改定診療報酬点数表参考資料
（平成２８年４月１日実施）
《正 誤 表 その１》

１．留意事項通知の正誤

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

		料を算定している病棟であっても、当該点数を算定できる。
148	Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料	（３）悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「Ａ３０８」の回復期リハビリテーション病棟**入院料**の（４）と同様であること。
150	Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料	（７）当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（~~５~~**６**）の例による。 （８）「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（~~６~~**７**）から（~~８~~**９**）**まで**の例による。
153	Ａ３１２　精神療養病棟入院料	（７）「注４」の重症者加算１は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生**（支）**局長~~等~~に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が 30 以下の患者である場合に算定する。
154 155 156	Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料	（３）当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アから~~カ~~**オ**までについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。 ア～カ《略》 （４）～（６）《略》 （７）退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス**等**利用~~等~~計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「Ｉ００８－２」精神科ショート・ケア又は区分番号「Ｉ００９」精神科デイ・ケアの利用については、第２部通則５に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。
第２章　特掲診療料 **第１部　医学管理等**		
205 206	Ｂ００１－２　小児科外来診療料	(11) 本診療料を算定する~~旨を届け出た~~保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。
226	Ｂ００７－２　退院後訪問指導料	（２）退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、**介護老人保健施設に入所中又は**~~保険~~医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
第２部　在宅医療		
265	Ｃ００１　在宅患者訪問診療料	(10) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。 ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載する

		こと。また、「在宅患者訪問診療料２」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式14に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙**様式**14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
268 269	Ｃ００２　在宅時医学総合管理料 Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料	（９）当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料…《中略》…区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射**、**~~及び~~区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置**及び区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養**は所定点数に含まれ、別に算定できない。 なお、《以下略》
283	Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料	（９）~~在宅患者訪問薬剤管理指導料の対象となる~~同居する同一世帯の複数の患者に~~対して必要な薬学的管理指導を行った~~**在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する**場合など、同一の患家において２人以上の患者を指導した場合には、（２）の規定にかかわらず、１人目は「１　同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降は「２　同一建物居住者の場合」を算定する。
第３部　検査		
307	Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査	（７）蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「**18**~~17~~」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」尿・糞便等検査判断料を算定する。
342	Ｄ０１４　自己抗体検査	（７）Ｃ３ｄ→**Ｃ$_3$ｄ** (12) ＩｇＧ２→**ＩｇＧ$_2$** **※下付きへ訂正。(12) は３か所。**
350	Ｄ２１５　超音波検査	(10)(11)を削除。 (~~12~~**10**) 《略》 (~~13~~**11**) 《略》 (~~14~~**12**) 《略》 (~~15~~**13**) 《略》 (~~16~~**14**) 《略》 (~~17~~**15**) 《略》 (~~18~~**16**) 《略》
352	Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定	(1)イ　ＰＣＯ２→**ＰＣＯ$_2$** **※下付きへ訂正。**
352	Ｄ２２２－２　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）	ＰＯ２→**ＰＯ$_2$** **※下付きへ訂正。**
352	Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）	（２）区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、**終夜**経皮的動脈血酸素飽和度測定**（一連につき）**の費用は算定できない。
356	Ｄ２３９－３　神経	（２）神経学的検査は、専ら神経系疾患（小児を対象とする場合も含む。）の

	学的検査	診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）として、地方厚生**（支）**局長~~等~~に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。
第５部　投薬		
391	Ｆ０００　調剤料	（７）「注３」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤~~をいう。~~（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）**をいう。**
396	Ｆ４００　処方せん料	（１）医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30 日~~以上の~~**を超える**長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。 《以下略》
第８部　精神科専門療法		
455	Ｉ００２　通院・在宅精神療法	(17)「注６」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の~~三~~**二の四**に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。《以下略》
456	Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料	（２）「注２」については、当該保険医療機関が、１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上又は抗精神病薬を３種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合には、算定しない。ただし、区分番号「Ｆ１００」処方料（３）のアの(イ)から(ハ~~ニ~~)のいずれかに該当する場合**、及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を投与する場合で（ニ）に該当する場合**は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。 （３）～（８）《略》 （９）「注５」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の~~三~~**二の四**に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「Ｉ００２」通院・在宅精神療法の(17)に示すものと同様である。
459	Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法	(12) 認知療法・認知行動療法の「３」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生**（支）**局長~~等~~に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の《以下略》
461	Ｉ００６－２　依存症集団療法	（１）依存症集団療法は、《中略》精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される２人以上の者（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する~~医師~~**精神科医**、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。 （２）《略》 （３）依存症集団療法は、平成 ~~21~~22～24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治

		療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。
462 463	Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア	（３）精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの~~及び~~**又は**区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定~~する精神病棟に入院中の~~**している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されている**ものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中１回に限り算定できる。《以下略》 （４）～（８）《略》 **（９）「注５」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中１回に限り算定できる。** ~~（９）~~**→(10)《略》** ~~(10)~~**→(11)《略》**
463 464	Ｉ００９　精神科デイ・ケア	(10)「注６」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの**又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているもの**に限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中１回に限り算定できる。
470	Ｉ０１２－２ 精神科訪問看護指示料	（３）精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。 ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者~~在宅患者~~訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について区分番号「Ｃ００７」訪問看護指示料は算定できない。
第９部　処置		
491	通則	７　通則５の時間外等加算１は、当該加算を算定するものとして、地方厚生**（支）**局長~~等~~に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。
第 10 部　手術		
556 557	通則	15　「通則 12」の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生**（支）**局長~~等~~に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り算

		定できる。
562	Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）	（9~~8~~）自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「４」により算定する。
578	Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	（４）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生**（支）**局長~~等~~に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。き
582	Ｋ７２６　人工肛門造設術	区分番号**「Ｋ７４０」直腸切除・切断術の「４」**~~「Ｋ７４０－２」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「３」~~を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
589	Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（７）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生**（支）**局長~~等~~に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。

