

平成28年度
診療報酬改定に伴う
『施設基準』等について

東北厚生局

診療報酬改定の留意事項

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していない**ので、**ご注意ください**。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○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(保医発0304第1号平成28年3月4日)

○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(保医発0304第2号平成28年3月4日) 等

・算定の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○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(保医発0304第3号平成28年3月4日) 等

届出書様式 (表紙)

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

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

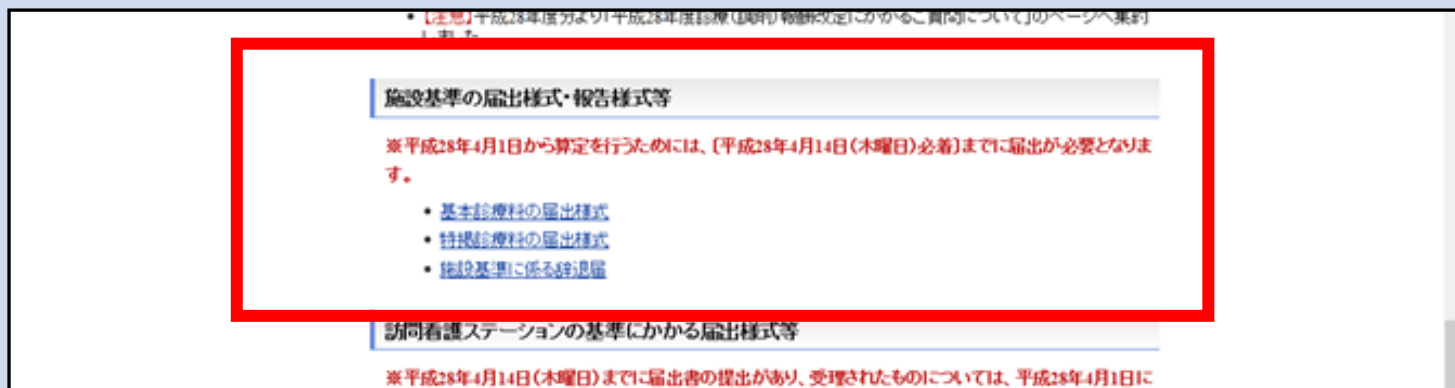
別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

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

届出様式のホームページからの入手方法

○東北厚生局トップページの 「平成28年度診療(調剤)報酬改定」のバナーから



平成28年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問について

- ご質問につきましては、次の「平成28年度診療(調剤)報酬改定にかかる質問票」をご記入のうえ、指導監査課又は各県事務所あてに、FAXまたは郵送により提出をお願いいたします。
- また、参考となる資料等がございましたら質問票に添付願います。
- 照会いただきましたご質問に対しては、個別に口頭にて回答させていただきます。
- なお、ご質問の内容によっては回答にお時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

様式	質問票(エクセル:14KB)	FAXまたは郵送による提出をお願いします。
	質問票(PDF:171KB)	

平成28年度 診療(調剤)報酬改定にかかる質問票

質問年月日 平成 年 月 日 [医科・歯科・調剤] いずれかに○を付してください

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード		
	保険医療機関名称 または保険薬局名称		
	連絡先	電話番号	() -
		課または係名	
	担当者氏名		
(質問内容) [区分:]			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。
 ※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・郵送先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	ファクシミリ番号	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	〒030-0801 青森県青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9072	〒020-0024 盛岡市菜園1-12-18 盛岡菜園センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	022-726-9268	〒980-8426 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7078	〒010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0139	〒990-0039 山形市香澄町2-2-36 山形センタービル6階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5032	〒960-8021 福島市殿町1-46 福島合同庁舎4階

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あたり届出の必要なもの（基本1）

○基本診療料

- ・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
- ・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。）
- ・結核病棟入院基本料の注6に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- ・精神病棟入院基本料の注9に掲げる夜勤時間特別入院基本料
- ・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1
- ・専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算1
- ・有床診療所入院基本料の注11に掲げる有床診療所在宅復帰機能強化加算
- ・有床診療所療養病床入院基本料の注11に掲げる有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
- ・総合入院体制加算2
- ・急性期看護補助体制加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- ・看護職員夜間1.2対1配置加算1
- ・看護職員夜間1.6対1配置加算

