



福岡医発第 1316 号 (地)

平成 30 年 8 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻 一 良

(公 印 省 略)

日本医師会作成「改定診療報酬点数表参考資料」正誤表の送付について

今般、標記資料に関しまして厚生労働省から正式に発出された通知との相違や、その後の一部訂正（事務連絡）の内容を反映した正誤表を作成した旨、日本医師会より別添のとおり通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、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 肥山淳一郎
会長 島田昇二郎

事 務 連 絡(保 123)

平成30年7月30日

都道府県医師会 事務局長 殿

日本医師会 保険医療部 医療保険課長

日本医師会作成「改定診療報酬点数表参考資料」
正誤表の送付について

本会作成『改定診療報酬点数表参考資料（平成30年4月1日実施）』につきましては、都道府県医師会を通じ、会員の先生方にご配布いただいたところでございます。

今般、厚生労働省から正式に発出された通知との相違や、その後の一部訂正(事務連絡)の内容を反映した正誤表を作成いたしましたので、お送り申し上げます。

大変遅くなり申し訳ありませんが、貴会会員にご周知くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

【参考資料の正誤】

- ・平成30年3月5日付 厚生労働省保険局医療課長通知との正誤
- ・平成30年3月30日付、4月25日付、6月21日付、7月5日付

厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

<添付資料>

改定診療報酬点数表参考資料（平成30年4月1日実施）《正誤表》

改定診療報酬点数表参考資料
(平成30年4月1日実施)
《 正 誤 表 》

1. 医科診療報酬点数表（告示）・留意事項通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
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 1 部	初・再診料	
6	A 0 0 2 外来診療料	6 《略》 イ 《略》 ロ 糞便検査 区分番号 D 0 0 3 <u>(9 カルプロテクチン(糞便)を除く。)</u> に掲げるもの ハ～ツ 《略》
22	A 0 0 2 外来診療料	(4) 許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、 許可病床の数が 400 床以上の 及び地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）のうち、前年度 1 年間の紹介率の実績が 40% 未満かつ逆紹介率の実績が 30% 未満の保険医療機関の取扱いについては、(3) と同様であること。
第 2 部	入院料等	
41	A 1 0 0 一般病棟入院基本料	(1) 一般病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料 及び並びに 月平均夜勤時間超過減算 並びに及び 「注 7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の入院基本料については、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届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注 2」の特別入院基本料 等並びに月平均夜勤時間超過減算及び 「注 7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。
44	A 1 0 0 一般病棟入院基本料	(10) 「注 11」の規定により、区分番号「A 1 0 1」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。 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、療養による費用の請求の際に、併せて提出すること。
47 48	A 1 0 1 療養病棟入院基本料	(7) 「注 4」に規定する褥瘡対策加算 1 及び 2 は、ADL 区分 3 の状態の患者について、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により

		算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。<u>なお、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。</u> ア 《略》 イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。なお、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。 (8) 《略》 (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。<u>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。</u> ア 《略》 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・<u>ケア</u>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。
--	--	--

55	A 1 0 6 障害者施設等入院基本料	<table><tr><td>状 態 等</td><td>診療報酬点数</td><td>実施の期間等</td></tr><tr><td colspan="3">《略》</td></tr><tr><td rowspan="3">7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3参照)</td><td>ドレーン法（ドレナージ）</td><td rowspan="3">当該月において2週以上実施していること</td></tr><tr><td>胸腔穿刺</td></tr><tr><td>腹腔穿刺</td></tr></table>	状 態 等	診療報酬点数	実施の期間等	《略》			7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3参照)	ドレーン法（ドレナージ）	当該月において2週以上実施していること	胸腔穿刺	腹腔穿刺
状 態 等	診療報酬点数	実施の期間等											
《略》													
7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態 (※3参照)	ドレーン法（ドレナージ）	当該月において2週以上実施していること											
	胸腔穿刺												
	腹腔穿刺												
59	A 1 0 8 有床診療所入院基本料	(12) 区分番号「A 1 0 9」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。											
78	A 2 1 4 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。 ア 《略》 イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。 (精神病棟を のぞ 除く。) ウ 《略》 エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に に の対応を行う。 (イ)～(ロ) 《略》 (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間湯等の記録 (ニ)～(ホ) 《略》 オ 《略》											
80	A 2 2 1－2 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かに該当の有無に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。											
83	A 2 2 7－2 精神科措置入院退院支援加算	(2) 本加算の退院とは、自宅等 に へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、 <u>患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。</u> なお、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 において転棟した場合、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。											

99	A 2 4 6 入退院支援加算	(1) 入退院支援加算は、患者の安心・納得して退院し、早朝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、入院早朝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 であるとするが、入退院支援加算1にあってはこの限りでない。
102	A 2 4 6 入退院支援加算	(21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク <u>まで</u> （イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、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、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからク <u>まで</u> について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。 ア～ク 《略》
122	A 3 0 0 救命救急入院料	(10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。 この際、区分番号「A 1 0 0」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。 また、区分番号「A 1 0 4」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A 1 0 4」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、 <u>同</u> 「注8」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「A 1 0 5」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A 1 0 5」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。
132 133	A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	(5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「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」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる 各病棟ごと毎 に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟 毎 の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。 (6)～(7) 《略》 (8) 《略》 ア 《略》

		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・<u>ケア</u>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。
141	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) (14) までの例による。<u>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。</u>
第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等		
184	B 0 0 1 特定疾患治療管理料 5 小児科療養指導料	(7) 日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきた来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、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うことが望ましい。
188	B 0 0 1 特定疾患治療管理料 14 高度難聴指導管理料	(1) 高度難聴指導管理料は、区分番号「K 3 2 8」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが 60 d B 以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、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）局長に届け出たを満たす保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。
193	B 0 0 1 特定疾患治療管理料 23 がん患者指導管理料	(1) がん患者指導管理料イ ア 《略》 イ 当該患者について区分番号 B 0 0 5 - 6 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号 B 0 0 5 - 6 - 2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリング指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

		ウ～エ 《略》
198	B 0 0 1 - 2 小児 科外来診療料	(3) 当該患者の診療に係る費用は、 <u>「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算</u> 、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料及び区分番号「A 0 0 2」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、 <u>区分番号「A 0 0 0」初診料の機能強化加算</u> 、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 5」院内トリアージ実施料、区分番号「B 0 0 1 - 2 - 6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B 0 1 0」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「C 0 0 0」往診料(往診料の加算を含む。)を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は 230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。
201	B 0 0 1 - 2 - 6 夜間休日救急搬送 医学管理料	(1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関(都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。)又は都道府県知事又は若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以外の日(休日を除く。))にあつては、夜間に限る。)、休日に、救急用の自動車(消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))をいう。)及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。 なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。
202	B 0 0 1 - 2 - 7 外来リハビリテー ション診療料	(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料又は、 <u>区分番号「A 0 0 2」外来診療料又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料</u> は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料又は、 <u>区分番号「A 0 0 2」外来診療料又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料</u> を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。 (4) 《略》 (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A 0 0 0」初診料、区分番号「A 0 0 1」再診料又は、 <u>区分番号「A 0 0 2」外来診療料又は区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料</u> は算定できないものとし、

		当該 14 日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
203	B001-2-8 外来放射線照射診療料	(1) 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
205	B001-2-9 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。 ア～ケ 《略》 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。 <u>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。</u> サ～シ 《略》
209	B001-3 生活習慣病管理料	(12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
212	B001-9 療養・就労両立支援指導料	(2) 《略》 ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」から<u>及び</u>「別紙様式 49 の 2」まで又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。 イ～エ 《略》
221	B005-7 認知症専門診断管理料	(2) 「注1」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」から<u>及び</u>「別紙様式 32 の 2」又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サー

		ビス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料 1 を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。
221	B 0 0 5 - 7 - 2 認知症療養指導料	(4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式 32」 及び 「別紙様式 32 の 2」又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。
224	B 0 0 5 - 10 ハイ リスク妊産婦連携 指導料 1	(6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分番号及び区分番号「B 0 0 5 - 10 - 2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。 ア～イ 《略》
第 2 部 在宅医療		
268	C 0 0 1 在宅患者 訪問診療料	(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・ <u>ケア</u> 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。
270	C 0 0 1 在宅患者 訪問診療料	(19) 《略》 ア～イ 《略》 ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C 0 0 5」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「C 0 0 5 - 1 - 2」同一建物居住者訪問看護・指導料の <u>同一建物居住者ターミナルケア加算</u> 又は連携する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こと。