２．基本診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項　目	正　　誤
基本診療料の施設基準等（告示）		
630		○厚生労働省告示第**五十三**号 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十八年四月一日から適用する。 平成二十八年**三**月**四**日
631	六　明細書発行体制等加算の施設基準	(2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第**二十七**号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第　号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。
基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）		
672	本文	標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28 年厚生労働省告示第~~○~~52 号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 28 年厚生労働省告示第~~○~~53 号）が公布され、平成28 年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。 なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 26 年３月５日保医発 0305 第１号）は、平成 28 年３月31 日限り廃止する。
675 676	第４　経過措置等	表１　新たに施設基準が創設されたことにより、平成 28 年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの 一般病棟入院基本料の注６に掲げる看護必要度加算１ 一般病棟入院基本料の注 13 に掲げる夜勤時間特別入院基本料 **療養病棟入院基本料（注 11 に規定する届出に限る。）** 療養病棟入院基本料の注 12 に掲げる夜勤時間特別入院基本料（療養病棟入院基本料２に限る。） 《中略》 回復期リハビリテーション病棟入院料の注５に掲げる体制強化加算２ 地域移行機能強化病棟入院料 **精神科急性期医師配置加算（精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料又は 13 対１入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。７対１入院基本料、10 対１入院基本料又は 13 対１入院基本料に限る。）を算定**

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

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

		していればよく、特に地方厚生~~局（支）~~**（支）局**長に対して、届出を行う必要はないこと。 　また、救急医療管理加算２を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添７の様式 14 の３により毎年７月に地方厚生（支）局長に報告すること。
701	第３の２　妊産婦緊急搬送入院加算	２　届出に関する事項 　妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生~~局（支）~~**（支）局**長に対して、届出を行う必要はないこと。
704	第４の３　急性期看護補助体制加算	１　通則 （４）急性期看護補助体制加算を算定~~する~~するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者《略》
705	第４の４　看護職員夜間配置加算	１　看護職員夜間 12 対１配置加算１の施設基準 （４）看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者《略》
707	第７　看護補助加算	１　看護補助加算に関する施設基準 （１）看護補助加算１を算定する一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の 13 対１入院基本料の病棟においては、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た~~病棟~~**病床**に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者《略》
711	第 13 重症皮膚潰瘍管理加算	２　届出に関する事項 　重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生~~局（支）~~**（支）局**長に対して、届出を行う必要はないこと。
712	第 14 緩和ケア診療加算	１　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (12) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年１月 10 日健発 0110 第７号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 26 年２月５日健発 0205 第４号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。）また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な

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

群馬県	**明和町**
埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
千葉県	我孫子市、白井市、鎌ケ谷市、大網白里市、長柄~~市~~**町**、長南町**、香取市**
東京都	**奥多摩町**
神奈川県	逗子市、大磯町、中井町
愛知県	蒲郡市、幸田町、知立市~~、高浜市~~、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
三重県	東員町~~、いなべ市~~**、朝日町、川越町、木曽岬町**
滋賀県	湖南市、野洲市
京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市**、宇治田原町、和束町、笠置町**
大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河南町、千早赤阪村**、豊能町**
奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町**、五條市、三郷町**
和歌山県	**かつらぎ町、紀の川市、岩出市**
福岡県	古賀市、久山町
佐賀県	**佐賀市**

◆７級地

宮城県	村田町
茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町**、潮来市**
栃木県	日光市、芳賀町、上三川町、壬生町、佐野市、野木町
群馬県	伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、榛東村、桐生市**、大泉町、千代田町、みどり市、板倉町**
埼玉県	吉見町、嵐山町
千葉県	富里市、山武市、大多喜町、鴨川市
東京都	東大和市、瑞穂町
神奈川県	**箱根町**
富山県	**南砺市**
石川県	~~かほく市~~**津幡町**
山梨県	甲斐市、昭和町、中央市、市川三郷町、北杜市**、早川町、南部町、身延町、富士河口湖町**
長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曽町**、大鹿村、飯田市**
岐阜県	土岐市、八百津町、坂祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市**、高山市、御嵩町**
静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町**、湖西市**

		<table><tr><td>愛知県</td><td>新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北名古屋市、清須市<u>、高浜市</u></td></tr><tr><td><u>三重県</u></td><td><u>菰野町、いなべ市</u></td></tr><tr><td>滋賀県</td><td>米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市</td></tr><tr><td><u>京都府</u></td><td><u>南山城村</u></td></tr><tr><td>兵庫県</td><td>加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市</td></tr><tr><td>奈良県</td><td>山添村、吉野町、明日香村、田原本町<u>、曽爾村</u></td></tr><tr><td><u>岡山県</u></td><td><u>備前市</u></td></tr><tr><td>広島県</td><td>世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市</td></tr><tr><td><u>山口県</u></td><td><u>岩国市</u></td></tr></table>《以下略》 備考　<u>平成 28 年３月 31 日においてＡ218 地域加算の対象地域であったが、同年４月１日以降人事院規則九ー四九第２条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成 30 年３月 31 日までの間に限り、７級地とみなす。</u> 　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年４月１日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。
別添４　特定入院料の施設基準等		
739	第 11 回復期リハビリテーション病棟入院料	２ 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 （３）当該入院料を算定するものとして届け出ている~~病棟~~<u>病床</u>に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の看護必要度評価票Ａ項目を用いて測定し、その結果、当該~~病棟~~<u>病床</u>へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が 0.5 割以上であること。《略》
741	第 12 地域包括ケア病棟入院料	１ 地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準 （９）当該入院料を算定するものとして届け出ている~~病棟~~<u>病床</u>又は病室に入院している全ての患者の状態について、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）~~又は~~<u>及び</u>手術等の医学的状況の項目（Ｃ項目）を用いて測定し、その結果、当該~~病棟~~<u>病床</u>又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による測定の結果、《略》
743	第 14 緩和ケア病棟入院料	１ 緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等 (11) がん診療の拠点となる病院は、別添３の第 14 の(12)と同様であること。また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は~~下記に掲げる~~公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
748	第 20 特定一般病棟入院料	１ 特定一般病棟入院料の施設基準等 （４）特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）の施設基準等

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

３．特掲診療料の施設基準告示・通知の正誤

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

		ア　《略》 イ　経口摂取回復率 経口摂取回復率については、（６）経口摂取回復促進加算１に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの（イ）中「別添１の第45の２の１の（３）のア又はイ」とあるのは、「別添１の第79の３の１の（２）の**イの①の（ア）又は（イ）**~~ウの①又は②~~」と読み替えるものとする。 (12)　調剤基本料の施設基準 ア　処方せん受付回数 （イ）前年３月１日から当年２月末**日**までの１年間の処方せん受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。 (ロ)(ハ)　《略》 (~~11~~13) 調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準 届出前３月間の実績をもって施設基準の適合性を判断する。
795	第２　届出に関する手続き	７　次の(１)から(~~8~~７)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか１つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。 （１）持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定 （２）腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術 （３）センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算１ （４）センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算２ ~~（５）う蝕歯無痛的窩洞形成加算、手術時歯根面レーザー応用加算~~ (~~6~~５）人工膵臓検査、人工膵臓療法 (~~7~~６）時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト (~~8~~７）検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
797	第４　経過措置等	表１　新たに施設基準が創設されたことにより、平成28年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの 《略》 外来後発**医薬**品使用体制加算 摂食機能療法の注２に掲げる経口摂取回復促進加算２ リンパ浮腫複合的治療料 通院・在宅精神療法の注４に掲げる児童思春期精神科専門管理加算 救急患者精神科継続支援料 依存症集団療法 認知療法・認知行動療法３ 硬膜外自家血注入 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの） 人工腎臓の注10に掲げる下肢末梢動脈疾患指導管理加算