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あたり届出の必要なもの（基本2）

○基本診療料（つづき）

- ・看護補助加算の注2に掲げる夜間7.5対1看護補助加算
- ・看護補助加算の注3に掲げる夜間看護体制加算
- ・病棟薬剤業務実施加算2
- ・退院支援加算1又は3
- ・退院支援加算の注4に掲げる地域連携診療計画加算
- ・退院支援加算の注5（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合であって、平成28年1月1日において現に旧算定方法別表第一区分番号A238に掲げる退院調整加算の注3に係る届出を行っていないものに限る。）
- ・認知症ケア加算
- ・精神疾患診療体制加算
- ・小児入院医療管理料の注4に掲げる重症児受入体制加算
- ・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2
- ・地域移行機能強化病棟入院料

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（基本1）

○基本診療料

- 一般病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算2又は3（平成28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の注12に掲げるADL維持向上等体制加算
- 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28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- 療養病棟入院基本料2—（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。7対1入院基本料に限る。）（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。）（平成29年4月1日以降に算定する場合に限る。）

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（基本2）

○基本診療料（つづき）

- ・ 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2又は3（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の注10に掲げるADL維持向上等体制加算
- ・ 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算2又は3（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 専門病院入院基本料の注9に掲げるADL維持向上等体制加算
- ・ 総合入院体制加算1（平成28年1月1日において現に当該点数に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 総合入院体制加算3（平成28年1月1日において現に旧算定方法別表第一区分番号A200に掲げる総合入院体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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（基本3）

○基本診療料（つづき）

- ・急性期看護補助体制加算（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・看護職員夜間12対1配置加算2（平成28年3月31日において現に旧算定方法別表第一区分番号A207-4に掲げる看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・後発医薬品使用体制加算
- ・救命救急入院料2又は4（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・特定集中治療室管理料（平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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が必要でないもの（基本）

○基本診療料

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（注3の規定によるものを除く）	→	退院支援加算2
退院調整加算（注3の規定によるもの）	→	退院支援加算（注5の規定によるもの）
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
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

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あたり届出の必要なもの（特掲1）

○特掲診療料

- ・ 糖尿病透析予防指導管理料の注5に掲げる腎不全期患者指導加算
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ **かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所**
- ・ 排尿自立指導料
- ・ 診療情報提供料（I）の注14に掲げる地域連携診療計画加算
- ・ 診療情報提供料（I）の注15に掲げる検査・画像情報提供加算
- ・ 電子的診療情報評価料
- ・ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- ・ 在宅療養実績加算2
- ・ 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
- ・ **歯科訪問診療料の注13に規定する基準**
- ・ 遺伝学的検査（注に規定する届出に限る。）
- ・ 国際標準検査管理加算
- ・ 長期脳波ビデオ同時記録検査1
- ・ 脳波検査判断料1
- ・ 遠隔脳波診断
- ・ コンタクトレンズ検査料2
- ・ **有床義歯咀嚼機能検査**

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あたり届出の必要なもの（特掲2）

○特掲診療料（つづき）

- ・コンピューター断層撮影（CT撮影）（注8に規定する届出に限る。）
- ・磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（注5に規定する届出に限る。）
- ・磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（注6に規定する届出に限る。）
- ・外来後発品使用体制加算
- ・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
- ・人工膀胱療法
- ・手術用顕微鏡加算
- ・同種骨移植（特殊なもの）

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あたり届出の必要なもの（特掲3）

○特掲診療料（つづき）

- ・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）
- ・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）
- ・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
- ・胆管悪性手術（臍頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）
- ・腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術
- ・腹腔鏡下腎悪性腫瘍切除術（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
- ・粒子線治療
- ・粒子線治療の注3に掲げる粒子線治療適応判定加算
- ・粒子線治療の注4に掲げる粒子線治療医学管理加算

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あたり届出の必要なもの（特掲4）

○特掲診療料（つづき）

- 密封小線源治療の注8に掲げる画像誘導密封小線源治療加算
- 調剤基本料1、2、3、4又は5
- 調剤基本料（注1ただし書に規定する届出）
- 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

