

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）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

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

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、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、保険医療機関及び保険薬局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保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、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「特掲診療料の施設基準に係る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2号）は、平成28年3月31日限り廃止する。

記

第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添1のとおりとする。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。

4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、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。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。

2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を正副2通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。

3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

(2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率及び輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

- イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。
- ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。
- エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、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日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から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までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年の3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- (3) 長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、生体部分肺移植術、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経カテーテル大動脈弁置換術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、磁

気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を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。

新規届出の場合

例1：8月1日から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件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を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であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から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件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を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であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該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。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合（平成28年3月31日において現にコンタクトレンズ検査料1を算定していた保険医療機関が、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行う届出を含む。）は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始め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（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を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をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該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。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の

10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、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、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間で33%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から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までの実績により適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から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までの実績により適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤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) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準

ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年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。

イ 経口摂取回復率

- (イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(3)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。
- (ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。
- (ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例1：イ（イ）による届出の場合

- 平成26年1月1日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成28年4月1日から平成29年3月31日まで（②）算定可



例2：イ（ロ）による新規届出の場合

- 平成28年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成29年3月末日まで（②）算定可

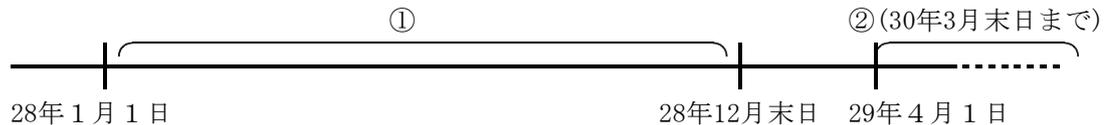


28年1月1日 4月1日 6月末日 届出 12月末日 29年3月末日

※算定開始が29年1月以降である場合は、平成30年3月末日まで算定可

例3：イ（ハ）による届出の場合

- 平成28年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成29年4月1日から平成30年3月末日まで（②）算定可



(7) 経口摂取回復促進加算2に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から起算して2か月間に限り所定点数を算定することができる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(8) 腎不全期患者指導加算に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の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、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の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、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定する

ことができる。

(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

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む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。

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) 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(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であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2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までの実績により適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(10) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

(11) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年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。

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) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方せん受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。

a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方せん受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方せん受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

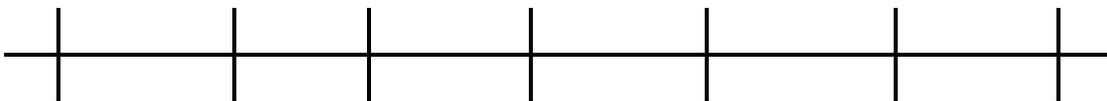
(ハ) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等

に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、（ロ）bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：28年8月1日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

- ・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・29年4月1日（⑥の翌日）から30年3月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



①28年8月1日 ②9月1日 ③11月末日 ④12月末日 ⑤29年2月末日 ⑥3月末日 ⑦30年3月末日

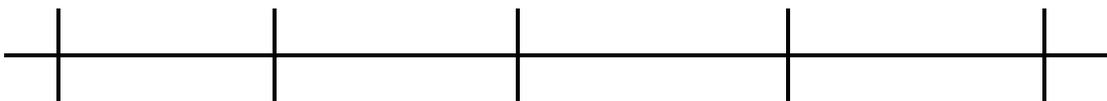
イ 妥結率の実績

- （イ） 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。
- （ロ） （イ）にかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
- （ハ） 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、（ロ）にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：28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割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①28年5月1日 ②29年4月1日 ③9月末日 ④30年3月末日 ⑤31年3月末日

(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。

- 5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。
- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
 - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
 - (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
 - (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- 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、提出者に対して副本に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。

ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第 号
高度難聴指導管理料	(高) 第 号
喘息治療管理料	(喘管) 第 号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第 号
がん患者指導管理料 1	(がん指1) 第 号
がん患者指導管理料 2	(がん指2) 第 号
がん患者指導管理料 3	(がん指3) 第 号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第 号
移植後患者指導管理料 (臓器移植後)	(移植管臓) 第 号
移植後患者指導管理料 (造血幹細胞移植後)	(移植管造) 第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜1) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜2) 第 号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第 号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第 号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第 号
地域包括診療料	(地包診) 第 号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第 号

ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第 号
開放型病院共同指導料	(開) 第 号
別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診1) 第 号
別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診2) 第 号
別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診3) 第 号
別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第 号
別添1の「第9」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算1	(在診実1) 第 号
別添1の「第9」の2の(5)に規定する在宅療養実績加算2	(在診実2) 第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	(ハイI) 第 号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第 号
がん治療連携指導料	(がん指) 第 号
排尿自立指導料	(排自) 第 号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第 号
薬剤管理指導料	(薬) 第 号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第 号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第 号
医療機器安全管理料1	(機安1) 第 号
医療機器安全管理料2	(機安2) 第 号
医療機器安全管理料(歯科)	(機安歯) 第 号
歯科治療総合医療管理料(I)及び(II)	(医管) 第 号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第 号
在宅療養支援歯科診療所	(歯援診) 第 号
別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病1) 第 号
別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病2) 第 号
別添1の「第14の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病3) 第 号
別添1の「第14の2」の2の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第 号
別添1の「第14の2」の2の(3)に規定する在宅療養実績加算1	(在病実1) 第 号
別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	(在病実2) 第 号
在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)及び(II)	(在歯管) 第 号
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	(在医総管) 第 号
在宅がん医療総合診療料	(在総) 第 号
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	(在看) 第 号
在宅療養後方支援病院	(在後病) 第 号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥) 第 号
在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第 号
在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在植補心) 第 号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(持血測) 第 号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第 号
遺伝学的検査	(遺伝検) 第 号

歯科訪問診療料の注13に規定する基準	(歯訪診) 第 号
在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第 号
H P V核酸検出及びH P V核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)	(H P V) 第 号
検体検査管理加算 (I)	(検 I) 第 号
検体検査管理加算 (II)	(検 II) 第 号
検体検査管理加算 (III)	(検 III) 第 号
検体検査管理加算 (IV)	(検 IV) 第 号
国際標準検査管理加算	(国標) 第 号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝カ) 第 号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内) 第 号
胎児心エコー法	(胎心エコー) 第 号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行) 第 号
ヘッドアップティルト試験	(ヘッド) 第 号
人工臓器検査、人工臓器療法	(人臓) 第 号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長) 第 号
長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第 号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号
脳磁図	(脳磁診) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン 1) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン 2) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン 3) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C 気鏡) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査	(咀嚼機能) 第 号
画像診断管理加算 1	(画 1) 第 号
画像診断管理加算 2	(画 2) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画 1) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号
ポジトロン断層撮影	(ポ断) 第 号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複) 第 号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ポ断磁複) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号
C T撮影及びMR I 撮影	(C・M) 第 号

冠動脈C T 撮影加算	(冠動C) 第 号
外傷全身C T 加算	(外傷C) 第 号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使) 第 号
外来化学療法加算 1	(外化1) 第 号
外来化学療法加算 2	(外化2) 第 号
無菌製剤処理料	(菌) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	(心I) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	(心II) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	(脳I) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	(脳II) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	(脳III) 第 号
運動器リハビリテーション料(I)	(運I) 第 号
運動器リハビリテーション料(II)	(運II) 第 号
運動器リハビリテーション料(III)	(運III) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(I)	(呼I) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(II)	(呼II) 第 号
経口摂取回復促進加算	(経口) 第 号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第 号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第 号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第 号
リンパ浮腫複合的治療料	(リン複) 第 号
集団コミュニケーション療法料	(集コ) 第 号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ2) 第 号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第 号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第 号
精神科作業療法	(精) 第 号
認知療法・認知行動療法 1	(認1) 第 号
認知療法・認知行動療法 2	(認2) 第 号
認知療法・認知行動療法 3	(認3) 第 号
依存症集団療法	(依集) 第 号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第 号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第 号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第 号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第 号
精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	

	(抗治療) 第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
精神科重症患者早期集中支援管理料	(精早管) 第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1	(医処休) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1	(医処外) 第 号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1	(医処深) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の休日加算1	(歯処休) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の時間外加算1	(歯処外) 第 号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の深夜加算1	(歯処深) 第 号
硬膜外自家血注入	(血入) 第 号
エタノールの局所注入(甲状腺)	(エタ甲) 第 号
エタノールの局所注入(副甲状腺)	(エタ副甲) 第 号
透析液水質確保加算1	(透析水1) 第 号
透析液水質確保加算2	(透析水2) 第 号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第 号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱) 第 号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加) 第 号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	(う蝕無痛) 第 号
歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)	(歩行ロボ) 第 号
CAD/CAM冠	(歯CAD) 第 号
手術時歯根面レーザー応用加算	(手術歯根) 第 号
歯科技工加算1及び2	(歯技工) 第 号
悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	(黒セ) 第 号
組織拡張器による再建手術(乳房(再建手術)の場合に限る。)	(組再乳) 第 号
骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なものに限る。)))	(同種) 第 号
骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術に限る。)	(自家) 第 号
腫瘍脊椎骨全摘術	(脊椎摘) 第 号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	(脳覚) 第 号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	(脳光) 第 号
頭蓋骨形成手術(骨移動を伴うものに限る。)	(頭移) 第 号
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	(脳刺) 第 号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	(脊刺) 第 号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	(仙神植交) 第 号
治療的角膜切除術(エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。))	(角膜切) 第 号
羊膜移植術	(羊膜移) 第 号
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))	(緑内イ) 第 号
網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)	(硝切) 第 号