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

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

		フィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者をいう。
813	第 12 の１の２ 診療情報提供料（Ｉ）及び電子的診療情報評価料	３ 届出に関する事項 （１）地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は~~「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の~~別添~~７~~ **２** の様式 12 により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は~~「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の~~別添~~７~~ **２** の様式 12 の２に準じた様式を用いること。 （２）検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 14 の２を用いること。
813	第 12 の２ 医療機器安全管理料	２ 医療機器安全管理料２に関する施設基準 （２）放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、１回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線**照射**診療料に係る技術者を兼任することができる。また、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。
813 814	第 13 の２ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	１ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 （２）次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が１名以上配置されていること。 ア 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修 イ 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修 なお、~~これらの研修については、同一の歯科医師が研修を修了していることでも差し支えない。また、~~既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。 （３）《略》 （４）診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。**ただし、医科歯科併設の診療所にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。**
814	第 14 在宅療養支援歯科診療所	１ 在宅療養支援歯科診療所の施設基準 （１）～（８）《略》 **（９） 年に１回、歯科訪問診療の患者数等を別添２の様式 18 の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。**
825	第 29 の３ センチネルリンパ節生検（片側）	２ 届出に関する事項 **（１）** センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 31 の３**及び様式 52** を用いること。

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

４．その他　関係省令・告示・通知の正誤

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

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

<table>
<tr><td></td><td>品等告示関係）</td><td>「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）」及び「ＣＡ19-9」、②リハビリテーション（「心大血管疾患リハビリテーション料」、「脳血管疾患等リハビリ　《以下略》</td></tr>
<tr><td>910</td><td>第３　保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第３及び医薬品等告示関係）</td><td>20 再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項
（３）保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験製品及び対照製品（以下 ~~20 において~~「当該治験製品」という。）並びに診療報酬上評価されていない《以下略》</td></tr>
<tr><td>914</td><td>（別紙様式１）</td><td>特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書
（入院医療に係るもの）

上記について報告します。
平成　　年　　月　日
《以下略》</td></tr>
<tr><td>914</td><td>（別紙様式１－２）
※図表の追加</td><td>特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書
（外来医療に係るもの）

上記について報告します。
平成　　年　　月　　日
保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名　　㊞
殿
（実施日・変更日　　年　　月　　日）

<table>
<tr><td colspan="3">費用徴収を行うこととしている診察室</td></tr>
<tr><td>計</td><td>内　訳</td><td>金　　額</td></tr>
<tr><td>室</td><td>室</td><td>円</td></tr>
<tr><td></td><td>室</td><td>円</td></tr>
<tr><td></td><td>室</td><td>円</td></tr>
<tr><td></td><td>室</td><td>円</td></tr>
<tr><td></td><td>室</td><td>円</td></tr>
</table>

注　「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。</td></tr>
<tr><td>915</td><td>（別紙様式２）</td><td>病床数が 200 床以上の病院等について受けた
初診・再診の実施（変更）報告書</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>上記について報告します。
平成　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名㊞

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

<u>１ 届出種別</u>
<u>ア　200 床以上の病院（ イを除く。）</u>
<u>イ　特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院</u>
<u>注　該当する方に○をつけること。</u>

<u>２ 特別の料金等の内容</u>
<table><tr><td>区　　分</td><td>徴　収　額</td></tr><tr><td>初　診
再　診</td><td>円</td></tr></table>注　初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。</td></tr>
<tr><td>915</td><td>（別紙様式３）</td><td>予約に基づく診察の実施（変更）報告書

《略》
２ 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯
<table><tr><td>曜　日</td><td>標榜診療時間帯</td><td>予約診察を行う診療時間帯</td><td>予約以外の診察に従事する医師<u>又は歯科医師</u>の数</td><td>予約診察に従事する医師<u>又は歯科医師</u>の数</td><td><u>予約料</u></td></tr><tr><td colspan="3" rowspan="7">《略》</td><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>円</u></td></tr></table><u>注１</u> 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。
<u>注２ 枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。</u></td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>924</td><td>本文</td><td>標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局に義務付けられており、400 床未満の病院及び診療所に限り、正当な理由による例外措置が設けられているところであるが、平成 28 年４月１日からは、400 床未満の病院についても、正当な理由による例外措置の対象外となることとなる。また、保険医療機関及び保険医療養担当規則<u>等及び保険薬局及び保険薬剤師療養</u></td></tr>
</table>

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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>は、３の１の記載は要しないものであること。
注４）　本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関<u>又は保険薬局</u>は、取下げの届出を行うこと。</td></tr>
<tr><td colspan="3">複数手術に係る費用の特例を定める件</td></tr>
<tr><td>937</td><td>別表第一</td><td><table><tr><td rowspan="4">Ｋ２８２　水晶体再建術</td><td>Ｋ２７７<u>－</u>２　黄斑下手術</td></tr><tr><td>Ｋ２７９　硝子体切除術</td></tr><tr><td>Ｋ２８０　硝子体茎顕微鏡下離断術</td></tr><tr><td>Ｋ２８１　増殖性硝子体網膜症手術</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>959</td><td>本文</td><td>特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（平成 28 年厚生労働省告示第●<u>56</u> 号）が本日付けをもって公布され、《略》</td></tr>
<tr><td>961</td><td>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</td><td>(20) 腎瘻又は膀胱瘻用材料
ア～ウ　《略》
エ いずれの材料も、<u>原則として</u>１個を限度として算定する。２個以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</td></tr>
<tr><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>988</td><td>第５　訪問看護管理療養費について</td><td>４（４）退院時共同指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーション又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等が退院時指導を行った場合には、合わせて２回まで算定できること。~~（５）退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しないこと。~~</td></tr>
<tr><td>988</td><td>第５　訪問看護管理療養費について</td><td>５（３）退院支援指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、当該利用者~~の入院期間~~<u>が入院する保険医療機関</u>の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。</td></tr>
</table>

