



福島医発第36号(地)
平成30年4月3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30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30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

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

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30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのとおり訂正しますので、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。

なお、各別添の様式については、訂正後のもの（別添5における別紙7の別表1にあっては、訂正箇所のみ。様式5の6にあっては、新規の追加。）となりますので申し添えます。

また、平成30年3月5日付官報（号外第45号）に掲載された平成30年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添14のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせします。

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成30年3月5日保発0305第2号）（別添1）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保発0305第3号）（別添2）
- ・「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について（平成30年3月5日保発0305第4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30年3月5日保医発0305第1号）（別添4）
- ・「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30年3月5日保医発0305第2号）（別添5）
- ・「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30年3月5日保医発0305第3号）（別添6）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第4号）（別添7）
- ・「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30年3月5日保医発0305第6号）（別添8）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第10号）（別添9）

- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
（平成30年3月5日保医発0305第12号）（別添10）
- ・「特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望所（希望区分B）に記載する機能区分コードについて」（平成30年3月5日付事務連絡）（別添11）
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成30年3月20日保医発0320第6号）（別添12）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（平成30年3月26日保医発0326第5号）（別添13）

(別添 1)

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目
の分かる明細書の交付について
(平成30年 3 月 5 日保発0305第 2 号)

(別紙様式 7)

院内掲示例

平成○年○月

▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、平成●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。~~発行を希望される方は、会計窓口にてその旨お申し付けください。~~

なお、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ものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、~~自己負担のある方で~~明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について
(平成30年3月5日保発0305第3号)

第5 訪問看護管理療養費について

2(1)エ 24時間対応体制加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算~~又は24時間連絡体制加算~~に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

~~3~~(1) 注3に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月1回に限り所定額に加算する。

~~4~~(1) 注4に規定する退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、当該主治医又はその所属する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院~~=(当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。)=~~の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費の1の所定額に加算する。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者については、複数日に指導を実施した場合に限り、2回に限り加算ができる。この場合、当該2回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できる。

~~5~~(1) 注7に規定する退院支援指導加算は基準告示第2の7に規定する状態等にある利用者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定訪問看護の

実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

6 ~~7~~ (1) 注8に規定する在宅患者連携指導加算は、在宅での療養を行っている利用者の診療情報等を、当該利用者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

7 ~~8~~ (1) 注9に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、在宅での療養を行っている利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該利用者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、利用者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価を行うものである。

8 ~~9~~ (1) 注10に規定する精神科重症患者支援管理連携加算は、精神科在宅患者支援管理料2を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者においては週2回以上、2のロを算定する利用者においては月2回以上実施した場合に、月1回に限り加算し、1人の利用者に対し1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。なお、区分01-2及び3に規定する指定訪問看護の他に保険医療機関がI 0 1 2の1及び3に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めても差し支えない。

(4) 多職種が参加する定期的なカンファレンスの開催にあたっては、以下の点に留意する。

エ 当該加算のイにおいて、多職種チームによるカンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のイ及びロを満たすときに限り、関係者のうちいずれかが、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

(イ) (2)に規定するチームの構成員全員が、月1回以上当該利用者に対するカンファレンスに対面で参加していること

(ロ) 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(2)に規定するチームの関係者全員が一堂に会すること

オ 当該加算のイにおいて、(2)に規定するチームの関係者のうちいずれかが「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30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている

病院を除く。)等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該利用者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

カ 当該加算のロにおいて、カンファレンスは、(2)に規定するチームの関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該利用者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

9-10(1) 注11に規定する看護・介護職員連携強化加算については、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者(以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。)の介護の業務に従事する者(以下「介護職員等」という。)が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「喀痰吸引等」という。)の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

(5) 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護~~指導~~の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

第6 訪問看護情報提供療養費について

1(1) 訪問看護情報提供療養費 1 は、訪問看護ステーションと市町村及び都道府県(以下「市町村等」という。)の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とするものである。

第7 訪問看護ターミナルケア療養費について

1 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。

訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書

(主治医 医療機関名)

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

電 話 番 号

(入院又は入所先医療機関等)

管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供します。

利用者氏名	
性別 (男 女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 職業	
住 所	
電 話 番 号	() -

主治医氏名	
医療機関名	
住 所	
主 傷 病 名	
既往歴	
要介護認定等	要介護認定の状況（該当する事項に○） 自立 要支援（1 2） 要介護（1 2 3 4 5） その他（利用しているサービス等）
日常生活等の状況	(食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等) (服薬等の状況) (家族、主な介護者等)
看護に関する情報	(看護上の問題等) (看護の内容) (ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)
その他	

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」
の一部改正について

(平成30年3月5日保発0305第4号)

第二 用語の定義

基準中に用いられている用語であって、定義規定が置かれていないものの意味を明らかにするものである。

1 「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係る指定訪問看護の提供に従事する時間又は当該事業に係る指定訪問看護の提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従業者1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とすること。

2 「常勤」

指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「指定訪問看護ステーション」という。）における勤務時間が、当該指定訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり32時間を下回る場合は32時間を基本する。）に達していることをいうものである。

ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

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30年3月5日保医発0305第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第2部 入院料等

A100 一般病棟入院基本料

- (10) 「注11」の規定により、区分番号「A101」の療養病棟入院料1の入院料Aから入院料Fのいずれかを算定する場合にあつては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。~~また、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

A101 療養病棟入院基本料

- (9) 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

A108 有床診療所入院基本料

- (12) 区分番号「A109」の入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病

状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。~~更に、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

A214 看護補助加算

(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等湯の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

A221-2 小児療養環境特別加算

(2) 本加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれに該当するか~~かに該当の有無~~を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A246 入退院支援加算

(1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算1にあつてはこの限りでない~~である~~。

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(8) 「注5」に規定する急性期患者支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援病床初期加算は介護老人保健施設等の入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

イ 在宅患者支援病床初期加算については、介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対

する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

- (7) 「注3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(13)から(14~~16~~)までの例による。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1－2－9 地域包括診療料

- (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

コ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式48を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式48を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。

第2部 在宅医療

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

- (14) 「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

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

- (22) 在宅時医学総管理料の「注10」又は施設入居時等医学総管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとする。

カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必

要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(二) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワから~~ケ~~に規定する処置をいう。）を行っている患者

(27) 在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われな
い場合は、算定することはできない。~~ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行っ
た場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。~~

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5－1－2 同一建物居住者訪問看護・指導料

(24) 在宅患者訪問看護・指導料の「注10」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算について

ア 在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。ターミナルケアにおいては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。1つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、当該加算を算定する。また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合又は訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合においては算定できない。

C 0 0 6 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

(4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は在宅患者訪問診療料(II)の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して

継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「B009」診療情報提供料（I）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

- 3 また、医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、~~地域支援体制加算基準調剤加算~~又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

第3部 検査

D008 内分泌学的検査

- (8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）

ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）又は「43」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を「摘要」欄に記載する。
~~本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「16」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）又は「43」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。~~

第4部 画像診断

E101-2 ポジトロン断層撮影

- (2) ^{18}F FDGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
3. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (3) ^{18}F D G 製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F D G 製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管動脈炎の診断に用いる ^{18}F D G 製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F D G 製剤を使用した場合に限り算定する。

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- (3) ^{18}F D G を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E 1 0 1 - 2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E 1 0 1 - 2」により算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管動脈炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (4) ^{18}F D G 製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F D G 製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管動脈炎の診断に用いる ^{18}F D G 製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F D G 製剤を使用した場合に限り算定する。

第7部 リハビリテーション

H 0 0 1 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年3月31日までの間に限り~~、「注4」に規定する点数を

それぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

- (8) 理学療法士 又は作業療法士 等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年8月31日までの間に限り、~~「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H002 運動器リハビリテーション料

- (8) 理学療法士 又は作業療法士 等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年8月31日までの間に限り、~~「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、

標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

(4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア 別紙様式23から別紙様式23の4まで又はこれに準じた様式

イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせ記載する様式（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌキ)を含めること。）

(ヲ) F A I（Frenchay Activities Index）、L S A（Life-Space Assessment）、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ25（平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの）又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

第8部 精神科専門療法

I003-2 認知療法・認知行動療法

(2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2キ」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。

I016 精神科在宅患者支援管理料

(16) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。

イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。~~ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行なった場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。~~

第10部 手術

<通則>

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

(3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成24年厚生労働省告示第138号）（改正された場合は、改正後の告示による。）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

- (1) 「注2」に規定する~~ロー~~~~フロー~~バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、~~頭皮~~~~上肢又は下肢~~から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。
- (2) 「注3」に規定する~~ハイ~~~~フロー~~バイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、~~上肢又は下肢~~~~頭皮~~から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

K 7 8 3 経尿道的尿管狭窄拡張術、K 7 8 3-2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3-3 経尿道的尿管ステント抜去術、K 7 8 5 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K 7 9 4-2 経尿道的尿管瘤切除術、K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K 7 9 8-2 経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K 8 0 0-2 経尿道的電気凝固術、K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K 8 1 7 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術~~

~~内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

第12部 放射線治療

M 0 0 0 放射線治療管理料

- (5) 「注4」に掲げる遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う実施施設と連携した放射線治療を支援する施設~~とは異なる施設~~の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

M 0 0 1 体外照射

- (4) 1回線量増加加算

ウ 「注6」の1回線量増加加算~~前立腺癌に対して行う場合~~は、強度変調放射線治療（IMRT）を行う場合であって、「注4」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

M 0 0 1-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- (5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、~~肝~~~~肝~~がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置

又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

M004 密封小線源治療

- (10) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

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

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (4) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査、区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査又は区分番号D012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

第3部 検査

D002 歯周病検査

- (1) 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施する。また、2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施する。歯周病検査の実施は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

D013 精密触覚機能検査

- (1) 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能（触覚）を定量的に測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、検査

の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。

第8部 処置

I 0 0 6 感染根管処置

- (2) 感染根管処置は1歯につき1回に限り算定する。ただし、再度感染根管処置が必要になった場合において、区分番号I 0 0 8 －2に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して6月を経過した日以降については、この限りではない。

I 0 1 1 歯周基本治療

- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいい、歯周病検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周病検査が実施されていない場合は、算定できない。なお、歯周基本治療は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

I 0 1 1－2 歯周病安定期治療(I)、I 0 1 1－2－2 歯周病安定期治療(II)

- (3) 歯周病安定期治療(I)は、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてブラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、2回目以降の歯周病安定期治療(I)の算定は、前回実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療(I)は月1回に限り算定する。この場合において、実施する理由（「イ 歯周外科手術を実施した場合」は除く。）及び全身状態等を診療録に記載する。また、ロ及びハは、主治の医師からの文書を添付する。

イ 歯周外科手術を実施した場合

ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ニ 侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。）

I 0 1 7 口腔内装置

- (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ 顎関節治療用装置

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置

ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

- ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート
- ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター
- ト 気管~~内~~挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置
- チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
- リ 放射線治療に用いる口腔内装置
- (3) 「2 口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジ~~ン~~等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。
- (4) 「3 口腔内装置3」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジ~~ン~~等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。
- (6) (1)の「イ 顎関節治療用装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」又は「2 口腔内装置2」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等进行检查し、調整した場合は1口腔1回につき区分番号I017-2に掲げる口腔内装置調整・修理の「1のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。なおただし、咬合採得を行う場合は、区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。は算定できない。
- (7) (1)の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」、「2 口腔内装置2」又は「3 口腔内装置3」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は~~当該装置の範囲に相当する歯数により~~区分番号M006に掲げる咬合採得の~~「2のロ 有床義歯」~~「2のロの(2) 多数歯欠損」（「1 口腔内装置1」の場合に限る。）を、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) (2)から(4)までにかかわらず、(1)の「ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては1装置に限り、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。この場合において、必要があつて咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。また~~なお~~、同一手術において複数の装置を使用する場合については、2装置目からは、1装置につき「3 口腔内装置3」の所定点数により算定する。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(2)から(4)にかかわらず、「3 口腔内装置3」により算定する。
- (10) (1)の「リ 放射線治療に用いる口腔内装置」とは頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第11部に掲げる放射線治療（区分番号L002に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及びL004に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の

保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置をいう。当該装置を製作し装着した場合は、(2) から (4) までにかかわらず、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「2 ホ(1) 印象採得が困難なもの」、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」、~~咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロ 有床義歯」により算定する。区分番号M006に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。~~

I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

- (3) 「2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジン等を圧接して製作されたベースプレートを用いた口腔内装置をいう。

I019 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、(5~~6~~)の他、次のものをいう。
- イ 滑面板の撤去
 - ロ 整復装置の撤去(3分の1顎につき)
 - ハ ポンティックの除去
 - ニ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
 - ホ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合
 - ヘ 支台築造用のスクリューポスト又は金属小釘の除去
 - ト 高強度硬質レジンプリッジの支台装置及びポンティック(1歯につき)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M006 咬合採得

- (2) 口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得は、本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数により算定する。~~また、口腔内装置の咬合採得は、当該口腔内装置の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ 有床義歯」により算定する。~~
- (3) 欠損補綴に係る咬合採得は、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず1回に限り算定する。

M007 仮床試適

- (3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が困難なもの」又は「2 印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は~~本区分の「3 総義歯」の所定点数により算定する。

M015 非金属歯冠修復

- (2) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接~~歯面~~との接触面を含まない窩洞に行うレジニンレーをいう。
- (3) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接~~歯面~~との接触面を含む窩洞に行うレジニンレーをいう。

M018 有床義歯

- (13) 新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、次に掲げる場合であって、新たに有床義歯を製作する場合はその限りではない。

- イ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合
- ロ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合
- ハ 認知症を有する患者や要介護状態の患者であって、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合
- ニ その他特別な場合

この場合において、新たに有床義歯を製作する理由を診療録に記載~~も、~~すること。なお、ハ又はニの理由による場合は、~~その理由についてイからニまでのうち~~該当する記号及び具体的な内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

M021 線鉤

- (3) ~~直接支台装置とも~~レスト付きの単純鉤（線鉤）を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「2 ニ腕鉤（レスト付き）」により算定する。
- (4) レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「3 レストのないもの」により算定する。

M022 間接支台装置

~~間接支台装置とは、局部義歯において義歯の安定を目的として歯の欠損部から離れた歯に対して用いる支台装置であり、レスト、フック、スパー又は線鉤（単純鉤）が含まれる。ただし、欠損部から離れた歯に対して、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤又は区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤を使用した場合はそれぞれの該当する区分により算定する。なお、支台歯1歯につき、支台装置は1個に限り算定も、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。~~

- (1) 本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。
- (2) レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。
- (3) 欠損部から離れた歯に対して、M020に掲げる鑄造鉤、M021に掲げる線鉤又はM021-2に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。
- (4) 支台歯（鉤歯）1歯につき、支台装置（区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号

M021に掲げる線鉤、区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤又は本区分）は1個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。

M025 口蓋補綴、顎補綴

- (11) 本区分により算定する装置の調整は1回につき区分番号~~H~~001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」により算定する。

M030 有床義歯内面適合法

- (8) 区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の(1)のイに規定する装置による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「1の口 総義歯」により算定する。

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

- (1) 歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師（地方厚生（支）局長に届け出ている歯科医師に限る。以下同じ。）が歯科矯正診断を行った場合であって、次のいずれかに該当する場合に限り算定する。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が歯科矯正診断を行った場合に限り算定する。

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】

居住先に関すること(※)	【評価】 自宅 □あり □なし 同居家族 □あり □なし その他、居住先に関する課題：	【適切な居住先の種類と必要な支援】
	【今後の支援のスケジュール】	
収入と金銭管理に関すること(※)	【評価】 障害年金 □受給中 生活保護 □受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題：	【収入と金銭管理に関する必要な支援】
	【今後の支援のスケジュール】	
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	【栄養摂取等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】	
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	【評価】 指定特定相談支援事業所 □未定（ 年 月頃までに決定予定） □不要 □決定（事業所名： 担当者： ） 障害者手帳 □取得済[級] □申請予定（ 年 頃まで） □不要 障害支援区分 □認定済[区分] □申請予定（ 年 頃まで） □不要 要介護認定 □認定済[] □申請予定（ 年 頃まで） □不要	【その他の、障害福祉サービス等に関する課題】
	【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】		

	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。

(別紙様式21の5)

リハビリテーション実施計画書

ID	患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	第
平成・西暦 年 月 日（ 回目・ ヶ月目）							
診断名：				再発防止に対する理解と支援・指導の必要性			
発症日： (填)・手術日：				『自己検脈』 ☐ できる ☐ 要指導			
治療内容(術式)：				『家庭血圧・体重測定』 ☐ 実施している ☐ 要支援			
合併症：				『自分に合った運動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
冠危険因子(既往)： ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙				『適切な食事・摂取量』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病（CKD） ☐ 家族歴 ☐ 狭心症				『正しい服薬』 ☐ 理解している ☐ 服薬忘れなし ☐ 要支援			
☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ 他（ ）				『薬の管理』 ☐ 自分 ☐ 家族（ ） ☐ 他人（ ）			
標準体重 kg： 目標血圧 / mmHg				『自身の病気』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある			
現在の体重 kg： BMI（18.5～24.9） kg/m ²				『日常生活活動・復職』 ☐ 不安がない ☐ 不安がある			
現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg				『余暇・社会活動』 ☐ 理解している ☐ 実践している ☐ 要支援			
				『睡眠』 ☐ 良好 ☐ 不良【入眠障害・中途覚醒・他】			
				『タバコ』 ☐ 禁煙 ☐ 受動喫煙 ☐ 喫煙（ 本） ☐ 要支援			
				『症状出現時の対処法』 ☐ 理解している ☐ 要指導			
				『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）			
				『 』 ☐ （ ） ☐ （ ）			
血液検査結果				多職種による再発予防への取り組み			
☐ HbA1c（6.5% 未満） %				（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）			
☐ LDLコレステロール（100mg/dl 未満） mg/dl				☐ 『運動・日常生活動作について』			
☐ HDLコレステロール（40mg/dl 以上） mg/dl				担当者/職種: _____			
☐ 中性脂肪（TG：150mg/dl 以下） mg/dl				☐ 呼吸訓練 ☐ ストレッチ ☐ 筋力増強 ☐ ADL訓練 ☐ 歩行			
☐ BNP pg/ml				☐ 自転車 ☐ 他（ ）			
☐ 他（ ）							
心機能： 左室駆出率（EF）【正常・低下】 %				☐ 『栄養・食事について』			
他所見（ ）				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
ADL ☐ 車椅子【自立・他人操作】 ☐ 介助歩行 ☐ 杖歩行				☐ 『お薬について』			
☐ 屋内歩行 ☐ 屋外歩行 ☐ 他（ ）				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
栄養* 栄養補給方法： ☐ 経口（ ☐ 食事 ☐ 補助食品）				☐ 『 』			
（複数選択可） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢 ☐ 中心）				担当者/職種: _____			
嚥下調整食の必要性： ☐ 無 ☐ 有（学会分類コード： ）				3ヶ月（ ）			
栄養状態： ☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク				☐ 『 』			
☐ 過栄養 ☐ その他（ ）				担当者/職種: _____			
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】				3ヶ月（ ）			
必要栄養量：（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				☐ 『 』			
総摂取栄養量 [#] ：（経口・経管・静脈全て含む）（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				担当者/職種: _____			
[#] 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可				3ヶ月（ ）			
※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと。 （右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入）				☐ 『 』			
				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
環境 ☐ 独居 ☐ 同居（ ） 家族の協力体制【あり・困難】				☐ 『 』			
☐ 一戸建【平屋・2階以上】				担当者/職種: _____			
☐ 集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】				3ヶ月（ ）			
☐ その他（ ）							
				今後の運動療法継続について			
社会復帰 ☐ 無職 ☐ 家事 ☐ 休職中 ☐ 発症後退職 ☐ 退職予定				☐ 当院にて ☐ 自宅にて ☐ 他施設にて（ ）			
☐ 転職 ☐ 転職予定 ☐ 発症後配置転換 ☐ 現職復帰				今後の検査・期間等について			
☐ ・職腫/業務内容/通勤方法等（ ）				_____			
本人・家族の希望・回復への目標				本人・家族氏名 _____			
				医師: _____ 理学療法士: _____			
				看護師: _____ 他職種（ ）: _____			
再発予防・健康維持のための目標							
☐ 病気への理解 ☐ 体力向上 ☐ 食事管理 ☐ 内服管理							
☐ 運動習慣の獲得 ☐ 禁煙 ☐ 他（ ）							
運動負荷試験結果（運動処方）							
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %: METs）							
運動処方（脈拍・血圧）: bpm / mmHg							
自転車 W 分 回/週							
歩行 km/h 分 回/週							
その他注意事項（ ）							

(別紙様式21の6)

事業所番号_____リハビリテーション計画書 ☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☐通所 計画作成日：平成_____年_____月_____日
氏名：_____様 性別：(男/女) 生年月日：_____年_____月_____日 (_____)歳 ☐要支援 ☐要介護：_____
リハビリテーション担当医：_____担当：_____ (□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者(_____))

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等)

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病： _____ 発症日・受傷日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の入院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 直近の退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等)： _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)： _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等)： _____

目標設定等支援・管理シート：☐あり ☐なし

日常生活自立度：J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
麻痺	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
感覚機能障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
関節可動域制限	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
摂食嚥下障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
失語症・構音障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
見当識障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
記憶障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
その他の 高次脳機能障害 (_____)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
栄養障害	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
褥瘡	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
疼痛	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
精神行動障害 (BPSD)	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子(※課題ありの場合☑ 現状と将来の見込みについて記載する)

課題	状況
家族	☐ 独居 ☐ 同居(_____)
福祉用具等	☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 手すり ☐ ベッド ☐ ポータブルトイレ ☐ 調整 ☐ 済 ☐ 未調整
住環境	☐ 一戸建 ☐ 集合住宅：居住階(_____)階 ☐ 階段、 ☐ エレベータ ☐ 手すり(設置場所：_____) ☐ 食卓(□座卓 □テーブル・いす) ☐ トイレ(□洋式 □和式 □ポータブルトイレ) ☐ 調整 ☐ 済 ☐ 改修中 ☐ 未調整
自宅周辺	☐
社会参加	☐
交通機関の利用	☐ 有(_____) ☐ 無
サービスの利用	☐
その他	☐