275	C 0 0 2 在宅時医学総合管理料 C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料	(22) 《略》 ア～オ 《略》 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。 (イ)～(ハ) 《略》 (ニ) 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 ニケ に規定する処置をいう。)を行っている患者
276	C 0 0 2 在宅時医学総合管理料 C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料	(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。 ア 《略》 イ オンライン視察は、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。 ウ～シ 《略》
281	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	(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 ○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、《中略》球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を 装着 <u>使用</u> している 患者 <u>状態</u> ○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者 《略》
286	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) 《略》 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(訪問看護に係る連携担当者の氏名、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・ <u>ケア</u> 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。 イ～ウ 《略》
290	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）の注1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「B 0 0 9」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。
293	C 0 0 8 在宅患者 訪問薬剤管理指導料	(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、（4）（5）の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。 ア～エ 《略》
296	C 0 1 1 在宅患者 緊急時等カンファレンス料	(4) また、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。）等に所属する場合においては、以下のアからウまでを満たすときは、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。 ア～ウ 《略》

299	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、 基準調剤加算 <u>地域支援体制加算</u> 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。
309	C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「 在宅における 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
第3部 検査		
329	D025 基本的検体検査実施料（1日につき）	2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 110点 注1 《略》 2 次の検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ 《略》 ニ <u>糞便検査（9カルプロテクチン（糞便）を除く。）</u> ホ～ヨ 《略》
341	<通則>	16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。 PHA:Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応 《中略》 CLIA:Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法 <u>CLEIA:Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法</u> ECLA:Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法 《以下略》
342	第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 外来迅速検体検査加算	(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。 区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合 区分番号「D007」血液化学検査の注の場合 区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合 区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合 例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）と「 6 <u>8</u> 」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。
347	D006-4 遺伝	(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、 <u>(1)のアからエまでの①</u> に掲げ

	学的検査	る遺伝子疾患の検査のことをいう。 (6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、<u>(1)のアからエまでの②</u>に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。 (7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、<u>(1)のア、ウ及びエの③</u>に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。
351	D007 血液化学検査	(48) 「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、CLIA法又はCLIA法<u>LEIA法</u>により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。
351	D008 内分泌学的検査	(7) 脳性Na利尿ペプチド (BNP) ア～イ 《略》 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) 及び「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<u>診療報酬明細書の「摘要」欄</u>に記載する。 (8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) ア 《略》 イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、「18<u>16</u>」の脳性Na利尿ペプチド (BNP) 及び「43」の心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。 ウ 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。「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診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する。
354	D009 腫瘍マーカー	(17) ヒト精巣上体蛋白4 (HE4) 「26」のヒト精巣上体蛋白4 (<u>HE4</u>) は、CLIA法により測定した場合に算定できる。
362	D023 微生物核酸同定・定量検査	(5) 「7」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCR<u>法</u>により実施した場合に算定する。 ア～キ 《略》

367	D 2 1 0 - 3 植込 型心電図検査	(1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。
376	D 2 6 3 - 2 コン トラスト感度検査	コントラスト感度検査は、空間周波数特性（MTF）を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、 <u>区分番号「K 2 8 2」</u> 水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。
380	[内視鏡検査に係る 共通事項（区分番号 「D 2 9 5」から区 分番号「D 3 2 5」 まで）]	(1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査 実施 加算は、所定点数に含まないものとする。
381	D 3 0 2 気管支フ ァイバースコピー	「注」の気管支肺胞洗浄法検査 <u>同時</u> 加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。
383	D 4 1 2 経皮的針 生検法	経皮的針生検法とは、区分番号「D 4 0 4 - 2」、区分番号「D 4 0 9」、区分番号「D 4 1 0」、区分番号「D 4 1 1」及び区分番号「D 4 1 3」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。 なお、所定点数には透視（C T透視を除く。）、心電図 <u>検査</u> 及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。
383	D 4 1 4 - 2 超音 波内視鏡下穿刺吸 引生検法（E U S - F N A）	(2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡 <u>検査</u> 加算は所定点数に含まれ、算定できない。
384	D 4 1 9 - 2 眼内 液（前房水・硝子 体液）検査	眼内液（前房水・硝子体液）検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液（前房水・硝子体液）を採取し、E L I S A法によるI L - 10 <u>濃度</u> と、C L E I A法によるI L - 6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。
第4部 画像診断		
389 390	<通則>	5 画像診断管理加算 (1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医

		師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算 2 又は<u>画像診断管理加算 3</u>は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、C T 撮影及びMR I 撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。 (2) 画像診断管理加算 1、<u>画像診断管理加算 2</u> 又は<u>画像診断管理加算 3</u> は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する 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）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、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いる場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。
390 391	<通則>	6 遠隔画像診断による画像診断管理加算 (2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 1 は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 2 又は<u>画像診断管理加算 3</u> は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、C T 撮影及びMR I 撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影

		された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。 また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。 (3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 1、<u>画像診断管理加算 2</u> 又は<u>画像診断管理加算 3</u> は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する 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）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、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いる場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。				
396	E 1 0 1－2 ポジトロン断層撮影	(2) ^{18}F D G 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。 <table><tr><td>1～3 《略》</td><td></td></tr><tr><td>4. 血管炎</td><td>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。</td></tr></table> (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。	1～3 《略》		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。
1～3 《略》						
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。					
397	E 1 0 1－3 ポジトロン断層・コン	(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、				

	コンピューター断層複合撮影	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。 <table><tr><td>1～2　《略》</td><td></td></tr><tr><td>3. 血管炎</td><td>高安動脈炎等の大型血脈管炎において、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。</td></tr></table> (4) 　¹⁸F D G 製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F 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動脈血管炎の診断に用いる ¹⁸F 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 ¹⁸F D G 製剤を使用した場合に限り算定する。	1～2　《略》		3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血 脈 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。
1～2　《略》						
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血 脈 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。					
第 5 部　投薬						
412	F 1 0 0　処方料	(16)　外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 70％以上、75％以上又は 80 <u>85％以上</u> であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1 処方につき 2 点、4 点又は 5 点を所定点数に加算する。				
415	F 4 0 0　処方箋料	(8)　「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、区分番号「F 1 0 0」処方料の(6) <u>及び(7)</u> に準じるものとする。				
第 7 部　リハビリテーション						
431	<通則>	6　届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。 また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(3)<u>4</u>までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。 (1)～(4)　《略》				

433	H O O O 心大血管疾患リハビリテーション料	(2) 《略》 ア 《略》 イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、 (イ) 慢性心不全であって、左室駆出率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下、脳性N a 利尿ペプチド (B N P) が 80pg/mL 以上の状態のもの又は脳性N a 利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (N T -pro B N P) が 400pg/mL 以上の状態のもの (ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のもの をいう。 <u>をいう。</u>
436	H O O 1 脳血管疾患等リハビリテーション料	(2) 《略》 ア～ク 《略》 ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時の F I M115 以下、B I 85 以下の状態等のものをいう。 (3)～(7) 《略》 (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。
437	H O O 1 脳血管疾患等リハビリテーション料	(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。<u>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。</u>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。

		ア～イ 《略》
439	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。<u>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。</u>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。 ア～イ 《略》
441	H002 運動器リハビリテーション料	(2) 《略》 ア 《略》 イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。 (3)～(7) 《略》 (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。
442	H002 運動器リハビリテーション料	(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月に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 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。<u>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。</u>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。 ア～イ 《略》
446	H O O 3 - 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 《略》 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(ト)(ヌ)を含めること。) (イ)～(ニ) 《略》 (ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの (へ)～(ル) 《略》 (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、<u>ロコモ 2 5</u> (平成 22 年厚生<u>厚生</u>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
449 450	H O O 4 摂食機能療法	(6) 「注2<u>3</u>」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 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)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算 1 を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。 (7) 「注2<u>3</u>」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 を算定する場合は、当該患者に対し、月に 1 回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンスを月に 1

		回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (8) 「注2<u>3</u>」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。 (9) 《略》 (10) 「注2<u>3</u>」に掲げる経口摂取回復促進加算 1 又は 2 を算定する月においては、区分番号「D 2 9 8 - 2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E 0 0 3」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。
第 8 部 精神科専門療法		
463 464	I 0 0 2 通院・在宅精神療法	(1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害<u>があるもの</u>（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。 (2)～(3) 《略》 (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「<u>1</u>」のロの(2)並びに「2」のイ及び「<u>2</u>」のロの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。 (5) 《略》 (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する<u>係る</u>指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。 (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「<u>1</u>」のロ及び「2」のイ又は「<u>2</u>」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を

		継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。 ア～イ 《略》 (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又は「<u>2</u>」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。
469	I 0 0 3 - 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<u>2</u>」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。
478	I 0 0 9 精神科デイ・ケア	(11) 「注4」に掲げる長期入院患者<u>長期の入院歴を有する患者</u>とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。
484	I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料	(24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、当該精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。
488 489	I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料	(2) 「1」の<u>イ</u>及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。 ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。） イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する

