

事 務 連 絡 (保135)
平成 2 8 年 9 月 6 日

都道府県医師会 事務局長 殿

日本医師会 保険医療部 医療保険課長

日本医師会作成「改定診療報酬点数表参考資料」
正誤表（その1）の送付について

本会作成『改定診療報酬点数表参考資料（平成28年4月1日実施）』につきましては、都道府県医師会を通じ、会員の先生方にご配布いただいたところでございます。

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

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

記

【参考資料の正誤】

- ・平成28年3月5日付 厚生労働省保険局医療課長通知との正誤
- ・平成28年3月31日付、6月7日付、6月14日付、7月27日付

厚生労働省保険局医療課事務連絡による正誤

<添付資料>

改定診療報酬点数表参考資料（平成28年4月1日実施）《正誤表（その1）》

改定診療報酬点数表参考資料

(平成28年4月1日実施)

《正 誤 表 その1》

1. 留意事項通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
別添1 医科診療報酬点数表に関する事項		
第1章 基本診療料		
第2部 入院料等		
45	<通則>	7 入院期間の計算 (1) 《略》 ア 《略》 イ 退院の日から起算して3月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年5月30日法律第50号）第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は《以下略》
86 87	A206 在宅患者 緊急入院診療加算	(4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、以下の場合に算定する。 ア「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第2号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1（2）又は第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1（2）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（「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」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1（2）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第2号）の第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1（2）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合
111 112 113 114	A246 退院支援 加算	(5) 退院支援計画を実施するに当たって、退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師一及び病棟に専任の退院支援職員及び並びに退院支援部門の看護師並びに<u>及び</u>社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。 (6)～(17) 《略》 (18) 「注5」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟等及び療養病棟等において、算定可能である。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第2号）別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の7の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、一般病棟7対1入院基本料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。

148	A 3 1 0 緩和ケア 病棟入院料	(3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「A 3 0 8」の回復期リハビリテーション病棟 入院料 の(4)と同様であること。
150	A 3 1 1 - 2 精神 科急性期治療病棟 入院料	(7) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(5 6)の例による。 (8) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(6 7)から(8 9) まで の例による。
153	A 3 1 2 精神療養 病棟入院料	(7) 「注4」の重症者加算1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) 局長等に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてG A F尺度による判定が30以下の患者である場合に算定する。
154 155 156	A 3 1 8 地域移行 機能強化病棟入院 料	(3) 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アから オ までについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。 ア～カ《略》 (4)～(6)《略》 (7) 退院を予定している患者(指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス 等 利用 等 計画を作成している患者に限る。)に係る他の保険医療機関における区分番号「I 0 0 8 - 2」精神科ショート・ケア又は区分番号「I 0 0 9」精神科デイ・ケアの利用については、第2部通則5に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。
第2章 特掲診療料		
第1部 医学管理等		
205 206	B 0 0 1 - 2 小児 科外来診療料	(11) 本診療料を算定する 旨を届け出た 保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。
226	B 0 0 7 - 2 退院 後訪問指導料	(2) 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、 介護老人保健施設に入所中又は保険医療機関に入院中の患者 は算定の対象としない。
第2部 在宅医療		
265	C 0 0 1 在宅患者 訪問診療料	(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。 ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間(開始時刻及び終了時刻)及び診療場所について、診療録に記載すること。また、「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」を算

		定する場合は、別紙様式 14 に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式 14 のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
268 269	C 0 0 2 在宅時医学総合管理料 C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料	(9) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「B 0 0 0」特定疾患療養管理料…《中略》…区分番号「J 1 1 9 - 2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9 - 3」低出力レーザー照射、及び区分番号「J 1 1 9 - 4」肛門処置及び区分番号「J 1 2 0」鼻腔栄養は所定点数に含まれ、別に算定できない。 なお、《以下略》
283	C 0 0 8 在宅患者訪問薬剤管理指導料	(9) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の対象となる同居する同一世帯の複数の患者に対して必要な薬学的管理指導を行った 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する場合など、同一の患家において 2 人以上の患者を指導した場合には、(2)の規定にかかわらず、1 人目は「1 同一建物居住者以外の場合」を算定し、2 人目以降は「2 同一建物居住者の場合」を算定する。
第 3 部 検査		
307	D 0 0 1 尿中特殊物質定性定量検査	(7) 蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「 18 17」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「D 0 2 6」検体検査判断料の「1」尿・糞便等検査判断料を算定する。
342	D 0 1 4 自己抗体検査	(7) C 3 d → C ₃ d (12) I g G 2 → I g G ₂ ※下付きへ訂正。(12) は 3 か所。
350	D 2 1 5 超音波検査	(10) (11) を削除。 (12 10) 《略》 (13 11) 《略》 (14 12) 《略》 (15 13) 《略》 (16 14) 《略》 (17 15) 《略》 (18 16) 《略》
352	D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定	(1) イ P C O 2 → P C O ₂ ※下付きへ訂正。
352	D 2 2 2 - 2 経皮的酸素ガス分圧測定（1 日につき）	P O 2 → P O ₂ ※下付きへ訂正。
352	D 2 2 3 - 2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）	(2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 <u>終夜</u> 経皮的動脈血酸素飽和度測定（ <u>一連につき</u> ）の費用は算定できない。
356	D 2 3 9 - 3 神経学的検査	(2) 神経学的検査は、専ら神経系疾患（小児を対象とする場合も含む。）の診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上

		有するものに限る。)として、地方厚生(支)局長等に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。
第5部 投薬		
391	F 0 0 0 調剤料	(7) 「注3」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。(ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)をいう。
396	F 4 0 0 処方せん料	(1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日以上のを超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。 《以下略》
第8部 精神科専門療法		
455	I 0 0 2 通院・在宅精神療法	(17) 「注6」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の三二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。《以下略》
456	I 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料	(2) 「注2」については、当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与(以下「向精神薬多剤投与」という。)した場合には、算定しない。ただし、区分番号「F 1 0 0」処方料(3)のアの(イ)から(ハ二)のいずれかに該当する場合、及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合で(二)に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。 (3)～(8)《略》 (9) 「注5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の三二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「I 0 0 2」通院・在宅精神療法の(17)に示すものと同様である。
459	I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法	(12) 認知療法・認知行動療法の「3」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の《以下略》
461	I 0 0 6 - 2 依存症集団療法	(1) 依存症集団療法は、《中略》精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の者(このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する医師精神科医、看護師又は作業療法士(いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。))であること。が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。 (2) 《略》 (3) 依存症集団療法は、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。

462 463	I 0 0 8 - 2 精神 科ショート・ケア	(3) 精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの及び又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定する精神病棟に入院中の）<u>している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されている</u>ものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中 1 回に限り算定できる。《以下略》 (4)～(8)《略》 (9)「注 5」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）<u>に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中 1 回に限り算定できる。</u> (9)→(10)《略》 (10)→(11)《略》
463 464	I 0 0 9 精神科デ イ・ケア	(10)「注 6」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているもの）<u>に限る。）</u>に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中 1 回に限り算定できる。
470	I 0 1 2 - 2 精神科 訪問看護指示料	(3) 精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に 1 回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について 1 月に 1 回を限度として算定できる。なお、同一月において、1 人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1 月に 1 回を限度に算定するものであること。 ただし、A 保険医療機関と特別の関係にある B 保険医療機関において区分番号「C 0 0 5」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C 0 0 5 - 1 - 2」同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、A 保険医療機関は当該患者について区分番号「C 0 0 7」訪問看護指示料は算定できない。
第 9 部 処置		
491	通則	7 通則 5 の時間外等加算 1 は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長等に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。
第 10 部 手術		
556 557	通則	15 「通則 12」の休日加算 1、時間外加算 1 又は深夜加算 1（以下「時間外等加算 1」という。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長等に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り算定できる。

562	K 0 5 9 骨移植術 (軟骨移植術を含む。)	(9-8) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「4」により算定する。
578	K 6 6 4 胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)	(4) 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)局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 き
582	K 7 2 6 人工肛門造設術	区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切断術の「4」-「 K 7 4 0 - 2 」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「 3 」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
589	K 9 3 9 - 5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(7) 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)局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

2. 基本診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
基本診療料の施設基準等（告示）		
630		○厚生労働省告示第 五十三 号 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十八年四月一日から適用する。 平成二十八年 三 月 四 日
631	六 明細書発行体制等加算の施設基準	(2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和三十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第 二十七 号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第 号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書が無償で交付することを要しない。
基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）		
672	本文	標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第○ 52 号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第○ 53 号）が公布され、平成28年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。 なお、従前の「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26年3月5日保医発 0305 第1号）は、平成28年3月31日限り廃止する。
675 676	第4 経過措置等	表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年4月以降において 当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1 一般病棟入院基本料の注13に掲げる夜勤時間特別入院基本料 <u>療養病棟入院基本料（注11に規定する届出に限る。）</u> 療養病棟入院基本料の注12に掲げる夜勤時間特別入院基本料（療養病棟入院基本料2に限る。） 《中略》 回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算2 地域移行機能強化病棟入院料 <u>精神科急性期医師配置加算（精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）を算定</u>

		<u>する病棟において届け出る場合に限る。)</u>																		
676 677	第4 経過措置等	表2 施設基準の改正により、平成28年1月1日又は平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの ・一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）<u>（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。）</u>（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） ・療養病棟入院基本料 <u>2</u> （注11に規定する届出に限る。）（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） ・特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。10対1入院基本料に限る。）<u>（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。）</u>（平成29年4月1日以降に算定する場合に限る。） ・専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）<u>（医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。）</u>（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） ※変更箇所のみ記載																		
677 678	第4 経過措置等	表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの <table border="1"> <tr> <td>急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間25対1急性期看護補助体制加算</td><td>→</td><td>急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間30対1急性期看護補助体制加算</td></tr> <tr> <td>病棟薬剤業務実施加算</td><td>→</td><td>病棟薬剤業務実施加算1</td></tr> <tr> <td>退院調整加算 <u>（注3に規定する届出を除く。）</u></td><td>→</td><td>退院支援加算2</td></tr> <tr> <td><u>退院調整加算（注3に規定する届出に限る。）</u></td><td>→</td><td><u>退院支援加算（注5に規定する届出に限る。）</u></td></tr> <tr> <td>精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算</td><td>→</td><td>精神科急性期医師配置加算 <u>（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟において算定する場合に限る。）</u></td></tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算</td><td>→</td><td>回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算1</td></tr> </table>	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間25対1急性期看護補助体制加算	→	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間30対1急性期看護補助体制加算	病棟薬剤業務実施加算	→	病棟薬剤業務実施加算1	退院調整加算 <u>（注3に規定する届出を除く。）</u>	→	退院支援加算2	<u>退院調整加算（注3に規定する届出に限る。）</u>	→	<u>退院支援加算（注5に規定する届出に限る。）</u>	精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算	→	精神科急性期医師配置加算 <u>（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟において算定する場合に限る。）</u>	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算	→	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算1
急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間25対1急性期看護補助体制加算	→	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間30対1急性期看護補助体制加算																		
病棟薬剤業務実施加算	→	病棟薬剤業務実施加算1																		
退院調整加算 <u>（注3に規定する届出を除く。）</u>	→	退院支援加算2																		
<u>退院調整加算（注3に規定する届出に限る。）</u>	→	<u>退院支援加算（注5に規定する届出に限る。）</u>																		
精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算	→	精神科急性期医師配置加算 <u>（精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟において算定する場合に限る。）</u>																		
回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算	→	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算1																		
別添1 初・再診料の施設基準等																				
679	第1 夜間・早朝等加算	2 届出に関する事項 夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局 （支） <u>（支）</u> 局長に対して、届出を行う必要はないこと。																		
679	第2の2 明細書発行体制等加算	2 届出に関する事項 明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局 （支） <u>（支）</u> 局長に対して、届出を行う必要はないこと。																		
別添2 入院基本料等の施設基準等																				
686	第2 病院の入院基	4の2 7対1入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟については、																		