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（特掲）

○特掲診療料

- ・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

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が必要でないもの（特掲）

○特掲診療料

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
人工膵臓	→	人工膵臓検査
経口摂取回復促進加算	→	経口摂取回復促進加算 1
内視鏡手術用支援機器加算	→	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
歯科治療総合医療管理料	→	歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
在宅患者歯科治療総合医療管理料	→	在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
在宅かかりつけ歯科診療所加算	→	在宅歯科医療推進加算
歯科技工加算	→	歯科技工加算 1 及び 2
経皮的動脈弁置換術	→	経カテーテル動脈弁置換術

施設基準を満たしていれば届出を不要とするもの

- 夜間・早朝等加算
- 明細書発行体制等加算
- 臨床研修病院入院診療加算
- 救急医療管理加算
- 妊産婦緊急搬送入院加算
- 重症皮膚潰瘍管理加算
- 強度行動障害入院医療加算
- がん診療連携拠点病院加算
- 小児科外来診療料
- 夜間休日救急搬送医学管理料
- がん治療連携管理料
- 認知症専門診断管理料
- 経皮的冠動脈形成術
- 経皮的冠動脈ステント留置術
- 医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)に掲げる手術

別の項目を届け出れば、別途届出は不要とするもの

()内は届出が必要な別の項目の例

○外来リハビリテーション診療料
(心大血管疾患リハビリテーション料 等)

○一酸化窒素吸入療法
(新生児特定集中治療室管理料 等)

○造血器腫瘍遺伝子検査
(検体検査管理加算)

○大腸CT撮影加算
(CT撮影 64列以上の場合 等)

○植込型除細動器移行期加算
(両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術 等)

○植込型心電図検査
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)

○植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術
(ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 等)

○経皮的動脈遮断術
(救命救急入院料 等)

○ダメージコントロール手術
(救命救急入院料 等)

○認知症地域包括診療加算(※)
(地域包括診療加算)

○認知症地域包括診療料(※)
(地域包括診療料)

○廃用症候群リハビリテーション料(※)
(脳血管疾患等リハビリテーション料)

※は平成28年度診療報酬改定で新設された点数

施設基準に係る届出の一部簡素化について(その3)

施設基準に係る届出を統一するもの(いずれかを届け出ればすべて算定可能)

- 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

- 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

- 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

- 持続血糖測定器加算
- 皮下連続式グルコース測定

- 時間内歩行試験
- シャトルウォーキングテスト(※)

- 検査・画像情報提供加算(※)
- 電子的診療情報評価料(※)

- 人工臓器検査
- 人工臓器療法(※)

※は平成28年度診療報酬改定
で新設された点数

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出に当たっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出に当たっては、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。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正副2組作成し提出すること。

※提出期限

平成28年4月1日から算定するためには、

平成28年4月14日（木）必着
で提出すること。

常勤配置の取扱いの明確化

【第1 基本診療料の施設基準等】

(新設)

基本診療料の施設基準における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間において、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則含めるものであること。

また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

【第1 特掲診療料の施設基準等】

(新設)

特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を含めることができること。

また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

認知症に対する主治医機能の評価

(新) 認知症地域包括診療料 1, 515点 (月1回)

(新) 認知症地域包括診療加算 30点 (再診料1回につき加算)

[主な施設基準]

「認知症地域包括診療料」

地域包括診療料の届出を行っていること。

「認知症地域包括診療加算」

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括診療料等の見直し（その1）

現行

【地域包括診療料】

[主な施設基準]

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

ア 診療所の場合

- ① 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- ② 常勤の医師が3名以上配置されていること。
- ③ 在宅療養支援診療所であること。

イ 病院の場合

- ① 医療法第30条の3の規定に基づき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又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪番制病院であること。
- ② 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- ③ 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

改定後

【地域包括診療料】

[主な施設基準]

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

ア 診療所の場合

- ① 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- ② 常勤の医師が2名以上配置されていること。
- ③ 在宅療養支援診療所であること。

イ 病院の場合

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- ② 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

