

(保 240)

平成 30 年 3 月 30 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
松 本 純 一

「平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について」及び厚生労働省「疑義解釈資料の送付について（その 1）」等のご案内について

平成 30 年度診療報酬改定に関する情報等につきましては、平成 30 年 3 月 6 日付日医発第 1125 号（保 212）「平成 30 年度診療報酬改定に係る省令、告示、通知のご案内について」等により、逐次ご連絡申し上げているところであります。

今般、厚生労働省より、下記のとおり告示及び通知が発出されましたので、追加してお知らせ申し上げます。

その概要は下記のとおりですので、本件について貴会会員に周知下さいますようお願い申し上げます。

なお、本件につきましては、日本医師会ホームページのメンバーズルーム中、医療保険の「平成 30 年度 診療報酬改定に関する情報」に掲載を予定しております。

記

1. 平成 30 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正（添付資料 1 の別添 1 から 13）
 - ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」
(平成 30 年 3 月 5 日保発 0305 第 2 号) (別添 1)
 - ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
(平成 30 年 3 月 5 日保発 0305 第 3 号) (別添 2)
 - ・「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について
(平成 30 年 3 月 5 日保発 0305 第 4 号) (別添 3)
 - ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
(平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号) (別添 4)
 - ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号) (別添 5)

- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
(平成30年3月5日保医発0305第3号) (別添6)
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
(平成30年3月5日保医発0305第4号) (別添7)
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」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30年3月5日保医発0305第6号) (別添8)
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
(平成30年3月5日保医発0305第10号) (別添9)
- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
(平成30年3月5日保医発0305第12号) (別添10)
- ・「特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望書（希望区分B）に記載する機能区分コードについて」
(平成30年3月5日付事務連絡) (別添11)
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」
(平成30年3月20日保医発0320第6号) (別添12)
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
(平成30年3月26日保医発0326第5号) (別添13)

2. 官報掲載事項の一部訂正（添付資料1の別添14）

平成30年3月5日付官報（号外第45号）等に掲載された以下の告示については訂正が予定されていることから、その内容があらかじめ示されております。詳細については、添付資料1の別添14をご確認ください。

- (1) 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第43号）
- (2) 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第44号）
- (3) 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第45号）

3. 要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件（添付資料2）

4. 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（添付資料3）

5. 「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」の一部改正について（添付資料4）

6. 疑義解釈資料の送付について（その1）（添付資料5）

【添付資料】

1. 平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について
(平30.3.30 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)
2. 「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」
(平30.3.30 厚生労働省告示第179号)
3. 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
(平30.3.30 保医発0330第2号 厚生労働省保険局医療課長)
4. 「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」の一部改正について
(平30.3.30 保医発0330第3号 厚生労働省保険局医療課長)
5. 疑義解釈資料の送付について（その1）
(平30.3.30 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

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

御中

厚生労働省保険局医療課

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

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

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

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

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

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

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

(別紙様式 7)

院内掲示例

平成〇年〇月

▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成〇年〇月〇日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

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

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

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

第5 訪問看護管理療養費について

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

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

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

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

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

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

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

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

8 (1) 注10に規定する精神科重症患者支援管理連携加算は、精神科在宅患者支援管理料2を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者においては週2回以上、2のロを算定する利用者においては月2回以上実施した場合に、月1回に限り加算し、1人の利用者に対し1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。なお、区分01-2及び3に規定する指定訪問看護の他に保険医療機関が1012の1及び3に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めても差し支えない。

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

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

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

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

オ 当該加算のイにおいて、(2)に規定するチームの関係者のうちいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている

病院を除く。) 等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該利用者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

カ 当該加算の口において、カンファレンスは、(2)に規定するチームの関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該利用者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。

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

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

第6 訪問看護情報提供療養費について

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

第7 訪問看護ターミナルケア療養費について

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

別紙様式4

訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書

平成 年 月 日

(主治医 医療機関名)

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

電話番号

管理者氏名

(入院又は入所先医療機関等)

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供します。

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

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

【記入上の注意】

必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。

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

第二 用語の定義

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

1 「勤務延時間数」

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

2 「常勤」

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

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

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

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第2部 入院料等

A 100 一般病棟入院基本料

(10) 「注11」の規定により、区分番号「A 101」の療養病棟入院料1の入院料Aから入院料Fのいずれかを算定する場合にあっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。~~また、疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

A 101 療養病棟入院基本料

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

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

A 108 有床診療所入院基本料

(12) 区分番号「A 109」の入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病

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

A 2 1 4 看護補助加算

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

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。

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

A 2 2 1-2 小児療養環境特別加算

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

A 2 4 6 入退院支援加算

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

A 3 0 8-3 地域包括ケア病棟入院料

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

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

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

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

(7) 「注3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(13)から(14)~~15~~までの例による。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B 0 0 1 - 2 - 9 地域包括診療料

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

第2部 在宅医療

C 0 0 1 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

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

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

(22) 在宅時医学総合管理料の「注10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとする。
カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必

要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

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

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

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

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

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

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

C 0 0 6 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

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

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

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

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

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

第3部 検査

D008 内分泌学的検査

（8）脳性N a利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）

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

第4部 画像診断

E101-2 ポジトロン断層撮影

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

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

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

E 1 0 1 - 3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

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

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

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

第7部 リハビリテーション

H 0 0 1 脳血管疾患等リハビリテーション料

(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上の姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来たした患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上の座位をとらせる場合は算定できない。

(10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年3月31日までの間に限り~~、「注4」に規定する点数を

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

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来たした患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

(9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年3月31日までの間に限り~~、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

H002 運動器リハビリテーション料

(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来たした患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

(11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、~~平成31年3月31日までの間に限り~~、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。入院中の患者以外の患者については平成31年4月1日以降は「注4」の対象とならない。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、

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

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

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

- ア 別紙様式23から別紙様式23の4まで又はこれに準じた様式
- イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(ヘ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせて記載する様式(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)
- (ヲ) F A I (Frenchay Activities Index)、L S A (Life-Space Assessment)、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント~~ロコモ~~25(平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全(ロコモティブシンドローム)の早期発見ツールの開発」において作成されたもの)又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

第8部 精神科専門療法

I003-2 認知療法・認知行動療法

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

I016 精神科在宅患者支援管理料

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

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

第10部 手術

<通則>

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

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

K 1 7 7 脳動脈瘤頸部クリッピング

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

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

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

~~内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

~~K 8 2 1 尿道狭窄内視鏡手術~~

~~内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。~~

第12部 放射線治療

M 0 0 0 放射線治療管理料

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

M 0 0 1 体外照射

(4) 1回線量増加加算

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

M 0 0 1-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

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

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

M004 密封小線源治療

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

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

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

第3部 検査

D002 歯周病検査

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

D013 精密触覚機能検査

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

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

第8部 処置

I 0 0 6 感染根管処置

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

I 0 1 1 歯周基本治療

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

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

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

- イ 歯周外科手術を実施した場合
- ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
- ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合
- ニ 侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。）

I 0 1 7 口腔内装置

(1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

- イ 顎関節治療用装置
- ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置
- ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
- ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート

ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター

ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置

チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置

リ 放射線治療に用いる口腔内装置

(3) 「2 口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。

(4) 「3 口腔内装置3」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。

(6) (1) の「イ 顎関節治療用装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」又は「2 口腔内装置2」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等を検査し、調整した場合は1口腔1回につき区分番号I 0 1 7-2に掲げる口腔内装置調整・修理の「1のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。なおただし、咬合採得を行う場合は、区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。~~は算定できない。~~

(7) (1) の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」、「2 口腔内装置2」又は「3 口腔内装置3」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロ 有床義歯」「2のロの(2) 多数歯欠損」（「1 口腔内装置1」の場合に限る。）を、装着を行った場合は区分番号M 0 0 5に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。

(9) (2) から (4) までにかかわらず、(1) の「ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては1装置に限り、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。この場合において、必要があつて咬合採得を行った場合は区分番号M 0 0 6に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。また~~また~~、同一手術において複数の装置を使用する場合については、2装置目からは、1装置につき「3 口腔内装置3」の所定点数により算定する。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(2) から(4) にかかわらず、「3 口腔内装置3」により算定する。

(10) (1) の「リ 放射線治療に用いる口腔内装置」とは頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第11部に掲げる放射線治療（区分番号L 0 0 2に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及びL 0 0 4に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の

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

I 0 1 7 - 1 - 2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

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

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去

(6) 「2 困難なもの」により算定するものは、(5-6)の他、次のものをいう。

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

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M 0 0 6 咬合採得

(2) 口蓋補綴及び頸補綴の咬合採得は、本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数により算定する。~~また、口腔内装置の咬合採得は、当該口腔内装置の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ 有床義歯」により算定する。~~

(3) 欠損補綴に係る咬合採得は、2回以上行っても頸堤の状況や欠損形態にかかわらず1回に限り算定する。

M 0 0 7 仮床試適

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

M015 非金属歯冠修復

(2) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞に行うレジンインレーをいう。

(3) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞に行うレジンインレーをいう。

M018 有床義歯

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

イ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合

ロ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合

ハ 認知症を有する患者や要介護状態の患者であって、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合

ニ その他特別な場合

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

M021 線鉤

(3) ~~直接支台装置として~~レストつきの単純鉤（線鉤）を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「2 ニ腕鉤（レストつき）」により算定する。

(4) レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「3 レストのないもの」により算定する。

M022 間接支台装置

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

(1) 本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。

(2) レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。

(3) 欠損部から離れた歯に対して、M020に掲げる鋳造鉤、M021に掲げる線鉤又はM021-2に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。

(4) 支台歯（鉤歯）1歯につき、支台装置（区分番号M020に掲げる鋳造鉤、区分番号

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

M025 口蓋補綴、顎補綴

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

M030 有床義歯内面適合法

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

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

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

N001 顎口腔機能診断料

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

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日: 平成 年 月 日

退院支援委員会開催日: 平成 年 月 日

患者等への説明日: 平成 年 月 日

計画の変更日: 平成 年 月 日

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

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

居住先に関すること(※)	<p>【評価】</p> <p>自宅 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>同居家族 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>その他、居住先に関する課題:</p>	<p>【適切な居住先の種類と必要な支援】</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>	
収入と金銭管理に関すること(※)	<p>【評価】</p> <p>障害年金 <input type="checkbox"/>受給中</p> <p>生活保護 <input type="checkbox"/>受給中</p> <p>その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題:</p>	<p>【収入と金銭管理に関する必要な支援】</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>	
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	<p>【栄養摂取等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>	
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	<p>【評価】</p> <p>指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/>未定(年 月頃までに決定予定) <input type="checkbox"/>不要</p> <p> <input type="checkbox"/>決定(事業所名:) 担当者:)</p> <p>障害者手帳 <input type="checkbox"/>取得済[級] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要</p> <p>障害支援区分 <input type="checkbox"/>認定済[区分] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要</p> <p>要介護認定 <input type="checkbox"/>認定済[] <input type="checkbox"/>申請予定(年 月頃まで) <input type="checkbox"/>不要</p> <p>【その他、障害福祉サービス等に関する課題】</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>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>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</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>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</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>【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</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。

リハビリテーション実施計画書

ID	患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平・西暦)	年	月	日	歳	
		平成・西暦	年	月	日()	回目()	ヶ月目()	
<p>診断名:</p> <p>発症日: (頃)・手術日:</p> <p>治療内容(術式):</p> <p>合併症:</p> <p>冠危険因子(既往): □高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □喫煙 □肥満 □高尿酸血症 □慢性腎臓病(CKD) □家族歴 □狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他()</p> <p>標準体重 kg: 目標血圧 / mmHg</p> <p>現在の体重 kg: BMI (18.5~24.9) kg/m²</p> <p>現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg</p> <p>血液検査結果</p> <p>□HbA1c (6.5% 未満) %</p> <p>□LDLコレステロール (100mg/dl 未満) mg/dl</p> <p>□HDLコレステロール (40mg/dl 以上) mg/dl</p> <p>□中性脂肪 (TG: 150mg/dl 以下) mg/dl</p> <p>□BNP pg/ml</p> <p>□他()</p> <p>心機能: 左室駆出率(EF) 【正常・低下】 % 他所見()</p> <p>ADL □車椅子【自立・他人操作】 □介助歩行 □杖歩行 □屋内歩行 □屋外歩行 □他()</p> <p>栄養* 栄養補給方法: □経口(□食事 □補助食品) (複数選択可)</p> <p>□経管栄養 □静脈栄養(□末梢 □中心)</p> <p>嚥下調整食の必要性: □無 □有(学会分類コード:)</p> <p>栄養状態: □問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □その他()</p> <p>【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】</p> <p>必要栄養量: () kcal たんぱく質() g</p> <p>総摂取栄養量[#]: () kcal, たんぱく質() g (経口・経管・静脈全て含む)</p> <p># 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可</p> <p>※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと。 (右列の「栄養・食事について」の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入)</p> <p>環境 □独居 □同居() 家族の協力体制【あり・困難】</p> <p>□一戸建【平屋・2階以上】</p> <p>□集合住宅: 階居住、エレベーター【有・無】</p> <p>□その他()</p> <p>社会復帰 □無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定 □転職 □転職予定 □発症後配置転換 □現職復帰 ・職種/業務内容/通勤方法等()</p> <p>本人・家族の希望・回復への目標</p> <p>再発予防・健康維持のための目標</p> <p>□病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □運動習慣の獲得 □禁煙 □他()</p> <p>運動負荷試験結果(運動処方)</p> <p>運動耐容能【良好・低下】(健常人の) % : MET s</p> <p>運動処方(脈拍・血圧): bpm / mmHg</p> <p>自転車 W 分 回/週</p> <p>歩行 km/h 分 回/週</p> <p>その他注意事項()</p>							<p>再発防止に対する理解と支援・指導の必要性</p> <p>『自己検脈』 □できる □要指導</p> <p>『家庭血圧・体重測定』 □実施している □要支援</p> <p>『自分に合った運動』 □理解している □実践している □要支援</p> <p>『適切な食事・摂取量』 □理解している □実践している □要支援</p> <p>『正しい服薬』 □理解している □服薬忘れなし □要支援</p> <p>『薬の管理』 □自分 □家族() □他人()</p> <p>『自身の病気』 □不安がない □不安がある</p> <p>『日常生活活動・復職』 □不安がない □不安がある</p> <p>『余暇・社会活動』 □理解している □実践している □要支援</p> <p>『睡眠』 □良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他】</p> <p>『タバコ』 □禁煙 □受動喫煙 □喫煙(本) □要支援</p> <p>『症状出現時の対処法』 □理解している □要指導</p> <p>『』 □() □() □()</p> <p>『』 □() □() □()</p> <p>多職種による再発予防への取り組み</p> <p>(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)</p> <p>□『運動・日常生活動作について』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>□呼吸訓練 □ストレッチ □筋力増強 □ADL訓練 □歩行 □自転車 □他()</p> <p>□『栄養・食事について』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>コメント()</p> <p>□『お薬について』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>コメント()</p> <p>□『』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>コメント()</p> <p>□『』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>コメント()</p> <p>□『』</p> <p>担当者/職種:</p> <p>コメント()</p> <p>今後の運動療法継続について</p> <p>□当院にて □自宅にて □他施設にて()</p> <p>今後の検査・期間等について</p> <p>_____</p> <p>本人・家族氏名 _____</p> <p>医師: 理学療法士: _____</p> <p>看護師: 他職種() :</p>	