	本料等に関する施設基準	次の点に留意する。 (1) 7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）並びに 10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している全ての《略》 (2) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している患者全体（延べ患者数）に占める一般病棟用の《以下略》
688	第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準	4 の 7 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。 (1) 10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は 13 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、《以下略》
694	第 5 入院基本料の届出に関する事項	3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 及び様式 12 の2から様式 12 の 10 までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添 7 の様式 12 の2を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添 7 の様式 12 の 8 を《以下略》
別添 3 入院基本料等加算の施設基準等		
697 698	第 1 総合入院体制加算	1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等 (13) 総合入院体制加算 1 を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、A 得点が 2 点以上の患者又は C 得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が 3 割以上であること。《以下略》
699 700	第 1 総合入院体制加算	3 総合入院体制加算 3 に関する施設基準等 (5) 総合入院体制加算 3 を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟<u>病床</u>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《以下略》
700 701	第 2 臨床研修病院入院診療加算	3 届出に関する事項 臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局（支）<u>（支）</u>局長に対して、届出を行う必要はないこと。
701	第 2 の 2 救急医療管理加算	2 届出に関する事項 救急医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満た

		していればよく、特に地方厚生局(支)(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。 また、救急医療管理加算2を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添7の様式14の3により毎年7月に地方厚生(支)局長に報告すること。
701	第3の2 妊産婦緊急搬送入院加算	2 届出に関する事項 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局(支)(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
704	第4の3 急性期看護補助体制加算	1 通則 (4) 急性期看護補助体制加算を算定するするものとして届け出た病棟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の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟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《略》
705	第4の4 看護職員夜間配置加算	1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準 (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病棟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の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟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《略》
707	第7 看護補助加算	1 看護補助加算に関する施設基準 (1) 看護補助加算1を算定する一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料の病棟においては、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟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の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟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《略》
711	第13 重症皮膚潰瘍管理加算	2 届出に関する事項 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局(支)(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
712	第14 緩和ケア診療加算	1 緩和ケア診療加算に関する施設基準 (12) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知)に規定するがん診療連携拠点病院等(がん診療連携拠点病院(都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院)、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院)又は「小児がん拠点病院の整備について」(平成26年2月5日健発0205第4号厚生労働省健康局長通知)に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。)また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な

		役割を担うと認めた病院又は 下記に掲げる 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。																								
714	第 17 の 2 強度行動 障害入院医療管理 加算	3 届出に関する事項 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局 （支） <u>（支）</u> 局長に対して、届出を行う必要はないこと。																								
715	第 18 がん拠点病院 加算	4 届出に関する事項 がん拠点病院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生局 （支） <u>（支）</u> 局長に対して、届出を行う必要はないこと。																								
724	第 26 の 5 退院支援 加算	1 退院支援加算 1 に関する施設基準 (3) 退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計 120 床までに限る。なお、20 床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、退院支援部門の <u>専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。</u>																								
725	第 26 の 5 退院支援 加算	6 届出に関する事項 (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「 <u>特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて</u> 」の別添 <u>2</u> の様式 12 を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「 <u>特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて</u> 」の別添 <u>2</u> の様式 12 の 2 に準じた様式を用いること。																								
727	第 26 の 8 精神科急性期 医師配置加算	2 届出に関する事項 精神科急性期医師配置加算 <u>精神疾患診療体制加算</u> に係る届出は別添 7 の様式 40 の 13 <u>及び様式 53</u> を用いること。																								
730 731	人事院規則で定める 地域に準じる地域	◆ 3 級地 <table><tr><td>茨城県</td><td>常総市</td></tr></table> ◆ 5 級地 <table><tr><td>茨城県</td><td>阿見町、稲敷市、つくばみらい市</td></tr><tr><td>千葉県</td><td>八千代市、四街道市</td></tr><tr><td>東京都</td><td>小金井市、羽村市、日の出町、檜原村、奥多摩町</td></tr></table> 《略》 <table><tr><td>大阪府</td><td>豊能町、島本町、摂津市、四條畷市</td></tr><tr><td>兵庫県</td><td>川西市、猪名川町</td></tr><tr><td>奈良県</td><td>川西町、生駒市、<u>平群町</u></td></tr><tr><td><u>広島県</u></td><td><u>安芸郡府中町</u></td></tr></table> ◆ 6 級地 <table><tr><td>宮城県</td><td>利府町、<u>七ヶ浜町</u></td></tr><tr><td>茨城県</td><td>東海村、那珂市、大洗市<u>町</u>、坂東市、境町、五霞町、常総市、<u>利根町</u>、<u>河内町</u></td></tr><tr><td>栃木県</td><td>さくら市</td></tr><tr><td><u>群馬県</u></td><td><u>明和町</u></td></tr></table>	茨城県	常総市	茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市	千葉県	八千代市、四街道市	東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村、 奥多摩町	大阪府	豊能町 、島本町、摂津市、四條畷市	兵庫県	川西市、猪名川町	奈良県	川西町、生駒市、 <u>平群町</u>	<u>広島県</u>	<u>安芸郡府中町</u>	宮城県	利府町、 <u>七ヶ浜町</u>	茨城県	東海村、那珂市、大洗 市 <u>町</u> 、坂東市、境町、五霞町、常総市、 <u>利根町</u> 、 <u>河内町</u>	栃木県	さくら市	<u>群馬県</u>	<u>明和町</u>
茨城県	常総市																									
茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市																									
千葉県	八千代市、四街道市																									
東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村、 奥多摩町																									
大阪府	豊能町 、島本町、摂津市、四條畷市																									
兵庫県	川西市、猪名川町																									
奈良県	川西町、生駒市、 <u>平群町</u>																									
<u>広島県</u>	<u>安芸郡府中町</u>																									
宮城県	利府町、 <u>七ヶ浜町</u>																									
茨城県	東海村、那珂市、大洗 市 <u>町</u> 、坂東市、境町、五霞町、常総市、 <u>利根町</u> 、 <u>河内町</u>																									
栃木県	さくら市																									
<u>群馬県</u>	<u>明和町</u>																									

		埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
		千葉県	我孫子市、白井市、鎌ヶ谷市、大網白里市、長柄 市 、長南町、 <u>香取市</u>
		<u>東京都</u>	<u>奥多摩町</u>
		神奈川県	逗子市、大磯町、中井町
		愛知県	蒲郡市、幸田町、知立市、 高浜市 、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
		三重県	東員町、 いなべ市 、 <u>朝日町、川越町、木曽岬町</u>
		滋賀県	湖南市、野洲市
		京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市、 <u>宇治田原町、和束町、笠置町</u>
		大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河南町、千早赤阪村、 <u>豊能町</u>
		奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町、 <u>五條市、三郷町</u>
		<u>和歌山県</u>	<u>かつらぎ町、紀の川市、岩出市</u>
		福岡県	古賀市、久山町
		<u>佐賀県</u>	<u>佐賀市</u>
		◆ 7 級地	
		宮城県	村田町
		茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町、 <u>潮来市</u>
		栃木県	日光市、芳賀町、上三川町、壬生町、佐野市、野木町
		群馬県	伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、榛東村、桐生市、 <u>大泉町、千代田町、みどり市、板倉町</u>
		埼玉県	吉見町、嵐山町
		千葉県	富里市、山武市、大多喜町、鴨川市
		東京都	東大和市、瑞穂町
		<u>神奈川県</u>	<u>箱根町</u>
		<u>富山県</u>	<u>南砺市</u>
		石川県	かほく市 <u>津幡町</u>
		山梨県	甲斐市、昭和町、中央市、市川三郷町、北杜市、 <u>早川町、南部町、身延町、富士河口湖町</u>
		長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曾町、 <u>大鹿村、飯田市</u>
		岐阜県	土岐市、八百津町、坂祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市、 <u>高山市、御嵩町</u>
		静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町、 <u>湖西市</u>
		愛知県	新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北

			名古屋市、清須市、 <u>高浜市</u>
		<u>三重県</u>	<u>菰野町、いなべ市</u>
		滋賀県	米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市
		<u>京都府</u>	<u>南山城村</u>
		兵庫県	加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市
		奈良県	山添村、吉野町、明日香村、田原本町、 <u>曽爾村</u>
		<u>岡山県</u>	<u>備前市</u>
		広島県	世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市
		<u>山口県</u>	<u>岩国市</u>
		《以下略》	
備考 <u>平成 28 年 3 月 31 日において A218 地域加算の対象地域であったが、同年 4 月 1 日以降人事院規則九一四九第 2 条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限り、7 級地とみなす。</u>			
この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。			
別添 4 特定入院料の施設基準等			
739	第 11 回復期リハビリテーション病棟入院料	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 (3) 当該入院料を算定するものとして届け出ている 病棟 <u>病床</u> に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の看護必要度評価票 A 項目を用いて測定し、その結果、当該 病棟 <u>病床</u> へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が 0.5 割以上であること。《略》	
741	第 12 地域包括ケア病棟入院料	1 地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準 (9) 当該入院料を算定するものとして届け出ている 病棟 <u>病床</u> 又は病室に入院している全ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A 項目） 又は及び 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 病棟 <u>病床</u> 又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による測定の結果、《略》	
743	第 14 緩和ケア病棟入院料	1 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等 (11) がん診療の拠点となる病院は、別添 3 の第 14 の(12)と同様であること。また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は 下記に掲げる 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。	
748	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 (4) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）の施設基準等 ケ 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に入院している全	

		ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A 項目）又は及び手術等の医学的状況の項目（C 項目）を用いて《略》
749	第 21 地域移行機能強化病棟入院料	1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (8) 当該病棟に 2 名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は 3 名以上）の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。<u>ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2 名の専従の常勤精神保健福祉士と、1 名の専従の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。</u>
750	第 21 地域移行機能強化病棟入院料	3 届出に関する事項 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専従の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために 2 名の専従の常勤精神保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）≡様式 24 の 2及び様式 57 の 4 を用いること。<u>作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式 9 の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。</u>また、当該届出は平成 32 年 3 月 31 日までの間に限り行うことができるものであること。 なお、重症者加算 1 について、精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算 1 として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

3. 特掲診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて		
785	本文	標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第52●号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年厚生労働省告示第54●号）が公布され、 《以下略》
785 787 789 790	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。 (1) 開放型病院の施設基準 届出前30日間の実績を有していること。 (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率及び、輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等 <u>及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合</u> ア～エ 《略》 (3)、(4) 《略》 (5) 後発医薬品調剤体制加算<u>及び外来後発医薬品使用体制加算</u>の施設基準 届出前3月間の実績を有していること。 (6)～(8) 《略》 (9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数 イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数 (イ)、(ロ) 《略》 (ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上<u>以下</u>であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。 例：イの（ハ）による届出の場合 8月1日から新規に算定を開始した場合 ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可 ・ ①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上<u>以下</u>であれば、施設基準に適合しているものと判断する。） (10) 《略》 (11) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

		ア 《略》 イ 経口摂取回復率 経口摂取回復率については、(6) 経口摂取回復促進加算 1 に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの(イ)中「別添 1 の第 45 の 2 の 1 の(3)のア又はイ」とあるのは、「別添 1 の第 79 の 3 の 1 の(2)の<u>イの①の(ア)又は(イ)</u>ウの①又は②」と読み替えるものとする。 (12) 調剤基本料の施設基準 ア 処方せん受付回数 (イ) 前年 3 月 1 日から当年 2 月末<u>日</u>までの 1 年間の処方せん受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年 4 月 1 日から翌年 3 月末日まで所定点数を算定する。 (ロ)(ハ) 《略》 (11)(13) 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 届出前 3 月間の実績をもって施設基準の適合性を判断する。
795	第 2 届出に関する手続き	7 次の(1)から(8)(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。 (1) 持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定 (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 (3) センチネルリンパ節生検(併用)、乳がんセンチネルリンパ節加算 1 (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算 2 (5) う蝕歯無痛的窩洞形成加算、手術時歯根面レーザー応用加算 (4)(5) 人工脾臓検査、人工脾臓療法 (7)(6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト (8)(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
797	第 4 経過措置等	表 1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成 28 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの 《略》 外来後発<u>医薬</u>品使用体制加算 摂食機能療法の注 2 に掲げる経口摂取回復促進加算 2 リンパ浮腫複合的治療料 通院・在宅精神療法の注 4 に掲げる児童思春期精神科専門管理加算 救急患者精神科継続支援料 依存症集団療法 認知療法・認知行動療法 3 硬膜外自家血注入 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの) 人工腎臓の注 10 に掲げる下肢末梢動脈疾患指導管理加算