網膜再建術	(網膜再) 第 号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	(植補聴) 第 号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	(内鼻V) 第 号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)	(顎移) 第 号
上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)、下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)(歯科)	(歯顎移) 第 号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘(亜全摘)術(両葉)、 内視鏡下副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術	(内下) 第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検(併用)	(乳セ1) 第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検(単独)	(乳セ2) 第 号
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))	(乳腫) 第 号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)	(ゲル乳再) 第 号
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。)	(肺腫) 第 号
同種死体肺移植術	(肺植) 第 号
生体部分肺移植術	(生肺) 第 号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第 号
経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	(経特) 第 号
経カテーテル大動脈弁置換術	(カ大弁置) 第 号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第 号
磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ぺ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	(両ぺ) 第 号
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	(除) 第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	(両除) 第 号
大動脈バルーンパンピング法(IABP法)	(大) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
小児補助人工心臓	(小補心) 第 号
植込型補助人工心臓(非拍動流型)	(植補心非) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移) 第 号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切) 第 号
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	

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及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切) 第 号
腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)	(腹胃縮) 第 号
胆管悪性腫瘍手術 (臍頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)	(胆腫) 第 号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第 号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第 号
生体部分肝移植術	(生) 第 号
同種死体肝移植術	(肝植) 第 号
体外衝撃波臍石破碎術	(臍石破) 第 号
腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術	(腹臍切) 第 号
腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術	(腹臍頭) 第 号
同種死体臍移植術、同種死体臍腎移植術	(臍植) 第 号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	(早大腸) 第 号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎) 第 号
腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの)	(腎凝固) 第 号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎支器) 第 号
同種死体腎移植術	(腎植) 第 号
生体腎移植術	(生腎) 第 号
膀胱水圧拡張術	(膀胱) 第 号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀) 第 号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪) 第 号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第 号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前支器) 第 号
腹腔鏡下仙骨腔固定術	(腹仙骨固) 第 号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)	(腹子) 第 号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	(内胎) 第 号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	(胎羊) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	(医手休) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	(医手外) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	(医手深) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	(歯手休) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	(歯手外) 第 号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	(歯手深) 第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	(胃瘻造) 第 号
輸血管理料Ⅰ	(輸血Ⅰ) 第 号
輸血管理料Ⅱ	(輸血Ⅱ) 第 号
輸血適正使用加算	(輸適) 第 号

貯血式自己血輸血管理体制加算	(貯輸) 第 号
自己生体組織接着剤作成術	(自生接) 第 号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	(造設前) 第 号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(胃瘻造嚥) 第 号
凍結保存同種組織加算	(凍保組) 第 号
歯周組織再生誘導手術	(G T R) 第 号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根) 第 号
歯根端切除手術の注 3	(根切顕微) 第 号
麻酔管理料 (I)	(麻管 I) 第 号
麻酔管理料 (II)	(麻管 II) 第 号
放射線治療専任加算	(放専) 第 号
外来放射線治療加算	(外放) 第 号
高エネルギー放射線治療	(高放) 第 号
1 回線量増加加算	(増線) 第 号
強度変調放射線治療 (I M R T)	(強度) 第 号
画像誘導放射線治療 (I G R T)	(画誘) 第 号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策) 第 号
定位放射線治療	(直放) 第 号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策) 第 号
粒子線治療	(粒) 第 号
粒子線治療適応判定加算	(粒適) 第 号
粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第 号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第 号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第 号
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	(テ組織) 第 号
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	(テ細胞) 第 号
病理診断管理加算 1	(病理診 1) 第 号
病理診断管理加算 2	(病理診 2) 第 号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診 1) 第 号
口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2) 第 号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第 号
歯科矯正診断料	(矯診) 第 号
顎口腔機能診断料 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。)) の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診) 第 号
調剤基本料 1	(調基 1) 第 号
調剤基本料 2	(調基 2) 第 号
調剤基本料 3	(調基 3) 第 号
調剤基本料 4	(調基 4) 第 号
調剤基本料 5	(調基 5) 第 号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1) 第 号

調剤基本料 4 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 4) 第 号
基準調剤加算	(調) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1) 第 号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2) 第 号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅患者調剤加算	(在調) 第 号
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	(か薬) 第 号

7 次の(1)から(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) 人工膵臓検査、人工膵臓療法

(6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成28年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

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。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、月の最初の開庁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。

2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い(原則として年1回、

受理後6か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

- 3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において閲覧(ホームページへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)、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58年厚生省告示第14号)及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成28年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成28年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成28年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等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

糖尿病透析予防指導管理料の注5に掲げる腎不全期患者指導加算
小児かかりつけ診療料
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
排尿自立指導料
診療情報提供料(Ⅰ)の注14に掲げる地域連携診療計画加算
診療情報提供料(Ⅰ)の注15に掲げる検査・画像情報提供加算
電子的診療情報評価料
在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
在宅療養実績加算2
在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料
歯科訪問診療料の注13に規定する基準
遺伝学的検査(注に規定する届出に限る。)
国際標準検査管理加算