地域包括診療料等の見直し（その2）

現行

【地域包括診療加算】

[主な施設基準]

(略)

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。

- ① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- ② 常勤の医師が3名以上配置されている。
- ③ 在宅療養支援診療所である。

(略)

改定後

【地域包括診療加算】

[主な施設基準]

(略)

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のいずれか1つを満している。

- ① 時間外対応加算1又は2の届出を行っている。
- ② 常勤の医師が2名以上配置されている。
- ③ 在宅療養支援診療所である。

(略)

有床診療所における在宅復帰機能強化加算の新設

(新) 有床診療所在宅復帰機能強化加算 5点（1日につき）

[主な施設基準]

- (1) 有床診療所入院基本料1、2又は3を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 次のいずれにも適合すること
 - ① 直近6か月間に退院した患者の在宅復帰率が7割以上である。
 - ② 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録している。
- (3) 平均在院日数が60日以下である。

(新) 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算 10点（1日につき）

[主な施設基準]

- (1) 次のいずれにも適合すること
 - ① 直近6か月間に退院した患者の在宅復帰率が5割以上であること。
 - ② 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録している。
- (2) 平均在院日数が365日以下である。

退院支援に関する評価の充実(その1)

(新) 退院支援加算1 (退院時1回)

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

※ 現行の「退院調整加算」は、「退院支援加算2」となる。

[主な施設基準]

- ① 退院支援及び地域連携業務を担う部門（退院支援部門）が設置されていること。
- ② 退院支援部門に、十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。また、専従の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
- 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、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。ここで、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。

退院支援加算 1

[主な施設基準] (つづき)

- ④ 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関又は居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者等の数が20以上であること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携保険医療機関等の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。
- ⑤ 過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計を上回ること。
- ⑥ 病棟の廊下等の見やすい場所に、退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

退院支援に関する評価の充実(その4)

退院支援加算

(新) 地域連携診療計画加算

300点 (退院時1回)

診療情報提供料 (I)

(新) 地域連携診療計画加算

50点

[主な施設基準]

地域連携診療計画加算 (退院支援加算)

- (1) 退院支援加算 1 又は 3 の届出保険医療機関であること。
- (2) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と 3 回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

地域連携診療計画加算 (診療情報提供料 (I))

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。
- (2) 連携している保険医療機関と 3 回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

現行		改定後	
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	3 5 点	後発医薬品使用体制加算 1	4 2 点(新)
後発医薬品使用体制加算 2	2 8 点	後発医薬品使用体制加算 2	3 5 点
		後発医薬品使用体制加算 3	2 8 点

【主な施設基準】

当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 30% 以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 20% 以上 30% 未満であること。

【主な施設基準】

- ① 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 70% 以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60% 以上 70% 未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては 50% 以上 60% 未満であること。
- ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50% 以上であること。

小児かかりつけ医の評価

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[主な施設基準]

- (1) 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- (2) 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- (4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - ① 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - ② 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - ③ 定期予防接種を実施
 - ④ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - ⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

糖尿病透析予防指導管理料

(新) 腎不全期患者指導加算

100点

[主な施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

- ① 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、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys} (ml/分/1.73m²) 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、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。）
- ② ①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。
 - ア) 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。
 - イ) 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。
 - ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測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。

ニコチン依存症管理料の見直し

現行

【ニコチン依存症管理料】 (主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。

改定後

【ニコチン依存症管理料】 (主な施設基準)

- ① 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務。
- ② 禁煙治療に係る専任の看護師等を1名以上配置
- ③ 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- ④ 過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること。

※なお、④を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

[経過措置]

過去1年間の当該管理料の平均継続回数に関する基準については、平成29年7月1日算定分より適用する。

下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

(新) 排尿自立指導料

200点 (週1回)

[主な施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 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3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

(新) 検査・画像情報提供加算（診療情報提供料の加算として評価）	
イ 退院患者の場合	200点
ロ その他の患者の場合	30点
(新) 電子的診療情報評価料	30点

[主な施設基準]

- (1) 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
- (2) 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
- (3) 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
- (4) 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- (5) 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
- (6) 情報の電子的な送受に関する記録を残していること。（ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。）
情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録。