■リハビリテーションの目標

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

	現在の状況	将来の見込み(※)
寝返り	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
座位	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
立ち上がり	いすから	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
	床から	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
立位保持	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
☐ 6分間歩行試験 ☐ Timed Up & Go Test		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
☐ MMSE ☐ HDS-R		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
コミュニケーション の状況		☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
イスとベッド間の 移乗	15	10 ← 監視下 座れるが移れない→5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
整容	5	0	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
トイレ動作	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
入浴	5	0	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
階段昇降	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
更衣	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
排便コントロール	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
排尿コントロール	10	5	0	☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 悪化
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動 (内容および頻度)	
社会地域活動 (内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明： 平成_____年_____月_____日

本人のサイン： _____

家族サイン： _____

説明者サイン： _____

特記事項： _____

リハビリテーション総合実施計画書

ID	患者氏名	男・女		
生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	歳

評価日：平成・西暦	年	月	日（	回目・	ヶ月目）
診断名：					
発症日：(頃)・手術日：					
治療内容(術式)：					
合併症：					
冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙 □慢性腎臓病（CKD） □狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（					
標準体重	kg：	現在の体重	kg：	BMI(18.5～25.9)	kg/m ²
目標血圧	/	mmHg	現在の血圧(又は家庭血圧)	/	mmHg
血液検査結果					
□HbA1c	%	□LDL-C	mg/dl		
□HDL-C	mg/dl	□中性脂肪	mg/dl		
□他（					
心機能	□左室駆出率（EF）【正常・低下】	%			
	□他（				
身体機能：					
□関節可動域制限（部位：） □疼痛（部位：）					
□筋力低下（部位：） □バランス障害（					
□他（					
栄養*					
栄養補給方法： □経口（□食事 □補助食品）					
(複数選択可)					
□経管栄養 □静脈栄養（□末梢 □中心）					
嚥下調整食の必要性： □無 □有（学会分類コード：）					
栄養状態：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □その他（					
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】					
必要栄養量：（）kcal, たんぱく質（）g					
総摂取栄養量 [#] ：（）kcal, たんぱく質（）g					
(経口・経管・静脈全て含む)					
# 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可					
※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入）					
運動負荷試験結果（運動処方）					
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s）					
運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg					
自転車	W	分	回/週		
歩行	km/h	分	回/週		
他注意事項：					
今後の運動療法継続について					

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL ☐車椅子【自立・他人操作】 ☐介助歩行 ☐杖歩行 ☐屋内歩行 ☐屋外歩行

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ）、家族の協力体制【あり・困難】

☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

☐その他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐他（ ）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	☐ できる	☐ 要指導	
『家庭血圧・体重測定』	☐ 実施している	☐ 要支援	
『自分に合った運動』	☐ 理解している	☐ 実践している	☐ 要支援
『適切な食事・摂取量』	☐ 理解している	☐ 実践している	☐ 要支援
『正しい服薬』	☐ 理解している	☐ 服薬忘れなし	☐ 要支援
『薬の管理』	☐ 自分 ☐ 家族（ ）	☐ 他人（ ）	

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『
☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（
☐理解している ☐要指導
☐（
本）☐要支援
）☐（
）☐（
）

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近 3 月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名			
郵便番号			
住所			
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない		
対象期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日の 3 月間		
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)	名		

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
		うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬多剤投与とは、抗不安薬 3 種類以上、睡眠薬 3 種類以上、抗うつ薬 3 種類以上、抗精神病薬 3 種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬 4 種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
		向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤				
		うち、抗不安薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑧	うち、抗うつ薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ ⑧／②が 10%未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

〔記載上の注意〕

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料（3）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（１）

患者氏名	
入退院日	入院日： 年 月 日 退院（予定）日： 年 月 日
生活等の状況	(清潔、排泄、睡眠、生活リズム等)
	(服薬等の状況)
	(家族、主な介護者等の状況)
看護に関する情報	(看護上の問題等)
	(看護の内容)
	(ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)
その他	

(記入者氏名) _____
(照会先) _____

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患 者 氏 名		
入 退 院 日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過										
	栄養管理上の注意点と課題										
	栄養評価	評価日	年 月 日		過去(週間)の体重変化		増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)				
		身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・不明	握力	kgf・不明
		身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 ()			消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘) ・ 不明			
			味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 ()			褥 瘡	無 ・ 有 (部位等) ・ 不明			
			浮 腫	無 ・ 有 (胸水・腹水・下肢) ・ 不明			その他				
			嚥下障害	無 ・ 有			特記事項				
			咀嚼障害	無 ・ 有							
		検査・その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし			その他					
		1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食 塩	水 分	その他	
		必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml		
		摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml		
		栄養補給法	経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈			食事回数:	回/日	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他 ()			
		食 種	一般食 ・ 特別食 () ・ その他 ()								
		食事形態	主 食 種 類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()					量	
	昼			米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()					g/食		
	夕			米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()					g/食		
	副 食 形 態		常食・軟食・その他 () *)自由記載:例 パースト								
	嚥下調整食		不要 ・ 必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4							
とろみ調整食品の使用	無 ・ 有	種 類 (製品名)		使用量(gまたは包)		とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い					
その他影響する問題点	無 ・ 有 ()										
禁止食品	食 物 ア レ ル ギ ー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに ・ 青魚 ・ 大豆 その他・詳細 ()								
	禁 止 食 品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)										
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補 給 量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml			
		(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg					ml		
	経腸栄養 詳細	種 類	朝:			昼:			夕:		
		量	朝: ml			昼: ml			夕: ml		
		投与経路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他 ()								
		投与速度	朝: ml/h			昼: ml/h			夕: ml/h		
	静脈栄養 詳細	追加水分	朝: ml			昼: ml			夕: ml		
		種 類 ・ 量									
		投与経路	末梢 ・ 中心静脈								
備考											

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。

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30年3月5日保医発0305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、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、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3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1 又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1 又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注12に規定する機能強化加算については、実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30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

初診料の注12に掲げる機能強化加算

初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準 （平成30年10月1日以降に算定する場合に限る。）

オンライン診療料

一般病棟入院基本料（地域一般入院料1に限る。）

結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料

療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2、注11及び注12に規定する届出に限る。）

療養病棟入院基本料の注11に規定する届出（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表

1に掲げる療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関であって、10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の注12に規定する届出（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関であって、10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の注13に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算

(略)

特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~1~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~3~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~5~~

表2 施設基準の改正により、平成30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30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

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

一般病棟入院基本料（急性期一般入院~~基本~~料7、地域一般入院基本料~~2及び3~~を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院~~基本~~料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31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 （当該入院料の施設基準における「適切な看取りに対する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(略)

回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~地域包括ケア病棟入院料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~

緩和ケア病棟入院料1（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注7（平成30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30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

地域包括診療加算	→	地域包括診療加算2
一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）	→	急性期一般入院 基本 料7
一般病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。）	→	地域一般入院 基本 料2

る。)		
一般病棟入院基本料（15対1入院基本料に限る。)	→	地域一般入院 基本 料3
看護職員夜間16対1配置加算	→	看護職員夜間16対1配置加算1
退院支援加算	→	入退院支援加算
回復期リハビリテーション病棟入院料1	→	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2	→	回復期リハビリテーション病棟入院料4
回復期リハビリテーション病棟入院料3	→	回復期リハビリテーション病棟入院料6
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	→	地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2
地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2	→	地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4

4 平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料1の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料の注11に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、同年9月30日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料の注11又は療養病棟入院基本料の注12の基準を満たしているものとみなす。

別添1

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

2 届出に関する事項

- (2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、1年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと。~~新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。その場合において、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。その場合において、届出の変更により1の(5)に規定する報告を行ったものとみなす。~~
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31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。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の~~8-5~~による届け出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

2 届出に関する事項

- (1) 歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故に対する対策・対応対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付す

ること。

(2) 当該施設基準の届出を行うにあたっては、実績を要しない。

別添 2

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 の 2 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

- (1) 急性期一般入院基本料、7 対 1 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）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 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に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の重症度、医療・看護必要度 I・II （急性期一般入院料 7、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 にあつては I に限る。）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。なお、急性期一般入院料 2 又は 3 については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行うこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の保険医療機関であつて旧算定方法別表第一区分番号 A 1 0 0 に掲げる 7 対 1 入院基本料届出を行っている病棟にあつては、平成 32 年 3 月 31 日 までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価することも差し支えないこと。

4 の 7 ~~地域一般入院料 1~~、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（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）~~、地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）~~及び 13 対 1 入院基本料（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に、直近 3 月において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 I 又は II （13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）にあつては I に限る。）に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10 対 1 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）を算定する病棟については、評価の結果、4 の 2（2）別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が別表 4 のとおりであること。

別表 4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II
看護必要度加算 1	2 割 7 分	2 割 2 分
看護必要度加算 2	2 割 1 分	1 割 7 分
看護必要度加算 3	1 割 5 分	1 割 2 分

- (6) 看護必要度加算の経過措置について、平成30年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものにあつては、平成30年9月30日まではそれぞれ平成30年度改定後の急性期一般入院料4、5若しくは6又は看護必要度加算1、2若しくは~~又は~~3（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料）の基準を満たすものとみなすものであること。

4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な看取りに対する指針」について

「適切な看取りに対する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていることをいう。

10 療養病棟入院基本料の注11の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。

療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であつて、療養病棟入院料2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること若しくは当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、平成30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を届け出ている病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たせなくなった場合については、平成30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を届け出ている病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

12 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算の施設基準

- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、~~平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、~~平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

第5 入院基本料の届出に関する事項

1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

- (3) 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算及び障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算を届け出る場合は、別添7の様式9、様式13の3及び様式18の3を用い、当該加算に係る看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり直近の7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。
なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な看取りに対する指針」の届出については、別添7の様式5の6を用いること。

別添3

第4の3 急性期看護補助体制加算

- (9) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものであること。

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

- (7) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、~~別添2の第4の3の(9)~~の例による。

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を算定するものとして届け出た病床 (地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。) に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ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による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで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、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示第44号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰあるいは

Ⅱのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、~~別添2の~~第4条の3条の(9条)の例による。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算1及び2の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出のみを行う保険医療機関

- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

別添4

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及び2の施設基準

- (2) (1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（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であつて、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（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。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

ア 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出算定したリハビリテーション

実績指数が37以上であること。

- (3) (2)のア又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のア及びイについては、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- (9) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする~~場合病棟~~は、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に~~算出算定~~したリハビリテーション実績指数が37以上であること。

- ~~(10)~~ データ提出加算の届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、平成30年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日(許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31日)までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものであること。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準

- (2) (1)に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者(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であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。)に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者(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。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。)に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないこととする。

ア 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に~~算出算定~~したリハビリテーション実績指数が37以上であること。

- (3) (2)のア又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のア及びイについては、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料3又は5を算定しようとする~~場合病棟~~は、届出を

行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出算定したリハビリテーション実績指数が30以上であること。

7 届出に関する事項

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

(2) 異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合にあっては、別表1のいずれかに該当する組み合わせであること。

(3) 新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出ることとし、その届出から6月間に限り、(2)の規定にかかわらず、別表2のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことができること。なお、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の算定から6月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3又は4の施設基準を満たさないことが明らかな場合に、別表2のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。

別表1 ※○：組み合わせでの届出可、－：組み合わせでの届出不可

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
入院料1		－	○	－	－	－
入院料2	－		○	○	－	－
入院料3	○	○		－	－	－
入院料4	－	○	－		－	－
入院料5	－	－	－	－		－
入院料6	－	－	－	－	－	

別表2

入院料1及び入院料5	入院料2及び入院料5
入院料2及び入院料6	入院料3及び入院料5
入院料4及び入院料6	入院料1、入院料3及び入院料5
入院料2、入院料3及び入院料5	入院料2、入院料4及び入院料6

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の施設基準

(1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文

に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数
は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割以上
が看護師であること。~~ただし、看護職員の配置については、同一の入院料を届け出ている病
棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~

- (2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院し
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Ⅰ又はⅡ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による評価の結果、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、一般
病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
Ⅱで0.8割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基
本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別
表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護
必要度Ⅰ ~~又はⅡ（Ⅱにあつては、B項目のみ）~~に係る評価票の記入は、院内研修を受けたも
のが行うものであること。なお、院内研修については第2の1の(11)と同様である。また、
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入
院料等の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた
評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要
度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそ
れぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割
合を差し引いた値が0.04を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、
別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新た
な評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

- (9) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロ
セスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

10 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

- (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制につ
いては、別添3の第4の3の(9)の例による。~~別添2の第2の12の(8)の例による。なお、
当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日
において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日
までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。~~

11 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

- (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制につ
いては、別添3の第4の3の(9)の例による。~~別添2の第2の12の(8)の例による。なお、
当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日
において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日
までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。~~

12 地域包括ケア病棟入院料の「注7」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。~~なお、看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~
- (2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票の患者の状況等の項目（B項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」）に該当する患者の割合が、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、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。~~なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。~~

14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、10、20、50から50の3までを用いること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生（支）局長に報告すること。

「注3」、「注4」及び「注7」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3当該様式を届け出ること。この場合において、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができ、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出の場合であって、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包

括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料 1 又は 7 対 1 入院基本料の届出を行うことはできない。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は 1 病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年 1 月 1 日時点で地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 を 2 病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関又は平成30年 1 月 1 日時点で地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 を 2 病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

第15 精神科救急入院料

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 16又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。~~ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例による。~~なお、当該加算の看護職員の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年 3 月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年 3 月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。~~

5 届出に関する事項

- (1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 54 を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 13 の 3 及び「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 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。なお、平成30年 7 月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年 7 月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 16又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。~~ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制につい

ては、別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例による。~~なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年 3 月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年 3 月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。~~

3 届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 55 を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 13 の 3 及び「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 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況进行评估するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。なお、平成30年 7 月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年 7 月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第19 認知症治療病棟入院料

2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 56 を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注 3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9 及び「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 48 を用いること。なお、認知症夜間対応加算の様式 48 に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）の施設基準等

ツ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

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 を算定した患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者であって 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。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

【 1 病棟（1 看護単位）入院患者数 40 人で急性期一般入院料 2 の届出を行う場合 】

- 1 勤務帯 8 時間、1 日 3 勤務帯を標準として、月平均 1 日当たり必要となる看護職員の数
が 12 人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及
び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均 1 日当たりの看護師の比率が 70% 以
上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師 1 人を含む 2 人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が 21 日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の 1 人当たりの受け持ち患者数が 10 人以内であること。
 $(40 \text{ 人} \times 1 / 10) \times 3 = \text{当該病棟に 1 日当たり 12 人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。}$

- ② 月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均 1
日当たりの看護師の比率が 70% を満たすこと。

当該病棟の月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数 が 12 人の場合、
実際に勤務する月平均 1 日当たりの看護師は 8.4 人以上であること。

$$12 \text{ 人} \times 70\% = 8.4 \text{ 人}$$

(2) 看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間
以下であること。

$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$ （夜勤専従者及び夜勤 16 時間未満の看護職員を除く）

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16 時から翌朝 8 時まで（16 時間）

- ② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。

16 時～24 時 30 分（看護師 3 人、計 3 人）

0 時～8 時 30 分（看護師 2 人、准看護師 1 人 計 3 人）

- ③ 1 月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23 人（8 人+11 人+4 人）

8 人×72 時間（夜勤を月 9 日） = 576 時間 (a)	} ※
11 人×64 時間（夜勤を月 8 日） = 704 時間 (b)	
4 人×40 時間（夜勤を月 5 日） = 160 時間 (c)	

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24 時から 24 時 30 分）
は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に病棟以外で勤務した

時間は夜勤時間には含めていない。

④ 月延夜勤時間数：1,440 時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72 時間以下である。

1,440 時間 ÷ 23 人 = 62.6 時間 (小数点 2 位以下切り捨て)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

A	6	輸血や血液製剤の管理	150404970	コンピュータクロスマッチ加算	新規追加
A	7	専門的な治療・処置(① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ))	622009523	エビルピシン塩酸塩注射液10mg/5mL「NK」	重複の削除
			620009526	エビルピシン塩酸塩注射液50mg/25mL「NK」	重複の削除
			622182701	ゴナックス皮下注用80mg	重複の削除
			622182801	ゴナックス皮下注用120mg	重複の削除
			622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg(溶解液付)	重複の削除
			622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg(溶解液付)	重複の削除
			622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg(溶解液付)	重複の削除
A	7	専門的な治療・処置(②抗悪性腫瘍剤の内服の管理)	622537501	エスワнтаイホウ配合OD錠T20 20mg(テガフル相当量)	新規追加
			622537601	エスワнтаイホウ配合OD錠T25 25mg(テガフル相当量)	新規追加
A	7	専門的な治療・処置(⑥ 免疫抑制剤の管理)	640454024	注射用ソル・メルコート40 40mg(溶解液付)	新規追加
			640454025	注射用ソル・メルコート125 125mg(溶解液付)	新規追加
			640454026	注射用ソル・メルコート500 500mg(溶解液付)	新規追加
			620001310	注射用ソル・メルコート1,000 1g(溶解液付)	新規追加
C	16	開頭手術(7日間)	150150310	動脈形成術、吻合術(頭蓋内動脈)	重複の削除
C	17	開胸手術(7日間)	150152510	血管移植術、バイパス移植術(頭、頸部動脈)	重複の削除
			150109910	気管形成手術(開胸又は胸骨正中切開)	重複の削除
			150150410	動脈形成術、吻合術(胸腔内動脈)(大動脈を除く)	重複の削除
			150152210	血管移植術、バイパス移植術(大動脈)	重複の削除
			150152310	血管移植術、バイパス移植術(胸腔内動脈)	重複の削除
			150154710	静脈形成術、吻合術(胸腔内静脈)	重複の削除
			150302770	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)併施加算	重複の削除
			150359470	心臓弁再置換術加算(弁置換術)	重複の削除
			150376770	人工血管等再置換術加算(単心室症又は三尖弁閉鎖症手術)	重複の削除
			150150510	動脈形成術、吻合術(腹腔内動脈)(大動脈を除く)	重複の削除
			150152410	血管移植術、バイパス移植術(腹腔内動脈)	重複の削除
C	18	開腹手術(4日間)	150154810	静脈形成術、吻合術(腹腔内静脈)	重複の削除
			150347770	有茎腸管移植加算	重複の削除
C	19	骨の手術(5日間)	150019210	骨折観血的手術(大腿)	新規追加
C	22	救命等に係る内科的治療(2日間)(②経皮的な心筋焼灼術等の治療)	150253810	不整脈手術(副伝導路切断術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
			150253910	不整脈手術(心室頻拍症手術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
			150275610	不整脈手術(メイズ手術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
			150400510	肺静脈隔離術	C17 開胸手術(7日間)に移動
C	22	救命等に係る内科的治療(2日間)(③侵襲的な消化器治療)	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cm以内)(腹腔鏡)	C20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術(3日間)に移動
			150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cmを超える)(腹腔鏡)	C20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術(3日間)に移動

(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1の2	機能強化加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1
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
2の6	オンライン診療料	☐	☐ 年 月	☐	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式2の8, 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	☐	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式10, 13, 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4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 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, 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
6の2	看護配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18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	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 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2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
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34
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の5
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	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐ 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	入退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式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20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 42の3, 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10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐ 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, 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	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐ 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, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
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	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57 の3, (特掲別添2) 様式10
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58
	短期滞在手術等基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式58

※様式2の2, 5の2, 9の2, 9の3, 9の4, 10の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39, 39の2, 53の2は欠番

様式 1

機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行っている施設基準について（該当するものに○をつける）

- ・ 地域包括診療加算
- ・ 地域包括診療料
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ 在宅時医学総合管理料
（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）
- ・ 施設入居時等医学総合管理料
（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

2. 健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っていることの揭示の有無

（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

当該届出は、診療所又は許可病床数が200床未満の病院のみで可能であることに留意すること。

		概	要
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）		
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器認証番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上		

	概	要
1 日平均患者数 (届出前 3 ヶ月間)	1. 10 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 5. 40 人以上 50 人未満	2. 10 人以上 20 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 6. 50 人以上

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

	概 要
1 日平均患者数 (届出前 3 ヶ月間)	1. 10 人未満 2. 10 人以上 20 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 5. 40 人以上 50 人未満 6. 50 人以上
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について (1 日あたりの滅菌 の実施回数)	1. 1 日 1 回 2. 1 日 2 回 3. 1 日 3 回以上 5 回未満 4. 1 日 5 回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 4 年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※ 研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※ 届出を行った日の属する月の翌月から起算して 4 年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率			
年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介さ れた患者の数②	紹介率 $(=②/① \times 100) \%$
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件					
歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数
JO 1 3 の 4	件	JO 3 9	件	JO 7 2	件
JO 1 6	件	JO 4 2	件	JO 7 2 - 2	件
JO 1 8	件	JO 4 3	件	JO 7 5	件
JO 3 1	件	JO 6 6	件	JO 7 6	件
JO 3 2	件	JO 6 8	件	JO 8 7	件
JO 3 5	件	JO 6 9	件		
JO 3 6	件	JO 7 0	件		

(3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科 訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診 療を行った患者の数	
年 月 ～ 年 月	歯科診療特別対応加算 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

(4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
年 月 ～ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期 等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算 定した患者の数	
年 月 ～ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

※ 実績がない場合は(2)の記載は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。

- 【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。

歯科外来診療環境体制加算 1
 歯科外来診療環境体制加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準(該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること)

	歯科外来診療環境体制加算 1 (2 から 5 までの項目について記載)
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号 : (歯初診) _____
	歯科外来診療環境体制加算 2 (全ての項目を記載)
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号 : (病初診) _____

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名(テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 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)	氏 名 (常勤・非常勤)
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

4 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		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 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	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回 / 月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

療養病棟入院基本料における「適切な看取りに対する指針」
の施設基準に係る届出書添付書類

「適切な看取りに対する指針」を定めている場合は、□に、「✓」を記入のこと

☐ 適切な看取りに対する指針を保険医療機関として定めている。

[記載上の留意事項]

当該指針に関する資料の添付は不要である。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名
---------------	----