		手続きの取扱いについて」（平成 28<u>30</u> 年 3 月 4<u>5</u> 日保医発 0304<u>0305</u> 第1<u>2</u>号）の別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランク M に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（J C S（Japan Com a Scale）でⅡ－3（又は 30）以上又は G C S（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。） (3) 「1」の<u>ロ</u>及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。 (4) 《略》 (5) 「1」の<u>イ</u>及び「2」のイは、ア以下の全てを実施する場合に算定する。 ア～ウ 《略》 (6) 「1」の<u>ロ</u>及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア～イ 《略》
491	I O 1 6 精神科在宅患者支援管理料	(12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。 ア～イ 《略》 ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを<u>診療録</u>に添付すること。 (13)～(15) 《略》 (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。 ア 《略》 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 度も行われていない場合は、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、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。 ウ～ス 《略》
第 9 部 処置		
501	<通則>	5 通則 5 の休日加算 2、時間外加算 2 又は深夜加算 2（以下「時間外加算等<u>2</u>」という。）は、区分番号「A 0 0 0」の注 7、区分番号「A 0 0 1」の注 5、区分番号「A 0 0 2」の注 8 に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が 150 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A 0 0 0」の注 9 又は区分番号「A 0 0 1」の注 7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

508	J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー (1日につき)	(2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料 及び又は 区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。
528	J 1 1 7 鋼線等による直達牽引	(3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引 <u>(2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)</u> の所定点数のみにより算定する。
529	J 1 1 8 介達牽引	(4) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 人工呼吸 <u>介達牽引</u> の費用は算定できない。
529	J 1 1 8 - 2 矯正固定	(2) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 人工呼吸 <u>矯正固定</u> の費用は算定できない。
529	J 1 1 8 - 3 変形機械矯正術	(2) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 人工呼吸 <u>変形機械矯正術</u> の費用は算定できない。†
第 10 部 手術		
536	通則	4 区分番号 K 0 0 7（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K 0 1 4 - 2、K 0 2 2 の 1、K 0 5 9 の 3 の イ、K 0 5 9 の 4、《中略》K 6 4 3 - 2、K 6 4 7 - 3、K 6 5 6 - 2、 K 6 6 4 - 3 、K 6 6 5 の 2、K 6 6 8 - 2、K 6 7 7 の 1、《以下略》
572	<通則>	18 同一手術野又は同一病巣における算定方法 (1)～(2) 《略》 (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） <u>(改正された場合は、改正後の告示による。)</u> 」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。
579	K 1 4 2 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎	(1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。

	間又は多椎弓の場合を含む。)	例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例 下記ア及びイを合算した点数を算定する。 ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数 イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数 ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数 《以下略》
580	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、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。 (2) 「注3」に規定するロー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、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。
587	K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	(1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に<u>対して</u>算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
591	K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術	(2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」については算定できない。
591	K 5 9 7 ペースメーカー移植術、 K 5 9 7 - 2 ペースメーカー交換術	(1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー移植術の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。
592	K 6 0 4 - 2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）	(1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等などの他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。
601	K 7 8 3 経尿道的尿管狭窄拡張術、 ～K 8 1 7 尿道	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 経尿道的尿管癌切除術、K 7 9 8

	悪性腫瘍摘出術の「2」	膀胱結石、異物摘出術の「1」、K798-2 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）、K800-2 経尿道的電気凝固術、K803 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K817 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、 K821 尿道狭窄内視鏡手術 <u>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。</u>
602	K821 尿道狭窄内視鏡手術	K821 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。
604	K920 輸血	(21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。
606	K931 超音波凝固切開装置等加算	(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、《中略》「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」 から 、「K552-2」 まで 、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、《以下略》
606	K936 自動縫合器加算	(2) 区分番号「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「 K695-2 」の「6」 <u>まで</u> 、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。 (3) 《略》 (4) 区分番号「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」 <u>まで</u> 及び「K817」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。 (5) 区分番号「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、 <u>「K529-3」</u> 及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
第11部 麻酔		
615	L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身	(12) 麻酔の実施時間 ア～イ 《略》 ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算

	麻酔	定する。 (イ)～(ハ) 《略》 (二) (ハ) の場合において、各々の区分に係る麻酔が 30 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。 例 1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合 ① 最初に仰臥位で 10 分間 ② 次に伏臥位で 2 時間 30 分間 ③ 最後に仰臥位で 20 分間 の計 3 時間の麻酔を行った場合 基本となる 2 時間に②の 2 時間を充当 9, 150 9, 050 点 ②の残り 30 分の加算 900 点 仰臥位で行われた①と③を合計して 30 分の加算 600 点 算定点数 10, 650 10, 550 点 《以下略》 (13) 《略》 (14) 硬膜外麻酔併施加算（注 4） 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注 4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注 5」に規定する加算を算定する。
第 12 部 放射線治療		
623	M000 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、放射線治療実施を行う施設とは異なる施設と連携した放射線治療を支援す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。
624	M001 体外照射	(4) 1 回線量増加加算 ア～イ 《略》 ウ 「注 6」の<u>前立腺癌に対して行う場合</u> 1 回線量増加加算は、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。
625	M001-3 直線加速器による放射	(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又は、肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の

	線治療（一連につき）	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。
628	M O O 4 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 <u>イン</u> 」を遵守して実施した場合に限り算定できる。
第４章 経過措置		
644	第４章 経過措置	9 第２章の規定にかかわらず、 <u>入院中の患者以外の患者に対する</u> 区分番号 H O O 1 の注４の後段及び注５、H O O 1 － 2 の注４の後段及び注５並びに H O O 2 の注４の後段及び注５に規定する診療料は、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、算定できるものとする。

2. 基本診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
基本診療料の施設基準等（告示）		
651	三 療養病棟入院基本料の施設基準等	(6) 療養病棟入院基本料の注 11 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの①<u>若しくは③</u>又はハに掲げる基準 (7) 療養病棟入院基本料の注 11 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ～ロ 《略》 <u>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。</u>
671	三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準	(1) 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。 (2) 1 (1) 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。 (2) 2 (2) 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。 イ 次のいずれも満たしていること。 ①～② 《略》 ③ <u>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。</u> ロ 《略》
684	第十一 経過措置	十一 平成三十年三月三十一日において、旧医科点数表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 に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第五の三の(1)のイの⑥又は第五の三の(8)の<u>ハ</u>に該当するものとみなす。
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（通知）		
693 694	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、<u>次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。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。</u> <u>(1) 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</u>

		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。 (2) <u>療養病棟入院基本料（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）を届け出る場合であって、データ提出加算に係る様式 40 の 5 を届け出ている場合は、当該様式を届け出た日の属する月から起算して 1 年以内の間は、様式 40 の 7 の届出を要しないこと。</u> (3) <u>並びに急性期一般入院料 2 及び又は急性期一般入院料 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 A 1 0 0 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つては、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、<u>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。</u>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。</u>
697	第 4 経過措置等	1 《略》 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 <u>（平成 30 年 10 月 1 日以降に算定する場合に限る。）</u> オンライン診療料 <u>一般病棟入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）</u> 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 <u>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。）</u> <u>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つて、10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）</u> <u>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</u>

		<u>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。)</u> 療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算 《中略》 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41 回復期リハビリテーション病棟入院料53 回復期リハビリテーション病棟入院料65 地域包括ケア病棟入院料1 《以下略》
698	第4 経過措置等	1 《略》 表1 《略》 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 地域歯科診療支援病院歯科初診料（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 《中略》 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<u>（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。）</u>（平成30年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（許可病床数が200床以上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。） 《中略》 救命救急入院料の注3に掲げる救急体制充実加算（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） <u>特定集中治療室管理料1、2（平成31年4月1日以降引き続き算定する場合に限る）</u> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

		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。）																																	
699	第 4 経過措置等	1 《略》 表 1 《略》 表 2 《略》 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 <table border="1"> <tr> <td>地域包括診療加算</td><td>→</td><td>地域包括診療加算 2</td></tr> <tr> <td>一般病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料に限る。）</td><td>→</td><td>急性期一般入院基本料 7</td></tr> <tr> <td>一般病棟入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）</td><td>→</td><td>地域一般入院基本料 2</td></tr> <tr> <td>一般病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料に限る。）</td><td>→</td><td>地域一般入院基本料 3</td></tr> <tr> <td>看護職員夜間 16 対 1 配置加算</td><td>→</td><td>看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1</td></tr> <tr> <td>退院支援加算</td><td>→</td><td>入退院支援加算</td></tr> <tr> <td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 1</u></td><td>⇒</td><td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u></td></tr> <tr> <td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u></td><td>⇒</td><td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 4</u></td></tr> <tr> <td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 3</u></td><td>⇒</td><td><u>回復期リハビリテーション病棟入院料 6</u></td></tr> <tr> <td>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</td><td>→</td><td>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</td></tr> <tr> <td>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</td><td>→</td><td>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</td></tr> </table>	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	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	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 1</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u>	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 4</u>	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 3</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 6</u>	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
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																																	
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																																	
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 1</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u>																																	
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 2</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 4</u>																																	
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 3</u>	⇒	<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 6</u>																																	
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																																	
699	第 4 経過措置等	<u>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</u>																																	

