



事務連絡
平成28年3月31日

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

} 御中

厚生労働省保険局医療課

平成28年度診療報酬改定関連通知の一部訂正及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添8までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、平成28年3月4日付官報（号外第50号）等に掲載された平成28年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添9のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「薬価算定の基準について」
（平成28年2月10日保医発0210第1号）（別添1）
- ・「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1号）（別添2）
- ・「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）（別添3）
- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（平成28年3月4日保医発0304第3号）（別添4）
- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
（平成28年3月4日保医発0304第9号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料の定義について」
（平成28年3月4日保医発0304第10号）（別添6）
- ・「「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掲
示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」
の実施上の留意事項について」の一部改正について」
（平成28年3月4日保医発0304第12号）（別添7）
- ・「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定
方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める患者について」
（平成28年3月18日保医発0318第3号）（別添8）

薬価算定の基準について
(平成28年2月10日保医発0210第1号)

第4章 実施時期等

3 経過措置

(8) 旧新薬創出等加算適用品又は平成28年度に新薬創出等加算が適用された既収載品(以下、「新薬創出等加算適用品」という)の製造販売業者に対しては、平成28年度以降の薬価改定までの間、未承認薬等検討会議における検討結果を踏まえた厚生労働省からの開発要請又は公募に対する対応状況を確認し、次の要件のいずれかに該当すると認められる場合には、平成28年度以降の薬価改定において新薬創出等加算を実施することとされた場合であっても、当該製造販売業者の全ての既収載品に対して、当該加算を適用しない。

ロ 開発の要請を受けた適応外薬等のうち、医薬品医療機器法に基づく承認申請に当たって、医薬品医療機器法第2条第 ~~17~~¹⁶項に規定する治験が必要となるものについて、特段の合理的な理由がなく、開発の要請を受けてから一年以内に治験等に着手しなかった場合

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1号)

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（10対1入院基本料に限る。）（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。）（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（注11に規定する届出に限る。）

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。）（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。）（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。）（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。）（平成29年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

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。）を算定する病棟において届け出る場合に限る。）

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

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。）

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

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| 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 |
| 退院調整加算 <u>（注3に規定する届出に限る。）</u> | → | 退院支援加算 <u>（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> |

入院基本料等の施設基準等

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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、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~~病床病棟~~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測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。
- (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~~病床病棟~~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重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定の結果、A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3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、2割5分以上であること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関（第6に規定する病棟群単位による届出を行わないものに限る。）にあっては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、2割3分以上であること。

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。なお、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。））を算定する病棟については、測定の結果、その割合が2割4分以上の場合には看護必要度加算1を算定し、1割8分以上の場合

合は看護必要度加算 2 を算定し、1 割 2 分以上の場合には看護必要度加算 3 を算定するものであること。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測定対象から除外する。なお、看護必要度加算の経過措置については、平成28年3月31日において、現に看護必要度加算 1 又は 2 を算定するものにあつては、平成28年9月30日まではそれぞれ平成28年度改定後の看護必要度加算 2 又は 3 の要件を満たすものとみなすものであること。ただし、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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9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9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を用いること。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添7の様式12の9を用い、療養病床については別添7の様式12の10を用いること。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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。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測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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2割7分以上であること。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測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3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10対1入院基本料においては0.6割以上であること。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測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3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10対1入院基本料においては0.6割以上であること。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測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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点以上かつB得点が3点以上の患者、A得点が3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0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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。

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、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。

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~~精神疾患診療体制加算~~に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

別紙 1

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則で定める地域に準じる地域

| 級地区分 | 都道府県 | 地 | 域 |
|------|------------|---------------|---|
| 5級地 | <u>広島県</u> | <u>安芸郡府中町</u> | |

別添 4

特定入院料の施設基準等

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~~病床病棟~~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~~病床病棟~~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。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。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測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

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~~病床病棟~~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）~~及び又は~~手術等の医学的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該~~病床病棟~~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、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が1割以上であること。

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られた病院又は~~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。

第20 特定一般病棟入院料

（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）及び又は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、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が1割以上であること。

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。）及び様式57の4を用いること。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。また、当該届出は平成32年3月31日までに限り行うことができるものであること。

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

| | |
|--|-----------------------|
| 病棟 (病室) | |
| 主治医以外の担当者名 | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 症状 治療により改善 すべき点等 | |
| 全身状態の評価 (ADLの評価を含む) | |
| 治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む) | |
| リハビリテーションの計画 (目標を含む) | |
| 栄養摂取に関する計画 | (特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無) |
| 感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む) | |
| その他 ・ 看護計画 ・ 退院に向けた支援計画 ・ 入院期間の見込み等 | |

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数

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

なお、小数点以下は切り上げる。

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

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

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

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

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

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

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

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

- 6 短期滞在手術等基本料3を算定した患者であって6日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

~~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。~~

日常生活機能評価票

| 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 一部介助 | 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 |
| 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

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点

点

日常生活機能評価 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. 評価票の記入は、院内研修を受けたもの者が行うこと。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. 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。~~
- ~~5. 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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~
- ~~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。~~

1 床上安静の指示 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する必要があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

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。座位ではできなくとも、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」
~~調査評価~~時間内帯を通して、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、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静~~→~~拘縮・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 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

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、看護師職員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職員等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作で

ある。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗

項目の定義

~~移乗が自分でできるかどうか、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。~~

移乗時の介助の状況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」、「車椅子からベッドへ」、「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、患者自身も行き（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

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

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。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

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1人でできるかどうか、あるいは看護師職員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~~介助なし」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分1人でできる場合をいう。

「~~できない~~介助あり」

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。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。

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内清潔に含まない。

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関わらず、看護師職員等による口腔清潔を行わがされなかった場合は、「~~できる~~介助なし」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、車椅子に座らせるへの移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに1人自分で食事が摂取できる場合をいう。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。

食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、介助は発生しないので「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。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。~~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。見守りや指示が必要な場合も含まれる。~~

「全介助」

自分1人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

食事の種類は問わず、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、食欲の観察は含まれない。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。

1 0 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。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに自分1人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、患者の心身の状態等の理由から、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。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 1 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

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。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

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~~指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、~~適切な指示通りの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ることを前提とする。

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、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。

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去、転倒・転落、自傷行為」の発生及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認された場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

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、並びに日々の危険行動への対策を評価を前提としている。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有無を評価するものではない。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。~~

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。~~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。~~

~~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。~~

~~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。~~

(参考)

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

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

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

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

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） |
|--------|---------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 6 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 13の2, 42の2 |
| 7 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42の2, 45の2 |
| 8 | 一類感染症患者入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 46 |
| 9 | 特殊疾患入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 47 |
| 10 | 小児入院医療管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 13の2, 48~48の3 |
| 10 | 小児入院医療管理料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式8, 9, 20 49~49の7 |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | 地域包括ケア病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 9の3, 13の3, 20, 50~50の3 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 51 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 51 |
| 14 | 緩和ケア病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 52 |
| 15 | 精神科救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 20, 53, 54 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 20, 53 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 16の2 | 精神科救急・合併症入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 53, 55 |
| 16の3 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 57 |
| 17 | 精神療養病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3 |
| 19 | 認知症治療病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 20, 56 |
| 19 | 認知症治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | 特定一般病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式8, 9, 20, 50~50の3, 57の2, 57の3 |
| 20 | 特定一般病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 21 | 地域移行機能強化病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 57の4 |
| | 短期滞在手術等基本料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 58 |
| | 短期滞在手術等基本料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |

※様式 1、2の2、5の2、10の4、14、14の2、~~14の3~~、16、21、26、32の2、33、39、39の2、53の2は欠番

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| ① | 診療所名 | |
| ② | 研修を修了した医師の氏名 | |
| ③ | 健康相談を実施している旨を院内掲示している | <input type="checkbox"/> |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名 | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ | 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している | <input type="checkbox"/> |
| | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している | <input type="checkbox"/> |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供 | <input type="checkbox"/> |
| | 地域ケア会議に年1回以上出席 | <input type="checkbox"/> |
| | 居宅介護支援事業所の指定 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護サービス事業所の併設 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護認定審査会に参加 | <input type="checkbox"/> |
| | 所定の研修を受講 | <input type="checkbox"/> |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ | 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ている | <input type="checkbox"/> |
| ⑦-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること | <input type="checkbox"/> |
| | 常勤の医師が2名以上配置されていること | <input type="checkbox"/> |
| | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
 2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
- 3-2. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
- 4-3. ⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 専門病院入院基本料 | | | | | | | | | |
| 障害者施設等入院基本料 | | | | | | | | | |
| 障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算) | | | | | | | | | |
| 救命救急入院料 | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| ハイケアユニット入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 小児特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| 新生児特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| 総合周産期特定集中 治療室管理料 | 母体・胎児 | | | | | | | | |
| | 新生児 | | | | | | | | |
| 新生児治療回復室入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 一類感染症患者入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 特殊疾患入院医療管理料(再掲) | | | | | | | | | |
| 小児入院医療管理料(5は再掲) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | 病棟入院料 | | | | | | | | |
| | 入院医療管理料 | | | | | | | | |
| 特殊疾患病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 緩和ケア病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 精神科救急入院料 | | | | | | | | | |
| 精神科急性期治療病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 精神科救急・合併症入院料 | | | | | | | | | |
| 児童・思春期精神科入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 精神療養病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 認知症治療病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 特定一般病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 地域移行機能強化病棟入院料 | | | | | | | | | |

※1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。

※1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関しては左端の欄に○を記入すること。
- 2 病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
- 3 「届出区分」の欄は、下表の例により記載すること。一般病棟で病棟群単位による届出を行う場合は、上段に7対1病棟群、下段に10対1病棟群を記載すること。病棟群単位による届出を行わない場合は上段のみに記載すること。

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| 入院基本料 | 区分等 |
| 一般病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 療養病棟入院基本料 | 1, 2 |
| 結核病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1 |

| | |
|-------------|------------------------------|
| 精神病棟入院基本料 | 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1 |
| 特定機能病院入院基本料 | |
| 一般病棟 | 7対1, 10対1, |
| 結核病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 精神病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 専門病院入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, |
| 障害者施設等入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |

4 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

| | |
|-------------------|---------------|
| 救命救急入院料 | 1, 2, 3, 4 |
| 特定集中治療室管理料 | 1, 2, 3, 4 |
| ハイケアユニット入院医療管理料 | 1, 2 |
| 新生児特定集中治療室管理料 | 1, 2 |
| 小児入院医療管理料 | 1, 2, 3, 4, 5 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 1, 2, 3 |
| 地域包括ケア病棟入院料 | |
| 地域包括ケア病棟入院料 | 1, 2 |
| 地域包括ケア入院医療管理料 | 1, 2 |
| 特殊疾患病棟入院料 | 1, 2 |
| 精神科救急入院料 | 1, 2 |
| 精神科急性期治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 認知症治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 特定一般病棟入院料 | 1, 2 |

5 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること）を満たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

| | |
|------|-------|
| 該当する | 該当しない |
|------|-------|

6 療養病棟入院基本料の届出を行う場合にあつては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。

7 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。

8 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。なお、7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟群単位による届出を行う場合、平均在院日数の算出に当たって、7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟群間で転棟した場合には、いずれの病棟群においても、新入棟患者又は新退棟患者として計上しないこと。

| | | | | | | | |
|---------------|----|--|--|--|--|--|--|
| 手術室 中央材料室等 | | | | | | | |
| 褥瘡対策チーム専任看護職員 | 氏名 | | | | | | |