区 分	看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な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従の常勤看護師	
	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し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理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 2	感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
抗菌薬適正使用支援加算（感染防止対策加算の注 3）	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者等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	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を有し、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した褥瘡管理者である専従の看護師	
呼吸ケアチーム加算	呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事した経験を有し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した専任の看護師	
入退院支援加算 1・2	入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	
	入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	
入退院支援加算 3	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師	
入院時支援加算（入退院支援加算の注 7）	入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	
	入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	
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し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料の注 4）	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
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し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
がん患者指導管理料イ・ロ		がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
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し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
		悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
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し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
	造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
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	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料		乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有し、医療関係団体等から認証された専任の助産師	
院内トリアージ実施料		救急医療に関する経験を有する専任の看護師	
救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料の注３）		救急患者の受入への対応に係る専任の看護師	
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	
相談体制充実加算（療養・就労両立支援指導料の注２）		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し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注２）		呼吸器科についての経験を有する看護師	
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料		脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師	
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（Ⅰ）		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看護師	
		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看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		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	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員	
難病患者リハビリテーション料		専従の看護師	
障害児（者）リハビリテーション料		障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
リンパ浮腫複合的治療料		資格取得後２年以上経過し、リンパ浮腫の複合的治療に関する研修を修了した専任の常勤看護師	
救急患者精神科継続支援料		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を修了した専任の常勤看護師	
認知療法・認知行動療法２		認知療法・認知行動療法に係る経験を有し、認知療法・認知行動療法についての研修を修了した専任の看護師	
依存症集団療法		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	
精神科ナイト・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ナイト・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	
粒子線治療医学管理加算（粒子線治療）	放射線治療に専従する常勤の看護師	
画像誘導密封小線源治療加算（密封小線源治療の注８）	放射線治療を専ら担当する常勤の看護師	

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	（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）
申し送り時間						
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	（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）

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 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

☐ 病棟ごとの届出 ※（医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合に限る）
（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

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）

☐ 入院基本料・特定入院料の届出区分の変更なし （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規 届出	既 届出	項目名	新規 届出	既 届出	項目名
☐	☐	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注13）	☐	☐	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注9）
		急性期看護補助体制加算			看護職員夜間配置加算
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割以上）	☐	☐	12 対 1 配置加算 1
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割未満）	☐	☐	12 対 1 配置加算 2
☐	☐	50 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 1
☐	☐	75 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 2
☐	☐	夜間 30 対 1			看護補助加算
☐	☐	夜間 50 対 1	☐	☐	看護補助加算 1
☐	☐	夜間 100 対 1	☐	☐	看護補助加算 2
☐	☐	看護配置加算	☐	☐	看護補助加算 3
			☐	☐	夜間 75 対 1 看護補助加算
☐	☐	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注3）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急入院料の注5）
☐	☐	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注4）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注5）
☐	☐	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注7）	☐	☐	認知症夜間対応加算 （認知症治療病棟入院料の注3）

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 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

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____ 人 〔C／（日数×8）〕※小数点以下第2位以下切り捨て
（参考）1日看護職員配置数（必要数）： = 〔（A／配置区分の数）×3〕※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %
〔月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／1日看護職員配置数〕

④ 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

⑤ 夜勤時間帯（１６時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

⑥ 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

⑦ 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 _____ 人

※小数点以下第２位以下切り捨て

《看護職員配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注３）を届け出る場合に記載》

（参考）最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）： = [(A / 50) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑧ 月平均１日当たり看護補助者配置数 _____ 人 ※小数点以下第２位以下切り捨て

《看護補助加算（A106 障害者施設等入院基本料の注９）、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助者配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注４）を届け出る場合に記載》

（参考）１日看護補助者配置数（必要数）： = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑨ 月平均１日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人 ※小数点以下第２位以下切り捨て

《看護補助加算（A106 障害者施設等入院基本料の注９）、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載》

（参考）夜間看護補助者配置数（必要数）： = [(A / 配置区分の数)] ※小数点以下切り上げ

⑩ 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)]

※小数点第３位以下切り捨て

（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

4. 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
						(該当する一 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日看護職員配置数 (必要数) ※10	$[(A/\text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$	月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	$[(A/200) \times 3]$	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	$[F / (\text{日数} \times 8)]$	

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

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]	$[C] - [1\text{日看護職員配置数} \times \text{日数} \times 8]$
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日看護補助者配置数 (必要数) ※10 [J]	$[(A/\text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	$[G+H / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K ※12]	$[G / (\text{日数} \times 8)]$
夜間看護補助者配置数 (必要数) ※10	$A/\text{配置区分の数}^{※11}$
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	$[I / (\text{日数} \times 16)]$
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 (%)	$[(K/J) \times 100]$

〔看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護職員配置数 (必要数) ※10 [L] ※13	$[(A/13) \times 3]$
月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$
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	$[(C - (L \times \text{日数} \times 8)) / (\text{日数} \times 8)]$

〔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(外来等)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、急性期一般入院基本料、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)、急性期一般入院基本料、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、②急性期一般入院基本料、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）、③急性期一般入院基本料、7 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 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料 1 の場合「7」、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 地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。

※13 地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、13 対 1 の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院料の注 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。

※14 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職員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。

※15 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均 1 日当たり看護職員配置数」は「月平均 1 日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「1 日看護職員配置数（必要数）」は「1 日看護職員及び看護補助者配置数（必要数）」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

- 1 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。
- 2 届出前 1 か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 夜間看護加算（A101 療養病棟入院基本料の注 13）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7、A311 精神科救急入院料の注 5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注 5）は、常時 16 対 1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12 対 1 の場合も含む。）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夜間の看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

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

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る事項

次の該当する項目に○をつけること（（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち 2 つ以上に該当すること）。

	(イ)	過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
	(ロ)	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。
	(ハ)	過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
	(ニ)	有床診療所入院基本料「注 6」に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。
	(ホ)	区分番号「A O O 1」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
	(ヘ)	過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一

		般入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあつては区分番号「A 2 0 5」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。
	(ト)	過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が 2 件以上であること。
	(チ)	過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。
	(リ)	区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。
	(ヌ)	過去 1 年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。
	(ル)	過去 1 年間に、区分番号「A 2 0 8」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A 2 1 2」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A 2 2 1－2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

	氏名	経験年数	研修
医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師		年	☐

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

	医療機関名	開設者名	所在地
医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関			
医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関			

(3) 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名（医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）

医療機関名	開設者名	所在地

2 医療安全対策地域連携加算 2

届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名（医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 「1 の (1)」の医師について、医療安全対策に 3 年以上の経験が確認できる文書又は医療安全対策に係る適切な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。
- 「1 の (2)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1 の (3)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全

対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)について記載すること。

- 4 「２」には、医療安全対策地域連携加算２に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。
- 5 「１の（２）」、「１の（３）」及び「２」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年１回程度、実施されていればよい。ただし、実施保険医療機関の変更があった場合には改めて届出を行うこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

入 院 患 者 の 構 成	平均数算出期間		年 月 日～ 年 月 日	
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①		名	
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③		名	
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤		名	
	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥		名	
	②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦		名	
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧		名	
	入院患者の比率 ⑧／①		%	
常 勤 従 業 者	職 種	氏 名		専従・専任
	医 師			
	理学療法士			
	作業療法士			
	言語聴覚士			
	社会福祉士等			
リハビリテーション実績指数				
前月の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指導の		(あり ・ なし)		

実施	
病棟の面積	平方メートル（１床当たり面積 平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（１床当たり面積 平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル

〔記載上の注意〕

- １ 入院患者の構成は、直近１か月の実績について記載すること。
- ２ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週２４時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- ３ リハビリテーション実績指数については、前月までの６か月間について算出した値を記入すること。前月までの６か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合は記入は不要であること。
- ４ 「前月の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指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。
- ５ 病室部分の１床当たりの面積は、１床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- ６ 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- ７ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写し及びデータ提出加算の届出書の写しを添付すること。
- ８ 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- ９ 様式５から９及び様式２０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 又は 2 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)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	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	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
⑦	上記⑥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
⑧	日常生活機能評価が 4 点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

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
⑨	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
⑩	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 + v)	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 廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑪	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑩/⑨)	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 「1の①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。

2 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算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。

3 日常生活機能評価票に係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。

4 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。

5 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。

6 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の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)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	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	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
⑦	上記⑥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3点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

〔記載上の注意〕

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算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。
- 日常生活機能評価票に係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。

地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟 〔一般・療養〕	病 棟 名		
	病床数		床
	看護職員配置加算に係る届出		☐
	看護補助者配置加算に係る届出		☐
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐
	「注2」に規定する点数の届出		☐
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			(専任となった年月: 年 月)
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		(いずれかに○) 理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	(専従となった年月: 年 月)
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積		(1床当たり面積 m^2)
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	内訳	(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) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%	
医療機関の状況	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 ☐ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 ☐ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		
	廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月 完成予定 年 月

入院料 1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者 延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から 入棟した患者数		名
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患 者の受入患者数		名
	医療機関の状況(いずれか2つ)	☐	直近3月間における在宅患者訪問診療料の 算定回数	回
		☐	直近3月間における当該医療機関での在宅 患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪 問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導 料Ⅰの算定回数	回
			直近3月間における同一敷地内の訪問看護 ステーションでの訪問看護基本療養費又は 精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回
		☐	直近3月間における開放型病院共同指導料 (Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数	回
		☐	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪 問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内にあること。	
	看 係 取 り 指 針	☐	適切な看取りに対する指針を保険医療機関として定めている。	

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 4 データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 5 当該病棟の配置図及び平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 6 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 7 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
- 8 看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。
- 9 看取りに対する指針に関する資料については、添付不要である。

地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病床届出病棟 〔一般・療養〕		病 棟 名	
		当該入院医療管理 病床数及び病室番号	(号室) 床
		病床数（上記を含む）	床
		看護職員配置加算に係る届出	☐
		看護補助者配置加算に係る届出	☐
		看護職員夜間配置加算に係る届出	☐
		「注2」に規定する点数の届出	☐
		A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出	☐
許 可 病 床 数			床
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			(専任となった年月: 年 月)
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)		(いずれかに○) 理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	(専従となった年月: 年 月)
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		(1床当たり面積 m ²) m ²
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	内 訳	(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) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院、診療所	名
	④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%
医療機関の状況	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 ☐ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 ☐ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		

廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定			着工予定	年	月
			完成予定	年	月
入院医療管理料 1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)			名
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数			名
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)			%
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数			名
	医療機関の状況(いずれか2つ)	☐ 直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数			回
		☐ 直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数			回
		☐ 直近3月間における同一敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数			回
		☐ 直近3月間における開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数			回
		☐ 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内にいること。			
	に看取る指針	☐ 適切な看取りに対する指針を保険医療機関として定めている。			

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 当該入院医療管理病床の配置図及び平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
- A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の□に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。
- 看取りに対する指針に関する資料については、添付不要である。
- 看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	②のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

2 退院調整加算に係る要件

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

3 退院支援部署に係る構成員

区分	氏名
ア 精神保健福祉士	
イ 該当する□に「V」を記入すること。 ☐ 看護師 ☐ 作業療法士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 臨床心理技術者	

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

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

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置

入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く) (b)	
年 月～ 年 月 (a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数 (c)	
(c) 名	
(c) / (b) = _____	

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

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
- 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$(c) / (b) \geq 0.75$$

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30年3月5日保医発0305第3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。

(15) 妥結率の実績

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を~~32~~31年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



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

導入期加算2及び腎代替療法実績加算 (導入2) 第 号
~~薬剤投与用胃瘻造設術 (薬胃瘻) 第 号~~

- 7 次の(1)から(~~10~~7)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行ってれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算

(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

(10) 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開

設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1及び2及び3、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（Ⅰ）、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

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30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

有床義歯咀嚼機能検査2のイ
有床義歯咀嚼機能検査2のロ 及び咬合圧検査
~~咬合圧検査~~
(略)
導入期加算2
~~透析液水質確保加算~~
慢性維持透析濾過加算
(略)
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合 を含む）
胸腔鏡下弁置換術
経皮的僧帽弁クリップ術
ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
(略)
悪性腫瘍病理組織標本加算
調剤基本料1の注1
~~基本~~調剤 基本料3のイ
~~基本~~調剤 基本料3のロ
~~基本~~調剤 基本料の注4に掲げる地域支援体制加算
~~基本~~調剤 基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

表2 施設基準の改正により、平成30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30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

地域包括診療料 1

歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 (平成32年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合に限る。)

退院時共同指導料 1 の 1 に掲げる在宅療養支援歯科診療所 2 (平成32年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合に限る。)

外来後発医薬品使用体制加算 1

外来後発医薬品使用体制加算 2

体外照射の注 4 に掲げる画像誘導放射線治療加算 (平成30年10月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

調剤基本料 2

後発医薬品調剤体制加算 1

後発医薬品調剤体制加算 2

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、平成30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

がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料 2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料 3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料 2
歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に掲げる在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料
有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ、有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ <u>及び咀嚼能力検査</u>
<u>歯科技工加算 1 及び 2</u>	⇒	<u>有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 1 及び 2</u>
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
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）	→	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病

		理画像による迅速細胞診
透析液水質確保加算 2	→	透析液水質確保加算

別添 1

第4の7 小児運動器疾患指導管理料

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。

ア 整形外科の診療に従事した経験20時間経験を5年以上有していること。

第6の7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

(2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、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る。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

第13の2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。

(5) 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含むものであること。）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療2を合計15回以上を算定していること。

イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されてい

ること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

オ 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

カ 当該診療所において、過去1年間の~~在宅医療~~を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が~~を~~5回以上であること。~~有すること。~~

キ 以下のいずれか1つに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に~~1~~年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っている~~もてやる~~こと。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。

ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。

(ハ) 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

ケ 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

(イ) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

(ロ) 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

(ハ) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

(ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

(ホ) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げる区分番号のうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

① 区分番号「I005」に掲げる抜髄及び区分番号「I006」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上であること。

② 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。

③ 区分番号「M018」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「M029」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「M030」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。

コ 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。

(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。~~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。~~

ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。

イ (1)のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。

ウ 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18の1の3 骨髓微小残存病変量測定

1 骨髓微小残存病変量測定に関する施設基準

(2) 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ 内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ウ 血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が1名以上配置されていること。

エ (1)を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所に委託すること。

2 届出に関する事項

骨髓微小残存病変量測定に係る届出は、別添2の様式4及び様式23の2を用いること。

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

1 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

(2) 有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

(4) 有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

第47の3の2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名以上が勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師~~（次の要件を全て満たす医師に限る。）~~、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

1 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2に関する施設基準

(4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理及び床裏装を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

2 届出に関する事項

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。

第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式24及び様式52を用いること。

第72の8の2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

1 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準

(1) 当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
(2) 消化器内科の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されており、そのうち1名以上が消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有していること。

- (3) 放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 外科又は消化器外科、内科又は消化器内科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- (1) バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の15を用いること。

第78の3の2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (2) 当該保険医療機関において、子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）を合わせて年間20例以上実施して~~あり~~あり、そのうち腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）を年間5例以上実施していること。

第83の5 体外照射呼吸性移動対策加算

- (4) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。
 - ア 呼吸性移動が10mm以上の腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置
 - イ 実際の照射野内に腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）が含まれていることを毎回の照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置

第84の2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算

1 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、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、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、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医師を兼任することができる。

- (2) 体外照射呼吸性移動対策加算の(2)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

- 体外照射呼吸性移動対策加算の(1)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

区 分	氏 名		経験年数
	常勤 換算		
1 糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	☐		
	☐		
	☐		
2 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師			

〔記載上の注意〕

- 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「1」及び「2」については、医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- 「2」の看護師について、糖尿病足病変の指導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 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

- () 臓器移植後患者指導管理料
() 造血幹細胞移植後患者指導管理料
() 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

区 分	常勤 換算	氏 名	経験年数
1 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
2 専任の常勤看護師			
3 常勤薬剤師			
4 臓器移植後患者指導管理料の届出の有無 有（ 年 月 日） ・ 無			
5 関係学会による抗H L A抗体検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無			
6 抗H L A抗体検査を委託する施設			
名称	住所		確認方法

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料等」については、届出を行う管理料等について○印を記入すること。臓器移植後患者指導管理料、造血幹細胞移植後患者指導管理料ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。
- 2 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」については、移植医療に係る症例数等の経験が確認できる文書を添付すること。
- 4 「2」については、移植医療に係る経験及び移植医療に係る適切な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。
- 5 移植医療に特化した専門外来が設置されていることが確認できる、外来一覧表等（様式自由）を添付すること。
- 6 「4」については、臓器移植後患者指導管理料の届出を既に行っており、抗HLA抗体検査の届出を行う場合にのみ記載すること。
- 7 「5」については、抗HLA抗体検査を当該保険医療機関内で実施するものとして、抗HLA抗体検査の届出を行う場合に記載すること。
- 8 「6」については、抗HLA抗体検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。

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 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前 1 年間)

① 歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に依頼した回数	回
合 計	回

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前 1 年間)

① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

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 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) 回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数) 回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名)
⑨ 学校歯科医等に就任	(学校等の名称)
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月 ～ 年 月
⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日) 年 月 日

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか 1 名について記載すること。

※ 3 ①から④までについては、過去 1 年間の実績を記載すること。

※ 4 ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 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)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素(酸素吸入用のもの)		
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1又は2の施設基準に係る届出書添付書類
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

	在宅療養支援歯科診療所1 (全ての項目について記載すること)
	在宅療養支援歯科診療所2 (7以外の項目について記載すること)

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(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。

※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患者の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1又は歯科訪問診療2の算定回数 _____回

※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理等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	

※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む。)、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等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

(2) 歯科訪問診療体制:対応体制 _____名で担当

・ 担当医の氏名

6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間の実績)

依頼元(施設名等)	回数	依頼元(施設名等)	回数
	回		回
	回		回
	回		回

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は 病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1 回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言 や研修等の実績又は口腔管理への協力(届出前1年間)	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績(年1回)	(保険医療機関名)

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13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)＝

※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。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧（製品名等）

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③＝①＋②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦)		回	

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前 3 月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

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

2. 月平均患者数: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③)$

[記載上の注意]

① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

※ 専任の非常勤従事者を組み合わせた場合を含む

	常勤 換算	氏名	資格 取得年	経験 症例数	修了した研修名・主催者名
専任常勤医師	☐				
専任常勤医師	☐				
専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 (該当するものに○)	☐				
専任常勤看護師 専任常勤理学療法士 専任常勤作業療法士 (該当するものに○)	☐				

2. その他の従事者の状況

氏名	資格取得年	資格取得後に業務に従事した 保険医療機関の名称	修了した研修名 ・主催者名

3. 届出医療機関の状況

リンパ浮腫指導管理料の算定回数()回(対象期間 平成 年 月～平成 年 月)

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

保険医療機関名	リンパ浮腫指導 管理料算定回数	対象期間	診断等に係る 連携	合併症治療に係る 連携
				()

5. 器械・器具等の状況

☐歩行補助具 ☐治療台、☐各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

- 1 「1」「2」及び「4」については、必要に応じて行を追加して記入すること。
- 2 □には該当する場合にレを記入すること。
- 3 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 4 「4」の「リンパ浮腫指導管理料算定回数」及び「対象期間」は、診断等に係る連携に該当しない場合は記入を要さない。
- 5 「4」の「合併症治療に係る連携」の括弧内には、リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科（内科、外科、皮膚科のいずれかであって、当該保険医療機関が標榜しているものに限る。）を記入すること。
- 6 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等）を添付すること。

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	経験年数 （うち1名は5年以上 の眼科の経験を有する もの）	水晶体再建術の 経験症例数	観血的緑内障手術 の経験症例数	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤の眼科医師の氏名、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。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・眼科の常勤医師
 - ・5年以上の眼科の経験を有し、水晶体再建術の手術を100例以上及び観血的緑内障手術を10例以上経験している常勤医師
- 2 「2」については当該症例一覧（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。

経皮的中心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

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。）			
3 当該診療科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年
4 臨床工学技士の氏名（１名以上）			
5 連携医療機関			
医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む。）	
6 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数			
例			

〔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」は次の医師について記載すること。
 - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 「５」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。

- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（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。
- 5 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。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別			
子宮体がん		子宮頸がん	
・ 新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・ 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)		・ 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 産婦人科又は婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等 なお、経験症例数については、以下の例による。 (1) 開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K879」）(20例以上) (2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）(20例以上) (3) 当該手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。） (術者として5例以上) (4) 当該手術（子宮頸がんに限る。）(術者として3例以上)			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例

4 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）
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名	
麻酔科標榜医の氏名	
病理医の氏名	
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K 8 7 9」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「K 8 7 9－2（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数 例	
7 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）	

〔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（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「3」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 「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。

麻酔管理料に係る届出書添付書類

[illegible]

4 非常勤の麻酔科標榜医（週3日以上かつ24時間以上勤務する医師に限る。）

氏 名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書	
	許 可 年 月 日	登 録 番 号

[記載上の注意]

- 1 麻酔管理料（Ⅰ）及び麻酔管理料（Ⅱ）の双方を届出する場合は、届出区分にそれぞれ○を付すこと。
- 2 麻酔管理料を算定するすべての常勤麻酔科標榜医について記載すること。
- 3 「4」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている麻酔科標榜医である非常勤医師を組み合わせて配置している場合にのみ、当該非常勤医師について記載すること。

高エネルギー放射線治療

1 回線量増加加算

(全乳房照射・前立腺照射)

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 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
3 小児入院医療管理料 1 の届出の有無	有 ・ 無
4 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
5 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
6 強度変調放射線治療 (IMRT) を実施した年間の症例数	例
画像誘導放射線治療 (腫瘍の位置情報によるもの) を実施した年間の症例数	例

[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 高エネルギー放射線の症例数は、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 「4」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 「5」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「2」及び「3」を、1 回線量増加加算 (全乳房照射を行う場合) の届出を行う場合にあっては「2」、「4」及び「5」を、1 回線量増加加算 (前立腺照射を行う場合) の届出を行う場合にあっては、「2」及び「4」～「6」までを記載すること。

様式 78 の 2

画像誘導放射線治療加算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 体表面の位置情報で照合可能な装置	
⑤ 骨構造の位置情報で照合可能な装置	
⑥ 腫瘍の位置情報で照合可能な装置	
⑦ 画像照合可能なＭＲＩ装置	
⑧ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑨ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

[記載上の注意]

- 1 「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。
- 2 「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。
- 3 「6」については、画像誘導放射線治療加算の場合は、①～⑥について記入すること（①～③、④～⑥はそれぞれいずれか1つの記入でも可とする）。
- 4 「6」については、画像誘導密封小線源治療加算の場合は、③及び⑦～⑨について記入すること（③、⑦についてはいずれかで1つのみでも可とする）。