長期脳波ビデオ同時記録検査 1
脳波検査判断料 1
遠隔脳波診断
コンタクトレンズ検査料 2
有床義歯咀嚼機能検査
コンピューター断層撮影（C T撮影）（注 8 に規定する届出に限る。）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（注 5 に規定する届出に限る。）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（注 6 に規定する届出に限る。）
外来後発品使用体制加算
摂食機能療法の注 2 に掲げる経口摂取回復促進加算 2
リンパ浮腫複合的治療料
通院・在宅精神療法の注 4 に掲げる児童思春期精神科専門管理加算
救急患者精神科継続支援料
依存症集団療法
認知療法・認知行動療法 3
硬膜外自家血注入
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
人工腎臓の注 10 に掲げる下肢末梢動脈疾患指導管理加算
人工膵臓療法
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）
内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術）
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）
内視鏡下筋層切開術
骨格筋由来細胞シート心表面移植術
胆管悪性手術（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術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
腹腔鏡下仙骨膿固定術
凍結保存同種組織加算
粒子線治療
粒子線治療の注 3 に掲げる粒子線治療適応判定加算
粒子線治療の注 4 に掲げる粒子線治療医学管理加算
密封小線源治療の注 8 に掲げる画像誘導密封小線源治療加算
調剤基本料 1、2、3、4 又は 5
調剤基本料（注 1 ただし書に規定する届出）

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

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

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

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

特掲診療料の施設基準等

第 1 ウイルス疾患指導料

1 ウイルス疾患指導料注 2 に規定する加算に関する施設基準

- (1) HIV 感染者の診療に従事した経験を 5 年以上有する専任の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) HIV 感染者の看護に従事した経験を 2 年以上有する専従の看護師が 1 名以上配置されていること。
- (3) HIV 感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が 1 名以上配置されていること。
- (4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が 1 名以上勤務していること。
- (5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

2 届出に関する事項

- (1) ウイルス疾患指導料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 1 を用いること。
- (2) 1 の(1)及び(2)に掲げる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。
- (3) 1 の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び 1 の(4)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。

第 1 の 2 悪性腫瘍特異物質治療管理料

1 悪性腫瘍特異物質治療管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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 28 年 3 月 4 日保医発第 0304 第 1 号）別添 3 の第 1 の 2 の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 1 の 3 小児特定疾患カウンセリング料

1 小児特定疾患カウンセリング料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添 3 の第 1 の 2 の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 1 の 4 小児科療養指導料

1 小児科療養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の4の2 難病外来指導管理料

特掲診療料の施設基準等第3の2の(3)難病外来指導管理料の対象疾患に定める「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。)又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月24日健医発第896号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。)をいう。

第1の5 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の6 入院栄養食事指導料

1 入院栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の7 集団栄養食事指導料

1 集団栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の8 心臓ペースメーカー指導管理料

1 植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術、区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術及び区分番号「K599-5」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）
- (2) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型除細動器移行期加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2 高度難聴指導管理料

1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式2を用いること。
- (2) 1の(1)に該当する保険医療機関については、第61の人工内耳植込術の施設基準の届出をもって高度難聴指導管理料の施設基準の届出に代えることができる。

第3 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。
- (4) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式3を用いること。

- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。
- (3) 1の(4)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第3の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料

1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4 糖尿病合併症管理料

1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に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が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に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常勤看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等(糖尿病重症化予防(フットケア)研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等)が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

- (3) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び(2)に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(3)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケア

の経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

- (1) 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付け健康第0401016号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
- (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

2 届出に関する事項

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の2を用いること。
- (2) 1に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の3 がん患者指導管理料

1 がん患者指導管理料1に関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。

- (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

ア 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

- (3) (1)に掲げる看護師は、5年以上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者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
- (ロ) 臨床倫理(告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割)
- (ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
- (ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
- (ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

- (4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

2 がん患者指導管理料2に関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、1の(2)を満たすこと。
- (3) (1)に掲げる看護師は、1の(3)を満たすこと。

- (4) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 3 がん患者指導管理料3に関する施設基準
- (1) 化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる薬剤師は、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有するものであること。
- (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 4 届出に関する事項
- (1) がん患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の3を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師、2の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師3の(2)に掲げる薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の4 外来緩和ケア管理料

1 外来緩和ケア管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

- ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）

- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

- (4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。
- ア 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- (6) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上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ている者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (7) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

- (1) 外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の4を用いること。
- (2) 外来緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第4の5 移植後患者指導管理料

(1) 臓器移植後に関する施設基準

ア 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

(イ) 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師

- ① 腎臓移植領域10例以上
- ② 肝臓移植領域10例以上
- ③ ①、②以外の臓器移植領域3例以上

(ロ) 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、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

(ハ) 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ アの(ロ)における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

(イ) 医療関係団体が主催するものであること。

(ロ) 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

(ハ) 講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修すること。

ウ 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「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3の第1の1の(7)と同様であること。