		人工臓臓療法 手術用顕微鏡加算 同種骨移植（特殊なもの） 内視鏡下甲状腺部分切除、甲状腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）及び内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉） 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術 乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）） 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。） 内視鏡下筋層切開術 骨格筋由来細胞シート心表面移植術 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。） 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） 腹腔鏡下仙骨腔固定術 凍結保存同種組織加算 <u>歯根端切除手術の注3</u> 《以下略》
797	第4 経過措置等	表2 施設基準の改正により、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成28年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの ニコチン依存症管理料（平成29年7月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 在宅療養支援診療所（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る） コンタクトレンズ検査料1又は3（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影（注3に規定する届出に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 腹腔鏡下肝切除術（3、4、5又は6を算定する場合に限る。） 在宅療養支援歯科診療所（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。） 歯根端切除手術の注3 基準調剤加算 後発医薬品調剤体制加算1又は2
797	第4 経過措置等	表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

		<table> <tr> <td>在宅療養実績加算</td><td>→</td><td>在宅療養実績加算 1</td></tr> <tr> <td>特定施設入居時等医学総合管理料</td><td>→</td><td>施設入居時等医学総合管理料</td></tr> <tr> <td>人工臓臓</td><td>→</td><td>人工臓臓検査</td></tr> <tr> <td>経口摂取回復促進加算</td><td>→</td><td>経口摂取回復促進加算 1</td></tr> <tr> <td><u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの）</u></td><td>→</td><td><u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術</u></td></tr> </table> 《以下略》	在宅療養実績加算	→	在宅療養実績加算 1	特定施設入居時等医学総合管理料	→	施設入居時等医学総合管理料	人工臓臓	→	人工臓臓検査	経口摂取回復促進加算	→	経口摂取回復促進加算 1	<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの）</u>	→	<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術</u>
在宅療養実績加算	→	在宅療養実績加算 1															
特定施設入居時等医学総合管理料	→	施設入居時等医学総合管理料															
人工臓臓	→	人工臓臓検査															
経口摂取回復促進加算	→	経口摂取回復促進加算 1															
<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術（レーザーシースを用いるもの）</u>	→	<u>植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術</u>															
別添 1 特定入院料の施設基準等																	
803	第 4 の 6 糖尿病透析予防指導管理料	1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準 (9) 注 5 に規定する腎不全期患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が 5 割を超えていること。 ア 4 月前までの 3 か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に<u>算出測定</u>した eGFR_{Cr} 又は eGFR_{Cys} (ml/分/1.73 m²) が 30 未満であったもの（死亡したもの、透析を導入したもの及び腎臓移植を受けたものを除き 6 人以上が該当する場合に限る。） イ アの算定時点（複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。）から 3 月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者 (イ) 血清クレアチニン又はシスタチン C がアの算定時点から不変又は低下していること (ロ) 尿たんぱく排泄量がアの算定時点から 20% 以上低下していること (ハ) アで eGFR_{Cr} 又は eGFR_{Cys} を<u>算出測定</u>した時点から前後 3 月時点の eGFR_{Cr} 又は eGFR_{Cys} を比較し、その 1 月当たりの低下が 30% 以上軽減していること															
803	第 4 の 6 糖尿病透析予防指導管理料	2 届出に関する事項 (1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 5 の 6 及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 7<u>2</u> の様式 13 の 2 を用いること。なお、腎不全期患者指導加算に係る届出は、別添 7<u>2</u> の様式 5 の 8 を用いること。															
811	第 11 の 3 の 2 外来がん患者在宅連携指導料	1 外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準 外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算 <u>1 若しくは</u> 2 の届出を行っていること。 2 届出に関する事項 外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算 <u>1 若しくは</u> 2 の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。															
812	第 12 薬剤管理指導料	2 薬剤管理指導料の対象患者 薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン塩酸塩、クロピドグレル及びシロスタゾール硫酸塩並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオ															

		フィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗H I V薬が投薬又は注射されている患者をいう。
813	第 12 の 1 の 2 診療 情報提供料（I）及 び電子的診療情報 評価料	3 届出に関する事項 （1）地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は「 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 」の別添 7 <u>2</u> の様式 12 に より届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は「 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて 」の別添 7 <u>2</u> の様 式 12 の 2 に準じた様式を用いること。 （2）検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届 出は、別添 2 の様式 14 の 2 を用いること。
813	第 12 の 2 医療機器 安全管理料	2 医療機器安全管理料 2 に関する施設基準 （2）放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための 精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を 5 年以上有するもの に限る。）が 1 名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療 料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1 回線量増加加算、強度 変調放射線治療（I M R T）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移 動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子 線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る 常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線 <u>照射</u> 診療料に係 る技術者を兼任することができる。また、強度変調放射線治療（I M R T）、 画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、 定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源 治療加算に係る担当者との兼任もできない。
813 814	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 （2）次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が 1 名以上配置されてい ること。 ア 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全 対策に係る研修 イ 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修 なお、 これらの研修については、同一の歯科医師が研修を修了して いることでも差し支えない。また、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。 （3）《略》 （4）診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療 機関との事前の連携体制が確保されていること。 <u>ただし、医科歯科併設の 診療所にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保さ れている場合は、この限りではない。</u>
814	第 14 在宅療養支援 歯科診療所	1 在宅療養支援歯科診療所の施設基準 （1）～（8）《略》 <u>（9）年に 1 回、歯科訪問診療の患者数等を別添 2 の様式 18 の 2 を用いて、 地方厚生（支）局長に報告していること。</u>
825	第 29 の 3 センチネ ルリンパ節生 検（片側）	2 届出に関する事項 <u>（1）センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添 2 の様 式 31 の 3 及び様式 52 を用いること。</u>

		<u>(2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。</u>
841	第 47 の 6 通院・在宅精神療法	1 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準 (1) 《略》 (2) (1) の他、<u>主として</u> 20 歳未満の患者に対する精神医療に<u>従事した</u>を経験 1 年以上を含む精神科の経験 3 年以上の専任の常勤精神科医が、1 名以上勤務していること。 《略》 2 届出に関する事項 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添 2 の<u>様式 4 及び</u>様式 44 の 5 を用いること。
842	第 47 の 7 救急患者精神科継続支援料	1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準 (1)～(3) 《略》 (4) (<u>2</u>1) 及び(<u>3</u>2)における適切な研修とは、次のものをいうこと。 《以下略》
869	第 79 の 3 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術	1 該当しない場合は所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定することとなる施設基準次のいずれかに該当すること。 (2) 胃瘻造設術を実施した症例数（頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った症例数を除く。）が 1 年間に 50 以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。 ウ 以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。 ① 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から<u>から</u>起算して 1 年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
875 876	第 84 の 2 の 5 画像誘導密封小線源治療加算	1 画像誘導密封小線源治療加算に関する施設基準 (1)～(4) 《略》 (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。 ア 画像照合可能な C T 又は M R I 装置 イ <u>遠隔操作式密封小線源治療加算装置</u> ウ 小線源治療用三次元的治療計画装置 《以下略》

4. その他 関係省令・告示・通知の正誤

ページ	項 目	正 誤
「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について		
899 900	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3及び医薬品等告示関係）	1 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項 <u>i) 入院医療に係る特別の療養環境の提供</u> (1) 療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、(2)の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律《以下略》 (2)～(11) 《略》 <u>ii) 外来医療に係る特別の療養環境の提供</u> (1) 外来医療においても療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、一定の要件を満たす診察室等について、患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。 (2) 特別の療養環境の適切な提供を確保するため、診療に要する時間が長時間にわたる場合に限り特別の療養環境を提供することができるものであること。具体的には、一連の診療に要する時間が概ね1時間を超える場合をいうものであること。 (3) 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①及び②の要件を充足するものでなければならないこと。 ① 特別療養環境室は完全な個室環境を生じさせることができるものに限り、間仕切り等により個人の区画を確保するようなものは認められないこと。 ② 患者が静穏な環境下で受診できる構造設備等が確保されていること。 (4) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室における受診が強いられることのないようにしなければならないこと。このため、特別療養環境室は通常の診察室等における応需態勢を確保した上で提供される必要があり、通常の診察室が空いていない等の理由により特別療養環境室での受診が求められることのないようにしなければならないこと。なお、一定期間における複数回の受診について包括的に同意を得ることは差し支えないが、その際には期間等を明示した上で同意を確認すること。 (5) 特別の療養環境の提供を受ける患者は他の患者に比べ予約の順位が優先されるなど、療養環境の提供以外の便宜を図ることは認められないこと。 (6) i)(7)から(9)まで及び(11)に掲げる事項について、外来医療における特別の療養環境の提供においても準用するものであること。(様式については別紙様式1の2によること。)
901 902	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3及び医薬	4 予約に基づく診察に関する事項 (1) 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。

	品等告示関係)	(2) 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の2割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師<u>又は歯科医師</u>の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。 (3) 予約患者でない患者についても、概ね2時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行うものとする。 (4) 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師<u>又は歯科医師</u>1人につき1日に診察する予約患者の数は概ね40人を限度とすること。 (5) 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとって分かりやすく掲示するとともに、<u>病院保険医療機関</u>の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとする。 (6) 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであり、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。 (7) 予約料の額は、<u>曜日・時間帯、標榜科等に応じて複数定めても差し支えないが、</u>社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。 (8) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式3により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。 (9) 専ら予約患者の診察に当たる医師<u>又は歯科医師</u>がいても差し支えないものとする。 <u>(10) 予約診察を行う時刻は夜間、休日又は深夜であっても差し支えないものとする。ただし、この場合には、当該予約患者については保険医療機関において診療応需の態勢をとっているといえることから、医科点数表又は歯科点数表に規定する時間外加算、休日加算及び深夜加算は算定できないこと。</u>
904	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3及び医薬品等告示関係)	11 医療機器の治験に係る診療に関する事項 (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間(2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする。)に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験機器及び対照機器(以下<u>この11において</u>「当該治験機器」という。)(以下略)
909	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3及び医薬	18 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項 (1) 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療であって、①検査(腫瘍マーカーのうち、「α-フェトプロテイン(AFP)」、「癌胎児性抗原(CEA)」、

	品等告示関係)	<u>「前立腺特異抗原 (P S A) 」及び「 C A 19-9 」</u> 、②リハビリテーション (「心大血管疾患リハビリテーション料」、 <u>「脳血管疾患等リハビリ</u> 《以下略》																	
910	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 (掲示事項等告示第 3 及び医薬品等告示関係)	20 再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項 (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後 1 週間 (2 以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して 8 日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して 8 日を経過する日までの間とする。) に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験製品及び対照製品 (以下 <u>20 において</u> 「当該治験製品」という。) 並びに診療報酬上評価されていない 《以下略》																	
914	(別紙様式 1)	特別の療養環境の提供の実施 (変更) 報告書 <u>(入院医療に係るもの)</u> 上記について報告します。 平成 年 月 日 《以下略》																	
914	(別紙様式 1 - 2) ※図表の追加	特別の療養環境の提供の実施 (変更) 報告書 <u>(外来医療に係るもの)</u> 上記について報告します。 平成 年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 開設者名 印 殿 (実施日・変更日 年 月 日) <table><tr><th colspan="3">費用徴収を行うこととしている診察室</th></tr><tr><th>計</th><th>内 訳</th><th>金 額</th></tr><tr><td rowspan="5">室</td><td>室</td><td>円</td></tr><tr><td>室</td><td>円</td></tr><tr><td>室</td><td>円</td></tr><tr><td>室</td><td>円</td></tr><tr><td>室</td><td>円</td></tr></table> <u>注 「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。</u>	費用徴収を行うこととしている診察室			計	内 訳	金 額	室	室	円	室	円	室	円	室	円	室	円
費用徴収を行うこととしている診察室																			
計	内 訳	金 額																	
室	室	円																	
	室	円																	
	室	円																	
	室	円																	
	室	円																	
915	(別紙様式 2)	病床数が 200 床以上の病院等について受けた 初診・再診の実施 (変更) 報告書																	