様式 80 の 2

病理診断管理加算 1
 病理診断管理加算 2
 悪性腫瘍病理組織標本加算
 デジタル病理画像による病理診断

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 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 病理診断を専ら担当する医師の氏名等			
医師の氏名	経験年数	常勤・非常勤	医療機関勤務
	年	☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐
	年	☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐
	年	☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐
3 年間の剖検数・検体数等			
① 剖検			件
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）			件
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）			件
4 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（C P C : Clinicopathological Conference）の開催実績			
① 開催年月日	年	月	日
② 開催年月日	年	月	日
③ 開催年月日	年	月	日
④ 開催年月日	年	月	日
⑤ 開催年月日	年	月	日
⑥ 開催年月日	年	月	日
5 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）			

6 デジタル病理画像の作製又は観察を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で病理画像の観察を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、病理診断管理加算1については1名以上、理診断管理加算2については2名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

- 2 「3」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「4」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 「4」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 5 「5」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。
- 6 「6」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」)
2 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 ()		
3 病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無 (特別な関係を有する病院名 :)		
ア 病院との不動産の賃貸借取引	☐ ある ☐ ない	
イ 病院が譲り渡した不動産の利用	☐ ある ☐ ない	
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	☐ ある ☐ ない	
エ 病院による開局時期の指定	☐ ある ☐ ない	
4 所属するグループ名とグループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数の合計	所属するグループ名 ()	
	1 月当たりの処方箋受付回数の合計 (①) (回)	
5 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	
6 全処方箋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)		
ア 全処方箋受付回数 (③)	回	
イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数 (④)	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 集中度 (%) (⑤)	%	
オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数 (⑥)	施設	
カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計 (⑦)	回	

キ 同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数（⑧）	施設
ク ⑧に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数の合計（⑨）	回
ケ ④と⑨を合計した処方箋受付回数（⑩）	回
7 調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）	☐ あり （様式 87 の 2 の添付必要） ☐ なし

（参考）調剤基本料の注3の減算への該当性

8 前年4月1日から9月末日までの妥結率（⑪）	%
9 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況等の報告の有無	☐ あり ☐ なし
10 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を行っていない薬局への該当の有無	☐ あり ☐ なし
11 調剤基本料の注3の減算への該当の有無	☐ あり ☐ なし

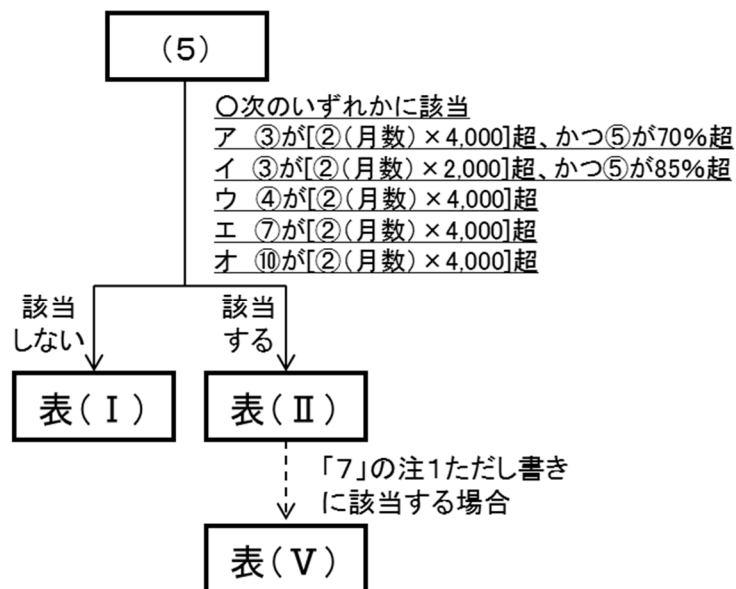
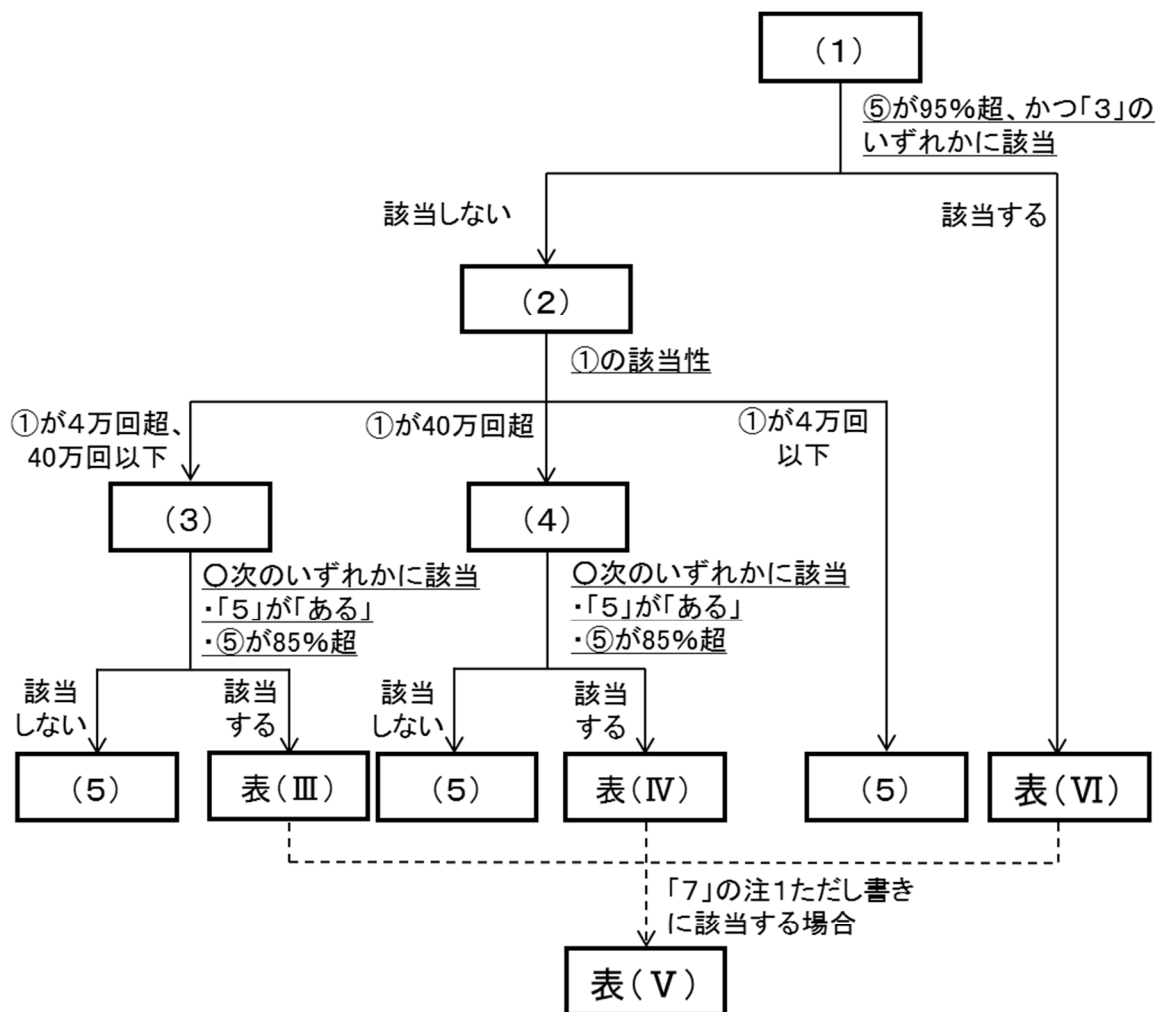
（参考）調剤基本料の注6の減算への該当性（③が〔（②）月数×600〕を超える場合のみ記載）

12 後発医薬品調剤割合が20%以下である（処方箋受付状況を踏まえやむを得ない場合を除く）への該当の有無	☐ あり ☐ なし
13 後発医薬品調剤割合に係る報告の有無	☐ あり ☐ なし
14 調剤基本料の注6の減算への該当の有無	☐ あり ☐ なし

（参考）薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	☐ あり ☐ 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。



- (1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → 表中(Ⅵ)へ
該当しない → (2)へ
- (2) (①)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ
(①)が40万回を超えている → (4)へ
該当しない → (5)へ
- (3) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅲ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (4) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅳ)へ
ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
イ (⑤)が85%を超えている
該当しない → (5)へ
- (5) 次のいずれかに該当する → 表中(Ⅱ)へ
ア (③)が[(②)(月数)×4,000]を超えており、かつ、(⑤)が70%を超えている
イ (③)が[(②)(月数)×2,000]を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている
ウ (④)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
エ (⑦)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
オ (⑩)が[(②)(月数)×4,000]を超えている
該当しない → 表中(Ⅰ)へ
- (6) 表中(Ⅱ)～(Ⅳ)又は(Ⅵ)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する
→ 表中(Ⅴ)へ

(Ⅰ)	調剤基本料1
(Ⅱ)	調剤基本料2
(Ⅲ)	調剤基本料3－イ
(Ⅳ)	調剤基本料3－ロ
(Ⅴ)	調剤基本料1（注1ただし書き）
(Ⅵ)	特別調剤基本料

[添付の必要がある資料]

「3」の特別な関係にある病院名と「6」の主たる保険医療機関名が同一であり、⑤が95%を超える保険薬局については、以下の資料を添付する。

- 1 保険薬局が利用している不動産の登記簿の写し
- 2 保険薬局が、保険医療機関と不動産取引、保険薬局の設備の貸与その他の契約を締結している場合には、当該契約書の写し（保険医療機関の公募要項が存在する場合は当該公募要項を含む。）等の当該契約内容が分かる資料
- 3 保険薬局が、病院に会議室等の設備を貸与している場合には、その貸与に係る状況が分かる資料

[記載上の注意]

- 1 「2」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ヶ月間の実績から、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。
- 2 「2」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。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
イ 平成28年10月以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」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月当たりの処方箋受付回数の合計は、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。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
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箋
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箋
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箋
- 8 ⑤については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、④／③にて算出する。
- 9 ⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。
- 10 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 11 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。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。
- 12 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 13 「11」については、「8」が50%以下、「9」が「なし」又は「10」が「あり」のいずれかの場合に「あり」とする。
- 14 「13」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 15 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した

患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

「後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類」
及び「調剤基本料の注 6 に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	☐ 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値 50% 以上かつ新指標 75% 以上) ☐ 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値 50% 以上かつ新指標 80% 以上) ☐ 後発医薬品調剤体制加算 3 (カットオフ値 50% 以上かつ新指標 85% 以上)
調剤基本料の「注 6」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性 (該当する場合に○を付す)	☐ 該当しない(新指標 20% 超) ☐ 該当する(新指標 20% 以下) → ☐ 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

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 か月間：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 か月間の合計)
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 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

以下は、新指標の割合が 20% 以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合(小数点以下四捨五入)が 50% 以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月： 年 月	
直近 1 か月間における処方箋受付回数 (①)	回
直近 1 か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数 (②)	回

割合（②／①）（％）	
------------	--

％

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注 6」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局 における調剤基本 料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」)

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

2 麻薬小売業者免許証の番号	
3 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 (届出時の直近一年間) 期間: 年 月 ~ 年 月	
在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数: 回 在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険) 算定回数: 回 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険) 算定回数: 回	
4 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係る届出	□あり

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

5 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
6 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
7 開局時間	
8 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	
9 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
10 備蓄品目数	品目
11 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月	
・受付回数	回
・主たる医療機関の処方箋受付回数	回
・集中度 (%)	%
12 後発医薬品の調剤割合	%

13 管理薬剤師		
・氏名		
・薬局勤務経験年数		年
・週あたりの勤務時間		時間
・在籍年数		年
14 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局		
	①	②
・名称		
・所在地		
15 当該薬局における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、薬剤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支えない。)		
・担当薬剤師名：		
・連絡先：		
16 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		
17 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法		
18 副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制について		
19 プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無		☐ あり

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙 2 の様式 4 を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの 1 つに○を付し、様式 84 の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料 1 以外の薬局については、様式 87 の 3 の 2 についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 7 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 9 「12」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の 1 週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在

籍期間を記載すること。

- 11 「16」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 12 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 調剤基本料1を算定する保険薬局は様式90の「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係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 15 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成31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。
- 16 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の 4

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

届出に係る区分 (いずれかに○を付す)	()	慢性維持透析を行った場合 1
	()	慢性維持透析を行った場合 2

1 届出の区分（該当する項目の□に「レ」を記入する） ☐ 新規届出 ☐ 区分変更に伴う届出 ☐ 平成 30 年度改定に伴う届出 ☐ その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計 (①)	台	
上記期間の各月の区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数の合計 (②)	人	
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J038」人工腎臓を算定した患者数 (①/②) (③)		
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。 (1) ①が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ①が 26 台以上 → (2) へ (2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、平成30年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「平成30年度改定に伴う届出」に「レ」を記入すること。
- 2 「2」の①については、次のいずれも満たす透析用監視装置の台数により求めること。
 - ア 透析室に配置されていること
 - イ 患者に対して使用できる状態であること
- 3 「2」の②については、①が26台未満の場合にあっては記載する必要はないこと。
- 4 「2」の②については、区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「4」を算定した患者（外来患者に限る。）のうち、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において5回以下の患者を除いて求めること。
- 5 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 6 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 7 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

1 広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績 (有 ・ 無)	
2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師	
常勤医師の氏名	経験年数
3 日本組織移植学会の認定する組織バンクとの契約の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 1 「2」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。
- 2 「2」の医師が関連学会の主催する講習会を受講したことを証明する書類を添付すること。
- 3 「3」について、当該組織バンク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。

胸腔鏡下弁形成術
 胸腔鏡下弁置換術
 胸腔鏡下弁形成術
 （内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

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 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における体外循環を使用する手術の実施症例数		
		例
そのうち、心臓弁膜症手術の実施症例数		例
4 心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
5 当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の実施症例数		
		例
6 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
7 心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について5年以上の経験及び専門的	常勤医師の氏名	経験年数

知識を有する者が2名以上、 そのうち10年以上の経験を有 する者が1名以上)		年
		年
		年
8 経食道心エコーの実施症例数 (例)		
9 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)		
10 常勤の臨床工学技士の氏名（体外循環の操作 を30例以上実施した経験を有する者が1名以上 ）		
11 保守管理の計画 (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。
- 胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術を届け出る場合にあっては、「2」、「5」、「9」及び「11」は記載する必要がないこと。また、「3」又は「4」は、当該施設基準を満たすものとして、いずれか一方を記載すればよいこと。
- 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を届け出る場合にあっては、「4」は記載する必要がないこと。
- 「2」及び「4」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」、「5」及び「8」については、当該症例一覧（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。
- 「7」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。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「10」について、当該技師のうち1名以上について、手術における体外循環の操作を実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「11」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術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		
2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	術者としての経験症例数	
3 消化器内科の5年以上の経験及び消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	内科又は消化器内科の経験年数	消化管内視鏡検査の経験年数
4 放射線科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	放射線科の経験年数	
3 緊急手術が可能な体制 (有・無)		

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術の症例一覧（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、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。
- 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。

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
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 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験 症例数
		例
		例
3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数 例 そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施 症例数 例		
4 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		
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験及び専門的知識を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制 （ 有 ・ 無 ）		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 （ 有 ・ 無 ）		

[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(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「2」については、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。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」については、当該症例一覧(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 「5」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。また、当該医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 5 「8」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 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。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(平成30年 3 月 5 日保医発0305第 4 号)

第 4 経過措置等

第 2 及び第 3 の規定に関わらず、平成30年 3 月31日現在において、届出が受理されている訪問看護ステーションについては、次の取扱いとする。

平成30年 3 月31日において現に表 1 に掲げる訪問看護療養費以外の訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションであって、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年 4 月以降の実績により、届出を行っている訪問看護ステーションの基準の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表 1 新たに基準が創設されたことにより、平成30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

24時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域に所在する訪問看護ステーションにおいて、2つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合に限る。）

訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師（人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る研修に限る。）

機能強化型訪問看護管理療養費 3

表 2 基準等の名称が変更されたが、平成30年 3 月31日において現に当該点数を算定していた訪問看護ステーションであれば、届出が必要ないもの

精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	→	精神科重症患者支援管理連携加算
---------------------	---	-----------------

別添 届出基準

6 機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式 6 を用いること。

また、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数に限り、歴月で 3 月を超えない期間の 1 人以内の一時的な変動があった場合であっても、変更の届出を行わせる必要はないこと。なお、超重症児及び準超重症児とは、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年 3 月 5 日保医発0305第 2 号）」別添 6 の別紙14の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

(1) 機能強化型訪問看護管理療養費 1

次のいずれにも該当するものであること。

ウ 次のいずれかを満たすこと。

- (イ) 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が20以上。

(3) 機能強化型訪問看護管理療養費 3

オ ~~キ+における地域の規定する訪問看護ステーションと看護職員の交流を行う~~保険医療機関以外の保険医療機関と共同して実施した退院時の共同指導による退院時共同指導加算の算定の実績があること。

キ 当該訪問看護ステーションにおいて、地域の保険医療機関の看護職員による指定訪問看護の提供を行う従業者としての一定期間の勤務について実績があること。~~地域の保険医療機関の看護職員が、当該訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護の提供に当たる従業者として一定期間勤務するといった、訪問看護ステーションと地域の保険医療機関との間で看護職員の相互交流による勤務の実績があること。~~

「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30年3月5日保医発0305第6号)

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（揭示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

18 特定機能病院及び許可病床数400床以上の地域医療支援病院の再診に関する事項

- (1) 特定機能病院及び許可病床の数が400~~6~~床以上の地域医療支援病院は、健康保険法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、他の病院（許可病床の数が400床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、選定療養として、再診時に2,500円（歯科医師である保険医による再診の場合は1,500円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱い等については、(2)から(4)までに定めるとおりとすること。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(平成30年3月5日保医発0305第10号)

I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表
第一医科診療報酬点数表に関する事項

3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

130 心臓手術用カテーテル

- (1) 心臓手術用カテーテルに併用されるガイドワイヤー等の特定保険医療材料は別途算定できる。
- (2) 経皮的冠動脈形成術用カテーテル・再狭窄抑制型は、冠動脈ステント内再狭窄病変 又は対照血管径が3.0mm未満の新規冠動脈病変 に対して使用された場合に限り算定できる。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成30年 3 月 5 日保医発0305第12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		その他の条件	対応する診療報酬項目	
	薬事承認上の位置付け				
	類 別	一般的名称			
レーザー手術装置 (Ⅰ)	機械器具 (31) 医療用焼灼器	ネオジミウム・ヤグレーザー ダイオードレーザー 炭酸ガスレーザー エルビウム・ヤグレーザー 罹患象牙質除去機能付レーザー	レーザーにより口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なもの。	I 029-32	口腔粘膜処置
				J 200-4-2	レーザー機器加算

特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書（希望区分B）
に記載する機能区分コードについて
（平成30年3月5日事務連絡）

(別表)

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。）及び機能区分コード

機能区分	機能区分コード
087 植込型脳・脊髄電気刺激装置	
(1) 疼痛除去用	
① 4極用	B002:087:01:01
② 8極用	B002:087:01:02
③ 16極以上用	B002:087:01:03
④ 16極用・充電式	B002:087:01:04
⑤ 16極以上用・充電式・体位変換対応型	B002:087:01:05
⑥ 32極用・充電式	B002:087:01:06
(2) 振戦軽減用	
① 4極用	B002:087:02:01
② 16極以上用	B002:087:02:02
③ 16極以上用・充電式	B002:087:02:03
133 血管内手術用カテーテル	
(1) 経皮的脳血管形成術用カテーテル	
① 先端閉鎖型	B002:133:01:01
② 先端開放型	B002:133:01:02
(2) 末梢血管用ステントセット	
① 一般型	B002:133:02:01
② 再狭窄抑制型	B002:133:02:02
(3) PTAバルーンカテーテル	
① 一般型	
ア 標準型	B002:133:03:01:1
イ 特殊型	B002:133:03:01:2
② カッティング型	B002:133:03:02
③ 脳血管攣縮治療用	B002:133:03:03
④ 大動脈用ステントグラフト用	
ア 血流遮断型（胸部及び腹部）	B002:133:03:04:1
イ 血流非遮断型（胸部及び腹部）	B002:133:03:04:2
⑤ スリッピング防止型	B002:133:03:05
⑥ 再狭窄抑制型	B002:133:03:06

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
(平成30年3月20日保医発0320第6号)

3 医学管理等について

項 目	略 称
周術期 <u>等</u> 口腔機能管理計画策定料	周計
周術期 <u>等</u> 口腔機能管理料（Ⅰ）	周Ⅰ
周術期 <u>等</u> 口腔機能管理料（Ⅱ）	周Ⅱ
周術期 <u>等</u> 口腔機能管理料（Ⅲ）	周Ⅲ

8 処置について

項 目	略 称
周術期 <u>等</u> 専門的口腔衛生処置 1	術口衛 1
周術期 <u>等</u> 専門的口腔衛生処置 2	術口衛 2

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(平成30年3月26日保医発0326第5号)

別添1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)
別紙1

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(18) 「診療実日数」欄について

ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料ロ又はハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料1、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅がん医療総合診療料、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、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

チ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジnbrリッジの装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ハ 「その他」欄について

(エ) レジンインレー又は高強度硬質レジnbrリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、高強度硬質レジnbrリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。(項番115)

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード
83	I014	暫間固定	固定を行った部位（固定源となる歯を含めない。）及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日（1回目の場合は1回目と記載する。）及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後 後 の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。	820100303 820100335 820100336 820100337 820100338

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
159	M017-2	高強度硬質レジンプリッジを算定した場合	H RBr	歯冠修復及び欠損補綴「その他」欄

別添 2

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）

別添様式 コーディングデータに係る記録条件仕様（10頁）

エ コーディングデータ情報

コーディングデータレコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
使用量	数字	11	可変	1 医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算 を除く ）の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合は、特定器材単位コード（別表9）を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率又はフィルム（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	

ページ	段	行	誤	正
-----	---	---	---	---

平成三十年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第四十三号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

一一六	上	四	、K 6 5 6－2、K 6 6 4－3、K 6 6 5 の 2	、K 6 5 6－2、K 6 6 5 の 2
一五六	上	終りから三	第 2 章の規定にかかわらず、区分番号 H 0 0 1 の注 4 の後段及び注 5	第 2 章の規定にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対する区分番号 H 0 0 1 の注 4 の後段及び注 5

平成三十年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第四十四号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二〇三	上	終りから九	(1) のイの①又はハに掲げる基準	(1) のイの①若しくは③又はハに掲げる基準
-----	---	-------	-------------------	------------------------

