



福岡医発第 289 号 (地)

平成 29 年 4 月 22 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 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準等の辞退等について
(情報提供)

標記の件につきましては、平成 29 年 3 月 16 日付け福岡医発第 3412 号 (地) にて、平成 28 年度診療報酬改定において、平成 29 年 3 月 31 日までの経過措置が設けられている施設基準については、平成 29 年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合には、届出が必要とされておりましたが、今般、下記の施設基準を届出している保険医療機関から期限内 (4 月 10 日 (月) 必着) に提出された確認ができなかったため、当該施設基準の辞退届を早急に提出していただきたいとの通知が九州厚生局より当該医療機関に直接発出されておりますので、ご連絡いたします。

なお、4 月 1 日以降の算定はできないこととなりますが、改めて同施設基準 (新規) を提出されることにより、施設基準要件を満たしていることが確認できましたら、受付日の翌月から (初日に受け付けた場合は、当月から) 算定可能となります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますとともに、貴会会員への周知方につきよろしくお願い申し上げます。

記

1 施設基準と未届医療機関数

- ①在宅療養支援診療所 (別添 1 の「第 9」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援診療所)
- ②在宅療養支援診療所 (別添 1 の「第 9」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援診療所)
- ③コンタクトレンズ検査料 1
- ④地域包括診療加算

2 届出方法等

- ①届出場所:九州厚生局指導監査課 (住所:〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8 住友生命博多ビル 4 階)
- ②届出期限 (平成 29 年 5 月 1 日から算定を行う場合): **平成 29 年 5 月 1 日 (月) 必着**
- ③届出方法:「郵送」又は「持参」

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

①

平成 29 年 4 月 21 日

保険医療機関 御中

九州厚生局指導監査課長

「在宅療養支援診療所」施設基準等の辞退等について（お知らせ）

平素から社会保険医療行政の推進にあたり、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 28 年度診療報酬改定において平成 29 年 3 月 31 日までの経過措置が設けられている施設基準について、平成 29 年 4 月 1 日以降も当該点数を引き続き算定する場合は、改めて届出が必要とされており、「平成 28 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて（お知らせ）」（平成 29 年 3 月 14 日付九州厚生局指導監査課長）により、期限内（平成 29 年 4 月 10 日（月）必着）に九州厚生局へ届出書が提出され 4 月末日までに届出の受理が行われたものについては、4 月 1 日に遡って算定することができるものとするとしてご連絡したところです。

しかしながら、貴院における「在宅療養支援診療所」施設基準の届出については、上記期日までに提出された確認ができませんでしたので、「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退届（辞退日：平成 29 年 4 月 1 日）を早急に提出していただきますようお願いいたします。

なお、平成 29 年 4 月 1 日以降の「在宅療養支援診療所」での算定はできないこととなりますが、改めて同施設基準（新規）を提出されることにより、施設基準要件を満たしていることが確認できましたら、受付日の翌月から（初日に受け付けた場合は、当月から）算定可能となりますので併せてお知らせいたします。

（初回の例：平成 29 年 5 月 1 日まで受付 → 平成 29 年 5 月 1 日から算定可能）

また、平成 29 年 4 月 10 日（必着）までに当該届出を行っている場合は、行き違いで送付しておりますのでご了承願います。

記

1 「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退に伴い、辞退を要する施設基準

以下の施設基準を届出している保険医療機関は、「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退届と併せて届出施設基準の辞退届をご提出願います。

（1）在宅がん医療総合診療料

（2）在宅療養実績加算 1 又は 2（「在宅療養支援診療所（3）」を辞退する場合に限る。）

（3）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（「在宅療養支援診療所（1）又は（2）」を辞退する場合に限る。）

※上記（1）から（3）の施設基準を平成 29 年 5 月 1 日以降算定する場合は、施設基準要件の適否を確認のうえ、平成 29 年 5 月 1 日（月）（必着）までにご提出願います。

なお、上記（1）から（3）の届出には、「在宅療養診療所」施設基準の届出が必要であることを申し添えます。

2 届出方法等

(1) 届出場所

九州厚生局指導監査課

(住所：〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8 住友生命博多ビル 4F)

(2) 届出期限 (平成 29 年 5 月 1 日から「在宅療養支援診療所」での算定を行う場合。)

平成 29 年 5 月 1 日 (月) [必着]