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

| 区 分 | 看護職員の配置 | 氏 名 |
|------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 緩和ケア診療加算 | 緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師 | |
| 精神科リエゾンチーム加算 | 精神看護関連領域に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| がん拠点病院加算 | がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師 | |
| 栄養サポートチーム加算 | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 医療安全対策加算 1 | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師 | |
| 医療安全対策加算 2 | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 1 | 感染管理に従事した経験を有する専従の看護師 | |
| | 感染管理に従事した経験を有する専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 2 | 感染管理に従事した経験を有する専任の看護師 | |
| 患者サポート体制充実加算 | 患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師 | |
| 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | 褥瘡管理者である専従の看護師 | |
| 呼吸ケアチーム加算 | 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師 | |
| 退院支援加算 1, 2 | 退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | 退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 退院支援加算 3 | 退院支援及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | 退院支援及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 認知症ケア加算 1 | 認知症患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師 | |
| ウイルス疾患指導料 | HIV感染者の看護に従事した経験を有する専従の看護師 | |
| 喘息治療管理料 | 専任の看護職員 | |
| 糖尿病合併症管理料 | 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師 | |
| がん患者指導管理料 | がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 外来緩和ケア管理料 | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する専従の常勤看護師 | |
| 移植後患者指導管理料 | 臓器移植後 | 臓器移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師 |
| | 造血幹細胞移植後 | 造血幹細胞移植に従事した経験を有する専任の常勤看護師 |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師 | |
| 院内トリアージ実施料 | 救急医療に関する経験のある専任の看護師 | |
| 外来放射線照射診療料 | 専従の看護師 | |
| ニコチン依存症管理料 | 禁煙治療に係る専任の看護職員 | |
| 排尿自立指導料 | 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 外来化学療法加算 | 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 心大血管疾患リハビリテーション料 | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師 | |
| 認知療法・認知行動療法 3 | 認知療法・認知行動療法に係る経験を有する専任の看護師 | |

| | | |
|---------------|--------|--|
| 精神科ショート・ケア | 専従の看護師 | |
| 精神科デイ・ケア | 専従の看護師 | |
| 重度認知症患者デイ・ケア料 | 専従の看護師 | |

| 勤務体制 | | | | | | |
|------|----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 準夜勤 | (: ~ :) | 深夜勤 | (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 | (: ~ :) | | |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算を算定する場合は、「看護配置加算」の欄に○を記入すること。
- 2 看護補助加算は下表の例により該当する番号を記載すること。

| | |
|--------|------------------------------------|
| 看護補助加算 | ① 看護補助加算 1, ② 看護補助加算 2, ③ 看護補助加算 3 |
|--------|------------------------------------|
- 3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、「看護師」の欄に含めて記載すること。
- 4 「病棟勤務」の欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。
- 5 「病棟以外との兼任」の欄には、外来等と兼務する者の数を記載すること。
- 6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記載し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記載すること。
- 7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等（届出区分） _____

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

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

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

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 ・ 無
夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算1 ・ 12対1配置加算2 ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
 夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○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)〕

（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

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人

（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

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

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

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

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

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

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

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
~~看護補助者については、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 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。
- ※12 地域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。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

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）

保険医療機関名 _____ 病棟名 _____

届出の入院基本料等（当該病棟） _____ （病棟全体の場合） _____

※「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

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

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

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

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 ・ 無
夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12対1配置加算1 ・ 12対1配置加算2 ・ 16対1配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無
夜間75対1看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○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)〕

（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

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（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

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

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

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

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

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

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

〔記載上の注意〕

※1 届出に係る病棟ごとに記入すること。

看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載する

こと。

看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については記載しないこと。

- ※2 病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
 - ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
 - ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
 - ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1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 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
 - ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
 - ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
 - ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
 - ※10 小数点以下切り上げとする。
 - ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものであるため、看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出書を提出する場合、様式9（一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合）を添付すること。

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

保険医療機関名 _____

届出入院料等（届出区分） _____

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

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

○看護職員配置加算（50対1）の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助者配置加算（25対1）の届出区分（該当に○） 有 ・ 無

○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)]

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

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 （看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

⑥ 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

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

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

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

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

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

| | |
|--|---|
| 1日看護配置数 (必要数) ※10 [G] ※11 | $[(A / 13) \times 3]$ |
| 月平均1日当たり看護配置数 [H] | $[\text{看護職員} \text{のみの} C / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |
| 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数 | $\{[\text{看護職員} \text{のみの} C] - ([G] \times \text{日数} \times 8 \text{ (時間)})\} / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})$ |

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|-----------------------------------|---|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [I] | [看護補助者のみのC] |
| 1日看護補助配置数※10 (必要数) [J] | $[(A / 25) \times 3]$ |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者除く) [K] | $[I / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該

保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 届出区分の数である13対1の「13」で計算するが、注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

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）

保険医療機関名 _____ 届出区分 _____

病棟数 : 当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____

病床数 : 当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） ※医療機関全体で1区分を届け出ること

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 ・ 無
夜間30対1 ・ 夜間50対1 ・ 夜間100対1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○） ※医療機関全体で1区分を届け出ること

12対1配置加算1 ・ 12対1配置加算2 ・ 16対1配置加算 ・ 無

○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)]

(参考) 1日看護配置数(必要数) : = [(A / 届出区分) × 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

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（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

勤務実績表

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

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

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

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

〔急性期看護補助体制加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

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

〔記載上の注意〕

- 1 病棟数と病床数は、届出に係る病棟群と病棟群全体の両方を記載すること。7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟数又は病床数を合わせた数を、病棟群全体の数としてそれぞれ記載すること。
- 2 急性期看護補助体制加算と看護職員夜間配置加算は、両方の病棟群でそれぞれ基準を満たした上で、病院全体でひとつの区分を届け出ること。どちらかの病棟群のみで当該加算を届け出ることとはできない。
- 3 1日平均入院患者数、月平均1日当たり看護配置数、看護職員中の看護師の比率、平均在院日数、月平均夜勤時間数、月平均1日当たり看護補助者配置数、事務的業務を行う看護補助者配置数については、それぞれ病棟群ごとに計算すること。
- 4 勤務実績表について
 - ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
 - ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
 - ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
 - ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
 - ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
~~看護補助者については、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 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
 - ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
 - ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
 - ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
 - ※10 小数点以下切り上げとする。
 - ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

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

| | | |
|--|---|---|
| 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 | 名 |
| | (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>有床診療所他院の療養病棟</u> | 名 |
| | (5) うち、 <u>有床診療所在宅復帰機能強化加算又は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 |
| | <u>(6) 他院の療養病棟</u> | 名 |
| | <u>(7) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟</u> | 名 |
| | (86) 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (97) 他院の地域包括ケア病棟又は病室 | 名 |
| (108) (<u>64</u>)～(<u>97</u>)を除く病院、診療所 | 名 | |
| ② | 自宅等に退院するものの割合 (<u>8075</u> %以上) $((1) + (3) + (5) + (6) + (7) + (8) + (9)) / ①$ | % |

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

病棟群単位による届出を行う場合は、10 対 1 入院基本料の実績も含めて記載すること。

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 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。

様式 12

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

1. 地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を 策定している疾患名 | 担当医師 |
|------------------------|------|
| | |

2. 連携保険医療機関等に係る事項

（1）最初に入院を受け入れる保険医療機関

| 保険医療機関の名称 | 連絡先 |
|-----------|-----|
| | |

（2）（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

| 連携先（ ）件 | |
|---------|-----|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

（3）（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

| 連携先（ ）件 | |
|---------|-----|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| 連携先（ ）件 | |
|---------|-----------|
| 連携施設の名称 | 過去1年間の面会日 |
| | |
| | |
| | |
| | |

[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 12 の 2 を参考にすること。

様式 12 の 2

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）

| | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 形 態 | 勤 務 時 間 |
|------------------|-----|-----|---------|---------|
| 一 般 病 床 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 療 養 病 床 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[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。

様式12の2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日

患者氏名

殿

病名（検査・手術名）:

| 月日 | ／ | ／ | ／ | ／ | | ／ | ／ | ／ | | ／ |
|------------------------------|-----------------|-----|-----|-----|--|-----------------|-----|-----|--|----------|
| 経過（日又は週・月単位） | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | | ○日目 | 1日目 | ○日目 | | ○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。

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

1. 届出病床の状況

一般病床数 (床)

2. 退院患者の状況

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の療養病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (70%以上) | % |

3. 病床の利用状況

| | | |
|--|---|---|
| 算出期間 (年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ③ | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該3月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む) | 名 |
| 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日以内以上) <u>(小数点以下は切り上げる)</u> | 日 |

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

[記載上の注意]

有床診療所入院基本料1、2又は3の施設基準に係る届出書添付書類(様式12の3)を添付すること。

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

1. 届出病床の状況

療養病床数（ 床）

2. 退院患者の状況

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の一般病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (50%以上) | % |

3. 病床の利用状況

| | | |
|---|---|---|
| 算出期間 (年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ③ | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該3月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む) | 名 |
| 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 <u>以内以上</u>) <u>(小数点以下は切り上げる)</u> | 日 |

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|--|---|
| <p>1 届出</p> <p>※該当するものに○で囲むこと。</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・総合入院体制加算 1 ・総合入院体制加算 2 ・総合入院体制加算 3 |
| <p>2 標榜し入院医療を提供している診療科</p> | <p>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>1 内科 2 精神科 3 小児科 4 外科</p> <p>5 整形外科 6 脳神経外科 7 産科又は産婦人科</p> |
| <p>3 精神科医師が 2 4 時間対応できる体制</p> <p>※3 及び 4 については総合入院体制加算 1 の届出の場合、5 及び 6 については総合入院体制加算 2 又は 3 の届出の場合に記入すること。</p> | <p>次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。</p> <p>1 当該保険医療機関の担当精神科医師名：</p> <p>2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 担当精神科医師名 <p>3 医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床数</p> <p style="text-align: right;">() 床</p> <p>4 次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神病棟入院基本料 () 人 ・ 精神科救急入院料 () 人 ・ 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 ・ 精神科救急・合併症入院料 () 人 ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 ・ 地域移行機能強化病棟入院料 () 人 <p>5 次の届出している加算に○をつけること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科リエゾンチーム加算 ・ 認知症ケア加算 1 <p>6 1 年間の算定実績</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神疾患診療体制加算 <u>2</u> () 件 ・ 入院精神療法（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件 ・ 救急救命入院料の注 2 に規定する加算（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件 |

| | |
|--|---|
| <p>4 24時間の救急医療体制</p> <p>※ 総合入院体制加算1の届出の場合、2又は3であること。</p> | <p>1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター</p> <p>3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター</p> <p>5 その他()</p> |
| <p>5 外来縮小体制</p> | <p>1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 (有 無)</p> <p>2 診療情報提供料等を算定する割合 $(②+③) / ① \times 10$ () 割</p> <p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料（I）の注「7」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 () 件</p> |
| <p>6 病院勤務医の負担軽減及び処遇に対する体制</p> | <p>様式13の2に記載すること。</p> |
| <p>7 全身麻酔による手術件数</p> | <p>件</p> |
| <p>8 地域連携室の設置</p> | <p>(有 無)</p> |
| <p>9 24時間の画像及び検査体制</p> | <p>(有 無)</p> |
| <p>10 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制</p> | <p>(有 無)</p> |
| <p>11 禁煙の取扱</p> | <p>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>1. 禁煙の取扱（屋内禁煙・敷地内禁煙）</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>2. 屋内又は敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>3. 分煙している病棟があれば、その入院料を○で囲むこと。 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神療養病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料</p> <p>4 3に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ()</p> |
| 12 手術等の件数 | <p>ア 人工心肺を用いた手術 () 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 () 件</p> <p>ウ 腹腔鏡手術 () 件</p> <p>エ 放射線治療（体外照射法） () 件</p> <p>オ 化学療法 () 件</p> <p>カ 分娩 () 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ()</p> |
| 13 重症度、医療・看護必要度に係る実績 | <p>① 当該病棟の入院患者延べ数 () 名 (算出期間（1か月） 年 月)</p> <p>② ①のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準（A項目、C項目）を満たす入院患者の延べ数 () 名</p> <p>③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 $\frac{\text{②}}{\text{①}} = () \%$</p> |
| 14 外部評価について ※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。 | <p>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価</p> <p>・上記に準じる評価 ()</p> |
| 15 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。 | <p>1年間の救急用の自動車等による搬送件数 () 件</p> |

| | | |
|--------|--------------------|---------|
| 16 その他 | 療養病棟入院基本料の届出 | (有 無) |
| | 地域包括ケア病棟入院料の届出 | (有 無) |
| | (地域包括ケア入院医療管理料を含む) | |