二〇三ページ上段終りから一行目の次のように加える。
ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
二二〇ページ下段二行目から三行目までを削る。

二二〇	下	四	(3)(2)	(2)(1)
二二〇	下	五		

二二〇ページ下段十二行目と十三行目の間に次のように加える。

③ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。

二三一 下 ― 終りから一 ― ト

― へ ―

平成三十年三月五日（号外第四十五号）厚生労働省告示第四十五号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二五七	上	終りから二	、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、薬剤投与用胃瘻造設術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
二五七	下	終りから八	、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））	、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）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

事 務 連 絡
平成 30 年 3 月 30 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） 御中
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）

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 30 年厚生労働省告示第 43 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 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）等により、平成 30 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いたします。

医科診療報酬点数表関係

【妊婦加算】

問１ 妊婦であることはどのように確認すればよいのか。妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認が必要であるか。

（答）妊婦加算は、医師が診察の上、妊婦であると判断した場合に算定可能であり、必ずしも妊娠反応検査の実施や母子健康手帳の確認は必要ではない。

問２ 診察時には妊婦であるかが不明であったが、後日妊娠していることが判明した場合、遡って妊婦加算を算定することは可能か。

（答）診察の際に、医師が妊婦であると判断しなかった場合には、算定不可。

問３ 妊婦加算は、妊婦が感冒等の妊娠に直接関連しない傷病について受診を行った場合に算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問４ 当日の診察で妊娠が確認された場合であっても妊婦加算は算定可能か。

（答）初診料、再診料又は外来診療料を算定する診察を行った場合は、可能。

問５ 妊婦加算の算定に当たっては、診療録や診療報酬明細書にはどのような記載が必要か。

（答）当該患者が妊婦であると判断した旨の記載が必要である。

【オンライン診療料】

問６ 区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから６月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、当該６月の間で、同一の疾患に対して継続的に診療を行っているが、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なる管理料等を算定する場合であっても、算定要件を満たすか。

（答）同一の疾患に対して６月間、毎月同一医師による対面診療を行っていれば、算定した管理料等がオンライン診療料対象管理料等の中で異なるものであっても、オンライン診療料の算定要件を満たすものとして差し支えない。

問７ 区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療

料対象管理料等の算定の対象とならない疾患について5月間対面診療を行った患者が、6月目にオンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患が発生した場合、オンライン診療料対象管理料等の算定の対象となる対面診療が1月間であっても、オンライン診療料は算定可能か。

(答) オンライン診療料対象管理料等の算定対象とならない疾患について対面診療を行った5月間については、連続する6月には含まれない。

問8 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する場合、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定してから6月の間は、毎月同一医師による対面診療を行う必要があるが、連続する6月でなければならないのか。1月でも対面診療を行わない月があれば算定できないのか。

(答) 連続する6月である必要がある。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

問9 オンラインによる診察を行う患者が、二つの保険医療機関に別々に受診しており、それぞれの保険医療機関で同一の医師がオンライン診療を行った場合、それぞれの保険医療機関において算定要件を満たしている場合は、両者の保険医療機関でオンライン診療料を算定可能か。

(答) それぞれの医療機関で要件を満たしていれば、算定可能。

問10 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する患者にオンライン診療を行う際に、オンライン診療の診療計画に含まれていない疾患について診療を行うことは可能か。

(答) オンライン診療の診療計画に含まれていない疾患については、対面診療が必要である。

問11 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する患者のオンライン診療に係る療養計画について、複数の疾患を計画の対象にすることは可能か。

(答) 継続的な医学管理が必要な慢性疾患であれば、対象疾患に含めて差し支えない。

問12 区分番号「A003」オンライン診療料を算定する患者が、老人ホーム等に入居している患者でも、オンライン診療料に関する要件を満たせば、オンライン診療料は算定可能か。

(答) オンライン診療料に関する要件を満たせば、算定可能。ただし、患者の

診療上のプライバシーに配慮した環境が確保されていることなどに留意して、適切に行われる必要がある。

問 13 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料の算定要件において、区分番号「F 1 0 0」処方料又は区分番号「F 4 0 0」処方箋料を算定できるとあるが、
① 区分番号「F 2 0 0」薬剤料も合わせて算定可能か。
② 区分番号「F 1 0 0」処方料又は区分番号「F 4 0 0」処方箋料に係る加算・減算は算定適用されるか。

(答) ①算定可能。
②適用されない。

問 14 オンライン診察を行うにあたり、情報通信機器を医療機関に設置した上で、医師の自宅などへ画像情報等を転送し、オンライン診察を行う場合も算定可能か。

(答) 不可。オンライン診察を行う医師は、当該医師が所属する保険医療機関においてオンライン診察を行う必要がある。

問 15 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料を算定する患者が利用する情報通信機器は、医療機関が無償で貸与する必要があるか。予約や受診等に係るシステム利用に要する費用について、実費相当分について患者に自己負担を求めても良いか。

(答) 予約や受診等に係るシステム利用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当適切な額を別途徴収できる。この場合、予め患者に対し、サービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明するなど「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」(平成 17 年 9 月 1 日保医発第 0901002 号)に従い運用すること。

問 16 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料の算定要件・施設基準にある「厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針」とは具体的には何を指すのか。

(答)「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(厚生労働省医政局)を指す。

問 17 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該保険医療機関において、オンライン診察を行う

医師と同一の医師による対面診察が可能である体制が必要か。

(答) オンライン診察を行う医師と同一の医師による対面診察が可能である体制が必要である。

問 18 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、患者が自院まで通院できないケースもあることから、概ね 30 分以内に往診が可能な体制でも施設基準の要件を満たすか。

(答) 満たす。

問 19 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、算定対象となる患者に対して、厳密に 30 分以内に診察できる体制がなければ、施設基準の要件を満たさないのか。

(答) 「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制」とは、日常的に通院・訪問による診療が可能な患者を対象とするものであればよい。

問 20 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料に係る施設基準において、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、離島・へき地においても、当該施設基準を満たす必要があるか。

(答) 離島・へき地においても、オンライン診療料等を算定する場合は、原則として、当該施設基準を満たす必要がある。ただし、離島・へき地において緊急時も当該医療機関が対応することとなっている場合は、30 分を超える場合であっても、施設基準を満たすものとして取扱って差し支えない。

問 21 区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料に係る施設基準について、既に主治医として継続的に診療している患者であって、状態が安定している患者についても、「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」という要件を満たす必要があるのか。

(答) 満たす必要がある。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で、3 月以上継続して定期的に電話、テレビ画像等による再診料を算定している患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、オンラインで診察を行った場合にも、電話等による再診として再診料を算定して差し支えない。

問 22 区分番号「A003」オンライン診療料に係る施設基準にある「緊急時に概ね 30 分以内に当該保険医療機関で対面診療が可能な体制」とは、夜間や休日など当該医療機関で対応できない時間帯について、あらかじめ救急病院などを文書等で案内することでもよい。夜間や休日でも当該保険医療機関で対応が必要か。

(答) 夜間や休日なども含めた緊急時に連絡を受け、概ね 30 分以内に、当該医療機関で対面診療が可能な体制が必要である。

【地域包括診療加算・地域包括診療料、認知症地域包括診療加算・認知症地域包括診療料】

問 23 加算 1 又は診療料 1 の施設基準において、「直近 1 年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注 1 のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計」を算出することが規定されたが、数年前に継続的に外来を受診していたものの、それ以降は受診がなかった患者に対して往診等を行った場合に、この人数に含めることができるか。

(答) 含めることができる。ただし、診療録や診療券等によって、数年前の外来受診の事実が確認できる場合に限る。

問 24 24 時間の往診体制等の施設基準等を満たした上で、加算 1 又は診療料 1 を算定している医療機関は、以下の患者数や割合を毎月計算し、基準を満たさない月は加算 2 又は診療料 2 を算定するなど、月ごとに算定点数が変わるのか。

- ・直近 1 年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、往診料等を算定した患者の数
- ・直近 1 か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合

(答) 届出時及び定例報告時に満たしていればよい。

【地域包括診療料、地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料】

問 25 手引きを参考にした抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組とはなにか。

(答) 普及啓発の取組としては、患者に説明するほか、院内にパンフレットを置くことやポスターを掲示する等の対応を行っていること。

【急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料】

問 26 急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料の施設基準にある、「自宅等に退院するもの」の中に、同一の敷地内にある介護医療院に退院した患者も含まれるか。

(答) 含まれる。

【急性期一般入院基本料】

問 27 急性期一般入院料 2 及び 3 の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査」とは、①どのような調査で、いつ実施されるのか。② 2 年前に調査に参加した場合は該当するか。③届出に際して何を届け出ればよいのか。

(答) ①中央社会保険医療協議会の議論に資する目的で実施される調査が対象であり、平成 30 年度下半期から平成 31 年度上半期に実施予定である。②過去に実施された調査は対象とならない。平成 30 年度以降に実施されたものが対象となる。③平成 30 年度以降の調査で、調査対象となった場合に適切に参加していることを求めているものであり、届出時の実績はなくてもよい。

問 28 急性期一般入院料 2 及び 3 の施設基準の「厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りではない。」とあるが、「やむを得ない事情」とはどのような場合か。

(答) 「やむを得ない事情」とは、不測の事態により調査票が未着であった場合や調査対象となっていない場合など、調査への参加が困難な場合をいう。

【重症度、医療・看護必要度】

問 29 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて A 項目の評価を行う場合、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となるか。

(答) そのとおり。

問 30 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて A 項目の評価を行う場合、「A 3 点滴ライン同時 3 本以上の管理」と「A 6 輸血や血液製剤の管理」で共通するレセプト電算処理システム用コードが入力されている場合、それぞれの項目で評価の対象としてよい。

(答) よい。

問 31 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、内服薬のレセプト電算処理システム用コードが入力されていない日でも、当該コードに該当する内服を指示している場合には評価の対象となるか。

(答) 評価の対象とはならない。

問 32 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてA項目の評価を行う場合、内服薬について、レセプト電算処理システム用コードとして該当する薬剤が入力されていないが、当該薬剤を事前に処方しており内服の指示を行った日についても、評価の対象となるか。

(答) 評価の対象とはならない。

問 33 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いてC項目の評価を行う場合、手術等のレセプト電算処理システム用コードが入力されていない日でも、当該コードに該当する手術が実施されてから所定の日数の間は、C項目に該当すると評価してよい。

(答) よい。

問 34 平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から「DPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）」は除外されることとなったが、例えば短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を実施して入院から4日目に退院した患者であって、当該期間中に短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を複数実施した場合も対象から除外されるのか。

(答) 除外されない。短期滞在手術等基本料の算定要件に準じて、平成30年度改定前までは短期滞在手術等基本料が算定できないとされていた場合は、平均在院日数の計算及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の対象から除外されない。

問 35 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準の算出において、「直近3月において入院している全ての患者」となったが、改定前後の対象患者及び基準について、①平成30年4月から入院料等の変更を行う場合と②平成30年6月から入院料等の変更を行う場合の取扱いはどうすればよい。

(答) ①対象患者は1～3月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成30年度改定後の基準で行う。②対象患者は3～5月に入院する患者であり、基準を満たす患者の割合は平成30年度改定後の基準で行う。

問 36 平成 30 年 4 月から一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合、過去 3 月の実績は 1 ～ 3 月の入院患者が対象となるが、① 3 月 5 日に公開されたレセプト電算処理システム用コード一覧は平成 30 年 4 月以降のコードで示されている。1 ～ 3 月の評価においては、何を用いればよいか。②基準を満たす患者の割合は改定前後どちらの基準を用いればよいか。

(答) ①平成 30 年 2 月 7 日の中央社会保健医療協議会総会（第 389 回）の総－1 参考 2 「入院医療（その 11）で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」を用いること。②平成 30 年度改定後の基準を用いること。

(参考 URL)

①「入院医療（その 11）で診療実績データを用いた判定の集計に用いたマスタ」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193512.xlsx>

問 37 評価方法の切り替えは 4 月又は 10 月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ることとされているが、平成 30 年 4 月に、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに切り替えたい場合、4 月 10 日でなく、4 月 16 日までに届け出ることとでよいか。

(答) 平成 30 年 4 月については、4 月 16 日まででよい。

問 38 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の対象について、「算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者」について測定するとあるが、自費の患者や労働災害保険の給付を受ける患者などの医療保険の給付の対象外の患者は、対象としなくてよいか。

(答) 対象としなくてよい。

問 39 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合、「Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、それぞれ基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと」とあるが、値がマイナスの場合でもよいのか。

(答) よい。例えば、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの値が 36%で、Ⅱの値が 28%の場合、差が－0.08 となるため、Ⅱを用いることは可能。

問 40 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅡからⅠに切り替える場合において、届け出時に、ⅠとⅡの両方の基準を満たしている必要があるか。

(答) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を届け出前 3 月において満たしていればよい。

問 41 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡについては、改定により届出前1月の実績から3月の実績となったが、一月ごとに基準の割合を満たす必要があるのか。

(答) 直近3月の入院患者全体(延べ患者数)に対し、基準を持たす患者の割合であるため、一月ごとに算出するのではなく、毎月、直近3月ごとに算出する。

問 42 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が基準となっている入院料等について、一つの医療機関で当該入院料等を複数届け出る場合(例えば、急性期一般入院料1と地域包括ケア病棟入院料1を届け出る場合など)、ⅠとⅡのどちらかに揃えなければならないか。

(答) 別々に用いて差し支えない。

問 43 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA及びC項目において、Ⅱについては、「レセプト電算処理システム用コード」一覧が示されたが、Ⅰの評価においては、従来どおり「評価の手引き」の定義を踏まえ、評価する方法でよいのか。

(答) そのとおり。

問 44 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のC項目「17 開腹手術」の該当日数が「5日」から「4日」となったが、当該患者が4月1日をまたいで入院する場合、何日該当とすればよいのか。

(答) 4月1日以降に開腹手術を受けた患者から「4日」とする。

問 45 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目の「3 点滴同時3本以上の管理」等の点滴使用の場合の項目において、「持続的に点滴する場合」とあるが、24時間かけた持続点滴のみが対象となるか。

(答) 24時間より短い時間で行う持続点滴も対象となる。

問 46 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票について、A項目「10 人工呼吸器の装着」が「人工呼吸器の管理」に変更となったが、平成30年4月1日から変更された評価票を用いなければならないか。

(答) 当該項目については、定義等の内容に係る変更ではないため、平成30年度改定前の評価票を用いて差し支えない。

問 47 地域包括ケア病棟入院料の注 7 の看護職員夜間配置加算の届出において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の B 項目の一部を用いるが、当該項目に係る院内研修は実施しなければならないか。

(答) 当該加算に係る院内研修は必要ないが、「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」を参照し適切に評価すること。

問 48 重症度、医療・看護必要度の対象患者について、「短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者」は対象から除外されるとされたが、短期滞在手術等基本料の算定日数を超えて入院し、急性期一般入院基本料を算定する場合、当該患者を対象とする場合は、急性期一般入院基本料を算定する日からでよいか。

(答) そのとおり。

【看護職員配置】

問 49 「夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。」とされたが、①日勤帯での申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の勤務時間から除かなくてよいか。②時間を除くかどうかは、看護職員や日ごとに選択してよいか。

(答) ①夜勤時間帯の取扱いと同様に、除いても差し支えない。②基本的には同一入院基本料単位かつ月単位で選択すること。

【夜間看護体制特定日減算】

問 50 夜間看護体制特定日減算は、年 6 日以内であることや当該日が属する月が連続する 2 月以内であること等の算定要件があるが、年 7 日目若しくは連続した 3 月において、一時的に夜間の救急外来を病棟の看護職員が対応したことにより病棟の看護体制が 2 名を満たさなくなった場合は、当該減算は算定できないか。

(答) 算定できない。

問 51 入院患者数が 31 人以上の場合は、看護補助者の配置が求められているが、当該看護補助者は当該日の夜勤帯に常時配置が必要か。

(答) 少なくとも看護職員の数が一時的に 2 人未満となる時間帯において配置していること。

問 52 夜間看護体制特定日減算は、夜間看護職員が 2 人未満となった 1 つの病

棟のみではなく、当該入院料を届け出る全ての病棟の患者において算定するのか。

(答) 当該入院料を届け出る全ての病棟において算定する。なお、地域包括ケア病棟入院料に係る当該減算は病棟ごとに算定する。

【看護職員夜間配置加算】

問 53 地域包括ケア病棟入院料、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の看護職員夜間配置加算については、①同一医療機関に同一の入院料を算定する病棟が複数ある場合、病棟全てで当該加算を届けなければならないか。②毎日、各病棟に看護師 3 人以上の配置が必要か。

(答) ①病棟ごとに届け出ることが可能である。

②夜勤帯において常時 16 対 1 を満たす必要があり、その上で病棟ごとに 3 人以上の配置の場合に算定できる。例えば、入院患者数が 32 人以下で、配置が 2 名となった場合は、16 対 1 は満たしているが 3 人以上配置ではないため、当該日のみ算定できない。

【看取りに対する指針】

問 54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1 及び 3 の施設基準に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

(答) 看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

【看護補助加算等（夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 13）、看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注 9）、急性期看護補助体制加算、看護補助加算、看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4））】

問 55 看護補助者への研修は、全ての看護補助者に対して実施しなければならないのか。

(答) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年 1 回以上受講した者である必要がある。ただし、当該看護補助者が介護福祉士

等の介護業務に関する研修を受けている場合はこの限りでないが、医療安全や感染防止等、医療機関特有の内容については、院内研修を受講する必要がある。

【ADL維持向上等体制加算】

問 56 ADL維持向上等体制加算における院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合は、届出以降は「別添7」の「様式5の4」に基づき調査するとあるが、毎年7月の報告時のみ要件を満たしていればよいのか。

(答) 届出月又は報告月（7月）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有する入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、次の報告月を待たず届出することは可能である。

【褥瘡対策】

問 57 対象患者に「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用」が追加されたが、「長期かつ持続的」とは具体的にどれくらいの期間を指すのか。

(答) 医療関連機器を1週間以上持続して使用する者が対象となる。なお、医療関連機器を1週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を1週間以上持続して使用していた者も含まれる。

【入退院支援加算】

問 58 退院困難な要因の中に「生活困窮者であること」が加わったが、生活困窮者とは具体的にどのような状態の者のことをいうのか。

(答) 生活困窮者とは、生活困窮者自立支援法第2条第1項の生活困窮者（現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者）をいうが、具体的な判断は、個々の患者の状況に応じて対応されたい。

問 59 留意事項通知に示す入院前に実施するアからクまでの支援を、入院当日に外来で行った場合でも算定できるか。

(答) 算定できない。

問 60 入院時支援加算の算定要件において、「入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て」とあるが、この療養支援計画は、特定の書式に基づい

て作成しなければならないか。

(答)「療養支援計画」は、入院時に作成する看護計画や栄養管理計画等のことであり、従来より作成していているものを用いればよく、本加算の算定にあたり新たな書式を作成する必要はない。

問 61 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専従の看護師が、
①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専従又は専任の看護師及び②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の看護師を兼ねてよい。

(答) ①兼ねることはできない。

②兼ねることはできない(入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の看護師が入退院支援部門の専任の看護師を兼ねる場合も含む)。

問 62 入退院支援加算の施設基準で求める専従の職員について、以下の者は非常勤でもよい。

- ① 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置する専従の看護師
- ② 入退院支援加算 2 の施設基準で求める専従者については、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成 28 年 6 月 14 日付け事務連絡)では、非常勤は不可であるが、従前から配置している場合に限り平成 30 年 3 月 31 日までは非常勤でよいとされている者

(答) ① 非常勤でもよい。

② 平成 30 年 3 月 31 日に退院支援加算 2 を算定している保険医療機関で、同年 4 月 1 日以降も引き続き入退院支援加算 2 を算定する保険医療機関において、従前から非常勤の専従者を配置している場合にあっては、平成 32 年 3 月 31 日までは非常勤であっても差し支えない。

問 63 入院時支援加算の施設基準で求める入退院支援部門の専任の職員が、①入退院支援加算の施設基準で求める入退院支援部門に配置される専任の職員又は②入退院支援加算 1 の施設基準で求める病棟に配置される専任の職員を兼ねてよい。

(答) ①兼ねてよい。

②兼ねてよい。ただし、入退院支援加算 1 において、病棟に配置される専任の職員が入退院支援部門の専任の職員を兼ねる場合は、入院時支援加算の専任の職員と兼ねることはできない。

問 64 入院前に行う支援のうち、全ての項目について施設基準で求める専従又は専任の職員が行わなければならないのか。特定の項目を入退院支援部門以外の他の専門職と連携して対応することは可能か。

(答) 可能である。入院前支援の内容に応じて、適切な職種が実施していただきたい。

問 65 入退院支援加算にかかる入院時支援加算について、平成 30 年 4 月 1 日以降入院予定の患者に対して、3 月中に入院前支援を実施した場合に算定してよいか。

(答) 入院前支援に加えて、当該患者が予定どおり入院し、退院支援を行った場合は算定できる。

【療養病棟入院基本料】

問 66 療養病棟入院基本料の注 11 及び注 12 に規定される病棟を算定する場合に、療養病棟入院基本料の注に規定される加算及び入院基本料等加算を算定できるか。

(答) 療養病棟入院基本料の注 11 を算定する場合は、療養病棟入院料 2 の例により算定し（療養病棟入院基本料の注 13 に規定する夜間看護加算は除く。）、注 12 を算定する場合は、特別入院基本料の例により算定する。

問 67 平成 30 年 3 月 31 日に平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料 1、療養病棟入院基本料 2 又は療養病棟入院基本料の注 11 の届出を行っている病棟については、平成 30 年 4 月 1 日以降引き続き療養病棟入院基本料を算定するに当たり、4 月 16 日までに届出をし直すことが必要か。

(答) 平成 30 年 3 月 31 日において、現に旧医科点数表別表 1（以下「旧別表 1」という。）の療養病棟入院基本料 1 の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に旧別表 1 の療養病棟入院基本料 2 の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に旧別表 1 の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、同年 9 月 30 日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料 1、療養病棟入院基本料の注 11 又は療養病棟入院基本料の注 12 の基準を満たしているものとみなすため、平成 30 年 4 月における届出を要さず、当該入院料及び注が算定可能である。ただし、10 月 1 日以降に引き続き算定する場合は同日までに届出が必要である。また、旧別表 1 の療養病棟入院基本料 2 の届出を行っている病棟が 4 月から療養病棟入院料 2 を算定する場合にあつては、4 月 16 日までに療養病棟入院料 2 の届出が必要である。

