

福岡医発第15号(地)
平成30年4月3日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

施設基準の届出について

平成30年4月1日実施の診療報酬改定に伴う施設基準の届出等につきまして、今改定により「新設」(別添表1参照)あるいは「再度届出」(別添表2参照)が必要な施設基準については、平成30年4月16日(月)(※必着)までに九州厚生局へ届出書(「正1通」のみ)を提出すれば、4月1日に遡って算定することができますので、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

また、届出の提出につきましては原則、各医療機関において直接九州厚生局宛提出をお願い致したく存じますが、本会を通してご提出される場合は4月12日(木)(※必着)までにご提出くださいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 平成30年4月1日実施の診療報酬改定に伴う施設基準の届出様式につきましては、九州厚生局ホームページ(http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/index.html)より、各医療機関において必要な届出書をダウンロードしてください。(本会会員専用ホームページの診療報酬改定特設ページからも閲覧できるようにしております。)ダウンロードできない医療機関におかれましては、各医師会においてダウンロード等ご対応いただきますようお願い申し上げます。
- 2) 今改定より、「正副2通」から「正1通」のみの提出に変更されておりますのでご注意ください。(提出された届出書等の写しを必ず保管ください。)
- 3) 別添資料(3月9日版)は九州厚生局において、平成30年3月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について」の内容を反映させて変更される予定となっておりますが、今日時点で同局より変更されたパワーポイント資料が本会に提供されておりませんので、各医療機関におかれましては、現時点では別添資料と併せて当該通知により届出を行っていただきますようお願い致します。変更された資料が提供され次第、改めて本会よりご連絡致します。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 白石恒明

平成30年度診療報酬改定に伴う 施設基準の届出等について

公益社団法人 福岡県医師会

※平成30年度診療報酬改定説明会九州厚生局資料より一部抜粋
※現時点での内容で、変更されることがありますのでご注意ください。

➤ 診療報酬改定に伴う特例措置として、

平成30年4月16日（月曜日）

までに届出書を提出され、要件審査を終え
受理されたものについては、
平成30年4月1日に遡って算定することができます。

※ ただし、平成30年4月1日時点において、
要件を満たしている場合に限りま



施設基準の届出期日について

➤ 提出方法については、原則、郵送又は宅配便での提出にご協力ください。

※届出書の受理日は、当局が受け付けた日になりますので、ご注意ください。

(発送した日や郵便の消印の日ではありません。)

※平成30年4月17日以降に受け付けたものについては、通常の取扱い * となりますので、余裕を持った発送をお願いします。

* 各月の末日までに届出を受理した場合は、翌月1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に届出を受理した場合には、当該月の1日から算定する。

施設基準の届出先

- 保険医療機関が所在する県を管轄しております九州厚生局各県事務所宛にご提出ください。
(福岡県にあっては九州厚生局指導監査課)

【福岡県】

〒812-0011
福岡市博多区博多駅前3-2-8
住友生命博多ビル4F
九州厚生局指導監査課 宛

【佐賀県】

〒840-0801
佐賀市駅前中央3-3-20
佐賀第二合同庁舎7F
九州厚生局佐賀事務所 宛

【長崎県】

〒850-0033
長崎市万才町7-1
住友生命長崎ビル12F
九州厚生局長崎事務所 宛

【熊本県】

〒860-0806
熊本市中央区花畑町4-7
朝日新聞第一生命ビル4F
九州厚生局熊本事務所 宛

【大分県】

〒870-0045
大分市城崎町1-3-31
富士火災大分ビル2F
九州厚生局大分事務所 宛

【宮崎県】

〒880-0816
宮崎市江平東2-6-35 3F
九州厚生局宮崎事務所 宛

【鹿児島県】

〒890-0068
鹿児島市東郡元町4-1
鹿児島第二地方合同庁舎3F
九州厚生局鹿児島事務所 宛

【沖縄県】

〒900-0022
那覇市樋川1-15-15
那覇第一地方合同庁舎西棟2F
九州厚生局沖縄事務所 宛

施設基準の告示及び通知の確認について

- 施設基準の届出をする際は、必ず厚生労働省の告示及び通知をご覧ください、基準に適合しているかを確認した上で、届出書を提出してください。

(告示) 平成30年厚生労働省告示第44号

基本診療料の施設基準等の一部を改正する件

(通知) 平成30年3月5日 保医発0305第2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

(告示) 平成30年厚生労働省告示第45号

特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

(通知) 平成30年3月5日 保医発0305第3号

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

※ 上記、告示・通知を含め診療報酬改定関係通知等については、厚生労働省のホームページから参照できます。
(九州厚生局のホームページからもリンクしています。)

- 厚生労働省の告示及び通知が、平成30年3月5日付けで発出されていますが、今後も訂正通知や疑義解釈についての事務連絡などが随時発出されますので、定期的に厚生労働省又は九州厚生局公式ホームページのご確認をお願いいたします。

【診療報酬改定関係通知等の参照先】

(厚生労働省ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/>)

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険
> 平成30年度診療報酬改定について

(九州厚生局公式ホームページ: <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

ホーム > 平成30年度診療報酬改定について

施設基準の届出に係る基本事項

施設基準の届出における共通事項

➤ 施設基準を提出する際には、次の届出書等を作成していただき、**正1通**を提出してください。

① 届出書

※ 基本診療料⇒「別添7」、特掲診療料⇒「別添2」

② 届出書の様式

③ 添付書類（通知及び届出書の様式で示されている添付書類）

①

届出書
基本診療料の施設基準に係る届出書

施設名称
〒
市町村
番地
電話番号

（注）
【地域包括診療加算】の施設基準に係る届出書
① 基本診療料の施設基準に該当する施設に設置されている診療科目は、基本診療料の施設基準に定められている診療科目であること。
② 基本診療料の施設基準に該当する施設に設置されている診療科目は、基本診療料の施設基準に定められている診療科目であること。
③ 基本診療料の施設基準に該当する施設に設置されている診療科目は、基本診療料の施設基準に定められている診療科目であること。

開設者印（法人の場合は法人代表者印）を押印してください。

+

②

様式第2号
地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（口には、該当する場合は「○」を記入すること）