〔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2 及び3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。

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。）

| 項目名 | 届出年月日 | 新規 | 項目名 | 届出年月日 | 新規 |
|--|-------|--------------------------|---|-------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 看護補助加算 (対1) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 夜間急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 夜間75対1看護補助加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (看護補助加算) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護職員夜間12対1配置加算 1又は2 (該当する方に○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護職員夜間16対1配置加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | | | |

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

平成____年____月____日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

- (1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
- 看護職員と他職種との業務分担(薬剤師 リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)
 臨床検査技師 臨床工学技士 その他(職種)
 - 看護補助者の配置
ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 有__無__
イ 看護補助者の夜間配置 有__無__
 - 短時間正規雇用の看護職員の活用
 - 多様な勤務形態の導入
 - 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
ア 院内保育所 有__無__ (夜間保育の実施 有__無__)
イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有__無__
ウ 子育て中の夜勤の減免制度 有__無__
エ 育児短時間勤務 有__無__
オ 他部署等への配置転換 有__無__

- (2) 看護職員の勤務時間の把握等
- 勤務時間 (平均週 時間(うち、残業 時間))
 - 2交代の夜勤に係る配慮
 勤務後の暦日の休日の確保 仮眠2時間を含む休憩時間の確保
 16時間未満となる夜勤時間の設定
 その他(具体的に:)
 - 3交代の夜勤に係る配慮
 夜勤後の暦日の休日の確保 残業が発生しないような業務量の調整
 その他(具体的に:)

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 |
| ③ 救急医療管理加算2の割合(②/①) | % |

| 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 <u>上6桁</u> を用いる) | 名称 | 患者数 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |

[記入上の注意]

- 「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
- 1 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。

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 |
|----------------|----------------|

(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。)

| 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 一般病床 ※特定機能病院入院基本料算定病床を除く。 | 床 | 加算1・2 | 対1 | 名 |
| ② 精神科救急入院料1又は2、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料算定病床 | 床 | 加算1・2 | 対1 | 名 |
| ③ 療養病棟入院基本料算定病床 | 床 | 加算1・2 | 対1 | 名 |
| ④ 精神病棟入院基本料算定病床 | 床 | 加算1・2 | 対1 | 名 |
| ⑤ 特定機能病院入院基本料算定病床 <u>(加算1に限る)</u> | 床 | 加算1に限る | 対1 | 名 |

※ 配置基準は15対1・20対1・25対1・30対1・40対1・50対1・75対1・100対1のうち該当するものを記入(③及び④は50対1・75対1・100対1に限る。)すること。

※ ハで記載した値が、イ/ (ロで記載した値) で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

2 医師事務作業補助者の配置責任者

| | |
|--------------------|--|
| 医師事務作業補助者の配置責任者の氏名 | |
|--------------------|--|

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

| | |
|-------------------------|----------|
| 最低6ヶ月間の研修計画を作成している | はい ・ いいえ |
| 上記研修期間内に32時間の研修を行う計画がある | はい ・ いいえ |

4 院内規定の整備について (満たしているものに○をつける)

| | |
|--|--|
| | ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。 |
| | ② 院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。 |
| | ③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。 |
| | ④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |

| | |
|--|--|
| | ⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |
| | ⑥ 院内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。 |
| | <p>電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステムのみ</p> <p><input type="checkbox"/> オーダーリングシステムのみ</p> |

5 医療実績等に関する事項

| | | | |
|--|---------------------------------|----|---|
| | ①第三次救急医療機関 | | |
| | ②総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | | |
| | ③小児救急医療拠点病院 | | |
| | ④年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |
| | ⑤災害拠点病院 | | |
| | ⑥へき地医療拠点病院 | | |
| | ⑦地域医療支援病院 | | |
| | ⑧年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |
| | ⑨年間の全身麻酔による手術件数が800件以上の実績を有する病院 | 年間 | 件 |
| | ⑩年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |
| | ⑪年間の緊急入院患者数が50名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

〔記載上の注意〕

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 様式18の2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 4 「4」の①については、様式13の2「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。
- 5 「4」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 6 「4」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オ

ーダリングシステムを含む。)における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。

- 7 15 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20 対 1、25 対 1、30 対 1 又は 40 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑨のいずれかを満たすこと。50 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

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

| 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 | 床 |
| | 2人部屋 | 床 |
| | ①合計 | |
| 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 $(\frac{\text{②①}}{\text{①②}}) \times 100$ % | |

[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。
- 1-2 様式 23 の 2 を添付すること。
- 2-3 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。

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

1 精神科リエゾンに係る専従チーム

- ア 精神科の医師 氏名 _____
- イ 精神科等の経験を有する看護師 氏名 _____
 研修受講 (あり・なし)
- ウ 精神医療に経験を有する薬剤師等 氏名 _____
 精神科リエゾンチームの診療に従事する時間 (専任の場合) 週 _____ 時間

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 1回当たり平均所用時間数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|--------------|------------------|
| 回/週 | 概ね 分 | |

3 精神症状の評価等に係る回診

| 開催頻度 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|------------------|
| 回/週 | |

4 1週間当たりの算定患者数 _____ 人

5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
| |

[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。
- 2 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 3 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 様式13の2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 5 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。
- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。

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. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上） |
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満） |
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）50%以上60%未満） |

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|---|--|
| 後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順 | |
|---|--|

3. 医薬品の**使用採用**状況（平成 年 月 日時点）

| 全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合 | | | | |
|--|-----|-----|-----|---------------------------------|
| 期間 （届出時の直近3か月：1か月 ごと及び3か月間の合計） | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 ～ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計） |
| 全医薬品の規格単位数 ① | | | | |
| 後発医薬品あり先発医薬 品及び後発医薬品の規格 単位数 ② | | | | |
| 後発医薬品の規格単位数 ③ | | | | |
| カットオフ値の割合 ④ ②／①（%） | | | | |
| 後発医薬品の割合 ⑤ ③／②（%） | | | | |

[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、「診療報酬におけるおいて加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~2826~~年3月 ~~4-5~~日保医発 03040305第13号）を参照すること。

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）

| | |
|-----|--------------|
| () | 病棟薬剤業務実施加算 1 |
| () | 病棟薬剤業務実施加算 2 |

2 病棟薬剤業務の実施体制

| 病棟名 | 当該病棟で算定している入院料 | 専任薬剤師の氏名 |
|-----|----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

- 3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

- 4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

- 5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

- 6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 別添7の様式20により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 4 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。

- 5 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 6 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 7 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。
- 8 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------|---|---|
| ① | 直近6か月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) | (1) 在宅 | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) 他の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (4) (3)を除く病院、有床診療所 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (1)／① | % |
| ③ | 直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数 | 名 |
| ④ | 上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数 | 名 |
| ⑤ | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③ | % |
| ⑥ | 上記③のうち、入院時における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の延べ数 | 名 |
| ⑦ | 新規入院患者における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合 ⑥／③ | % |
| ⑧ | 直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者 | 名 |
| ⑨ | 上記⑧のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者 | 名 |
| ⑩ | 日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 ⑨／⑧ | % |

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

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

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | 休日 | 休日以外 |
|--------------------|---|----|------|
| ⑪ | 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数 | 日 | 日 |
| ⑫ | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv) | 単位 | 単位 |
| 再掲 | i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iii 運動器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iv 呼吸器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| ⑬ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑫/⑪) | 単位 | 単位 |
| 算出期間における休日・休日以外の日数 | | 日 | 日 |

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「①」の「(1) 在宅」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」中の区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(3)ア及びイに掲げる施設等と同様である。
- 「⑧」について、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。
- 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院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。
- 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

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)

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。

- (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~~輸管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等 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

- (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

- (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 以下~~以上~~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 以下~~以上~~であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)

- (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

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 イの①の(ア)又は(イ) ~~ウの①又は②~~」と読み替えるものとする。

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

外来後発医薬品使用体制加算

シャトルウォーキングテスト（時間内歩行試験に係る届出を行っていない場合に限る。）

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））

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。）

腹腔鏡下腎悪性腫瘍~~手~~切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

歯根端切除手術の注3

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

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。）

~~歯根端切除手術の注3~~

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

| | | |
|--|---|---|
| <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> |
| <u>内視鏡手術用支援機器加算</u> | → | <u>腔鏡下前立腺悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）</u> |

別添 1

特掲診療料の施設基準等

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、同期間に算出測定した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と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}を算出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月当たりの低下が30%以上軽減していること

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~~2~~の様式5の8を用いること。

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~~1~~若しくは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~~1~~若しくは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。

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~~2~~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~~2~~の様式12の2に準じた様式を用いること。~~

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（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射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（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療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。

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

- (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。

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

- (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。
(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。

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

- (2) (1)の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事したの経験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。