問 68 療養病棟入院基本料の施設基準について、看護職員の配置基準や医療区分 2・3 の患者割合等の要件について既に届け出ている場合に、「適切な看取りに対する指針を定めていること」のみについて、改めて届出を行う必要があるか。

(答) 平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き療養病棟入院基本料を算定する場合は、同 9 月 30 日までに届け出る必要がある。

問 69 療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟について、看護職員の配置は 25 対 1 以上を満たしている必要があるが、看護補助者についても 25 対 1 以上の配置でよいか。

(答) そのとおり。

問 70 平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟を届け出ていた場合、改定後の療養病棟入院基本料の注 11 に規定する病棟を届け出ることとは可能か。

(答) 施設基準を満たしている場合は可能。

問 71 療養病棟入院基本料の注 10 の在宅復帰機能強化加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

(答) 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出るためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

問 72 平成 30 年度改定前の療養病棟入院基本料 2 における、看護要員の 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であることの要件は、改定後の療養病棟入院料 2、注 11 及び注 12 に規定される病棟には適用されないか。

(答) 適用されない。

問 73 同一医療機関において、療養病棟入院料 1 を算定する病棟と療養病棟入院料 2 を算定する病棟を、それぞれ届け出ることとは可能か。また療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟と、療養病棟入院基本料の注 11 又は注 12 に規定される病棟を、それぞれ届け出ることとは可能か。

(答) 療養病棟入院料 1 と 2 の両方を同一の医療機関が届け出ることとはできないが、療養病棟入院料 1 又は 2 の病棟と、注 11 又は注 12 の病棟のいずれか一方又は両方を、それぞれ届け出ることとは可能。

問 74 療養病棟入院基本料の注 13 の夜間看護加算について、医療機関に療養病棟が複数ある場合に、当該加算を届け出る病棟と届け出ない病棟があっても良いか。

(答) 同一入院料の病棟が複数ある場合、当該加算を届け出るためには、同一入院料の病棟全体で当該加算の要件を満たす必要がある。

【介護医療院】

問 75 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科急性期医師配置加算、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、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において規定される患者に介護医療院は含まれるのか。

(答) 含まれる。

【精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算、地域移行機能強化病棟入院料】

問 76 精神病棟入院基本料に係る精神保健福祉士配置加算、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料に係る精神保健福祉士配置加算及び地域移行機能強化病棟入院料において、当該病棟又は治療室に専従配置された精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく医療保護入院者に対する退院後生活環境相談員に選任されることが可能か。

(答) 当該精神保健福祉士が専従配置された病棟又は治療室の入院患者に対して退院後生活環境相談員に選任される場合に限り、可能。なお、当該患者が同一の保険医療機関の他の病棟又は治療室に転棟又は転室し、当該保険医療機関に入院中の場合については、当該精神保健福祉士は継続して当該患者の退院後生活環境相談員の業務を行ってよい。

【総合入院体制加算】

問 77 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、当該計画に含まれている事項はすべて実施していることが必要であるのか。

(答) 計画の実施又は計画の達成状況の評価が行われていることが必要である。

問 78 「当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと」とあるが、

同一建物内ではなく同一敷地内に設置している場合は、総合入院体制加算の届出は可能か。

(答) 可能。

【医師事務作業補助体制加算】

問 79 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に含む項目として掲げられている「交替勤務制・複数主治医制の実施」について、交替勤務制と複数主治医制の両方の実施が必要か。

(答) 当該保険医療機関の課題や実情に合わせて交替勤務制又は複数主治医制のいずれかを実施すればよい。

【緩和ケア診療加算】

問 80 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上ある場合とは、具体的にはどのような場合が含まれるのか。

(答) 過去1年以内に、心不全による当該患者の病状の急変等による入院（予定入院を除く。）の期間が2回以上ある場合を指し、必ずしも2回以上の入院初日がある必要はない。なお、当該保険医療機関以外の医療機関における入院であっても当該回数に計上して差し支えない。

問 81 「緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない」とあるが、具体的にはどのような取扱いか。

(答) 緩和ケアチームの構成員がいずれも専任であるとして届出を行った場合、1日に当該加算を算定できる患者数は15人までとなる。1日に当該加算を算定する患者数が15人を超える場合については、緩和ケアチームの構成員のいずれか1人が専従であるとして変更の届出を行う必要がある。

【緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料】

問 82 緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料の施設基準における「精神症状の緩和を担当する医師」は、心療内科医であってもよい。

(答) 差し支えない。

【精神科措置入院退院支援加算】

問 83 本加算を算定する場合、都道府県等と連携する必要があるが、都道府県等において医療機関と連携して退院後支援に関する計画を作成する体制が未整備の場合、当該体制が整備されてから算定可能と理解してよい。

(答) そのとおり。

問 84 平成 30 年 3 月 31 日以前に措置入院又は緊急措置入院となり、4 月以降に退院する患者も対象か。

(答) そのとおり。

問 85 措置入院から医療保護入院に切り替わった場合、算定するのは、医療保護入院の退院時か。

(答) そのとおり。

問 86 A 病院に措置入院後、B 病院に医療保護入院として転院し、B 病院から自宅等に退院した場合、A 病院、B 病院のいずれで算定可能か。

(答) B 病院で入院中から都道府県等と連携して退院に向けた支援を実施し、B 病院から自宅等に退院した場合に限り、B 病院で算定可能である。(A 病院では算定不可)

問 87 精神障害者の退院後支援に関する指針とは、具体的には何を指すのか。

(答) 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」(平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 16 号)を指す。

【医療安全対策加算（医療安全対策地域連携加算）】

問 88 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。

問 89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算 1 の専任の医師と兼任可能か。

(答) 兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問 90 医療安全対策地域連携加算 1 は、一つ以上の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答) 可能。

問 92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算 1 又は 2 に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

(答) 可能。

問 93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答) そのとおり。ただし、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

問 94 医療安全対策加算 1 を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算 1 の届出を行う場合、医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算 1 において配置する医療安全管理者について、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算 1 の施設基準を満たすとして理解してよいか。

(答) その場合も、引き続き、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。

問 95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算 1 の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算 2 の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が 1 対 1 ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。

(答) そのとおり。

【感染防止対策加算（抗菌薬適正使用支援加算）】

問 96 抗菌薬適正使用支援チームの構成員は、感染防止対策加算において規定される感染制御チームの構成員と兼任可能か。

(答) 兼任可能である。また、いずれかのチームの専従者については、抗菌薬適正使用支援加算チーム及び感染制御チームの業務（院内感染防止対策に掲げる業務を含む。）のみ実施可能である。

問 97 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団については、感染症早期からのモニタリングを実施する患者として設定することが必要か。

(答) 施設基準で上げている患者は例示であり、各医療機関で診察を行う患者の特性等を踏まえ施設の状況に応じて設定を行えばよい。

問 98 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象として行うのか。

(答) 医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

問 99 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修は、感染防止対策加算の要件となっている院内感染対策に関する研修とは別に行う必要があるか。

(答) 双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

【データ提出加算（提出データ評価加算）】

問 100 今回の改定でデータ提出加算の加算として、提出データ評価加算が新設されたが、既にデータ提出加算 2 を算定している場合は要件を満たしていれば新たに届出は不要か。

(答) 提出データ評価加算については、届出を求めている。

問 101 提出データ評価加算について、留意事項通知における要件に「その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算 2 を算定する医療機関において算定できる。」とあるが、記録し保存する具体的内容はなにか。

(答) 評価月の様式 1、外来 E F ファイル、入院レセプト、入院外レセプト、D P C 対象病院においては D P C レセプトのそれぞれにおける傷病名コードの総数及び未コード化傷病名の数を記録し、年度毎に各月の状況を保存すること。

問 102 データ提出加算 1 又は 2 については、施設基準通知の別添 3 の第 26 の

4の(1)において「次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関」とあるが、当該ア、イ又はウに該当する保険医療機関は、診療録管理体制加算1又は2の施設基準の要件を満たしていれば、診療録管理体制加算の届出は不要ということか。

(答) そのとおり。

【救命救急入院料等】

問 103 当該治療室に従事する医師の勤務場所について、「患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない」とされたが、一時的に離れる場合であっても、勤務場所は当該保険医療機関内に限定されるか。

(答) そのとおり。

【救命救急入院料（救急体制充実加算）】

問 104 平成30年3月31日において旧算定方法の規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が行われるまでの平成31年3月31日までの間、引き続き当該届出に係る点数を算定することができると理解してよいのか。

(答) そのとおり。

【特定集中治療室管理料】

問 105 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」は、当該治療室に週20時間以上配置することが求められているが、当該治療室における勤務時間が週20時間以上であればよいのか。

(答) そのとおり。なお、勤務時間は、当該保険医療機関が定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）とすること。

問 106 特定集中治療室管理料1及び2の施設基準で求める「集中治療を必要と

する患者の看護に係る適切な研修」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である。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「集中ケア」の研修
- ② 日本看護協会認定看護師教育課程「救急看護」の研修
- ③ 日本看護協会認定看護師教育課程「新生児集中ケア」の研修
- ④ 日本看護協会認定看護師教育課程「小児救急看護」の研修
- ⑤ 日本看護協会が認定している看護系大学院の「急性・重症患者看護」の専門看護師教育課程
- ⑥ 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「呼吸器（気道確保に係るもの）関連」「呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連」「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」「循環動態に係る薬剤投与関連」「術後疼痛関連」「循環器関連」「精神及び神経症状に係る薬剤投与関連」の8区分の研修

なお、⑥については、8区分全ての研修が修了した場合に該当する。

【早期離床・リハビリテーション加算】

問 107 特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に求める早期離床・リハビリテーションに係るチームの専任の常勤理学療法士及び常勤作業療法士は、疾患別リハビリテーションの専従者が兼任してもよい。

(答) 疾患別リハビリテーション料（2名以上の専従の常勤理学療法士又は2名以上の専従の常勤作業療法士の配置を要件としているものに限る。）における専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名については、早期離床・リハビリテーション加算における専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士と兼任して差し支えない。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

問 108 回復期リハビリテーション病棟1、3又は5において、実績指数がそれぞれ37、30又は30を上回る場合は、回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数が6単位未満（2単位以上）であってもよい。

(答) そのとおり。

問 109 回復期リハビリテーション病棟入院料の注3の規定において、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料が入院料に包括されることと

なるリハビリテーション実績指数は、現行通り 27 を下回る場合と理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 110 回復期リハビリテーション病棟入院料の注 3 に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る具体的な取扱いはどうなるのか。

(答) 各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合には、地方厚生（支）局長に報告し、当該月以降、1 日につき 6 単位を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されることとなる。その後、別の月（4 月、7 月、10 月又は 1 月以外の月を含む。）に当該場合に該当しなくなった場合には、その都度同様に報告し、当該月以降、再び 1 日につき 6 単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

問 111 回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーション実績指数について、病院単位で算出することとなっている取扱いに変更はないという理解でよいか。

(答) そのとおり。

【精神科救急入院料】

問 112 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数や入院件数等の実績は直近 1 年間という理解でよいか。

(答) そのとおり。

問 113 「初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）」について、初診料を算定しない患者であっても対象となると理解してよいか。

(答) そのとおり。

問 114 精神科救急入院料の施設基準において、「なお、退院後に、医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行したものとして計上しない。」の文言が削除されたが、これは平成 30 年 3 月 31 日以前に精神科救急入院料に入院し、4 月 1 日以降に退院した患者についても適用されるのか。

(答) そのとおり。

【精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料】

問 115 精神療養病棟や地域移行機能強化病棟に専任で配置する常勤精神科医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とされているが、2 日間の従事時間を 3 日以上に分割して当該業務に従事することは可能か。

(答) 可能。

【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、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料】

問 116 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、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料において、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定している患者については、クロザピンが包括範囲から除外されたが、この取扱いとは当該管理料の算定月に限るという理解でよいか。

(答) そのとおり。

【認知症治療病棟入院料】

問 117 生活機能回復のための訓練及び指導として認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法（以下本問において「認知症患者リハビリテーション料等」という）を算定する場合、当該病棟に専従する作業療法士が提供した認知症患者リハビリテーション料についても算定可能か。

(答) 可能。

問 118 生活機能回復のための訓練及び指導について、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えないこととされたが、この場合、認知症患者リハビリテーション料に規定される専用の機能訓練室又は精神科作業療法に規定される専用の施設は、認知症治療病棟入院料に規定される専用の生活機能回復訓練室と兼用することが可能か。

(答) 認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法が認知症治療病棟に入院している患者に対して行われる場合に限り、生活機能回復訓練室と兼用して差し支えない。

【地域移行機能強化病棟入院料】

問 119 地域移行機能強化病棟入院料における「自宅等への退院」の要件について

て、特別養護老人ホームは患家に含まれるという理解でよい。

(答) そのとおり。

【短期滞在手術等基本料】

問 120 D P C 対象病院における地域包括ケア病棟において、短期滞在手術等基本料 3 は算定できるか。

(答) D P C 対象病院においては、D P C を算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

問 121 平成 30 年 3 月 31 日以前より入院し、平成 30 年 4 月 1 日において入院を継続している場合、短期滞在手術等基本料は算定できるか。

(答) 病棟の種別にかかわらず、短期滞在手術等基本料や D P C による算定は行わず医科点数表に基づき算定する。

【糖尿病合併症管理料】

問 122 糖尿病合併症管理料の要件である「適切な研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

(答) 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」及び「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」の区分の研修が該当し、両区分とも修了した場合に該当する。

【糖尿病透析予防指導管理料】

問 123 区分番号「B 0 0 1」の「27」糖尿病透析予防指導管理料の看護師の要件である「適切な研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

(答) 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「血糖コントロールに係る薬剤投与関連」の区分の研修は該当する。

【小児運動器疾患指導管理料】

問 124 施設基準における常勤の医師に係る「小児の運動器疾患に係る適切な研修」とは何を指すのか。

(答) 現時点では、日本整形外科学会が主催する「小児運動器疾患指導管理医師セミナー」を指す。

【乳腺炎重症化予防ケア・指導料】

問 125 区分番号「B 0 0 1」の「29」乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準で求める「助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師」とは、どのような者か。

(答) 現時点では、一般財団法人日本助産評価機構により「アドバンス助産師」の認証を受けた助産師である。

【小児抗菌薬適正使用支援加算】

問 126 小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料における小児抗菌薬適正使用支援加算は、解熱鎮痛消炎剤等の抗菌薬以外の処方を行った場合は算定できるか。

(答) 算定できる。

問 127 感染症対策ネットワーク（仮称）に係る活動とはなにか。

(答) 複数の医療機関や介護施設、自治体等と連携し、感染予防・管理についての情報共有や研修の実施などを定期的に行うこと。

問 128 「感染症に係る研修会等に定期的に参加していること。」について、研修会等とは、どのようなものが該当するか。また、定期的な期間は、どれくらいの期間か。

(答) 小児科もしくは感染症に関係する学会や医師会等が開催する抗菌薬の適正使用に資する研修会等に 1 年に 1 回以上参加していること。なお、病院においては保険医療機関内で行う抗菌薬の適正使用に資する研修会でも差し支えないが、この場合は、当該保険医療機関以外の医師も参加対象とした研修会であること。

問 129 「小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する」とあるが、小児科のみを専任する医師ではなく、当該保険医療機関が標榜する他の診療科を兼任している場合であっても、算定可能か。

(答) 小児科を担当する専任の医師であれば、算定可能。

【療養・就労両立支援指導料】

問 130 産業医が選任されていない事業場で就労する患者について、地域産業保健センターの医師に対し病状等に関する情報提供を行った場合に区分番号「B 0 0 1－9」療養・就労両立支援指導料を算定することができるか。

(答) 不可。

【認知症サポート指導料】

問 131 認知症サポート指導料は、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定できるとなっているが、療養方針の変更等があった場合、6月後に再度算定することが可能か。

(答) かかりつけ医が認知症サポート医に対し助言を求めた場合には、再度算定できる。

【ハイリスク妊産婦連携指導料】

問 132 ハイリスク妊産婦連携指導料における市町村又は都道府県との連携実績とは、具体的にはどのような実績か。

(答) 精神疾患を有する妊産婦について、市町村等からの紹介又は市町村等への情報提供に係る実績を指す。

問 133 ハイリスク妊産婦連携指導料について、「当該連携指導料を算定する場合は、診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できないこと。」とあるが、当該連携指導料を算定した月は、診療情報提供料(Ⅰ)が算定できないという理解でよいのか。

(答) そのとおり。

問 134 同一の保険医療機関からハイリスク妊産婦連携指導料1及び2の届出は可能であるが、同一の患者については、ハイリスク妊産婦連携指導料1及び2を別に算定することはできないと理解してよいのか。

(答) そのとおり。

問 135 精神療法が実施されている患者とは、医科診療報酬点数表第8部精神科専門療法のいずれかの項目が算定されている患者を指すのか。

(答) そのとおり。

問 136 患者が妊婦健康診査で受診した日であっても、ハイリスク妊産婦連携指導料1の算定要件となっている診療を行った場合は、当該指導料の算定が可能という理解でよいのか。

(答) そのとおり。ただし、この場合、初診料、再診料又は外来診療料は算定できない。

【診療情報提供料（Ⅰ）】

問 137 区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料（Ⅰ）の注 15 療養情報提供加算について、診療情報を提供する際に添付する、「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」とはどのようなものか。

（答）訪問看護療養費の訪問看護情報提供療養費 3 において用いる様式（別紙様式 4）で訪問看護ステーションから提供された文書。

問 138 区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料（Ⅰ）の注 15 療養情報提供加算について、診療情報を提供する際に「訪問看護ステーションから得た療養に係る情報」として、訪問看護ステーションから提供された訪問看護報告書を添付した場合も算定可能か。

（答）算定できない。訪問看護報告書で記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」又は「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要である。

問 139 区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料（Ⅰ）の注 15 療養情報提供加算について、当該加算を算定する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合においても算定可能か。

（答）算定可能。

【在宅患者訪問診療料】

問 140 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「2」等を算定する患者に対し、往診料を算定することは可能か。

（答）可能。

問 141 在宅患者訪問診療料の「2」について、「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」とは具体的にどのような医療機関をいうのか。

（答）患者の同意を得て在宅時医学総合管理料、在宅がん患者総合診療料等を算定している保険医療機関又は在医総管等を算定していなくとも療養計画に基づき主治医として定期的に訪問診療を行っている医療機関であって当該患者の同意を得ている保険医療機関をいう。

問 142 在宅患者訪問診療料の「2」について、他の保険医療機関による求めには、電話等、文書以外のものを含むか。

（答）含む。

問 143 在宅患者訪問診療料の「2」について、同一診療科を標榜する保険医療機関の求めを受けて訪問診療を行った場合でも算定可能か。

(答) 主治医として定期的に訪問診療を行っている医師の求めに応じて行った場合は、算定可能。

問 144 在宅患者訪問診療料の「2」について、当該患者に対し「当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関」が行う訪問診療に同行し、主治医の求めに応じた異なる保険医療機関の医師が訪問診療を行った場合に、算定可能か。

(答) 算定不可。立合診察となるため、往診料を算定できる。

問 145 区分番号「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）について、どのようなケースが有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関に該当するか。

(答) 有料老人ホーム等に併設する保険医療機関の医師が当該施設に入所している患者に訪問診療を行う場合は、時間的・空間的に近接していることから、通常の訪問診療と異なる評価として在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を設定したものである。このため、医師の所属する医療機関から患者が入所する施設等に短時間で直接訪問できる状況にあるものが、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定対象となる。

例えば、医療機関と同一建物内に当該施設がある場合やわたり廊下等で連結されている場合が該当する。なお、当該医療機関の所有する敷地内であっても、幹線道路や河川などのため迂回しなければならないものは該当しない。

問 146 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される医療機関が行った訪問診療の評価として区分番号「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）が新設され、併設される医療機関とは「有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関」とされているが、同一敷地内であるが、医療機関と有料老人ホーム等が別法人である場合は併設される医療機関に該当するか。

(答) 該当する。

【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】

問 147 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の専門性の高い看護師

による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修か。

(答) 現時点では、以下の研修である。

日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問 148 区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料の3及び区分番号「C 0 0 5－1－2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3の算定対象となる患者における、人工肛門又は人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

(答) ABCD-Stoma (ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール) において、A (近接部)、B (皮膚保護剤部)、C (皮膚保護剤外部) の3つの部位のうち1部位でも びらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が1週間以上継続している、もしくは1か月以内に反復して生じている状態をいう。

【在宅患者訪問褥瘡管理指導料】

問 149 区分番号「C 0 1 3」在宅患者訪問褥瘡管理指導料の要件である「所定の研修」として、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修は該当するか。

(答) 特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる「創傷管理関連」の区分の研修は該当する。

【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】

問 150 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C 1 0 7－2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準に、「遠隔モニタリング加算の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。」とあるが、当該モニタリングに係る疾患について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制があればよいのか。

(答) そのとおり。

【在宅経肛門的自己洗腸指導管理料】

問 151 区分番号「C 1 1 9」在宅経肛門的自己洗腸指導管理料における「関係学会による指針」とは何を指すのか。

(答) 日本大腸肛門病学会による「経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針」を指す。

【悪性腫瘍組織遺伝子検査 注】

問 152 同一がん種ではなく別のがんに対して複数の検査を行った場合は、それぞれ検査の所定点数を算定して差し支えないか。

(答) 差し支えない。

問 153 同日に複数項目行うのではなく、検査を1項目行った後、後日同一組織を用いて、別の遺伝子検査を行った場合も注「イ 2項目」又は「ロ 3項目以上」の点数で算定することになるのか。

(答) 同一組織を用いて後日別の遺伝子検査を行った場合にあって、前回検査に基づく一連の治療の間は注「イ」又は「ロ」に該当する。

【抗HLA抗体検査】

問 154 抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準における「関係学会による指針」とは何を指すか。

(答) 日本組織適合性学会による「QCWS 参考プロトコル集」を指す。

【骨髓微小残存病変量測定】

問 155 区分番号「D 0 0 6－13」に掲げる「骨髓微小残存病変量測定」の施設基準における「関係学会により認定された施設」及び「関係学会による認定を受けている衛生検査所」とはそれぞれ何を指すか。