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

■本人の希望(したい又はできるようになりたい生活の希望等)	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)
-------------------------------	----------------------------------

■健康状態、経過			
原因疾病:	発症日・受傷日: 年 月 日	直近の入院日: 年 月 日	直近の退院日: 年 月 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等):			
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等):			
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等):			

目標設定等支援・管理シート: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M
■心身機能・構造				■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)	
項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)	現在の状況	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	立ち上がり	<input type="checkbox"/> いすから <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	□6分間歩行試験 □Timed Up & Go Test	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	□MMSE □HDS-R	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の高次脳機能障害()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	コミュニケーションの状況	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		
精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化		

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

■環境因子(※課題ありの場合 <input type="checkbox"/> 現状と将来の見込みについて記載する)			
課題	状況		
家族	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()		
福祉用具等	<input type="checkbox"/> 口杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	調整 <input type="checkbox"/> 口済 <input type="checkbox"/> 未調整	
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居住階(階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所:) 食卓(口座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) トイレ(口洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)	調整 <input type="checkbox"/> 口済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>		
社会参加	<input type="checkbox"/>		
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
サービスの利用	<input type="checkbox"/>		
その他	<input type="checkbox"/>		

■リハビリテーションの目標 (長期)	■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)
(短期(今後3ヶ月間)	
■リハビリテーション実施上の留意点 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)	■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: 平成_____年_____月_____日
 本人のサイン: _____ 家族サイン: _____ 説明者サイン: _____
 特記事項: _____

リハビリテーション総合実施計画書

ID 患者氏名 男・女

生年月日(明・大・昭・平・西暦) 年 月 日 歳

評価日: 平成・西暦 年 月 日 (回目・ヶ月目)

診断名:

発症日: (頃)・手術日:

治療内容(術式):

合併症:

冠危険因子(既往): 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙
慢性腎臓病(CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他()標準体重 kg: 現在の体重 kg: BMI(18.5~25.9) kg/m²
目標血圧 / mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

血液検査結果

HbA1c % LDL-C mg/dl
HDL-C mg/dl 中性脂肪 mg/dl
□他()心機能 左室駆出率(EF) 【正常・低下】 %
□他()

身体機能:

関節可動域制限(部位:) 疼痛(部位:)
筋力低下(部位:) バランス障害()
□他()

栄養*

栄養補給方法: 経口(□食事 補助食品)
(複数選択可)経管栄養 静脈栄養(□末梢 中心)嚥下調整食の必要性: 無 有(学会分類コード:)栄養状態: 問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他()

【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】

必要栄養量: () kcal, たんぱく質() g

総摂取栄養量[#]: () kcal, たんぱく質() g
(経口・経管・静脈全て含む)

入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入)

運動負荷試験結果(運動処方)

運動耐容能【良好・低下】(健常人の %: MET s)
運動処方(脈拍・血圧): bpm / mmHg
自転車 W 分 回/週
歩行 km/h 分 回/週
他注意事項:

今後の運動療法継続について

□当院にて □自宅にて □他施設にて ()

今後の検査・期間等について

説明曰：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定

転職 転職予定 配置転換 現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等 ()

・余暇・社会活動等 ()

具体的目標とそのアプローチ：

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

階段昇降 他 ()

• 入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ()

• コミュニケーション 問題なし 問題あり ()

• 他 ()

具体的目標とそのアプローチ：

環境 独居 同居 () 、家族の協力体制【あり・困難】

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

その他 ()

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

心理 • 自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に：)

• 日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に：)

• 睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ()

• 食欲 良好 減退 ()

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利 (発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生)

なし あり (具体的に：)

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』

できる

要指導

『家庭血圧・体重測定』

実施している

要支援

『自分に合った運動』

理解している

実践している

要支援

『適切な食事・摂取量』

理解している

実践している

要支援

『正しい服薬』

理解している

服薬忘れなし

要支援

『薬の管理』

自分 家族 ()

他人 ()

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『』

禁煙 受動喫煙 喫煙 ()
理解している 要指導
 () () ()

本) 要支援

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

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

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

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

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

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

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

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

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

$$\text{⑧} / \text{②} = \boxed{} \%$$

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

[記載上の注意]

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

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報 (1)

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

(記入者氏名) _____

(照会先) _____

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名			
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日	

(太枠:必須記入)

栄養評価	栄養管理・栄養指導等の経過										
	栄養管理上の注意点と課題										
	評価日	年 月 日	過去(週間)の体重変化	増加	変化なし	減少:	(kg %)				
	身体計測	体重 kg	測定日(/)	BMI kg/m ²	下腿周囲長 cm	不明	握力 kgf	不明			
	身体所見	食欲低下	無・有・不明()	消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明						
		味覚障害	無・有・不明()	褥瘡	無・有(部位等)・不明						
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明	その他							
		嚥下障害	無・有								
	咀嚼障害	無・有	特記事項								
	検査・その他	過去1か月以内Alb値()g/dL	・測定なし	その他							
1日栄養量	エネルギー		たんぱく質	食 塩	水 分	その他					
必要栄養量	()kcal/標準体重kg	()g/標準体重kg	()g/現体重kg	g	ml						
摂取栄養量	()kcal/標準体重kg	()g/標準体重kg	()g/現体重kg	g	ml						
栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈	食事回数: 回/日	朝・昼・夕・その他()								
退院時食事内容	食種	一般食・特別食()・その他()									
	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()	量	g/食						
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()		g/食						
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()		g/食						
	副食形態	常菜・軟菜・その他()	*)自由記載:例 ペースト								
	嚥下調整食	不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4								
	とろみ調整	無・有	種類(製品名)	使用量(gまたは包)	とろみの濃度						
	食品の使用			薄い/中間/濃い							
	その他影響する問題点	無・有()									
	禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆							
		その他・詳細()									
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合計	kcal	g	g	g	g	ml			
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg					ml			
	経腸栄養詳細	種類	朝:	昼:			夕:				
		量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml			
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他()								
投与速度		朝:	ml/h	昼:	ml/h	夕:	ml/h				
静脈栄養詳細	追加水分	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml				
	種類・量										
投与経路	末梢・中心静脈										
備考											

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

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

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

第2 届出に関する手続き

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

第4 経過措置等

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

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

初診料の注12に掲げる機能強化加算

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

オンライン診療料

一般病棟入院基本料(地域一般入院料1に限る。)

結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料

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

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

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

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

療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算

（略）

特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

回復期リハビリテーション病棟入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料3

回復期リハビリテーション病棟入院料5

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

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

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

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

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

（略）

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

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

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

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

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

算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

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

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

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

別添1

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

2 届出に関する事項

(2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、1年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと。新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。この場合において、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。この場合において、届出の変更により1の(5)に規定する報告を行ったものとみなす。

(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8号による届け出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

2 届出に関する事項

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

ること。

(2) 当該施設基準の届出を行うにあたっては、実績を要しない。

別添2

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

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

(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度I・II（急性期一般入院料7、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1にあってはIに限る。）に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料2又は3については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行うこと。ただし、平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料届出を行っている病棟にあっては、平成32年3月31日までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iを用いて評価することも差し支えないこと。

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

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

別表4

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

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

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

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

10 療養病棟入院基本料の注11の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。
療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること若しくは当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出していた病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たせなくなった場合については、平成30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料を届け出していた病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

12 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算の施設基準

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

第5 入院基本料の届出に関する事項

1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

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

(6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な看取りに対する指針」の届出については、
別添7の様式5の6を用いること。

別添3

第4の3 急性期看護補助体制加算

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

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

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

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

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

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

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

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算1及び2の施設基準

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

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

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

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

別添4

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

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

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

実績指數が37以上であること。

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

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

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

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

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準

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

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

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

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

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

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

7 届出に関する事項

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

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

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

別表1 ※○：組み合わせての届出可、－：組み合わせての届出不可

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

別表2

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

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

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

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

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

2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

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

10 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

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

11 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準

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

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

(1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。~~なお、看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院料を届け出している病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~

(2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票の患者の状況等の項目（B項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」）に該当する患者の割合が、3割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。

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

14 届出に関する事項

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

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

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

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

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

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

第15 精神科救急入院料

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。~~ただし、同一の入院料を届け出している病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~

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

5 届出に関する事項

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

第16の2 精神科救急・合併症入院料

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。~~ただし、同一の入院料を届け出している病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。~~

(4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制について

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

3 届出に関する事項

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

第19 認知症治療病棟入院料

2 届出に関する事項

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

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等

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

平均在院日数の算定方法

1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数

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

なお、小数点以下は切り上げる。

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

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

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

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

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

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

病棟種別の異なる病棟が 2 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 回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

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

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

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

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

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

（1）看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の 1 人当たりの受け持ち患者数が 10 人以内であること。

$$(40 \text{ 人} \times 1 / 10) \times 3 = \text{当該病棟に 1 日当たり } 12 \text{ 人 (小数点以下切り上げ) 以上の看護職員が勤務していること。}$$
- ② 月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均 1 日当たりの看護師の比率が 70% を満たすこと。

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

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

（2）看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

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

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

(夜勤専従者及び夜勤 16 時間未満の看護職員を除く)

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

- ② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。

16 時～24 時 30 分（看護師 3 人、計 3 人）

0 時～8 時 30 分（看護師 2 人、准看護師 1 人 計 3 人）

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

$$\begin{aligned}
 8 \text{ 人} \times 72 \text{ 時間 (夜勤を月 9 日)} &= 576 \text{ 時間 (a)} \\
 11 \text{ 人} \times 64 \text{ 時間 (夜勤を月 8 日)} &= 704 \text{ 時間 (b)} \\
 4 \text{ 人} \times 40 \text{ 時間 (夜勤を月 5 日)} &= 160 \text{ 時間 (c)}
 \end{aligned}
 \left. \begin{array}{l} (a) \\ (b) \\ (c) \end{array} \right\} \text{※}$$

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24 時から 24 時 30 分）

は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に病棟以外で勤務した

時間は夜勤時間には含めていない。

④ 月延夜勤時間数：1,440 時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72 時間以下である。

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

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

A 6	輸血や血液製剤の管理	150404970	コンピュータクロスマッチ加算	新規追加
		620009523	エビルビシン塩酸塩注射液10mg/5mL「NK」	重複の削除
		620009526	エビルビシン塩酸塩注射液50mg/25mL「NK」	重複の削除
		622182701	ゴナックス皮下注用80mg	重複の削除
		622182801	ゴナックス皮下注用120mg	重複の削除
A 7	専門的な治療・処置(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ))	622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg(溶解液付)	重複の削除
		622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg(溶解液付)	重複の削除
		622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg(溶解液付)	重複の削除
A 7	専門的な治療・処置(②抗悪性腫瘍剤の内服の管理)	622537501	エスワンタイホウ配合OD錠T20 20mg(テガフール相当量)	新規追加
		622537601	エスワンタイホウ配合OD錠T25 25mg(テガフール相当量)	新規追加
A 7	専門的な治療・処置(⑥免疫抑制剤の管理)	640454024	注射用ソル・メルコート40 40mg(溶解液付)	新規追加
		640454025	注射用ソル・メルコート125 125mg(溶解液付)	新規追加
		640454026	注射用ソル・メルコート500 500mg(溶解液付)	新規追加
		620001310	注射用ソル・メルコート1,000 1g(溶解液付)	新規追加
C 16	開頭手術(7日間)	150150310	動脈形成術、吻合術(頭蓋内動脈)	重複の削除
		150152510	血管移植術、バイパス移植術(頭、頸部動脈)	重複の削除
C 17	開胸手術(7日間)	150109910	気管形成手術(開胸又は胸骨正中切開)	重複の削除
		150150410	動脈形成術、吻合術(胸腔内動脈)(大動脈を除く)	重複の削除
		150152210	血管移植術、バイパス移植術(大動脈)	重複の削除
		150152310	血管移植術、バイパス移植術(胸腔内動脈)	重複の削除
		150154710	静脈形成術、吻合術(胸腔内静脈)	重複の削除
		150302770	冠動脈形成術(血栓内膜摘除)併施加算	重複の削除
		150359470	心臓弁再置換術加算(弁置換術)	重複の削除
		150376770	人工血管等再置換術加算(単心室症又は三尖弁閉鎖症手術)	重複の削除
C 18	開腹手術(4日間)	150150510	動脈形成術、吻合術(腹腔内動脈)(大動脈を除く)	重複の削除
		150152410	血管移植術、バイパス移植術(腹腔内動脈)	重複の削除
		150154810	静脈形成術、吻合術(腹腔内静脈)	重複の削除
		150347770	有茎腸管移植加算	重複の削除
C 19	骨の手術(5日間)	150019210	骨折観血的手術(大腿)	新規追加
		150253810	不整脈手術(副伝導路切断術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
C 22	救命等に係る内科的治療(2日間)(②経皮的心筋焼灼術等の治療)	150253910	不整脈手術(心室頻拍症手術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
		150275610	不整脈手術(メイズ手術)	C17 開胸手術(7日間)との重複に伴う削除
		150400510	肺静脈隔離術	C17 開胸手術(7日間)に移動
C 22	救命等に係る内科的治療(2日間)(③侵襲的な消化器治療)	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cm以内)(腹腔鏡)	C20 腹腔鏡・腹腔鏡の手術(3日間)に移動
		150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(2cmを超える)(腹腔鏡)	C20 腹腔鏡・腹腔鏡の手術(3日間)に移動