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の様式4及び様式44の5を用いること。

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。）

- ③ （２）イ①の（ア）に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者

第84の2の5 画像誘導密封小線源治療加算

- （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。

イ 遠隔操作式密封小線源治療装置加算

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

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

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 | ウイルス疾患指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 1, 4 |
| 2 | 高度難聴指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3 | 喘息治療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 | 糖尿病合併症管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 4の2 | がん性疼痛緩和指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の2 |
| 4の3 | がん患者指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の3 |
| 4の4 | 外来緩和ケア管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の4, 4 |
| 4の5 | 移植後患者指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の5 (基本別添7)13の2 |
| 4の6 | 糖尿病透析予防指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 5の6, (基本別添7)13 の2, 5の8 |
| 6 | 地域連携小児夜間・休日診療料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 6 | 地域連携小児夜間・休日診療料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 6の3 | 地域連携夜間・休日診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の2 |
| 6の4 | 院内トリアージ実施料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の3 (基本別添7)13の2 |
| 6の7 | 外来放射線照射診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の6 |
| 6の8 | 地域包括診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の7 |
| 6の8の3 | 小児かかりつけ診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 7の8 |
| 7 | ニコチン依存症管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 8, 4 |
| 8 | 開放型病院共同指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 9, 10 |
| 9 | 在宅療養支援診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 11, 11の3, 11の4, 11の5 |
| 11 | ハイリスク妊産婦共同管理料（I） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13 |
| 11の2 | がん治療連携計画策定料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13の2, 13の3 |
| 11の2 | がん治療連携指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13の2 |
| 11の3の3 | 排尿自立指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13の4 |
| 11の5 | 肝炎インターフェロン治療計画料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 13の6 |
| 12 | 薬剤管理指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 14, 4 |
| 12の1の2 | 地域連携診療計画加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | (基本別添7) 12, 12の2 |
| 12の1の2 | 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 14の2 |
| 12の2 | 医療機器安全管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 12の2 | 医療機器安全管理料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 12の2 | 医療機器安全管理料（歯科） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 13 | 歯科治療総合医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 13の2 | かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 17の2 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|
| 14 | 在宅療養支援歯科診療所 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 18 |
| 14の2 | 在宅療養支援病院 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 11の2, 11の3, 11の4, 11の5 |
| 14の3 | 在宅患者歯科治療総合医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 17 |
| 15 | 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 16 | 在宅がん医療総合診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20 |
| 16の2 | 在宅患者訪問看護・指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の3 |
| 16の2 | 同一建物居住者訪問看護・指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の3 |
| 16の3 | 在宅療養後方支援病院 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の4, 20の5 |
| 16の4 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の7 |
| 16の5 | 在宅血液透析指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の2 |
| 16の5の2 | 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 20の9 |
| 16の6 | 持続血糖測定器加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の5 |
| 17 | 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 17の1の2 | 歯科訪問診療料の注13に規定する基準 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21の3の2 |
| 17の2 | 在宅歯科医療推進加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 21の4 |
| 18の1の2 | 遺伝学的検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 18の2 | HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22の2, 4 |
| 19 | 検体検査管理加算（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 19の2 | 検体検査管理加算（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 20 | 検体検査管理加算（Ⅲ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 20の2 | 検体検査管理加算（Ⅳ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 20の3 | 国際標準検査管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 21 | 遺伝カウンセリング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 22 | 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 22の3 | 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の6 |
| 22の4 | 胎児心エコー法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の3, 4 |
| 22の5 | ヘッドアップティルト試験 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の7 |
| 23 | 人工臓器検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の4, 4 |
| 23の2 | 皮下連続式グルコース測定 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の5 |
| 24 | 長期継続頭蓋内脳波検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 24の2 | 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 25の2, 4 |
| 25 | 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 26 |
| 25の2 | 光トポグラフィー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 26の2, 52, 4 |
| 26 | 脳磁図 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 27 |
| 26の1の2 | 脳波検査判断料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 27の2, 4 |
| 26の1の3 | 遠隔脳波診断 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 27の3 |
| 26の2 | 神経学的検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 28 |
| 27 | 補聴器適合検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 29 |
| 27の2 | ロービジョン検査判断料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 29の2 |
| 28 | コンタクトレンズ検査料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 30 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| 29 | 小児食物アレルギー負荷検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 31 |
| 29の2 | 内服・点滴誘発試験 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 31の2 |
| 29の3 | センチネルリンパ節生検（片側） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 31の3, 52, 4 |
| 29の4 | CT透視下気管支鏡検査加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 29の5 | 有床義歯咀嚼機能検査 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の1の2 |
| 30 | 画像診断管理加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 32 |
| 30 | 画像診断管理加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 32 |
| 31 | 歯科画像診断管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 33 |
| 32 | 遠隔画像診断 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 34又は35 |
| 33 | 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又は乳房用ポジトロン断層撮影 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 34 | CT撮影及びMRI撮影 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 37 |
| 35 | 冠動脈CT撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 35の2 | 外傷全身CT加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36 | 心臓MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の1の2 | 乳房MRI撮影加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 36の2 | 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の2 |
| 36の3 | 外来後発医薬品使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 38の3 |
| 37 | 外来化学療法加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 37 | 外来化学療法加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 37の2 | 無菌製剤処理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 40, 4 |
| 38 | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 41, 44の2 |
| 39 | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 41, 44の2 |
| 40 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 40の2 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 41 | 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 42 | 運動器リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 42の2 | 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 43 | 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 44 | 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 45 | 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 42, 44の2 |
| 45の2 | 摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 1） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の4, 43の5, 44の2 |
| 45の2 | 摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 2） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の6, 44の2 |
| 46 | 難病患者リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43, 44の2 |
| 47 | 障害児（者）リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43, 44の2 |
| 47の2 | がん患者リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の2, 44の2 |
| 47の3 | 認知症患者リハビリテーション料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の3, 44の2 |
| 47の3の2 | リンパ浮腫複合的治療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の7 |
| 47の4 | 集団コミュニケーション療法料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44, 44の2 |
| 47の5 | 歯科口腔リハビリテーション料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の4 |
| 47の6 | 通院・在宅精神療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の5 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| 47の7 | 救急患者精神科継続支援料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の6 |
| 48 | 認知療法・認知行動療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の3 |
| 48の1の2 | 依存症集団療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 44の7 |
| 48の2 | 精神科作業療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 45, 4 |
| 49 | 精神科ショート・ケア「大規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 50 | 精神科ショート・ケア「小規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 51 | 精神科デイ・ケア「大規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 52 | 精神科デイ・ケア「小規模なもの」 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 53 | 精神科ナイト・ケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 54 | 精神科デイ・ナイト・ケア | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46, 4 |
| 54の2 | 抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 46の3 |
| 55 | 重度認知症患者デイ・ケア料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 47, 4 |
| 55の2 | 精神科重症患者早期集中支援管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 47の2 |
| 56 | 医療保護入院等診療料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 56の2 | 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (基本別添7)13の2, 4 |
| 56の3 | 硬膜外自家血注入 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 48の6, 4 |
| 57 | イソールの局所注入（甲状腺に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 57 | イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の2 |
| 57の2 | 透析液水質確保加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の3 |
| 57の2の2 | 下肢末梢動脈疾患指導管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の3の2 |
| 57の2の3 | 人工臓器療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24の4, 4 |
| 57の3 | 磁気による膀胱等刺激法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の4, 4 |
| 57の4の2 | 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の6, 4, 49の7 |
| 57の4の3 | 手術用顕微鏡加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の8 |
| 57の5 | う蝕歯無痛の窩洞形成加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 57の6 | CAD/CAM冠 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の2 |
| 57の7 | 歯科技工加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の3 |
| 57の8 | 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の4, 52, 4 |
| 57の9 | 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の5 |
| 57の9の2 | 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の5の2, 4 |
| 57の10 | 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の6, 52, 4 |
| 58 | 腫瘍脊椎骨全摘術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51, 52, 4 |
| 58の2 | 脳腫瘍覚醒下マッピング加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51の2, 52, 4 |
| 58の3 | 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 51の3, 4 |
| 59 | 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54, 4 |
| 60 | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 25 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------|
| 60の2 | 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 53, 4 |
| 60の3 | 治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の2, 4 |
| 60の4 | 羊膜移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の3, 4 |
| 60の5 | 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の4, 4 |
| 60の6 | 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の5, 4 |
| 60の7 | 網膜再建術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の6, 4 |
| 61 | 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 55, 4 |
| 61の2 | 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 54の7, 4 |
| 61の3 | 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56, 4 |
| 61の4 | 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の3, 4 |
| 61の4の2 | 内視鏡下甲状腺部分切除、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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の4, 4 |
| 61の5 | 乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1及び又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の2, 4 |
| 61の5 | 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）） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の5, 4 |
| 61の6 | ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50の5 |
| 61の7 | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 56の6, 4 |
| 62 | 同種死体肺移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 62の2 | 生体部分肺移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 58 |
| 62の2の2 | 内視鏡下筋層切開術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 58の2, 4 |
| 63 | 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 59 |
| 63の3 | 経カテーテル大動脈弁置換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 59の2, 4 |
| 63の4 | 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 59の3, 4 |
| 63の5 | 磁気ナビゲーション加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 59の4, 4 |
| 64 | 経皮的中隔心筋焼灼術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 60 |
| 65 | 心臓ペースメーカー移植術及び心臓ペースメーカー交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 66 | 両心室心臓ペースメーカー移植術及び両心室心臓ペースメーカー交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 61, 4 |
| 67 | 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 62, 4 |
| 67の2 | 両室心臓ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び両室心臓ペースメーカー機能付き植込型除細動器交換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 63, 4 |
| 68 | 大動脈バルーンポンプ法（IABP法） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 69 | 補助人工心臓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 64, 4 |
| 69の2 | 小児補助人工心臓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 64の2, 4 |
| 70の2 | 植込型補助人工心臓（非拍動流型） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の3, 4 |
| 71 | 同種心移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 72 | 同種心肺移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------|
| 72の1の2 | 骨格筋由来細胞シート心表面移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 65の3の2, 4 |
| 72の3 | 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の4, 4 |
| 72の4 | 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 72の5 | 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 72の7 | 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 72の8 | 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の6, 4 |
| 72の9 | 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。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の7, 4 |
| 73 | 体外衝撃波胆石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 4 |
| 73の2 | 腹腔鏡下肝切除術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 66の2, 4 |
| 74 | 生体部分肝移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 67 |
| 75 | 同種死体肝移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 75の2 | 体外衝撃波膵石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 4 |
| 75の3 | 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 67の2, 4 |
| 75の4 | 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 67の2の2, 4 |
| 76 | 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 76の2 | 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 67の3, 4 |
| 76の3 | 腹腔鏡下小切開副腎摘出術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 77 | 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 66, 4 |
| 77の2 | 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 77の3 | 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 68の2, 4 |
| 77の3の2 | 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 68の3, 4 |
| 77の4 | 同種死体腎移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 57 |
| 77の5 | 生体腎移植術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 69 |
| 77の6 | 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 77の7 | 膀胱水圧拡張術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 69の2, 4 |
| 77の8 | 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 77の9 | 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 69の3, 4 |
| 77の10 | 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 69の3, 4 |
| 77の11 | 人工尿道括約筋植込・置換術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 69の4, 4 |
| 77の12 | 焦点式高エネルギー超音波療法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 70, 4 |
| 78 | 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 71, 4 |
| 78の2 | 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 65の5, 4 |
| 78の2の2 | 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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 71の1の2, 4 |
| 78の2の3 | 腹腔鏡下仙骨腔固定術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 71の1の3, 4 |
| 78の3 | 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 71の2, 4 |
| 78の4 | 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 71の3 |
| 78の5 | 胎児胸腔・羊水腔シャント術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 71の4, 4 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| 79の2 | 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, (基本別添7)13の2, 4 |
| 79の3 | 胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の4, 43の5 |
| 80 | 輸血管理料Ⅰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80 | 輸血管理料Ⅱ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80 | 輸血適正使用加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80 | 貯血式自己血輸血管理体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73 |
| 80の2 | 自己生体組織接着剤作成術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73の2 |
| 80の3 | 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 73の3 |
| 80の5 | 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 43の4, 43の5 |
| 80の5の2 | 凍結保存同種組織加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 52, 73の5, 4 |
| 80の6 | 歯周組織再生誘導手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 74 |
| 80の7 | 手術時歯根面レーザー応用加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 80の8 | 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 74の3 |
| 80の9 | 歯根端切除手術の注3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 49の8 |
| 81 | 麻酔管理料（Ⅰ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 81の2 | 麻酔管理料（Ⅱ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 75 |
| 82 | 放射線治療専任加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 76 |
| 82の2 | 外来放射線治療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 76 |
| 83 | 高エネルギー放射線治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 77 |
| 83の2 | 1回線量増加加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 77 |
| 83の3 | 強度変調放射線治療（IMRT） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 78 |
| 83の4 | 画像誘導放射線治療加算（IGRT） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 78の2 |
| 83の5 | 体外照射呼吸性移動対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 78の3 |
| 84 | 定位放射線治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 79 |
| 84の2 | 定位放射線治療呼吸性移動対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 78の3 |
| 84の2の2 | 粒子線治療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 79の1の2 |
| 84の2の3 | 粒子線治療適応判定加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 79の1の3 |
| 84の2の4 | 粒子線治療医学管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 79の1の3 |
| 84の2の5 | 画像誘導密封小線源治療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 78の2 |
| 84の3 | 保険医療機関間の連携による病理診断 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 79の2 |
| 84の4 | レパソゾールによる術中迅速病理組織標本作製 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80 |
| 84の5 | レパソゾールによる術中迅速細胞診 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80 |
| 84の6 | 病理診断管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80の2 |
| 84の7 | 口腔病理診断管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 80の3 |
| 85 | クラウン・ブリッジ維持管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 81 |
| 86 | 歯科矯正診断料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 82 |
| 87 | 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 83 |
| 88 | 調剤基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 84 |
| 89 | 調剤基本料の特例除外 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 84の2, 4 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添2） |
|--------|----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 91 | 基準調剤加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 86,4 |
| 92 | 後発医薬品調剤体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 87 |
| 93 | 保険薬局の無菌製剤処理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 88,4 |
| 94 | 在宅患者調剤加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 89 |
| 95 | 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 90,4 |