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

１．留意事項通知（様式）の正誤

<table>
<tr><th>ページ</th><th>項　目</th><th>正　　誤</th></tr>
<tr><td colspan="3">別添１の２　点数表等の別紙様式</td></tr>
<tr><td>1007</td><td>別紙様式６の３</td><td>退院支援計画書
<table><tr><td>5</td><td>退院支援で留意すべき
主な問題点、課題等

退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの（最大３つ）を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、<u>詳細を記載すること。</u></td><td>《略》</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1018</td><td>別紙様式 23 の５</td><td>目標設定等支援・管理シート

ＦＩＭによる評価の場合
<table><tr><th rowspan="2">大項目</th><th rowspan="2">注項目</th><th rowspan="2">小項目</th><th>リハビリテーション
開始時点</th><th>現時点</th></tr><tr><th>得点</th><th>得点</th></tr><tr><td rowspan="6">運動</td><td rowspan="6">セルフ
ケア</td><td>食事</td><td></td><td></td></tr><tr><td>整容</td><td></td><td></td></tr><tr><td><u>清拭・入浴</u></td><td></td><td></td></tr><tr><td>更衣（上半身）</td><td></td><td></td></tr><tr><td>更衣（下半身）</td><td></td><td></td></tr><tr><td>トイレ</td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1023</td><td>別紙 36</td><td><s>【別添３】</s></td></tr>
<tr><td>1029</td><td>別紙様式 44</td><td>保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の送付側
病理診断<s>料</s><u>科</u>使用欄：病理判断料ＩＤ
□病理診断管理加算１　□病理診断管理加算２　□標本作製料　□病理診断料　□免疫染色等（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1029</td><td><u>別紙</u>様式 45</td><td>回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書

２．１日当たりのリハビリテーション提供単位数
<table><tr><td>再掲</td><td>ⅱ</td><td>前月までの６か月間に③の患者に対して提供された~~心~~脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数</td><td>単位</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="3">別添６　基本診療料の施設基準等に係る別紙</td></tr>
<tr><td>1031</td><td>別紙２の２</td><td>入院診療計画書

平成　　年　　月　　日
<table><tr><td><u>病棟（病室）</u></td><td></td></tr><tr><td>主治医以外の担当者名</td><td></td></tr></table>《以下略》</td></tr>
<tr><td>1032</td><td>別紙３</td><td>褥瘡対策に関する診療計画書

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞
<table><tr><td rowspan="8">褥瘡の状態の評価（DESIGNIR）</td><td>深さ</td><td rowspan="8">《略》</td></tr><tr><td>滲出液</td></tr><tr><td>大きさ（ｃｍ^2）
直径×直径に~~直行~~<u>直交</u>する最大径</td></tr><tr><td>炎症・感染</td></tr><tr><td>肉芽形成
良性肉芽が占める割合</td></tr><tr><td>壊死組織</td></tr><tr><td>ポケット（ｃｍ^2）
（ポケットの直径×直径に~~直行~~<u>直交</u>する最大径）－潰瘍面積</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1032</td><td>別紙４</td><td>平均在院日数の算定方法

１～６《略》
~~７　平成 26 年３月 31 日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料を算定する病棟に 90 日を超えて入院する患者について療養病棟入院基本料１の例により算定を行うことを地方厚生（支）局長へ届け出た病棟については、平成 27 年９月 30 日までの間、出来高により算定する病室を指定する場合は、当該病室に入院する患者についても平均在院日数の計算対象から除外する。~~</td></tr>
<tr><td>1033</td><td>別紙６</td><td>入院基本料に係る看護記録</td></tr>
</table>

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

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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>移乗</td><td>~~できる~~
介助なし</td><td>~~見守り・~~
一部介助~~が必要~~</td><td>~~できない~~
全介助</td></tr>
<tr><td>移動方法</td><td>介助を要しない移動</td><td>介助を要する移動（搬送を含む）</td><td></td></tr>
<tr><td>口腔清潔</td><td>~~できる~~
介助なし</td><td>~~できない~~
介助あり</td><td></td></tr>
<tr><td>食事摂取</td><td>介助なし</td><td>一部介助</td><td>全介助</td></tr>
<tr><td>衣服の着脱</td><td>介助なし</td><td>一部介助</td><td>全介助</td></tr>
<tr><td>他者への意思の伝達</td><td>できる</td><td>できる時と
できない時がある</td><td>できない</td></tr>
<tr><td>診療・療養上の指示が通じる</td><td>はい</td><td>いいえ</td><td></td></tr>
<tr><td>危険行動</td><td>ない</td><td>ある</td><td></td></tr>
</table>
※　得点：０～１９点　　合計得点　　点
※　得点が低いほど、生活自立度が高い。
</td></tr>
<tr><td>1057</td><td>別紙 21</td><td>
日常生活機能評価<u>票</u> 評価の手引き

<u>１．評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は評価の対象としない。</u>
<u>２．評価対象時間は、０時から 24 時の 24 時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。</u>
~~１~~<u>３</u>．評価~~票の記入~~は、院内研修を受けた~~もの~~<u>者</u>が行うこと。~~なお、~~院内研修の指導者は、関係機関~~、~~あるいは評価に習熟した~~もの~~<u>者</u>が行う~~概ね２年以内の~~指導者研修を<u>概ね２年以内に</u>受けていることが望ましい。
~~２~~<u>４</u>．~~評価票の記入にあたって~~<u>評価の判断</u>は、~~下記~~<u>項目ごと</u>の選択肢の判断基準等に従って実施すること。<u>独自に定めた判断基準により評価してはならない。</u>
~~３．評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計画評価料が算定されている場合については、入院時の日常生活機能評価について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。~~
~~４~~<u>５</u>．評価は<u>、</u>~~記録~~<u>観察</u>と~~観察~~<u>記録</u>に基づいて行い、推測は行わないこと。
~~５~~<u>６</u>．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
~~６~~<u>７</u>．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
~~７~~<u>８</u>．医師の指示によって、当該動作が制限されている<u>ことが明確である</u>場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
~~８~~<u>９</u>．当該動作が制限されていない場合には、<u>可能であれば</u>動作を促し、観察した結果を
</td></tr>
</table>