※ 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。

- 「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。
- 「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。
- 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1の2	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
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
2の6	オンライン診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6, 2の8
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2の8, 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"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
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, 12～12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"/>	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	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4, 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, 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, 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
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
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

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）	
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
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34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
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	抗菌薬適正使用支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の5
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	ハイリスク妊娠管理加算	<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	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	様式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20, 42, 43
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, 42の3, 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10, 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20, 43, 43の2, 48
5	新生児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, 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<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, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
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, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<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, (特掲別添2) 様式10
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58

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

様式 1

機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行っている施設基準について（該当するものに○をつける）

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

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

(有) (無)

[記載上の注意]

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

様式2の6

歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

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

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

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

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

3 当該保険医療機関の保有する機器について

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

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

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

[記入上の注意]

- 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

様式2の7

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

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

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

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

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

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

院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

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

※ 4 年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

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

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

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年　月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

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

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

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

年　月～年　月	歯科診療特別対応加算_____名
	歯科訪問診療料_____名
	月平均_____名

(4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数

年　月～年　月	_____名	月平均	名
---------	--------	-----	---

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

年　月～年　月	_____名	月平均	名
---------	--------	-----	---

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

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

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

		概要
1日平均患者数	1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

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

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

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

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

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

【記載上の注意】

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

様式 4

〔歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 2〕 の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

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

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏名 (常勤・非常勤)	氏名 (常勤・非常勤)
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況

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

様式 5 の 6

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

「適切な看取りに対する指針」を定めている場合は、□に、「✓」を記入のこと

適切な看取りに対する指針を保険医療機関として定めている。

[記載上の留意事項]

当該指針に関する資料の添付は不要である。

様式 7

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名
---------------	----

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

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

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

勤務体制						
3交代制	日勤	(　:～:)	準夜勤	(　:～:)	深夜勤	(　:～:)
2交代制	日勤	(　:～:)	夜勤	(　:～:)		
その他	日勤	(　:～:)		(　:～:)		(　:～:)
申し送り時間						
3交代制	日勤	(　:～:)	準夜勤	(　:～:)	深夜勤	(　:～:)
2交代制	日勤	(　:～:)	夜勤	(　:～:)		
その他	日勤	(　:～:)		(　:～:)		(　:～:)

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名_____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分）_____

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

本届出の病棟数_____※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数_____※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

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

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

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

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

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1日平均入院患者数〔A〕_____人 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____人 [C / (日数 × 8)] ※小数点以下第2位以下切り捨て

(参考) 1日看護職員配置数(必要数) : _____ = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____%

〔月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数 / 1日看護職員配置数〕

④ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

※小数点以下切り上げ

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

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

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

※小数点以下第2位以下切り捨て

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

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

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

«看護補助加算 (A106 障害者施設等入院基本料の注9)、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、

看護補助者配置加算 (A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4) を届け出る場合に記載»

(参考) 1日看護補助者配置数(必要数) : = $\lceil (A / \text{配置区分の数}) \times 3 \rceil$ ※小数点以下切り上げ

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

«看護補助加算 (A106 障害者施設等入院基本料の注9)、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対

1看護補助加算を届け出る場合に記載»

(参考) 夜間看護補助者配置数(必要数) : = $\lceil (A / \text{配置区分の数}) \rceil$ ※小数点以下切り上げ

⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 $\lceil F / (\text{日数} \times 8) \rceil$

※小数点第3位以下切り捨て

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限) : = $\lceil (A / 200) \times 3 \rceil$

※小数点第3位以下切り捨て

4. 勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・ 勤務形態 ^{※2}	看護補助者 の業務 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まれ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日看護職員配置数 (必要数) ^{※10}	$[(A / \text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$	月平均1日当たり看護職員配置数	[C / (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)	$[(A / 200) \times 3]$	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×8)]	

注1) 1日看護職員配置数 \leq 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 \geq 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日看護職員配置数×日数×8]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助者配置数(必要数) ^{※10} [J]	$[(A / \text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者を含む)	[G+H / (日数×8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者を除く) [K] ^{※12}	[G / (日数×8)]
夜間看護補助者配置数(必要数) ^{※10}	$A / \text{配置区分の数}^{※11}$
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (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(%)	$[(K / J) \times 100]$

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

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

〔記載上の注意〕

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

以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。

※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。

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

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

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

※10 小数点以下切り上げとする。

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

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

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

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

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

[届出上の注意]

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

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る 届出書添付書類

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る事項

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

	(イ)	過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
	(ロ)	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。
	(ハ)	過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
	(二)	有床診療所入院基本料「注 6」に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。
	(ホ)	区分番号「A 0 0 1」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
	(ヘ)	過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一

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

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

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

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

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

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

医療機関名	開設者名	所在地

2 医療安全対策地域連携加算 2

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

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

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

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

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

様式 49

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

[記載上の注意]

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

様式49の2

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

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

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

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

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

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

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

[記載上の注意]

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

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

- 3 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。
- 4 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 5 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。
- 6 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせて配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

様式49の3

回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

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

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

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

〔記載上の注意〕

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

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

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

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

[記載上の注意]

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

様式 55 の 2

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

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

2 退院調整加算に係る要件

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

3 退院支援部署に係る構成員

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

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

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

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

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

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

[記載上の注意]

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

$$(c) / (b) \geq 0.75$$

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

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(15) 妥結率の実績

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

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



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

導入期加算2及び腎代替療法実績加算

(導入2) 第 号

~~薬剤投与用胃瘻造設術~~

(薬胃瘻) 第 号

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

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算

(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

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

第3 届出受理後の措置等

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

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

第4 経過措置等

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

有床義歯咀嚼機能検査2のイ

有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査

~~咬合圧検査~~

（略）

導入期加算2

~~透析液水質確保加算~~

慢性維持透析濾過加算

（略）

胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む）

胸腔鏡下弁置換術

経皮的僧帽弁クリップ術

ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）

（略）

悪性腫瘍病理組織標本加算

調剤基本料1の注1

~~基本調剤基本料3のイ~~

~~基本調剤基本料3のロ~~

~~基本調剤基本料の注4に掲げる地域支援体制加算~~

~~基本調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3~~

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

の必要なもの

地域包括診療料 1

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

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

外来後発医薬品使用体制加算 1

外来後発医薬品使用体制加算 2

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

調剤基本料 2

後発医薬品調剤体制加算 1

後発医薬品調剤体制加算 2

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

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

透析液水質確保加算 2	理画像による迅速細胞診 → 透析液水質確保加算
-------------	----------------------------

別添 1

第 4 の 7 小児運動器疾患指導管理料

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が 1 名以上勤務していること。
ア 整形外科の診療に従事した経験 20 時間以上経験を 5 年以上有していること。

第 6 の 7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

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

第13の 2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

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

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

第14 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2

1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準

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

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

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

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

- ウ 歯科衛生士が配置されていること。
- エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- オ 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- カ 当該診療所において、過去1年間の~~在~~在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が~~は~~5回以上であること。~~有するこ~~。
- キ 以下のいずれか1つに該当すること。
 - (イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に~~は~~年1回以上出席していること。
 - (ロ) 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を~~行っている~~こと。
 - (ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上であること。
- ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。
 - (イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。
 - (ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。
 - (ハ) 退院時共同指導料1、退院前~~在~~療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
- ケ 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。
 - (イ) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
 - (ロ) 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
 - (ハ) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
- (ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレンタルを有していること。
- (ホ) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げる区分番号のうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。
 - ① 区分番号「I 0 0 5」に掲げる抜髓及び区分番号「I 0 0 6」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上であること。

- ② 区分番号「J 0 0 0」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。
- ③ 区分番号「M 0 1 8」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「M 0 2 9」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「M 0 3 0」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。

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

（2）在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

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

- ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。
- イ （1）のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。
- ウ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

第18の1の3 骨髓微小残存病変量測定

1 骨髓微小残存病変量測定に関する施設基準

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

- ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。
- イ 内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- ウ 血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が1名以上配置されていること。
- エ （1）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所に委託すること。

2 届出に関する事項

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

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

1 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

（2）有床義歯咀嚼機能検査1の口及び咀嚼能力検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

- ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- イ 当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

（4）有床義歯咀嚼機能検査2の口及び咬合圧検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

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

イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

2 初期加算に関する施設基準

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

第47の3の2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

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

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

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

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

2 届出に関する事項

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

第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

2 届出に関する事項

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

第72の8の2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

1 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準

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

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

2 届出に関する事項

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

第78の3の2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

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

第83の5 体外照射呼吸性移動対策加算

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

第84の2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算

- 1 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準
 - (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。
 - (2) 体外照射呼吸性移動対策加算の(2)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。
- 2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準
 - 体外照射呼吸性移動対策加算の(1)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

様式 5

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料・抗HLA抗体検査の施設基準に係る届出書添付書類

○ 届出を行う指導管理料等

- () 臓器移植後患者指導管理料
- () 造血幹細胞移植後患者指導管理料
- () 抗HLA抗体検査（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）

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

[記載上の注意]

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

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 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

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

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前 1 年間)

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

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前 1 年間)

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

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

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

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

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

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所 在 地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

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

※1 ⑤に記載する歯科医師の実績について記載すること。

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

※3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

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

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

様式 18

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

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

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ①_____人

外来で歯科診療を提供した人数 ②_____人

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

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

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)=_____ ……(A)

2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)

歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数 _____回

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

3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名(複数の場合は全員)

研修名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

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

※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

氏名	常勤／非常勤
1)	常勤／非常勤
2)	常勤／非常勤
3)	常勤／非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 _____名で担当

- 担当者の氏名及び職種

(2)歯科訪問診療体制:対応体制 _____名で担当

- 担当医の氏名

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

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

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

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

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

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

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称
(2) 所在地
(3) 連絡先

以下、9~13については、1. の(A)が 0.95 以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	① 人
歯科訪問診療2	② 人
歯科訪問診療3	③ 人

歯科訪問診療1の算定割合: ①／(①+②+③) = _____

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

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

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

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

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

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

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

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

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が 20 回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が 40 回以上であること。

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前 3 月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

2. 月平均患者数: $(\text{①} + \text{②} + \text{③}) / 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $\text{①} / (\text{①} + \text{②} + \text{③})$

[記載上の注意]

① ～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

様式 43 の 7

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 専任常勤従事者の配置状況

※ 専任の非常勤従事者を組み合わせた場合を含む

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

2. その他の従事者の状況

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

3. 届出医療機関の状況

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

標榜科：内科、外科、皮膚科

(リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に○)

4. 他の保険医療機関との連携の状況

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

5. 器械・器具等の状況

歩行補助具 治療台、各種測定用器具(巻尺等)

[記載状の注意]

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

様式 54 の 8

水晶体再建術併用眼内ドレン挿入術
の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式60

経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出書

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

[記載上の注意]

- 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の（3）に定めるところによるものであること。
- 「3」は次の医師について記載すること。
 - ・経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に
関し、10年以上の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 「5」は、当該保険医療機関内に5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師がない場合に記載することとし、「連携医師名と経歴（経験年数を含む。）」欄は、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師であることがわかるように記載すること。
また、緊急事態が発生したときは当該連携医療機関が即座に適切な対応を図ることが明記されている契約に関する文書の写しを添付すること。

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

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

[子宮体がん ・ 子宮頸がん]

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別			
子宮体がん		子宮頸がん	
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科			
3 産婦人科又は婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、下記の手術を実施した経験を有する常勤医師の氏名等			
なお、経験症例数については、以下の例による。			
(1) 開腹子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K 8 7 9」）(20例以上) (2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）(20例以上) (3) 当該手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。） （術者として5例以上） (4) 当該手術（子宮頸がんに限る。）（術者として3例以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例 (4) 例

4 常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）
5 常勤の麻酔科標榜医及び病理医の氏名	
麻酔科標榜医の氏名	
病理医の氏名	
6 当該保険医療機関における子宮悪性腫瘍手術（区分番号「K879」）又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（「K879-2（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」）の年間実施症例数	
例	
7 緊急手術が可能な体制 (有 · 無)	

[記載上の注意]

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

麻酔管理料に係る届出書添付書類

4 非常勤の麻酔科標榜医（週3日以上かつ24時間以上勤務する医師に限る。）

氏名	麻酔科標榜許可書	
	許可年月日	登録番号

[記載上の注意]