※様式6, ~~12~~, 16, 65, 68, 72は欠番

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届出書添

付書類報告書

報告年月日： 年 月 日

| | | |
|--|---|---|
| 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 |
| 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 |
| ②/⑥ | | % |

[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28年10月1日の届出報告

↓

平成28年4月1日～28年6月30日

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例1：

| 算出測定年月日 | 2月19日 | 5月19日 | 8月19日 |
|--|-------|-------|-------|
| eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²) | 33.7 | 28.6 | 25.6 |

→前3月では (33.6-28.6) / 3月=1.67/月、

後3月では $(28.6 - 25.6) / 3 \text{月} = 1.00 / \text{月}$

$(1.67 - 1.00) / (1.67) = 40\%$ で、1月当たりの低下が30%以上軽減20%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

| 算出測定年月日 | 2月12日 | 5月19日 | 8月12日 |
|--|-------|-------|-------|
| eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²) | 33.7 | 28.6 | 25.6 |

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短い、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|---|--|--------------------------|
| ① | 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名 | |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること | <input type="checkbox"/> |
| ③ | 以下の項目のうち、3つ以上に該当すること | <input type="checkbox"/> |
| | ア 初期小児救急医療に参加していること | <input type="checkbox"/> |
| | イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること | <input type="checkbox"/> |
| | ウ 定期予防接種を実施していること | <input type="checkbox"/> |
| | エ 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した実績を有していること | <input type="checkbox"/> |
| | オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- ②について、確認できる資料の写し（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）を添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、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ている場合に限る。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|-----|-------|---------------------|
| 1 在宅療養支援診療所の区分(次のいずれかに○をつけること。) | | | |
| (1) 「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所 | | | |
| (2) 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所 | | | |
| (3) 「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所 | | | |
| 2 当該診療所の在宅医療を担当する医師 | | | |
| 常勤の医師名 | ① | | |
| | ② | | |
| | ③ | | |
| 3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関 | | | |
| 名称 | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する 常勤の医師名 |
| ① | | ()床 | |
| ② | | ()床 | |
| ③ | | ()床 | |
| ④ | | ()床 | |
| ⑤ | | ()床 | |
| ⑥ | | ()床 | |
| ⑦ | | ()床 | |
| ⑧ | | ()床 | |
| 4 当該診療所における 24 時間の直接連絡を受ける体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。) | | | |
| (1) 担当者が固定している場合 | | | |
| (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) | | | |
| ・担当医師名: | | | |
| ・看護職員名: | | | |
| ・連絡先: | | | |
| 5 24 時間往診が可能な体制 (次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。) | | | |
| (1) 当該診療所の担当医師名: | | | |
| (2) 連携保険医療機関の名称及び担当医師名 | | | |
| ・名称: | | | |
| ・担当医師名: | | | |
| 6 24 時間訪問看護が可能な体制 (2)、(3)がある場合には名称等を記入すること。) | | | |

| | |
|---|--|
| <p>(1) 当該診療所の担当看護職員名:</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: | |
| <p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p> | |
| <p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称: ・開設者: | |
| <p>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p> | |
| <p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p> | |
| <p>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</p> | |
| <p>(1) 届出の有無</p> <p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)</p> <p>② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)</p> <p>③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)</p> | |
| <p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()</p> | |
| <p>(3) 緩和ケア病棟又は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</p> <p>① 氏名 ()</p> <p>② 勤務を行った保険医療機関名 ()</p> <p>③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)</p> | |
| <p>(4) 過去に、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5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()</p> | |

| | | |
|--|-----------|-------------|
| (5) 直近1年間に、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患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 |
| (6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数 | | 名 |
| 10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) | | |
| (1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 | | 名 |
| (2) 往診又は訪問診療を実施した患者数 | | 名 |
| (3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2) / (1) | | % |
| 11 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 | | |
| (1) 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 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) | | |
| | 保険医療機関の名称 | 患者の紹介を行った医師 |
| ① | | 患者の紹介を受けた日付 |
| ② | | |
| ③ | | |
| ④ | | |
| ⑤ | | |
| (2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数 | | 名 |
| ② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数 | | 名 |
| ③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数 | | 名 |
| ④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ② / (① + ②) | | % |
| ⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③ / (① + ②) | | % |

[記載上の注意]

- 「3」は、「第9」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援診療所が記載すること。
- 「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「4の連絡先」に記載すること。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「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4)を添付すること。

- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケア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。
- 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。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|---|-----|-----------|---------------------|
| 1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。) | | | |
| (1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院 (2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院 (3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院 | | | |
| 2 当該病院の在宅医療を担当する医師 | | | |
| 常勤の医師名 | ① | | |
| | ② | | |
| | ③ | | |
| 3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関 | | | |
| 名称 | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する 常勤の医師名 |
| ① | | () 床 | |
| ② | | () 床 | |
| ③ | | () 床 | |
| ④ | | () 床 | |
| ⑤ | | () 床 | |
| ⑥ | | () 床 | |
| ⑦ | | () 床 | |
| ⑧ | | () 床 | |
| 4 当該病院の許可病床数 _____ 床 | | | |
| 5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制 | | | |
| (1) 担当部門の連絡先: (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。) ・担当医師名: ・看護職員名: ・連絡先: | | | |
| 6 24 時間往診が可能な体制 | | | |
| 当該病院の担当医師名: | | | |
| 7 24 時間訪問看護が可能な体制 ((2) がある場合には名称等を記入すること。) | | | |
| (1) 当該病院の担当看護職員名 (2) 連携訪問看護ステーションの名称等 ・名称: ・開設者: ・担当看護職員名: ・連絡先: | | | |

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

- (1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。
 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。
- (2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

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) 届出の有無

- ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)
 ② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)
 ③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()

(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)

(4) 過去に、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5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()

(5) 直近1年間に、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患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) 名

(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。) 名

【記載上の注意】

- 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 「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54)を添付すること。
- 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

様式 12

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

1. 地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を策定している疾患名 | 担当医師 |
|--------------------|------|
| | |

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

| 保険医療機関の名称 | 連絡先 |
|-----------|-----|
| | |

(2) (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

| 連携先 () 件 | |
|-----------|-----|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

(3) (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

| 連携先 () 件 | |
|-----------|-----|
| 連携施設の名称 | 連絡先 |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| 連携先 () 件 | |
|-----------|-----------|
| 連携施設の名称 | 過去1年間の面会日 |
| | |
| | |
| | |
| | |

[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12の2を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日 _____
 患者氏名 _____ 殿
 病名（検査・手術名）： _____

| 月日 | / | / | / | / | | / | / | / | | / |
|----------------------------|---------------|-----|-----|-----|--|---------------|-----|-----|--|--------|
| 経過（日又は週・月単位） | 1日目 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | | ○日目 | 1日目 | ○日目 | | ○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。

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 _____人

(2) 歯周病安定期治療 _____人

※(1)については、歯科訪問診療1及び2を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※(2)については、歯周病安定期治療(I)を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 (年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

| | |
|-----------------------|--|
| 受講歯科医師名 (複数の場合は全員) | |
| 研 修 名 | |
| 受講年月日 | |
| 研修の主催者 | |
| 講習の内容等 | |

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応に関する内容を含むものであること。

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

※歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を既に行っていて、研修受講者が本届出と同一である場合においては、歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の届出の副本(受理番号が付されたもの)の写しの添付でも可とするものであること。

4 歯科医師の氏名等

| 勤務形態 (該当する方に○) | 歯科医師の氏名 | 訪問診療担当者 (担当している者に○) |
|-------------------|---------|------------------------|
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |

5 歯科衛生士等の氏名等

| 勤務形態 (該当する方に○) | 歯科衛生士の氏名 | 訪問診療担当者 (担当している者に○) |
|-------------------|----------|------------------------|
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |
| 常勤／非常勤 | | |

6 迅速に対応できる体制に係る事項

| | |
|------------|--|
| 担当者の氏名及び職種 | |
| 連絡先 | |
| 連絡方法 | |

7 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 緊急時の連絡方法等 | |

8 当該地域における連携医療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

| | |
|--------------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 在宅医療を行う医師の氏名 | |
| 連絡先 | |

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

| | |
|--------|--|
| 氏名 | |
| 資格 | |
| 主な業務内容 | |

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

| | |
|------------|---|
| 歯科用ユニット数: | 台 |
| 滅菌器(製品名等): | |

11 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

| <p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、 歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____ …(A)</p> | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-------------------|--------|-------|--------|-----------|--------|-------------|--------|-------------|--|
| <p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前 1 年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">研 修 名</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p> | | 受講歯科医師名(複数の場合は全員) | | 研 修 名 | | 受 講 年 月 日 | | 研 修 の 主 催 者 | | 講 習 の 内 容 等 | |
| 受講歯科医師名(複数の場合は全員) | | | | | | | | | | | |
| 研 修 名 | | | | | | | | | | | |
| 受 講 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 研 修 の 主 催 者 | | | | | | | | | | | |
| 講 習 の 内 容 等 | | | | | | | | | | | |
| <p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 5px;">氏 名</th> <th style="padding: 5px;">常勤／非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3)</td> <td style="padding: 5px;">常勤／非常勤</td> </tr> </tbody> </table> | | 氏 名 | 常勤／非常勤 | 1) | 常勤／非常勤 | 2) | 常勤／非常勤 | 3) | 常勤／非常勤 | | |
| 氏 名 | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 1) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 2) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| 3) | 常勤／非常勤 | | | | | | | | | | |
| <p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制 ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医の氏名 | | | | | | | | | | | |

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～1312については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

| 保険医療機関名 | 備考 |
|---------|----|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

| | | |
|---------|---|---|
| 歯科訪問診療1 | ① | 人 |
| 歯科訪問診療2 | ② | 人 |
| 歯科訪問診療3 | ③ | 人 |

歯科訪問診療1の算定割合: $\frac{①}{①+②+③} \times 100\%$

_____ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____ 人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____ 人

※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、
歯科再診料を算定した人数を記載すること。また、①、②とも延べ人数を記載すること。

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

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

| | | |
|---------|---|---|
| 歯科訪問診療1 | ① | 人 |
| 歯科訪問診療2 | ② | 人 |
| 歯科訪問診療3 | ③ | 人 |

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____ 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

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

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

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

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

- ①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名
- ②往診又は訪問診療を実施した患者数 () 名
- ③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①） () %

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式 11 の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

| | |
|----------|-----------------------|
| 1. 許可病床数 | ()床 |
| 2. 計算期間 | 年 月 ~ 年 月 |

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

| | |
|-------------------------|-------------|
| 1. 新規入院希望患者数 | ()名 |
| 2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む) | ()名 |
| 3. 現在の入院希望患者数 | ()名 |