		評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。 ~~9~~10．ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」**又は「介助なし」**とする。 ~~10~~11．日常生活機能評価に係る患者の状態については、~~担当の~~看護~~師~~**職員**、理学療法士等によって記録されていること。
1057 1058	別紙 21 続き	1 《略》 2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 選択肢の判断基準 「できる」 いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。 「できない」 ~~調査~~**評価**時間~~内~~**帯**を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。 判断に際しての留意点 関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静~~・抑制~~・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。 3 寝返り 判断に際しての留意点 「何かにつかまればできる」状態とは、看護~~師~~**職員**等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護~~師~~**職員**等が行っている場合は「できない」となる。 ４～５ 《略》 6 移乗 項目の定義 ~~移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。~~**移乗時の介助の状況を評価する項目である。** ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、**「車椅子からベッドへ」、**「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることであ

1058	別紙 21 続き	

選択肢の判断基準

「~~できる~~介助なし」

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

「~~見守り・~~一部介助~~が必要~~」

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

「~~できない~~**全介助**」

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

判断に際しての留意点

患者が~~自分~~**１人**では動けず、~~イージー~~スライ**ド式**~~ダー等~~の移乗用**補助**具を使用する場合は「~~できない~~**全介助**」となる。

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

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

７ 移動方法

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

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

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

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

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

1058	別紙 21 続き	選択肢の判断基準 「介助なし」 介助なしに**１人**~~自分~~で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。 「一部介助」 衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護~~師~~**職員**等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護~~師~~**職員**等が手を出して介助はしていないが、**患者の心身の状態等の理由から、**転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。 「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護~~師~~**職員**等がすべて介助した場合も「全介助」とする。 判断に際しての留意点 衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。 **靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。** １１ 他者への意思の伝達 選択肢の判断基準 「できる」 常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。 「できる時とできない時がある」 患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護~~師~~**職員**等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。 「できない」 どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度

1058 1059	別紙 21 続き	１２ 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義 指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、~~理解でき~~**指示通りに**実行できるかどうかを評価する項目である。 選択肢の判断基準 「はい」 診療・療養上の指示に対して、~~適切な~~**指示通りの**行動が常に行われている場合~~、あるいは指示通りでない行動の記録がない場合~~をいう。 「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合~~、かつ指示通りでない行動の記録がある場合~~をいう。 判断に際しての留意点 精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切~~な時刻~~に行われた状態で評価~~され~~**す**ることを前提とする。 医師**や看護職員等**の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や~~、~~自分なりの解釈を行い結果的に、**診察の**療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。~~少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。~~ １３ 危険行動 項目の定義 患者の危険行動の有無を評価する項目である。 ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」**の発生**及び~~看護師等が~~「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」**を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等**が確認~~され~~**し**た場合をいう。

1059	別紙 21 続き	判断に際しての留意点 ~~患者の~~危険行動**の評価**にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の**危険行動への対策を**~~評価を~~前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動~~の有無~~を評価するものではない。**対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。** 認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。**なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。** ~~なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。~~ **他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。**
1059	別紙 22	※別紙の削除（短期滞在手術同意書）
1059	別紙 24	感染防止対策地域連携加算チェック項目表 A．感染対策の組織 2．感染制御を実際に行う組織（ICT） 3）感染対策に 5 年以上の経験を有し，感染管理に関わる適切な研修を~~終~~**修**了した専任看護師がいる
別添 7　基本診療料の施設基準に係る届出書		
1062	届出書（参考） 欄外	**※本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。** 1「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。 2～4《略》

<table>
<tr><td>1062</td><td>届出書（参考）
５　有床診療所入院基本料</td><td>様式 5,12 ~~の 3~~～12 の 10</td></tr>
<tr><td>1063</td><td>届出書（参考）
22 の２</td><td>ハイリスク妊~~婦~~娠管理加算</td></tr>
<tr><td>1063</td><td>届出書（参考）
26 の５</td><td>（特掲別添２）様式 12,12 の 2~~,~~
40 の 9</td></tr>
<tr><td>1063</td><td>届出書（参考）
26 の８</td><td>様式 40 の 13,53</td></tr>
<tr><td>1063</td><td>届出書（参考）</td><td><table><tr><td></td><td>短期滞在手術等基本料１</td><td rowspan="2">《略》</td></tr><tr><td></td><td>短期滞在手術等基本料２</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1063</td><td>届出書（参考）
欄外</td><td>※様式１、２の２、５の２、10 の４、14、14 の２~~、14 の３~~、16、21、26、32 の２、33、39、39 の２、53 の２は欠番</td></tr>
<tr><td>1064
1065</td><td>様式２の３</td><td>地域包括診療加算に係る届出書

《図表略》
［記載上の注意］
１．研修受講した修了証の写しを添付すること。
２．⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
３~~２~~．⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。
４~~３~~．⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと。</td></tr>
<tr><td>1066</td><td>様式５の５</td><td>ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

２．入院患者の構成<table><tr><td>算出期間　（直近１年間）　　（　年　月　日～　年　月　日）</td><td></td></tr><tr><td>当該病棟の新規入院患者数　　①</td><td>名</td></tr><tr><td>①のうち、６５歳以上の患者数　②</td><td>名</td></tr><tr><td>①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数　　③</td><td>名</td></tr><tr><td>②／①　（８割以上）　　④</td><td>%</td></tr></table>《以下略》</td></tr>
<tr><td>1067</td><td>様式６</td><td>入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

<table><tr><td></td><td>療養病等入院基本料</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

			療養病棟入院基本料２のみ（月平均夜勤時間超過減算）						
			療養病棟入院基本料２のみ（注 11 に係る届出）						
			療養病棟入院基本料２のみ（夜勤時間特別入院基本料）						

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

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

		（夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対１看護補助加算を届け出る場合に記載） ⑦ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿人〔Ｆ／（日数×８）〕 （参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［　　］＝〔（Ａ／２００）×３〕 ※小数点第３位以下切り捨て 《図表略》 〔記載上の注意〕 ※１～４　《略》 ※５ 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。 ~~看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。~~ 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。 《以下略》
1070	様式９の３	地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類 ○１日平均入院患者数〔Ａ〕＿＿人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ①～③　《略》 ④ 月平均夜勤時間数 時間 〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕※小数点**第２位**以下切り捨て ⑤ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿人**（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）**~~※小数点以下切り捨て~~ ~~うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿人　※小数点以下切り捨て~~ ~~（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）~~ 勤務実績表 職種※1 ／ 《中略》 ／ 月延べ勤務時間数 ／ （再掲）~~月延べ~~**月平均**夜勤時間数**の試算**に含まない者の夜勤時間数 ※7 《以下略》
1071	様式９の４	入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類 病棟群単位で届け出る場合（７対１，10 対１の病棟群ごとに提出すること） ○１日平均入院患者数〔Ａ〕＿＿人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日） ※小数点以下切り上げ ① 月平均１日当たり看護配置数＿＿人〔Ｃ／（日数×８）〕~~※小数点以下切り捨て~~

