院日Ⅲまでの期間は当該機能評価係数Ⅰを合算して包括算定するが、入院日Ⅲを超えた日以降は医科点数表に基づき1日につき40点を減じて算定するのか。

(答) そのとおり。

(問 5 - 9) D P C対象病院において、入院している患者が包括評価の対象外である場合、データ提出加算は算定することができるか。

(例 1) 医科点数表算定コードに該当し、入院初日から退院日まで医科点数表で算定した場合

(例 2) 入院日Ⅲを超えて医科点数表により算定することになった場合

(答) 「一連」の入院において診断群分類点数表で算定する期間がある場合、機能評価係数Ⅰで評価されているため算定することができない。ただし、診断群分類点数表で算定した期間が1日もなければ、退院日にデータ提出加算を算定することができる。(例1は算定可、例2は算定不可)

(問 5 - 10) ①D P C算定病棟 (包括評価の対象) →②D P C算定病棟以外の病棟→③D P C算定病棟 (包括評価の対象外) と転棟した事例につ

いて、③の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。また、②D P C 算定病棟以外の病棟に入院している期間中に今回の診療報酬改定を経た場合、③D P C 算定病棟（包括評価の対象外）の退院時にデータ提出加算を算定することはできるのか。

（答） いずれの場合も、①D P C 算定病床（包括評価の対象）において機能評価係数Ⅰの「データ提出加算」で既に評価されているため、算定することができない。

6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について

（問 6－1） 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院し、退院した月と同じ月に外来において月 1 回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答） 算定することができない。

（問 6－2） 外来で月 1 回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月 1 回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る。）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答） 算定することができる。

（問 6－3） 外来受診した後、直ちに入院した患者について初・再診料を算定することができるか。また、この場合、外来受診時に実施した検査・画像診断に係る費用を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

（答） 初診料を算定することはできるが、再診料又は外来診療料（時間外加算等を除く。）については算定することはできない。また、検査・画像診断に係る費用は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

（問 6－4） 医科点数表の留意事項通知では「A 2 4 3 後発医薬品使用体

制加算」はD P C対象病棟に入院している患者を除き算定するとされている。しかし、D P Cの留意事項通知では同加算は診断群分類点数表に含まれる費用から除かれている。D P C対象病棟に入院している場合、全ての患者について同加算は算定することができないのか。

(答) 算定することができない。診断群分類点数表に含まれない費用については医科点数表に従い算定の可否を判断すること。

(問 6－5) 医科点数表の「在宅医療」に定める「薬剤料」は、包括評価の範囲に含まれるのか。

(答) 「在宅医療」は包括評価の範囲に含まれていないため、「在宅医療」に定める「薬剤料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問 6－6) 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則 1 に定める超音波内視鏡検査を実施した場合の加算点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問 6－7) 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」の通則 3 に定める当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合に算定することとされている点数は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問 6－8) コロンブラッシュ法については、「D 3 1 1 直腸鏡検査」の所定点数に、沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は「N 0 0 4 細胞診」の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は「N 0 0 1 電子顕微鏡病理組織標本作製」の所定点数を合算した点数を算定するが、合算した点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 合算した点数を算定することができる。

(問 6－9) 医科点数表の「検査（内視鏡検査）」については、写真診断

を行った場合は使用フィルム代を10円で除して得た点数を加算して算定するが、本加算点数を別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6－10) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査等の検査の実施に伴う薬剤料、特定保険医療材料料は、包括評価の範囲に含まれるか。また、新生児加算等の加算は算定することができるのか。

(答) そのとおり。また、新生児加算等の加算は算定することができる。

(問6－11) 月の前半が包括評価、月の後半が医科点数表に基づく評価（又は外来）の場合で、月の前半と後半に1回ずつ「D208 心電図検査」を実施した場合、心電図検査の費用は全額算定してよいか。また、その他の生体検査やCT、MRI等についても同様の取扱いとしてよいか。

(答) いずれも当該検査等の実施回数に応じて減算の上、算定することとなる。

(問6－12) 「D206 心臓カテーテル法による諸検査」の注8に定められたフィルムの費用は、医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6－13) 包括評価の対象患者について、手術中に行った超音波検査や造影検査は医科点数表により算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問6－14) 包括評価の範囲に含まれない検査又は処置等において、医科点数表の注書きで定められている加算点数については、別に医科点数表に基づき算定することはできるか。

(答) フィルム代、薬剤料等に係る加算を除き、算定することができる。

(問 6－15) 経皮経肝胆管造影における「E 0 0 3 造影剤注入手技」は、「D 3 1 4 腹腔鏡検査」に準じて算定することとされているが、医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができない。

(問 6－16) 入院を必要とする侵襲的処置を含む画像診断に係る費用は、別に医科点数表に基づき算定することができるか。

(答) 「画像診断」は包括評価の範囲に含まれており、別に医科点数表に基づき算定することはできない。

(問 6－17) 核医学検査(核医学診断)に伴い使用する放射性医薬品についても包括評価の範囲に含まれるか。

(答) そのとおり。包括評価の範囲に含まれる。

(問 6－18) 第 9 部処置の通則に規定された休日加算、時間外加算及び深夜加算は、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても算定できるとされているが、包括評価の範囲に含まれない処置料について、本加算を医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問 6－19) 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等などの処置料に係る加算点数を算定することができるか。

(答) 算定することができる。

(問 6－20) 医科点数表に基づき算定するギプスの項目について、100分の20等の例により、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を算定した場合も医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) ギプスの項目の基本点数が1,000点以上であっても、ギプスシャーレ、ギプスシーネ、ギプス除去料、ギプス修理料等を100分の20等の例によ

り算定した結果、1,000点未満の処置に該当する場合、包括範囲に含まれ、算定することができない。

(問 6－21) 診断群分類区分が手術の有無により区別されていない傷病については、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができないのか。

(答) 診断群分類区分の内容にかかわらず、「手術料」は別に医科点数表に基づき算定することができる。

(問 6－22) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれないのか。また、輸血に伴って使用する薬剤及び輸血用血液フィルターは別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 「輸血料」は包括評価の範囲に含まれない。また、輸血に係る薬剤及び特定保険医療材料のうち、「手術」の部において評価されるものについては、別に医科点数表により算定することができる。