(2) 造血幹細胞移植後に関する施設基準

ア 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

(イ) 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は7例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師

(ロ) 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、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

(ハ) 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

イ アの(ロ)における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

(イ) 医療関係団体が主催するものであること。

(ロ) 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。

(ハ) 講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修すること。

ウ 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

エ 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「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3の第1の1の(7)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の5及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2を用いること。
- (2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2により届け出ること。

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

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。
 - ア 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者
なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。
 - ① 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。
 - ② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
 - ③ 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。
 - ④ 通算して10時間以上のものであること。
 - イ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (6) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (7) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (8) 注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、

透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

ア 糖尿病指導の経験を有する医師（(2)を満たすこと。）

イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師（看護師にあっては、(3)のアを満たすこと。保健師にあっては、(4)を満たすこと。）

ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士（(5)を満たすこと。）

(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、同期間内に測定した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ ($ml/分/1.73m^2$) が30未満であったもの（死亡したもの、透析を導入したものと及び腎臓移植を受けたものを除き6人以上が該当する場合に限る。）

イ アの算定時点（複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。）から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者

(イ) 血清クレアチニン又はシスタチンCがアの算定時点から不変又は低下していること

(ロ) 尿たんぱく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること

(ハ) アで $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を測定した時点から前後3月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減していること

(10) 糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

(11) 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「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3の第1の1の(7)と同様であること。

(12) 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 届出に関する事項

(1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の6及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2を用いること。なお、腎不全期患者指導加算に係る届出は、別添7の様式5の8を用いること。

(2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2により届け出ること。

(3) 1の(2)に掲げる医師、(3)又は(4)に掲げる看護師又は保健師及び(5)に掲げる管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。

第5 小児科外来診療料の届出に関する事項

小児科外来診療料については、小児科を標榜する保険医療機関であればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6 地域連携小児夜間・休日診療料

1 地域連携小児夜間・休日診療料1に関する施設基準

(1) 小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

- (2) 夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上を届け出ており、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること。
 - (3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。
 - (4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料2に関する施設基準
- (1) 小児を24時間診療することができる体制を有していること。
 - (2) 専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上を届け出ていること。
 - (3) 地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が6歳未満の小児を24時間診療することが周知されていること。
 - (4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7を用いること。
 - (2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。
 - (3) 2の(1)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第6の2 乳幼児育児栄養指導料

1 乳幼児育児栄養指導料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の3 地域連携夜間・休日診療料

1 地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

- (1) 救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として3名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が2名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。
- (3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらか

じめ定めた時間が周知されていること。

- (4) 緊急時に患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に入院できる体制が整備されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。なお、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できる体制をとっていれば、当該保険医療機関と同一の敷地内にある別の保険医療機関の設備を用いても差し支えない。

2 届出に関する事項

- (1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の2を用いること。
- (2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

第6の4 院内トリアージ実施料

1 院内トリアージ実施料に関する施設基準

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
 - ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間
 - イ トリアージ分類
 - ウ トリアージの流れなお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- (4) 病院については、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、「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3の第1の1の(7)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の3及び「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2を用いること。
- (2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添7の様式13の2により届け出ること。

第6の5 夜間休日救急搬送医学管理料

1 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。
 - ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成7年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 届出に関する事項

夜間休日救急搬送医学管理料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（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の6 外来リハビリテーション診療料

1 外来リハビリテーション診療料に関する施設基準

(1) 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、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の届出を行っていること。

(2) 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。

2 届出に関する事項

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、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の届出を行っていればよく、外来リハビリテーション診療料として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第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

(1) 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。

(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、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を兼任することができる。

(3) 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名以上勤務していること。なお、当該技術者は、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、医療機器安全管理料2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。

- (4) 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

2 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の6を用いること。

第6の8 地域包括診療料

1 地域包括診療料に関する施設基準

(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。
- (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。
- (4) 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。
- (5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
- ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。
- イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は介護保険法第8条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
- ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
- エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
- オ 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5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動

器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又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）

カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

ケ 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること

(7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下の全てを満していること。

ア 診療所の場合

(イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 常勤の医師が2名以上配置されていること。

(ハ) 在宅療養支援診療所であること。

イ 病院の場合

(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。

(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

地域包括診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の7を用いること。

第6の8の2 認知症地域包括診療料

1 認知症地域包括診療料に関する基準

第6の8に掲げる地域包括診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

地域包括診療料の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療料として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の8の3 小児かかりつけ診療料

1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準

(1) 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3) 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算2に係る届出を行っていること。

(4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア 在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上の頻度で行っていること

イ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること

ウ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること

エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有し

ていること

オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること

2 届出に関する事項

小児かかりつけ診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の8を用いること。

第6の9 生活習慣病管理料

1 生活習慣病管理料に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第7 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料に関する施設基準

- (1) 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 禁煙治療の経験を有する医師が1名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。
- (3) 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を1名以上配置していること。
- (4) 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
- (5) 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、別添2の様式8の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準