		（参考）１日看護配置数(必要数)：　　＝〔(A／届出区分の数）×３〕※小数点以下切り上げ ② 看護職員中の看護師の比率　　％〔月平均１日当たり看護配置数のうちの看護師数／1日看護配置数〕 ③ 平均在院日数　　日（算出期間　年　月　日 ～　年　月　日） ※小数点以下切り上げ ④ 夜勤時間帯（１６時間）　　時　　分 ～　　時　　分 ⑤ 月平均夜勤時間数　　時間〔(D－E）／B〕※小数点**第２位**以下切り捨て ⑥ 月平均１日当たり看護補助者配置数　　人　~~※小数点以下切り捨て~~ うち、月平均１日当たり看護補助者夜間配置数　　人　~~※小数点以下切り捨て~~ （夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載） ⑦ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数　　人〔F／（日数×８)〕 （参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：　　＝〔(A／２００）×３〕 ※小数点第３位以下切り捨て 《図表略》 〔記載上の注意〕 ※１～４　《略》 ※５ 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。 ~~看護補助者については、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間 75 対１看護補助加算を算定している場合には、夜勤従事者数を記入すること。~~ 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。 《以下略》
1071	様式 10	7 対 1 入院基本料 10 対 1 入院基本料 看護必要度加算 一般病棟看護必要度評価加算 急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算 看護補助加算 1 の施設基準に係る患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類 病棟群による届出の有無　有 ・ 無

届出 入院料 （該当に○）	届出 区分 （該当に ○）	届出の 加算 （該当に ○）	《略》
《略》		看護必要 度加算 一般病棟	《略》

			看護必要 度**評価**加算 《略》	

1073	様式 10 の５	７対１入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る 届出書添付書類

①	直近６月間における退院患者数		名
（再掲）	（１）在宅（自宅及び居住系介護施設等）		名
	（２）介護老人保健施設		
		（３）うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設	名
	（４）**有床診療所**~~他院の療養病棟~~		
		（５）うち、**有床診療所**在宅復帰機能強化加算**又は有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算**の届出を行っている**施設**~~病棟~~	名
	（６）他院の療養病棟		**名**
		（７）うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟	**名**
	（**８**~~６~~）他院の回復期リハビリテーション病棟		名
	（**９**~~７~~）他院の地域包括ケア病棟又は病室		名
	（~~10~~**８**~~８~~） （**６**~~４~~）～（**９**~~７~~）を除く病院~~、診療所~~		名
②	自宅等に退院するものの割合（**８０**~~７５~~％以上） （（１）＋（３）＋（５）＋~~（６）＋~~（７）**＋（８）＋（９）**）／①		％

《以下略》

1074	様式 10 の８	在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類 ２．退院患者の状況

①	直近６月間における退院患者数（**他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が１月未満の患者**~~当該病棟に入院した期間が１月以上の患者のうち~~、再入院患者**及び**、死亡退院患者を除く）	名
（再掲）	（１）在宅	名

《以下略》

1074	様式 12 ※現在の様式12は削除	有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床 入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類 ※次ページ参照

様式 12

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

<table>
<tr><td colspan="3"></td><td>区　分</td><td>病　床　数</td><td>入　院　患　者　数
届出時</td><td>入　院　患　者　数
1日平均入院患者数</td><td>備　　考</td></tr>
<tr><td rowspan="3">入院病床数及び患者数</td><td colspan="2">総　　数</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td><td rowspan="3">1日平均入院患者数算出期間
年　月　日
～
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内訳</td><td>一般病床</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td>療養病床</td><td></td><td>床</td><td>名</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="5">看護要員数</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">看護師・准看護師</td><td colspan="2">看　護　補　助　者</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>入院患者に対する勤務</td><td>入院患者以外との兼務</td><td>入院患者に対する勤務</td><td>入院患者以外との兼務</td></tr>
<tr><td colspan="2">総　　数</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">内訳</td><td>一般病床</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td></td></tr>
<tr><td>療養病床</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td>名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外の勤務</td><td colspan="2">名</td><td colspan="2">名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">勤　務　形　態
（該当するものに○印）
（時間帯を記入）</td><td colspan="5">時　間　帯　区　分
当直制　・　交代制　・　その他
（　：　～　：　）　（　：　～　：　）　（　：　～　：　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算に係る夜間の緊急体制確保の実施の有無</td><td colspan="5">（　有　・　無　）</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

1　一般病床の区分欄には１から６のいずれかを記入する。

2　療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。

3　療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。

4　様式 12 の２を添付すること。

5　注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の３から12の６までを添付すること。

<table>
<tr><td>1075</td><td>様式 12 の２
※現在の様式12の２は削除</td><td>有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

<table>
<tr><th></th><th>職　種</th><th>氏　　名</th><th>勤　務　形　態</th><th>勤　務　時　間</th></tr>
<tr><td rowspan="10">二般病床</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="10">療養病床</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

［記載上の注意］
１　「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
２　「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
３　「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、１日当たりの平均勤務時間を記載すること。</td></tr>
<tr><td>1076</td><td>様式 12 の６</td><td>有床診療所入院基本料の看護配置加算、
夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助配置加算の施設基準に係る
届出書添付書類</td></tr>
<tr><td>1077</td><td>様式 12 の９</td><td>在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

３．病床の利用状況
<table>
<tr><td>⑥</td><td>（④＋⑤）／２ ~~（小数点以下は切り上げる）~~</td><td>名</td></tr>
<tr><td>⑦</td><td>平均在院日数 ③／⑥（60 日以内~~以上~~）（小数点以下は切り上げる）</td><td>日</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>1077</td><td>様式 12 の 10</td><td>在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

３．病床の利用状況
<table><tr><td>⑥</td><td>（④＋⑤）／２~~（小数点以下は切り上げる）~~</td><td>名</td></tr><tr><td>⑦</td><td>平均在院日数 ③／⑥（365 日<u>以内</u>~~以上~~）<u>（小数点以下は切り上げる）</u></td><td>日</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>1078</td><td>様式 13</td><td>総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