① 診療科目	
② 診療科目を完了した際の状況	
③ 診療科目を完了した際の状況	
④ 診療科目を完了した際の状況	
⑤ 診療科目を完了した際の状況	
⑥ 診療科目を完了した際の状況	
⑦ 診療科目を完了した際の状況	
⑧ 診療科目を完了した際の状況	
⑨ 診療科目を完了した際の状況	
⑩ 診療科目を完了した際の状況	
⑪ 診療科目を完了した際の状況	
⑫ 診療科目を完了した際の状況	
⑬ 診療科目を完了した際の状況	
⑭ 診療科目を完了した際の状況	
⑮ 診療科目を完了した際の状況	
⑯ 診療科目を完了した際の状況	
⑰ 診療科目を完了した際の状況	
⑱ 診療科目を完了した際の状況	
⑲ 診療科目を完了した際の状況	
⑳ 診療科目を完了した際の状況	
㉑ 診療科目を完了した際の状況	
㉒ 診療科目を完了した際の状況	
㉓ 診療科目を完了した際の状況	
㉔ 診療科目を完了した際の状況	
㉕ 診療科目を完了した際の状況	
㉖ 診療科目を完了した際の状況	
㉗ 診療科目を完了した際の状況	
㉘ 診療科目を完了した際の状況	
㉙ 診療科目を完了した際の状況	
㉚ 診療科目を完了した際の状況	
㉛ 診療科目を完了した際の状況	
㉜ 診療科目を完了した際の状況	
㉝ 診療科目を完了した際の状況	
㉞ 診療科目を完了した際の状況	
㉟ 診療科目を完了した際の状況	
㊱ 診療科目を完了した際の状況	
㊲ 診療科目を完了した際の状況	
㊳ 診療科目を完了した際の状況	
㊴ 診療科目を完了した際の状況	
㊵ 診療科目を完了した際の状況	
㊶ 診療科目を完了した際の状況	
㊷ 診療科目を完了した際の状況	
㊸ 診療科目を完了した際の状況	
㊹ 診療科目を完了した際の状況	
㊺ 診療科目を完了した際の状況	
㊻ 診療科目を完了した際の状況	
㊼ 診療科目を完了した際の状況	
㊽ 診療科目を完了した際の状況	
㊾ 診療科目を完了した際の状況	
㊿ 診療科目を完了した際の状況	

+

③

添付書類

「正副2通」から
『正1通』の提出に
変更されました。
提出した届出書の写し
は、必ず保管しておい
てください。

開設者印（法人の場合は法人代表者印）を押印してください。

施設基準の届出に係る基本事項

施設基準の届出における共通事項

- 届出書(別添7、別添2)を作成する際には、次の点に注意してください。
- 連絡先欄に「担当者氏名」「電話番号」を記載すること。
- 施設基準の通則(4項目)に適合していること。
(✓点チェックが必須です。)
- 「日付」「保険医療機関の所在地及び名称」「開設者名」を正確に記載すること。
※「保険医療機関の名称」の記載漏れが多いので、特に注意してください。
- 開設者印を押印すること。
※法人の場合は、法人代表者印を押印すること。
- 提出先が「九州厚生局長」となっているか確認すること。

施設基準の変更届の簡素化について

※ 従事者等に変更があっても、施設基準を満たしている場合には「変更の届出」が不要となりました。

- なお、次の事由については、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、変更の届出が必要となります。
- ✓ 当該施設基準を満たさなくなった場合。(辞退届)
 - ✓ 当該施設基準の届出区分が変更となった場合。
(例) 看護補助加算「1」→「2」 等
 - ✓ 届け出ている医師に変更があった場合
[届出が必要な施設基準]
 - ・ 神経学的検査
 - ・ 画像診断管理加算1及び2
 - ・ 麻酔管理料(Ⅰ)
 - ・ 歯科矯正診断料
 - ・ 顎口腔機能診断料 等
 - ✓ 届け出ている機器に変更があった場合
[届出が必要な施設基準]
 - ・ CT撮影及びMRI撮影 等

施設基準の届出書の様式について

➤ 届出書の様式は九州厚生局公式ホームページからダウンロードしてください。

○届出書等のダウンロード先のご案内

「九州厚生局」で検索又はアドレス <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>へアクセスしてください。



- ① 「知りたい分野から探す」タブの
「保険医療機関、保険医等」の『+』により展開していただき、
「保険医療機関・保険薬局の方へ」をクリックしてください。



施設基準の届出書の様式について

- ② 「届出様式等」欄の
「平成30年度診療報酬改定に係る「施設基準の届出等」」
をクリックしてください。

保険医療機関・保険薬局の方へ

保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業所の管内指定状況及び届出受理状況について

お知らせ

届出様式等

- [平成30年度診療報酬改定に係る「施設基準の届出等」](#)

- ③ 「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」から
必要な届出様式をダウンロードしてください。

施設基準の届出等

下記項目のいずれかを選択してクリックしてください。

- [基本診療料の届出一覧](#)
- [特掲診療料の届出一覧](#)
- [入院時食事療養・入院時生活療養等の届出](#)
- [施設基準に係る辞退届](#)



施設基準の届出書の添付書類について

➤ 届出書の添付書類一覧を九州厚生局公式ホームページに掲載しております。

- ① 「基本診療料の届出一覧」又は「特掲診療料の届出一覧」の各施設基準の様式の「備考」欄にある「添付書類はこちらをご参照ください。」をクリックしてください。

(例)

1-4	地包加	別添1 2の3	地域包括診療加算	- 別添7(地包加) (PDF: 40KB) - 様式2の3(PDF: 59KB)	- 別添7(地包加) (ワード: 37KB) - 様式2の3(ワード: 42KB)			添付書類はこちら をご参照ください。
-----	-----	------------	----------	---	---	--	--	-----------------------

- ② 当該施設基準の届出の際に必要な添付書類が表示されます。

(例)

- ・様式2の3の「②」について、慢性疾患の指導に係る適切な研修を受講した修了証の写し
- ・様式2の3の「⑥-2」及び「⑦」について、確認できる資料の写し

今回の診療報酬改定に併せて、届出書の添付書類については、原則、通知及び様式で示されているもののみといたします。

【参考】ホームページのご案内

* 診療報酬改定の情報は、九州厚生局及び厚生労働省のホームページに掲載しております。

- 九州厚生局のホームページは、「九州厚生局」で検索又はアドレス <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/> へアクセスしてください。

- ① トップページ「平成30年度診療報酬改定」をクリックしてください。



- ② 施設基準の届出様式及び関係資料を掲載しております。(それぞれクリックしてください。)



【参考】ホームページのご案内

- 厚生労働省のホームページは、「厚生労働省」で検索
又はアドレス <http://www.mhlw.go.jp/> へアクセスしてください。



- ① トップページ「分野別の情報」欄の「診療報酬改定」をクリックしてください。



- ② 「平成30年度診療報酬改定」をクリックしてください。
※「第3 関係法令等」の項目に厚生労働省の告示及び
通知を掲載しております。



(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〔基本診療料①〕

基本診療料

- | | |
|----|-----------------------------------|
| 1 | 初診料の注12に掲げる機能強化加算 |
| 2 | オンライン診療料 |
| 3 | 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 |
| 4 | 療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算 |
| 5 | 障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算 |
| 6 | 障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算 |
| 7 | 看護職員夜間16対1配置加算2 |
| 8 | 医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2 |
| 9 | 感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算 |
| 10 | 後発医薬品使用体制加算4 |
| 11 | 入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算 |
| 12 | 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 |
| 13 | 回復期リハビリテーション病棟入院料4 |