		す。
別添 1 初・再診料の施設基準等		
702	第2の5 特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料	(1) 保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、「<u>「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」</u>について」(平成30年1月23日医政発0123第9号、保発0123第3号)に基づき、<u>原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価格を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を報告すること等について規定しているがものであり</u>、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。 ア～ウ 《略》
703	第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する基準	2 届出に関する事項 (1) 《略》 (2) 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。この場合において、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。この場合において、届出の変更により1の(5)に規定する報告を行なったものとみなす。当該届出については、 <u>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。</u> (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5 <u>8</u>による届け出を行うこと。
704	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 届け出に関する事項 (1) <u>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。</u>また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策<u>に対する対策・対応</u>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) <u>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。</u>
別添 2 入院基本料等の施設基準等		
709	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（<u>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。</u>）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 4 月 13 日 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<u>までの間</u>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。
712	第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準	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（<u>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。</u>）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 《略》 (2)～(5) 《略》 (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<u>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 又は若しくは 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）</u>の基準を満たすものとみなすものであること。
713	第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準	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・<u>ケア</u>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。
714 715	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	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って、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<u>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</u>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」<u>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。」</u>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<u>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</u>である必要があること。
715	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	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 (1)～(2) 《略》 (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。 ア～エ 《略》 (4)～(5) 《略》
716	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	14 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準 (1)～(2) 《略》 (3) 措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察

		法」という。)第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者(以下「鑑定入院患者」という。) 及び第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院(以下「医療観察法入院」という。)の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。なお、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倒転棟した場合、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。また、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、移行した者として計上しない。 15 《略》 16 《略》 (1) 次のいずれかに該当する一般病棟 ア 《略》 イ 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関 (2) 《略》
717	第2 病院の入院基本料等に関する施設基準	18 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、(1)及び(3)から(7)までのうち、4項目以上を満たしていること。 (1)～(7) 《略》 <u>(8) (1)から(4)まで、(6)及び(7)の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。</u>
720	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 (1)～(2) 《略》 (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。 <u>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。</u> (4)～(5) 《略》 <u>(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。</u>
別添 3 入院基本料等加算の施設基準等		
732	第 4 の 3 急性期看護補助体制加算	1 通則 (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。<u>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。</u>
734	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 2 の 12 の (3)<u>第 4 の 3 の (9)</u> の例による。
736	第 7 看護補助加算	1 看護補助加算に関する施設基準 (1) <u>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。）</u>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。《以下略》
737	第 7 看護補助加算	1 看護補助加算に関する施設基準 (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)<u>第 4 の 3 の (9)</u> の例による。
750	第 21 感染防止対策加算	4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準 (1)～(3) 《略》 (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

		ア～カ 《略》 キ 1の(11)(12)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。 (5) 《略》
753	第26の2 後発医薬品使用体制加算	(4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品 ア 《略》 イ 特殊ミルク製剤 フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫バリリン除去ミルク配合散「雪印」 ウ～オ 《略》
754	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～イ 《略》 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。
756	第26の5 入退院支援加算	6 入院時支援加算に関する施設基準 (1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては、1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、許可病床数が200床未満の病院保険医療機関にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては、1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
759	第26の8 精神科急	1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

	性期医師配置加算	(1)～(2) 《略》 (3) 区分番号「A 3 1 1－2」精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。 ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」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である。なお、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 転倒 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。また、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、移行した者として計上しない。 イ 《略》	
761	別紙1 人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域	人事院規則で定める地域に準じる地域 <table border="1"><tr><td>表 《略》</td></tr></table> 備考 <u>平成28年3月31日においてA 2 1 8地域加算の対象地域であったが、同年4月1日以降人事院規則九一四九第2条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成32年3月31日までの間に限り、7級地とみなす。</u> この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。	表 《略》
表 《略》			
別添4 特定入院料の施設基準等			
765	第2 特定集中治療室管理料	3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準 (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定 <u>及び評価</u> し、その結果、基準を満たす患者が7割以上いること。ただし、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。	
766	第2 特定集中治療室管理料	7 1の(2)及び6の(1)のイ に掲げる「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」の規定については、平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2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とする。また、平成 32 年 3 月 31 日までの間は、特定集中治療室等において 6 年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該基準を満たしているものとする。
772 773	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 (1) 《略》 (2) 《略》 ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に算定<u>算出</u>したリハビリテーション実績指数が 37 以上であること。 イ 《略》 (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、毎月<u>毎年</u> 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。 (4)～(8) 《略》 (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病棟で <u>場合</u>は、届出を行う月及び各年度 4 月、7 月 10 月及び 1 月に算定<u>算出</u>したリハビリテーション実績指数が 37 以上であること。
773	第 11 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 3、4、5 及び 6 の施設基準 (1) 《略》 (2) 《略》 ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に算定<u>算出</u>したリハビリテーション実績指数が 37 以上であること。 イ 《略》 (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、毎月<u>毎年</u> 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。

		(4) 《略》 (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病棟で<u>場合</u>は、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に<u>算定算出</u>したリハビリテーション実績指数が30以上であること。 (6) 《略》																																																									
774	第11 回復期リハビリテーション病棟入院料	7 届出に関する事項 <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> 別表1 ※○：組み合わせでの届出可、－：組み合わせでの届出不可 <table><tr><th></th><th>入院料1</th><th>入院料2</th><th>入院料3</th><th>入院料4</th><th>入院料5</th><th>入院料6</th></tr><tr><th>入院料1</th><td></td><td>＝</td><td>○</td><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td></tr><tr><th>入院料2</th><td>＝</td><td></td><td>○</td><td>○</td><td>＝</td><td>＝</td></tr><tr><th>入院料3</th><td>○</td><td>○</td><td></td><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td></tr><tr><th>入院料4</th><td>＝</td><td>○</td><td>＝</td><td></td><td>＝</td><td>＝</td></tr><tr><th>入院料5</th><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td><td></td><td>＝</td></tr><tr><th>入院料6</th><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td><td>＝</td><td></td></tr></table> 別表2 <table><tr><th>入院料1及び入院料5</th><th>入院料2及び入院料5</th></tr><tr><th>入院料2及び入院料6</th><th>入院料3及び入院料5</th></tr><tr><th>入院料4及び入院料6</th><th>入院料1、入院料3及び入院料5</th></tr><tr><th>入院料2、入院料3及び入院料5</th><th>入院料2、入院料4及び入院料6</th></tr></table>		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	＝	＝	＝	＝	＝		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
	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	＝	＝	＝	＝	＝																																																						
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																																																										
774 775	第12 地域包括ケア病棟入院料	1 地域包括ケア病棟入院料 (1) 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数は、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煮染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にあっては、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なうものであること。《以下略》
776	第12 地域包括ケア病棟入院料	2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準 (8) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。 ア～ウ 《略》 エ 介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同法第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設事業所が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。 (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。
777 778	第12 地域包括ケア病棟入院料	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

		(1) 《略》 (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2の第2の12の(3)別添3の第4の3の(9)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 (1) 《略》 (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2の第2の12の(3)別添3の第4の3の(9)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)～(4) 《略》 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は、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) 《略》 (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。
778	第12 地域包括ケア病棟入院料	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、看護補助者配置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 月において当該様式別添 7 の様式 13 の 3を届け出ること。<u>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。</u>また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届出し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。 《以下略》
780	第 15 精神科救急入院料	2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等 (1) 《略》 (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、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退院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。（以下この項において同じ。）
781	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は、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。 (2) 《略》 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が 2 交代制勤務又は変則 2 交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3 項目以上を満たしていること。 ア～カ 《略》 <u>なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の (3)と同様であること。</u> (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。 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ることができること。<u>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。</u> (2) 《略》
783	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は、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。 (2) 《略》 (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3項目以上を満たしていること。 ア～カ 《略》 <u>なお、アからカまでの留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。</u> (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 日において源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ることができること。<u>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。</u>
786	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、<u>別添 7 の様式 8、様式 9 及び</u>「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<u>様式 48 に係る</u>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。
788	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 (1)～(4) 《略》 (5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）の施設基準等 ア～チ 《略》 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・<u>ケア</u>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。 テ 《略》
789	第 21 地域移行機能強化病棟入院料	1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)～(13) 《略》 (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

		ア 《略》 イ 以下の式で算出される数値が 1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、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。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退院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。 当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の 1 か月当たりの平均（届出の前月までの 3 か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（％）
--	--	---

3. 特掲診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
特掲診療料の施設基準等（告示）		
811	第十二 手術	一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号及び第18号に掲げる手術の施設基準等 (1) 《略》 (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。） 《中略》 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリープ状切除によるもの）、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。）、薬剤投与用胃瘻造設術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）、 《中略》 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。）、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術及び胎児胸腔・羊水腔シャント術の施設基準 イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、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）、<u>水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u>）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものをふくむ。）、 《以下略》
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（通知）		
832	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 イ～ハ 《略》 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 30 <u>32</u> 年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。 ①30年5月1日 ②30<u>31</u>年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日