(答) 日本小児血液・がん学会に認定された保険医療機関及び同学会に認定された衛生検査所を指す。

【長期脳波ビデオ同時記録検査】

問 156 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「関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本神経学会の教育施設、日本臨床神経生理学会の教育施設又は日本てんかん学会の研修施設として認定された施設を指す。

【ダーモスコピー】

問 157 区分番号「D 2 8 2－4」ダーモスコピーについて、検査を行ってから4月以内に、新たに他の疾患に対して検査を行った場合、4月を経過していなくても算定できるか。

(答) 前回算定した月の翌月以降であれば算定できる。

【画像診断】

問 158 画像診断管理加算 3 又は頭部MR I 撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、当該体制には放射線科医の当直体制、放射線科医が自宅で待機し必要に応じて登院する体制及び遠隔画像読影装置等を用いて自宅等で読影を行う体制を含むか。

(答) そのとおり。

問 159 画像診断管理加算 3 又は頭部MR I 撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に撮像された全ての画像を読影しなくてもよい。また、夜間及び休日に読影を行った場合において、正式な画像診断報告書を作成するのは翌診療日でもよい。

(答) いずれもよい。

問 160 画像診断管理加算 3 又は頭部MR I 撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に読影を行う医師は画像診断を専ら担当する医師である必要があるか。

(答) 画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも画像診断を専ら担当する医師でなくてもよい。

問 161 画像診断管理加算 3 又は頭部MR I 撮影加算について、「検査前の画像診断管理を行っていること」とあるが、具体的にはどのようなことを行えばよい。

(答) 検査依頼に対して放射線科医がその適応を判断し、CTやMR I等の適切な撮像法や撮像プロトコルについて、臨床情報、被ばく管理情報又は臨床検査データ値等を参考に、事前に確認及び決定すること。なお、当該管理を行ったことについて、口頭等で指示をした場合も含め、適切に診療録に記録すること。

問 162 画像診断管理加算 3 又は頭部MR I 撮影加算について、「関連学会の定める指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本医学放射線学会のエックス線CT被ばく線量管理指針等を指す。

問 163 画像診断管理加算について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行うことができる医師とは別に、当該保険医療機関において勤務する専ら

画像診断を担当する常勤の医師が1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）以上必要と考えてよい。

（答）そのとおり。

問 164 小児鎮静下MR I撮影加算について、「MR I撮影時の鎮静に関する指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本小児科学会、日本小児麻酔学会及び日本小児放射線学会によるMR I検査時の鎮静に関する共同提言等を指す。

問 165 小児鎮静下MR I撮影加算について、必ずしも複数医師の管理を要さない、催眠鎮静薬等を用いて撮影した場合も算定できるか。

（答）小児鎮静下MR I撮影加算は、画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等の複数の医師により、検査の有用性と危険性に配慮した検査適応の検討を行った上で、検査中に適切なモニタリングや監視を行う必要がある鎮静下に実施された場合に算定する。

問 166 遠隔放射線治療計画加算、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、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「その他の技術者」とは、具体的に何を指すのか。

（答）医学物理士等を指す。

問 167 区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影について、悪性腫瘍に対して使用する場合に、必ずしも事前にコンピューター断層撮影を実施する必要はないと考えてよい。

（答）よい。

【処方料、処方箋料】

問 168 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか

（答）エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」（<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>）なども参照され

たい。

問 169 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

(答)「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

問 170 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、てんかんの治療のために、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合は該当するか。

(答) 該当しない。

問 171 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

(答)「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医eラーニング」を含む。）において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容含むものを2単位以上取得した場合をいう。

「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験5年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。

【リハビリテーション総合計画評価料・リハビリテーション計画提供料】

問 172 (1) 様式 21 の 6 等を用いてリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合計画書を作成する際、F I Mを用いた評価を記載している場合には、様式 21 の 6 等にあらかじめ設けられた B I の記載を省略してもよい。

(2) (1) の場合に、B I の記載を省略した状態で、介護保険のリハビリテーション事業所に、様式 21 の 6 を用いてリハビリテーション実施計画書等を提供した場合に、リハビリテーション計画提供料 1 及び電子化連携加算は

算定可能か。

(答) (1) 省略してよい。

(2) 電子化連携加算については、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業 (V I S I T)」に対応する項目については計画書を記載することを前提としているため、B I の記載が省略された場合には算定不可。提供先の通所リハビリテーション事業所等からあらかじめ同意を得ている場合に、B I の記載を省略した上で、文書でF I Mを用いた評価を記載したリハビリテーション実施計画書等を提供する場合には、リハビリテーション計画提供料 1 のみ算定できる。

問 173 リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるとされている。また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にこれを算定することとされているが、疾患別リハビリテーション開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても算定できるのか。

(答) リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションについては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画を作成した時点で算定できる。

【精神科電気痙攣療法 注 3】

問 174 精神科電気痙攣療法の注 3 に規定する加算について、当該保険医療機関が麻酔科を標榜している必要があるのか。

(答) 麻酔に従事する医師であればよく、当該保険医療機関は麻酔科を標榜している必要はない。

【精神科訪問看護・指導料】

問 175 精神科訪問看護・指導料 (Ⅱ) が廃止されたが、今後は、例えば共同生活援助事業所に入所している複数の患者に対して、看護師等が訪問看護・指導を行う場合はどのようにすればよいのか。

(答) それぞれの者に対して個別に訪問看護・指導を行い、精神科訪問看護・指導料 (Ⅰ) 又は (Ⅲ) を算定する。

【人工腎臓】

問 176 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及び特定一般病棟入院料において、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の費用、区分番号「J 0 3 8」人工腎臓又は区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及び区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流に伴って使用した自己連続携行式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

(答) 別に算定できる。

問 177 人工腎臓に係る届出を行った保険医療機関については、人工腎臓の施設基準(1)のイ及び(2)のイにある「関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること」について、平成31年3月31日までの間に限り、該当するものとみなすのか。

(答) そのとおり。

問 178 各月はじめの人工腎臓を行う日に、透析室に配置されており、患者に対して使用できる状態である透析用監視装置の台数を数えるのか。

(答) そのとおり。

問 179 保険医療機関内に複数の透析室がある場合には、それぞれの透析室の透析用監視装置の台数を合計するのか。

(答) そのとおり。

問 180 透析用監視装置が「患者に対して使用できる状態」とは、どのような状態か。

(答) 定期的なメンテナンスがなされており、必要な配管等と接続されている状態を指す。

問 181 入院患者しか使用しない透析室に配置されている透析用監視装置は、台数に数えるのか。また、外来患者と入院患者の両方が人工腎臓を受ける透析室に配置されており、入院患者に対してしか使用されない透析用監視装置は、台数に数えるのか。

(答) いずれも入院患者しか使用しないことが明らかな場合には数えない。

【導入期加算】

問 182 導入期加算1及び2の施設基準における「関連学会の作成した資料」とは、どのような資料を指すのか。

(答) 日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会作成の「腎不全 治療選択とその実際」等、患者の治療選択に活用することを目的として作成された資料を指す。

問 183 導入期加算 2 の施設基準における「腎移植に向けた手続きを行った患者」とは、どのような患者を指すのか。

(答) 臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録した患者及び生体腎移植が実施され透析を離脱した患者を指す。

問 184 人工腎臓の施設基準に該当する保険医療機関であって、当該施設基準の届出を行わなかった保険医療機関は、「慢性維持透析を行った場合 3」により算定するのか。

(答) そのとおり。

問 185 平成 30 年 3 月 31 日において透析液水質確保加算 2 の施設基準に適合するものとして届出を行っていた保険医療機関において、透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算の施設基準に係る届出を改めて行う必要があるのか。

(答) ない。

問 186 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算に係る届出又は導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算に係る届出は、当該加算ごとに別々の届出を行う必要があるのか。

(答) ない。いずれかの届出を行っていればよい。

【手術】

問 187 区分番号「K 0 1 4 - 2」皮膚移植術（死体）について、「関連学会の主催する講習会」とあるが、具体的に何を指すのか。

(答) 日本熱傷学会の主催するスキンバンク提出・保存講習会又は日本組織移植学会の主催する専門医・認定コーディネーター講習会等を指す。

問 188 区分番号「K 1 9 0」脊髄刺激装置植込術及び区分番号「K 1 9 0 - 6」仙骨神経刺激装置植込術において、1 及び 2 を同時に行った場合には、1 及び 2 は併算定可能か。

(答) 算定できる。

問 189 区分番号「K 4 0 0」の「3」喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用

いたもの) について、「関係学会による手術講習会」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本耳鼻咽喉科学会及び日本喉頭科学会が主催する手術講習会を指す。

問 190 区分番号「K 6 6 4－3」薬剤投与用胃瘻造設術について、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬と同時に同一の胃瘻から経管栄養を行う必要がある患者である場合は算定できるか。

(答) 算定できない。区分番号「K 6 6 4」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を含む。）及び区分番号「K 9 3 9－5」胃瘻造設時嚥下機能評価加算を算定すること。

問 191 施設基準通知第 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）について、「区分番号「K 6 6 4－3」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。」とあるが、様式 43 の 5 の「胃瘻造設の実施年月日」欄には何を記載すればよいか。

(答) 薬剤投与用として造設した胃瘻から栄養剤投与を開始した日付を記載すること。

問 192 区分番号「K 9 2 4」自己生体組織接着剤作成術又は区分番号「K 9 2 4－2」自己クリオプレシピテート作製術（用手法）について、「関連学会から示されているガイドライン」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) 日本自己血輸血学会及び日本輸血・細胞治療学会の自動機器による自己フィブリン糊の使用マニュアル及び用手法による自己フィブリン糊作成および使用マニュアル等を指す。

問 193 K 5 0 4－2、K 5 1 3－2、K 5 1 4－2 の 3、K 5 2 9－2、K 5 5 4－2、K 6 5 5－2、K 6 5 5－5、K 6 5 7－2、K 7 4 0－2、K 8 0 3－2、K 8 7 7－2 及び K 8 7 9－2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合の施設基準における「当該手術を実施する患者について、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) 日本外科学会等のデータベースである 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ことを指す。

問 194 National Clinical Database が症例登録の受付を開始する前に、K 5 0 4－2、K 5 1 3－2、K 5 1 4－2 の 3、K 5 2 9－2、K 5 5 4－2、K 6 5 5－2、K 6 5 5－5、K 6 5 7－2、K 7 4 0－2、K 8 0 3－2、K 8 7 7－2 及び K 8 7 9－2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術を内視鏡手術用支援機器を用いて行う場合は、National Clinical Database が症例登録の受付を開始した時点で、症例の登録を行うこととしてよいか。

（答）差し支えない。

問 195 区分番号「K 7 3 9－2」に掲げる経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）は、軟性のチューブである自然開口向け単回使用内視鏡用拡張器を肛門に装着し、内視鏡下に直腸腫瘍の切除を行った場合も算定できるか。

（答）算定できる。

問 196 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算の施設基準における「当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること」とは何を指すか。

（答）当該手術を担当する診療科が、日本造血細胞移植学会より、認定カテゴリー 1 として認定されていることを指す。

問 197 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植のコーディネート体制充実加算について、関係学会による認定を受けている診療科を有する保険医療機関において、当該診療科以外の診療科で造血幹細胞移植を行った場合も、算定できるのか。

（答）算定できない。

問 198 施設基準通知第 62 の 2 の 4 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）の施設基準に「関係学会により認定された施設であること」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本消化器内視鏡学会の指導施設として認定された施設及び日本外科学会の外科専門医制度修練施設として認定された施設を指す。

問 199 性同一性障害の患者であって、当該疾病に対して自己負担でホルモン製剤等の投与を行っている者に、第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を行う場合の取扱いは、どのようなになるのか。

（答）同一の疾病に対する一連の治療として、保険適用外の治療と保険適用の治療を組み合わせで行うことは認められない。

問 200 第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「関連学会が認定する常勤又は非常勤の医師」における「関連学会」とは具体的には何を指すのか。

（答）性同一性障害学会を指す。

問 201 第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「関連学会のガイドライン」とは具体的には何を指すのか。

（答）日本精神神経学会の、性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインを指す。

問 202 第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術について、「当該手術を実施する患者について、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）性同一性障害学会のデータベースに症例を登録し、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ことを指す。

【放射線治療管理料】

問 203 区分番号「M000」放射線治療管理料の遠隔放射線治療計画加算について、「第三者機関」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）医用原子力技術研究振興財団等を指す。

問 204 区分番号「M000」放射線治療管理料の遠隔放射線治療計画加算について、「関係学会の定めるガイドライン」とあるが、具体的には何を指すのか。

（答）日本放射線腫瘍学会の遠隔放射線治療計画ガイドライン等を指す。

【デジタル病理】

問 205 病理診断の通則の留意事項 9 において、「デジタル病理画像に基づく病

理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。」とあるが、「デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器」及び「関係学会による指針」とはそれぞれ何を指すのか。

(答)「関係学会による指針」とは、一般社団法人日本病理学会による「デジタル病理画像を用いた病理診断のための手引き」及び日本デジタルパソロジー研究会による「病理診断のためのデジタルパソロジーシステム技術基準」を指す。「デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器」とは、これらの指針に定められた、画像取り込み、画像の送受信、画像の表示等についての技術基準を満たす装置・機器を指す。

【常勤】

問 206 病院勤務医の常勤要件について、週 3 日以上、週 24 時間以上勤務している医師を常勤換算できることとなったが、週 4 日、1 日 6 時間勤務（短時間勤務）の勤務医もその対象となるか。

(答) 対象となる。

問 207 外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。

(答) 原則として、各医療機関で作成する就業規則において定められた医師の勤務時間の全てを勤務する医師を指す。なお、常時 10 人以上の従業員を使用する医療機関の使用者は、労働基準法第 89 条の規定により、就業規則を作成しなければならないこと。

問 208 週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤職員を常勤換算する場合については、換算する分母は当該保険医療機関の常勤職員の所定労働時間としてよいか。

(答) そのとおり。

【医療従事者等の勤務負担軽減等】

問 209 「医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成するとあるが、複数年に渡る計画でもよいか。

(答) そのとおり。

問 210 「当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がな

いは、様式 13 の 2（13 の 3、13 の 4）の提出を略することができる」とあるが、平成 30 年 7 月までの間の届出においても、平成 29 年 7 月の内容と変更がない場合は略してよい。

（答）そのとおり。

問 211 総合入院体制加算の施設基準で、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を作成し評価することが要件とされたが、病院に勤務する全ての医療従事者を対象とし、かつ各職種について、それぞれ負担の軽減及び処遇の改善に資する計画をたてなければいけないか。

（答）対象とする医療従事者や、職種ごとに個別に負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定するかどうかは、医療機関の実情に照らし合わせて策定いただきたい。

【カンファレンス】

問 212 区分番号「A 2 3 4－2」感染防止対策加算、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算 1、区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 の注 1、区分番号「B 0 0 5」退院時共同指導料 2 の注 1 及び注 3、区分番号「B 0 0 5－1 0」ハイリスク妊産婦連携指導料 1 及び 2、区分番号「C 0 1 1」在宅患者緊急時等カンファレンス料、区分番号「C 0 1 3」在宅患者褥瘡管理指導料、区分番号「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料、訪問看護療養費の退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよい。

（答）①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報や画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 213 感染防止対策加算における加算算定医療機関間の年 4 回のカンファレンスについて、例えば、感染制御チームを医師 2 名、看護師 3 名、薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名で組織しているようなチームメンバーの職種が複数名の場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて

カンファレンスに参加することが可能な者をどう考えればよい。

(答) ①「4 回中 1 回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること」とは、医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師がそれぞれ 1 名以上が直接対面するカンファレンスに参加していればよい。②「感染制御チームを構成する各職種が 4 回中 2 回以上直接対面するカンファレンスに参加していること」とは、例えば医師の場合、医師 2 名のいずれかが 4 回中 2 回以上直接対面するカンファレンスに参加していればよく、必ずしも両名の医師が直接対面するカンファレンスに参加していなくてもよい。

【特定保険医療材料の留意事項について】

問 214 スピードギプス包帯は特定保険医療材料として算定できるのか。

(答) 算定できない。

【特別の関係】

問215 「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」の第 2 部通則 7 において「特別の関係」が規定されているが、地域医療連携推進法人における参加法人同士は当該「特別の関係」にあたるか。

(答) 特別の関係にあたらない。

【届出受理後の措置】

問216 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・ 一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注 9」における90日を超える入院患者の算定
- ・ リンパ浮腫複合的治療料
- ・ 処置・手術の時間外加算 1
- ・ 無菌製剤処理加算

(答) 必要である。

【先進医療】

問 217 平成 30 年厚生労働省告示 128 号（先進医療告示）について、「同年三月三十一日において現にこの告示による改正前の厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（以下「旧告示」という。）により実施する先進医療（旧告示第二の三及び六並びに第三の七十及び七十六に掲げるものに限る。）については、なお従前の例による。」とあるが、旧告示により実施する先進医療とは、既に一連の治療を開始している患者のみが対象となるのか。

(答) 平成 30 年 3 月 31 日において、一連の治療を開始していない場合でも、当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者については、旧告示により実施するものに含まれる。

問 218 陽子線治療及び重粒子線治療について、平成 30 年 4 月 1 日より保険診療で実施可能となる腫瘍に対し、平成 30 年 3 月 31 日までに治療が開始されている患者で、4 月 1 日以降も治療を継続する場合、4 月 1 日以降の治療に係る費用は保険診療として算定可能か。

(答) 陽子線治療及び重粒子線治療は数ヶ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なっている。先進医療においても同様で、一連の治療として費用請求されるため、平成 30 年 3 月 31 日までに治療が開始されている患者又は当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者には、先進医療として費用を請求し、保険診療として陽子線治療及び重粒子線治療の算定はできない。なお、平成 30 年 3 月 31 日において、一連の治療を開始していない場合であって、4 月 1 日以降に保険診療による治療を希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて差し支えない。

【大病院受診時定額負担】

問219 定額負担の徴収が義務化されている病院において、例えば、障害福祉サービス等の支援を受けている患者であって児童福祉法第 7 条第 2 項に規定される重症心身障害児や重症心身障害者などの患者が紹介状なしで受診した場合には、定額負担を徴収しなければならないのか。

(答) 従来から、「保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」については、正当な理由があるものとして徴収しないことができることになっている。従って、当該医療機関が必要性を認めた場合には、徴収しないことができる。

問220 定額負担を徴収することが認められないと規定されている「救急の患者」とはどのような患者を指すのか。

(答) 原則として、保険医療機関における個別の判断となる。なお、少なくとも単に軽症の患者が救急車により来院し受診した場合は、当該要件には該当しない。

問221 地方自治体による条例の制定等を要する公的医療機関等については、平成

30年9月30日までの間、経過措置が設けられているが、ここでいう「公的医療機関等」に地方独立行政法人は含まれるのか。

(答) 含まれる。

【療担関係】

問 222 障害者総合支援法の改正により、平成 30 年 4 月から、重度訪問介護（重度障害者のホームヘルプ）のヘルパーによる支援を受けている最重度（障害支援区分 6）の障害者が入院するときに、入院中の病院等においてコミュニケーション支援ができることとなったが、入院する患者から、当該ヘルパーの付き添いを求められた場合、医療機関としてはどのように対応すべきか。

(答) 患者が、重度訪問介護のヘルパーによる支援を希望する場合の取り扱いについては、「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」（平成 28 年 6 月 28 日保医発 0628 第 2 号）を踏まえて対応されたい。なお、重度訪問介護以外にも、各市町村によっては「意思疎通支援事業」等の名称により、最重度の障害者以外の障害者にもコミュニケーション支援を行う場合があるが、この場合も当該通知を踏まえて対応されたい。

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）D P C 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のか。

(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) 保険適用となる以前に当該技術による治療を受けた入院の場合には包括評価の対象外となる。保険適用後に当該技術による治療を受けた患者については包括評価の対象となる。

(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など医療保険を使用しない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、DPC 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。DPC 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や手術で使用した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) 「K 6 7 8 体外衝撃波胆石破碎術（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「K 6 7 8 体外衝撃波胆石破碎術」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、「K 9 2 0－2 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〇〇〇」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〇〇〇」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) 「D291-2 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080270)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) DPC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「L100 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「トータルスピナルブロック」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、在宅医療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（040040）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（040040）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。

(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ＤＰ
Ｃ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
のであれば、全てのＤＰＣ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) 「Ａ２０４－２ 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) 「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)」のように、機能評価係数Ⅰで評価される項目のうち、医科点数表において週 1 回または月 1 回算定できるとされているものについては、入院日Ⅲを超えた場合、医科点数表に基づき算定することが出来る。ただし、入院日Ⅲを超えた日の前日の属する週または月は算定することができない。

なお、「週」、「月」とは、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間、月の初日から月の末日までの 1 か月をいう。

(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) ① D P C 算定病棟 (包括評価の対象) → ② D P C 算定病棟以外の病棟 → ③ D 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、② D 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、③ D 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「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6－5) 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 6－6) 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 6－7) 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 6－8) 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 6－9) 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 6－10) 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「D 2 0 8 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 6－11) 「D 2 0 6 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 6－12) 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 6－13) 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 6－14) 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 6－15) 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 6－16) 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 6－17) 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 6－18) 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 6－19) 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 6－20) 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 6－21) 「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 6－22) 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 6－23) 「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 6－24) 「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 6－25) 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 6－26) 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 6－27) グランツマン血小板無力症患者(G P II b－Ⅲ a 及び／又は H L A 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。

(問 7 - 6) D P C病院において、「A 3 0 1 特定集中治療室管理料の注4の早期離床・リハビリテーション加算は算定できるか。

(答) 算定できる。

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) 以下のような 7 日以内の再入院については「一連」とみなす。

- ① 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 桁が一致する場合
- ② 再入院時と前回入院の「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 6 桁が一致する場合

(問 9 - 3) 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、または診断群分類 180040 に定義された ICDコードを選択した場合 7 日以内の再入院では、ICD10コードが異なっても、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 D P C 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、D P C 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 D P C 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、前回入院の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類番号上 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。

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ことは可能か。

(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10－5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、退院時処方の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。

11. 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。）

12. 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12－3）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。

13. 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ある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。

(問13－10) 診断群分類区分の決定が請求時から患者の退院時に変更となったが、月をまたいで入院する場合は、各月の請求時に一旦、診断群分類区分の決定を行い請求することによいか。