		上記について報告します。 平成 年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 開 設 者 名[㊤] 殿 (実施日・変更日 年 月 日) <u>1 届出種別</u> <u>ア 200 床以上の病院（イを除く。）</u> <u>イ 特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院</u> <u>注 該当する方に○をつけること。</u> <u>2 特別の料金等の内容</u> <table><tr><td>区 分</td><td>徴 収 額</td></tr><tr><td>初 診</td><td rowspan="2">円</td></tr><tr><td>再 診</td></tr></table> <u>注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。</u>	区 分	徴 収 額	初 診	円	再 診																																					
区 分	徴 収 額																																											
初 診	円																																											
再 診																																												
915	(別紙様式 3)	予約に基づく診察の実施（変更）報告書 《略》 2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯 <table><tr><th>曜 日</th><th>標 榜 診 療 時間帯</th><th>予 約 診 察 を 行 う 診 療 時 間 帯</th><th>予 約 以 外 の 診 察 に 従 事 す る 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数</th><th>予 約 診 察 に 従 事 する 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数</th><th><u>予 約 料</u></th></tr><tr><td rowspan="7">《略》</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>円</td></tr></table> <u>注 1</u> 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。 <u>注 2 枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。</u>	曜 日	標 榜 診 療 時間帯	予 約 診 察 を 行 う 診 療 時 間 帯	予 約 以 外 の 診 察 に 従 事 す る 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数	予 約 診 察 に 従 事 する 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数	<u>予 約 料</u>	《略》					円					円					円					円					円					円					円
曜 日	標 榜 診 療 時間帯	予 約 診 察 を 行 う 診 療 時 間 帯	予 約 以 外 の 診 察 に 従 事 す る 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数	予 約 診 察 に 従 事 する 医 師 <u>又</u> <u>は 歯 科 医 師</u> の 数	<u>予 約 料</u>																																							
《略》					円																																							
					円																																							
					円																																							
					円																																							
					円																																							
					円																																							
					円																																							
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																																												
924	本文	標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局に義務付けられており、400 床未満の病院及び診療所に限り、正当な理由による例外措置が設けられているところであるが、平成 28 年 4 月 1 日からは、400 床未満の病院についても、正当な理由による例外措置の対象外となることとなる。また、<u>保険医療機関及び保険医療養担当規則等及び保険薬局及び保険薬剤師療養</u>																																										

		<u>担当規則</u>の一部を改正する省令（平成 28 年厚生労働省令第●●27 号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示（平成 28 年厚生労働省告示第●●50 号）により、公費負担医療に係る給付により自己負担のない患者についても、明細書の無償交付に係る義務が設けられたところである。
924 925	本文 記	1～6 《略》 7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5 の場合にあつては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式 5 を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。 さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。 8 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、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必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式 9 を参考とすること。 9～12 《略》 13 「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該保険医療機関及び保険薬局は、4 及び 6 の届出の記載事項について、毎年 7 月 1 日現在の状況の報告を行うこと。
925 926	(別紙届出様式)	明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告) 1～3 《略》 4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。 注 1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記 1 の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者（自己負担のない患者を含む。）に無料で発行していない保険医療機関又は保険薬局が提出するものであること。 注 2) 正当な理由の 1 には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。 注 3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合

		は、3の1の記載は要しないものであること。 注4） 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関又は保険薬局は、取下げの届出を行うこと。						
複数手術に係る費用の特例を定める件								
937	別表第一	<table><tr><td rowspan="4">K 2 8 2 水晶体再建術</td><td>K 2 7 7 ー 2 黄斑下手術</td></tr><tr><td>K 2 7 9 硝子体切除術</td></tr><tr><td>K 2 8 0 硝子体茎頭微鏡下離断術</td></tr><tr><td>K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術</td></tr></table>		K 2 8 2 水晶体再建術	K 2 7 7 ー 2 黄斑下手術	K 2 7 9 硝子体切除術	K 2 8 0 硝子体茎頭微鏡下離断術	K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術
K 2 8 2 水晶体再建術	K 2 7 7 ー 2 黄斑下手術							
	K 2 7 9 硝子体切除術							
	K 2 8 0 硝子体茎頭微鏡下離断術							
	K 2 8 1 増殖性硝子体網膜症手術							
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								
959	本文	特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第●56号）が本日付けをもって公布され、《略》						
961	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	(20) 腎瘻又は膀胱瘻用材料 ア～ウ 《略》 エ いずれの材料も、原則として1個を限度として算定する。2個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。						
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								
988	第5 訪問看護管理療養費について	4（4）退院時共同指導加算は、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。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーション又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等が退院時指導を行った場合には、合わせて2回まで算定できること。 （5）退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。						
988	第5 訪問看護管理療養費について	5（3）退院支援指導加算は、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。ただし、当該利用者 の入院期間が入院する保険医療機関 の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。						

改定診療報酬点数表参考資料 (平成28年4月1日実施) 《正誤表 その1 様式関係》

1. 留意事項通知（様式）の正誤

ページ	項 目	正 誤																											
別添 1 の 2 点数表等の別紙様式																													
1007	別紙様式 6 の 3	退院支援計画書 5 退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 退院支援委員会の審議等 を踏まえ、退院支援におい て、特に重点的に解決を図 る必要があると考えられ るもの（最大 3 つ）を選択 した上で、関連する精神症 状の状況等とともに、<u>詳細 を記載すること。</u> 《略》																											
1018	別紙様式 23 の 5	目標設定等支援・管理シート F I Mによる評価の場合 <table><tr><th rowspan="2">大項目</th><th rowspan="2">注項目</th><th rowspan="2">小項目</th><th>リハビリテーション 開始時点</th><th>現時点</th></tr><tr><th>得点</th><th>得点</th></tr><tr><td rowspan="6">運動</td><td rowspan="6">セルフ ケア</td><td>食事</td><td></td><td></td></tr><tr><td>整容</td><td></td><td></td></tr><tr><td><u>清拭・入浴</u></td><td></td><td></td></tr><tr><td>更衣（上半身）</td><td></td><td></td></tr><tr><td>更衣（下半身）</td><td></td><td></td></tr><tr><td>トイレ</td><td></td><td></td></tr></table>	大項目	注項目	小項目	リハビリテーション 開始時点	現時点	得点	得点	運動	セルフ ケア	食事			整容			<u>清拭・入浴</u>			更衣（上半身）			更衣（下半身）			トイレ		
大項目	注項目	小項目				リハビリテーション 開始時点	現時点																						
			得点	得点																									
運動	セルフ ケア	食事																											
		整容																											
		<u>清拭・入浴</u>																											
		更衣（上半身）																											
		更衣（下半身）																											
		トイレ																											
1023	別紙 36	【別添 3】																											
1029	別紙様式 44	保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式 標本の送付側 病理診断料料使用欄：病理判断料 I D ☐病理診断管理加算 1 ☐病理診断管理加算 2 ☐標本作製料 ☐病理診断料 ☐免疫染色等（ ）																											

1029	別紙様式 45	回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書 2. 1 日当たりのリハビリテーション提供単位数 <table><tr><td>再掲</td><td>ii</td><td>前月までの 6 か月間に③の患者に対して提供されたた脳血管疾患等 リハビリテーションの総単位数</td><td>単位</td></tr></table>	再掲	ii	前月までの 6 か月間に③の患者に対して提供された た 脳血管疾患等 リハビリテーションの総単位数	単位					
再掲	ii	前月までの 6 か月間に③の患者に対して提供された た 脳血管疾患等 リハビリテーションの総単位数	単位								
別添 6 基本診療料の施設基準等に係る別紙											
1031	別紙 2 の 2	入院診療計画書 平成 年 月 日 <table><tr><td>病棟（病室）</td><td></td></tr><tr><td>主治医以外の担当者名</td><td></td></tr></table> 《以下略》	病棟（病室）		主治医以外の担当者名						
病棟（病室）											
主治医以外の担当者名											
1032	別紙 3	褥瘡対策に関する診療計画書 < 褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者 > <table><tr><td rowspan="8">褥瘡の 状態の 評価 (DESIGNIR)</td><td>深さ</td><td rowspan="8">《略》</td></tr><tr><td>滲出液</td></tr><tr><td>大きさ (c m²) 直径×直径に直行直交する最大径</td></tr><tr><td>炎症・感染</td></tr><tr><td>肉芽形成 良性肉芽が占める割合</td></tr><tr><td>壊死組織</td></tr><tr><td>ポケット (c m²) (ポケットの直径×直径に直行直交する最大径)－潰瘍面積</td></tr></table>	褥瘡の 状態の 評価 (DESIGNIR)	深さ	《略》	滲出液	大きさ (c m ²) 直径×直径に直行直交する最大径	炎症・感染	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	壊死組織	ポケット (c m ²) (ポケットの直径×直径に直行直交する最大径)－潰瘍面積
褥瘡の 状態の 評価 (DESIGNIR)	深さ	《略》									
	滲出液										
	大きさ (c m ²) 直径×直径に直行直交する最大径										
	炎症・感染										
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合										
	壊死組織										
	ポケット (c m ²) (ポケットの直径×直径に直行直交する最大径)－潰瘍面積										
	1032		別紙 4	平均在院日数の算定方法 1 ～ 6 《略》 7 平成 26 年 3 月 31 日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟に 90 日を超えて入院する患者について療養病棟入院基本料 1 の例により算定を行うことを地方厚生（支）局長へ届け出た病棟については、平成 27 年 9 月 30 日までの間、出来高により算定する病室を指定する場合は、当該病室に入院する患者についても平均在院日数の計算対象から除外する。							
1033	別紙 6	入院基本料に係る看護記録									

		1 患者の個人記録 (2) 看護計画に関する記録 個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。 なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状況等<u>及び手術等の医学的状況</u>の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。
1034	別紙 7	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 ＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞ モニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）が 1 点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点が（C 得点）が 1 点以上。
1035 1037 1039	別紙 7	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き A モニタリング及び処置等 1 創傷処置 項目の定義 創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは<u>医師又は</u>看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。 2～4 《略》 5 シリンジポンプの管理 判断に際しての留意点 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を<u>行うにあたり</u>シリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。 携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。 6～7 《略》 8. 救急搬送後の入院 選択肢の判断基準 「なし」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。 「あり」 救急用の自動車等又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