(問 6－23) 包括評価の範囲に含まれない手術や麻酔に伴う薬剤・特定保険医療材料はどの範囲か。

(答) 医科点数表に定める手術又は麻酔の部により算定される薬剤・特定保険医療材料である。

(問 6－24) 「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」を実施した場合、注 7 に掲げる加算は算定できるのか。

(答) 算定することができる。

(問 6－25) 「L 1 0 0 及び L 1 0 1 神経ブロック」は別に医科点数表に基づき算定するのか。また、神経ブロックを実施した際に使用する薬剤も医科点数表に基づき算定するのか。

(答) そのとおり。

(問 6－26) 出来高算定可能な抗 H I V 薬には、「後天性免疫不全症候群(エ

イズ)患者におけるサイトメガロウイルス網膜炎」に対する治療薬も含まれるのか。

(答) 含まれない。

(問 6－27) 手術に伴い、術前・術後に用いた薬剤(例：腹部外科手術の前処理として用いた経口腸管洗浄剤、術後の疼痛緩和に用いた非ステロイド性鎮痛薬等)は、手術に係る費用として別途算定することが可能か。

(答) 手術に係る費用として別途算定可能な薬剤は、当該手術の術中に用いたものに限られ、それ以外の薬剤については別途算定できない。

(問 6－28) グランツマン血小板無力症患者(GPⅡb－Ⅲa及び／又はHLAに対する抗体を保有し、血小板輸血不応状態が過去又は現在見られるもの)に使用する「血液凝固第Ⅶ因子製剤(エプタゴルアルファ(活性型)(遺伝子組換え))」は出来高で算定することができるのか。

(答) 算定できる。

7. 特定入院料の取扱いについて

(問 7－1) 1日当たりの加算により評価される特定入院料に係る施設基準の取扱いはどうすればよいのか。

(答) 従来どおり、医科点数表、基本診療料の施設基準等に基づき、所定の手続を行う。

(問 7－2) 「特定集中治療室管理料」を14日算定していた患者が引き続き「ハイケアユニット入院医療管理料」を算定する病床に転床した場合、21日目まで15日以上21日以内の期間の点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

(問 7－3) 一度目の入院時に「救命救急入院料」を限度日数に満たない日数分算定し、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内

に再入院した場合で「救命救急入院料」算定可能病室に入室した際、
限度日数までの「救命救急入院料」は算定可能となるのか。

(答) 1回の入院期間とみなし、算定することができない。特定入院料の
算定可否については医科点数表における取扱いと同様である。

(問7-4) 診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入
院した場合は、退院期間中の日数は入院期間として算入しないが、「小
児入院医療管理料」を継続して算定している場合、退院期間中の日数
は「小児入院医療管理料」に係る期間として算入しないのか。

(答) そのとおり。

(問7-5) 包括評価の対象患者について特定入院料に係る加算を算定し
ている期間においては、その期間中に実施した心臓カテーテル法によ
る諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取料又は包括評価の範囲に
含まれていない入院基本料等加算を算定することができるか。

(答) 心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査及び診断穿刺・検体採
取料については、診断群分類点数表による包括評価の範囲に含まれて
いないため算定することができる。なお、包括評価の範囲に含まれて
いない入院基本料等加算については、特定入院料に係る加算の種類に
より算定できる範囲が異なるため注意すること。

8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて

(問8-1) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された
場合、化学療法と同日に使用された抗悪性腫瘍剤以外の薬剤に係る薬
剤料（制吐剤等）は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、特定の薬剤名で分岐されている診
断群分類区分に該当する場合には、当該薬剤と同時に併用される薬剤
（併用療法を行うことが添付文書等により医学的に明らかなものに限
る。）に係る薬剤料については算定することができない。また、生理
食塩水等溶剤として使用される薬剤に係る薬剤料も算定することがで
きない。

(問8-2) 入院日Ⅲを超えるまでの間に化学療法が実施された悪性腫瘍患

者について、入院日Ⅲを超えて投与された抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができないのか。

(答) 算定することができる。

(問 8－3) 悪性腫瘍患者に対して入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合であって、手術・処置等 2 の分岐が「2 放射線療法」「3 化学療法ありかつ放射線療法なし」となっている D P C コードについて、化学療法と放射線療法を実施したため、分岐 2 を選択した場合は、抗悪性腫瘍剤に係る薬剤料は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

(問 8－4) 悪性腫瘍患者等以外の患者について、例えば「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査 あり」を手術・処置等 1 の分岐で選択している場合であって、当該検査を入院日Ⅲを超えて実施した場合は、「D 2 0 6 心臓カテーテル法による諸検査」に係る特定保険医療材料等の費用は算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

9. 同一傷病での再入院の取扱いについて

(問 9－1) 包括評価の対象患者が退院日同日に同一保険医療機関に再入院し、当該再入院に係る「医療資源を最も投入した傷病」が前回入院時と異なる場合、どのように取り扱うのか。

(答) 例えば、胃がんにより入院していた患者であって包括評価の対象であった患者が、退院した日に事故に遭い再入院をする場合など、退院時に予期できなかった状態や疾患が発生したことによるやむを得ない場合の再入院については、新規の入院として取り扱い、当該再入院を入院期間の算定の起算日とする。ただし当該再入院について、再入院日の所定診断群分類点表により包括される点数は算定できないものとする。

(問 9－2) 「一連」の入院とみなす 7 日以内の再入院は、「診断群分類番号の上 2 桁が同一の場合」とされているが、再入院時の入院期間における「医療資源を最も投入した傷病名」が決定した後に「一連」か否

かを判断することになるのか。

(答) 再入院時の「入院の契機となった傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁と前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」から決定される診断群分類番号上2桁が一致するか否かで判断する。また、7日以内の再入院の際の「入院の契機となった傷病名」に定義テーブルにおいて診断群分類ごとに定める「医療資源を最も投入した傷病名」欄に掲げるICDコード以外のICDコードを選択した場合も、一連の入院に該当することに留意すること。

(問9-3) 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっているとしても、診断群分類番号上2桁が同一であれば、「一連」とみなすのか。

(答) そのとおり。

(問9-4) 一度目の入院期間中に、入院日Ⅲを超えて退院した後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再入院した場合、どのように算定すれば良いか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区分を決定し算定する。