835 836	第2 届出に関する 手続き	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。 歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医学管理料 (医管) 第 号 《中略》 人工腎臓 (人工腎臓) 第 号 導入期加算 1 (導入1) 第 号 導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算 (導入2) 第 号 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算 (透析水) 第 号 《中略》 腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの) (腹胃縮) 第 号 腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) (腹胃全) 第 号 薬剤投与用胃瘻造設術 (薬胃瘻) 第 号 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (バ経静脈) 第 号 《以下略》
838	第2 届出に関する 手続き	7 次の(1)から(7)<u>(10)</u>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。 (1)～(7) 《略》 <u>(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算</u> <u>(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算</u> <u>(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)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)、陰腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)</u>
838	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、<u>精密触覚機能検査</u>、画像診断管理加算1 及び、<u>2 及び3、歯科画像診断管理加算1 及び2</u>、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。《以下略》

839 840	第4 経過措置等	第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。 平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料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月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等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 慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算 《中略》 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 <u>及び咬合圧検査</u> 咬合圧検査 精密触覚機能検査 《中略》 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 《中略》 食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの） 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合 <u>を</u>含む） 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） 胸腔鏡下弁置換術 経皮的僧帽弁クリップ術 <u>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）</u> 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの） 《中略》 悪性腫瘍病理組織標本加算 <u>調剤基本料1の注1</u> 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
841	第4 経過措置等	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 <u>(平成 32 年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合に限る。)</u> 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 <u>(平成 32 年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合に限る。)</u> 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 <u>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。)</u> 調剤基本料 2 <u>後発医薬品調剤体制加算 1</u> <u>後発医薬品調剤体制加算 2</u>																											
841	第 4 経過措置等	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 <table border="1"> <tr> <td>がん患者指導管理料 1</td><td>→</td><td>がん患者指導管理料イ</td></tr> <tr> <td colspan="3">《中略》</td></tr> <tr> <td>在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)</td><td>→</td><td>在宅患者歯科治療時医療管理料</td></tr> <tr> <td>有床義歯咀嚼機能検査</td><td>→</td><td>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></td></tr> <tr> <td><u>歯科技士加算 1 及び 2</u></td><td>⇒</td><td><u>有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技士加算 1 及び 2</u></td></tr> <tr> <td>精神科重症患者早期集中支援管理料</td><td>→</td><td>精神科在宅患者支援管理料</td></tr> <tr> <td colspan="3">《中略》</td></tr> <tr> <td>テレパソロジーによる術中迅速細胞診</td><td>→</td><td>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</td></tr> <tr> <td><u>透析液水質確保加算 2</u></td><td>⇒</td><td><u>透析液水質確保加算</u></td></tr> </table>	がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ	《中略》			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>歯科技士加算 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士加算 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	《中略》			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	<u>透析液水質確保加算 2</u>	⇒	<u>透析液水質確保加算</u>
がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ																											
《中略》																													
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>歯科技士加算 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士加算 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																											
《中略》																													
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																											
<u>透析液水質確保加算 2</u>	⇒	<u>透析液水質確保加算</u>																											
別添 1 特掲診療料の施設基準等																													
843	第 3 の 2 小児悪性腫瘍患者指導管理料	1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。<u>当該基準については</u>、「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」別添 3 の第 1 の 2 の (4) と同様であること。																											
847	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 整形外科の診療経験 20 時間 <u>に従事した</u> 経験を 5 年以上有していること。 イ 《略》																											
847	第 4 の 8 乳腺炎重症化予防ケア・指	1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準 (1)～(2) 《略》																											

	導料	(3) <u>保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。</u> 2 届出に関する事項 (1)～(2) 《略》 (3) <u>1の(3)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。</u>
849	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 (1) 《略》 (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。<u>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。</u> (3)～(4) 《略》
858	第13 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料	1 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料に関する施設基準 (1) 《略》 (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤歯科医師等が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、常勤の歯科衛生士又は看護師が勤務している<u>当該基準を満たしていること</u>とみなすことができる。 (3)～(4) 《略》
858 859	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。 (1)～(4) 《略》 (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<u>ものであること。</u>)、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。 (6)～(7) 《略》 (8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～カ 《略》 キ 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、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を算定した実績があること。 ク～サ 《略》 (9)～(10) 《略》
859 860	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 《略》 イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む<u>ものであること。</u>）、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～オ 《略》 カ 当該診療所において、過去1年間に<u>に</u>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<u>算定回数</u>の実績が5回以上有する<u>である</u>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<u>に</u>年1回以上出席していること。 (ロ) <u>過去1年間に</u>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<u>を</u>して<u>行っている</u>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<u>年1回以上</u>あること。 ク～コ 《略》 (2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準 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。<u>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</u>

		<u>こと。</u> 《以下略》
863	第 14 の 3 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	1 歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準 (1) 《略》 (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を 2 名以上組み合わせることにより、<u>当該保険医療機関が規定する</u>常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間<u>帯に</u>歯科衛生士又は看護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。 (3)～(4) 《略》
867	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 (1) 《略》 (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おいては、次に掲げる基準を全て満たしていること。 ア 《略》 イ 内科又は小児科の 5 年以上の経験を<u>有する</u>常勤の医師が配置されていること。 ウ～エ 《略》 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<u>様式 4 及び</u>様式 23 の 2 を用いること。
873	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 (1) 《略》 (2) 有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ<u>及び咀嚼能力検査</u>の施設基準 《以下略》 (3) 《略》 (4) 有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ<u>及び咬合圧検査</u>の施設基準 《以下略》
874	第 29 の 6 精密触覚機能検査	1 精密触覚機能検査に関する施設基準 (1) 歯科医療を担当する<u>病院である</u>保険医療機関であること。 《以下略》
877	第 36 の 3 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に関する施設基準 (1)～(3) 《略》 (4) 後発医薬品の規格単位数の割合を算出する際に除外する医薬品 ① 《略》 ② 特殊ミルク製剤 フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イ

		ソロイシン・破倫バリン除去ミルク配合散「雪印」 ③～⑤ 《略》 (5) 《略》
887	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。
892	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、常勤理学療法士及び常勤作業療法士 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。 《以下略》
902 903	第 57 の 2 人工腎臓	1 人工腎臓の施設基準 (1) 慢性維持透析を行った場合 1 の施設基準 ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。 ① 《略》 ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の「1」から「43」を算定した患者数(外来患者に限る。)の割合が 3.5 未満であること。 イ～ウ 《略》 (2) 慢性維持透析を行った場合 2 の施設基準 ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 ① 《略》 ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の「1」から「43」を算定した患者数(外来患者に限る。)の割合が 3.5 以上 4.0 未満であること。 イ～ウ 《略》 (3) 《略》 (4) (1)のアの②及び(2)のアの②における人工腎臓を算定した患者数

		直近 12 か月の各月の患者数（外来患者に限る。）の合計を 12 で除した値をもって患者数とする。なお、人工腎臓を算定した患者数の計算に当たり、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において 5 回以下の患者並びに「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●号）の別添 1「医科診療報酬点数表に関する事項」第 2 章第 9 部「038 人工腎臓（8）の」及びエに掲げる患者は、当該月の患者数の合計に数えないこととする。 （5） 《略》
905	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 <u>有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の</u>歯科技工加算 1 及び 2 に関する施設基準 （1） 常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を 2 名以上組み合わせることにより、<u>当該保険医療機関が規定する</u>常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士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。 （2）～（3） 《略》 （4） 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理<u>及び床裏装</u>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 <u>1 及び 2</u> 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。
915	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 <u>及び様式 52</u> を用いること。
920	第 72 の 8 の 2 バルーン閉塞下 <u>逆行性</u> 経静脈的塞栓術	1 バルーン閉塞下<u>逆行性</u>経静脈的塞栓術に関する施設基準 （1）～（5） 《略》 2 届出に関する事項 （1） バルーン閉塞下<u>逆行性</u>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。 （2） 《略》
927	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 （1） 《略》 （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<u>いる</u>おり、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。

		(3)～(9) 《略》
937	第 83 の 5 体外照射呼吸性移動対策加算	1 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準 (1)～(3) 《略》 (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<u>(左乳癌に対して行う場合は、標的)</u>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 5 mm 以下とするために必要な装置 イ 実際の照射野内に腫瘍<u>(左乳癌に対して行う場合は、標的)</u>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 (5) 《略》
937	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) 《略》 (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。<u>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。</u> 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。<u>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。</u> 3 《略》

4. その他 関係省令・告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
「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		
962	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 4005 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、 《以下略》
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		
975	（別紙様式7）	<u>院内揭示例</u> 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		
1011 1012 1013 1014	第5 訪問看護管理療養費について	2（1）ア～ウ 《略》 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、当事者に対して、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。 オ 《略》 （2）～（3） 《略》 43（1） 《略》 （2）（1）の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」と