1051	別紙 17	特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き A モニタリング及び処置等 4 シリンジポンプの管理 判断に際しての留意点 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を<u>行うにあたり</u>シリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。 携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。																																															
1053	別紙 18	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き A モニタリング及び処置等 1 創傷処置 項目の定義 創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは<u>医師又は</u>看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。																																															
1057	別紙 21	日常生活機能評価票 <table><tr><th rowspan="2">患者の状況</th><th colspan="3">得 点</th></tr><tr><th>0 点</th><th>1 点</th><th>2 点</th></tr><tr><td>床上安静の指示</td><td>なし</td><td>あり</td><td></td></tr><tr><td>どちらかの手を胸元まで持ち上げられる</td><td>できる</td><td>できない</td><td></td></tr><tr><td>寝返り</td><td>できる</td><td>何かにつかまればできる</td><td>できない</td></tr><tr><td>起き上がり</td><td>できる</td><td>できない</td><td></td></tr><tr><td>座位保持</td><td>できる</td><td>支えがあればできる</td><td>できない</td></tr><tr><td>移乗</td><td>できる 介助なし</td><td>見守り 一部介助が必要</td><td>できない 全介助</td></tr><tr><td>移動方法</td><td>介助を要しない移動</td><td>介助を要する移動（搬送を含む）</td><td></td></tr><tr><td>口腔清潔</td><td>できる 介助なし</td><td>できない 介助あり</td><td></td></tr><tr><td>食事摂取</td><td>介助なし</td><td>一部介助</td><td>全介助</td></tr><tr><td>衣服の着脱</td><td>介助なし</td><td>一部介助</td><td>全介助</td></tr></table>	患者の状況	得 点			0 点	1 点	2 点	床上安静の指示	なし	あり		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない		寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	起き上がり	できる	できない		座位保持	できる	支えがあればできる	できない	移乗	できる 介助なし	見守り 一部介助が必要	できない 全介助	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）		口腔清潔	できる 介助なし	できない 介助あり		食事摂取	介助なし	一部介助	全介助	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
患者の状況	得 点																																																
	0 点	1 点	2 点																																														
床上安静の指示	なし	あり																																															
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない																																															
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない																																														
起き上がり	できる	できない																																															
座位保持	できる	支えがあればできる	できない																																														
移乗	できる 介助なし	見守り 一部介助が必要	できない 全介助																																														
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）																																															
口腔清潔	できる 介助なし	できない 介助あり																																															
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助																																														
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助																																														

		<table><tr><td>他者への意思の伝達</td><td>できる</td><td>できる時と できない時がある</td><td>できない</td></tr><tr><td>診療・療養上の指示が 通じる</td><td>はい</td><td>いいえ</td><td></td></tr><tr><td>危険行動</td><td>ない</td><td>ある</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">※ 得点：0～19点</td><td>合計得点</td><td>点</td></tr></table> ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。	他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない	診療・療養上の指示が 通じる	はい	いいえ		危険行動	ない	ある		※ 得点：0～19点		合計得点	点
他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない															
診療・療養上の指示が 通じる	はい	いいえ																
危険行動	ない	ある																
※ 得点：0～19点		合計得点	点															
1057	別紙 21	日常生活機能評価票 評価の手引き 1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。 2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。 3. 3. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修の指導者は、関係機関、あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。 4. 4. 評価票の記入にあたって評価の判断は、下記項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。 3. 3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病棟で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。 4. 5. 評価は、記録観察と観察記録に基づいて行い、推測は行わないこと。 5. 6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。 6. 7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。 7. 8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。 8. 9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。 9. 10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。 10. 11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師職員、理学療法士等によって記録されていること。																

1057 1058	別紙 21 続き	1 《略》 2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 選択肢の判断基準 「できる」 いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。 「できない」 調査評価時間中を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。 判断に際しての留意点 関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。 3 寝返り 判断に際しての留意点 「何かにつかまればできる」状態とは、看護師<u>職員</u>等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護師<u>職員</u>等が行っている場合は「できない」となる。 4～5 《略》 6 移乗 項目の定義 移乗が自分で行えるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。 <u>移乗時の介助の状況</u>を評価する項目である。 ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「<u>車椅子からベッドへ</u>」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。
----------------------	-----------------	--

選択肢の判断基準

「~~できる~~介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が~~自分1人~~でできる場合も含む。

「~~見守り・一部介助が必要~~」

~~直接介助をする必要はないが患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは自分1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。~~
~~ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。~~

「~~できない~~全介助」

~~自分1人~~では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が~~自分1人~~では動けず、~~イメージ~~スライド式~~等~~の移乗用補助具を使用する場合は「~~できない~~全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師職員等が介助を行っている場合は、「~~見守り・一部介助が必要~~」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「~~できない~~全介助」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師職員等が移乗を行わなかった場合は、「介助なし~~できる~~」とする。

7 移動方法

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器~~歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。~~また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

1058	別紙 21 続き	8 口腔清潔 項目の定義 口腔内を清潔にするための一連の行為が自分<u>1人</u>でできるかどうか、あるいは看護師<u>職員</u>等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。 一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。 口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。 選択肢の判断基準 「できる<u>介助なし</u>」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分<u>1人</u>でできる場合をいう。 「できない<u>介助あり</u>」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。<u>患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</u> 判断に際しての留意点 口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔<u>内</u>清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。 ただし、口腔清潔が制限されていないにも<u>関わらず</u>、看護師<u>職員</u>等が<u>による口腔清潔を行わ</u>がされなかった場合は、「できる<u>介助なし</u>」とする。 9 食事摂取 項目の定義 食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に<u>座らせる</u>への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。
------	----------	---

1058	別紙 21 続き	選択肢の判断基準 「介助なし」 介助・見守りなしに <u>1人自分</u> で食事が摂取できる場合をいう。<u>また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。</u>食止めや絶食となっている場合は、<u>食事の動作を制限しているとはいえず、</u>介助は発生しない<u>のため</u>「介助なし」とする。 「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。<u>患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</u><u>必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。</u><u>見守りや指示が必要な場合も含まれる。</u> 「全介助」 <u>自分1人</u> では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。 判断に際しての留意点 食事<u>の</u>は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。 家族が行った行為、食欲の観察は含<u>み</u>ない。また、看護師職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。 セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。 10 衣服の着脱 項目の定義 衣服の着脱を看護師職員等が介助する状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。
------	----------	---

1058	別紙 21 続き	選択肢の判断基準 「介助なし」 介助なしに<u>1人自分</u>で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。 「一部介助」 衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師職員等が手を出して介助はしていないが、<u>患者の心身の状態等の理由から</u>、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。 「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。 判断に際しての留意点 衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。 <u>靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。</u> 1 1 他者への意思の伝達 選択肢の判断基準 「できる」 常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。 「できる時とできない時がある」 患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。 「できない」 どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。
------	----------	---

1058 1059	別紙 21 続き	1 2 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義 指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき<u>指示通り</u> <u>に実行できるかどうかを評価する項目である。</u> 選択肢の判断基準 「はい」 診療・療養上の指示に対して、適切な<u>指示通りの</u>行動が常に行われている場合⇐ あるいは指示通りでない行動の記録がない場合をいう。 「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合⇐ かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。 判断に際しての留意点 精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わな いが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な 時刻に行われた状態で評価され<u>す</u>ことを前提とする。 医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理 解できない場合や⇐自分なりの解釈を行い結果的に、<u>診察の</u>療養上の指示から外 れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何 回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれ ば、「いいえ」と判断する。 1 3 危険行動 項目の定義 患者の危険行動の有無を評価する項目である。 <u>ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜</u> <u>去、転倒・転落、自傷行為」の発生及び</u>看護師等が「そのまま放置すれば危険行 動に至ると判断する行動」<u>を過去 1 週間以内の評価対象期間に看護職員等</u>が確認 され<u>した</u>場合をいう。
--------------	----------	---

1059	別紙 21 続き	判断に際しての留意点 患者の危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の<u>危険行動への対策を評価</u>を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の<u>有無</u>を評価するものではない。<u>対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。</u> 認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。<u>なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。</u> なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。 <u>他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。</u>
1059	別紙 22	※別紙の削除（短期滞在手術同意書）
1059	別紙 24	感染防止対策地域連携加算チェック項目表 A. 感染対策の組織 2. 感染制御を実際に行う組織（ICT） 3) 感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を<u>終修</u>した専任看護師がいる
別添 7 基本診療料の施設基準に係る届出書		
1062	届出書（参考） 欄外	<u>※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。</u> 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。 2～4 《略》
1062	届出書（参考） 5 有床診療所入院 基本料	様式 5, 12 の 3 ～12 の 10
1063	届出書（参考） 22 の 2	ハイリスク妊婦 <u>娠</u> 管理加算
1063	届出書（参考） 26 の 5	<u>(特掲別添 2)</u> 様式 12, 12 の 2, 40 の 9

1067	様式 7	入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（勤務形態） <table><tr><td></td><td>区分</td><td>看護配置 加算</td><td>看護補 助加算</td><td>《略》</td></tr></table> 《略》 <table><tr><td>地域包括ケア 病棟入院料</td><td>病棟入院料</td><td></td><td></td><td rowspan="2">《略》</td></tr><tr><td></td><td>入院医療管理料</td><td></td><td></td></tr></table> 《略》 <table><tr><td>特定一般病棟入院料</td><td></td><td></td><td></td><td>《略》</td></tr><tr><td><u>地域移行機能強化病棟入院料</u></td><td></td><td></td><td></td><td>《略》 (全て空欄)</td></tr><tr><td>外来（1日平均外来患者数 人） 手術室 中央材料室等</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※二重線枠内の斜線を削除。また、太枠部分を追加。		区分	看護配置 加算	看護補 助加算	《略》	地域包括ケア 病棟入院料	病棟入院料			《略》		入院医療管理料			特定一般病棟入院料				《略》	<u>地域移行機能強化病棟入院料</u>				《略》 (全て空欄)	外来（1日平均外来患者数 人） 手術室 中央材料室等				
	区分	看護配置 加算	看護補 助加算	《略》																											
地域包括ケア 病棟入院料	病棟入院料			《略》																											
	入院医療管理料																														
特定一般病棟入院料				《略》																											
<u>地域移行機能強化病棟入院料</u>				《略》 (全て空欄)																											
外来（1日平均外来患者数 人） 手術室 中央材料室等																															
1068	様式 9	入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類 ○1日平均入院患者数〔A〕 人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ① 月平均1日当たり看護配置数____人〔C／（日数×8）〕 ※小数点以下切り捨て （参考）1日看護配置数(必要数)： = [(A／届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ ② 看護職員中の看護師の比率____%〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕 ③ 平均在院日数____日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ④ 夜勤時間帯（16時間）____時 ____分 ～ ____時 ____分 ⑤ 月平均夜勤時間数____時間〔(D－E)／B〕 ※小数点第2位以下切り捨て ⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数____人 ※小数点以下切り捨て うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数____人 ※小数点以下切り捨て （夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載） ⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数____人〔F／（日数×8）〕 （参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = [(A／200) × 3] ※小数点第3位以下切り捨て 勤務実績表 <table><tr><td>職種※1</td><td>《中略》</td><td>月延べ勤務 時間数</td><td>（再掲）月延べ月平 <u>均夜勤時間数の試算</u> に含まない者の夜勤 時間数 ※7</td></tr></table>	職種※1	《中略》	月延べ勤務 時間数	（再掲） 月延べ月平 <u>均夜勤時間数の試算</u> に含まない者の夜勤 時間数 ※7																									
職種※1	《中略》	月延べ勤務 時間数	（再掲） 月延べ月平 <u>均夜勤時間数の試算</u> に含まない者の夜勤 時間数 ※7																												

		〔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〕 <table border="1" data-bbox="523 201 1485 250"> <tr> <td>1 日看護補助配置数(必要数)※¹⁰〔J〕</td> <td>$[(A / \text{届出区分の数}^{\ast 11}) \times 3]$</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="523 300 1485 349"> <tr> <td>夜間看護補助配置数(必要数)※¹⁰</td> <td>A / 届出区分の数※¹¹</td> </tr> </table> ※該当部分のみ抜粋 〔記載上の注意〕 ※1～4 《略》 ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。 看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対 1 看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。 ※6～11 《略》 ※12 <u>地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。</u> 《以下略》	1 日看護補助配置数(必要数)※ ¹⁰ 〔J〕	$[(A / \text{届出区分の数}^{\ast 11}) \times 3]$	夜間看護補助配置数(必要数)※ ¹⁰	A / 届出区分の数※ ¹¹
1 日看護補助配置数(必要数)※ ¹⁰ 〔J〕	$[(A / \text{届出区分の数}^{\ast 11}) \times 3]$					
夜間看護補助配置数(必要数)※ ¹⁰	A / 届出区分の数※ ¹¹					
1069 1070	様式9の2	入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合） ○1日平均入院患者数〔A〕人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ① 月平均1日当たり看護配置数 人〔C / (日数 × 8)〕 ※小数点以下切り捨て （参考）1日看護配置数(必要数)： = $[(A / \text{届出区分の数}) \times 3]$ ※小数点以下切り上げ ② 看護職員中の看護師の比率 %〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1日看護配置数〕 ③ 平均在院日数 日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ④ 夜勤時間帯（16時間） 時 分 ～ 時 分 ⑤ 月平均夜勤時間数 時間〔(D - E) / B〕 ※小数点第2位以下切り捨て ⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 人 ※小数点以下切り捨て うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 人 ※小数点以下切り捨て （夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載） ⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 人〔F / (日数 × 8)〕 （参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = $[(A / 200) \times 3]$ ※小数点第3位以下切り捨て 《図表略》 〔記載上の注意〕 ※1～4 《略》				