<table><tr><td>３　精神科医師が 24 時間対応できる体制</td><td>次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること
１～５《略》
６　１年間の算定実績
・精神疾患診療体制加算<u>２</u>（　）件
《以下略》</td></tr></table>
〔記載上の注意〕
１ 「３」の１および２については、総合入院体制加算２<u>及び３</u>の届出において、「２」の「２ 精神科」に該当しない場合に記載すること。
２ 「４」の５を記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
３ 様式 13 の２を添付すること。</td></tr>
<tr><td>1079</td><td>様式 13 の３</td><td>看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制　（新規・７月報告）

１　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（~~既に~~届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。<u>新規届出のものは、新規欄にチェックすること。</u>）
<table><tr><td>項目名</td><td>届出年月日</td><td><u>新規</u></td><td>項目名</td><td>届出年月日</td><td><u>新規</u></td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="5">《略》</td><td>□</td><td colspan="2" rowspan="5">《略》</td><td>□</td></tr><tr><td>□</td><td>□</td></tr><tr><td>□</td><td>□</td></tr><tr><td>□</td><td>□</td></tr><tr><td>□</td><td></td><td></td></tr></table>
２　新規届出時又は毎年４月時点の状況について記載する事項
（３）　夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等
ク　夜間院内保育所の設置　　有　　無
~~※アからクのうち満たす項目数　（　　項目）~~

〔記載上の注意〕</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>※図表の追加</td>
<td>
4　夜間看護体制加算又は看護職員夜間 12 対１配置加算１若しくは看護職員夜間 16 対１配置加算を算定する医　療機関は、２の（３）「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち「有」に○を付けた　ものについて、以下の書類を添付すること。
・アからウについては、届出前１か月の各病棟の勤務実績が分かる書類
・エについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
~~・エについては、業務量を把握する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定等~~
《略》
５～６《略》
７　前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

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

<table>
<tr><th></th><th>急性期看護補助体制加算
（夜間看護体制加算）</th><th>看護職員夜間配置加算
（12対１配置１、16対１配置）</th><th>看護補助加算
（夜間看護体制加算）</th></tr>
<tr><td>ア　11 時間以上の勤務間隔の確保</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>イ　正循環の交代周期の確保（３交代又は変則３交代のみ）</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>エ　夜間を含めた各部署の業務量を把握･調整するシステムの構築</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>オ　みなし看護補助者を除いた看護補助者比率５割以上</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>カ　看護補助者の夜間配置</td><td>（夜間急性期看護補助体制加算の算定が必須）</td><td>○</td><td>（必須）</td></tr>
<tr><td>キ　看護補助者への院内研修</td><td></td><td></td><td>○</td></tr>
<tr><td>ク　夜間院内保育所の設置</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr>
<tr><td>満たす必要がある項目数</td><td>３項目以上</td><td>４項目以上</td><td>４項目以上</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>1080</td>
<td>様式 14 の３</td>
<td>
救急医療管理加算２に係る報告書（７月報告）
集計期間：　　年　月　日　～　　年　月　日
<table>
<tr><td>①　１年間の救急医療管理加算１、２の合計算定患者数</td><td>人</td></tr>
<tr><td>②　うち、救急医療管理加算２の算定患者数</td><td>人</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><td>届出事項</td><td colspan="2">届出病床の内訳</td></tr>
<tr><td>重症者等療養環境特別加算に係る病床</td><td colspan="2">個室　　床
２人部屋　　床

①合計　　床</td></tr>
<tr><td rowspan="3">入院患者数及び重症者数</td><td>~~①~~②一般病棟における１日平均入院患者数
名</td><td>（届出前１年月）
年 月
～ 年 月</td></tr>
<tr><td>~~②~~③一般病棟における１日平均重症者数
名</td><td>（直近１ヶ月間）
年 月
～ 年 月</td></tr>
<tr><td colspan="2">④割合（~~②~~①／~~①~~②）×100 %</td></tr>
</table>
［記載上の注意］
１　①≦③、かつ④＜８％（特別の診療機能を有している場合は④≦10%）であること。
~~１~~２　様式 23 の２を添付すること。
~~２~~３　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。
</td></tr>
<tr><td>1088</td><td>様式 32</td><td>精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類
［記載上の注意］
１ 「１」のアは精神科を主たる業務とした５年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは３年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験（平成 29 年４月１日以降は、精神~~科~~医療に係る看護に従事した経験に入院患者の看護の経験１年以上を含むこと）を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については~~該当する職種に○をし~~、３年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。</td></tr>
<tr><td>1093</td><td>様式 40 の３</td><td>後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

３．医薬品の使用~~採用~~状況（平成 年 月 日時点）
《図表略》

［記載上の注意］
１　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
２　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
３　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における~~おいて~~加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 28~~26~~年３</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>月<u>４</u>~~５~~日保医発<u>0304</u>~~0305~~ 第 13 号）を参照すること。</td></tr>
<tr><td>1093</td><td>様式 40 の４</td><td>病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出に係る<u>病棟薬剤業務実施加算</u>~~後発医薬品使用体制加算~~の区分（届出を行うもの全てに○を付す）
《以下略》</td></tr>
<tr><td>1095</td><td>様式 40 の９</td><td>退院支援加算１、２及び３の施設基準に係る届出書添付書類

３．退院支援に係る実績等
<table><tr><td>転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携保険医療機関等の数が 20 以上（該当する場合には「レ」を記入すること）</td><td>□</td></tr><tr><td>連携保険医療機関等の職員と年３回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「レ」を記入すること）</td><td>□</td></tr><tr><td>過去１年間の介護支援連携指導料の算定回数</td><td>（　　）　回</td></tr></table>４.各病棟に配置されている職員
<table><tr><td>退院支援
及び
地域連携業務
に専従に~~充実~~<u>従事</u>する
者</td></tr></table>〔記入上の注意〕
１、２　《略》
<u>３　退院支援加算３の届出の場合は、看護師については退院支援及び新生児特定集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院支援に係る業務の経験を確認できる文書を添付すること。</u>　※印刷が途切れている部分
４　職種に関して確認できる文書を添付すること。
５　連携保険医療機関等の職員との面会頻度については、過去４か月間の面会状況が分かる文書を添付<u>すること。</u>
６　退院~~調整~~<u>支援</u>加算の注５に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。</td></tr>
<tr><td>1101</td><td>様式 49 の２</td><td>回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準に係る届出書添付書類