(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〔基本診療料②〕

基本診療料

14	回復期リハビリテーション病棟入院料5
15	回復期リハビリテーション病棟入院料6
16	地域包括ケア病棟入院料1
17	地域包括ケア入院医療管理料1
18	地域包括ケア病棟入院料3
19	地域包括ケア入院医療管理料3
20	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
21	緩和ケア病棟入院料1
22	緩和ケア病棟入院料2
23	精神科救急入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算
24	精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算

(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〔特掲診療料①〕

特掲診療料

- | | |
|----|--------------------------------------|
| 1 | 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 |
| 2 | 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 |
| 3 | 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算 |
| 4 | 療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算 |
| 5 | ハイリスク妊産婦連携指導料1 |
| 6 | ハイリスク妊産婦連携指導料2 |
| 7 | 在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算 |
| 8 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算 |
| 9 | 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 |
| 10 | 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 |
| 11 | 画像診断管理加算3 |
| 12 | 骨髄微小残存病変量測定 |
| 13 | 抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査) |

(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〔特掲診療料②〕

特掲診療料

14	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
15	磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
16	処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
17	人工腎臓
18	導入期加算1
19	導入期加算2
20	透析液水質確保加算
21	慢性維持透析濾過加算
22	レーザー機器加算
23	皮膚移植術(死体)
24	後縦靱帯骨化症手術(前方進入によるもの)
25	緑内障手術(水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術)
26	人工中耳植込術

(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〔特掲診療料③〕

特掲診療料

- | | |
|----|---|
| 27 | 喉頭形成手術(甲状軟骨固定用器具を用いたもの) |
| 28 | 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術 |
| 29 | 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)(MRIによるもの) |
| 30 | 乳房切除術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。) |
| 31 | 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合) |
| 32 | 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合) |
| 33 | 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合) |
| 34 | 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの) |
| 35 | 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) |
| 36 | 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合) |
| 37 | 胸腔鏡下弁置換術 |
| 38 | 経皮的僧帽弁クリップ術 |
| 39 | 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの) |

(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〔特掲診療料④〕

特掲診療料

40	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
41	腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
42	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)
43	腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
44	胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
45	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
46	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
47	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
48	生体部分小腸移植術
49	同種死体小腸移植術
50	小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
51	結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
52	腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

(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〔特掲診療料⑤〕

特掲診療料

53	腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
54	尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
55	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。)
56	膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
57	尿道形成手術(前部尿道)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
58	尿道下裂形成手術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
59	陰茎形成術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
60	陰茎全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
61	精巣摘出術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
62	会陰形成手術(筋層に及ばないもの)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
63	腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)
64	造腔術、腔閉鎖症術(遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
65	子宮全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)

(表1)新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの〔特掲診療料⑥〕

特掲診療料

66	腹腔鏡下腔式子宮全摘術(性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
67	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)
68	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合)
69	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)
70	自己クリオプレシピテート作製術(用手法)
71	コーディネート体制充実加算
72	放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
73	体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算
74	デジタル病理画像による病理診断
75	悪性腫瘍病理組織標本加算

(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
〔基本診療料①〕 ※届出様式記載時の留意事項:届出書別添7の余白に「平成30年度出直」と記載

基本診療料

1	再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1
2	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。)
3	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。)
4	療養病棟入院基本料(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
5	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。)
6	療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
7	結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
8	特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
9	特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
10	特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)(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。)
11	専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

〔表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〔基本診療料②〕 ※届出様式記載時の留意事項:届出書別添7の余白に「平成30年度出直」と記載

基本診療料

12	専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
13	専門病院入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)(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。)
14	総合入院体制加算(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
15	急性期看護補助体制加算(10対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
16	看護職員夜間配置加算(10対1入院基本料に限る。)(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
17	看護補助加算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。)
18	後発医薬品使用体制加算(4を除く。)
19	データ提出加算(1の口及び2の口に限る。)(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
20	救命救急入院料1、3(平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
21	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。)
22	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。)
23	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。)

(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
〔基本診療料③・特掲診療料〕 ※届出様式記載時の留意事項:届出書別添7又は別添2の余白に「平成30年度出直」と記載

基本診療料

- | | |
|----|---|
| 24 | 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。) |
| 25 | 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。) |
| 26 | 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。) |

特掲診療料

- | | |
|---|----------------|
| 1 | 地域包括診療料1 |
| 2 | 外来後発医薬品使用体制加算1 |
| 3 | 外来後発医薬品使用体制加算2 |

(表3)施設基準等の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの〔基本診療料〕

基本診療料

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
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

(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〔特掲診療料〕

特掲診療料

がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料2
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術(乳頭乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))	→	乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び 乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

「平成30年度診療報酬改定について(医科)」スライド正誤表 (H30年3月8日現在)

【DPC】

(誤) P.132

スライド番号44 「現行(要件となる入院料)」

- | | |
|--------------------|------|
| 1 データ提出加算1 (入院中1回) | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 100点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 150点 |
| 2 データ提出加算2 (入院中1回) | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 110点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 160点 |



(正)

- | | |
|--------------------|------|
| 1 データ提出加算1 (入院中1回) | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 120点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 170点 |
| 2 データ提出加算2 (入院中1回) | |
| イ 200床以上の病院の場合 | 130点 |
| ロ 200床未満の病院の場合 | 180点 |

連絡事項

➤ 質問の取扱いについて

解釈に関する質問については、電話ではなく、**FAX**で受け付けております。

○FAX番号(FAX番号をお確かめのうえ、お間違いないようお願いします。)

【福岡県】092-707-1127 【佐賀県】0952-20-1611 【長崎県】095-801-4204 【熊本県】096-284-8010
【大分県】097-535-8062 【宮崎県】0985-72-8881 【鹿児島県】099-201-5802 【沖縄県】098-833-6250

※質問内容を具体的に記載していただき、連絡先及び担当者名も必ず記入してください。

※改定時期は特に質問が多いため、回答に時間がかかることも想定されますので、あらかじめご了承ください。

- 診療報酬改定に伴う届出や名称変更に伴い、院内の掲示事項についても変更が必要です。
- 施設基準に係る辞退届については、1部の提出で結構です。
- 保険診療において酸素の費用を請求する場合には、毎年2月15日までに酸素の購入価格に関する届出を行う必要がありますので、まだ届出を行っていない場合は、早急に届出をお願いします。

<届出期日>

平成30年4月1日から算定を行うためには、

届出書(1通)は、

平成30年4月16日(月曜日)

必着となります。

届出期日までに余裕を持ってご提出ください。

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

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

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

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

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

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成30年3月5日保発0305第2号）（別添1）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保発0305第3号）（別添2）
- ・「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について（平成30年3月5日保発0305第4号）（別添3）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）（別添4）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号）（別添5）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第3号）（別添6）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第4号）（別添7）
- ・「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成30年3月5日保医発0305第6号）（別添8）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第10号）（別添9）

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

(別添 1)