(問9-5) DPC対象病院から特別の関係であるDPC対象病院に診断群分類番号上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合は「一連」の入院と見なすのか。

(答) そのとおり。なお、この場合は、診療報酬明細書の出来高欄に「特別」と記載すること。また、診療報酬明細書の今回入院日欄に「一連」の入院とみなした入院年月日を記載し、摘要欄に「特別」と記載すること。

(問9-6) 一度目のDPC算定対象となる病棟に入院していた期間中に入院日Ⅲを超えた後、DPC算定対象とならない病棟へ転棟後、診断群分類番号上2桁が同一である傷病名で7日以内に再度DPC算定対象となる病棟に転棟した場合、どのように算定するのか。

(答) 一連の入院中の傷病名・処置等を勘案し退院時に一の診断群分類区

分を決定し算定する。

（問 9－7）一般病棟において包括評価により算定している途中で精神病棟等へ転棟し、その後、一般病棟へ転棟して再度包括評価により算定する場合には、入院期間の起算日は入院日とするのか。

（答） D P C 算定病棟以外の病棟から D P C 算定病棟へ転棟した日を起算日とする。ただし、診断群分類番号上 2 桁が同一である傷病で転棟日から起算して 7 日以内に D P C 算定病棟へ再転棟した場合には、前回入院日を起算日とし、一入院とする。

（問 9－8）同一傷病に該当するか否かは診断群分類番号の上 2 桁が同一であるかによって判断することとされているが、次の事例も一連とみなすのか。（例）半月板損傷（160620）にて入退院後、7 日以内に上腕骨骨折（160730）にて入院

（答） そのとおり。

（問 9－9）D P C 対象病院において、短期滞在手術等基本料 3 を算定した後、7 日以内に同一傷病で再入院した場合、どのように算定するのか。

（答） 前回入院で短期滞在手術等基本料 3 を算定した場合は、同一傷病による再入院の際も D P C 包括評価の対象外として取り扱うこと。

10. 退院時処方について

（問 10－1）退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

（答） 算定することができない。

（問 10－2）診断群分類番号上 2 桁が同一の傷病で退院日の翌日から起算して 7 日以内に再入院した場合は、前回入院の退院時処方を算定することができるか。

(答) 退院中に使用した分に限り算定することができる。ただし、退院日当日に診断群分類番号上２桁が同一の傷病で再入院した場合は算定することができない。

(問10－３) 入院中に処方した薬剤に残薬が生じた場合、在宅でも使用可能なものについては退院時処方として医科点数表に基づき別に算定することができるか。

(答) 残薬に相当する処方を中止した後に、改めて退院時処方として処方することで算定することができる。

(問10－４) 退院の予定が決まっている患者に対して、退院日の前日もしくは前々日に在宅で使用する薬剤を処方した場合、退院時処方として算定することができるか。

(答) 土曜日・日曜日の退院で、退院日当日に薬剤部門の職員が休みであるなど正当な事情が認められる場合には算定することができる。ただし、予定していた退院が取りやめになった時には退院時処方の算定は取り下げること。

(問10－５) 「フォルテオ皮下注キット600 μ g」について、入院中に薬剤料を算定する場合は、フォルテオ皮下注キット600 μ gの薬価を28（日分）で除したものを１日分（１回分）の薬剤料として算定することとされているが、入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、それに相当する日数分を退院時に処方したものとするのは可能か。

(答) 入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、退院時に処方したものとして差し支えない。

(問10－６) 上記問10－６で入院中に処方したフォルテオ皮下注キット600 μ gについて、入院中に使用しなかった分については、引き続き在宅で使用する分に限り、それに相当する日数分を退院時に処方したものとして差し支えないとされているが、インスリン製剤や点眼薬等についても、同様の取扱いとなるのか。

(答) 当該取扱いは薬価を使用可能日数（回数）で除したものを１日分（１

回分) の薬剤料として算定することとされている薬剤に限る。

(問10－7) 介護老人福祉施設に退院する場合、退院時処方薬剤料は別に算定することができるのか。

(答) 算定することができる。

1 1. 対診・他医療機関受診の取扱いについて

(問11－1) D P C 算定病棟に入院しているが、医科点数表により算定している患者が他医療機関を受診した場合、どのような取扱いとなるのか。

(答) D P C 算定病棟に入院している患者が、他の保険医療機関を受診し診療が実施された場合における診療の費用（対診が実施された場合の初・再診料及び往診料は除く。）は、当該保険医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様に取り扱い、当該医療機関において算定する。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねるものとする。D P C 算定病棟に入院している患者については、算定方法にかかわらず（診断群分類点数表・医科点数表のいずれで算定していても）同じ取扱いである。また、D P C 算定病棟内にある病室単位で算定する特定入院料を算定する病床（例：地域包括ケア入院医療管理料）に入院している患者についても同じ取扱いである。

(問11－2) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括対象外となる診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11－3) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、他の保険医療機関で行われたD P C の包括範囲内の診療行為については、入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。ただし、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11－4) D P C 算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断（P E T・M R I 等）のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしているがよいか。

(答) よい。

(問11－5) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができる。また、この場合、診断群分類番号の選定については、他の保険医療機関で行われた診療行為を含めて決定すること。また、当該診療行為に係る費用の分配については、医療機関間の合議に委ねるものとする。

(問11－6) D P C 算定病棟に入院中の患者が他の保険医療機関を受診した場合、外来でしか算定できない診療行為について入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問11－7) D P C 算定病棟に入院中の患者が他医療機関を受診し先進医療を受けた場合について、入院中の保険医療機関で請求し合議の上で精算することになるのか。

(答) 他医療機関で実施した診療行為に係る費用のうち、保険給付の対象となるものは合議にて精算するが、保険外の費用は合議の対象とはならない。なお、先進医療を受けた患者については包括評価の対象外となるため注意すること。

(問11－8) D P C 算定病棟に入院中の患者に対診を実施した場合、入院中の保険医療機関において施設基準の届出を行っていないが、他の保険医療機関で施設基準の届出を行っている診療行為は入院中の保険医療機関で別に医科点数表に基づき算定することができるのか。

(答) 算定することができない。

(問11－9) D P C 算定病棟に入院中の患者に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において請求し、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとされているが、当該分配により他医療機関が得た収入には消費税は課税されるか。