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

高エネルギー放射線治療

1回線量増加加算

(全乳房照射・前立腺照射)

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

[記載上の注意]

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

様式 78 の 2

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

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

[記載上の注意]

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

様式 80 の 2

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

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

[記載上の注意]

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

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

2 「3」の剖検については届出前1年間の件数、病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。

3 「4」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。

4 「4」については、病理診断管理加算2の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

5 「5」については、悪性腫瘍病理組織標本加算又はデジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

6 「6」については、デジタル病理画像による病理診断の届出を行う場合以外においては、記載しなくてよいこと。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

(参考) 調剤基本料の注3の減算への該当性

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

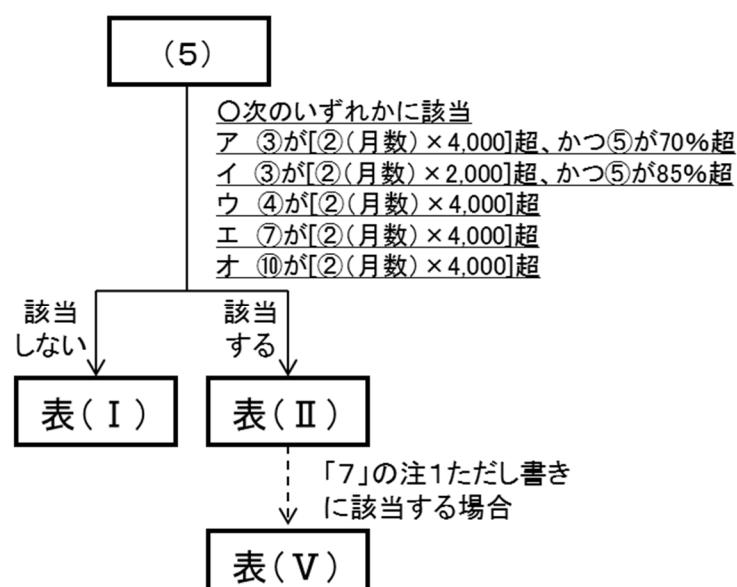
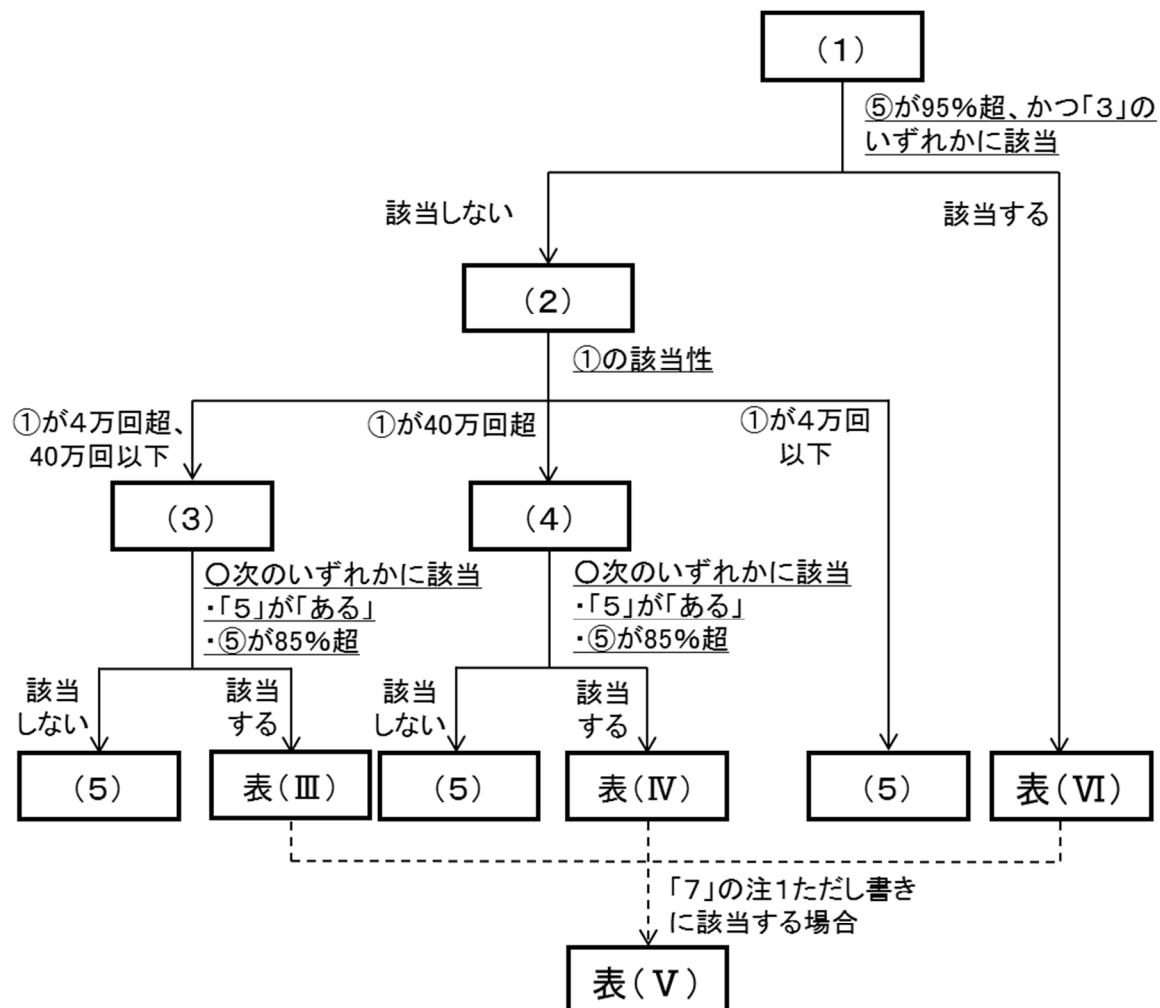
(参考) 調剤基本料の注6の減算への該当性 (③が [(②) 月数 × 600] を超える場合のみ記載)

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

(参考) 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当性

15 薬剤服用歴管理指導料の特例への該当の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------------	--

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



(1) (⑤)が95%を超え、「3」のいずれかひとつに「レ」が記入されている → **表中(Ⅵ)へ**
 該当しない → (2)へ

(2) (①)が4万回を超え、40万回以下の場合 → (3)へ
 (①)が40万回を超えている → (4)へ
 該当しない → (5)へ

(3) 次のいずれかに該当する → **表中(Ⅲ)へ**
 ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
 イ (⑤)が85%を超えている
 該当しない → (5)へ

(4) 次のいずれかに該当する → **表中(Ⅳ)へ**
 ア 「5」の「ある」に「レ」が記入されている
 イ (⑤)が85%を超えている
 該当しない → (5)へ

(5) 次のいずれかに該当する → **表中(Ⅱ)へ**
 ア (③)が $[(②)(月数) \times 4,000]$ を超えており、かつ、(⑤)が70%を超えている
 イ (③)が $[(②)(月数) \times 2,000]$ を超えており、かつ、(⑤)が85%を超えている
 ウ (④)が $[(②)(月数) \times 4,000]$ を超えている
 エ (⑦)が $[(②)(月数) \times 4,000]$ を超えている
 オ (⑩)が $[(②)(月数) \times 4,000]$ を超えている
 該当しない → **表中(Ⅰ)へ**

(6) 表中(Ⅱ)～(Ⅳ)又は(Ⅵ)に該当した場合で「7」の注1ただし書きに該当する
 → **表中(Ⅴ)へ**

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

[添付の必要がある資料]

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

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

[記載上の注意]

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

患者における手帳の持参割合に係る資料を添付すること。

様式 87

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

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

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

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

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

割合 (②/①) (%)	%
--------------	---

[記載上の注意]

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

様式 87 の 3

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 一イ
	()	調剤基本料 3 一口
	()	特別調剤基本料（「区分番号00」の「注2」）

(調剤基本料 1 を算定する保険薬局のみ記載する事項)

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

(届出を行う全ての保険薬局が記載する事項)

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

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

[記載上の注意]

- 1 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 2 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○を付し、様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写しを添付すること。また、調剤基本料1以外の薬局については、様式87の3の2についても記載し添付すること。
- 3 「5」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 4 「6」については、医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）に登録していることが確認できる資料を添付すること。
- 5 「7」については、自局の開局時間を記載すること。
- 6 「8」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 7 「10」については、品目リストを別に添付すること。
- 8 「11」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号〇〇に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 9 「12」については、調剤報酬点数表の区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 10 「13」の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在

籍期間を記載すること。

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

様式 87 の 4

人工腎臓の施設基準に係る届出書添付書類

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

1 届出の区分 (該当する項目の□に「レ」を記入する)		
<input type="checkbox"/> 新規届出 <input type="checkbox"/> 区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度改定に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2 透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J 0 3 8」人工腎臓を算定した患者数		
期間： 年 月 ~ 年 月 (ケ月間)		
上記期間の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計 (①)	台	
上記期間の各月の区分番号「J 0 3 8」人工腎臓を算定した患者数の合計 (②)	人	
透析用監視装置 1 台あたりの区分番号「J 0 3 8」人工腎臓を算定した患者数 (①／②) (③)		
3 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 · 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者 (専任の医師又は専任の臨床工学技士) の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
※ 慢性維持透析を行った場合の区分については、以下に基づき判定し、該当する区分に○をつける。		
(1) ①が 26 台未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ①が 26 台以上 → (2) へ		
(2) ③が 3.5 未満 → 慢性維持透析を行った場合 1 ③が 3.5 以上 4.0 未満 → 慢性維持透析を行った場合 2		

[記載上の注意]

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

皮膚移植術（死体）の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式 87 の 11

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

の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

[記載上の注意]

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

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

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

1 届出種別		
<ul style="list-style-type: none"> ・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月) 		
2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	当該手術の術者としての経験 症例数
		例
		例
3 当該医療機関における肺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		
例 そのうち、胸腔鏡下手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施 症例数		
4 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
科 科		
5 呼吸器外科の常勤医師の氏名等（呼吸器外科について5年以上の経験及び専門的知識を有する者が2名以上、そのうち10年以上の経験を有する者が1名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
6 緊急手術が可能な体制 (有 · 無)		
7 常勤の臨床工学技士の氏名		
8 保守管理の計画 (有 · 無)		

[記載上の注意]

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

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

第4 経過措置等

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

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

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

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

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

機能強化型訪問看護管理療養費3

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

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

別添 届出基準

6 機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式6を用いること。

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

(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1

次のいずれにも該当するものであること。

ウ 次のいずれかを満たすこと。

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

(3) 機能強化型訪問看護管理療養費 3

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

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

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」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30年3月5日保医発0305第6号)

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

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

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

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

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

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

130 心臓手術用カテーテル

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

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

II 歯科点数表関係

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

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

(別表)

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

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

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

3 医学管理等について

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

8 処置について

項目	略称
周術期 <u>等</u> 専門的口腔衛生処置1	術口衛1
周術期 <u>等</u> 専門的口腔衛生処置2	術口衛2

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

別添1

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

診療報酬請求書等の記載要領

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(18) 「診療実日数」欄について

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

III 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

チ 「装着」の項について

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

ハ 「その他」欄について

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

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

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)

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

別表 II 診療行為名称等の略号一覧 (歯科)

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

別添 2

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

別添様式 コーディングデータに係る記録条件仕様 (10頁)

エ コーディングデータ情報

コーディングデータレコード

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

ページ 段 行

誤

正

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

（原稿誤り）

一一六 上 四
終りから11

一一六 上 四
、K656-2、K
664-3、K66
5の2

第2章の規定にかかる
わらず、区分番号H
001の注4の後段
及び注5

、K656-2、K
665の2

第2章の規定にかかる
わらず、入院中の患
者以外の患者に対す
る区分番号H001
の注4の後段及び注
5

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

（原稿誤り）

一一〇三 上 終りから九
（1）のイの①又はハに
掲げる基準
（1）のイの①若しくは
（3）又はハに掲げる基
準

一一〇三ページ上段終りから一行目の次のように加える。
ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すことに一に相当する数以下である」と。
一一〇ページ下段二行目から三行目までを削る。

一一〇 下 四

(3)(2)

(2)(1)

二二〇ページ下段十二行目と十三行目の間に次のように加える。

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

一三一 下 終りから一 ト

へ

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

（原稿誤り）

一五七

上

終りから二

一五七

下

終りから八

、腹腔鏡下胃全摘術
(内視鏡手術用支援
機器を用いる場合に
限る。)、薬剤投与
用胃瘻造設術、胃瘻
閉鎖術(内視鏡によ
るもの)

、腹腔鏡下胃全摘術
(内視鏡手術用支援
機器を用いる場合に
限る。)、胃瘻閉鎖
術(内視鏡によるも
の)

、緑内障手術(緑内
障治療用インプラン
ト挿入術(プレート
のあるもの)

、緑内障手術(緑内
障治療用インプラン
ト挿入術(プレート
のあるもの)、水晶
体再建術併用眼内ド
レン挿入術

○青少年の雇用機会の確保及び職場への定着に関する事業主、特定地方公共団体、職業紹介事業者等その他の関係者が適切に対処するための指針の一部を改正する件（同一六三）

○消費生活協同組合における共済計理人の確認の基準の一部を改正する件（同一六四）

○職業能力開発促進法第十五条の八第一項及び職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律第三条第一項の規定に基づく計画の一部を改正する件（同一六五）

○平成三十年度雇用施策実施方針の策定に関する指針を定める件（同一六六）

○生活保護法による保護の基準の一部を改正する件（同一六七）

○中小企業退職金共済法第十条第二項第三号口及び中小企業退職金共済法の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令第二条第一項第三号口(1)の支給率を定める件（同一六八）