機能強化型の在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の見直し

現行

[在宅療養支援診療所 1 及び在宅療養支援病院 1 の主な施設基準]

当該保険医療機関において、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有すること。

[在宅療養支援診療所 2 及び在宅療養支援病院 2 の主な施設基準]

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有し、かつ、当該保険医療機関において 2 件以上有すること。

改定後

[在宅療養支援診療所 1 及び在宅療養支援病院 1 の主な施設基準]

当該保険医療機関において、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有する 又は 15 歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を過去 1 年間に 4 件以上有すること。

[在宅療養支援診療所 2 及び在宅療養支援病院 2 の主な施設基準]

当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 4 件以上有すること。

また、当該保険医療機関において過去 1 年間の在宅における看取りの実績を 2 件以上 又は 過去 1 年間の 15 歳未満の超・準超重症児に対する総合的な医学管理の実績を 2 件以上有すること。

在宅医療専門の医療機関の評価（その1）

[在宅療養支援診療所に追加された施設基準]

直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。

- (イ) 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を10件以上有していることをいう。
- (ハ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (ニ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

在宅医療専門の医療機関の評価（その2）

〔経過措置〕

平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

在宅療養実績加算の見直し(その1)

現行	改定後
【在宅療養実績加算】	
① (緊急、夜間又は深夜の往診) 在宅療養実績加算	① (緊急、夜間・休日又は深夜の往診) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
75点	75点 50点(新)
② (ターミナルケア加算) 在宅療養実績加算	② (ターミナルケア加算) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
750点	750点 500点(新)
③ (在宅時医学総合管理料) 在宅療養実績加算	③ (在宅時医学総合管理料) 在宅療養実績加算 <u>1</u>
ア) 同一建物居住者以外の場合	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
300点	300点
イ) 同一建物居住者の場合	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
75点	150点(新)
	ウ) その他の場合
	75点
	<u>在宅療養実績加算 2</u>
	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
	200点(新)
	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
	100点(新)
	ウ) その他の場合
	50点(新)
④ (特定施設入居時等医学総合管理料) 在宅療養実績加算	④ (施設入居時等医学総合管理料) 在宅療養実績加算 <u>1</u>
ア) 同一建物居住者以外の場合	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
225点	225点
イ) 同一建物居住者の場合	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
56点	110点(新)
	ウ) その他の場合
	56点
	<u>在宅療養実績加算 2</u>
	ア) 単一建物診療患者数が1人の場合
	150点(新)
	イ) 単一建物診療患者数が2～9人の場合
	75点(新)
	ウ) その他の場合
	40点(新)
⑤ (在宅がん医療総合診療料) 在宅療養実績加算	⑤ (在宅がん医療総合診療料) 在宅療養実績加算 <u>1</u> <u>在宅療養実績加算 2</u>
110点	110点 75点(新)

在宅療養実績加算の見直し(その2)

現行

[主な施設基準]

在宅療養実績加算

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

改定後

[主な施設基準]

在宅療養実績加算 1

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ在宅での看取りの実績が4件以上であること。

在宅療養実績加算 2

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が4件以上かつ在宅での看取りの実績が2件以上であること。
- ③ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(その1)

(緊急、夜間・休日又は深夜の往診)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点

(ターミナルケア加算)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点

(在宅時医学総合管理料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

単一建物診療患者数が1人の場合 400点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 200点

その他の場合 100点

(施設入居時等医学総合管理料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

単一建物診療患者数が1人の場合 300点

単一建物診療患者数が2～9人の場合 150点

その他の場合 75点

(在宅がん医療総合診療料)

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(その2)

【在宅緩和ケア充実診療所・病院加算】

[主な施設基準]

- (1) 機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- (2) 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- (3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- (4) 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- (5) 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- (6) 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

質の高い臨床検査の適正な評価

(新) 国際標準検査管理加算

40点

[主な施設基準]

国際標準化機構が定めた臨床検査に対する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

自施設交付割合に応じたコンタクトレンズ検査料の見直し

現行		改定後	
コンタクトレンズ検査料1	200点	コンタクトレンズ検査料1	200点
		コンタクトレンズ検査料2	180点(新)
コンタクトレンズ検査料2	56点	コンタクトレンズ検査料3	56点
		コンタクトレンズ検査料4	50点(新)