(答) 健康保険法等の規定に基づく療養の給付等は、消費税が非課税となる。（消費税法第6条）

質問のケースの場合、他医療機関が行う診療にあつては、社会保険診療であるから、当該療養の給付に係る診療報酬は入院医療機関との合議で受け取ったものについても非課税となる。（当該合議により得る収入については、診療報酬に照らして妥当であればよく、必ずしも他医療機関が行った診療に係る診療報酬と同額である必要はない。）

1 2. データ提出加算について

(問12－1) 「D P C 導入の影響評価に係る調査」の提出について、提出方法不備、提出期限超過・未到着及び媒体内容不備等があった場合でも「A 2 4 5 データ提出加算」を算定することができるのか。

(答) 「D P C 導入の影響評価に係る調査」の提出（データの再照会に係る提出も含む。）で提出方法不備、提出期限超過、未到着及び媒体内容不備等があった場合は、データ提出月の翌々月の1か月分については「A 2 4 5 データ提出加算」は算定できない。

(問12－2) データ提出加算における「200床以上」とは医療法上の許可病床数になるのか。それともD P C 算定対象病床になるのか。

(答) 医療法第7条第2項第5号に規定する許可病床となる。（外来診療

料を算定する医療機関は「200床以上」の区分で、再診料を算定する医療機関は「200床未満」の区分で施設基準の届出を行うことができる。）

（問12－3）データ提出に遅延等が認められたため、1か月「データ提出加算」を算定できなくなった場合、当該1か月の診療分はどのように算定するのか。

（答） 包括評価対象分については、当該月診療分のデータ提出加算に係る機能評価係数Ⅰを医療機関別係数に合算せずに算定すること。

また、包括評価対象外の患者については、当該月の診療分において、医科点数表に基づき、退院時に「A 2 4 5 データ提出加算」を算定することができない。

1 3．診療報酬の調整等について

（問13－1）退院時に診断群分類区分が確定した時に、差額を調整する必要が生じた場合の一部負担金はどのように算定するのか。

（答） 差額の調整に係る点数は退院月の請求点数と合算するため、その合算点数を基礎として一部負担金を算定する。

（問13－2）包括評価の対象患者に関する高額療養費の額はどのように算定するのか。

（答） 高額療養費の額は、従来どおり、各月の請求点数に応じて算定する。

（問13－3）診断群分類区分の変更に伴う差額を調整する場合は、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要か。

（答） 診断群分類点数表のみで算定する場合は、診断群分類点数表による請求額も月毎に確定するため、請求済みの診療報酬明細書の返戻、高額療養費の再計算等は必要ない。

（問13－4）切迫早産で入院し診断群分類点数表により算定した後、自費で分娩を行った患者が、分娩後に引き続き、分娩の合併症により診断群分類点数表により算定することとなった場合において、診断群分類点数表による算定の起算日は、分娩後の合併症により医療保険の適用と

なった日となるのか。

(答) そのとおり。

(問13－5) 入院の途中で先進医療や治験等の評価療養の対象となった場合、包括評価の対象外となる時期はいつか。また、その後先進医療や治験等を終了した場合は再び包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、当該入院すべてを医科点数表に基づき再請求をする。

(問13－6) 臓器移植や治験等の実施を予定して入院し、前月は医科点数表により請求していたが、患者の容態の急変等により実施しないことが決定された場合には、どのように算定するのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、退院時に診断群分類区分に該当する場合には、前月分を当該診断群分類区分により再請求する。

(問13－7) 入院中に新たに高額薬剤として告示された薬剤を、当該入院中に投与する場合、どの時点から包括評価の対象外となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、投与時点で高額薬剤として告示されている場合は入院期間すべてを医科点数表に基づき算定をする。

(問13－8) 入院日Ⅲを超えて包括評価の算定対象病棟に入院している患者が再び診断群分類区分に該当すると判断された場合は、再度包括評価の対象となるのか。

(答) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一するため、再度包括評価の対象となる。

(問13－9) 診療報酬の請求方法は、患者の退院時に決定された請求方法をもって一の入院期間において統一することとされているが、退院時に決定された診断群分類区分において、入院日Ⅲを超えて医科点数表に

よる算定を行っている場合はどのように請求するのか。

(答) 入院日Ⅲを超えて医科点数表に基づき算定する場合は、診断群分類点数表に基づく算定の一部であり統一された請求方法とみなされる。

1 4. 平成28年改定に係る経過措置について

(問14－1) 改定前は高額薬剤として告示されていた薬剤が、改定後そうではなくなり、かつ、「手術・処置等2」に分岐がない場合、当該薬剤を使用した場合の診断群分類区分についてはどのように決定するのか。

(答) 当該薬剤は改定において包括評価に移行している（高額薬剤として告示されていない。）ことから、診断群分類区分をツリー図上の分岐の区分に従い決定する。改定後も引き続き告示がされている薬剤のみを高額薬剤として取り扱うことになる。

(問14－2) 改定を挟んで7日以内の再入院があった場合の入院日の取扱いはどのようになるのか。

(答) 診断群分類点数表が改正されるため、入院日の起算日は再入院した日とする。

(問14－3) 改定で新たに追加された分岐に係る処置や薬剤の投薬を3月中に実施した場合で4月に診断群分類区分を決定する場合、新たに追加された分岐を選択することができるのか。

(答) 選択することができる。

(問14－4) 改定前後で診断群分類区分の入院日Ⅲが変化する以下の事例について、4月分の請求は診断群分類点数表と医科点数表のいずれに基づき算定することになるのか。

(例1) 3月29日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが4日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(例2) 3月28日に入院し、改定前は入院日Ⅲが3日で改定後は入院日Ⅲが5日となっている診断群分類区分が適用される患者の4月分の請求。

(答) 例1及び例2、いずれの場合も診断群分類点数表に基づき算定する。

(問14－5) 改定を挟んで診断群分類区分の変更があった場合、どのように取り扱うのか。

例1 3月 1日 入院 診断群分類区分Aを決定

3月10日 診断群分類区分Bへ変更

例2 3月 1日 入院 包括対象の診断群分類区分を決定

4月10日 出来高の診断群分類区分Aへ変更

(答) いずれの場合も改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となる。
また、改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で終了しているため、4月1日以降の診療報酬からが調整の対象となる。