(答) そのとおり。

なお、手術等が行われていない場合であっても、予定がある場合には手術あり等の診断群分類区分を選択し請求しても差し支えないが、退院時までに予定された手術が行われなかった結果、退院時に決定された請求方法が異なる場合は、請求済みのレセプトを取り下げた上で手術なしの分岐により再請求をする。

14. 平成30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、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なになるのか。

(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) 2月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが60日で改定後は入院日Ⅲが30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) 2月16日に入院し、改定前は入院日Ⅲが30日で改定後は入院日Ⅲが60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の場合は医科点数表に基づき算定し、例2の場合は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、改定後の診断群分類区分は4月1日から適用となるが、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のか。

(答) そのとおり。

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) 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30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。

16. その他

(問16－1) 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年 3 月31日付事務連絡）の別添 2 の問13-7 において、「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」と示されているが、今般の緊急改定されるオブジーボの薬価についても同様の取扱いとなるか。

(答) そのとおり。なお、詳細は「「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」の一部改正等について」（平成

29 年 1 月 31 日保医発 0131 第 1 号) を参照されたい。

(問16－2) 「K 9 2 1 造血幹細胞採取」を行うにあたり、造血幹細胞の末梢血中への動員のために G－C S F 製剤やプレリキサホルを投与するが、「K 9 2 1 造血幹細胞採取」を算定する日以外の日に投与したこれらの薬剤料について、D P C レセプトにおいて手術の部で出来高で算定することができるか。

(答) 本件は、「K 9 2 1 造血幹細胞採取」の注 2 の加算に該当するため、造血幹細胞採取にあたって当該薬剤を使用した場合についても、「K 9 2 1 造血幹細胞採取」を算定する日に「K 9 2 1 造血幹細胞採取」の所定の点数に当該薬剤の点数を加算する。

(問16－3) D P C 対象病院においてこれまで「A 4 0 0 短期滞在手術等入院料」を算定した患者については、どのような算定となるのか。

(答) D P C 対象病院においては、D P C / P D P S による算定を行う病床に限らず全ての病床において当該点数は算定できない。

(問16－4) 平成30年3月31日以前に入院し、5日以内に「A 4 0 0 短期滞在手術等入院料」に規定する手術等を行い、4月中に退院した場合、どのような算定となるのか。

(答) D P C 対象病院においては、D P C を算定する病床以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

調剤診療報酬点数表関係

【調剤基本料】

問1 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に除くこととしている、同一グループの保険薬局の勤務者には、保険薬局に勤務する役員も含まれるか。また、例えば本社の間接部門の勤務者等についても、含まれるか。

(答) 同一グループの保険薬局の勤務者には役員を含める。また、間接部門の勤務者等でも、保険薬局業務に関与する部門の勤務者であれば含める。

問2 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合(処方箋集中率)について、「特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。)を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値」とされたが、以下の場合の当該保険薬局の処方箋受付回数と集中率はどのように算出することになるか。

保険薬局の1年間の処方箋受付回数

A医療機関(歯科以外) 2,000回

A医療機関(歯科) 100回

A医療機関以外 20,000回

※ A医療機関が最も処方箋受付回数が多い

(答)

処方箋受付回数について

$2,000 + 100 + 20,000 = 22,100$ 回 となる。

処方箋集中率について

$((2,000 + 100) / 22,100) \times 100 = 9.5\%$ となる。

問3 調剤基本料の「注9」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、当該処方箋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〉

・調剤基本料	41 点
・地域支援体制加算	35 点
・調剤料 (2 剤の場合)	172 点 (90 日分)
・一包化加算	220 点 (90 日分)
・ 時間外加算	248 点
・薬剤服用歴管理指導料	41 点
計	757 点 × 1/3 = 252.333≒252 点 + 薬剤料 (30 日分)

〈2 回目〉

・調剤基本料	41 点
・地域支援体制加算	35 点
・調剤料 (2 剤の場合)	172 点 (90 日分)
・一包化加算	220 点 (90 日分)
・薬剤服用歴管理指導料	41 点
・服薬情報等提供料 1	30 点
計	539 点 × 1/3 = 179.666≒180 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
・地域支援体制加算	35 点
・調剤料 (2 剤の場合)	172 点 (90 日分)
・一包化加算	220 点 (90 日分)
・ 時間外加算	248 点
・薬剤服用歴管理指導料	41 点
・服薬情報等提供料 1	30 点
計	787 点 × 1/3 = 262.333≒262 点 + 薬剤料 (30 日分)

【服薬情報等提供料】

問 4 かかりつけ薬剤師指導料や在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定していない患者について、当該患者の介護にかかわっている介護支援専門員等からの求めに応じ、服薬状況の確認及び必要な指導の内容について提供した場合に、服薬情報等提供料 2 を算定して差し支えないか。

(答) 患者の同意を得るなどの要件を満たせば、算定して差し支えない。

【かかりつけ薬剤師指導料】

問 5 かかりつけ薬剤師指導料において、「必要に応じ、患者が入手している調

剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行う。」とされているが、具体的にどのような業務を想定しているのか。

(答) 例えば、腎機能低下により投与量の調節が必要な薬剤が処方されている患者に対して、腎機能検査結果（血清クレアチニン（Cr）、推定糸球体濾過量（eGFR））を参照するなどにより、用法・用量の適切性や有害事象の発現の有無を確認することが想定される。

【分割処方】

問 6 分割指示に係る処方箋について、何回目の分割調剤であるかにかかわらず、別紙を含む全ての処方箋が提出されない場合は、処方箋を受け付けられないという理解でよいのか。

(答) 貴見のとおり。

【服用薬剤調整支援料】

問 7 服用薬剤調整支援料に規定する内服薬に、浸煎薬及び湯薬は含まれないと理解してよいのか。

(答) 貴見のとおり。

問 8 服用薬剤調整支援料について、内服薬の種類数は2種類以上同時に減少する必要があるか。同時でなくてもよい場合、内服薬の種類数の減少はいつを起点とすればよいのか。

(答) 同時でなくてよい。保険薬剤師が減薬の提案を行った日以降に、内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。

問 9 服用薬剤調整支援料について、「保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により記録・保持する。」となっているが、医療機関から情報が得られるのか。

(答) 保険薬局において服用薬剤調整支援料を算定する場合、基本的に保険医療機関は薬剤総合評価調整管理料の算定要件を満たすことになり、保険医療機関から情報提供がなされることが想定される。

(参考：薬剤総合評価調整管理料の算定要件（抜粋）)

保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

問 10 地域支援体制加算が新設され、基準調剤加算が廃止されたが、両加算で共通する施設基準については、その取り扱いに変更はないと解してよいか。

また、平成 30 年 3 月 31 日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局が、4 月以降に地域支援体制加算を算定するため 4 月 16 日までに施設基準の届出を行う場合、基準調剤加算の施設基準と同一の要件であっても改めて関係書類を添付する必要があるか。

(答) 変更ないものとして取り扱ってよい。また、改定前の基準調剤加算届出時の添付書類と内容に変更を生じていないものについては、改めて同じ書類を添付しなくても差し支えない。

問 11 地域支援体制加算の地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績のうち、(ト)の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数について、改定前の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の同一建物居住者以外の場合の算定回数を含めてよいか。

(答) 届出前の直近 1 年間に実施したものは含めて差し支えない。

【薬剤服用歴管理指導料】

問 12 薬剤服用歴管理指導料の特例について、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近 3 月間における割合が 50%を上回った場合には、その時点で「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないとされているが、日単位ではなく月単位で判断することによりよい。

(答) 貴見のとおり。3 月で算出した割合が 50%を上回った翌月から、通常の薬剤服用歴管理指導料を算定すること。

問 13 調剤報酬明細書において、薬剤服用歴管理指導料について手帳の持参の有無等により分けて記載することとなったが、患者に交付する明細書についても同様に分けて記載すべきか。

(答) 貴見のとおり。6 月以内に再度処方箋を持参した患者か否か、6 月以内に再度処方箋を持参した患者に対しては、手帳持参の有無が患者に分かるように記載すること。例えば、6 月以内に再度処方箋を持参した患者の場合は薬剤服用歴管理指導料の記載に加えて「手帳あり」又は「手帳なし」を、6 月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者の場合は同指導料の記載に加えて「6 月外」を追記することなどが考えられる。

【在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料】

問 14 区分番号「15 の 3」在宅患者緊急時等共同指導料及び区分番号「15 の 4」退院時共同指導料における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合」、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

（答）①天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合をいう。②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

【その他】

問 15 年度内に新規に開設した保険薬局に対する調剤基本料注 3（50/100 減算）及び薬剤服用歴管理指導料の特例の適用期間はどのように考えたらよいか。

（答）開設日の属する月の翌月 1 日から 1 年間の実績により判断し、それ以降は前年 3 月から当年 2 月末までの実績により当年 4 月からの適用について判断すること。最初の判定までの間はこれらの減算又は特例は適用しないこと。

訪問看護療養費関係

【訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費】

問1 特別地域訪問看護加算において、訪問看護ステーションの主たる事業所は特別地域外に所在するが、従たる事業所は特別地域に所在し、従たる事業所から特別地域外に居住する利用者に指定訪問看護を行った場合においては算定可能か。

(答) 算定できない。ただし、利用者の居宅が特別地域に所在する場合は、訪問看護ステーションの主たる事業所又は従たる事業所の双方が特別地域外に所在する場合にも算定可能である。

問2 専門性の高い看護師による訪問看護の要件として人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修を受けた看護師とあるが、専門の研修とはどのような研修があるのか。

(答) 現時点では、以下の研修である。
日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」

問3 訪問看護基本療養費（Ⅰ）ハ及び訪問看護基本療養費（Ⅱ）ハの算定対象となる患者における、人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復して生じている状態とはどのようなものか。

(答) ABCD-Stoma（ストーマ周囲皮膚障害の重症度評価スケール）において、A（近接部）、B（皮膚保護剤部）、C（皮膚保護剤外部）の3つの部位のうち1部位でもびらん、水疱・膿疱又は潰瘍・組織増大の状態が1週間以上継続している、もしくは2か月以内に反復して生じている状態をいう。

問4 精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）が廃止されたが、今後は、例えば共同生活援助事業所に入所している精神障害を有する複数の利用者に対して、看護師等が指定訪問看護を行う場合はどのようにすればよいか。

(答) それぞれの者に対して個別に指定訪問看護を行い、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

問5 1日に複数回指定訪問看護を行い、精神科複数回訪問加算を算定する場合は、医師から交付される精神科訪問看護指示書の「複数回訪問の必要性」の欄に、「あり」と記載されていない場合は算定できないか。

(答) 算定できない。

問 6 複数の看護師等で指定訪問看護を行い、複数名精神科訪問看護加算を算定する場合は、医師から交付される精神科訪問看護指示書に「複数名訪問の必要性」の欄が追加されたが、当該欄に「あり」と記載されている場合に算定が可能となるという理解でよい。

(答) よい。

問 7 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうち、その他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合においては、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは緊急訪問看護加算のみの算定となるのか。

(答) そのとおり。この場合、訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費等を算定する計画に基づく指定訪問看護を行った訪問看護ステーションとの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

【訪問看護管理療養費】

問 8 基準告示第 2 の 5 に規定する特掲診療料の施設基準等別表 8 に示されている「真皮を越える褥瘡の状態」とはどういうものか。

(答) 以下のいずれかに該当する場合をいう。

- ① NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度
- ② DESIGN-R 分類(日本褥瘡学会によるもの) D3、D4 又は D5

問 9 特別地域に所在する 2 つの訪問看護ステーションが、連携して 24 時間対応体制加算に係る体制にあるものとして届出ている場合においては、24 時間対応体制加算は、1 人の利用者に対して一方の訪問看護ステーションが一括して算定し、合議により按分するという事でよい。

(答) よい。

問 10 特別地域に所在する 2 つの訪問看護ステーションが、連携して 24 時間対応体制加算に係る体制にあるものとして届出を行う場合において、

- ① 2 つの訪問看護ステーションが、両方とも特別地域に所在している必要があるか。
- ② 特別地域に所在する 3 つの訪問看護ステーションが連携して 24 時間対応

対体制加算に係る体制にあるものとして届出を行うことは可能か。

(答) ① 両方とも特別地域に所在している必要がある。

② 不可。2つの訪問看護ステーションで24時間対応対体制加算に係る体制を満たす場合に届出を行うことができる。

問 11 看護・介護職員連携強化加算における介護職員との連携に関する医師からの指示は、訪問看護指示書に明記されている必要があるか。

(答) 必ずしも訪問看護指示書に明記する必要はないが、医師からの指示については訪問看護記録書へ記録しておくこと。

問 12 介護保険の訪問看護から医療保険の訪問看護に月の途中で変更になった利用者において、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している場合、同月内に医療保険の看護・介護職員連携強化加算を算定することは可能か。

(答) 算定できない。

問 13 退院時共同指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、精神科重症患者支援管理連携加算における、カンファレンスや共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、

①やむを得ない事情とはどのような場合か。

②携帯電話による画像通信でもよいのか。

(答) ① 天候不良により会場への手段がない場合や、急な利用者への対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合など。

② リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

問 14 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）が指定訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等が連携し作成することが示されたが、具体的にはどのように作成すればよいのか。

(答) 「訪問看護計画書等の記載要領等について」（平成30年3月26日保医発0326第6号）の別紙様式に準じたうえで、看護職員（准看護師を除く）と理学療法士等で異なる様式によりそれぞれで作成すること等は差し支えないが、

この場合であっても他の職種により記載された様式の内容を双方で踏まえた上で作成する。

問 15 理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、「訪問看護計画書、訪問看護報告書の作成にあたっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。」とされたが、看護職員による定期的な訪問とは具体的にはどのようなものか。

(答) 定期的な訪問とは、利用者の心身状態や家族等の環境の変化があった場合や主治医から交付される訪問看護指示書の内容に変更があった場合等に訪問することをいう。なお、当該訪問看護ステーションの看護職員による訪問については、利用者の状態の評価のみを行った場合においては、訪問看護療養費は算定できない。訪問看護療養費を算定しない場合には、訪問日、訪問内容等を記録すること。

問 16 理学療法士等が指定訪問看護を提供している利用者について、例えば、A訪問看護ステーションからは理学療法士が、B訪問看護ステーションからは看護師がそれぞれ指定訪問看護を実施している利用者についても、A訪問看護ステーションの看護職員による定期的な訪問が必要となるか。

(答) 必要である。

【機能強化型訪問看護管理療養費】

問 17 機能強化型訪問看護管理療養費 1 及び 2 の届出要件となるターミナルケアの件数において、

- ① 「あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7 日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者」における「連携する保険局医療機関」とは具体的にはどのようなものか。
- ② 「当該訪問看護ステーションが 6 月以上の指定訪問看護を実施した利用者」における「6 月以上」とは具体的にはいつからいつまでの期間か。
- ③ 7 日以内の入院に、入院日又は死亡日は含むか。

(答) ① 当該利用者に対して死亡直近 6 月間において訪問診療を実施している機能強化型在宅療養支援診療所又は機能強化型在宅療養支援病院
② 入院した日が属する月（当該月を含まない）から遡って 6 月の期間。例えば、4 月 10 日に入院し 7 日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した場合は、前年の 10 月以降の期間となる。また、定期的な指定訪問看護が 10 月中のいずれかの日より開始されていればよい。

- ③ 7日以内については、入院日は含まず、死亡日は含む。例えば、4月1日に入院し4月8日に死亡した利用者はターミナルケアの件数に含まれる。

問 18 機能強化型訪問看護管理療養費3の届出要件に「訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が同一敷地内に設置されている場合は、営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の看護師が行うことができる」とあるが、訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が敷地の外に設置されている場合には、当該保険医療機関の看護師が夜間の電話対応を行うことはできるか。

(答) できない。同一敷地内の保険医療機関に限る。

問 19 機能強化型訪問看護管理療養費3において、同一敷地内の保険医療機関の看護師による営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の外来で勤務している看護師が行うことができるか。

(答) できる。また、専ら病院全体の管理に従事している看護部長、管理当直師長等も可能である。

問 20 機能強化型訪問看護管理療養費3の届出要件の「複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する利用者」とは、具体的にはどのような利用者か。

(答) 特掲診療料の施設基準等別表第7若しくは別表第8に規定する疾病等の利用者又は特別訪問看護指示書若しくは精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であり、週4日以上指定訪問看護が計画されている利用者であって、複数の訪問看護ステーションにより指定訪問看護が実施され、訪問看護療養費が算定されている利用者。

問 21 機能強化型訪問看護管理療養費3の届出要件の「特掲診療料の施設基準等別表第7に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者又は診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）若しくは2を算定する利用者が月に10人以上いること又は複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者が月に10人以上いること」については、以下の①と②を合わせて10人以上であればよいのか。

- ① 「特掲診療料の施設基準等別表第7に規定する疾病等の利用者」、「特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者」及び「診療報酬の算定方法別表第1

に規定する精神科在宅患者支援管理料 1（ハを除く。）若しくは 2 を算定する利用者」の合計

② 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

（答）①又は②のいずれかにおいて、月に 10 人以上を満たしていればよい。

問 22 機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出要件の「精神科在宅患者支援管理料 1（ハを除く。）若しくは 2 を算定する利用者」については、精神科重症患者支援管理連携加算を算定していない利用者でもよいか。

（答）精神科重症患者支援管理連携加算を算定している利用者のみである。

問 23 機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出要件における「地域の保険医療機関の看護職員が、指定訪問看護の提供を行う従業者として一定期間の勤務について実績がある。」について、「地域の保険医療機関の看護職員」が訪問看護ステーションと同一の開設者の医療機関の看護職員でもよいか。

（答）よい。人事交流を行う地域の医療機関は、開設者や敷地が訪問看護ステーションと同一であるか否かは問わない。

問 24 機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出要件の「オ」で示している「キにおける地域の保険医療機関以外の保険医療機関と共同して実施した退院時の共同指導による退院時共同指導加算の算定の実績」とは、

① 人事交流を行った保険医療機関以外の保険医療機関と退院時共同指導を行い、訪問看護ステーションが退院時共同指導加算を算定した件数の実績ということによいか。

② 実績が 1 件でも要件を満たすか。

（答）①よい。②満たす。件数は特に規定していないが、届出においては、直近 3 か月の該当する退院時共同指導加算の算定件数を届出されたい。

問 25 機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出要件における、「同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合は、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が訪問看護ステーションの利用者の 1 割以上であること」においては、同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されていない場合は、当該要件を満たす必要はないか。

（答）必要はない。当該要件を除いて届出されたい。

問 26 機能強化型訪問看護管理療養費 3 の届出要件における、「地域の保険医療

機関や訪問看護ステーションを対象とした研修」として認められる研修には、期間や内容など規定はあるか。

(答) 要件となる研修期間や内容は特に規定していない。例えば、他の訪問看護ステーションとの困難事例に係る研修会の主催、病院の看護師の同行訪問による訪問看護研修等も実績として届出可能。

【訪問看護情報提供療養費】

問 27 訪問看護情報提供療養費において、別紙様式以外の様式で情報提供した場合には算定可能か。

(答) 原則として別紙様式を用いて情報提供した場合に算定することとなるが、情報提供先の自治体で共通様式が規定されている場合等、別紙様式に示している事項が全て記載されている様式であれば他の様式を用いることも可能であり、その場合当該別紙様式でなくても差し支えない。

問 28 訪問看護情報提供療養費において、関係機関に情報提供を行い、訪問看護情報提供療養費を算定した場合は、主治医に提出する訪問看護報告書にその情報提供先と情報提供日を記入するということによいか。

(答) よい。また、必要に応じて、情報提供内容についても報告すること。

問 29 1人の利用者について、同月に訪問看護情報提供療養費1、2及び3を全て算定することは可能か。

(答) 算定要件を満たしていれば算定可能。

問 30 訪問看護情報提供療養費1においては「市町村等からの求めに応じて」、訪問看護情報提供療養費2においては「義務教育諸学校からの求めに応じて」とあるが、文書での依頼ではなく電話や口頭での依頼でも算定可能か。

(答) 可能。ただし、依頼日と依頼者を訪問看護記録書に記載しておくこと。

問 31 訪問看護情報提供療養費2は、例えば小学校の高学年で転校し、当該学校に初めて在籍することになった月に情報提供した場合も算定可能か。

(答) 算定できる。

問 32 訪問看護情報提供療養費2の算定要件に「文書を提供する前6月の期間において、定期的に当該利用者に指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが算定できる。」とあるが、「前6月の期間」とは、具体的にはいつからいつの期間か。

(答) 文書を提供する日が属する月（当該月を含まない）から遡って6月の期間。例えば、4月10日に文書を提供する場合は、前年の10月以降の期間となる。また、定期的な訪問看護が10月中のいずれかの日より開始されていればよい。

問 33 訪問看護情報提供療養費2について、退院後、在宅で訪問籍として学校に在籍し、訪問による教育を受けている小児が初めて当該学校に通学を開始した月に、学校における円滑な学校生活に移行できるよう情報提供を行った場合においては算定可能か。

(答) 算定できる。

問 34 訪問看護情報提供療養費2を算定する学校への情報提供は、当該学校の看護職員と連携するための情報を提供するということでよいか。

(答) よい。訪問看護情報提供療養費2を算定する情報提供においては、看護職員が勤務している学校を情報提供先とすること。

問 35 訪問看護情報提供療養費3において、主治医が所属する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合においても算定可能か。

(答) 算定可能。ただし、利用者が入院・入所する医療機関と訪問看護ステーションが特別の関係である場合は算定できない。

問 36 訪問看護情報提供療養費3において、緊急入院により入院までの時間が短い場合等に、訪問看護ステーションが主治医へ指定訪問看護に係る文書を提供すると同時に、求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有することは可能と考えてよいか。

(答) よい。

問 37 訪問看護情報提供療養費3において、主治医への情報提供を訪問看護報告書で行った場合には算定可能か。

(答) 算定できない。訪問看護報告書に記載されている内容だけではなく、継続した看護の実施に向けて必要となる、「ケア時の具体的な方法や留意点」や「継続すべき看護」等の指定訪問看護に係る情報が必要である。

問 38 訪問看護情報提供療養費3において、緊急入院等、事前に利用者が入院することを把握できなかった場合に、入院した後に情報提供した場合も算定可能か。

(答) 算定できるが、切れ目のない支援と継続した看護の実施を目的とするものであり、入院又は入所を把握した時点で速やかに情報提供すること。