[主な施設基準]

・コンタクトレンズ検査料1

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準に加え、次のうちいずれかに該当すること。

- ① 眼科の病床を有すること。
- ② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。
- ③ コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。

・コンタクトレンズ検査料2

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしているが、上記の①から③のいずれにも該当しないこと。

・コンタクトレンズ検査料3

現行のコンタクトレンズ検査料1の施設基準を満たしていないが、上記の①から③のいずれかに該当すること。

[経過措置] 平成29年4月1日より適用することとする。

脳波検査の評価の見直し

現行	改定後
長期脳波ビデオ同時記録検査 900点	<u>長期脳波ビデオ同時記録検査1</u> 3,500点(新) 長期脳波ビデオ同時記録検査 <u>2</u> 900点

[主な施設基準]

- (1) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施
- (2) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置
- (3) てんかん診療拠点機関として選定

現行	改定後
脳波検査判断料 180点	<u>脳波検査判断料1</u> 350点(新) 脳波検査判断料 <u>2</u> 180点

[主な施設基準]

- (1) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置
- (2) 関係学会により教育研修施設として認定された施設

指定難病の診断に必要な遺伝子学的検査の評価（その1）

現行	改定後
<p>【遺伝学的検査】 (新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、患者1人につき1回算定できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ア) デュシェンヌ型筋ジストロフ 【中略】 ク) 中枢神経白質形成異常症 ケ) ムコ多糖症Ⅰ型 【中略】 ス) ポンペ病 セ) ハンチントン舞踏病 ソ) 球脊髄性筋萎縮症 タ) フェニルケトン尿症 【中略】 ヤ) 先天性難聴 	<p>【遺伝学的検査】</p> <p><u>注 別に定める疾患については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>① 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、<u>原則として患者1人につき1回算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ア) デュシェンヌ型筋ジストロフィー、【中略】脊髄性筋萎縮症 イ) ハンチントン病及び球脊髄性筋萎縮症 ウ) フェニルケトン尿症、【中略】先天性難聴 エ) <u>神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、PCDH19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、ロスマンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、1P36欠失症候群、4P欠失症候群、5P欠失症候群、第14番染色体父親性ダ</u>

指定難病の診断に必要な遺伝子学的検査の評価（その2）

現行	改定後
<p>② ①の<u>ア</u>から<u>ク</u>までに掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。①の<u>ケ</u>から<u>ス</u>までに掲げる遺伝子疾患の検査は、酵素活性測定法、DNAシーケンス法又は培養法による。</p> <p>①の<u>セ</u>及び<u>ソ</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。</p> <p>③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p>	<p><u>症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22Q11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱X症候群関連疾患、脆弱X症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高IGD症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴</u></p> <p>② ①の<u>ア</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法、DNAシーケンス法、FISH法又はサザンブロット法による。</p> <p>①の<u>イ</u>に掲げる遺伝子疾患の検査は、PCR法による。</p> <p>③ 検査の実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成23年2月）を遵守すること。</p> <p>④ ①の<u>エ</u>に掲げる遺伝子疾患に対する検査については、③に掲げるガイドラインに加え、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局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p>

[主な施設基準]

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守すること。

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が夜間休日に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

〔画像診断管理加算に追加された施設基準〕

夜間又は休日に撮影された画像について、専ら画像診断を担当する医師が、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。

※ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

放射線撮影等の適正な評価（その1）

現行	改定後
<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）】</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 1,000点</p> <p>ロ 16列以上 64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 770点</p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 580点</p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点</p> <p>2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3. 1、2以外の場合 920点</p>	<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）】</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 (1) <u>共同利用施設において行われる場合</u> 1,020点(新)</p> <p>(2) <u>その他の場合</u> 1,000点(新)</p> <p>ロ 16列以上 64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点</p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 560点</p> <p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 <u>イ 共同利用施設において行われる場合</u> 1,620点(新)</p> <p><u>ロ その他の場合</u> 1,600点(新)</p> <p>2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3. 1、2以外の場合 900点</p>