○中小企業退職金共済法第二十八条第一項の厚生労働大臣の定める率を定める件（同一六九）

○中小企業退職金共済法施行令第二条第一号及び第二号の厚生労働大臣の定める率を定める件（同一七〇）

○中小企業退職金共済法第十三条第二項の厚生労働大臣が定める利率を定める件（同一七一）

四六〇	○中小企業退職金共済法第三十条第二項第二号イの厚生労働大臣が定める利
四六一	率を定める件 (同一七二)
四六二	○確定給付企業年金法附則第二十八条第三項第一号の厚生労働大臣が定める利率を定める件 (同一七三)
四六三	○公的年金制度の健全性及び信頼性の確保のための厚生年金保険法等の一部を改正する法律附則第三十六条第三項第一号及び第八項の厚生労働大臣が定める利率を定める件
四六四	(同一七四)
四六五	○中小企業退職金共済法第三十一条の二第三項第一号及び第七項の厚生労働大臣が定める利率を定める件 (同一七五)
四六六	○中小企業退職金共済法第三十一条の三条第五項の厚生労働大臣が定める利率を定める件 (同一七六)
四六七	○中小企業退職金共済法第三十三条の三第三項第一号及び第七項の厚生労働大臣が定める利率を定める件 (同一七七)
四六八	○要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件 (同一七八)
四六九	○労働者災害補償保険法の施行に関する事務に使用する文書の様式を定める件等の一部を改正する告示 (同一七八)
四五九	○厚生労働大臣が定める介護医療院を開設できる者 (同一八〇)

- 厚生労働大臣が定める者第十一号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（同一八二）
- 居宅介護又は重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスを提供しているものとして厚生労働大臣が定めるもの（同一八三）
- 介護保険法施行規則第二十二条の一十三第二項に規定する厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（同一八四）
- 厚生労働大臣の定める介護医療院が広告し得る事項（同一八五）
- 労働基準法施行規則第三十八条の七から第三十八条の九までの規定にに基づき、休業補償の額の算定に当たり用いる率の一部を改正する件（同一八六）
- 社会福祉施設職員等退職手当共済法施行令第七条の規定に基づく平成三十年度の単位掛金額を定める件（同一八七）
- 福祉用具の研究開発及び普及を促進するための措置に関する基本的な方針の一部を改正する件（厚生労働・経済産業）
- 特定事業者のうち上水道業、下水道業及び廃棄物処理業に属する事業の用に供する工場等を設置しているものによる中長期的な計画の作成のための指針を定めた件の一部を改正する件（厚生労働・経済産業・国土交通・環境）

○化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律第八条第一項第三号の規定に基づき、化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律第二条第二項各号又は第三項各号のいずれにも該当しないと認められる化学物質その他の同条第五項に規定する評価を行うことが必要と認められないものとして厚生労働大臣、経済産業大臣及び環境大臣が指定する化学物質の一部を改正する件

(厚生労働・経済産業・環境二)

○PFO-S又はその塩又は化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律施行令附則第三項の規定により読み替えて適用する同令第九条の表PFO-S又はその塩の項第一号から第四号までに規定する製品でPFO-S又はその塩が使用されているものの容器、包装又は送り状に当該第一種特定化学物質による環境の汚染を防止するための措置等に関し表示すべき事項の一部を改正する件(同三)

○化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律施行令の一部を改正する政令の施行に伴う厚生労働省・経済産業省・環境省関係告示の整理に関する告示(同四)

○化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律第十一条の規定に基づき優先評価化学物質の指定を取り消しする件(同五)

(以下次のページへ続く)

○厚生労働省告示第百七十九号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第六号の規定に基づき、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成二十年厚生労働省告示第二十八号）の一部を次のように改定し、平成三十年四月一日から適用する。ただし、同年三月三十一日以前の日に行われた療養の費用の額の算定については、なお従前の例による。

平成三十年三月三十日
別表第一及び別表第二を

厚生労働大臣 加藤 勝信

<p>四 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）に認知症疾患としている患者</p> <p>口 老人性認知症疾患としている患者</p> <p>介護又は介護で予防短期入所療養病棟を受けて予防短期入所療養病棟</p>	<p>四 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る）に認知症疾患としている患者</p> <p>口 老人性認知症疾患としている患者</p> <p>介護又は介護で予防短期入所療養病棟を受けて予防短期入所療養病棟</p>
<p>一 次に掲げる療養</p> <p>一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3の1（1）から3（3）までに注記6に規定する所定単位数を算定した日に行われたもの）のを除く）</p> <p>イ 別表第一区分番号A227に掲げる精神科措置入院精神科措置入院退院支援加算</p>	<p>一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3の1（1）から3（3）までに注記6に規定する所定単位数を算定した日に行われたもの）のを除く）</p> <p>イ 別表第一区分番号A227に掲げる精神科措置入院精神科措置入院退院支援加算</p>
<p>口 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料</p> <p>ハ 別表第一区分番号A227に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものに限る）</p> <p>二 別表第一区分番号A227に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものに限る）</p> <p>本 別表第一区分番号B004-1に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>① 区分番号I003-2に掲げる通院・在宅精神療法・認知行</p>	<p>口 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料</p> <p>ハ 別表第一区分番号A227に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものに限る）</p> <p>二 別表第一区分番号A227に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く）に係るものに限る）</p> <p>本 別表第一区分番号B004-1に掲げる精神科訪問看護・指導料</p> <p>① 区分番号I003-2に掲げる通院・在宅精神療法・認知行</p>

③ 区分番号 I 0 0 7 に掲げる精神科作業療法

④ 区分番号 I 0 0 8 ～ 2 に掲げる精神科ショート・ケア（注 5 に掲げる場合を除く。）

⑤ 区分番号 I 0 0 9 に掲げる精神科デイ・ケア（注 6 に掲げる場合を除く。）

⑥ 区分番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料

⑦ 区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管

二 理料

二 ビ 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サードハス）等に要する費用の額の算定に関する基準別表の 3 の(1)から(3)までの注 6 に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）

イ 別表第一第 1 章第 1 部に規定する点数

口 別表第一区分番号 A 4 0 0 の 1 に掲げる短期滞在手術等基本料 1

ハ 別表第一区分番号 B 0 1 0 ～ 2 に掲げる診療情報連携共有料

二 別表第一第 2 章第 3 部及び第 4 部に規定する点数

本別表第一第 2 章第 5 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）

ハ 別表第一第 2 章第 6 部に規定する点数（専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。）

ト 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のものに限る。）

① 区分番号 I 0 0 2 に掲げる通院・在宅精神療法

② 別表第一第 2 章第 8 部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のものに限る。）

③ 区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料

④ 区分番号 I 0 1 1 ～ 2 に掲げる精神科退院前訪問指導料

⑤ 区分番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料

⑥ 区分番号 I 0 1 6 に掲げる精神科在宅患者支援管

チ 別表第一第 2 章第 9 部から第 13 部までに規定する点数

二 別表第二に規定する点数であつて次に掲げる点数以外のものが算定されるべき療養

イ 区分番号 B 0 0 4 ～ 1 ～ 4 に掲げる入院栄養食事指導料

ハ 区分番号 B 0 0 6 ～ 3 に掲げるがん治療連携計画策定料

二 区分番号 B 0 0 6 ～ 3 ～ 2 に掲げるがん治療連携指

レ	別表第一区分番号B001の25に掲げる移植後患者指導管理料
ソ	別表第一区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料
ツ	別表第一区分番号B001-2-4に掲げる夜間休憩機関に係るものに限る
ナ	別表第一区分番号B001-2-5に掲げる院内トナリエージ施設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る
ラ	別表第一区分番号B001-2-6に掲げる夜間休憩機関に係るものに限る
ム	別表第一区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
ウ	別表第一区分番号B001-7に掲げるリンパ浮腫指導管理料(注2に掲げる場合に限る)
ム	管理料の注3に規定する点数
ナ	別表第一区分番号B001-3に掲げる生活習慣病
ラ	別表第一区分番号B001-7に掲げる認知症専門診断管理料
ム	別表第一区分番号B005-7に掲げるがん治療連携計画策定料
ノ	別表第一区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料
オ	別表第一区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料
ク	別表第一区分番号B005-7に掲げる肝炎イン
ヤ	別表第一区分番号B005-8に掲げるエロン治療計画料
マ	別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料(注1、注6、注7、注9から注13まで又は注16に掲げる場合に限る)
ケ	別表第一区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)
フ	別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共用料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)
コ	別表第一区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料
工	別表第一区分番号C000に掲げる往診料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)
テ	別表第一第二章第2部第2節第2款に規定する点数
ア	別表第一第二章第4部に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のものに限る
①	第1節通則第4号のイに規定する点数
②	区分番号E0001の1に掲げる単純撮影
③	区分番号E0002の1に掲げる単純撮影
サ	別表第一第二章第5部第3節に規定する点数(特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤に係るものに限る)

レ 別表第一区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料

ソ 別表第一区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料

ツ 別表第一区分番号B001の25に掲げる移植後患者指導管理料

ネ 別表第一区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

ナ 別表第一区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料

ラ 別表第一区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間休日診療料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)

ム 別表第一区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)

ウ 別表第一区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)

ヰ 別表第一区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料

ノ 別表第一区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料の注3に規定する点数

オ 別表第一区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料

ク 別表第一区分番号B001-7に掲げるがん治療連携管理料(注2に掲げる場合に限る)

ヤ 別表第一区分番号B005-6に掲げるリンパ浮腫指連携管理料(注2に掲げる場合に限る)

マ 別表第一区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料

ケ 別表第一区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料

フ 別表第一区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料

コ 別表第一区分番号B005-8に掲げる肝炎インター/エイロントерапия料

エ 別表第一区分番号B009-2に掲げる診療情報提供料(I)(注1-注6、注7、注9から注13まで又は注16に掲げる場合に限る)

テ 別表第一区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)

ア 別表第一区分番号B010-2に掲げる診療情報提供料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)

サ 別表第一区分番号 B 011~3 に掲げる薬剤情報提供料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に掲げるものに限る)。
キ 別表第一区分番号 B 012 に掲げる傷病手当金意見書交付料
ユ 別表第一区分番号 C 000 に掲げる往診料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
メ 別表第一区分番号 B 012 に掲げる傷病手当金意見書交付料
ミ 別表第一区分番号 C 000 に掲げる往診料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
シ 別表第一区分番号 H 005 に掲げる視能訓練及び別療に特有な薬剤に係るものに規定する点数(専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)。
エ 別表第一区分番号 C 000 に掲げる往診料(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
ヒ 別表第一区分番号 H 006 に掲げる難病患者リハビリテーション料
モ 区分番号 10000 に掲げる精神科電気痙攣療法
セ 区分番号 10002 に掲げる通院・在宅精神療法
ス 区分番号 1003~2 に掲げる認知療法・認知行動療法
ン 区分番号 1006 に掲げる通院・在宅精神療法(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
イイ 区分番号 1007 に掲げる精神科作業療法(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
イロ 区分番号 1008~2 に掲げる精神科ショート・ケア(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
イハ 区分番号 1009 に掲げる精神科デイ・ケア(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
イニ 区分番号 1015 に掲げる重度認知症患者デイ・ケア(併設保険医療機関以外の保険医療機関に係るものに限る)。
イホ 別表第一区分番号 B 008~2 に掲げる薬剤総合評価調整管理制度
ロ 区分番号 B 014 に掲げる退院時共同指導料
ハ 区分番号 C 003 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
ホ 区分番号 C 008 に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料

六 次に掲げる患者	一 別表第一第三章第1部に規定する点数
イ 介護老人保健施設に入所している患者	二 別表第一第三章第2部に規定する点数
ロ 介護老人保健施設において介護老人保健施設に入所する患者	三 別表第二に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの
ハ 短期入所療養介護又は介護予定の患者	四 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
ホ 短期入所生活介護又は介護予定の患者	五 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
備考	六 次に掲げる点数が算定されるべき療養
一 この表において「法」とは、介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)をいう。	一 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
二 この表において「患者」とは、法第六十二条に規定する要介護被保険者等である患者をいう。	二 別表第二に規定する点数
三 この表において「短期入所生活介護」とは、法第八条第九項に規定する短期入所生活介護をいう。	三 別表第三に規定する点数であつて、次に掲げる点数以外のもの
四 この表において「介護予防短期入所生活介護」とは、法第八条の二第七項に規定する介護予防短期入所生活介護をいう。	四 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
五 この表において「短期入所療養介護」とは、法第八条第十項に規定する短期入所療養介護をいう。	五 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
六 この表において「介護予防短期入所療養介護」とは、法第八条の二第八項に規定する介護予防短期入所療養介護をいう。	六 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
七 この表において「地域密着型介護老人福祉施設」とは、法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設をいう。	七 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
八 この表において「介護老人福祉施設」とは、法第八条第二十七項に規定する介護老人福祉施設をいう。	八 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
九 この表において「介護老人保健施設」とは、法第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設をいう。	九 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
十 この表において「介護医療院」とは、法第八条第二十九項に規定する介護医療院をいう。	十 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。
十一 この表において「指定介護療養介護サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号)附則第百三十条の二第一項の規定による改正前の介護保険法(以下「旧介護保険法」という)第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。	十一 別表第一に規定する点数(当該患者が入所する施設における医師により行われる医学的管理に相当する療養に係るもの)を除く。

四 この表において「居宅療養管理指導」とは、法第八条第六項に規定する居宅療養管理指導をいう。

五 この表において「介護予防居宅療養管理指導」とは、法第八条の二第五項に規定する介護予防居宅療養管理指導をいう。

六 この表において「居宅療養管理指導費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十二年厚生省告示第十九号)別表の5に規定する居宅療養管理指導費をいう。

七 この表において「介護予防居宅療養管理指導費」とは、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第百二十七号)別表の4に規定する介護予防居宅療養管理指導費をいう。