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

(別紙様式 7)

院内掲示例

平成○年○月

▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

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

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

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、~~自己負担のある方で~~明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

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

第5 訪問看護管理療養費について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

オ 当該加算のイにおいて、(2)に規定するチームの関係者のうちいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床400床以上の病院、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 当該加算のロにおいて、カンファレンスは、(2)に規定するチームの関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該利用者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

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

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

第6 訪問看護情報提供療養費について

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

第7 訪問看護ターミナルケア療養費について

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

訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書

(主治医 医療機関名)

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

電 話 番 号

(入院又は入所先医療機関等)

管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供します。

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

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

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」
の一部改正について
(平成30年3月5日保発0305第4号)

第二 用語の定義

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

1 「勤務延時間数」

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

2 「常勤」

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

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

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(平成30年3月5日保医発0305第1号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第2部 入院料等

A100 一般病棟入院基本料

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

A101 療養病棟入院基本料

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

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

A108 有床診療所入院基本料

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

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

A214 看護補助加算

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

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。

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

A221-2 小児療養環境特別加算

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

A246 入退院支援加算

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

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

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

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

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

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

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

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1－2－9 地域包括診療料

- (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

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

第2部 在宅医療

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

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

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

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

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

要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

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

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

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

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

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

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

C 0 0 6 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

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

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

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

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

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

第3部 検査

D008 内分泌学的検査

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

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

第4部 画像診断

E101-2 ポジトロン断層撮影

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

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

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

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

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

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

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

第7部 リハビリテーション

H 0 0 1 脳血管疾患等リハビリテーション料

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

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

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

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

H002 運動器リハビリテーション料

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

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

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

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

ア 別紙様式23から別紙様式23の4まで又はこれに準じた様式

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

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

第8部 精神科専門療法

I003-2 認知療法・認知行動療法

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

I016 精神科在宅患者支援管理料

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

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

第10部 手術

<通則>

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

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

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

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

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

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

~~K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術~~

~~内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

第12部 放射線治療

M 0 0 0 放射線治療管理料

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

M 0 0 1 体外照射

(4) 1回線量増加加算

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

M 0 0 1-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

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

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

M004 密封小線源治療

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

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

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

第3部 検査

D002 歯周病検査

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

D013 精密触覚機能検査

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

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

第8部 処置

I 0 0 6 感染根管処置

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

I 0 1 1 歯周基本治療

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

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

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

イ 歯周外科手術を実施した場合

ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

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

I 0 1 7 口腔内装置

- (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ 顎関節治療用装置

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置

ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

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

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

I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

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

I019 歯冠修復物又は補綴物の除去

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

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M006 咬合採得

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

M007 仮床試適

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

M015 非金属歯冠修復

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

M018 有床義歯

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

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

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

M021 線鉤

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

M022 間接支台装置

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

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

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

M025 口蓋補綴、顎補綴

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

M030 有床義歯内面適合法

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

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

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

N001 顎口腔機能診断料

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

退院支援計画書

(患者氏名) 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日：平成 年 月 日

退院支援委員会開催日: 平成 年 月 日

患者等への説明日： 平成 年 月 日

計画の変更日: 平成 年 月 日

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

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

[illegible]

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

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

（別紙様式21の5）

リハビリテーション実施計画書

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

本人・家族の希望・回復への目標				_____			
				本人・家族氏名 _____			
再発予防・健康維持のための目標				医師： _____ 理学療法士： _____			
☐ 病気への理解 ☐ 体力向上 ☐ 食事管理 ☐ 内服管理				看護師： _____ 他職種（ _____ ）：			
☐ 運動習慣の獲得 ☐ 禁煙 ☐ 他（ _____ ）							
運動負荷試験結果（運動処方）							
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： _____ METs）							
運動処方（脈拍・血圧）： _____ bpm / _____ mmHg							
自転車 W 分 回/週							
歩行 km/h 分 回/週							
その他注意事項（ _____ ）							

(別紙様式21の6)

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

■本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望等)

■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

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

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等)： _____

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

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

目標設定等支援・管理シート：☐あり ☐なし

日常生活自立度：J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ

■心身機能・構造

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

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

■環境因子(※課題ありの場合☑ 現状と将来の見込みについて記載する)

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

■リハビリテーションの目標

(長期)

(短期(今後3ヶ月間))

■リハビリテーション実施上の留意点

(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)

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

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

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

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

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)

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

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明： 平成_____年_____月_____日

本人のサイン： _____

家族サイン： _____

説明者サイン： _____

特記事項： _____

リハビリテーション総合実施計画書

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

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

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

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

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ）、家族の協力体制【あり・困難】

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

☐その他（ ）

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

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

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

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

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

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（ 本）☐要支援
☐理解している ☐要指導
☐（ ）☐（ ）☐（ ）

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

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

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

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

※ここでの向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

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

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

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

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

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

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

〔記載上の注意〕

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

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（１）

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

(記入者氏名)
(照会先)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

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

(太枠:必須記入)

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

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

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

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成30年3月5日保医発0305第2号)

第2 届出に関する手続き

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

第4 経過措置等

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

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

初診料の注12に掲げる機能強化加算

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

オンライン診療料

一般病棟入院基本料（地域一般入院料1に限る。）

結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料

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

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

1に掲げる療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料の注12に規定する届出（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算

(略)

特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~1~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~3~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~5~~

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

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

一般病棟入院基本料（急性期一般入院~~基本~~料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料 （当該入院料の施設基準における「適切な看取りに対する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(略)

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

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

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

特定一般病棟入院料の注7（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を

算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

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

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

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

別添1

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

2 届出に関する事項

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

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

2 届出に関する事項

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

ること。

(2) 当該施設基準の届出を行うにあたっては、実績を要しない。

別添 2

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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

- (1) 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の重症度、医療・看護必要度 I・II （急性期一般入院料 7、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 にあつては I に限る。）に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料 2 又は 3 については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行うこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の保険医療機関であつて旧算定方法別表第一区分番号 A 1 0 0 に掲げる 7 対 1 入院基本料届出を行っている病棟にあつては、平成 32 年 3 月 31 日 までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価することも差し支えないこと。

4 の 7 ~~地域一般入院料 1~~、看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）~~、地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）~~及び 13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II （13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）にあつては I に限る。）に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、評価の結果、4 の 2（2）別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が別表 4 のとおりであること。

別表 4

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

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

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

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

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

療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であつて、療養病棟入院料2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること若しくは当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たせなくなった場合については、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

12 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算の施設基準

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

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

第5 入院基本料の届出に関する事項

1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

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

別添3

第4の3 急性期看護補助体制加算

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

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

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

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定するものとして届け出た病床 (地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。) に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示第44号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰあるいは

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

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

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算1及び2の施設基準

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

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

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

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

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

別添4

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

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

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

実績指数が37以上であること。

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

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

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

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

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準

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

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

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

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

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

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

7 届出に関する事項

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

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

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

別表1 ※○：組み合わせでの届出可、－：組み合わせでの届出不可

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

別表2

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

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

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

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

- (2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院し
ている全ての患者の状態について、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要
度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）及び手術等の医
学的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患
者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、看護必要度評価票A
項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が、一般
病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
Ⅱで0.8割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基
本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別
表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護
必要度Ⅰ ~~又はⅡ（Ⅱにあつては、B項目のみ）~~に係る評価票の記入は、院内研修を受けたも
のが行うものであること。なお、院内研修については第2の1の(11)と同様である。また、
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入
院料等の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた
評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要
度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそ
れぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割
合を差し引いた値が0.04を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、
別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新た
な評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

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

10 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

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

11 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

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

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

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

14 届出に関する事項

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

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

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

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

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

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

第15 精神科救急入院料

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

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

5 届出に関する事項

- (1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 54 を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 13 の 3 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。なお、平成30年 7 月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年 7 月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

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

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

3 届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 55 を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 13 の 3 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況进行评估するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。なお、平成30年 7 月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年 7 月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

第19 認知症治療病棟入院料

2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 56 を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注 3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 48 を用いること。なお、認知症夜間対応加算の様式 48 に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）の施設基準等

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

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2

なお、小数点以下は切り上げる。

- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。

- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該 3 か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数（以下「新入院患者」という。）及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における 1 回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。

また、病棟種別の異なる病棟が 2 つ以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の入棟のみを新入棟患者として数える。

当該 3 か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該 3 か月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における 1 回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。

病棟種別の異なる病棟が 2 以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は 1 の①及び②から除く。

- 6 短期滞在手術等基本料 3 を算定した患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者であって 6 日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

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

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

(1) 看護職員配置の算出方法

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

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

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

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

(2) 看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

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

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

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

- ② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。

16 時～24 時 30 分（看護師 3 人、計 3 人）

0 時～8 時 30 分（看護師 2 人、准看護師 1 人 計 3 人）

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

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

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

時間は夜勤時間には含めていない。

④ 月延夜勤時間数：1,440 時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72 時間以下である。

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

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

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

(参考)

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

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

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1の2	機能強化加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1
2	時間外対応加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2の3
2の6	オンライン診療料	☐	☐ 年 月	☐	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式2の8, 3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式10, 13, 13の2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐ 年 月	☐	様式15
4	診療録管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐ 年 月	☐	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式34
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
25	総合評価加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の10, 40の11
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の13, 53
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式41
第1	救命救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 42の3, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2

施設基 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添 7）
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57 の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式58

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

様式 1

機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行っている施設基準について（該当するものに○をつける）

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

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

（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

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

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

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

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

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

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

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

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

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

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

院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

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

※ 4 年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

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

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

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

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

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

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

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

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

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

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

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

- 【記載上の注意】

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

歯科外来診療環境体制加算 1
 歯科外来診療環境体制加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

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

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

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

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

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

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

「適切な看取りに対する指針」を定めている場合は、□に、「✓」を記入のこと

☐ 適切な看取りに対する指針を保険医療機関として定めている。

[記載上の留意事項]

当該指針に関する資料の添付は不要である。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名
---------------	----

区 分	看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
がん拠点病院加算	がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算	栄養管理に係る所定の研修を修了した専従の常勤看護師	
	栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算 1	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
医療安全対策加算 2	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 1	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 2	感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
抗菌薬適正使用支援加算（感染防止対策加算の注 3）	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者等からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を有し、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した褥瘡管理者である専従の看護師	
呼吸ケアチーム加算	呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事した経験を有し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した専任の看護師	
入退院支援加算 1・2	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
入退院支援加算 3	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師	
入院時支援加算（入退院支援加算の注 7）	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
認知症ケア加算 1	認知症患者の看護に従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料の注 4）	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
ウイルス疾患指導料	HIV感染者の看護に従事した経験を有する専従の看護師	
喘息治療管理料	専任の看護職員	

糖尿病合併症管理料		糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
がん患者指導管理料イ・ロ		がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
外来緩和ケア管理料		悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
		悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
移植後患者指導管理料	臓器移植後	臓器移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
	造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
糖尿病透析予防指導管理料		糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料		乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有し、医療関係団体等から認証された専任の助産師	
院内トリアージ実施料		救急医療に関する経験を有する専任の看護師	
救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料の注３）		救急患者の受入への対応に係る専任の看護師	
外来放射線照射診療料		専従の看護師	
ニコチン依存症管理料		禁煙治療に係る専任の看護職員	
相談体制充実加算（療養・就労両立支援指導料の注２）		専任の看護職員	
排尿自立指導料		下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注２）		呼吸器科についての経験を有する看護師	
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料		脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師	
外来化学療法加算		化学療法の経験を有する専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員	
難病患者リハビリテーション料		専従の看護師	
障害児（者）リハビリテーション料		障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
リンパ浮腫複合的治療料		資格取得後２年以上経過し、リンパ浮腫の複合的治療に関する研修を修了した専任の常勤看護師	
救急患者精神科継続支援料		自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
認知療法・認知行動療法２		認知療法・認知行動療法に係る経験を有し、認知療法・認知行動療法についての研修を修了した専任の看護師	
依存症集団療法		専任の看護師	

精神科ショート・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ケア	専従の看護師	
精神科ナイト・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ナイト・ケア	専従の看護師	
重度認知症患者デイ・ケア料	専従の看護師	
粒子線治療医学管理加算（粒子線治療）	放射線治療に専従する常勤の看護師	
画像誘導密封小線源治療加算（密封小線源治療の注８）	放射線治療を専ら担当する常勤の看護師	

勤 務 体 制						
３交代制	日 勤	（ ： ～ ： ）	準夜勤	（ ： ～ ： ）	深夜勤	（ ： ～ ： ）
２交代制	日 勤	（ ： ～ ： ）	夜 勤	（ ： ～ ： ）		
その他	日 勤	（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）
申し送り時間						
３交代制	日 勤	（ ： ～ ： ）	準夜勤	（ ： ～ ： ）	深夜勤	（ ： ～ ： ）
２交代制	日 勤	（ ： ～ ： ）	夜 勤	（ ： ～ ： ）		
その他	日 勤	（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）		（ ： ～ ： ）

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

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

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

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

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

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

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

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

3. 入院患者の数及び看護要員の数

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

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

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

④ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

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

⑥ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D-E) / B] ※小数点第２位以下切り捨て

⑦ 月平均１日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____ 人

※小数点以下第２位以下切り捨て

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

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

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

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

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

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

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

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

⑩ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

※小数点第３位以下切り捨て

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

※小数点第３位以下切り捨て

4. 勤務実績表

種別※ ¹	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※ ²	看護補助者の業務※ ³	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※ ⁶					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※ ⁷
						(該当する一 つに○) ※ ⁴	夜勤従事者 数※ ⁵	1日 曜	2日 曜	3日 曜	…	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