[共同利用施設において行われる場合]

施設共同利用率が10%を超えるとして届け出た保険医療機関において撮影する場合
又は共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合

放射線撮影等の適正な評価（その2）

現行	改定後
<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>（適合しない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる主な施設基準）</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、<u>100分の20以上</u>であること。</p>	<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>（適合しない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる主な施設基準）</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、<u>100分の30以上</u>であること。</p>

[経過措置]

平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。

画像診断の評価の見直し

磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）

(新) 注 乳房MRI撮影加算 100点

[主な施設基準]

- (1) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
- (2) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

向精神薬多剤投与に係る報告書の通年化

現行

【処方料】

[算定要件]

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。

[別紙様式40]

6月に受診した患者に対して、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

改定後

【処方料】

[算定要件]

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。

[別紙様式40]

直近3か月に受診した患者に対して、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

院内処方外来における後発医薬品使用体制の評価

処方料

(新) 外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
加算2 (60%以上)	3点

[主な施設基準]

- (1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

リハビリテーション専門職の専従規定の見直し

1. リハビリテーションの各項目の施設基準のうち、専従の常勤言語聴覚士を求めるものについて、相互に兼任可能とする。ただし、摂食機能療法経口摂取回復促進加算については、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限る。
2. 難病患者リハビリテーション料において求められる「専従する2名以上の従事者」について、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行わないと決めている曜日等において、他のリハビリテーション等の専従者と兼任できることとする。また、当該リハビリテーションを実施していない時間帯は、別の業務に従事できることとする。

廃用症候群リハビリテーション料の新設

(新) 廃用症候群リハビリテーション料

廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅰ)	(1 単位)	1 8 0 点
廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅱ)	(1 単位)	1 4 6 点
廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅲ)	(1 単位)	7 7 点

[主な施設基準]

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) と同様。
- (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)、運動器リハビリテーション料 (Ⅰ)、(Ⅱ) 又は (Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料 (Ⅰ) 又は (Ⅱ)、障害児 (者) リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。
- (3) 専従の常勤言語聴覚士については、第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。

心大血管疾患リハビリテーション料の要件見直し

現行

[主な施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。

改定後

[主な施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む）がそれぞれ1名以上勤務していること。

リンパ浮腫の複合的治療

(新) リンパ浮腫複合的治療料

1 重症の場合	200点 (1日につき)
2 1以外の場合	100点 (1日につき)

[主な施設基準]

- (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名が勤務
 - ① それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - ② 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - ③ リンパ浮腫の複合的治療について適切な研修（医師については座学33時間、医師以外の職種については加えて実技67時間）を修了していること。
- (2) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎に対する診療を適切に行うことができる。

経口摂取回復促進加算の区分の新設

(新) 経口摂取回復促進加算2

20点

[主な施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、兼任は可能である。
- (2) 過去3月間に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1月以上の間経口摂取を行っていなかったものの3割以上について、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態（内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。）へ回復させていること。ただし、以下のものを除く。
 - ① 摂食機能療法を開始した日から起算して3月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。）
 - ② 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
 - ③ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
 - ④ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者
- (3) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (4) 摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (5) (2)で算出した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。

精神科重症患者早期集中支援管理料の要件見直し

現行

[精神科重症患者早期集中支援管理料の主な施設基準]

- ① 常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。
- ② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

(略)

改定後

[精神科重症患者早期集中支援管理料の主な施設基準]

- ① 常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が配置されていること。
- ② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

(略)

通院・在宅精神療法

(新) 児童思春期精神科専門管理加算

- 1 16歳未満の患者に実施した場合 500点(1回につき)
- 2 20歳未満の患者の症状の評価等を60分以上実施した場合
1, 200点(初診から3ヶ月以内に1回)

[主な施設基準]

- (1) ①精神保健指定医に指定されてから5年以上主として20歳未満の患者の精神医療に従事した経験を有する常勤精神保健指定医及び②20歳未満の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の常勤医師が、それぞれ1名以上勤務していること。
- (2) 専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (3) 精神療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (4) 診療所については(1)～(3)に加え、精神療法を実施した患者の50%以上が16歳未満の者であること。