(3) 届出方法

届出については、「郵送」又は「持参」でお願いします。

※1 届出様式については、同封の「辞退届」及び「在宅療養支援診療所」届出様式(「別添2」及び「別添2の様式1 1」等)を活用下さい。

※2 届出にあたっては、「別添2の様式1 1」の「記載上の注意」の添付書類もご提出下さい。

※3 上記1 (1) から (3) に係る届出様式等につきましては、九州厚生局ホームページに掲載していますので、ご確認願います。

なお、インターネットが接続されていない等、当局ホームページから届出様式を取得できない場合は、九州厚生局指導監査課までご連絡ください。

●九州厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

●届出様式の掲載場所

- ・九州厚生局ホームページのトップページ下部のバナー「施設基準の届出等」
> 「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」

【問合せ先】九州厚生局指導監査課

Tel092-707-1125 担当：基準班

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

印

(法人の場合は法人印を押してください)

1. 施設基準辞退項目

2. 受 理 番 号 () 第 号

3. 算定開始年月日 平成 年 月 日

4. 辞 退 理 由

5. 算定辞退年月日 平成29年4月1日

別添 2

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	(支援診 2) 第 号
-----------	--	---------	----------------

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

(届出事項)

[在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出

(※別添 1 の「第 9」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援診療所)

(20034)

☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名 印

九州厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □ には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、正副 2 通提出のこと。

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ついては、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)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かかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

〔 在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院 〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

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

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

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

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

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

IV. 在宅支援連携体制について

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

〔記入上の注意〕

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

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

Ⅰ. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

Ⅱ. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

Ⅲ. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

②

平成 29 年 4 月 21 日

保険医療機関 御中

九州厚生局指導監査課長

「在宅療養支援診療所」施設基準等の辞退等について（お知らせ）

平素から社会保険医療行政の推進にあたり、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 28 年度診療報酬改定において平成 29 年 3 月 31 日までの経過措置が設けられている施設基準について、平成 29 年 4 月 1 日以降も当該点数を引き続き算定する場合は、改めて届出が必要とされており、「平成 28 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて（お知らせ）」（平成 29 年 3 月 14 日付九州厚生局指導監査課長）により、期限内（平成 29 年 4 月 10 日（月）必着）に九州厚生局へ届出書が提出され 4 月末日までに届出の受理が行われたものについては、4 月 1 日に遡って算定することができるものとするとしてご連絡したところです。

しかしながら、貴院における「在宅療養支援診療所」施設基準の届出については、上記期日までに提出された確認ができませんでしたので、「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退届（辞退日：平成 29 年 4 月 1 日）を早急に提出していただきますようお願いいたします。

なお、平成 29 年 4 月 1 日以降の「在宅療養支援診療所」での算定はできないこととなりますが、改めて同施設基準（新規）を提出されることにより、施設基準要件を満たしていることが確認できましたら、受付日の翌月から（初日に受け付けた場合は、当月から）算定可能となりますので併せてお知らせいたします。

（初回の例：平成 29 年 5 月 1 日まで受付 → 平成 29 年 5 月 1 日から算定可能）

また、平成 29 年 4 月 10 日（必着）までに当該届出を行っている場合は、行き違いで送付しておりますのでご了承願います。

記

1 「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退に伴い、辞退を要する施設基準

以下の施設基準を届出している保険医療機関は、「在宅療養支援診療所」施設基準の辞退届と併せて届出施設基準の辞退届をご提出願います。

（1）在宅がん医療総合診療料

（2）在宅療養実績加算 1 又は 2（「在宅療養支援診療所（3）」を辞退する場合に限る。）

（3）在宅緩和ケア充実診療所・病院加算（「在宅療養支援診療所（1）又は（2）」を辞退する場合に限る。）

※上記（1）から（3）の施設基準を平成 29 年 5 月 1 日以降算定する場合は、施設基準要件の適否を確認のうえ、平成 29 年 5 月 1 日（月）（必着）までにご提出願います。

なお、上記（1）から（3）の届出には、「在宅療養診療所」施設基準の届出が必要であることを申し添えます。

2 届出方法等

(1) 届出場所

九州厚生局指導監査課

(住所：〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8 住友生命博多ビル 4F)

(2) 届出期限 (平成 29 年 5 月 1 日から「在宅療養支援診療所」での算定を行う場合。)

平成 29 年 5 月 1 日 (月) [必着]