八 この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十四年厚生省告示第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟)をいう。

九 この表において「短期入所療養介護」とは、法第八条第十項に規定する短期入所療養介護(療養室等において行われるものを除く)をいう。

十 この表において「介護予防短期入所療養介護」とは、法第八条の二第八項に規定する介護予防短期入所療養介護(療養室等において行われるものを除く)をいう。

十一 この表において「小規模多機能型居宅介護」とは、法第八条第十九項に規定する小規模多機能型居宅介護をいう。

十二 この表において「複合型サービス」とは、法第八条第二十三項に規定する複合型サービスをいう。

十三 この表において「特定施設」とは、法第八条第十一項に規定する特定施設をいう。

十四 この表において「地域密着型特定施設」とは、法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設をいう。

十五 この表において「外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十九年厚生省告示第百九十二条の二に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護)をいう。

十六 この表において「外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護」とは、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)別表五百五十三条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護をいう。

十七 この表において「ターミナルケア加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注12に規定するターミナルケア加算、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第百二十六号)別表の1に規定するターミナルケア加算及び同表の8の又に規定するターミナルケア加算をいう。

十八 この表において「特別管理加算」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3の注11に規定する特別管理加算(指定期間別算)と、指定期間別算の8のりによる費用の額の算定に関する基準別表の10に規定する特別管理加算(指定期間別算)の1の注10に規定する特別管理加算及び同表

十九 この表において「認知症対応型共同生活介護」とは、法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護をいう。

二十 この表において「介護予防認知症対応型共同生活介護」とは、法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護をいう。

二十一 この表において「訪問リハビリテーション費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の4に規定する訪問リハビリテーション費をいう。

二十二 この表において「通所リハビリテーション費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の7に規定する通所リハビリテーション費をいう。

二十三 この表において「介護予防訪問リハビリテーション費」とは、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の3に規定する介護予防訪問リハビリテーション費をいう。

二十四 この表において「介護予防通所リハビリテーション費」とは、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の5に規定する介護予防通所リハビリテーション費をいう。

二十五 この表において「精神科作業療法」とは、厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数(平成十二年厚生省告示第三十号)別表第一の16に特

二十六 この表において「認知症老人入院精神療法」とは、厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数別表第一の17に規定する認知症老人入院精神療法をいう。

二十七 この表において「特定診療費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の9の2の(6)に掲げる特定診療費、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の3の(6)に掲げる特定診療費(指定期間別算)と、指定期間別算の3の(6)に掲げる特定診療費(指定期間別算)をいう。

二十八 この表において「特別二診療費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の9の2の(12)に掲げる特別診療費及び指定期間別算の3の(12)に掲げる特別診療費(指定期間別算)をいう。

二十九 この表において「特別二診療費」とは、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の9の2の(10)に掲げる特別診療費及び指定期間別算の3の(10)に掲げる特別診療費(指定期間別算)をいう。

三十 この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいい。

保医発0330第2号
平成30年3月30日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　　国民健康保険主管課（部）長 殿
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）長

厚生労働省保険局医療課長
(公印省略)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第179号）等が公布され、平成30年4月1日から適用されること等に伴い、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、平成30年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「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）も併せて参考すること。

記

第1 厚生労働大臣が定める療養告示について

1 第1号関係について

(1) 介護保険適用病床に入院している要介護被保険者である患者が、急性増悪等により密度の高い医療行為が必要となった場合については、当該患者を医療保険適用病床に転床させて療養を行うことが原則であるが、患者の状態、当該病院又は診療所の病床の空き状況等により、患者を転床させず、当該介護保険適用病床において緊急に医療行為を行う必要のあることが想定され、このような場合については、当該病床において療養の給付又は医療が行われることは可能

であり、この場合の当該緊急に行われた医療に係る給付については、医療保険から行うものであること。

(2) 介護保険から給付される部分に相当する療養については、医療保険からの給付は行わないものであること。

2 第2号関係について

(1) 療養病棟（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する療養病床等に係る病棟をいう。以下同じ。）に該当する病棟が一つである病院又は診療所において、介護保険適用の指定を受けることにより要介護被保険者以外の患者等に対する対応が困難になることを避けるため、当該病院又は診療所において、あらかじめ病室（当該病院にあっては、患者の性別ごとに各1つの合計2つの病室（各病室の病床数が4を超える場合については4病床を上限とする。））を定め、当該病室について地方厚生（支）局長に届け出た場合は、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとすること。

(2) 当該届出については、別紙様式1から8までに従い、医療保険からの給付を行う場合の入院基本料の区分のほか、夜間勤務等の体制、療養環境等について記載するものであること。入院基本料の区分については、原則として、介護保険適用病床における療養型介護療養施設サービス費又は診療所型介護療養施設サービス費の算定に係る看護師等の配置基準と同一のものに相当する入院基本料を届け出ること。

3 第3号関係について

介護保険適用病床に入院している患者に対し歯科療養を行った場合についての当該療養に係る給付については医療保険から行うものであること。

第2 医療保険適用及び介護保険適用の病床を有する保険医療機関に係る留意事項について

1 同一の病棟で医療保険適用と介護保険適用の病床を病室単位で混在できる場合

(1) 療養病棟を2病棟以下しか持たない病院及び診療所であること。

(2) 病院であって、当該病院の療養病棟（医療保険適用であるものに限る。）の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を受けることについて地方厚生（支）局長に届け出た場合には、平成36年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、介護保険から行うものとすること。

(3) 病院（指定介護療養型医療施設であるものに限る。）であって、当該病院の療養病棟の病室のうち、当該病棟の病室数の2分の1を超えない数の病室を定め、当該病室について指定介護療養型医療施設の指定を除外し、当該病室に入院する者について療養の給付（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第1

項の療養の給付をいう。)を行おうとすることについて地方厚生(支)局長に届け出た場合には、平成36年3月31日までの間に限り、当該病室において行った療養に係る給付は、医療保険から行うものとすること。

2 施設基準関係

- (1) 1保険医療機関における介護保険適用の療養病床(以下「介護療養病床」という。)と医療保険適用の療養病床(以下「医療療養病床」という。)で別の看護師等の配置基準を採用できること。
- (2) 1病棟を医療療養病床と介護療養病床に分ける場合については、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等(医療療養病床の場合は療養病棟入院料1又は2、介護療養病床の場合は療養型介護療養施設サービス費)を採用するものとすること。このため、1病棟内における医療療養病床と介護療養病床とで、届け出る看護師等の配置基準が異なることがあり得るものであること。ただし、医療療養病床及び介護療養病床各々において満たすことのできる看護師等の配置基準に係る入院基本料等を採用することもできるものであること。なお、医療療養病床に係る届出については、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)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」(平成30年3月5日保医発0305第2号)に基づき、療養病棟入院料1若しくは2又は有床診療所療養病床入院基本料を届け出るものであること。
- (3) 夜間勤務等の体制については、病棟ごとに届出を行うことが可能であるが、1病棟を医療療養病床と介護療養病床とに分ける場合には、各保険適用の病床ごとに、1病棟すべてを当該保険の適用病床とみなした場合に満たすことのできる夜間勤務等の体制を採用するものとすること。

3 入院期間、平均在院日数の考え方について

- (1) 介護保険適用病床に入院している患者が、急性増悪等により一般病棟での医療が必要となり、同病棟に転棟した場合は、転棟後30日までの間は、新規入院患者と同様に取り扱うこと。
- (2) (1)以外の場合についての入院期間の考え方については、介護保険適用の病床に入院している期間についても、医療保険適用病床に入院している場合と同様に取り扱うものであること。
- (3) 平均在院日数の考え方については、(1)及び(2)と同様であること。

4 介護保険適用病床に入院中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

- (1) 介護保険適用病床において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。
- (2) この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通

常の外来に要する費用負担によるものであること。

5 医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項

- (1) 同一施設内の医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、当該転床した月においては、特定診療費として定められた初期入院診療管理は算定できないものであること。ただし、当該医療保険適用病床と介護保険適用病床における入院期間が通算して6月以内の場合であって、当該介護保険適用病床に転床した患者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、入院診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
- (2) 同一施設内の医療保険適用病床から、介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあっては、特別療養費又は特別診療費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して6月以内の場合であって、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。
- (3) 医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該転床又は入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特定診療費、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床又は介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。
- (4) 特定診療費又は特別診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共に用する場合も認められるものとすること。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

6 介護療養型医療施設に入院中の患者の医療保険における他保険医療機関への受診について

- (1) 介護療養型医療施設に入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、当該介護療養型医療施設以外での診療の必要が生じた場合は、他保険医療機関へ転医又は対診を求めるることを原則とする。
- (2) 介護療養施設サービス費を算定している患者について、当該介護療養施設サ

サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

(3) (2)にかかわらず、介護療養施設サービス費を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該介護療養型医療施設に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する介護療養施設サービス費に含まれる診療が当該他保険医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他保険医療機関において、当該診療に係る費用を算定できる。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

- ア 初・再診料
- イ 短期滞在手術等基本料1
- ウ 検査
- エ 画像診断
- オ 精神科専門療法
- カ 処置
- キ 手術
- ク 麻酔
- ケ 放射線治療
- コ 病理診断

(4) 他保険医療機関は、(3)のアからコまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、「入院介護療養型医療施設名」、「受診した理由」、「診療科」及び「○他○介(受診日数:○日)」と記載する。

第3 介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙1を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「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）も併せて参考すること。

第4 介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診について

1 介護医療院に入所中の患者に対する診療の基本的な考え方は、第2の6の(1)、(2)及び(4)の例によること。

2 介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙2を参照のこと。

第5 医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

1 同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第2章第2部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

2 月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、1月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合の月4回など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮することであること。

3 訪問診療に関する留意事項について

(1) 指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第1項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。

(3) 特別養護老人ホーム入居者に対しては、「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年保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

4 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事

項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

5 在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7 精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

(1) 訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第2の1の（1）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費1については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算又は緊急時介護予防訪問看護加算を算定している月にあっては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあっては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては医療保険の看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費は算定できない。

(2) 要介護被保険者等については、在宅患者連携指導加算は算定できない。

9 訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則としては算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、6月に1回、14日間に限り算定できる。

10 リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は1月7単位までとする。

なお、目標設定等支援・管理料を算定してから3月以内に、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患について医療保険におけるリハビリテーションを行った日以外に1月に5日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとはみなさない。

11 重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

(1) 医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

(2) グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デイ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りではないこと。

12 人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「1」から「3」を算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベポエチン製剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙1)

区分	1. 入院中の患者以外の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。)※1	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護又は認知症痴呆の病床を除く。)を受けている患者	介護療養型医療施設(認知症痴呆の病床を除く。)イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症痴呆の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症痴呆の病床に限る。)イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設(認知症痴呆の病床に限る。)イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設(認知症痴呆の病床に限る。)イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護	
初・再診料	○	—	×	○	×	○	×	○	○ (入院に係るものを除く。)
入院料等	×	○	—	○	○ (A 400の1 短期滞在手術等 基本料1に限 る。)	○ (A 400の1 短期滞在手術等 基本料1に限 る。)	×	—	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B 001の10 入院栄養食事指導料	—	○	—	○	—	—	—	—	—
B 001の24 外来緩和ケア管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001の25 移植後患者指導管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001の26 補込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001の27 糖尿病透析予防指導管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001-2-5 院内トリアージ実施料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001-2-7 外来リハビリテーション診療料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 001-2-8 外来放射線照射診療料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 004 退院時共同指導料1	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 005 退院時共同指導料2	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 005-1-2 介護支援等連携指導料	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 005-6 がん治療連携計画策定料	○	○	—	—	—	—	—	—	—
B 005-6-2 がん治療連携指導料	○	—	—	—	—	—	—	—	○
B 005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	○	—	—	—	—	—	—	—	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B 005-7 認知症専門診断管理料	○	(療養病棟に入院中の者に限る。)	—	—	—	—	—	—	○
B 005-7-2 認知症療養指導料	○	(療養病棟に入院中の者に限る。)	—	—	—	—	—	—	○
B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	○	○	—	—	—	—	—	—	○
B 005-9 排尿自立指導料	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 007 退院前訪問指導料	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 007-2 退院後訪問指導料	○	—	—	—	—	—	—	—	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B 008 薬剤管理指導料	—	○	—	—	—	—	—	—	—
B 008-2 薬剤総合評価調整管理料	○	—	—	—	—	—	—	—	○ (配置医師が行う場合を除く。)
B 009 診療情報提供料(I)	—	○	—	—	—	—	—	—	—
注1	○	○	—	—	—	—	—	—	○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループ(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者)	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
	注2	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○ (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限る。)	×	×	×	—
	注3	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	—	×	×	×	○
	注4	○	○	○	×	×	×	—
	注5及び注6	○	○	○	○	×	×	○
	注7加算及び注8加算	○	○	○	×	×	×	○
	注9加算(認知症専門医療機関紹介加算)	○	○	○	○	×	×	○
	注10加算(認知症専門医療機関連携加算) 注11加算(精神科医連携加算) 注12加算(肝炎インターフェロン治療連携加算)	○	—	—	×	×	×	○
	注13加算(歯科医療機関連携加算)	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	×	×	×	○
	注14加算(地域連携診療計画加算)	○	—	—	×	×	×	—
	注15加算(療養情報提供加算)	○	—	—	×	×	×	○
	注16加算(検査・画像情報提供加算)	○	○	○	×	×	×	○
	B009-2 電子の診療情報評価料	○	○	○	×	×	×	○
	B010 診療情報提供料(Ⅱ)	○	○	○	×	×	×	○
	B010-2 診療情報連携共有料	○	○	○	○	○	×	○
	B014 退院時薬剤情報管理指導料	—	○	○	×	×	×	—
	上記以外	○	○	○	○	×	×	○ ※1
	C000 往診料	○	—	—	×	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)
	C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○	○ ※10	○	—	—	—	— ア: ○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。) イ: ○ ※10
	C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)	○	○ ※10	○	—	—	—	— ア: ○ ※8 (死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。ただし、看取り介護加算(Ⅱ)を算定している場合には看取り加算は算定できない。) イ: ○ ※10