(新) 依存症集団療法

340点（1回につき）

[主な施設基準]

- (1) 専任の精神科医師及び専任の看護師、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。）が勤務していること。
- (2) 当該集団療法の実施時間において、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上（研修を修了した者に限る。）が専従していること。

認知療法・認知行動療法の区分の新設

現行	改定後
【認知療法・認知行動療法】 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点 2 1以外の場合 420点	【認知療法・認知行動療法】 1 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点 2 1以外の医師による場合 420点 <u>3 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合 350点(新)</u>

[認知療法・認知行動療法3の主な施設基準]

当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。

- ① 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験があること。
- ② うつ病等の気分障害の患者に対して、認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
- ③ 厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」による「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠したプログラムによる2日以上適切な研修を修了していること。

人工透析患者の下肢末梢動脈疾患重症化予防の評価の評価

【人工腎臓】

(新) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 100点 (1月につき)

[主な施設基準]

- ① 慢性維持透析を実施している患者全員に対し、下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行っていること。
- ② ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得たうえで、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行っていること。
- ③ 連携を行う専門的な治療体制を有している保険医療機関を定め、地方厚生局に届け出ていること。

(※ 届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行うこと。)

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し（その1）

現行

【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 [主な施設基準]

胃瘻造設術を実施した症例数が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かを満たしていない場合は100分の80に減算。

ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑤までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④ 意識障害があり嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）

- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者

改定後

【胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算】 [主な施設基準]

胃瘻造設術を実施した症例数が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かを満たしていない場合は100分の80に減算。

ア) 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑥までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- ④ 意識障害がある患者、認知症等で検査上の指示が理解できない患者又は誤嚥性肺炎を繰り返す患者等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者
- ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症の患者又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難な患者

胃瘻造設術・胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算要件見直し（その2）

現行

イ) 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

改定後

- イ) 以下のいずれかを満たしていること。
- ① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、要件に該当する患者の合計数の3割5分以上について、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。
 - ② 胃瘻造設を行う患者全員に対して以下の全てを実施していること。
 - a. 胃瘻造設を行う患者全員に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、3年以上の勤務経験を有するリハビリテーション医療に関する経験を有する医師、耳鼻咽喉科の医師又は神経内科の医師のうち複数の診療科の医師の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。
 - b. 胃瘻造設を行う患者全員に対し経口摂取回復の見込み及び臨床的所見等を記した計画書を作成し、本人又は家族に説明を行った上で、胃瘻造設に関する同意を得ること。

保険医療機関間の連携による病理診断の要件見直し

現行

【保険医療機関間の連携による病理診断】

[送付側の主な施設基準]

標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていること。

[受取側の主な施設基準]

- ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

改定後

【保険医療機関間の連携による病理診断】

[送付側の主な施設基準]

- ① 標本の送付側においては、病理診断業務について、5年以上の経験有し、病理標本作成を行うことが可能な常勤の検査技師が1名以上配置されていることが望ましい。
- ② 所定の様式に沿って、当該患者に関する情報提供を行うこと。なお、その際には標本作製をした場所を明記していること。

[受取側の主な施設基準]

- ア 病理診断管理加算の届出を行っている保険医療機関であること。
- イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- ウ イに掲げる保険医療機関のうち、病理診断科を標榜する保険医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。
- エ 同一の者が開設する衛生検査所から受け取る標本割合が全体の8割以下であること。

(新) 硬膜外自家血注入

800点

[主な施設基準]

- (1) 脳神経外科、整形外科、神経内科、又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。
- (2) 病床を有していること。
- (3) 脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあつては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

先進医療からの保険導入（その3）

(新) 重粒子線治療	150,000点
(新) 陽子線治療	150,000点

[主な施設基準]

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上有すること。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する技術者等が配置されていること
- (5) 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (6) 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

明細書無料発行の推進

1. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。
2. ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間（診療所については、当面の間）の猶予措置を設ける。

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出に当たっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出に当たっては、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。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正副2組作成し提出すること。

※提出期限

平成28年4月1日から算定するためには、

平成28年4月14日（木）必着
で提出すること。