	は、基準告示第2の5に規定する状態等にある利用者であって、下記のいずれかに該当するものである。ただし<u>をいい</u>、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第2の6に規定するものをいう。 (3)～(5) 《略》 5-4<u>4</u>(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。《以下略》 (2)～(8) 《略》 6-5<u>5</u>(1) 《略》 (2)～(4) 《略》 7-6<u>6</u>(1) 《略》 (2)～(6) 《略》 8-7<u>7</u>(1) 《略》 (2)～(8) 《略》 9-8<u>8</u>(1) 《略》 (2)～(3) 《略》 (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。 ア～ウ 《略》 エ <u>当該加算のイにおいて</u>、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。 《以下略》 オ <u>当該加算のイにおいて</u>、(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●<u>2</u>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、D P C 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 <u>当該加算の口において</u>、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。 キ 《略》 （5）～（9） 《略》 109（1） 《略》 （2）～（4） 《略》 （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<u>指定</u>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。 （6） 《略》						
1015	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 <u>1</u> 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。						
1015	第 7 訪問看護ターミナル療養費について	1 訪問看護ターミナル療養費は、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・ <u>ケア</u> 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。						
1018	別紙様式 4	<table><tr><td colspan="2">訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書</td></tr><tr><td rowspan="3">看護に関する情報</td><td>（看護状の問題等）</td></tr><tr><td>（看護の内容</td></tr><tr><td>（具体的ケア方法における<u>ケア時の具体的な方法</u>や留意点、継続すべき看護等）</td></tr></table>	訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書		看護に関する情報	（看護状の問題等）	（看護の内容	（ 具体的ケア方法における <u>ケア時の具体的な方法</u> や留意点、継続すべき看護等）
訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書								
看護に関する情報	（看護状の問題等）							
	（看護の内容							
	（ 具体的ケア方法における <u>ケア時の具体的な方法</u> や留意点、継続すべき看護等）							

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					
1024	第4 経過措置等	第3 届出受理後の措置 1～8 《略》 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 <table border="1"> <tr> <td>精神科重症患者早期集中支援管理連携加算</td><td>⇒</td><td>精神科重症患者支援管理連携加算</td></tr> </table>	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
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			
1025	別添 届出基準	5 精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算 届出については、別紙様式5を用いること。 (1) 精神科複数回訪問加算 次のいずれの要件も満たすものであること。 ㏸ア 《略》 ㏸イ 《略》 (2) 精神科重症患者支援管理連携加算 次のいずれの要件も満たすものであること。 ㏸ア 《略》 ㏸イ 《略》 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。 《以下略》 (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。 イア 《略》 ロイ 《略》 ハウ 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<u>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、</u>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。 (ロ)～(ハ) 《略》 ニエ 《略》 ホオ 《略》 ヘカ 《略》 トキ 《略》 (2) 機能強化型訪問看護管理療養費2 次のいずれにも該当するものであること。 イア 《略》 ロイ 《略》 ハウ 《略》 ニエ 《略》 ホオ 《略》 (3) 機能強化型訪問看護管理療養費3 次のいずれにも該当するものであること。 イア 《略》 ロイ 《略》 ハウ 《略》 ニエ 《略》 ホオ トキに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 <u>おける地域の</u>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。 ヘカ 《略》 トキ 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、地域の保険医療
--	--	---

		<u>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。</u> <u>㍑</u> 《略》 <u>㍑</u> 《略》
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		
1036	第二 用語の定義	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。） 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、<u>同条第 3 項又は同法第 24 条</u>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。

改定診療報酬点数表参考資料
(平成30年4月1日実施)
《正誤表 様式関係》

1. 留意事項通知(様式)の正誤

ページ	項 目	正 誤			
点数表等の別紙様式					
1049	別紙様式 6 の 3	退院支援計画書 <table><tr><td>5</td><td> 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、<u>詳細を記載す ること。</u> </td><td>《略》</td></tr></table>	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、<u>詳細を記載す ること。</u>	《略》
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、<u>詳細を記載す ること。</u>	《略》			
1057	別紙様式 2 1 の 5	リハビリテーション実施計画書 <table><tr><td> 《略》 運動負荷試験結果（運動処方） $\frac{\text{mmHg}}{\text{分}}$ 運動耐容能【良好・ $\frac{\text{分}}{\text{回/週}}$ 低下】（健康人の $\text{\%}$: METs） 運動処方（脈 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 拍・血圧）: $\frac{\text{bpm}}{\text{mmHg}}$ 自転車 $\frac{\text{W}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 歩行 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ その他注意事項（$\text{\hspace{1cm}}$） </td><td>《略》</td></tr></table>	《略》 運動負荷試験結果（運動処方） $\frac{\text{mmHg}}{\text{分}}$ 運動耐容能【良好・ $\frac{\text{分}}{\text{回/週}}$ 低下】（健康人の $\text{\%}$: METs） 運動処方（脈 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 拍・血圧）: $\frac{\text{bpm}}{\text{mmHg}}$ 自転車 $\frac{\text{W}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 歩行 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ その他注意事項（$\text{\hspace{1cm}}$）	《略》	
《略》 運動負荷試験結果（運動処方） $\frac{\text{mmHg}}{\text{分}}$ 運動耐容能【良好・ $\frac{\text{分}}{\text{回/週}}$ 低下】（健康人の $\text{\%}$: METs） 運動処方（脈 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 拍・血圧）: $\frac{\text{bpm}}{\text{mmHg}}$ 自転車 $\frac{\text{W}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ 歩行 $\frac{\text{km/h}}{\text{分}}$ $\frac{\text{回/週}}$ その他注意事項（$\text{\hspace{1cm}}$）	《略》				
1057	別紙様式 2 1 の 6	リハビリテーション計画書 認知症である老人、高齢者の日常生活自立度判定基準（※●）: I、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M <table><tr><td>■活動（基本動作、移動能力、認知機能等）</td></tr><tr><td>《図表略》</td></tr></table>	■活動（基本動作、移動能力、認知機能等）	《図表略》	
■活動（基本動作、移動能力、認知機能等）					
《図表略》					

1060	別紙様式 2 3 の 4	リハビリテーション総合実施計画書 《略》 栄養[※] 《中略》 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） <u>運動負荷試験結果（運動処方）</u> 運動耐用量【良好・低下】（健常人の %： MET s） 《以下略》																
1063	別紙様式 2 9	精神科リエゾンチーム治療評価書 《略》 ＜その他の状態＞ 精神機能の全体的評価（G A F）尺度 [] （ 0 - 1 0 0 ） 身体活動状態 全般 ☐問題なし ☐軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 ☐時に介助が必要、＝1日の半分以上は起きている ☐しばしば介助が必要、＝1日の半分以上臥床している ☐常に介助が必要、終日臥床している <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%;">歩行</td> <td style="width: 20%;">☐問題なし</td> <td style="width: 20%;">☐要介助</td> <td style="width: 30%;">☐不可</td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td>☐問題なし</td> <td>☐要介助</td> <td>☐ポータブル</td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td>☐問題なし</td> <td>☐要介助</td> <td>☐不可</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>☐問題なし</td> <td>☐要介助</td> <td>☐不可</td> </tr> </table> 《以下略》	歩行	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	排泄	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ ポータブル	食事	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可	入浴	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可
歩行	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可															
排泄	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ ポータブル															
食事	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可															
入浴	☐ 問題なし	☐ 要介助	☐ 不可															

1068	別紙様式 4 0	向精神薬多剤投与に係る報告書 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 種類以上又は、抗精神病薬 3 種類以上 <u>又は抗不安薬及び睡眠薬 4 種類以上</u> に該当することをさす。 《表略》 [記載上の注意] 1 ～ 3 《略》 <u>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。</u>																																										
1070	別紙様式 4 5	回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数 等に係る報告書 3. リハビリテーション実績指数 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">①</td> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 15%;">() 月</td> <td style="width: 15%;">() 月</td> <td style="width: 15%;">() 月</td> <td style="width: 15%;">() 月</td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> </tr> <tr> <td>⑦</td> <td>⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> <td style="text-align: center;">名</td> </tr> <tr> <td>⑧</td> <td>⑦の患者の退棟時の F I M 得点（運動項目）から入棟時の F I M 得点（運動項目）を控除したものの総和</td> <td style="text-align: center;">各点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td>⑨</td> <td>⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和</td> <td style="text-align: center;">各</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> <tr> <td>⑩</td> <td>リハビリテーション実績指数 (⑧／⑨)</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> </table> 4. 除外患者について（届出の前月までの 6 か月について以下を記入する。） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">⑪ 届出の前月までの 6 ヶ月</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">《略》</td> </tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>⑫ 入棟患者数</td></tr> <tr><td>⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の 4 0 % 以上であることによる除外の有無</td></tr> <tr><td>⑭ ⑬による除外がある場合は</td></tr> </table>	①		() 月	() 月	() 月	() 月	⑥	前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名	⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名	⑧	⑦の患者の退棟時の F I M 得点（運動項目）から入棟時の F I M 得点（運動項目）を控除したものの総和	各 点	点	点	点	⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	各	点	点	点	⑩	リハビリテーション実績指数 (⑧／⑨)	点	点	点	点	⑪ 届出の前月までの 6 ヶ月	《略》		⑫ 入棟患者数	⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の 4 0 % 以上であることによる除外の有無	⑭ ⑬による除外がある場合は
①		() 月	() 月	() 月	() 月																																							
⑥	前月までの 6 か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名																																							
⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名																																							
⑧	⑦の患者の退棟時の F I M 得点（運動項目）から入棟時の F I M 得点（運動項目）を控除したものの総和	各 点	点	点	点																																							
⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	各	点	点	点																																							
⑩	リハビリテーション実績指数 (⑧／⑨)	点	点	点	点																																							
⑪ 届出の前月までの 6 ヶ月	《略》																																											
⑫ 入棟患者数																																												
⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の 4 0 % 以上であることによる除外の有無																																												
⑭ ⑬による除外がある場合は																																												