［記載上の注意］
２　「⑧」について、<u>区分番号「Ａ２４６」退院支援加算の地域連携診療計画加算</u>~~地域連携診療計画管理料~~を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対し</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td></td><td>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。</td></tr>
<tr><td>1101</td><td>様式 49 の３</td><td>回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準に係る届出書添付書類

［記載上の注意］
２　「⑥」について、<u>区分番号「Ａ２４６」退院支援加算の地域連携診療計画加算</u>~~地域連携診療計画管理料~~を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。</td></tr>
<tr><td>1107</td><td>様式 57 の４</td><td>地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

２ 長期入院患者の退院実績に係る要件<table><tr><td><u>オ</u>~~ニ~~ １年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数（直近３ か月間における１か月あたり平均）</td><td>人</td></tr><tr><td><u>カ</u>~~キ~~ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数</td><td>床</td></tr><tr><td>~~キ ク~~ <u>オ</u>~~ニ~~÷<u>カ</u>~~キ~~×100 （%）</td><td>%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td colspan="3">別添２　特掲診療料の施設基準に係る届出書</td></tr>
<tr><td>1109</td><td>届出書（参考）
欄外</td><td><u>※本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。</u>
１「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
２～４《略》</td></tr>
<tr><td></td><td>届出書（参考）
12 の１の２</td><td>~~（基本別添７）~~</td></tr>
<tr><td>1112</td><td>届出書（参考）
72 の９</td><td><u>52,</u>65 の７，４~~,(52)~~</td></tr>
<tr><td></td><td>届出書（参考）
75 の４</td><td><u>52,</u>67 の２の２，４~~,(52)~~</td></tr>
<tr><td>1113</td><td>届出書（参考）
欄外</td><td>※様式 <u>6,</u>16, <u>65,</u>68, 72 は欠番</td></tr>
<tr><td>1117</td><td>様式５の８</td><td>糖尿病透析予防指導管理料　腎不全期患者指導加算に係る<u>届出書添付書類</u>~~報告書~~

<u>報告年月日：　　年　月　　日</u><table><tr><td>本指導管理料を算定した患者数
（期間：　　年　月～　　年　月）</td><td>①　　名</td></tr><tr><td>①のうち、$eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$（ml/分/1.73m²）が 30 未満であったもの</td><td>②　　名</td></tr><tr><td>②のうち、①の算定時点から３か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下しているもの</td><td>③　　名</td></tr></table></td></tr>
</table>

②のうち、①の算定時点から３か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①で $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を**算出**~~算定~~した時点から前後３月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その１月あたりの低下が 30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
⑥~~⑨~~／**②**~~⑥~~		%

［記載上の注意点］

１．①の期間は、報告**月**~~年月日~~の４月前までの３か月間とする。

例：平成２８年１０月１日の**届出**~~報告~~

↓

平成２８年４月~~１日~~～２８年６月~~３０日~~

２．⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例１：

算出~~測定~~年月日	２月１９日	５月１９日	８月１９日
$eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m^2)	33.7	28.6	25.6

→前３月では（33.6-28.6）／３月＝1.67/月、

後３月では（28.6-25.6）／３月＝1.00/月

(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、**１月当たりの低下が 30%以上軽減** ~~20%以上~~となるため該当。

なお、日付は±１週間の範囲で変動しても差し支えない。

例２

算出~~測定~~年月日	２月１２日	５月１９日	８月１２日
$eGFR_{Cr}$ (ml/分/1.73m^2)	33.7	28.6	25.6

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

1120 様式７の８

小児かかりつけ診療料に係る届出書

②	小児科外来診療料**を算定して**~~の届出を行って~~いること	□
	時間外対応加算１又は２の届出を行っていること	□

<table>
<tr><td></td><td></td><td>《以下図表略》

［記載上の注意］
１．②について、確認できる資料の写し<u>（小児科外来診療料については、例えば診療報酬明細書の写し等）</u>を添付のこと。
２．《略》</td></tr>
<tr><td>1121
1122</td><td>様式 11</td><td>在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類
《図表略》
［記載上の注意］
１～６《略》
７　「１０」の（３）に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が 95%以上の医療機関は、「１１」を記入<u>し、併せて「在宅療養支援診療所に係る報告書（様式 11 の 3）」を添付</u>すること。</td></tr>
<tr><td>1122</td><td>様式 11 の２</td><td>在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

１～８　《図表略》
<table><tr><td colspan="2">９　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</td></tr><tr><td></td><td>（１）～（２）《略》</td></tr><tr><td></td><td>（３）　緩和ケア病棟又は<u>在宅での</u>１年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、３か月以上の勤務歴がある医師
①　氏名
（　　）
②　勤務を行った保険医療機関名　（　　）
③　勤務を行った期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）</td></tr></table>
［記載上の注意］
１～４　《略》
５　「９」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」（様式 11 の<u>５</u>~~４~~）を添付すること。
６　《略》</td></tr>
</table>

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

<table>
<tr><td></td><td></td><td>３．地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

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

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日

患者氏名　　殿

病名（検査・手術名）：

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

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

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

		3．医薬品の**使用**~~採用~~状況（平成　　年　　月　　日時点） 《図表略》 ［記載上の注意］ 1～2　《略》 3　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬に**おける**~~いて~~加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 **28**~~26~~年３月 **4**~~5~~日保医発 **0304**~~0305~~第 13 号）を参照すること。
1142	様式 43 の４	（経口摂取回復促進加算１ 胃瘻造設術 胃瘻造設時嚥下機能評価加算）の施設基準に係る届出書添付書類 《図表略》 ［記載上の注意］ 1　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（**11**~~9~~）に定めるところによるものであること。 《以下略》
1158	様式 57	（同種死体肺移植術 同種心移植術 同種心肺移植術 同種死体肝移植術 同種死体膵移植術 同種死体膵腎移植術 同種死体腎移植術）の施設基準に係る届出書添付書類 ※　該当する届出事項を○で囲むこと。 施　設　種　別 ・移植関係学会合同委員会において、肺移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日） ・移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日） ・移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日） ・移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日） ・移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設 （選定年月日：　　年　　月　　日） ・（社）日本臓器移植ネットワークにおいて、腎臓移植実施施設として登録された施設 （**登録**~~選定~~年月日：　　年　　月　　日） ［記載上の注意］ 1　施設種別欄において選定**又は登録**された施設であることを証する文書の写しを添付すること。 2　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

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

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

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