15. 診療報酬明細書関連について

(問15－1) 入院中毎月薬物血中濃度を測定した場合、「特定薬剤治療管理料の初回算定日」を診療報酬明細書に記載する必要があるか。また、退院した翌月の外来において測定した場合も同様の記載をする必要があるか。

(答) 包括評価の範囲に含まれない診療行為に関する記載の要領は医科点数表に従い、記載する必要がある。

(問15－2) 診療報酬明細書の「副傷病名」欄には、該当する定義告示上の定義副傷病名を副傷病名と読み替えて記載するのか。

(答) そのとおり。

(問15－3) 該当する定義告示上の定義副傷病名が複数存在する患者については、診療報酬明細書の「副傷病名」欄には主治医が判断した定義副傷病名を記載するのか。

(答) そのとおり。

(問15－4) 傷病名ごとに診療開始日を診療報酬明細書に記載する必要があるか。

(答) 記載する必要はない。

(問15－5) 診断群分類区分の決定に影響を与えなかった併存疾患等についても「傷病情報」欄に記入し、I C D 10コードを記入するのか。

(答) そのとおり。

(問15－6) 入院中に処置を複数回実施した場合は、処置の実施日をどのように記載するのか。

(答) 初回の実施日を記載する。

(問15－7) 分娩のために入院中の患者が合併症等に罹患して保険給付が開始され包括評価の対象となる場合、診療報酬明細書の「今回入院年月日」欄には保険給付が開始された日を記入するのか。また、「今回退院年月日」には保険給付が終了した日を記入するのか。

(答) そのとおり。

(問15－8) 審査支払機関による特別審査の対象となる診療報酬明細書はどのようなものが対象となるのか。特に、医療機関別係数の取扱いはどうなるのか。

(答) D P C の診療報酬明細書のうち、請求点数が40万点以上のものが対象となる。このため、医療機関別係数についても別段の取扱いはされない。

(問15－9) 入院期間中に患者の加入している医療保険等が変更された場合はどのように請求するのか。

(答) 保険者毎に診療報酬明細書を作成して請求する。変更前及び変更後の診療報酬明細書に医療保険等が変更された旨を記載するとともに、変更後の診療報酬明細書に変更前の診療報酬明細書の患者基礎情報及び包括評価部分の記載内容を記載する。なお、診断群分類区分の変更があった場合であっても、退院月に退院日の点数により調整される額を請求するため、従前の保険者への請求額は変更されない。

(問15－10) 診療報酬改定をまたいで入院している場合、3月診療分D P C

レセプトの「今回退院年月日」及び「転帰」欄はどう記載するのか。

(答) 改定前の診断群分類区分による差額調整は3月31日で実施するが、入院しているため「今回退院年月日」及び「転帰」欄は空白（記載不要）とする。

(問15－11) 平成28年3月以前から継続して入院している患者で、3月に分岐に係る手術等を行った場合、4月診療分レセプトの「診療関連情報」欄の手術等は、どのように記載するのか。

(答) 3月に実施した手術等について、4月診療分のレセプトには改定後の点数名称・Kコードによって記載する。なお、3月診療分のレセプトには改定前の点数名称・Kコードによって記載する。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

（問１）同一グループ内の処方せん受付回数の合計が１月に４万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局については、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出時には同一グループ内の処方せん受付回数が１月に４万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

（答）貴見のとおり。

（問２）新規に指定された保険薬局（遡及指定が認められる場合を除く。）が、新規指定時に調剤基本料の施設基準を届出後、一定期間を経て、処方せん受付回数の実績の判定をした際に、算定している調剤基本料の区分が変わらない場合は、施設基準を改めて届け出る必要はないと考えてよいか。

（答）貴見のとおり。

なお、新規指定時に届け出た調剤基本料の区分から変更になった場合は速やかに届け出ること。

（問３）既に指定を受けている保険薬局がある薬局グループに新たに属することになり、その結果、調剤基本料３の施設基準の要件に該当することになった場合は、年度の途中であっても調剤基本料の区分を変更するための施設基準を改めて届け出る必要があるか。

（答）既に指定を受けている保険薬局としては、調剤基本料は４月１日から翌年３月末日まで適用されているので、同一グループに新たに所属したことをもって改めて届け出ることとは不要であり、所属する前の調剤基本料が算定可能である。なお、次年度の調剤基本料の区分は、当年３月１日から翌年２月末日までの実績に基づき判断し、現在の区分を変更する必要がある場合は翌年３月中に調剤基本料の区分変更の届出を行うこと。

（問４）同一グループ内の処方せん受付回数を計算する際、２月末時点に所属する保険薬局のうち、前年３月１日以降に所属することになった保険薬局については、処方せん受付回数を計算する際に同一グループに所属する以前の期間も含めて

計算することでよいか。

(答) 貴見のとおり。前年3月1日から当年2月末の処方せん受付回数をもとに計算すること。

(問5) 不動産の賃貸借取引関係について、同一グループの範囲の法人が所有する不動産を保険医療機関に対して賃貸している場合は対象となるという理解でよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問6) 同一グループの確認はどのようにするのか。

(答) 同一グループの範囲については、保険薬局の最終親会社等に確認を行い判断すること。また、当該最終親会社等にあっては、保険薬局が同一グループに属していることを確認できるよう、グループ内の各保険薬局に各グループに含まれる保険薬局の親会社、子会社等のグループ内の関係性がわかる資料を共有し、各保険薬局は当該資料を保管しておくこと。

(問7) 不動産の賃貸借の取引を確認する際、名義人として対象となる開設者の近親者とはどの範囲を指すのか。

(答) 直系2親等、傍系2親等を指す。

(問8) 不動産の賃貸借取引関係を確認する範囲は「保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるもの」とされているが、薬局の建物のほか、来局者のための駐車場（医療機関の駐車場と共有している場合も含む。）も含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問9) 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準（特例対象からの除外要件）について、薬剤師1人当たり月100回以上の算定とあるが、100人という意味か、それとも患者が同一月に複数回来局して算定した場合には、複数回カウントしてよいか。