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループ型 (認知症対応型又は共同生活介護)	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病棟の病床に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
C002 在宅時医学総合管理料	○ (看護老人ホーム、経済老人ホーム型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。) ※10	○ ※10	—	—	×	×	×	—
C002-2 施設入居時医学総合管理料	○ (定員110名以下の看護老人ホーム、軽費老人ホームA型、有料老人ホームB型及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者並びに特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍のものに限る。）に限る。)	—	○	—	×	×	×	—
C003 在宅がん医療総合診療料	○ ※10	○	×	○	—	×	×	—
C004 救急搬送診療料		○		—	×	×	×	○
C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)	○ ※2	○ ※2及び※11	○ ※2	—	×	×	×	—
在宅医療	在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者ターミナルケア加算	○ ※2 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2及び※11 (同一月において、介護保険のターミナルケア加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2 (ただし、看取り介護加算を算定している場合には、在宅ターミナルケア加算の口又は同一建物居住者ターミナルケア加算の口を算定する。)	—	×	×	—
	在宅移行管理加算	○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2及び※11 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)	○ ※2 (同一月において、介護保険の特別管理加算を算定していない場合に限る。)	—	×	×	—
看護・介護職員連携強化加算	○	×	—	—	×	×	×	—
その他の加算	○ ※2	○ ※2及び※11	○ ※2	—	×	×	×	—
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	○ ※2	○ ※2	○ ※2	—	×	×	×	—
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定)		○ (急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限る。)	—	×	×	×	×	—
C007 訪問看護指示料	○	○	—	—	×	×	×	—

ア: ○ ※8
(死亡日からさかのぼって30日以内の患者及び末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
イ: ○ ※10

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	介護療養型医療施設の病床以外の病床（介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。）を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。） ウ. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床に限る。）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病棟の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
C 007-2 介護職員略吸吸引等指針料	○			—	×	×	×	—
C 008 在宅患者訪問栄養食事指導料 (当該患者が居住する建物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定)	×			—	×	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C 009 在宅患者訪問栄養食事指導料 (当該患者が居住する建物に居住する者のうち当該保険医療機関が当該指導料を算定する者の人数等により該当する区分を算定)	×			—	×	×	×	—
C 010 在宅患者連携指導料	×			—	×	×	×	—
C 011 在宅患者緊急時カンファレンス料	○			—	×	×	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
C 012 在宅患者共同診療料の1	○			—	×	×	×	○ (配置医師が行う場合を除く。)
C 012 在宅患者共同診療料の2 C 012 在宅患者共同診療料の3 (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問診療を行うか否かにより該当する区分を算定)	○	×	○	—	×	×	×	—
C 013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	○			—	×	×	×	—
第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○			—	×	×	×	○ ※1
第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理料加算	○			—	×	×	○	○
検査	○			○	×	○	×	○ ※7
画像診断	○			○	○ (単純撮影に係るものを除く。)	○	×	○
投薬	○			○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※3	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○
注射	○			○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※4	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	○ ※5
リハビリテーション	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の3月以降は算定不可。）			○ (H005視能訓練及びH006難病患者リハビリテーション料に限る。)	×	×	○ ※7	○ (同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始月の翌月以降は算定不可（ただし、別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを行う場合には、利用開始月の3月以降は算定不可。）
I 002 通院・在宅精神療法 (1通院精神療法に限る。)	○			—	×	○	×	○ ※1
I 002 通院・在宅精神療法 (2在宅精神療法に限る。)	○			—	×	—	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
I 003-2 認知療法・認知行動療法	○			—	×	○	×	○ (ただし、往診時に行う場合には精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。)
I 005 入院集団精神療法	—			○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○ (同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	×	—

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループアセスメント(認知症対応型又は介護予防認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を複合型サービスを受けている患者(宿泊サービスに限る。))	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床(短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生生活介護を受ける者が入居する施設	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は介護老人保健施設の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。)の受ける患者 イ. 短期入所生活介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設(介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設) イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者	
1007 精神科作業療法	○			○	×	○	×	○	×
1008 入院生活技能訓練療法	—		(同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○	(同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	○	(同一日において、特定診療費を算定する場合を除く。)	×	—
1008-2 精神科ショート・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定不可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	○ (精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。)	×	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	×	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	○
注5	—		○	○	—	○	—	×	—
1009 精神科デイ・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定不可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	○ (精神科退院指導料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定したものに限る。)	×	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	×	○ (精神科退院指導料を算定したものに限る。)	○
注6	—		○	○	—	○	—	×	—
1010 精神科ナイト・ケア 1010-2 精神科デイ・ナイト・ケア	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定不可)	○	○ (当該療法を行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	×	○
1011 精神科退院指導料 1011-2 精神科退院前訪問指導料	—		○	○	×	○	×	×	—
1012 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ) (同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問看護を行うか否かにより該当する区分を算定)(看護・介護職員連携強化加算以外の加算を含む。)	○ ※9	○ ※9及び※13	○ ※9	—	×	×	×	×	○ (認知症患者を除く。) イ. ○ ※12 (認知症患者を除く。)
看護・介護職員連携強化加算	○	×		—	×	×	×	×	—
1012-2 精神科訪問看護指導料	○		—	—	—	—	—	×	○ (認知症患者を除く。)
1015 重度認知症患者デイ・ケア料	○ (認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した日以外の日は算定不可)	○	○ (認知症である老人であつて日常生活自立度判定基準がランクMのものに限る。)	○ (重度認知症患者デイ・ケアを行っている期間内において、認知症対応型通所介護費又は通所リハビリテーション費を算定した場合は算定不可)	—	—	—	—	○
1016 精神科在宅患者支援管理料	○			—	×	×	×	×	○ (精神科在宅患者支援管理料1のハを算定する場合を除く。)
上記以外	○			○	○	○	○	×	○ ※1
処置	○			○ ※6	○	×	○	○ ※7	○
手術	○			○	○	×	○	○ ※7	○
麻酔	○			○	○	×	○	○ ※7	○
放射線治療	○			○	○	×	○	○	○
病理診断	○			○	×	○	×	○	○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	特定期施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） 認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている患者（宿泊サービスに限る。）	介護療養型医療施設の病床以外の病床（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病様の病床を除く。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者）	ア. 介護療養型医療施設（認知症病様の病床に限る。） イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（認知症病様の病床に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者
B000-4 歯科疾患管理料 B002 歯科特定疾患療養管理料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○
B004-1-4 入院栄養食事指導料	—	○	×	×	—	—	—	—
B004-9 介護支援等連携指導料	—	○	×	×	—	—	—	—
B006-3 がん治療連携計画策定料	○	○	×	×	○	○	○	○
B006-3-2 がん治療連携指導料	○	—	×	×	○	○	○	○
B007 退院前訪問指導料	—	○	×	×	—	—	—	—
B008 薬剤管理指導料	—	○	×	×	—	—	—	—
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	○	—	×	×	—	×	○	○
B009 診療情報提供料(1) (注2及び注6)	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○ ※1
B011-4 退院時薬剤情報管理指導料	—	○	×	×	—	—	—	—
B014 退院時共同指導料1	—	○	×	×	—	×	—	—
B015 退院時共同指導料2	—	○	×	×	—	—	—	—
C001 訪問歯科衛生指導料	×	○	○	○	○	○	○	○
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○
C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	○	○	○	○	○	○	○
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料	×	—	×	×	—	×	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)	○
C007 在宅患者連携指導料	×	—	×	×	—	×	—	—
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料	○	—	×	×	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
上記以外	○	○	○	○	○	○	○	○
10 薬剤服用管理指導料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬物的管理指導計画に係る疾患と別の疾患又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	×	×	×	—	—	—	○
13の2かかりつけ薬剤師指導料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬物的管理指導計画に係る疾患と別の疾患又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	×	×	—	—	—	—	—
13の3かかりつけ薬剤師包括管理料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。ただし、当該患者の薬物的管理指導計画に係る疾患と別の疾患又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可)	×	—	—	—	—	—	—
14の2外来服薬支援料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	—	—	—	—	—	○
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	×	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の2在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の3在宅患者緊急時等共同指導料	○ (同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)	—	—	—	—	—	—	○ (末期の悪性腫瘍の患者に限る。)
15の4退院時共同指導料	—	○	—	—	—	—	—	—

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	1. 入院中の患者 (次の施設に入居又は入所する者を含み、3の患者を除く。)			2. 入院中の患者			3. 入所中の患者	
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。) ※1	認知症対応型グループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設(指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。)	介護療養型医療施設の病床以外の病床(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護又は介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床を除く。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室又は認知症病棟の病床を除く。)を受けている患者	ア. 介護療養型医療施設(認知症病棟の病床に限る。) イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(認知症病棟の病床に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人保健施設 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設の療養室に限る。)を受けている患者	ア. 介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設 イ. 短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
退院支援指導加算	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。) ○ ※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)	○ ※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(末期の悪性腫瘍等の患者である場合又は退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合に限る。)	—	—	—	—
在宅患者連携指導加算			×		—	—	—	—
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者	○ ※15及び※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者	—	—	—	—	ア: ○ ※16 イ: ○ ※16及び※17
看護・介護職員連携強化加算	○		×	—	—	—	—	×
0 3 訪問看護情報提供療養費 1	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。)	○ ※15及び※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けない場合に限る。)	—	—	—	—	×
0 3-2 訪問看護情報提供療養費 2			—	—	—	—	—	—
0 3-3 訪問看護情報提供療養費 3	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けない場合に限る。)	○ ※15及び※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けない場合に限る。)	—	—	—	—	×
0 5 訪問看護ターミナルケア療養費	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けない場合に限る。)	○ ※15及び※17	○ ※2 又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる患者(同一月において、介護保険による訪問看護を受けない場合に限る。)	—	—	—	—	ア: ○ ※16 (ただし、看取り介護加算を算定している場合には、訪問看護ターミナルケア療養費 2を算定する) イ: ○ ※16及び※17

注) ○: 要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合(平成20年厚生労働省告示第128号)の規定により算定されるべき療養としているもの ×: 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)第6号の規定により算定できないもの -: 診療報酬の算定方法の算定要件を満たし得ないもの

*1 社会福祉施設、身体障害者施設等、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに入居又は入所する者に係る診療報酬の算定については、「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日保医第0331002号)に特段の規定がある場合には、当該規定が適用されるものであること。

*2 末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

*3 次に掲げる薬剤の薬剤剤に限る。

・抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)

・疼痛コントロールのための医療用麻薬

・抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

(別紙2)

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関
初・再診料	×	○		○
入院料等		×		○ (A400の1短期滞在手術等基本料1に限る。)
B001の1 ウイルス疾患指導料			○	
B001の2 特定薬剤治療管理料			○	
B001の3 悪性腫瘍特異物質治療管理料			○	
B001の6 てんかん指導料			○	
B001の7 難病外来指導管理料			○	
B001の8 皮膚科特定疾患指導管理料			○	
B001の9 外来栄養食事指導料		○ (栄養マネジメント加算を算定していない場合に限る。)		
B001の11 集団栄養食事指導料		○ (栄養マネジメント加算を算定していない場合に限る。)		
B001の12 心臓ペースメーカー指導管理料			○	
B001の14 高度難聴指導管理料			○	
B001の15 慢性維持透析患者外来医学管理料			○	
B001の16 喘息治療管理料			○	
B001の20 糖尿病合併症管理料	×		○	
B001の22 がん性疼痛緩和指導管理料			○	
B001の23 がん性疼痛緩和指導管理料			○	
B001の24 外来緩和ケア管理料			○	
B001の25 移植後患者指導管理料			○	

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
医学管理等	B 001の26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料			○
	B 001の27 糖尿病透析予防指導管理料	×		○
	B 001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	×	○	×
	B 001-2-5 院内トリアージ実施料	×	○	×
	B 001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	×	○	×
	B 001-2-8 外来放射線照射診療料			○
	B 001-3 生活習慣病管理料			○ (注3に規定する加算に限る。)
	B 001-3-2 ニコチン依存症管理料	×		○
	B 001-7 リンパ浮腫指導管理料（注2の場合に限る。）			○
	B 005-6 がん治療連携計画策定料			○
	B 005-6-2 がん治療連携指導料			○
	B 005-6-3 がん治療連携管理料			○
	B 005-7 認知症専門診断管理料			○
	B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料			○
	B 009 診療情報提供料（I）			○
B 009-2 電子の診療情報評価料	注1 注6 注7 加算 注9 加算（認知症専門医療機関紹介加算） 注10 加算（認知症専門医療機関連携加算） 注11 加算（精神科医連携加算） 注12 加算（肝炎インターフェロン治療連携加算） 注13 加算（歯科医療機関連携加算） 注16 加算（検査・画像情報提供加算）			
		×	○	×
				○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関
B 010-2 診療情報連携共有料	×	○	×	○
B 011-3 薬剤情報提供料		×	×	○
B 012 傷病手当金意見書交付料			○	
上記以外			×	
在宅医療	C 000 往診料	×	○	×
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算		○	
	上記以外		×	
検査		×		○
画像診断		○ (単純撮影に係るものと除く。)		○
投薬	○ ※1		○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	
注射	○ ※2		○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る。)	
リハビリテーション		○ (H 005 視能訓練及びH 006 難病患者リハビリテーション料に限る。)		
精神科専門療法	I 000 精神科電気痙攣療法	×		○
	I 002 通院・在宅精神療法	×		○
	I 003-2 認知療法・認知行動療法	×		○
	I 006 通院集団精神療法	×	×	○ (同一日において、特別診療 費を算定する場合を除く。)
	I 007 精神科作業療法	×	×	○
	I 008-2 精神科ショート・ケア（注5の場合を除く。）	×	×	○
	I 009 精神科デイ・ケア（注6の場合を除く。）	×	×	○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関
I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料		×	×	○
上記以外			×	
処置		○ ※3		○
手術			○	
麻酔			○	
放射線治療			○	
病理診断			○	
B 0 0 8-2 薬剤総合評価調整管理料			×	
B 0 1 4 退院時共同指導料1			×	
C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料			×	
C 0 0 7 在宅患者連携指導料			×	
C 0 0 8 在宅患者緊急時等カンファレンス料			×	
上記以外			○	
別表第三			×	
訪問看護療養費			×	