		※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。 看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対 1 看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。 《以下略》				
1070	様式9の3	地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類 ○1日平均入院患者数〔A〕 ____人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ①～③ 《略》 ④ 月平均夜勤時間数 時間 〔(D－E)／B〕 ※小数点第2位以下切り捨て ⑤ 月平均1日当たり看護補助者配置数 ____人（<u>看護補助者配置加算を届け出る場合に記載</u>）※小数点以下切り捨て うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 ____人 ※小数点以下切り捨て （看護補助者配置加算を届け出る場合に記載） 勤務実績表 <table><tr><td>職種※1</td><td>《中略》</td><td>月延べ勤務時間数</td><td>(再掲) 月延べ月平均夜勤時間数の試算 に含まない者の夜勤時間数 ※7</td></tr></table> 《以下略》	職種※1	《中略》	月延べ勤務時間数	(再掲) 月延べ月平均夜勤時間数の試算 に含まない者の夜勤時間数 ※7
職種※1	《中略》	月延べ勤務時間数	(再掲) 月延べ月平均夜勤時間数の試算 に含まない者の夜勤時間数 ※7			
1071	様式9の4	入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類 病棟群単位で届け出る場合（7対1、10対1の病棟群ごとに提出すること） ○1日平均入院患者数〔A〕 ____人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ① 月平均1日当たり看護配置数 ____人〔C／（日数×8）〕 ※小数点以下切り捨て （参考）1日看護配置数(必要数)： = [(A／届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ ② 看護職員中の看護師の比率 ____% [月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数] ③ 平均在院日数 ____日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ④ 夜勤時間帯（16時間） ____時 ____分 ～ ____時 ____分 ⑤ 月平均夜勤時間数 ____時間 〔(D－E)／B〕 ※小数点第2位以下切り捨て ⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 ____人 ※小数点以下切り捨て				

		うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数_____人 ※小数点以下切り捨て (夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載) ⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数_____人〔F／(日数×8)〕 (参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)： = [(A／200)×3] ※小数点第 3 位以下切り捨て 《図表略》 〔記載上の注意〕 ※ 1 ～ 4 《略》 ※ 5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は 1 を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1 か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1 ヶ月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。 看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対 1 看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。 《以下略》								
1071	様式 10	7 対 1 入院基本料 10 対 1 入院基本料 看護必要度加算 一般病棟看護必要度評価加算 急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算 看護補助加算 1 の施設基準に係る患者の重症度、 医療・看護必要度に係る届出書添付書類 病棟群による届出の有無 <u>有・無</u> <table><tr><td>届出 入院料 (該当に○)</td><td>届出 区分 (該当に○)</td><td>届出の 加算 (該当に○)</td><td>《略》</td></tr><tr><td colspan="2">《略》</td><td>看護必要 度加算 一般病棟 看護必要 度<u>評価</u>加算 《略》</td><td>《略》</td></tr></table>	届出 入院料 (該当に○)	届出 区分 (該当に○)	届出の 加算 (該当に○)	《略》	《略》		看護必要 度加算 一般病棟 看護必要 度 <u>評価</u> 加算 《略》	《略》
届出 入院料 (該当に○)	届出 区分 (該当に○)	届出の 加算 (該当に○)	《略》							
《略》		看護必要 度加算 一般病棟 看護必要 度 <u>評価</u> 加算 《略》	《略》							
1073	様式 10 の 5	7 対 1 入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る 届出書添付書類								

		<table> <tr> <td>①</td><td>直近 6 月間における退院患者数</td><td>名</td></tr> <tr> <td rowspan="10">(再掲)</td><td>(1) 在宅（自宅及び居住系介護施設等）</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(2) 介護老人保健施設</td><td></td></tr> <tr> <td>(3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(4) <u>有床診療所</u>他院の療養病棟</td><td></td></tr> <tr> <td>(5) うち、<u>有床診療所</u>在宅復帰機能強化加算又は<u>有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算</u>の届出を行っている施設病棟</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(6) 他院の療養病棟</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(7) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(8-6) 他院の回復期リハビリテーション病棟</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(9-7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(10-8) (6-4) ～ (9-7) を除く病院診療所</td><td>名</td></tr> <tr> <td>②</td><td>自宅等に退院するものの割合 (80-75%以上) ((1) + (3) + (5) + (6) + (7) + (8) + (9)) / ①</td><td>%</td></tr> </table> 《以下略》	①	直近 6 月間における退院患者数	名	(再掲)	(1) 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	名	(2) 介護老人保健施設		(3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名	(4) <u>有床診療所</u> 他院の療養病棟		(5) うち、 <u>有床診療所</u> 在宅復帰機能強化加算又は <u>有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算</u> の届出を行っている施設病棟	名	(6) 他院の療養病棟	名	(7) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名	(8-6) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名	(9-7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名	(10-8) (6-4) ～ (9-7) を除く病院診療所	名	②	自宅等に退院するものの割合 (80-75%以上) ((1) + (3) + (5) + (6) + (7) + (8) + (9)) / ①	%
①	直近 6 月間における退院患者数	名																											
(再掲)	(1) 在宅（自宅及び居住系介護施設等）	名																											
	(2) 介護老人保健施設																												
	(3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名																											
	(4) <u>有床診療所</u> 他院の療養病棟																												
	(5) うち、 <u>有床診療所</u> 在宅復帰機能強化加算又は <u>有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算</u> の届出を行っている施設病棟	名																											
	(6) 他院の療養病棟	名																											
	(7) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	名																											
	(8-6) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名																											
	(9-7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名																											
	(10-8) (6-4) ～ (9-7) を除く病院診療所	名																											
②	自宅等に退院するものの割合 (80-75%以上) ((1) + (3) + (5) + (6) + (7) + (8) + (9)) / ①	%																											
1074	様式 10 の 8	在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 2. 退院患者の状況 <table> <tr> <td>①</td><td>直近 6 月間における退院患者数（<u>他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が 1 月未満の患者当該病棟に入院した期間が 1 月以上の患者のうち、再入院患者及び</u>、死亡退院患者を除く）</td><td>名</td></tr> <tr> <td>(再掲)</td><td>(1) 在宅</td><td>名</td></tr> </table> 《以下略》	①	直近 6 月間における退院患者数（ <u>他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が 1 月未満の患者当該病棟に入院した期間が 1 月以上の患者のうち、再入院患者及び</u> 、死亡退院患者を除く）	名	(再掲)	(1) 在宅	名																					
①	直近 6 月間における退院患者数（ <u>他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が 1 月未満の患者当該病棟に入院した期間が 1 月以上の患者のうち、再入院患者及び</u> 、死亡退院患者を除く）	名																											
(再掲)	(1) 在宅	名																											
1074	様式 12 ※現在の様式 12 は削除	有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類 ※次ページ参照																											

様式 12

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

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

[記載上の注意]

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

1075	様式 12 の 2 ※現在の様式12の2 は削除	有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料 の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿） <table><tr><th></th><th>職 種</th><th>氏 名</th><th>勤 務 形 態</th><th>勤 務 時 間</th></tr><tr><td rowspan="3">二</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">般</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">病</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">床</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">療</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">養</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">病</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">床</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> [記載上の注意] 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。		職 種	氏 名	勤 務 形 態	勤 務 時 間	二													般													病													床													療													養													病													床												
	職 種	氏 名	勤 務 形 態	勤 務 時 間																																																																																																											
二																																																																																																															
般																																																																																																															
病																																																																																																															
床																																																																																																															
療																																																																																																															
養																																																																																																															
病																																																																																																															
床																																																																																																															
1076	様式 12 の 6	有床診療所入院基本料の看護配置加算、 夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助配置加算の施設基準に係る 届出書添付書類																																																																																																													
1077	様式 12 の 9	在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 3. 病床の利用状況 <table><tr><td>⑥</td><td>(④＋⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)</td><td>名</td></tr><tr><td>⑦</td><td>平均在院日数 ③／⑥ (60 日 以内) (小数点以下は切り上げる)</td><td>日</td></tr></table>	⑥	(④＋⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)	名	⑦	平均在院日数 ③／⑥ (60 日 以内) (小数点以下は切り上げる)	日																																																																																																							
⑥	(④＋⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)	名																																																																																																													
⑦	平均在院日数 ③／⑥ (60 日 以内) (小数点以下は切り上げる)	日																																																																																																													

1077	様式 12 の 10	在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 3. 病床の利用状況 <table><tr><td>⑥</td><td>(④+⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)</td><td>名</td></tr><tr><td>⑦</td><td>平均在院日数 ③ / ⑥ (365 日 以内以上) <u>(小数点以下は切り上げる)</u></td><td>日</td></tr></table>	⑥	(④+⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)	名	⑦	平均在院日数 ③ / ⑥ (365 日 以内以上) <u>(小数点以下は切り上げる)</u>	日																						
⑥	(④+⑤) / 2 (小数点以下は切り上げる)	名																												
⑦	平均在院日数 ③ / ⑥ (365 日 以内以上) <u>(小数点以下は切り上げる)</u>	日																												
1078	様式 13	総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 <table><tr><td>3 精神科医師が 24 時間対応できる体制</td><td>次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること 1～5 《略》 6 1 年間の算定実績 ・精神疾患診療体制加算 <u>2</u> () 件 《以下略》</td></tr></table> 〔記載上の注意〕 1 「3」の 1 および 2 については、総合入院体制加算 <u>2 及び 3</u> の届出において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。 2 「4」の 5 を記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。 3 様式 13 の 2 を添付すること。	3 精神科医師が 24 時間対応できる体制	次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること 1～5 《略》 6 1 年間の算定実績 ・精神疾患診療体制加算 <u>2</u> () 件 《以下略》																										
3 精神科医師が 24 時間対応できる体制	次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること 1～5 《略》 6 1 年間の算定実績 ・精神疾患診療体制加算 <u>2</u> () 件 《以下略》																													
1079	様式 13 の 3	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制 (新規・7 月報告) 1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況 (既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。新規届出のものは、新規欄にチェックすること。) <table><tr><td>項目名</td><td>届出年月日</td><td>新規</td><td>項目名</td><td>届出年月日</td><td>新規</td></tr><tr><td rowspan="5">《略》</td><td></td><td>☐</td><td rowspan="5">《略》</td><td></td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr></table> 2 新規届出時又は毎年 4 月時点の状況について記載する事項 (3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等 ク 夜間院内保育所の設置 有 無 ※アからクのうち満たす項目数 (項目) 〔記載上の注意〕	項目名	届出年月日	新規	項目名	届出年月日	新規	《略》		☐	《略》		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
項目名	届出年月日	新規	項目名	届出年月日	新規																									
《略》		☐	《略》		☐																									
		☐			☐																									
		☐			☐																									
		☐			☐																									
		☐			☐																									

※図表の追加

4 夜間看護体制加算又は看護職員夜間 12 対 1 配置加算 1 若しくは看護職員夜間 16 対 1 配置加算を算定する医療機関は、2 の（3）「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち「有」に○を付けたものについて、以下の書類を添付すること。