(答) 患者数ではなく、実際に算定した回数として計算すること。

(問10) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、処方せん受付1回につき複数項目を算定した場合は、算定項目ごとに回数をカウントしてよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問11) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、「平成28年3月1日から3月末日においては、改定前の区分番号に相当する内容の算定回数で計算する」と規定されているが、改定前の区分番号に相当する点数については、それぞれ以下のとおりと理解してよいか。

- ・「重複投薬・相互作用等防止加算」→「重複投薬・相互作用防止加算
- ・「服薬情報等提供料」→「長期投薬情報提供料1」、「長期投薬情報提供料2」又は「服薬情報等提供料」

(答) 貴見のとおり。

(問12) 調剤基本料の注3（所定点数の100分の50に相当する点数により算定）に該当する保険薬局は、基準調剤加算を算定することが可能か。また、当該保険薬局の薬剤服用歴管理指導料についてはどのように取り扱えばよいか。

(答) 基準調剤加算は算定できない。薬剤服用歴管理指導料については、注1のただし書きに該当する保険薬局として取り扱うので50点を算定する。

(問13) 特定の保険医療機関に係る処方せん受付回数及び特定の医療機関に係る処方せんによる調剤の割合（集中率）の計算について、調剤基本料の施設基準に規定されている処方せんの受付回数に従い、受付回数に数えない処方せんを除いた受付回数を用いることでよいか。

(答) 貴見のとおり。

【分割調剤】

(問14) 同一医療機関で複数の診療科から発行された処方せんを同時に受け付けた際に、ある診療科からの処方せんは分割指示があり、他の診療科の処方せんでは

分割指示がない場合、調剤報酬の算定はどのように取り扱うべきか。

(答) 通常、同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合は受付回数を1回とするが、分割指示の処方せんが含まれる場合に限っては、同時に受け付けた場合であっても、分割指示の処方せんとして1回、分割指示のない処方せんとして1回のように、処方せんごとに別で取り扱い、それぞれの受付ごとに調剤報酬を算定して差し支えない。

なお、このような事例については、特定の診療科の処方せんのみ分割調剤することが妥当かどうか確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うこと。

(問15) 上記の際に、分割指示の処方せんが複数あり、分割指示の方法（分割回数や期間）が異なる場合、どのように取り扱うべきか。

(答) 分割指示が異なる場合は、分割調剤の方法が異なることにより、患者が適切に服薬できるか等の妥当性を確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うべきである。

(問16) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば2回目の調剤時に、残薬や副作用が確認され、医師に疑義照会して2回目以降の処方内容が変更された場合、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定は可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、当該分割調剤時に算定できる点数は、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含んだ技術料の合計の2分の1又は3分の1の点数を算定する。

(問17) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が3回で、1回目は時間外加算の対象、2回目は時間外加算の対象外、3回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

(答) それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方せんについて分割調剤を実施しない場合に算定する点数（調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料）を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。したがって、調剤時に時間外加算の要件を満たす場合には、当該加算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

※薬剤料は調剤した分を算定

〈1回目〉※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	（90日分）	
・一包化加算	220点	（90日分）	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	50点		
計	590点	$\times \frac{1}{3} = 196.66 \cdots \div 196$	点＋薬剤料（30日分）

〈2回目〉

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	（90日分）	
・一包化加算	220点	（90日分）	
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	438点	$\times \frac{1}{3} = 146$	点＋薬剤料（30日分）

〈3回目〉※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	（90日分）	
・一包化加算	220点	（90日分）	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	598点	$\times \frac{1}{3} = 199.33 \cdots \div 199$	点＋薬剤料（30日分）

【基準調剤加算】

（問18）基準調剤加算の算定要件に「当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること」とあるが、祝日を含む週（日曜始まり）については、「週45時間以上開局」の規定はどのように取り扱うのか。

（答）国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日並びに1月2日、3日、12月29日、12月30日及び31日が含まれる週以外の週の開局時間で要件を満たすか否か判断すること。

（問19）基準調剤加算の算定要件について、「土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局」とあるが、「一定時間以上」は具体的に何時間必要か。

（答）基準調剤加算の開局時間の要件は、特定の医療機関の診療時間にあわせるのでは

なく、地域住民のため、必要なときに調剤応需や相談等に応じられる体制を評価するために定めたものである。平日は毎日1日8時間以上の開局が必要であるが、土曜日又は日曜日の開局時間に関しては、具体的な時間数は規定しない。ただし、算定要件を満たすためだけに開局するのではなく、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できる開局時間を確保することが必要である。

(問20) 基準調剤加算の算定要件について、在宅の実績は年間1回でも算定実績があれば要件を満たしていると理解してよいのか。

(答) 貴見のとおり。

(問21) 基準調剤加算の算定要件について「患者のプライバシーに配慮していること」とされているが、具体的にはどのような対応が必要となるのか。

(答) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないように配慮する必要がある。具体的には、複数のカウンターがある保険薬局はその両サイドをパーテーションで区切ることが考えられる。また、カウンターと待合室との距離が短い場合は十分な距離を確保することや、会話が他の患者に聞こえないような対策をとるなど、やりとりが漏れ聞こえないような対応が必要となる。

【調剤料】

(問22) 自家製剤加算について「調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できないこと」とされているが、以下のような場合も同様に算定できないと理解してよいのか。

RP A錠200mg 1回1.5錠 疼痛時服用

(注 A錠と同一有効成分の100mg規格は薬価基準に収載されていないが、300mg規格が収載されている。)

(答) この場合、200mg錠を1.5錠調剤したとしても、同量に相当する300mg錠があるので算定不可。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問23) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、「6月内」の判断については、診療報酬改定前である

平成28年3月31日以前の来局についても対象となるか。

(答) 貴見のとおり。

(問24) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、6月を超えた処方せんであっても、当該指導料を算定するのはどのようなケースか。

(答) 1回の投薬が6ヶ月を超える場合の次回来局時などが考えられる。

(問25) 手帳を持参していない患者に対して、患者から求めがなければ手帳に関する説明をしなくても50点を算定可能か。

(答) そのような患者については、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者が手帳を用いない場合はその旨を薬剤服用歴の記録に記載することとしているため、手帳に関する説明を全くしていない場合は薬剤服用歴管理指導料を算定してはならない。

(問26) 乳幼児服薬指導加算について、「指導の内容等について、手帳に記載すること」とされているが、手帳を持参していない患者に対して、手帳を交付又は手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、当該加算を算定できると理解してよいか。