		除外後の入棟患者数 (⑫⑬が有の場合のみ) ⑮ リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数 ⑯ 除外割合 (⑮ ÷ (⑫又は⑬))	
1073	別紙様式 5 0	看護及び栄養管理等に関する情報 (1) 看護に関する情報 (看護上の問題等) (看護の内容) (具体的ケア方法におけるケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)	

1073	別紙様式 5 0 (続 き)	看護及び栄養管理等に関する情報（2）									
		栄養管理に関する情報	退院時栄養設定の詳細	栄養量	《略》						
				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（					

1081	別紙 7	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き C 項目 共通事項 1 8 開腹手術 選択肢の判断基準 「なし」 当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より5-4日間を超えた場合をいう。 「あり」 当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より 4 日間のことをいう。						
1089	別紙 17	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き アセスメント 共通事項 8. 評価の根拠 《略》 記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。						
1092	別紙 18	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き A モニタリング及び処置等 2 蘇生術の施行 判断に際しての留意点 当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。 蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の装着管理」の項目において評価される。						
別添 7 基本診療料の施設基準等に係る届出書								
1100	届出書（参考） 6	※欄の削除 <table><tr><td> 6 </td><td> 一般病棟入院基本料（病棟群単位による届出） </td><td> ☐ </td><td> ☐ 年 ☐ 月 </td><td> ☐ </td><td> 様式 5-11 </td></tr></table>	6	一般病棟入院基本料（病棟群単位による届出）	☐	☐ 年 ☐ 月	☐	様式 5-11
6	一般病棟入院基本料（病棟群単位による届出）	☐	☐ 年 ☐ 月	☐	様式 5-11			
1101	届出書（参考） 19	<table><tr><td>19</td><td>栄養サポートチーム加算</td><td> ☐ </td><td> ☐ 年 ☐ 月 </td><td> ☐ </td><td>様式 13 の 2、34</td></tr></table>	19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 ☐ 月	☐	様式 13 の 2 、34
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 ☐ 月	☐	様式 13 の 2 、34			

1102	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. 届出を行っている入院料<u>施設基準</u>について（該当するものに○をつける） 《中略》 [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。											
1105	様式 5 の 6 ※様式の追加	<u>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」</u> <u>の施設基準に係る届出書添付書類</u> <u>「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</u> ☐ <u>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。</u> <u>[記載上の留意事項]</u> <u>当該指針に関する資料の添付は不要である。</u>											
1106	様式 7	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） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">褥瘡対策チーム専任看護職員</td> <td style="width: 50%;">氏名</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">区 分</th> <th style="width: 60%;">看 護 職 員 の 配 置</th> <th style="width: 20%;">氏 名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">《中略》</td> </tr> <tr> <td>乳 腺 炎 重 症 化 予 防 ケア・指導料</td> <td>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する<u>し、医療関係団体等から認証された</u>専任の助産師</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 《以下略》	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	《中略》			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 する <u>し、医療関係団体等から認証された</u> 専任の助産師	
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											
《中略》													
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 する <u>し、医療関係団体等から認証された</u> 専任の助産師												

1107	様式 9	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） ☐ 入院基本料等・<u>特定入院料</u>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。） <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">新規 届出</td> <td style="width: 10%;">既 届出</td> <td style="width: 40%;">項目名</td> <td style="width: 10%;">新規 届出</td> <td style="width: 10%;">既 届出</td> <td style="width: 20%;">項目名</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">《中略》</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td>看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 7）</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">□</td> <td><u>認知症夜間対応加算</u> <u>（認知症治療病棟入院料の注 3）</u></td> </tr> </table> 《以下略》	新規 届出	既 届出	項目名	新規 届出	既 届出	項目名	《中略》						□	□	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 7）	□	□	<u>認知症夜間対応加算</u> <u>（認知症治療病棟入院料の注 3）</u>
新規 届出	既 届出	項目名	新規 届出	既 届出	項目名															
《中略》																				
□	□	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 7）	□	□	<u>認知症夜間対応加算</u> <u>（認知症治療病棟入院料の注 3）</u>															
1113	様式 12 の 3	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）。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">（イ）</td> <td rowspan="3" style="width: 80%; text-align: center;">《略》</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（ロ）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（ハ）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>（ニ）</td> <td>有床診療所入院基本料「注 7 <u>6</u>」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。</td> </tr> </table> 《以下略》		（イ）	《略》		（ロ）		（ハ）		（ニ）	有床診療所入院基本料「注 7 <u>6</u> 」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。								
	（イ）	《略》																		
	（ロ）																			
	（ハ）																			
	（ニ）	有床診療所入院基本料「注 7 <u>6</u> 」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。																		

1127	様式 35 の 4	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 <table><tr><td></td><td>氏名</td><td>経験年数</td><td>研修</td></tr><tr><td>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</td><td></td><td>年</td><td>☐</td></tr></table> (12) 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 《図表略》 (23) 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。） 《図表略》 2 《略》 [記載上の注意] 1 「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。 12 「1 の(12)」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。 23 「1 の(23)」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。 34 「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。 45 「1 の(12)」、「1 の(23)」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、実施されていけばよい。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。		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	☐
	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	☐							

1131	様式 40 の 9	入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類 ※届出に係る<u>入</u>退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと） <table><tr><td>（ ）</td><td>入退院支援加算 1</td></tr><tr><td>（ ）</td><td>入退院支援加算 2</td></tr><tr><td>（ ）</td><td>入退院支援加算 3</td></tr><tr><td>（ ）</td><td>入院時支援加算</td></tr><tr><td><u>（ ）</u></td><td><u>入退院支援加算（注 5 の届出医療機関）</u></td></tr></table>	（ ）	入退院支援加算 1	（ ）	入退院支援加算 2	（ ）	入退院支援加算 3	（ ）	入院時支援加算	<u>（ ）</u>	<u>入退院支援加算（注 5 の届出医療機関）</u>
（ ）	入退院支援加算 1											
（ ）	入退院支援加算 2											
（ ）	入退院支援加算 3											
（ ）	入院時支援加算											
<u>（ ）</u>	<u>入退院支援加算（注 5 の届出医療機関）</u>											
1138	様式 49	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 《図表略》 [記載上の注意] 1 ～ 6 《略》 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<u>及びデータ提出加算の届出書の写し</u>を添付すること。 《以下略》										

1139	様式 49 の 2	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 <table border="1"> <tr> <td>①</td> <td>直近 6 か月間における退院患者数</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>(再掲) ①</td> <td>他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">《中略》</td> </tr> <tr> <td>⑦</td> <td>上記⑧⑥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</td> <td>名</td> </tr> <tr> <td>⑧</td> <td>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</td> <td>%</td> </tr> </table> 2. 《略》 3. 1 日当たりリハビリテーション提供単位数 <table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>休日</td> <td>休日以外</td> </tr> <tr> <td>⑨</td> <td>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</td> <td>日</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>⑩</td> <td>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)</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">再掲</td> <td>i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>iv 運動器リハビリテーション総単位数</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>v 呼吸器リハビリテーション総単位数</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>⑪</td> <td>1 日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑩/⑨)</td> <td>単位</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td colspan="2">算出期間における休日・休日以外の日数</td> <td>日</td> <td>日</td> </tr> </table> (算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日) [記載上の注意] 1 《略》 2 「⑧⑥」について、区分番号「A 2 4 6」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。 《以下略》				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	《中略》			⑦	上記⑧⑥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	%			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
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																																																						
《中略》																																																								
⑦	上記⑧⑥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	%																																																						
		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																																																					

1139	様式 49 の 3	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
		《中略》			
		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 《略》 2 「⑥」について、区分番号「A 2 4 6」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 《略》			
1141	様式 50	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			
		入院料 1 ・ 3 に係る要件	当該病棟の状況	《略》	
			医療機関の状況（いずれか 2 つ）		
			指針に係る	看取り	□
		[記載上の注意] 1 ～ 8 《略》 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。			