(3) 届出方法

届出については、「郵送」又は「持参」でお願いします。

※1 届出様式については、同封の「辞退届」及び「在宅療養支援診療所」届出様式(「別添2」及び「別添2の様式1 1」等)を活用下さい。

※2 届出にあたっては、「別添2の様式1 1」の「記載上の注意」の添付書類もご提出下さい。

※3 上記1 (1) から (3) に係る届出様式等につきましては、九州厚生局ホームページに掲載していますので、ご確認願います。

なお、インターネットが接続されていない等、当局ホームページから届出様式を取得できない場合は、九州厚生局指導監査課までご連絡ください。

●九州厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

●届出様式の掲載場所

- ・九州厚生局ホームページのトップページ下部のバナー「施設基準の届出等」
＞「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」

【問合せ先】九州厚生局指導監査課

Tel092-707-1125 担当：基準班

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

印

(法人の場合は法人印を押してください)

1. 施設基準辞退項目

2. 受 理 番 号 () 第 号

3. 算定開始年月日 平成 年 月 日

4. 辞 退 理 由

5. 算定辞退年月日 平成29年4月1日

別添 2

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	(支援診 3) 第 号
-----------	--	---------	----------------

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

(届出事項)

[在宅療養支援診療所] の施設基準に係る届出

(※別添 1 の「第 9」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援診療所)

(20035)

☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名 印

九州厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □ には、適合する場合「レ」を記入すること。
3 届出書は、正副 2 通提出のこと。

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ついては、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)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かかる報告書(様式11の3)」を添付すること。

〔 在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院 〕に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

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

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

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

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

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

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

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

IV. 在宅支援連携体制について

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

〔記入上の注意〕

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

③

平成 29 年 4 月 21 日

保険医療機関 御中

九州厚生局指導監査課長

「コンタクトレンズ検査料 1」施設基準の辞退等について（お知らせ）

平素から社会保険医療行政の推進にあたり、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 28 年度診療報酬改定において平成 29 年 3 月 31 日までの経過措置が設けられている施設基準について、平成 29 年 4 月 1 日以降も当該点数を引き続き算定する場合は、改めて届出が必要とされており、「平成 28 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて（お知らせ）」（平成 29 年 3 月 14 日付九州厚生局指導監査課長）により、期限内（平成 29 年 4 月 10 日（月）必着）に九州厚生局へ届出書が提出され 4 月末日までに届出の受理が行われたものについては、4 月 1 日に遡って算定することができるものとするとしてご連絡したところです。

しかしながら、貴院における「コンタクトレンズ検査料 1」施設基準の届出については、上記期日までに提出された確認ができませんでしたので、「コンタクトレンズ検査料 1」施設基準の辞退届（辞退日：平成 29 年 4 月 1 日）を早急に提出していただきますようお願いいたします。

なお、平成 29 年 4 月 1 日以降の「コンタクトレンズ検査料 1」の算定はできないこととなりますが、改めて同施設基準（新規）を提出されることにより、施設基準を満たしていることが確認できましたら、受付日の翌月から（初日に受け付けた場合は、当月から）算定可能となりますので併せてお知らせいたします。

（初回の例：平成 29 年 5 月 1 日受付 → 平成 29 年 5 月 1 日から算定可能）

また、平成 29 年 4 月 10 日（必着）までに当該届出を行っている場合は、行き違いで送付しておりまのでご了承願います。

記

届出方法等

（１）届出場所

九州厚生局指導監査課

（住所：〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8 住友生命博多ビル 4F）

（２）届出期限（平成 29 年 5 月 1 日から「コンタクトレンズ検査料 1」の算定を行う場合。）

平成 29 年 5 月 1 日（月）〔必着〕

（３）届出方法

届出については、「郵送」又は「持参」でお願いします。

※ 1 様式については、同封の「辞退届」及び「コンタクトレンズ検査料 1」届出様式（「別添 2」及び「別添 2 の様式 3 0」）を活用下さい。

※ 2 届出にあたっては、「別添 2 の様式 3 0」の「記載上の注意」の添付書類もご提出下さい。

※3 届出様式については、九州厚生局ホームページにも掲載していますので、ご確認
願います。

なお、インターネットが接続されていない等、当局ホームページから届出様式を取
得できない場合は、九州厚生局指導監査課までご連絡ください。

●九州厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

●届出様式の掲載場所

- ・九州厚生局ホームページのトップページ下部のバナー「施設基準の届出等」
＞「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」