(答) 乳幼児服薬指導加算については、手帳を利用しているが手帳を持参し忘れた患者にはシール等を交付することでよいが、手帳を利用していない患者に対しては手帳を交付した場合に算定できるものであること。

なお、シール等を交付した患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

(問27) 薬剤情報提供料(医科)の手帳記載加算や、薬剤服用歴管理指導料(調剤)の算定に当たっては、薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(経時的に薬剤の記録が記入でき、必要事項を記録する欄があるもの)を用いることとされているが、算定のために必須のこれらの欄に加えて、医療・介護サービスを提供する事業者等による情報共有及び連携のため、患者自らの健康管理に必要な情報の記録(患者の状況・治療内容・サービス提供の状況等)を含めて総合的に記載することができる手帳についても、当該手帳として用いても差

し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問28) 患者が電子版の手帳を持参してきたが、保険薬局が提携している電子版の手帳の運営事業者と患者が利用する電子版の手帳の運営事業者が異なる場合や運営事業者と提携していない保険薬局の場合など、薬剤師が薬局の電子機器等から患者の手帳の情報を閲覧できない場合はどのようなになるのか。

(答) 電子版の手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第二 提供薬局等が留意すべき事項」の4（2）に規定する一元的に情報閲覧できる仕組みが公益社団法人日本薬剤師会より提供されているので（平成28年4月1日より）、当該仕組みの活用により、患者から手帳の情報が含まれる電子機器の画面を直接閲覧することなく情報把握することを原則とする。

このような仕組みが活用できない保険薬局においては、受付窓口等で患者の保有する手帳情報が含まれる電子機器の画面を閲覧し、薬剤服用歴に必要情報を転記した場合に限り、薬剤服用歴管理指導料を算定可能とする。この際、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

なお、このような方法で情報を閲覧等できない場合は、患者が手帳を持参していない場合の点数（50点）を算定するのではなく、薬剤服用歴管理指導料自体が算定できないことに留意すること。

(問29) 上記の保険薬局において、手帳に記載すべき情報はどのように提供すべきか。

(答) 「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）で示しているとおり、QRコード等により情報を提供すること。

【重複投薬・相互作用等防止加算】

(問30) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定対象の範囲について、「そのほか薬学的観点から必要と認める事項」とあるが、具体的にはどのような内容が含まれるのか。

(答) 薬剤師が薬学的観点から必要と認め、処方医に疑義照会した上で処方に変更された場合は算定可能である。具体的には、アレルギー歴や副作用歴などの情報に基づき処方変更となった場合、薬学的観点から薬剤の追加や投与期間の延長が行われた

場合は対象となるが、保険薬局に備蓄がないため処方医に疑義照会して他の医薬品に変更した場合などは当てはまらない。

(問31) これまでの「重複投薬・相互作用防止加算」では、同一医療機関の同一診療科の処方せんについて処方変更があったとしても算定できないとされていたが、平成28年度診療報酬改定で見直した「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」については、同一医療機関の同一診療科から発行された処方せんであっても、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は算定可能と理解してよいか。

(答) 「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」は、薬学的観点から必要と認められる事項により処方に変更された場合には算定可能としているので、上記の内容も含め、これまで算定できないとされていた「薬剤の追加、投与期間の延長」等であっても、要件に該当するものについては算定可能である。

【特定薬剤管理指導加算】

(問32) 薬効分類上の「腫瘍用薬」、「不整脈用剤」、「抗てんかん剤」に該当するが他の効能も有する薬剤については、それぞれ、「悪性腫瘍」、「不整脈」、「てんかん」の目的で処方され、必要な指導等を実施した場合に限り算定可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、対象薬剤の一覧については、厚生労働省のホームページに掲載している。

<http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

(問33) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の患者の同意取得について、例えば、患者が最初に来局した際にアレルギー歴や後発医薬品を使用することの意向等を確認するアンケートの中でかかりつけ薬剤師についても意向を確認した場合、そのアンケートの署名をもって同意を取得したことになるのか。

(答) アンケートを行う際に、アンケートとは別に、かかりつけ薬剤師を選択することの意向確認を行うことは差し支えないが、同意の取得に当たっては、かかりつけ薬剤師の業務内容、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等について、当該指導

料を算定しようとする薬剤師が改めて説明した上で、かかりつけ薬剤師に対する患者の同意を取得する必要がある。また、アンケートへの署名ではかかりつけ薬剤師の同意を取得したことにならないので、別途、かかりつけ薬剤師への同意に係る署名であることが明確にわかるようにすること。

(問34) 患者がかかりつけ薬剤師を別薬局の薬剤師に変更する場合はどのような対応が必要になるか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、同一月内は同じ薬剤師により算定することが必要である。このため、患者の希望によりかかりつけ薬剤師を変更する場合、変更後のかかりつけ薬剤師は、変更前の算定状況を患者に確認して、算定可能となる時期（変更前のかかりつけ薬剤師が算定していた翌月以降）に留意して対応すること。この場合、変更前後の薬局においては、薬剤服用歴の記録に、かかりつけ薬剤師が変更された旨記載しておくこと。

なお、かかりつけ薬剤師は頻繁に変更されるものではないが、患者の引っ越し等の理由により、患者が別薬局で新たなかかりつけ薬剤師を選択する場合も想定されるため、かかりつけ薬剤師は患者に対して、かかりつけ薬剤師を変更する場合は、その旨を事前に伝えるよう説明しておくこと。

(問35) かかりつけ薬剤師が退職する等の理由で、当該薬局の別の薬剤師に引き継ぎを行う場合、新たなかかりつけ薬剤師として当該薬剤師が継続してかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一薬局内であっても、かかりつけ薬剤師を変更する場合には、新たなかかりつけ薬剤師を選択することの患者の同意が必要である。また、同一月内は同じ薬剤師により算定することとしているため、患者の同意を取得する時期も含め、薬局内で円滑に引き継ぎを行うこと。

なお、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、患者の同意を取得した後の次回処方せん受付時以降に算定可能となるので、患者の同意を得る時期によっては、継続して算定することができない場合があることにも留意すること。

(問36) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料のいずれを算定するかは、薬局側が選択できるという理解でよいか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、患者の同意を得た薬剤師が算定できるものであり、算定要件を満たす場合は患者の同意の下