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

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

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

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

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	$[C] - [1\text{日看護職員配置数} \times \text{日数} \times 8]$
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助者配置数 (必要数) ※10 [J]	$[(A/\text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	$[G+H / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K ※12]	$[G / (\text{日数} \times 8)]$
夜間看護補助者配置数 (必要数) ※10	$A/\text{配置区分の数}^{※11}$
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	$[I / (\text{日数} \times 16)]$
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	$[(K/J) \times 100]$

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

1日看護職員配置数 (必要数) ※10 [L] ※13	$[(A/13) \times 3]$
月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	$[(C - (L \times \text{日数} \times 8)) / (\text{日数} \times 8)]$

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟

以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。

※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。

①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、③急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が 8 時間未満の者

※8 「D」は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。

※9 「F」は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。

※10 小数点以下切り上げとする。

※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料 1 の場合「7」、10 対 1 入院基本料の場合「10」、25 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

※12 地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。

※13 地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、13 対 1 の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院料の注 2 の届出を行う場合にあっては、15 対 1 の「15」で計算すること。

※14 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。

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

〔届出上の注意〕

- 1 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。
- 2 届出前 1 か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 3 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 5 夜間看護加算（A101 療養病棟入院基本料の注 13）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7、A311 精神科救急入院料の注 5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注 5）は、常時 16 対 1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12 対 1 の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る 届出書添付書類

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る事項

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

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

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

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

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

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

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

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

医療機関名	開設者名	所在地

2 医療安全対策地域連携加算 2

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

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

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

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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

〔記載上の注意〕

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

①	直近 6 か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近 6 か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近 6 か月間における退院患者のうち、入院時の 日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能 評価が、入院時に比較して 4 点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が 4 点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

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

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
⑨	直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
⑩	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑪	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑩/⑨)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

〔記載上の注意〕

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

2 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

3 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

4 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。

5 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

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

回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

〔記載上の注意〕

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。
- 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

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

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

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

〔記載上の注意〕

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

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

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

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

〔記載上の注意〕

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

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

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

2 退院調整加算に係る要件

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

3 退院支援部署に係る構成員

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

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

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

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

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

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

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
- 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 $(c) / (b) \geq 0.75$

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(平成30年3月5日保医発0305第3号)

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(15) 妥結率の実績

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

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



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

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

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

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算

(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

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

第3 届出受理後の措置等

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

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

第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

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

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出

の必要なもの

地域包括診療料 1

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

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

外来後発医薬品使用体制加算 1

外来後発医薬品使用体制加算 2

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

調剤基本料 2

後発医薬品調剤体制加算 1

後発医薬品調剤体制加算 2

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、平成30年 3 月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

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

		理画像による迅速細胞診
透析液水質確保加算 2	→	透析液水質確保加算

別添 1

第4の7 小児運動器疾患指導管理料

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。

ア 整形外科の診療に従事した経験20時~~手~~経験を5年以上有していること。

第6の7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

(2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

第13の2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

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

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

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準

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

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

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

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

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

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

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

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

キ 以下のいずれか1つに該当すること。

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

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

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

ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

② 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。

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

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

(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。~~年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。~~

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

イ (1)のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。

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

第18の1の3 骨髓微小残存病変量測定

1 骨髓微小残存病変量測定に関する施設基準

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

ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ 内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

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

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

2 届出に関する事項

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

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

1 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

(2) 有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

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

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

(4) 有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

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

イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

2 初期加算に関する施設基準

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

第47の3の2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

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

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

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

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

2 届出に関する事項

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

第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

2 届出に関する事項

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

第72の8の2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

1 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準

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

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

2 届出に関する事項

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

第78の3の2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

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

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

第83の5 体外照射呼吸性移動対策加算

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

第84の2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算

1 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。

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

2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

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

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

〔記載上の注意〕

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

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

() 臓器移植後患者指導管理料

() 造血幹細胞移植後患者指導管理料

() 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

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

[記載上の注意]

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

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

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

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前 1 年間)

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

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前 1 年間)

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

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

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

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

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

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

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

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

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

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

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

※ 3 ①から④までについては、過去 1 年間の実績を記載すること。

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

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

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

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

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

※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

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

2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)

歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数 _____回

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

3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員)

研 修 名

受 講 年 月 日

研 修 の 主 催 者

講習の内容等

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

※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

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

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 _____名で担当

・ 担当者の氏名及び職種

(2)歯科訪問診療体制:対応体制 _____名で担当

・ 担当医の氏名

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

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

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

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

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

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

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

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

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

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧（製品名等）

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

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

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

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

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前 3 月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

2. 月平均患者数: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③)$

[記載上の注意]

① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

※ 専任の非常勤従事者を組み合わせた場合を含む

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

2. その他の従事者の状況

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

3. 届出医療機関の状況

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

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

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

5. 器械・器具等の状況

☐歩行補助具 ☐治療台、☐各種測定用器具（巻尺等）

[記載状の注意]

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

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤の眼科医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・眼科の常勤医師
 - ・5年以上の眼科の経験を有し、水晶体再建術の手術を100例以上及び観血的緑内障手術を10例以上経験している常勤医師
- 2 「2」については当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

経皮的中心隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

1 届出種別			
・新規届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出		(実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
3 当該診療科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	経皮的冠動脈形成術、 経皮的冠動脈粥腫切除術又は 経皮的冠動脈ステント留置術 に関する経験年数
		年	年
		年	年
		年	年
4 臨床工学技士の氏名（１名以上）			
5 連携医療機関			
医療機関名	医療機関の住所と 当該医療機関までの所要時間	連携医師名と経歴（経験年数を含む。）	
6 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術の実施症例数			
例			

〔記載上の注意〕

- 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 「３」は次の医師について記載すること。
 - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 「５」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がいない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。

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

- 4 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を合わせて50例以上、再度の届出の場合には100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

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

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 2 「3」については当該常勤医師の経歴（産婦人科又は婦人科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 3 「3」及び「6」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

麻酔管理料に係る届出書添付書類

[illegible]

4 非常勤の麻酔科標榜医（週3日以上かつ24時間以上勤務する医師に限る。）

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

〔記載上の注意〕

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

高エネルギー放射線治療

1 回線量増加加算

(全乳房照射・前立腺照射)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別 ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
2 当該保険医療機関における高エネルギー放射線治療を実施した症例数	症例数 例
3 小児入院医療管理料 1 の届出の有無	有 ・ 無
4 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数 年
5 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数 年
6 強度変調放射線治療 (IMRT) を実施した年間の症例数	例
画像誘導放射線治療 (腫瘍の位置情報によるもの) を実施した年間の症例数	例

[記載上の注意]

- 1 症例数は特掲診療料施設基準通知 2 の 4 の (3) に定めるところによるものであること。
- 2 高エネルギー放射線の症例数は、新規届出の場合には実績期間内に 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上が必要であること。
- 3 「4」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 4 「5」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「2」及び「3」を、1 回線量増加加算 (全乳房照射を行う場合) の届出を行う場合にあっては「2」、「4」及び「5」を、1 回線量増加加算 (前立腺照射を行う場合) の届出を行う場合にあっては、「2」及び「4」～「6」までを記載すること。