1142	様式 50 の 2	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 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="481 212 555 929" rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">入院医療管理料 1・3 に係る要件</td><td data-bbox="555 212 746 421" style="text-align: center;">当該病棟の状況</td><td colspan="3" data-bbox="746 212 1453 421" rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">《略》</td></tr> <tr> <td data-bbox="555 421 746 817" style="text-align: center;">医療機関の状況（いずれか 2 つ）</td></tr> <tr> <td data-bbox="555 817 746 929" style="text-align: center;">指針 に 係 る</td><td data-bbox="746 817 805 929" style="text-align: center;">看 取 り</td><td data-bbox="805 817 865 929" style="text-align: center;">☐</td><td data-bbox="865 817 1453 929" style="text-align: center;">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。</td></tr> </table> [記載上の注意] 1～8 《略》 <u>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。</u> <u>10 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。</u>	入院医療管理料 1・3 に係る要件	当該病棟の状況	《略》			医療機関の状況（いずれか 2 つ）	指針 に 係 る	看 取 り	☐	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。
入院医療管理料 1・3 に係る要件	当該病棟の状況	《略》										
	医療機関の状況（いずれか 2 つ）											
	指針 に 係 る	看 取 り	☐	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。								
1144	様式 55 の 2	精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書 《図表略》 [記載上の注意] 1～3 《略》 4. 「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) ≥ 0.75										

別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書

1153

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	常勤 換算	氏 名	経験年数
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 常勤 看護師			

[記載上の注意]

1～2 《略》

3 「2」の~~常勤~~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。

1155	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） <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>常勤 換算</th> <th>氏 名</th> <th>経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 専任の常勤医師</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>※ 専任の非常勤医 師を組み合わせた 場合を含む</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 専任の常勤医師</td> <td colspan="2">※欄の削除</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 専任の常勤看護師</td> <td colspan="3" rowspan="2">《略》</td> </tr> <tr> <td>3 常勤薬剤師</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 4 臓器移植後患者指導管理料の届出の有無 有（ 年 月 日 ） ・ 無 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 4 5 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 5 6 抗HLA抗体検査を委託する施設 </td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>住所</td> <td colspan="2">確認方法</td> </tr> <tr> <td colspan="4">《略》</td> </tr> </tbody> </table> [記載上の注意] 1 ～ 5 《略》 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。 6 7 「45」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。 7 8 「56」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。	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	☐				☐				☐				☐			1 専任の常勤医師	※欄の削除			2 専任の常勤看護師	《略》			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				4 5 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無				5 6 抗HLA抗体検査を委託する施設				名称	住所	確認方法		《略》			
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	☐																																																						
	☐																																																						
	☐																																																						
	☐																																																						
1 専任の常勤医師	※欄の削除																																																						
2 専任の常勤看護師	《略》																																																						
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																																																							
4 5 関係学会による抗HLA抗体検査の実施に関する指針の遵守 有 ・ 無																																																							
5 6 抗HLA抗体検査を委託する施設																																																							
名称	住所	確認方法																																																					
《略》																																																							

1188	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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤 換算</th> <th>氏名</th> <th>資格 取得年</th> <th>経験 症例数</th> <th>修了した研修名・主催者名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>専任常勤医師</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>専任常勤医師</u></td> <td><u>☐</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>専任常勤看護師 <u>専任</u>常勤理学療法士 <u>専任</u>常勤作業療法士 (該当するものに○)</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>専任常勤看護師</u> <u>専任常勤理学療法士</u> <u>専任常勤作業療法士</u> (該当するものに○)</td> <td><u>☐</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 《以下略》		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	☐					<u>専任常勤医師</u>	<u>☐</u>					専任常勤看護師 <u>専任</u> 常勤理学療法士 <u>専任</u> 常勤作業療法士 (該当するものに○)	☐					<u>専任常勤看護師</u> <u>専任常勤理学療法士</u> <u>専任常勤作業療法士</u> (該当するものに○)	<u>☐</u>				
	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	☐																															
<u>専任常勤医師</u>	<u>☐</u>																															
専任常勤看護師 <u>専任</u> 常勤理学療法士 <u>専任</u> 常勤作業療法士 (該当するものに○)	☐																															
<u>専任常勤看護師</u> <u>専任常勤理学療法士</u> <u>専任常勤作業療法士</u> (該当するものに○)	<u>☐</u>																															
1201	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 《図表略》 [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するし、<u>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</u>常勤医師 《以下略》																														
1205	様式 60	経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書 《図表略》 [記載上の注意] ※下線の削除 《以下略》																														

1217	様式 71 の 2	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。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="483 293 1469 342">1 届出種別</td></tr> <tr> <td data-bbox="483 342 1469 488" style="text-align: center;">《略》</td></tr> <tr> <td data-bbox="483 488 1469 584">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 </td></tr> <tr> <td data-bbox="483 584 1469 969"> 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「K 8 7 9」）（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）腹腔鏡下子宮悪性腫瘍当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として 3 例以上） </td></tr> <tr> <td data-bbox="483 969 1469 1108" style="text-align: center;">《以下略》</td></tr> </table> [記載上の注意] 1 ～ 2 《略》 3 「3」<u>及び「6」</u>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。 《以下略》	1 届出種別	《略》	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「K 8 7 9」）（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）腹腔鏡下子宮悪性腫瘍当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として 3 例以上）	《以下略》
1 届出種別							
《略》							
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「K 8 7 9」）（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）腹腔鏡下子宮悪性腫瘍当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として 3 例以上）							
《以下略》							
1221	様式 75	麻酔管理料に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1 ～ 2 《略》 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精神保健指定医<u>麻酔科標榜医</u>である非常勤医師を組み合わせ配置している場合에만、当該非常勤医師について記載すること。					

1222	様式 77	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
4 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名		放射線治療の経験年数 年
5 強度変調放射線治療 (IMRT) を実施した年間の症例数 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 例
[記載上の注意] 1 ～ 2 《略》 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 「4」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「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「4」までを、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、「1」、「3」、「4」及び「4」～「6」までを記載すること。		

1222 1223	様式 78 の 2	画像誘導放射線<u>治療加算</u>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 《図表略》 [記載上の注意] 1～2 《略》 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<u>それぞれ</u>いずれか1つの記入でも可とする）。 《以下略》																						
1225	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。 <u>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。）</u> <u>科</u> <u>2</u> 病理診断を専ら担当する医師の氏名等 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">医師の氏名</th> <th style="width: 15%;">経験年数</th> <th style="width: 20%;">常勤・非常勤</th> <th style="width: 25%;">医療機関勤務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td> ☐ 常勤 ☐ 非常勤 </td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td> ☐ 常勤 ☐ 非常勤 </td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td> ☐ 常勤 ☐ 非常勤 </td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table> <u>3</u> 年間の剖検数・検体数等 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">① 剖検</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>② 病理組織標本作製 (術中迅速病理標本作製を含む)</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> <tr> <td>③ 細胞診 (術中迅速細胞診を含む)</td> <td style="text-align: center;">件</td> </tr> </tbody> </table>	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	☐	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
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	☐																					
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																							

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	()	慢性維持透析を行った場合 1
(いずれかに○を付す)	()	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）

☐ ~~新規指定に伴う新規届出~~

☐ 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「J 0 3 8」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 <u>②</u> / ② <u>①</u>) (③)	
---	--

《中略》

※ 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を上記期間の月数で除した値が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1
~~該当しない①を~~上記期間の月数で除した値が 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」

1~3 《略》

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回以下の患者並びに「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●号）の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第9部J038 人工腎臓（8）のア及びエに掲げる患者を除いて求めること。

《以下略》

1226	様式 87 の 6	皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類 <table border="1"> <tr> <td colspan="3">1 保険医療機関の所在地及び名称 <u>広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績</u> （有 ・ 無）</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師</td> </tr> <tr> <td colspan="3">《略》</td> </tr> <tr> <td colspan="3">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）</td> </tr> </table> 《以下略》			1 保険医療機関の所在地及び名称 <u>広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績</u> （有 ・ 無）			2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師			《略》			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）		
1 保険医療機関の所在地及び名称 <u>広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績</u> （有 ・ 無）																
2 同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師																
《略》																
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）																
1228	様式 87 の 11	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 <table border="1" style="margin-top: 20px;"> <tr> <td rowspan="4">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 <u>及び専門的知識</u> 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）</td> <td>常勤医師の氏名</td> <td>経験年数</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年</td> </tr> </table>			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 <u>及び専門的知識</u> 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			
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 <u>及び専門的知識</u> 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														

1230	様式 87 の 15	バルーン閉塞下 <u>逆行性</u> 経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類 <table border="1"> <tr> <td colspan="3">1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること）</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">科</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2 バルーン閉塞下<u>逆行性</u>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</td> </tr> <tr> <td>常勤医師の氏名</td> <td colspan="2">術者としての経験症例数</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 内科又は消化器内科の 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</td> </tr> <tr> <td>常勤医師の氏名</td> <td>内科又は消化器内科の経験年数</td> <td>消化管内視鏡検査の経験年数</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">《略》</td> </tr> </table>			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 <u>逆行性</u> 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 内科又は 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							《略》		
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 <u>逆行性</u> 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 内科又は 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																																						
《略》																																								
1230	様式 87 の 17	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 <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">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<u>及び専門的知識</u>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）</td> <td>常勤医師の氏名</td> <td>経験年数</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> </table>			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 <u>及び専門的知識</u> 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																											
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 <u>及び専門的知識</u> 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																																						