- (1) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数は、1年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料の延べ算定回数(初回から5回目までの治療を含む。)を初回の治療の算定回数で除した数とする。
- (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数の計算期間は、前年4月1日から当年3月31日までとし、当該平均継続回数の実績に基づく所定点数の算定は、当年7月1日より行う。なお、平成29年6月30日までの算定に当たっては、経過措置として100分の100に相当する点数を算定し、実績に基づく所定点数の減算は、平成29年7月1日から開始する。
- (3) 注1に規定する基準を満たさない場合には、ニコチン依存症管理料の所定点数の100分の70に相当する点数を算定することとなるが、過去1年間に当該管理料の算定の実績が無い場合は、この限りでないこと。

3 届出に関する事項

- (1) ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式8を用いること。
- (2) 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、

専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第8 開放型病院共同指導料

1 開放型病院共同指導料に関する施設基準

(1) 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意(契約等)があり、かつ、病院の運営規程等にこれが明示されていること。

(2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) 開放病床は概ね5床以上あること。

(4) 次の項目に関する届出前30日間の実績を有すること。

ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。

イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。

ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が2割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。

$$\begin{aligned} \text{開放病床利用率} &= \frac{\text{(30日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数)}}{\text{(開放病床} \times \text{30日間)}} \end{aligned}$$

(5) 地域医療支援病院にあっては、上記(1)から(4)までを満たしているものとして取り扱う。

2 届出に関する事項

(1) 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式9を用いること。

(2) 届出前30日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基準の1の(4)のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。

(3) 開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規程等を記載すること。

(4) 登録医師又は歯科医師の名簿(登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。)を別添2の様式10を用いて提出すること。

(5) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(開放病床が明示されていること。)を記載すること。

(6) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第9 在宅療養支援診療所

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、区分番号「C000」往診料の注1に規定する加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ 別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年

間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を4件以上有していること。

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

(イ) 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。

(ロ) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を10件以上有していることをいう。

(ハ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。

(ニ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床未満のものに限る。）が、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1(2)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該診療所において4件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該診療所において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を2件以上有すること。

シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基

準に加え、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

(3) 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ウ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。

オ 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

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

なお、区分番号「I016」精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている診療所であつて、GAF尺度による判定が40以下の統合失調症の患者を10人以上診療している保険医療機関にあつては、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件を満たしていても差し支えないものとする。

2 往診料の加算等の適用

(1) 往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、1の(1)のオに規定する有床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合をいう。

なお、1の(2)のオに規定する在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関において1つでも病床を有する保険医療機関が存在する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての保険医療機関が、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

(2) 往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、1の(1)のオに規定する無床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合をいう。

(3) 往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準

ア 1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援診療所であって、過去1年間の緊急の往診の実績を15件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること。

イ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を過去1年間に10件以上有していること。

ウ 第4の2がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

エ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）がいること。

オ 院内の見やすい場所等に、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(4) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算1の施設基準

1の(3)に規定する在宅療養支援診療所であって、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。

(5) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算2の施設基準

ア 1の(3)に規定する在宅療養支援診療所であって、過去1年間の緊急の往診の実績を4件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有していること。

イ 第4の2がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11、様式11の3及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を用いること。2の(3)の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。2の(4)の在宅療養実績加算1及び2の(5)の在宅療養実績加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の5を用いること。

第10 削除

第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

1 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式13を用いること。
- (2) 1の(2)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

3 都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体(各地域の産婦人科医会等)の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行っていけば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、1の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワーク名を院内に掲示すること。

4 ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

ア 治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

イ 妊娠30週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

- (イ) 前期破水を合併したもの
- (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症を合併したもの
- (ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの
- (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

[早産指数 (tocolysis index)]

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	—	—
破水	無	—	高位破水	—	低位破水
出血	無	有	—	—	—
子宮口の開大度	無	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm以上

ウ 精神療法が実施されているものとは、当該保険医療機関で精神療法が実施されているもの又は他の保険医療機関で精神療法が実施されており、当該保険医療機関に対して当該患者の診療情報が文書により提供されているものを指す。

エ 妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

第11の2 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

1 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

(1) あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

(2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「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」別添3の第1の2の(4)と同様であること。

2 がん治療連携計画策定料の施設基準

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）に基づき、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）の指定を受けた病院又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成26年2月5日健発第0205第4号厚生労働省健康局長通知）に基づき小児がん拠点病院の指定を受けた病院をいう。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、がん診療連携拠点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をいう。

3 届出に関する事項

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の2を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

(2) 計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添2の様式13の3を参考にする。

(3) 1の(2)の保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3 がん治療連携管理料

1 がん治療連携管理料の1に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、がん診療連携拠点病院については、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん治療連携管理料の2に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けている

こと。

3 がん治療連携管理料の3に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。
なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 届出に関する事項

がん治療連携管理料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（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の2 外来がん患者在宅連携指導料