【問合せ先】九州厚生局指導監査課

TEL092-707-1125 担当：基準班

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

印

(法人の場合は法人印を押してください)

1. 施設基準辞退項目

コンタクトレンズ検査料1

2. 受 理 番 号 (コン1) 第 号

3. 算定開始年月日 平成 年 月 日

4. 辞 退 理 由

提出期限までに未提出のため

5. 算定辞退年月日 平成29年4月1日

別添 2

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	(コン1) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電 話 番 号:			
(届出事項) [コンタクトレンズ検査料 1] の施設基準に係る届出 (20124) ☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 開設者名 印 九州厚生局長 殿			
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 ☐ には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副 2 通提出のこと。			

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

の施設基準に係る届出添付書

※ 該当する届出項目に○を付けること

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

[記載上の注意]

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

④

平成 29 年 4 月 21 日

保険医療機関 御中

九州厚生局指導監査課長

「地域包括診療加算」施設基準の辞退等について（お知らせ）

平素から社会保険医療行政の推進にあたり、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 28 年度診療報酬改定において平成 29 年 3 月 31 日までの経過措置が設けられている施設基準について、平成 29 年 4 月 1 日以降も当該点数を引き続き算定する場合は、改めて届出が必要とされており、「平成 28 年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて（お知らせ）」（平成 29 年 3 月 14 日付九州厚生局指導監査課長）により、期限内（平成 29 年 4 月 10 日（月）必着）に九州厚生局へ届出書が提出され 4 月末日までに届出の受理が行われたものについては、4 月 1 日に遡って算定することができるものとするとしてご連絡したところです。

しかしながら、貴院における「地域包括診療加算」施設基準の届出については、上記期日までに提出された確認ができませんでしたので、「地域包括診療加算」施設基準の辞退届（辞退日：平成 29 年 4 月 1 日）を早急に提出していただきますようお願いいたします。

なお、平成 29 年 4 月 1 日以降の「地域包括診療加算」の算定はできないこととなりますが、改めて同施設基準（新規）を提出されることにより、施設基準を満たしていることが確認できましたら、受付日の翌月から（初日に受け付けた場合は、当月から）算定可能となりますので併せてお知らせいたします。

（初回の例：平成 29 年 5 月 1 日受付 → 平成 29 年 5 月 1 日から算定可能）

また、平成 29 年 4 月 1 日（必着）までに当該届出を行っている場合は、行き違いで送付しておりますのでご了承願います。

記

届出方法等

（１）届出場所

九州厚生局指導監査課

（住所：〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 3-2-8 住友生命博多ビル 4F）

（２）届出期限（平成 29 年 5 月 1 日から「地域包括診療加算」の算定を行う場合。）

平成 29 年 5 月 1 日（月）〔必着〕

（３）届出方法

届出については、「郵送」又は「持参」でお願いします。

※１ 様式については、同封の「辞退届」及び「地域包括診療加算」届出様式〔「別添 7」及び「別添 7 の様式 2 の 3」〕を活用下さい。

※２ 届出にあたっては、「別添 7 の様式 2 の 3」の「記載上の注意」の添付書類もご提出下さい。

※3 届出様式については、九州厚生局ホームページにも掲載していますので、ご確認
願います。

なお、インターネットが接続されていない等、当局ホームページから届出様式を取
得できない場合は、九州厚生局指導監査課までご連絡ください。

●九州厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>

●届出様式の掲載場所

- ・九州厚生局ホームページのトップページ下部のバナー「施設基準の届出等」
＞「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」

【問合せ先】九州厚生局指導監査課

Tel092-707-1125 担当：基準班

施設基準に係る辞退届

平成 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

印

(法人の場合は法人印を押してください)

1. 施設基準辞退項目
地域包括診療加算

2. 受 理 番 号 (地包加) 第 号

3. 算定開始年月日 平成 年 月 日

4. 辞 退 理 由
提出期限までに未提出のため

5. 算定辞退年月日 平成29年4月1日

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	(地包加) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電 話 番 号:			
(届出事項) [地域包括診療加算] の施設基準に係る届出 (01018) ☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 開設者名 印 九州厚生局長 殿			
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 ☐ には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副 2 通提出のこと。			

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. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。