様式 78 の 2

画像誘導放射線治療加算及び画像誘導密封小線源治療加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
3 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数（５年以上）
4 放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する者の職名及び氏名	
5 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名	
6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等）	
① ２方向以上の透視が可能な装置	
② 画像照合可能な超音波診断装置	
③ 画像照合可能なＣＴ装置	
④ 体表面の位置情報で照合可能な装置	
⑤ 骨構造の位置情報で照合可能な装置	
⑥ 腫瘍の位置情報で照合可能な装置	
⑦ 画像照合可能なＭＲＩ装置	
⑧ 遠隔操作式密封小線源治療装置	
⑨ 小線源治療用三次元的治療計画装置	

〔記載上の注意〕

- 1 「2」、「3」及び「4」の常勤の医師、診療放射線技師及び担当者の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「5」の看護師は、画像誘導密封小線源治療加算の場合のみ記入することとして、当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 3 「6」については、画像誘導放射線治療加算の場合は、①～⑥について記入すること（①～③、④～⑥はそれぞれいずれか1つの記入でも可とする）。
- 4 「6」については、画像誘導密封小線源治療加算の場合は、③及び⑦～⑨について記入すること（③、⑦についてはいずれかで1つのみでも可とする）。

様式 80 の 2

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

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

[記載上の注意]

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

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

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

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	特別調剤基本料 (「区分番号 00」の「注 2」)
2 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する) ☐ 新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く) 指定日 (年 月 日) ☐ 新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合) ☐ 調剤基本料の区分変更に伴う届出 ☐ その他 ()		
3 病院との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無 (特別な関係を有する病院名 :)		
ア 病院との不動産の賃貸借取引	☐ ある ☐ ない	
イ 病院が譲り渡した不動産の利用	☐ ある ☐ ない	
ウ 保険薬局が所有する設備の貸与	☐ ある ☐ ない	
エ 病院による開局時期の指定	☐ ある ☐ ない	
4 所属するグループ名とグループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数の合計	所属するグループ名 ()	
	1 月当たりの処方箋受付回数の合計 (①) (回)	
5 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引の有無 (いずれかに「レ」を記入)	☐ ある ☐ ない	
6 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間 : 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間②)		
ア 全処方箋受付回数 (③)	回	
イ アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数 (④)	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 集中度 (%) (⑤)	%	
オ 当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数 (⑥)	施設	
カ ⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計 (⑦)	回	

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

（参考）調剤基本料の注3の減算への該当性

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

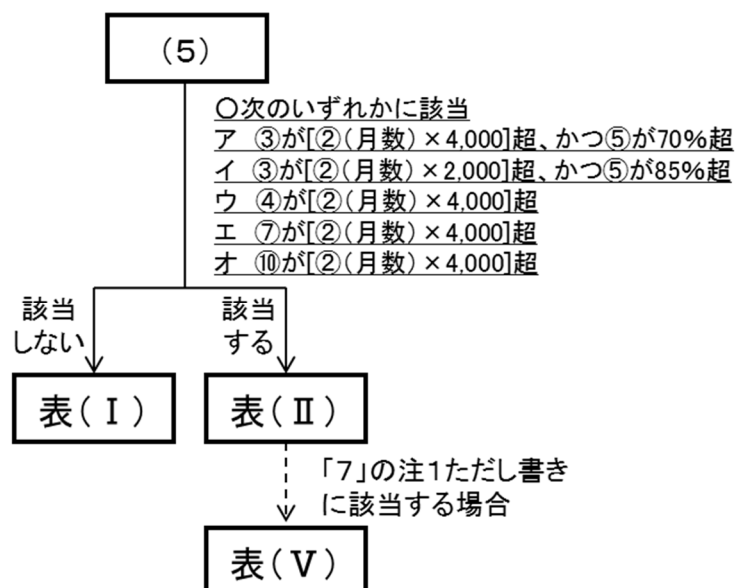
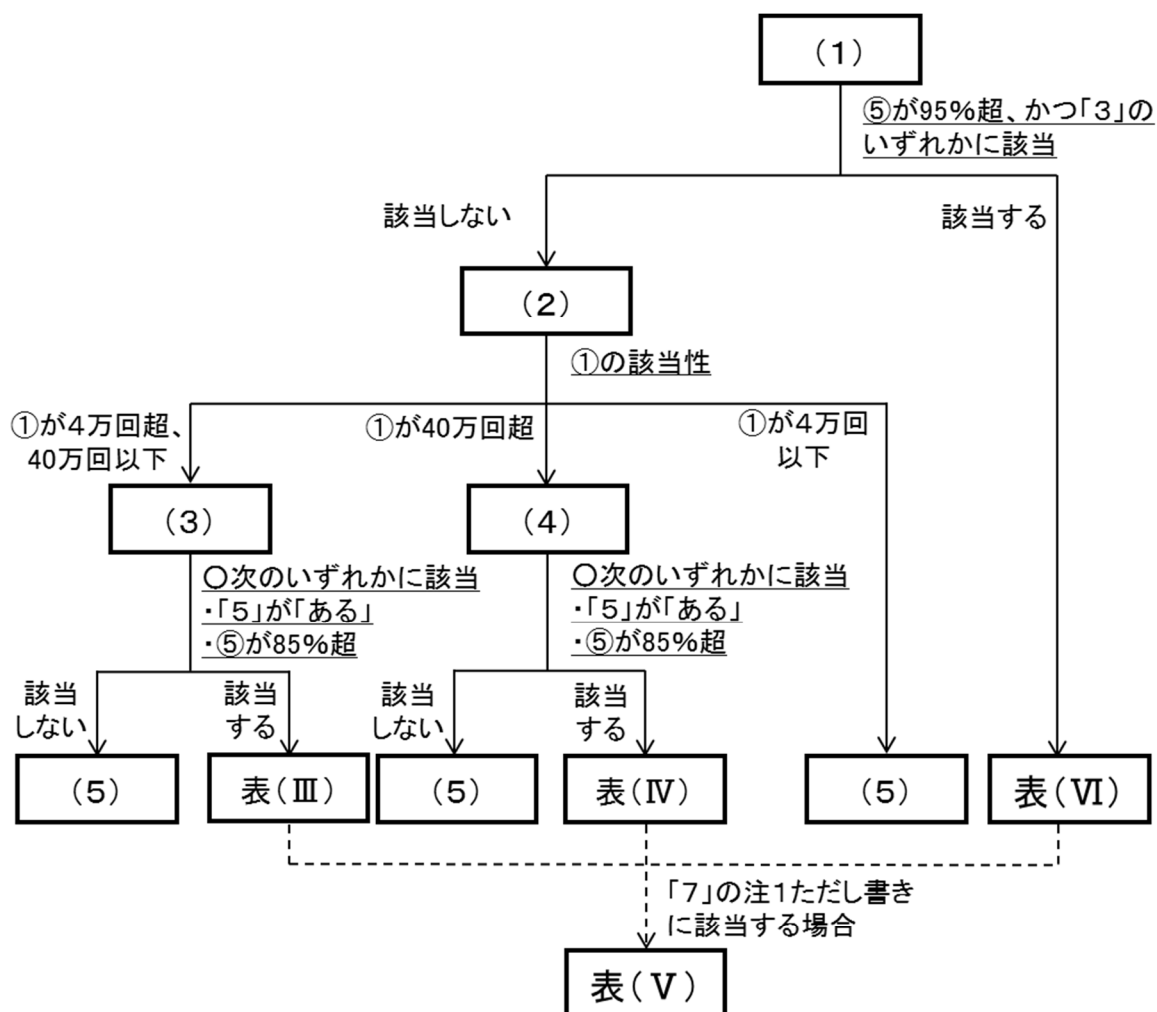
（参考）調剤基本料の注6の減算への該当性（③が〔（②）月数×600〕を超える場合のみ記載）