III. 直近1年間の受入状況について

| ① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数 | ② 入院希望患者 | ③ 入院希望患者以外 (連携医療機関) | ④ ②、③以外 | 入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数 |
|-------------------------------|-------------|------------------------|-------------|--------------------------------|
| ()回 | ()回 | ()回 | ()回 | ()回 |
| ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 |

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

| ① 入院希望患者への 共同診療回数 | ② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数 | ③ 往診 | ④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外) | ⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設) | ⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外) |
|-------------------------|--|-------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| ()回 | ()回 | ()回 | ()回 | ()回 | ()回 |
| ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 | ()名 |

V. 連携医療機関について

| | |
|-------------------|----------------|
| 在宅医療を提供する連携医療機関の数 | ()医療機関 |
|-------------------|----------------|

[記入上の注意]

- 1 ■ III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。

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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 「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。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 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。

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. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上） |
| <input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満） |

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|---|--|
| 後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順 | |
|---|--|

3. 医薬品の使用採用状況（平成 年 月 日時点）

| 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合 | | | | |
|--|-----|-----|-----|---------------------------------|
| 期間 （届出時の直近3か 月：1か月ごと及び3か 月間の合計） | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 ~ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計） |
| 全医薬品の規格単位 数量 ① | | | | |
| 後発医薬品あり先発 医薬品及び後発医薬 品の規格単位数量 ② | | | | |
| 後発医薬品の規格単 位数量 ③ | | | | |
| カットオフ値の割合 ④ ②／①（%） | | | | |
| 後発医薬品の割合 ⑤ ③／②（%） | | | | |

[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、「「診療報酬におけるおいて加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~2826~~年3月 ~~4-5~~日保医発 03040305第13号）を参照すること。

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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| 1 届出種別 | | |
| ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | |
| ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) | | |
| 2 | 常勤の言語聴覚士の人数 | 専従 名 非専従 名 |
| 3 | 胃瘻造設術の年間症例数 | 例 |
| 4 経口摂取回復率 | | |
| ① | 経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む） | 人 |
| ② | 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む） | 人 |
| | | A = ① + ② 人 |
| ③ | 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して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） | 人 |
| ④ | 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者 | 人 |
| ⑤ | 当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者 | 人 |
| ⑥ | 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 | 人 |
| ⑦ | 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 | 人 |
| ⑧ | 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 | 人 |
| | | B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ 人 |
| ⑨ | 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く） | 人 |
| ⑨ / (A - B) = 割 分 | | |
| 5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に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 (該当する ・ 該当しない) | | |
| ※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。 | | |
| 意識障害等があり実施が危険な患者 | | 人 |
| 顔面外傷により嚥下が困難な患者 | | 人 |

| | |
|---|---|
| 筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者 | 人 |
| 6 胃瘻造設術を行う場合、全例に多職種による術前カンファレンスを行っている (該当する ・ 該当しない) | |
| 7 胃瘻造設術を行う場合、全例に計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施している (該当する ・ 該当しない) | |

[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(11-9)に定めるところによるものであること。
- 2 経口摂取回復促進加算1に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 3 「4」、「5」、「6」及び「7」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 4 「4」の③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。
- 5 「4」の⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。
- 6 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
 - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 7 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 8 「5」、「6」及び「7」は、経口摂取回復促進加算1の届出の際は記載する必要はないこと。

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

| | |
|---|--------------------|
| 1 届出種別 | |
| ・ 新規届出 (実績期間 | 年 月 ~ 年 月) |
| ・ 再度の届出 (実績期間 | 年 月 ~ 年 月) |
| 2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | |
| | 科 |
| 3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等 | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 (当該手術を担当する科名) |
| | 科 |
| | 科 |
| | 科 |
| | 科 |
| 4 常勤の麻酔科標榜医の氏名 | |
| 5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等 | |
| 常勤医師の氏名 | 手術の経験症例数 |
| | 例 |
| | 例 |
| | 例 |
| 6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (1) 3 年間における直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上) 例 | |
| (2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 例 | |
| (経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。) | |
| 7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無) | |

[記載上の注意]

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

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

| | | | | | |
|--|------|----------------|---------------|--------------------|--------|
| 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。 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 診療科名 | 当該診療科の 経験年数 | 当該療養の 経験年数 | 経験症例数 (うち術者として) | |
| | | 年 | 年 | 例 (例) | |
| | | 年 | 年 | 例 (例) | |
| 4 実施診療科における常勤の医師（3名以上） | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | | | 経験年数 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 5 常勤の麻酔科標榜医の氏名 | | | | | |
| 6 臨床検査技師の氏名 | | | | | |
| 7 緊急手術が可能な体制 | | | | | （有・無） |
| 8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無 | | | | | （有・無） |
| 9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無 | | | | | （有・無） |

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

| | |
|---|------------|
| 1 届出種別 | |
| ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） | |
| 2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） | |
| 科 | |
| 3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等 | |
| 常勤医師の氏名 | 放射線治療の経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| 4 常勤診療放射線技師の氏名等 | |
| 常勤診療放射線技師の氏名 | 放射線治療の経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| 5 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者の氏名等 | |
| 氏 名 | 職 種 |
| | |
| | |
| 6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数 | |
| 例 | |
| 7 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等 | |
| ・直線加速器（名称）） ・治療計画用CT装置（名称）） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称）） ・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称）） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称）） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称）） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）） | |

[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。

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

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| 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 | |
| 5 放射線治療を専ら担当する常勤の看護師の氏名 | |
| 6 当該療法を行うために必要な装置の一覧（製品名等） | |
| ① 2方向以上の透視が可能な装置 | |
| ② 画像照合可能な超音波診断装置 | |
| ③ 画像照合可能なCT装置 | |
| ④ 画像照合可能なMRI装置 | |
| ⑤ 遠隔操作式密封小線源治療装置 | |
| ⑥ 小線源治療用三次元的治療計画装置 | |

〔記載上の注意〕

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

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

| | |
|---|------------|
| 1 放射線治療に専従の常勤医師（5年以上の経験を有する者が2名以上） | |
| 常勤医師の氏名 | 放射線治療の経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| 2 常勤診療放射線技師（3名以上で、かつ治療室1室につき2名以上） | |
| 常勤診療放射線技師の氏名 | 放射線治療の経験年数 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |
| 3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名 | |
| 4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名 | |
| 5 粒子線治療に係るカンサーボードの有無 | 有 ・ 無 |
| 6 がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに係る連携の有無 | 有 ・ 無 |
| 7 当該治療を行うために備えている機器の名称等 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称) ・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称) ・ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称) | |

[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、**粒子線船治療医学管理加算**については、「5」及び「6」以外について記入すること。

- 1 「1」から「4」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- 2 「1」及び「2」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 3 「5」の粒子線治療に係るがんセンターボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、がんセンターボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「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）に準拠していること。）。

具体的には、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する3分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。
- 4 「6」については、がん診療連携拠点病院とのがんセンターボードに、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

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）

| | |
|--|------|
| 1 保険医療機関の所在地及び名称 | |
| 2 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等 | |
| ① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師） | |
| 検査技師の氏名 | 経験年数 |
| | |
| ② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数 件 | |

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

| | |
|--|-------------|
| 1 保険医療機関の所在地及び名称 | |
| 2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） | |
| 3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入） | |
| ① 病院の場合 | |
| ・ 特定機能病院 | 承認年月日 年 月 日 |
| ・ 臨床研修指定病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地医療拠点病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地中核病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ・ へき地医療支援病院 | 指定年月日 年 月 日 |
| ② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日 年 月 日 | |
| 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 |
| | |
| | |
| | |

- 5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項
 (衛生検査所に作製を依頼している場合のみ記入)
- ① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数 _____ 件
- ② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数 _____ 件
- ③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)
- | | | | |
|------|-------|-------|---|
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
- ④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 =
 (③のうち最大のもの/②) × 100 = %

[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。

イ ⑤が95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

ア ③が[②(月数)×4,000]が③を超えており、かつ、⑤が70%を越えている

イ ③が[②(月数)×2,000]が③を超えており、かつ、⑤が90%を越えている

ウ ④が[②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

| | 妥結率(⑥により判断) | |
|------|------------------|--------------------|
| | 50%超 | 50%以下 |
| (Ⅰ) | 調剤基本料1 | 調剤基本料4 |
| (Ⅱ) | 調剤基本料2 | 調剤基本料5 |
| (Ⅲ) | 調剤基本料3 | 特別調剤基本料 (本届出不要) |
| 特例除外 | 調剤基本料1 (特例除外) | 調剤基本料4 (特例除外) |

[記載上の注意]

- 「1」については、新規指定(遡及指定が認められる場合を除く。)の場合は、指定日の属する月の翌月から3か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方せん受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値(小数点以下は四捨五入)を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方せん
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。

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
(平成28年3月4日保医発0304第3号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第2節 入院基本料等加算

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及び病棟に専任の退院支援職員並びに及び退院支援部門の看護師及び並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

A310 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「A308」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。

A311-2 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「A311」精神科救急入院料の(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「A311」精神科救急入院料の(7)から(9)までの例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001-2 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。

第2部 在宅医療

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。

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、区分番号「B 0 0 1」の「4」小児特定疾患カウンセリング料、同区分番号の「5」小児科療養指導料、同区分番号の「6」てんかん指導料、同区分番号の「7」難病外来指導管理料、同区分番号の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、同区分番号の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「B 0 0 1-3」生活習慣病管理料、区分番号「C 0 0 7」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「I 0 1 2-2」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「J 0 0 0」創傷処置、区分番号「J 0 0 1-7」爪甲除去、区分番号「J 0 0 1-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J 0 1 8」喀痰吸引、区分番号「J 0 1 8-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J 0 4 3-3」ストーマ処置、区分番号「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置、区分番号「J 0 6 0」膀胱洗浄、区分番号「J 0 6 0-2」後部尿道洗浄、区分番号「J 0 6 3」留置カテーテル設置、区分番号「J 0 6 4」導尿、区分番号「J 1 1 8」介達牽引、区分番号「J 1 1 8-2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8-3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、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、在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く。）及び特定保険医療材料については、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料において算定することができる。

第3部 検査

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、「1817」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。

D 2 1 5 超音波検査

~~(10) 非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合は、本区分「3」の「ロ」により算定す~~

~~る。ただし、別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち、腹腔鏡下手術(腹腔鏡下胆嚢摘出術及び腹腔鏡下虫垂切除術を除く。)が行われるものに対し、術中に非侵襲的~~
~~血行動態モニタリングを実施した場合にのみ所定の点数を算定できる。なお、麻酔が困難~~
~~な患者とは区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の(4)~~
~~に掲げる者をいう。~~

~~(11) 非侵襲的~~血行動態モニタリングは、~~その実施に当たり、動脈圧測定用カテーテル、サ-~~
~~ーモダイリーション用カテ~~ーテル、~~体外式連続心拍出量測定用センサ~~ー等を用いた侵襲的
~~モニタリングが実施されている場合は、算定できない。~~

(10~~12~~) 「3」の「ニ」胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師(胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。)が診断を行う場合に算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

(11~~13~~) 「3」の「ホ」負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「D 2 1 1」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

(12~~14~~) 「4」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

(13~~15~~) 「4」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラーを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

(14~~16~~) 「4」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラーにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

(15~~17~~) 「5」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

ア 検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ 本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。

ウ エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「E 4 0 0」フィルムの所定点数により算定する。

エ 区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(16~~18~~) 「注1」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「3」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

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、終夜経皮

的動脈血酸素飽和度測定 (一連につき) の費用は算定できない。

第8部 精神科専門療法

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。

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「F100」処方料(3)のアの(イ)から (ハ) 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(ニ)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。
- (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、「I002」通院・在宅精神療法の(17)に示すものと同様である。