でいずれかの点数を算定する。それ以外の場合は、算定要件を満たせば薬剤服用歴管理指導料を算定することになる。

(問37) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定要件に「患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝える」とあるが、担当患者に伝える連絡先は、かかりつけ薬剤師が専有する携帯電話等でなければならないか。

(答) 相談に応じる体制は、かかりつけ薬剤師が対応することを原則としているが、やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師による対応でも可能である。したがって、かかりつけ薬剤師又はあらかじめ患者に伝えた当該薬局の別の薬剤師が対応できる連絡先であればよい。

(問38) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する際の患者の同意については、患者本人の同意取得が困難な場合は、介護を行っている家族等の同意でもよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、施設の入所者等に対する患者本人の同意取得については、患者ごとの状況に応じて個別に判断すべきものであり、施設単位でまとめて同意取得すべきではない。

(問39) 特別養護老人ホーム入所者に対して、患者の同意を得た場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。施設での適切な服薬管理等を支援するための評価として新設された、薬剤服用歴管理指導料「3」を算定すること。

(問40) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、「保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること」とされているが、病院薬剤師の勤務経験についても勤務実績の期間に含めることは可能か。

(答) 制度が新設された経過的な取扱いとして、当面の間、病院薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合、1年を上限として薬局勤務経験の期間に含めることでよい。
なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の勤

務経験の取扱いも同様である。

(問41) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、別薬局と併任して勤務を行っていた期間であっても、当該期間については在籍期間とみなしてよいのか。

(答) 施設基準として当該保険薬局に週32時間以上の勤務を求めていることを踏まえると、在籍期間に関しても勤務要件と同等の当該保険薬局における十分な勤務を前提とするものであり、当該保険薬局において施設基準と同等の十分な勤務時間が必要である。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍期間の取扱いも同様である。

(問42) 保険薬局の在籍・勤務期間に関しては、施設基準の届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間になるのか。例えば、3年前に当該保険薬局に「半年間の在籍期間」又「3年間の勤務期間」があれば、それぞれ「当該保険薬局に6月以上の在籍」又は「3年以上の薬局勤務経験」を満たすのか。

(答) 届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間が必要となる。例示のような場合は、要件を満たさない。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問43) 当該保険薬局の在籍・勤務期間中に、育児休暇を取得した場合、育児休暇から復帰して6月又は3年経過しないと「当該保険薬局に6月以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」を満たさないのか。

(答) 育児休暇の場合は、当該期間を除いた期間が6月又は3年あれば要件を満たすものとする。したがって、育児休暇前に6月以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休暇復帰時点でも要件を満たすことになる。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問44) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、M&Aで店舗を買収した場合、買収前の薬局における在籍期間を買収後の在籍期間に含めることは可能か。

(答) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、当該期間を在籍期間に含めることは可能。

(問45) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準における研修要件について、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱うこととされているが、施設基準の届出時に研修要件に係る内容の添付は不要と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

平成29年3月31日以前に当該施設基準の届出をした保険薬局のうち、研修要件に係る内容の添付をしていない保険薬局については、平成29年4月1日以降に継続して当該指導料等を算定する場合は、研修要件に係る内容を添付して改めて施設基準を届け出る必要がある。

なお、平成29年3月31日までの期間であっても、研修要件に係る内容を添付して届出をした保険薬局については、平成29年4月1日以降も継続して当該要件を満たしている場合は新たに届け出る必要はない。

(問46) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準の研修要件について、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること」とされているが、「等」には日本学術会議協力学術研究団体である一般社団法人日本医療薬学会の認定制度は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問47) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準として、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」とあるが、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答) 地域の行政機関や医療関係団体等が主催する住民への説明会、相談会、研修会等への参加や講演等の実績に加え、学校薬剤師として委嘱を受け、実際に児童・生

徒に対する医薬品の適正使用等の講演等の業務を行っている場合が該当する。

なお、企業が主催する講演会等は、通常、地域活動の取組には含まれないと考えられる。

(問48) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、「患者の同意を得た後の次の処方せん受付時以降に算定できる」とされているが、午前中に処方せんを持参した患者の同意を取得し、午後に当該患者が別の処方せんを持参した場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては算定できない。それ以外の場合は、別の受付となるので、午後の処方せん受付時に算定できる。

(問49) 平成28年3月31日以前にかかりつけ薬剤師として患者の同意を得て同意書が作成されていれば、同年4月1日以降の調剤時から当該患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料が算定可能と理解してよいのか。

(答) 患者の同意取得及び同意書の作成は平成28年3月31日以前に行ったものについても有効である。なお、4月1日から算定するためには、施設基準の届出を4月14日までにを行うことが必要であるので留意すること。

(問50) 患者の同意を得ていても、来局時に患者が手帳を持参し忘れた場合、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定できないのか。

(答) 手帳を持参し忘れたことのみをもって、当該指導料及び管理料が算定できないものではないが、患者や処方医等から確認すること等により、必要な情報を収集した上で指導等を行う必要がある。

【服薬情報等提供料】

(問51) 服薬情報等提供料について、患者、その家族等へ必要な情報提供、指導等を行った場合は月1回の算定制限がないと考えてよいのか。

(答) 貴見のとおり。

（問52）服薬情報等提供料について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には算定できないこととされているが、同一月内でこれらの指導料等を算定していれば、服薬情報等提供料は算定できないのか。

（答）かかりつけ薬剤師指導料等を算定している月であれば、服薬情報等提供料に相当する業務も当該指導料等の中で行うことになるので、服薬情報等提供料は算定できない。

訪問看護療養費関係

（問１）機能強化型訪問看護管理療養費について、ターミナル件数のみで実績要件を満たしていたステーションが、（イ）ターミナル件数は満たさなくなったが、（ロ）ターミナル件数かつ超・準超重症児の利用者数の実績要件は満たす場合は、届出の変更が必要か。

（答）（イ）ターミナル件数、（ロ）ターミナル件数かつ超・準超重症児の利用者数又は（ハ）超・準超重症児の利用者数の実績要件のうちいずれかを満たしている間は、変更の届出は必要ない。

（問２）電子署名が行われていないメールやSNSを利用した、訪問看護指示書の交付や訪問看護計画書等の提出は認められないということか。

（答）そのとおり。