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

（参考）薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	☐ あり ☐ なし
-------------------------	--

※調剤基本料の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。



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

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

[添付の必要がある資料]

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

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

[記載上の注意]

- 1 「2」については、新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、平成30年度改定に伴う届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成30年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、病院である保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
ア 病院である保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「病院と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
イ 平成28年10月以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「病院が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 5 「4」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③／②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 6 「5」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 7 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋
ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋
- 8 ⑤については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、④／③にて算出する。
- 9 ⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。
- 10 「7」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に「レ」を記入する。また、様式87の2を添付する。
- 11 「8」については、前年11月末までに地方厚生（支）局長に報告した妥結率を記載する。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載する。
- 12 「9」については、前年11月末までの地方厚生（支）局長への報告の有無を記載する。ただし、平成31年3月31日までの間は空欄で差し支えない。
- 13 「11」については、「8」が50%以下、「9」が「なし」又は「10」が「あり」のいずれかの場合に「あり」とする。
- 14 「13」については、特掲診療料施設基準通知の第3の4に規定する毎年7月1日現在での届出書の記載事項についての報告と併せて後発医薬品調剤割合を報告している場合に「あり」とする。
- 15 「15」について、該当する保険薬局又は直近3ヶ月間の薬剤服用歴管理指導料の実績により該当しなくなった保険薬局は、当該保険薬局における6月以内に再度処方箋を持参した

患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

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

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

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

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

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

割合（②／①）（％）	
------------	--

％

[記載上の注意]

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 6」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注 6」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

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

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

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

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

[記載上の注意]

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

籍期間を記載すること。

- 11 「16」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 12 「17」については、プライバシーへの配慮の方法について具体的に記載すること。
- 13 調剤基本料1を算定する保険薬局は様式90の「かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。
- 14 「18」については、当該手順書の写しを添付すること。なお、平成30年9月30日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 15 「19」については、薬局機能情報提供制度における「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」について記載し、薬局機能情報提供制度における当該保険薬局に係る掲載内容の写し及び取組実績があることを確認できる資料の写しを添付すること。なお、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。
- 16 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式 87 の 4

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

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

1 届出の区分 (該当する項目の口に「レ」を記入する) ☐ 新規届出 ☐ 区分変更に伴う届出 ☐ 平成 30 年度改定に伴う届出 ☐ その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J O 3 8」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 O 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「J O 3 8」人工腎臓を算定した患者数 (①/②) (③)		
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。 (1) ①が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ①が 26 台以上 → (2) へ (2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

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

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 2 「2」の医師が関連学会の主催する講習会を受講したことを証明する書類を添付すること。
- 3 「3」について、当該組織バンクと適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。

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

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
3 当該医療機関における体外循環を使用する手術の実施症例数		
		例
そのうち、心臓弁膜症手術の実施症例数		例
4 心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験症例数
		例
		例
5 当該医療機関における胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の実施症例数		
		例
6 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科 科
7 心臓血管外科の常勤医師の氏名等（心臓血管外科について5年以上の経験及び専門的	常勤医師の氏名	経験年数

知識を有する者が2名以上、 そのうち10年以上の経験を有 する者が1名以上)		年
		年
		年
8 経食道心エコーの実施症例数 (例)		
9 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)		
10 常勤の臨床工学技士の氏名（体外循環の操作 を30例以上実施した経験を有する者が1名以上 ）		
11 保守管理の計画 (有 ・ 無)		

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 胸腔鏡下弁形成術又は胸腔鏡下弁置換術を届け出る場合にあっては、「2」、「5」、「9」及び「11」は記載する必要がないこと。また、「3」又は「4」は、当該施設基準を満たすものとして、いずれか一方を記載すればよいこと。
- 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を届け出る場合にあっては、「4」は記載する必要がないこと。
- 「2」及び「4」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「3」、「5」及び「8」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「7」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 「10」について、当該技師のうち1名以上について、手術における体外循環の操作を実施した症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 「11」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 「2」については、当該手術の症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「2、3、4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
- 2 「２」については、医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、術者として実施した症例一覧を別添２の様式５２により添付すること。
- 3 「３」については、当該症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式５２により添付すること。
- 4 「５」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。また、当該医師の経歴（当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「８」について、当該手術に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

第4 経過措置等

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

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

表1 新たに基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

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

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

機能強化型訪問看護管理療養費3

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

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

別添 届出基準

6 機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式6を用いること。

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

(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1

次のいずれにも該当するものであること。

ウ 次のいずれかを満たすこと。

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

(3) 機能強化型訪問看護管理療養費 3

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

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

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について
(平成30年3月5日保医発0305第6号)

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

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

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

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

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

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

130 心臓手術用カテーテル

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

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成30年 3 月 5 日保医発0305第12号)

II 歯科点数表関係

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

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

(別表)

Ⅱ 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及び機能区分コード

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

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

3 医学管理等について

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

8 処置について

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

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

別添 1

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

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(18) 「診療実日数」欄について

ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料ロ又はハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料1、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

チ 「装着」の項について

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

ハ 「その他」欄について

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

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

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

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

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧（歯科）

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

別添 2

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

別添様式 コーディングデータに係る記録条件仕様（10頁）

エ コーディングデータ情報

コーディングデータレコード

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

ページ	段	行	誤	正
-----	---	---	---	---

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

（原稿誤り）

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

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

（原稿誤り）

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

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

二二〇	下	四	(3)(2)	(2)(1)
二二〇	下	五		

二二〇ページ下段十二行目と十三行目の間に次のように加える。

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

二三一 下 ― 終りから一 ― ト ― ― ―

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

（原稿誤り）

二五七 上	終りから二	、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、薬剤投与用胃瘻造設術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
二五七 下	終りから八	、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）