I 0 0 6 - 2 依存症集団療法

- (3) 依存症集団療法は、平成 22 ~~21~~ ~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。

第10部 手術

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。

K 7 2 6 人工肛門造設術

区分番号「K740」直腸切除・切断術の「4」 ~~「K740-2」~~ ~~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。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

(5) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した月は、患者等に対して、少なくとも1回以上の管理計画に基づく管理を行う。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載する。

(6~~イ~~) 「注4」に規定する栄養サポートチーム連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

(7~~イ~~) 「注5」に規定する栄養サポートチーム連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

(8~~イ~~) 「注4」又は「注5」に掲げる加算を算定した場合には、(4)に示す管理計画の要点に加え、(6~~イ~~)のカンファレンス及び回診又は(7~~イ~~)の食事観察及び会議等の開催日及び時間及びこれらのカンファレンス等の内容の要点を診療録に記載する。なお、2回目以降については当該月にカンファレンス等に参加していない場合も算定できるが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を超える日までに1回以上参加すること。

(9~~イ~~) 歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(「1 有床義歯の場合」に限る。)を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

(10~~イ~~) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

第4部 画像診断

E000 写真診断

(11) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」及び「4 造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。なお、同一部位であっても一連の症状確認ではなく、前回撮影時の画像では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。

第7部 リハビリテーション

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1

(10) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I017に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整~~又は~~指導~~又は~~修理を行い、口腔機能の

回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載する。

第8部 処置

I 0 1 4 暫間固定

(13) 次の場合においては、「2 困難なもの」により算定する。

I 0 1 7-2 床副子調整・修理

(5) 区分番号I 0 1 7に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」の修理を行った場合は、「2 床副子修理」により算定する。なお、床副子の調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理にかかる費用に含まれ、区分番号H 0 0 1-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1は別に算定できない。

(6) 「1 床副子調整」及び「2 床副子修理」において調整又は修理を行った場合は、診療録に調整又は修理の部位、方法等を記載する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取り扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからニまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取り扱いとする。

イ 区分番号M 0 0 0-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(8)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等(歯周疾患が原因である場合を除く。)によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯~~当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯~~を抜歯しブリッジを装着する場合

M 0 0 0 補綴時診断料

(4) 新たに生じた欠損部の補綴に際して「2 補綴時診断(1以外の場合)」を算定後、同一の有床義歯に対して新たに生じた欠損部の補綴に際し、~~再度、既成の有床義歯に~~人工歯及び義歯床を追加する場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して3月以内は補綴時診断料を算定できない。

M 0 0 0-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

(8) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算

して2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯~~当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯~~を抜歯し、~~次の場合に該当するブリッジを装着する場合は、~~予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

~~④ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が新たに製作するブリッジの支台歯となる場合~~

~~⑤ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が抜歯され、当該部位が新たに製作するブリッジのポンティックとなる場合~~

M002 支台築造

(8) 「1 間接法」により製作された支台築造物を再装着した場合は、装着として区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定する。

(9) 歯冠修復に当たり、メタルコア、複合レジン及びファイバーポストによる支台築造及び全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日の患者への装着は、歯科医学的に適切であると認められる場合を除き、常態として認められない。この場合において、印象採得は全部金属冠等により算定し、支台築造印象は算定できない。

M004 リテイナー

(4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料は、~~歯冠形成を算定後~~リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限る。また、必要があつてブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

M015 硬質レジンジャケット冠

(5) (2)にかかわらず、後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合は所定点数により算定する。

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

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

別紙36

抗不安薬

オキサゾラム
クロキサゾラム
クロラゼブ酸二カリウム
ジアゼパム
フルジアゼパム
ブロマゼパム
メダゼパム
ロラゼパム
アルプラゾラム
フルタゾラム
メキサゾラム
トフィソパム
フルトプラゼパム
クロルジアゼポキシド
ロフラゼブ酸エチル
タンドスピロンクエン酸塩
ヒドロキシジン塩酸塩
クロチアゼパム
ヒドロキシジンパモ酸塩
エチゾラム
ガンマオリザノール

睡眠薬

ブロモバレリル尿素
抱水クロラール
エスタゾラム
フルラゼパム塩酸塩
ニトラゼパム
ニメタゼパム
ハロキサゾラム
トリアゾラム
フルニトラゼパム

ブロチゾラム
ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
クロルプロマジン塩酸塩、プロメタジン塩酸塩、フェノバルビタール合剤
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント

抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン

デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナブリド
レセルピン

△ ハロペリドールデカン酸エステル

△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスペリドン

○ クエチアピソフマル酸塩

○ ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)

○ オランザピン

- △アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)
- ブロナンセリン
- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル

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

標本の受取側

| | |
|--|-----------------------|
| 病理標本の受取側の医療機関名: | |
| 担当医: 科 殿 | 依頼日:平成 年 月 日 |

標本の送付側

| | |
|---|--|
| 病理標本の送付側の医療機関名: | |
| 所在地: | |
| 電話番号: | 医師氏名: 提出医サイン: |
| 標本作製の場所:院内・院外(施設名称: 標本番号:) | |
| 患者氏名: (フリガナ) | 性別:男・女 |
| 患者住所 | |
| 生年月日:明・大・昭・平 年 月 日(歳) | 職業:(具体的に)電話番号: |
| 保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解:有・無 | |
| 傷病名: | |
| 臨床診断・臨床経過: | |
| 肉眼所見・診断(略図等): | |
| 病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く): | |
| 採取日又は手術日: 年 月 日 | |
| 提出臓器とそれぞれの標本枚数:1. 2. 3. その他 | |
| 既往歴: | |
| 家族歴: | |
| 感染症の有無:有()・無 | |
| 治療情報・治療経過: | |
| 現在の処方: | |
| 病理診断に際しての要望: | |
| 備考: | |
| 病理診断料科使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等() | |

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

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

| | |
|----------|--|
| 保険医療機関名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 報告年月日 | |
| 直近の報告年月日 | |

1. 退棟患者数

| | | |
|---|---|---|
| ① | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数 | 名 |
| ② | 直近の報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数 | 名 |

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

| | | | |
|----|---|--|----|
| ③ | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数 | 日 | |
| ④ | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数（i + ii + iii + iv + v） | 単位 | |
| 再掲 | i | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v | 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ⑤ | 1日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③） | 単位 | |
| ⑥ | 直近の報告における1日あたりのリハビリテーション提供単位数 | 単位 | |

3. 実績指数

| | | |
|---|---|---|
| ⑦ | 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数 | 名 |
| ⑧ | ⑦のうち、実績指数の計算対象とした患者数 | 名 |
| ⑨ | ⑧の患者の退棟時のFIM得点（運動項目）から入棟時のFIM得点（運動項目）を控除したものの総和 | 点 |
| ⑩ | ⑧の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和 | |
| ⑪ | 実績指数（⑨／⑩） | 点 |
| ⑫ | 直前に報告した実績指数 | 点 |

4. 除外患者について（届出の前月までの6か月について以下を記入する。）

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| ⑬ 届出の前月までの6か月 | () 月 | () 月 | () 月 | () 月 | () 月 | () 月 |
| ⑭ 入棟患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑮ 高次脳機能障害患者が入棟患者数の40%以上であることによる除外の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| ⑯ ⑮による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑮が有の場合のみ） | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑰ 実績指数の計算対象から除外した患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑱ 除外割合 (⑰÷(⑭又は⑯)) | % | % | % | % | % | % |

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について（⑮が有の場合には、それぞれ⑬の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。）

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| ※()にはそれぞれ⑬の前月を記載 | ()月 までの 6か月 | ()月 までの 6か月 | ()月 までの 6か月 | ()月 までの 6か月 | ()月 までの 6か月 | ()月 までの 6か月 |
| ⑲ 6か月間の退棟患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ⑳ ⑲のうち、高次脳機能障害の患者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| ㉑ 高次脳機能障害患者の割合 (㉑÷⑲) | % | % | % | % | % | % |

[記載上の注意]

1. ①から⑫は平成 28 年 4 月 1 日以降に入院した患者のみを対象とする。
2. ①及び②は実績指数の計算対象となったものに限る。①が 10 名未満の場合、⑦から⑪は記入しない。
3. 初めての報告の場合、「直近の報告年月日」、②、⑥及び⑫は記入しない。
4. ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
5. 直近の報告において実績指数の報告対象外であった場合は⑫は記入しない。
6. ⑭は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
7. ⑰の除外患者数は、入棟日において F I M 運動項目の得点が 20 点以下若しくは 76 点以上、F I M 認知項目の得点が 24 点以下、又は年齢が 80 歳以上であったことにより実績指数の計算対象から除外したのものに限る。
8. ⑱の除外割合は、⑮が「有」の場合は⑰÷⑯、「無」の場合は⑰÷⑭とする。
9. ⑲は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
10. ⑮、⑳、㉑の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して 180 日以内まで算定できるものに限る。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成28年3月4日保医発0304第9号)

II 歯科点数表関係

| 特定診療報酬算定医療機器の区分 | 定 義 | | | 対応する診療報酬項目 | |
|-----------------|-------------------|-------------|-----------------------------|------------|---------------------------|
| | 薬事承認上の位置付け | | その他の条件 | | |
| | 類 別 | 一般的名称 | | | |
| 有床義歯内面適合用軟質裏装材 | 歯科材料 (3) 義歯床材料 | 義歯床用長期弾性裏装材 | シリコーン系の弾性裏装材であり、間接法で使用可能なもの | M030 | 有床義歯内面適合法 2 軟質材料を用いる場合 |

特定保険医療材料の定義について
(平成28年3月4日保医発0304第10号)

II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格

040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

(5) 持続緩徐式血液ろ過器

① 定義

~~次のいずれにも該当すること。~~

- ⊕ 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「持続緩徐式血液ろ過器」であること。

② 機能区分の考え方

構造、使用目的により、標準型（1区分）及び特殊型（1区分）の合計2区分に区分する。

③ 機能区分の定義

ア 標準型

次のいずれにも該当すること

- i 持続緩徐式血液ろ過に際して使用する血液ろ過器（回路を含む。）であること。
ii イに該当しないこと。

イ 特殊型

次のいずれにも該当すること

- i 持続緩徐式血液ろ過に際して使用する血液ろ過器（回路を含む。）であること。
ii サイトカイン吸着除去能を有し、重症敗血症及び敗血症性ショックの患者の病態の改善を目的として用いることができるものであること。

112 ペースメーカー

(2) 機能区分の考え方

ペースメーカーは、次に規定する機能の有無等により ~~13~~ 区分に区分する。

130 心臓手術用カテーテル

(6) 弁拡張用カテーテル

定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（51）医療用嘴管及び体液誘導管」で

あって、一般的名称が「バルーン拡張式弁形成術用カテーテル」であること。

- ② 狭窄した肺動脈弁、大動脈弁又は僧帽弁を拡張するため、又は経皮的動脈弁置換術における後拡張に使用するためのバルーンカテーテルであること。

169 血管造影用圧センサー付材料

(3) 機能区分の定義

② 血管造影用圧センサー付カテーテル

ア 脳血管、頸動脈を除く中心静脈循環系及び非中心静脈循環系血管の対象部位に挿入し、血管内圧の測定により血行動態の評価を行うことを目的に使用されるカテーテルであること。

イ 心臓造影用センサー付カテーテルに該当しないこと。

182 経カテーテル人工生体弁セット

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

~~①~~ ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（7）内臓機能代用器」であって、一般的名称が「経カテーテルウシ心のう膜弁」又は「経カテーテルブタ心のう膜弁」であること。