- ・アからウについては、届出前 1 か月の各病棟の勤務実績が分かる書類
 - ・エについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ~~・エについては、業務量を把握する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定等~~
- 《略》

5～6 《略》

7 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

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

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

1080

様式 14 の 3

救急医療管理加算 2 に係る報告書（7 月報告）

集計期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

① 1 年間の救急医療管理加算 1、2 の合計算定患者数	人
② うち、救急医療管理加算 2 の算定患者数	人

		<table><tr><td>③ 救急医療管理加算 2 の割合 (②/①)</td><td>%</td></tr></table>	③ 救急医療管理加算 2 の割合 (②/①)	%																						
③ 救急医療管理加算 2 の割合 (②/①)	%																									
		<table><tr><td colspan="3">④ 救急医療管理加算 2 の算定患者の内訳</td></tr><tr><td>疾病コード (※DPC コードの上 6 桁を用いる)</td><td>名称</td><td>患者数</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr><tr><td></td><td></td><td>人</td></tr></table>	④ 救急医療管理加算 2 の算定患者の内訳			疾病コード (※DPC コードの上 6 桁を用いる)	名称	患者数			人			人			人			人			人			人
④ 救急医療管理加算 2 の算定患者の内訳																										
疾病コード (※DPC コードの上 6 桁を用いる)	名称	患者数																								
		人																								
		人																								
		人																								
		人																								
		人																								
		人																								
		[記入上の注意] 1 救急医療管理加算 2 の算定患者の内訳」については、直近 1 年間に入院したすべての患者について記載すること。 2 疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名を DPC コードで分類し、記載すること。 3 名称については、疾病コードごとに当該 DPC コード上 6 桁の名称を記載する。																								
1081	様式 18	<table><tr><td colspan="4">医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類</td></tr><tr><td></td><td>医師事務作業補助体制加算 1</td><td></td><td>医師事務作業補助体制加算 2</td></tr></table> (該当区分に○をつけること) 1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入または○をつけること。) <table><tr><td>イ：当該加算の届出を行う病床数</td><td>加算の種類</td><td>ロ：配置基準</td><td>ハ：医師事務 作業補助者 の数</td></tr><tr><td rowspan="4">①～④ 《略》</td><td>加算 1、2</td><td rowspan="4">《略》</td><td rowspan="4">《略》</td></tr><tr><td>加算 1、2</td></tr><tr><td>加算 1、2</td></tr><tr><td>加算 1、2</td></tr><tr><td>⑤ 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1 に限る)</td><td>床</td><td>加算 1 に限る</td><td></td></tr></table> 《以下略》	医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類					医師事務作業補助体制加算 1		医師事務作業補助体制加算 2	イ：当該加算の届出を行う病床数	加算の種類	ロ：配置基準	ハ：医師事務 作業補助者 の数	①～④ 《略》	加算 1、2	《略》	《略》	加算 1、2	加算 1、2	加算 1、2	⑤ 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1 に限る)	床	加算 1 に限る		
医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類																										
	医師事務作業補助体制加算 1		医師事務作業補助体制加算 2																							
イ：当該加算の届出を行う病床数	加算の種類	ロ：配置基準	ハ：医師事務 作業補助者 の数																							
①～④ 《略》	加算 1、2	《略》	《略》																							
	加算 1、2																									
	加算 1、2																									
	加算 1、2																									
⑤ 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1 に限る)	床	加算 1 に限る																								
1083	様式 18 の 3	<table><tr><td colspan="2">急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類</td></tr><tr><td>3 急性期看護補助体制加算等の区分</td><td>25 対 1 (看護補助者 5 割以上) , 25 対 1 (看護補助者 5 割未満) , 50 対 1 , 75 対 1 , 看護職員夜間配置加算</td></tr></table>	急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類		3 急性期看護補助体制加算等の区分	25 対 1 (看護補助者 5 割以上) , 25 対 1 (看護補助者 5 割未満) , 50 対 1 , 75 対 1 , 看護職員夜間配置加算																				
急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類																										
3 急性期看護補助体制加算等の区分	25 対 1 (看護補助者 5 割以上) , 25 対 1 (看護補助者 5 割未満) , 50 対 1 , 75 対 1 , 看護職員夜間配置加算																									
1084	様式 23	重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類																								

		<table><tr><td>届出事項</td><td colspan="2">届出病床の内訳</td></tr><tr><td>重症者等療養環境特別加算に係る病床</td><td>個室 2人部屋 ①合計</td><td>床 床 床</td></tr><tr><td rowspan="3">入院患者数及び重症者数</td><td>①②一般病棟における1日平均入院患者数 名</td><td>(届出前1年月) 年月 ～年月</td></tr><tr><td>②③一般病棟における1日平均重症者数 名</td><td>(直近1ヶ月間) 年月 ～年月</td></tr><tr><td colspan="2">④割合 (②①/①②) ×100 %</td></tr></table> [記載上の注意] 1 ①≤③、かつ④<8% (特別の診療機能を有している場合は④≤10%) であること。 ② 様式23の2を添付すること。 ③ 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図 (当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。) を添付すること。	届出事項	届出病床の内訳		重症者等療養環境特別加算に係る病床	個室 2人部屋 ①合計	床 床 床	入院患者数及び重症者数	①②一般病棟における1日平均入院患者数 名	(届出前1年月) 年月 ～年月	②③一般病棟における1日平均重症者数 名	(直近1ヶ月間) 年月 ～年月	④割合 (②①/①②) ×100 %	
届出事項	届出病床の内訳														
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個室 2人部屋 ①合計	床 床 床													
入院患者数及び重症者数	①②一般病棟における1日平均入院患者数 名	(届出前1年月) 年月 ～年月													
	②③一般病棟における1日平均重症者数 名	(直近1ヶ月間) 年月 ～年月													
	④割合 (②①/①②) ×100 %														
1088	様式32	精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 1 「1」のアは精神科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは3年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験 (平成29年4月1日以降は、精神科医療に係る看護に従事した経験に入院患者の看護の経験1年以上を含むこと) を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については該当する職種に○をし、3年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。													
1093	様式40の3	後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 3. 医薬品の使用採用状況 (平成 年 月 日時点) 《図表略》 [記載上の注意] 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価 (薬価基準) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における 後発医薬品 加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」 (平成 28 <u>29</u> 年 3 月 4 <u>5</u> 日保医発 0304 <u>0305</u> 第13号) を参照すること。													

1093	様式 40 の 4	病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類 1 届出に係る 病棟薬剤業務実施加算 後発医薬品使用体制加算 の区分（届出を行うもの全てに○を付す） 《以下略》							
1095	様式 40 の 9	退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類 3. 退院支援に係る実績等 <table><tr><td>転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が 20 以上（該当する場合には「レ」を記入すること）</td><td>☐</td></tr><tr><td>連携保険医療機関等の職員と年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）</td><td>☐</td></tr><tr><td>過去 1 年間の介護支援連携指導料の算定回数</td><td>() 回</td></tr></table> 4. 各病棟に配置されている職員 <table><tr><td>退院支援 及び 地域連携業務 に専従に専従従事する 者</td></tr></table> 〔記入上の注意〕 1、2 《略》 <u>3 退院支援加算 3 の届出の場合は、看護師については退院支援及び新生児特定集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院支援に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。</u> ※印刷が途切れている部分 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。 5 連携保険医療機関等の職員との面会頻度については、過去 4 か月間の面会状況が分かる文書を添付 <u>すること。</u> 6 退院 調整 支援加算の注 5 に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。	転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が 20 以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	☐	連携保険医療機関等の職員と年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	☐	過去 1 年間の介護支援連携指導料の算定回数	() 回	退院支援 及び 地域連携業務 に専従に 専従 従事する 者
転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が 20 以上（該当する場合には「レ」を記入すること）	☐								
連携保険医療機関等の職員と年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）	☐								
過去 1 年間の介護支援連携指導料の算定回数	() 回								
退院支援 及び 地域連携業務 に専従に 専従 従事する 者									
1101	様式 49 の 2	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準に係る届出書添付書類 〔記載上の注意〕 2 「⑧」について、 <u>区分番号「A 2 4 6」退院支援加算の地域連携診療計画加算</u> 地域連携診療計画管理料 を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。							

1101	様式 49 の 3	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準に係る届出書添付書類 [記載上の注意] 2 「⑥」について、 <u>区分番号「A 2 4 6」退院支援加算の地域連携診療計画加算</u> 地域連携診療計画管理料 を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。									
1107	様式 57 の 4	地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類 2 長期入院患者の退院実績に係る要件 <table><tr><td>オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数（直近 3 か月間における 1 か月あたり平均）</td><td>人</td></tr><tr><td>カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数</td><td>床</td></tr><tr><td>キ オ÷カ×100 （%）</td><td>%</td></tr></table>		オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数（直近 3 か月間における 1 か月あたり平均）	人	カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数	床	キ オ ÷ カ ×100 （%）	%		
オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数（直近 3 か月間における 1 か月あたり平均）	人										
カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数	床										
キ オ ÷ カ ×100 （%）	%										
別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書											
1109	届出書（参考）欄外	<u>※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。</u> 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。 2～4 《略》									
	届出書（参考）12 の 1 の 2	（基本別添 7）									
1112	届出書（参考）72 の 9	52.65 の 7, 4, (52)									
	届出書（参考）75 の 4	52.67 の 2 の 2, 4, (52)									
1113	届出書（参考）欄外	※様式 <u>6</u> , 16, <u>65</u> , 68, 72 は欠番									
1117	様式 5 の 8	糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る <u>届出書添付書類</u> 報告書 報告年月日： 年 月 日 <table><tr><td>本指導管理料を算定した患者数 （期間： 年 月～ 年 月）</td><td>① 名</td></tr><tr><td>①のうち、eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}（ml/分/1.73m²）が 30 未満であったもの</td><td>② 名</td></tr><tr><td>②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの</td><td>③ 名</td></tr><tr><td>②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの</td><td>④ 名</td></tr></table>		本指導管理料を算定した患者数 （期間： 年 月～ 年 月）	① 名	①のうち、eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} （ml/分/1.73m ² ）が 30 未満であったもの	② 名	②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの	③ 名	②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの	④ 名
本指導管理料を算定した患者数 （期間： 年 月～ 年 月）	① 名										
①のうち、eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} （ml/分/1.73m ² ）が 30 未満であったもの	② 名										
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの	③ 名										
②のうち、①の算定時点から 3 か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの	④ 名										

		<table><tr><td>②のうち、①で eGFR_{Cr} 又は eGFR_{Cys} を算出算定した時点から前後 3 月時点の eGFR_{Cr} 又は eGFR_{Cys} を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの</td><td>⑤</td><td>名</td></tr><tr><td>③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数</td><td>⑥</td><td>名</td></tr><tr><td>$\frac{\text{⑥}-\text{②}}{\text{②}} \times 100$</td><td></td><td>%</td></tr></table> [記載上の注意点] 1. ①の期間は、報告月年月日の 4 月前までの 3 か月間とする。 例：平成 2 8 年 1 0 月 1 日の届出報告 ↓ 平成 2 8 年 4 月 1 日～ 2 8 年 6 月 3 0 日 2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。 例 1： <table><tr><td>算出測定年月日</td><td>2 月 1 9 日</td><td>5 月 1 9 日</td><td>8 月 1 9 日</td></tr><tr><td>eGFR_{Cr} (ml/分/1.73m²)</td><td>33.7</td><td>28.6</td><td>25.6</td></tr></table> →前 3 月では (33.6-28.6) / 3 月=1.67/月、 後 3 月では (28.6-25.6) / 3 月=1.00/月 (1.67-1.00)/(1.67)=40%で、1 月あたりの低下が 30%以上軽減 40%以上となるため該当。 なお、日付は± 1 週間の範囲で変動しても差し支えない。 例 2 <table><tr><td>算出測定年月日</td><td>2 月 1 2 日</td><td>5 月 1 9 日</td><td>8 月 1 2 日</td></tr><tr><td>eGFR_{Cr} (ml/分/1.73m²)</td><td>33.7</td><td>28.6</td><td>25.6</td></tr></table> → 2 月 1 2 日から 5 月 1 9 日は 3 月より長く、5 月 1 9 日から 8 月 1 2 日は 3 月より短い が、± 1 週間の範囲であるため、例 2 と同様に計算する。	②のうち、①で eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を算出算定した時点から前後 3 月時点の eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの	⑤	名	③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名	$\frac{\text{⑥}-\text{②}}{\text{②}} \times 100$		%	算出測定年月日	2 月 1 9 日	5 月 1 9 日	8 月 1 9 日	eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6	算出測定年月日	2 月 1 2 日	5 月 1 9 日	8 月 1 2 日	eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6
②のうち、①で eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を算出算定した時点から前後 3 月時点の eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を比較し、その 1 月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの	⑤	名																									
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名																									
$\frac{\text{⑥}-\text{②}}{\text{②}} \times 100$		%																									
算出測定年月日	2 月 1 9 日	5 月 1 9 日	8 月 1 9 日																								
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6																								
算出測定年月日	2 月 1 2 日	5 月 1 9 日	8 月 1 2 日																								
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6																								
1120	様式 7 の 8	小児かかりつけ診療料に係る届出書 <table><tr><td>②</td><td>小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること</td><td>☐</td></tr><tr><td></td><td>時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること</td><td>☐</td></tr></table> 《以下図表略》	②	小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること	☐		時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること	☐																			
②	小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること	☐																									
	時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること	☐																									