1 外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準

外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算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2の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の3 排尿自立指導料

1 排尿自立指導料の施設基準

(1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師が対診等により当該チームに参画してもよい。）

イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士

(2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。

ウ 通算して6時間以上のものであること。

(3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。

ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

- (4) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
 - (5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。
- 2 届出に関する事項
当該指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の4を用いること。

第11の4 認知症専門診断管理料

- 1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号（平成27年6月26日老発0626第3号による一部改正後のもの））における認知症疾患医療センターであること。
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。
- 3 届出に関する事項
認知症専門診断管理料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（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の5 肝炎インターフェロン治療計画料

- 1 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準
 - (1) 肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。
 - (2) インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。
 - (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。
- 2 届出に関する事項
肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の6を用いること。

第11の6 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第8に掲げる状態の患者又は「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0203003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

第12 薬剤管理指導料

- 1 薬剤管理指導料に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。
 - (2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
 - (3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情

報提供を行っていること。

- (4) 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。
- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方せんにより行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。
- (6) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

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、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。

3 届出に関する事項

- (1) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式14を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、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。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第12の1の2 診療情報提供料(I)及び電子的診療情報評価料

1 診療情報提供料(I)の地域連携診療計画加算に関する施設基準

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。
- (2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

2 診療情報提供料(I)の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること。（退院時要約については平成30年3月までは含まれていなくてもよい。診療所にあつては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。）また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。
- (2) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報の保護が確実に実施されていること。
- (3) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原

則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること（ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。）、また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。

- (4) 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録について、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

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。

第12の2 医療機器安全管理料

1 医療機器安全管理料1に関する施設基準

- (1) 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (2) 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。
- (3) 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。
- (5) 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

2 医療機器安全管理料2に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（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、当該常勤の医師は、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、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (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。

- (3) 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

3 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料2に準じて行うこと。

第13 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）

1 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。
- ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - イ 酸素供給装置
 - ウ 救急蘇生セット
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

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のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。

- (1) 過去1年間に歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。
- (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) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配

置されていること。

- (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。
- (5) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、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。
- (6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- (8) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。
- (9) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (10) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。
- (11) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。

ア 自動体外式除細動器（AED）

イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

ウ 酸素供給装置

エ 血圧計

オ 救急蘇生セット

カ 歯科用吸引装置

2 届出に関する事項

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は、別添2の様式17の2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、感染症対策等の医療安全対策、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。

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

次の要件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。

- (1) 過去1年間に歯科訪問診療料を算定している実績があること。
- (2) 高齢者の心身の特性、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。
- (3) 歯科衛生士が配置されていること。
- (4) 当該診療所において、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、当該担当医の連絡先電話番号、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。

- (5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- (7) 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。
- (8) 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つては、次のいずれにも該当するものであること。
 - ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。
 - エ 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トゲンを有していること。
 - オ 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。
 - (イ) 区分番号「I005」に掲げる抜髄及び区分番号「I006」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。
 - (ロ) 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。
 - (ハ) 区分番号「M018」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「M029」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「M030」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。

2 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

1 在宅療養支援病院の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、区分番号「C000」往診料の注1に規定する加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

- (1) 病院であつて、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

エ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

カ 当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

ス 当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を4件以上有していること。

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している病院であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該病院を含めて10未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床未満のものに限る。）が、診療所にあつては第9の1(2)の要件、病院にあつては以下の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア 許可病床数が200床未満の病院であること。

イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であつて、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

エ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあつても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。

カ 当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であつても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携す

る場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

また、当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

シ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該病院において4件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

ス 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該病院において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を2件以上有すること。

(3) 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっては、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当

- 医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「オ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- エ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
- オ 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- カ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- キ 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- ク 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ケ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- コ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 往診料の加算等の適用

- (1) 1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。
- (2) 往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準
1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(3)に規定する要件を満たしていること。
- (3) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算1の施設基準
1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。
- (4) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算2の施設基準
1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(5)に規定する要件を満たしていること。

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2、様式11の3及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。2の(3)の在宅療養実績加算1及び2の(4)の在宅療養実績加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の5を用いること。

第14の3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

1 在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)
 - イ 酸素供給装置
 - ウ 救急蘇生セット
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

- (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - ア 介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。
- (2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
- (3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の注8に規定する基準

直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分未満の保険医療機関(診療所に限る。)であること。

3 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式19を用いること。ただし、「2」について、平成29年3月31日において現に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関(診療所に限る。)

(平成28年4月1日以降に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行った保険医療機関にあつては、届出時に既に当該基準を満たしていた場合に限る。)が平成29年4月1日以降に当該点数を算定するに当たっては、当該基準を満たしていればよく、当該基準を満たしている場合には、改めて地方厚生(支)局長に届出を行う必要はないこと。

第16 在宅がん医療総合診療料

1 在宅がん医療総合診療料に関する施設基準

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。
- (2) 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- (3) 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- (4) 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。
- (5) 上記(3)における訪問看護及び(4)については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