~~②~~ ② 狭窄した心臓弁に対し、~~バルーンカテーテルを用いて~~経皮的又は経心尖的に人工弁を留置することを目的とした人工生体弁セットであること。

(2) 機能区分の考え方

人工生体弁の拡張方法により、2区分に区分する。

VII 調剤点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ

定義

(1) 次のいずれにも該当すること。

~~①~~ ① 薬事承認又は認証上、類別が「機械器具（74）医薬品注入器」であって、一般的名称が「加圧式医薬品注入器」であること。

~~②~~ ② 疼痛管理若しくは化学療法を目的として使用される携帯型ディスポーザブル注入ポンプであること。

(2) 機能区分の考え方

構造により、化学療法用（1区分）、標準型（1区分）及びPCA型（1区分）の合計3区分に区分する。

(3) 機能区分の定義

① 化学療法用

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプ

であること。

イ 抗悪性腫瘍剤等、揮発性の高い医薬品を使用するための気密性を保持し、簡単に溶液が取り出せない構造の工夫がなされていること。

ウ PCA装置との接続部分が存在しないこと。

② 標準型

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプであること。

イ PCA機能を有さず、PCA装置との接続部分も存在しないこと。

③ PCA型

次のいずれにも該当すること。

ア 薬液充填部分がバルーン型又は大気圧型であって、ディスポーザブルタイプであること。

イ PCA装置及び注入ポンプが含まれていること。

(別紙様式 14)

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は
白金加金の支給の実施(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

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

| 金属の種類 | 1歯当たりの価格 |
|----------|----------|
| 金合金・白金加金 | |
| 金合金・白金加金 | |

注1 金属の種類は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金属を丸でかこむこと。

注2 1歯当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

別 添

| | 薬 剤 名 | 銘 柄 (参考) | 適 応 症 | ICD-10 (参考) | 診断群分類番号 |
|----|---------------------------|--|--|---------------|--|
| | | | | | |
| 1 | オクトレオチド酢酸塩 | サンドスタチンLAR筋注用10mg サンドスタチンLAR筋注用20mg サンドスタチンLAR筋注用30mg | 消化管神経内分泌腫瘍 | C269 | 060035 結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍 060035x0103xx 060035x0113xx 060035x97x2xx 060035x97x30x 060035x97x31x 060035x99x2xx 060035x99x30x 060035x99x31x |
| 2 | リツキシマブ(遺伝子組換え) | リツキサン注10mg/mL(100mg/10mL) リツキサン注10mg/mL(500mg/50mL) | 免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患 | D477 | 130140 造血器疾患(その他) 130140xxxxxxx |
| 3 | ストレプトゾシン | ザノサー点滴静注用1g | 膵・消化管神経内分泌腫瘍 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 4 | ベムラフェニブ | ゼルボラフ錠240mg | BRAF遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 5 | ソホスブビル | ソバルディ錠400mg | セログループ2(ジェノタイプ2)のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善 | B182 | 060295 慢性C型肝炎 060295x97x0xx 060295x99x0xx |
| 6 | カトリデカコグ(遺伝子組換え) | ノボサーティーン静注用2500 | 先天性血液凝固第Ⅴ因子Aサブユニット欠乏患者における出血傾向の抑制 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 7 | タラボルフィンナトリウム | 注射用レザフィリン100mg | 化学放射線療法又は放射線療法後の局所遺残再発食道癌 | C15\$, D001 | 060010 食道の悪性腫瘍(頸部を含む。) 060010x01x4xx 060010x02x3xx 060010x02x40x 060010x02x41x 060010x97x3xx 060010x97x40x 060010x97x41x 060010x99x30x 060010x99x31x 060010x99x40x 060010x99x41x |
| 8 | ベグインターフェロンアルファ-2b(遺伝子組換え) | ベグイントロン皮下注用50μg/0.5mL用 ベグイントロン皮下注用100μg/0.5mL用 ベグイントロン皮下注用150μg/0.5mL用 | 悪性黒色腫における術後補助療法 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 9 | ボルテゾミブ | ベルケイド注射用3mg | マントリン細胞リンパ腫 | C831 | 130030 非ホジキンリンパ腫 130030x97x2xx 130030x97x3xx 130030x97x40x 130030x97x41x 130030x99x2xx 130030x99x30x 130030x99x31x 130030x99x40x 130030x99x41x |
| 10 | ニンテダニブエタンシルホン酸塩 | オフェブカプセル100mg オフェブカプセル150mg | 特発性肺線維症 | J841 | 040110 間質性肺炎 040110xxxx0xx 040110xxxx1xx |
| 11 | パノビノスタット乳酸塩 | ファリーダックカプセル10mg ファリーダックカプセル15mg | 再発又は難治性の多発性骨髄腫 | C900 | 130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 130040x97x5xx 130040x99x5xx |
| 12 | レジバシビル アセトン付加物/ソホスブビル | ハーボニー配合錠 | セログループ1(ジェノタイプ1)のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善 | B182 | 060295 慢性C型肝炎 060295x97x0xx 060295x99x0xx |
| 13 | イビリムマブ(遺伝子組換え) | ヤーボイ点滴静注液50mg | 根治切除不能な悪性黒色腫 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 14 | アンチトロンピンガンマ(遺伝子組換え) | アコアラシ静注用600 | 先天性アンチトロンピン欠乏に基づく血栓形成傾向アンチトロンピン低下を伴う播種性血管内凝固症候群(DIC) | 0723、D688、D65 | 120290 産科播種性血管内凝固症 120290xxxx0xx 130100 播種性血管内凝固症候群 130100xxxx0xx 130100xxxx1xx 130100xxxx2xx 130100xxxx4xx 130130 凝固異常(その他) 130130xxxx0xx 130130xxxx1xx |
| 15 | ボセンタン水和物 | トラクリア錠62.5mg | 全身性強皮症における手指潰瘍の発症抑制 | M340 | 070560 全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患 070560x97x0xx 070560x97x1xx 070560x99x0xx 070560x99x1xx |

| | 薬 剤 名 | 銘 柄 (参考) | 適 応 症 | ICD-10 (参考) | 診断群分類番号 |
|----|-------------------------------------|------------------------------------|--|----------------|--|
| | | | | | |
| 16 | リバーロキサバン | イグザレルト錠10mg イグザレルト錠15mg | 深部静脈血栓症及び肺血栓症の治療及び再発抑制 | J80Z | 050180 静脈・リンパ管疾患 050180xx97xxxx |
| 17 | スクロオキシ水酸化鉄 | ビートルチュアブル錠250mg ビートルチュアブル錠500mg | 透析中の慢性腎臓病患者における高リン血症の改善 | N18\$ | 110280 慢性腎炎候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 110280xx991x0x |
| 18 | ルストロンボバグ | ムルプレタ錠 3mg | 待機的な観血的手技を予定している慢性肝疾患患者における血小板減少症の改善 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 19 | バンデタニブ | カブレラサ錠100mg | 根治切除不能な甲状腺髄様癌 | C73 | 100020 甲状腺の悪性腫瘍 100020xx01x1xx 100020xx97x1xx 100020xx99x1xx |
| 20 | オムビタスビル水和物 ノバリタプレビル水和物 ノリトナビル | ヴィキラックス配合錠 | セログループ1 (ジェノタイプ1) のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善 | B18Z | 060295 慢性C型肝炎 060295xx97x0xx 060295xx99x0xx |
| 21 | レベチラセタム | イーケブラ点滴静注500mg | 一時的に経口投与ができない患者における、下記の治療に対するレベチラセタム経口製剤の代替療法 てんかん患者の部分発作 (二次性全般化発作を含む) | G401、G402、G41Z | 010230 てんかん 010230xx97x00x 010230xx99x00x 010230xx99x01x |
| 22 | リュープロレリン酢酸塩 | リュープリンPRO注射用キット 22.5mg | 閉経前乳癌 前立腺癌 | C50\$, C61 | 090010 乳房の悪性腫瘍 090010xx01x3xx 090010xx02x3xx 090010xx03x2xx 090010xx03x3xx 090010xx04xxxx 090010xx05xxxx 090010xx99x2xx 110080 前立腺の悪性腫瘍 110080xx01x3xx 110080xx02x30x 110080xx9906xx 110080xx991xxx |
| 23 | トラベクテジン | ヨンデリス点滴静注用0.25mg ヨンデリス点滴静注用1mg | 悪性軟部腫瘍 | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 24 | インジウムベンテロオチド (¹¹¹ In) | オクトレオスキャン静注用セット | 神経内分泌腫瘍の診断におけるソマトスタチン受容体シンチグラフィ | (特定出来ない) | 全ての診断群分類番号 |
| 25 | ニボルマブ (遺伝子組換え) | オブジーボ点滴静注20mg オブジーボ点滴静注100mg | 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 | C34\$ | 040040 肺の悪性腫瘍 040040xx97x3xx 040040xx97x4xx 040040xx9903xx 040040xx99040x 040040xx99041x 040040xx9913xx 040040xx9914xx |
| 26 | コラゲナーゼ (クロストリジウム ヒストリチウム) | ガイヤフレックス注射用 | デュビユイトラン拘縮 | M720\$ | 070390 線維芽細胞性障害 070390xx99xxxx 070390xx97xxxx |

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十二号（診療報酬の算定方法の一部を改正する件）

（原稿誤り）

| | | | | |
|----|---|-------------|---------------------------|-----------------------|
| 二九 | 上 | 終わりから一八及び一九 | A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料 | A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料 |
| 三五 | 下 | 八 | 在宅療養管理指導料 | 在宅療養指導管理料 |
| 八九 | 上 | 二四 | 注4 | 注5 |

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十四号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（原稿誤り）

二一七ページ下段終わりから九行目と一〇行目の間に次のように加える。
ケ 区分番号J120に掲げる鼻腔^{くわう}栄養
二二三ページ上段第9の一(2)のホを削る。

| | | | | |
|-----|---|--------|----------------------------|--|
| 二二四 | 下 | 九 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 児童思春期精神科専門管理加算 |
| 二三五 | 上 | 終わりから二 | その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者 | その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者 |
| 二三六 | 上 | 終わりから一 | 又は別表第十の二に掲げる患者 | 若しくは別表第十の二に掲げる患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者 |

平成二十八年三月十八日（号外第六十一号）厚生労働省告示第七十四号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件）

（原稿誤り）

百五〇ページ上段別表第一中14の項を次のように改める。

| | | |
|----|---|--|
| 14 | アンチトロンビン ガンマ（遺伝子組換え）（当該薬剤の添付文書において記載された効能又は効果（平成27年7月3日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る。）に係るものに限る。） | 3791、3884 から 3886 まで、3888 、 3902 及び 3903 |
|----|---|--|

百五〇ページ上段別表第一の最後に次のように加える。

| | | |
|----|---|--------------|
| 26 | コラゲナーゼ（クロストリジウム ヘストリチウム）（当該薬剤の添付文書において記載された効能又は効果（平成27年7月3日に、医薬品医療機器等法第14条第1項の規定により承認されたものに限る。）に係るものに限る。） | 3092 及び 3093 |
|----|---|--------------|

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十三号（基本診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（印刷誤り）

一九九 上

六 終わりから一

に規定する費用別表第九の三に掲げる費用

に規定する費用別表第九の三に掲げる費用

平成二十八年三月四日（号外第五十号）厚生労働省告示第五十四号（特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件）

（印刷誤り）

二二二 上

一 二及び一三

施設基準当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

施設基準当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二二五 上

七 終わりから一

六割以上が歯科訪問診療

六割以上が歯科訪問診療1

平成二十八年三月十八日（号外第六十一号）厚生労働省告示第七十三号（厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件）

（印刷誤り）

八 下

三 終わりから一

並びに通則

、通則