※ 1 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。

- ・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位） を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険 医療機関

※2 次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。

- ・エリスロボエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
- ・ダルベボエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
- ・疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
- ・抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
- ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体巡回活性複合体

※3 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣
洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザー、超音波ネブライザー、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患
者褥瘡等処置を除く。

保医発0330第3号
平成30年3月30日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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）長

） 殿

厚生労働省保険局医療課長
(公印省略)

「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」の一部改正について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）等が公布され、平成30年4月1日から適用されること等に伴い、「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）の一部を下記のように改め、平成30年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。また、要介護被保険者等であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）も併せて参照すること。

なお、下記事項については、子ども家庭局、社会・援護局、障害保健福祉部及び老健局とも協議済みであるため、念のため申し添える。

記

1 保険医が、次の（1）から（6）までのいずれかに該当する医師（以下「配置医師」という。）である場合は、それぞれの配置されている施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があって行う診療を除く。）については、介護報酬、自立支援給付、措置費等の他給付（以下「他給付」という。）において評価されているため、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）

区分番号A000の初診料、医科点数表区分番号A001の再診料、医科点数表区分番号A002の外来診療料、医科点数表区分番号B001-2の小児科外来診療料及び医科点数表区分番号C000の往診料を算定できない。

(1) 養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和41年厚生省令第19号）第12条第1項第2号、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第46号）第12条第1項第2号、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第121条第1項第1号又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第129条第1項第1号の規定に基づき、養護老人ホーム（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所又は指定介護予防短期入所生活介護事業所に配置されている医師

(2) 病院又は診療所と特別養護老人ホームが併設されている場合の当該病院又は診療所（以下「併設医療機関」という。）の医師

なお、病院又は診療所と養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）（以下「障害者総合支援法」という。）第5条第7項に規定する生活介護を行う施設に限る。（3）において同じ。）、盲導犬訓練施設、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設が合築又は併設されている場合についても同様の取扱いとする。

(3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）第4条第1項第1号の規定に基づき、指定障害者支援施設に配置されている医師

(4) 障害者総合支援法第5条第6項に規定する療養介護を行う事業所（以下「療養介護事業所」という。）に配置されている医師

(5) 救護施設、更生施設、授産施設及び宿所提供之施設の設備及び運営に関する最低基準（昭和41年厚生省令第18号）第11条第1項第2号の規定に基づき、救護施設（定員111名以上の場合に限る。以下同じ。）に配置されている医師

(6) 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準（昭和23年厚生省令第63号）第21条第1項又は同基準第73条第1項の規定に基づき、乳児院（定員100名以上の場合に限る。以下同じ。）又は児童心理治療施設に配置されている医師

2 保険医が次の表の左欄に掲げる医師に該当する場合は、それぞれ当該保険医（併設医療機関の医師を含む。）の配置されている施設に入所している患者に対する一部の診療については他給付で評価されていることから、同表の右欄に掲げる診療報酬を算定できない。

保険医	診療報酬
・配置医師（全施設共通。）	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号B 0 0 0 の特定疾患療養管理料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1 – 2 – 9 の地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1 – 2 – 10 の認知症地域包括診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1 – 2 – 11 の小児かかりつけ診療料 ・医科点数表区分番号B 0 0 1 – 3 の生活習慣病管理料 ・医科点数表区分番号B 0 0 7 の退院前訪問指導料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1 の在宅自己注射指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1 – 2 の在宅小児低血糖症患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 1 – 3 の在宅妊娠糖尿病患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 2 の在宅自己腹膜灌流指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 2 – 2 の在宅血液透析指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 3 の在宅酸素療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 4 の在宅中心静脈栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5 の在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5 – 2 の在宅小児経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 5 – 3 の在宅半固体栄養経管栄養法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 6 の在宅自己導尿指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 7 の在宅人工呼吸指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 7 – 2 の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 8 の在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 8 – 2 の在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 0 9 の在宅寝たきり患者処置指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0 の在宅自己疼痛管理指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0 – 2 の在宅振戻等刺激装置治療指導管理料 ・医科点数表区分番号C 1 1 0 – 3 の在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号C 110-4の在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 ・医科点数表区分番号C 111の在宅肺高血圧症患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 112の在宅気管切開患者指導管理料 ・医科点数表区分番号C 114の在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 ・医科点数表区分番号C 116の在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
・指定障害者支援施設の配置医師 (生活介護を行う施設に限る。)	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号B 001の5の小児科療養指導料
・児童心理治療施設の配置医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号I 002の通院・在宅精神療法 ・医科点数表区分番号I 002-3の救急患者精神科継続支援料 ・医科点数表区分番号I 004の心身医学療法 ・医科点数表区分番号I 006の通院集団精神療法 ・医科点数表区分番号I 007の精神科作業療法 ・医科点数表区分番号I 008-2の精神科ショート・ケア ・医科点数表区分番号I 009の精神科デイ・ケア ・医科点数表区分番号I 010の精神科ナイト・ケア ・医科点数表区分番号I 010-2の精神科デイ・ナイト・ケア
・乳児院又は児童心理治療施設の配置医師	<ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表区分番号B 001の4の小児特定疾患カウンセリング料

3 配置医師以外の保険医が、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、指定短期入所生活介護事業所、指定介護予防短期入所生活介護事業所、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）、療養介護事業所、救護施設、乳児院又は児童心理治療施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）を診療する場合については、次の（1）又は（2）の取扱いとすること。

（1）患者の傷病が配置医師の専門外にわたるものであり、入所者又はその家族等の求め等を踏まえ、入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めがある場合に限り、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C 000の往診料、医科点数表第2章第3部の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を算定できる。

（2）（1）にかかわらず、入所者又はその家族等の求めや入所者の状態に応じた医学的判断による配置医師の求めが明らかではない場合であっても、緊急の場合であって、特別養護老人ホーム等の管理者の求めに応じて行った診療については、医科点数表第1章第1部の初・再診料、医科点数表区分番号C 000の往診料、医科点数表第2章第3部

の検査、医科点数表第2章第9部の処置等に係る診療報酬を同様に算定できる。

4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

なお、介護保険法（平成9年法律第123号）第63条に規定する要介護被保険者等に対する診療報酬の取扱いについて、この通知に特に記載がないものについては、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の取扱いに従うこと。

- ・医科点数表区分番号B001の9の外来栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の11の集団栄養食事指導料
- ・医科点数表区分番号B001の13の在宅療養指導料
- ・医科点数表区分番号B001-2-3の乳幼児育児栄養指導料
- ・医科点数表区分番号B004の退院時共同指導料1
- ・医科点数表区分番号B009の診療情報提供料（I）（注2、注4及び注14に該当する場合に限る。）
- ・医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（I）及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（II）

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（I）、医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（II）、医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C002-2の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C003の在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、在宅患者訪問診療料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（II）を算定していない場合に限り算定できる。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

- ・医科点数表区分番号C002の在宅時医学総合管理料
- ・医科点数表区分番号C002-2の施設入居時等医学総合管理料

ただし、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C 0 0 1 の在宅患者訪問診療料（I）、医科点数表区分番号C 0 0 1 – 2 の在宅患者訪問診療料（II）、医科点数表区分番号C 0 0 2 の在宅時医学総合管理料、医科点数表区分番号C 0 0 2 – 2 の施設入居時等医学総合管理料又は医科点数表区分番号C 0 0 3 の在宅がん医療総合診療料を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、当該患者のサービス利用開始後30日までの間、施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には施設入居時等医学総合管理料を算定することができる。

ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合

イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

・医科点数表区分番号C 0 0 3 の在宅がん医療総合診療料

ただし、看取り加算の取扱いについては、在宅患者訪問診療料の例によること。

・医科点数表区分番号C 0 0 5 の在宅患者訪問看護・指導料及び医科点数表区分番号C 0 0 5 – 1 – 2 の同一建物居住者訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、医科点数表区分番号C 0 0 5 の在宅患者訪問看護・指導料又は医科点数表区分番号C 0 0 5 – 1 – 2 の同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。）

・医科点数表区分番号C 0 0 5 – 2 の在宅患者訪問点滴注射管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）

・医科点数表区分番号C 0 0 6 の在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

・医科点数表区分番号C 0 0 7 の訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）

・医科点数表区分番号C 0 0 7 – 2 の介護職員等喀痰吸引等指示料

・医科点数表区分番号C 0 0 8 の在宅患者訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）

・医科点数表区分番号C 0 0 9 の在宅患者訪問栄養食事指導料

・医科点数表区分番号C 0 1 0 の在宅患者連携指導料

・医科点数表区分番号C 0 1 1 の在宅患者緊急時等カンファレンス料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）

- ・医科点数表区分番号C 0 1 2 の在宅患者共同診療料2 及び3
- ・医科点数表区分番号C 0 1 3 の在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・医科点数表区分番号 I 0 1 2 の精神科訪問看護・指導料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、認知症の患者以外の患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）
- ・医科点数表区分番号 I 0 1 2 – 2 の精神科訪問看護指示料（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。）
- ・医科点数表区分番号 I 0 1 6 の精神科在宅患者支援管理料1（ハを算定する場合に限る。）・診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）区分番号 1 5 の 2 の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・調剤点数表区分番号 1 5 の 3 の在宅患者緊急時等共同指導料（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。）
- ・訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号。以下「訪看告示」という。）別表区分番号 0 1 の訪問看護基本療養費（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるものを除く。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるものについては、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、算定することができる。）
- ・訪看告示別表区分番号 0 1 – 2 の精神科訪問看護基本療養費（特別養護老人ホームの入所者であって認知症の患者以外の患者を除く。ただし、認知症の患者以外の患者であって、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している患者については、当該患者のサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看後基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。）・訪看告示別表区分番号 0 2 の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算、看護・介護職員連携強化加算を含む。）（特別養護老人ホームの入所者であって、末期の悪性腫瘍であるもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）を除く。ただし、その場合であっても、看護・介護職員連携強化加算は算定できない。また、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を利用している者であって、末期の悪性腫瘍であるもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）については、

当該患者のサービス利用前30日以内に患者を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。）

- ・訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。）

- ・訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費

- ・訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費（特別養護老人ホームの入所者であって末期の悪性腫瘍のもの又は精神科訪問看護基本療養費を算定できるもの（認知症であるものを除く。）を除く。）

5 指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成19年1月26日障発0126001号）第三の1により医師を配置しない取扱いとしている場合における当該施設に入所している者に対して行った診療については、1及び4による取扱いの対象としない。ただし、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。

- ・医科点数表区分番号C005の在宅患者訪問看護・指導料

- ・医科点数表区分番号C005-1-2の同一建物居住者訪問看護・指導料

- ・医科点数表区分番号C005-2の在宅患者訪問点滴注射管理指導料

- ・医科点数表区分番号C007の訪問看護指示料

- ・医科点数表区分番号I012の精神科訪問看護・指導料

- ・医科点数表区分番号I012-2の精神科訪問看護指示料

- ・訪看告示別表区分番号01の訪問看護基本療養費

- ・訪看告示別表区分番号01-2の精神科訪問看護基本療養費

- ・訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（24時間対応体制加算、特別管理加算、退院時共同指導加算、退院支援指導加算、在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び看護・介護職員連携強化加算を含む。）

- ・訪看告示別表区分番号02の訪問看護管理療養費（在宅患者連携指導加算を算定する場合に限る。）

- ・訪看告示別表区分番号03の訪問看護情報提供療養費

- ・訪看告示別表区分番号05の訪問看護ターミナルケア療養費

6 指定障害者支援施設のうち、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年2月28日厚生労働省令第19号）第6条の7第1号に規定する自立訓練（機能訓練）を行う施設及び児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第16号）第2条第1号に規定する指定福祉

型障害児入所施設については、5ただし書きを準用する。

- 7 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。ただし、特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、使用した薬剤の費用については、医科点数表第2章第2部第3節薬剤料を、使用した特定保険医療材料の費用については、同部第4節特定保険医療材料料を、当該患者に対し使用した分に限り算定できる。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、同章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定できる。なお、当該保険医の診療日以外の点滴又は処置等を実施する場合に必要となる衛生材料等についても、指示を行った当該保険医の属する保険医療機関が当該施設に提供すること。これらの場合にあっては、当該薬剤等が使用された日及び検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 8 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書の欄外上部に、○施又は（施）の表示をすること。また、特別養護老人ホームに入所中の患者に対して、往診して通院・在宅精神療法又は認知療法・認知行動療法に係る精神療法を行った場合には、当該精神療法が必要な理由を診療録に記載すること。
- 9 各都道府県知事は、別紙様式により、特別養護老人ホーム等の配置医師に係る情報を把握し、必要に応じ市町村等に対して周知するよう努めること。ただし、指定障害者支援施設のうち、5に該当する施設については不要とする。