		[記載上の注意] 1. ②について、確認できる資料の写し <u>(小児科外来診療料については、例えば診療報酬明細書の写し等)</u> を添付のこと。 2. 《略》									
1121 1122	様式 11	在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1～6 《略》 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入し、併せて「在宅療養支援診療所に係る報告書(様式11の3)」を添付すること。									
1122	様式 11 の 2	在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類 1～8 《図表略》 <table><tr><td colspan="2">9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</td></tr><tr><td rowspan="4"></td><td>(1)～(2)《略》</td></tr><tr><td>(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師</td></tr><tr><td>① 氏名 ()</td></tr><tr><td>② 勤務を行った保険医療機関名 ()</td></tr><tr><td colspan="2">③ 勤務を行った期間 (年 月 日～ 年 月 日)</td></tr></table> [記載上の注意] 1～4 《略》 5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5-4)を添付すること。 6 《略》	9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出			(1)～(2)《略》	(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師	① 氏名 ()	② 勤務を行った保険医療機関名 ()	③ 勤務を行った期間 (年 月 日～ 年 月 日)	
9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出											
	(1)～(2)《略》										
	(3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師										
	① 氏名 ()										
	② 勤務を行った保険医療機関名 ()										
③ 勤務を行った期間 (年 月 日～ 年 月 日)											

1122 1123	様式 11 の 3	〔 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院 〕 に係る報告書（新規 ・ 7 月報告） IV. 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況（Ⅲの③が 95%以上の医療機関は記入すること） (1) <u>直近 1 年間に、訪問診療を開始した患者の紹介（文書によるものに限る。）を受けた保険医療機関</u> ※途切れていた部分の補足 (算出に係る機関； 年 月 日～ 年 月 日) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">①</th> <th style="width: 40%;">保険医療機関の名称</th> <th style="width: 30%;">患者の紹介を行った医師</th> <th style="width: 20%;">患者の紹介を受けた日付</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>①</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>②</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>③</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>④</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>⑤</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> ※印刷の関係上で途切れてしまった部分を補足。		①	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付		①					②					③					④					⑤					
	①	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付																														
	①																																	
	②																																	
	③																																	
	④																																	
	⑤																																	
1124	様式 12 ※様式の追加	<u>地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類</u> 1. <u>地域連携診療計画に係る事項</u> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> <u>地域連携診療計画を策定している疾患名</u> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <u>担当医師</u> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> 2. <u>連携保険医療機関等に係る事項</u> (1) <u>最初に入院を受け入れる保険医療機関</u> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> <u>保険医療機関の名称</u> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <u>連絡先</u> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> (2) <u>(1) の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関</u> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <u>連携先 () 件</u> </td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> <u>連携施設の名称</u> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <u>連絡先</u> </td> </tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </table> (3) <u>(2) の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等</u> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <u>連携先 () 件</u> </td> </tr> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"> <u>連携施設の名称</u> </td> <td style="width: 40%; text-align: center;"> <u>連絡先</u> </td> </tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr> </table>	<u>地域連携診療計画を策定している疾患名</u>	<u>担当医師</u>			<u>保険医療機関の名称</u>	<u>連絡先</u>			<u>連携先 () 件</u>		<u>連携施設の名称</u>	<u>連絡先</u>									<u>連携先 () 件</u>		<u>連携施設の名称</u>	<u>連絡先</u>								
<u>地域連携診療計画を策定している疾患名</u>	<u>担当医師</u>																																	
<u>保険医療機関の名称</u>	<u>連絡先</u>																																	
<u>連携先 () 件</u>																																		
<u>連携施設の名称</u>	<u>連絡先</u>																																	
<u>連携先 () 件</u>																																		
<u>連携施設の名称</u>	<u>連絡先</u>																																	

		3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項 <table><tr><th colspan="2">連携先（ ）件</th></tr><tr><th>連携施設の名称</th><th>過去 1 年間の面会日</th></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> [記載上の注意] 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 1 2 の 2 を参考にすること。	連携先（ ）件		連携施設の名称	過去 1 年間の面会日								
連携先（ ）件														
連携施設の名称	過去 1 年間の面会日													
1124	様式 12 の 2 ※様式追加（次ページ参照）	地域連携診療計画書（様式例）												

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
患者氏名
病名（検査・手術名）：

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

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

1125	様式 13 の 4	排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1 「1」のについては、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。 《以下略》
1126	様式 19	 在宅時医学総合管理料 施設入居時等医学総合管理料 の施設基準に係る届出書添付書類 2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式 11 の 1）の届出状況を記載 (1) 今回届出 (2) 既届出（届出年月）： 年 月
1128	様式 20 の 5	在宅療養後方支援病院に係る報告書（新規 ・ 7 月報告） 《図表略》 [記入上の注意] 1 Ⅲ Ⅱの②については、A206 在宅患者緊急入院診療加算 1、③については A206 在宅患者緊急入院診療加算 2 の算定回数等、④については A206 在宅患者緊急入院診療加算 3 の算定回数等を記載すること。 2 Ⅳ Ⅲの①については、C012 在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうち C012 を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012 在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。
1132	様式 25	 長期継続頭蓋内脳波検査 脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術 の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1 「2-1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。 《以下略》
1138	様式 38 の 2	外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 1 ～ 2 《略》

		3. 医薬品の使用採用状況(平成 年 月 日時点) 《図表略》 [記載上の注意] 1～2 《略》 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬に<u>おける</u>いで加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」(平成 28<u>26</u>年 3 月 4<u>5</u>日保医発 03040305第 13 号)を参照すること。							
1142	様式 43 の 4	経口摂取回復促進加算 1 胃瘻造設術 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第 2 の 4 の (11<u>14</u>) に定めるところによるものであること。 《以下略》							
1158	様式 57	同種死体肺移植術 同種心移植術 同種心肺移植術 同種死体肝移植術 同種死体脾移植術 同種死体脾腎移植術 同種死体腎移植術 の施設基準に係る届出書添付書類 ※ 該当する届出事項を○で囲むこと。 <table><tr><th>施 設 種 別</th></tr><tr><td>・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)</td></tr><tr><td>・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)</td></tr><tr><td>・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)</td></tr><tr><td>・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)</td></tr><tr><td>・ 移植関係学会合同委員会において、脾臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)</td></tr><tr><td>・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (<u>登録</u>選定年月日： 年 月 日)</td></tr></table> [記載上の注意] 1 施設種別欄において選定<u>又は登録</u>された施設であることを証する文書の写しを添付すること。 2 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。	施 設 種 別	・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)	・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)	・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)	・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)	・ 移植関係学会合同委員会において、脾臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)	・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (<u>登録</u> 選定 年月日： 年 月 日)
施 設 種 別									
・ 移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)									
・ 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)									
・ 移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)									
・ 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)									
・ 移植関係学会合同委員会において、脾臓移植実施施設として選定された施設 (選定年月日： 年 月 日)									
・ (社) 日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 (<u>登録</u> 選定 年月日： 年 月 日)									

1160	様式 59 の 3	※様式名の修正 <u>胸腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類</u>									
1167	様式 66 の 2	腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出書添付書類 <u>Ⅰ. 腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出の区分</u> <u>(該当するものにそれぞれに○を付すこと。)</u> () 部分切除及び外側区域切除 () <u>亜区域切除、1 区域切除 (外側区域切除を除く。)、2 区域切除及</u> <u>び3 区域切除以上のもの</u> <u>Ⅱ. 当該療養に係る医療機関の体制状況等</u> <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</td><td>科</td></tr> <tr> <td>2</td><td>当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数</td><td>例</td></tr> <tr> <td>3</td><td>当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数</td><td>例</td></tr> </table> 《以下略》	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	当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数	例	3	当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数	例
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	当該保険医療機関において1年間に実施した肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術症例数	例									
3	当該保険医療機関において1年間に実施した腹腔鏡手術症例数	例									
1176	様式 73 の 5	凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類 <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</td><td>科 科</td></tr> <tr> <td>2</td><td>当該保険医療機関における当該手術の実施症例数</td><td>例</td></tr> <tr> <td>3</td><td>外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例 (このうち5例は術者として実施しているものに限る) 以上の経験も併せて有していること。</td><td></td></tr> </table> 《以下略》	1	標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	科 科	2	当該保険医療機関における当該手術の実施症例数	例	3	外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例 (このうち5例は術者として実施しているものに限る) 以上の経験も併せて有していること。	
1	標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	科 科									
2	当該保険医療機関における当該手術の実施症例数	例									
3	外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例 (このうち5例は術者として実施しているものに限る) 以上の経験も併せて有していること。										
1177	様式 77	$\left(\begin{array}{l} \text{高エネルギー放射線治療} \\ \text{1 回線量増加加算} \end{array} \right)$ の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] 1～4 《略》 5 高エネルギー放射線治療の届出を行う場合にあっては「1」及び「2」を、1回線量増加加算の届出を行う場合にあっては「1」、「3」及び「4」までを記載すること。									
1177	様式 78	強度変調放射線治療 (IMRT) の施設基準に係る届出書添付書類									

		《図表略》 [記載上の注意] 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該保険医療機関病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。												
1177	様式78の2	画像誘導放射線及び画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る 届出書添付書類 <table><tr><td>1</td><td colspan="2">標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)</td></tr><tr><td>2</td><td>放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名</td><td>放射線治療の経験年数(5年以上)</td></tr><tr><td>3</td><td>放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名</td><td>放射線治療の経験年数(5年以上)</td></tr><tr><td>4</td><td colspan="2">放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する常勤の者の職名及び氏名</td></tr></table> 《以下略》	1	標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		2	放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数(5年以上)	3	放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数(5年以上)	4	放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する 常勤 の者の職名及び氏名	
1	標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)													
2	放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数(5年以上)												
3	放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数(5年以上)												
4	放射線治療における機器の精度管理等を専ら担当する 常勤 の者の職名及び氏名													
1179	様式79の1の3	粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の 施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 [記載上の注意] ※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。 《以下略》												
1179	様式79の2	保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類 標本の送付側(検体採取が行われる保険医療機関) 《図表略》 標本の受取側(病理診断が行われる保険医療機関) 1～3 《図表略》 <table><tr><td>4</td><td colspan="2">病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等</td></tr><tr><td></td><td>常勤の医師等の氏名</td><td>経験年数</td></tr></table> 《以下図表略》	4	病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等			常勤の医師等の氏名	経験年数						
4	病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等													
	常勤の医師等の氏名	経験年数												

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