2 届出に関する事項

- (1) 在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20を用いること。
- (2) 当該保険医療機関において主として在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載すること。
- (3) 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。
- (4) 悪性腫瘍患者の過去1か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。
 - ア 入院患者数（延べ患者数）
 - イ 外来患者数（延べ患者数）
 - ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）

第16の2 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

1 在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア又は褥瘡ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

(1) 緩和ケアに係る専門の研修

- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（6月以上かつ600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
 - (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
 - (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 - (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
 - (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

- (チ) コンサルテーション方法
 - (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
 - (ヌ) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (2) 褥瘡ケアに係る専門の研修

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる通算して6か月程度の研修

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

2 届出に関する事項

在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に係る届出は、別添2の様式20の3を用いること。

第16の3 在宅療養後方支援病院

1 在宅療養後方支援病院の施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）と連携していること。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。
- (3) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者（連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添2の様式20の6又はこれに準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出た患者をいう。）の診療が24時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っていること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい）。なお、入院希望患者が届け出た文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合については、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は1病院につき1患者を想定したものであり、1人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

- (4) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかつた場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。
- (5) 連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報の交換をしていること。なお、その際、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は算定できない。また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、(3)の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

(6) (5)に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

(7) 年に1回、在宅療養患者の受入状況等を別添2の様式20の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の4及び様式20の5を用いること。

第16の4 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

1 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。

ア 常勤の医師

イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ 常勤の管理栄養士(診療所にあつては、非常勤の管理栄養士でもよい。)

ただし、ア及びウについては、常勤職員(診療所の管理栄養士を除く。)であること。

また、当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合及び他の保険医療機関等の看護師(准看護師を除く。)(2)に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

(2) 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。

ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者

イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあつては、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「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)」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

(3) (2)のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア 管理の基本

イ 褥瘡の概要

ウ 褥瘡の予防方法

- エ 褥瘡の治療
- オ 発生後の褥瘡ケア
- カ 在宅褥瘡医療の推進

また、(2)の在宅褥瘡管理者について、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「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」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

2 届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の7を用いること。
なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。また、毎年7月において、前年における実績を別添2の様式20の8により届け出ること。

第16の5 在宅血液透析指導管理料

1 在宅血液透析指導管理料の施設基準

- (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。
- (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

2 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式20の2を用いること。

第16の5の2 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

1 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準

以下のいずれかを満たす施設であること。

- (1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係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であること。
- (2) 当該指導管理を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

2 届出に関する事項

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準に関する届出は、別添2の様式20の9を用いること。

第16の6 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。

ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。

- ① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
- ② 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
- ③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。

- (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

- (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

2 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第17の1の2 歯科訪問診療料の注13に規定する基準

1 歯科訪問診療料の注13に規定する基準に関する施設基準

直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満の保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

歯科訪問診療料の注13に規定する基準に係る届出は別添2の様式21の3の2を用いること。

第17の2 在宅歯科医療推進加算

1 在宅歯科医療推進加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (3) 届出前3月間の月平均延べ患者数を用いること。

2 届出に関する事項

在宅歯科医療推進加算に係る届出は、別添2の様式21の4を用いること。

第18 造血器腫瘍遺伝子検査

1 造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

2 届出に関する事項

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の届出を行っていただくと、造血器腫瘍遺伝子検査として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の1の2 遺伝学的検査

1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発0304第3号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエに掲げる疾患

2 遺伝学的検査の施設基準

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していること。なお、当該検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合は、当該施設基準の届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にも委託すること。

3 届出に関する事項

遺伝学的検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23を用いること。

第18の2 HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)

1 HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)に関する施設基準

- (1) 産婦人科の経験を5年以上有している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

2 届出に関する事項

HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22の2及び様式4を用いること。

第19 検体検査管理加算(Ⅰ)

1 検体検査管理加算(Ⅰ)に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。(「1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名」を除く。)
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第19の2 検体検査管理加算(Ⅱ)

1 検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。
- (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20 検体検査管理加算(Ⅲ)

1 検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準

- (1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。
- (2) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(2)から(6)までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20の2 検体検査管理加算(Ⅳ)

1 検体検査管理加算(Ⅳ)に関する施設基準

- (1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。
- (2) 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。
- (3) 次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査

イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ(CK)、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、血液ガス分析

ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

A B O血液型、R h (D)血液型、C o o m b s 試験(直接、間接)

エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査(その他のものに限る。)

- (4) 定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

- (5) 外部の精度管理事業に参加していること。
- (6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
 - (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20の3 国際標準検査管理加算

- 1 国際標準検査管理加算に関する施設基準
国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 国際標準検査管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
 - (2) 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

第21 遺伝カウンセリング加算

- 1 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準
 - (1) 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 遺伝カウンセリングを年間合計20例以上実施していること。
- 2 届出に関する事項
遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式23を用いること。

第22 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

- 1 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準
 - (1) 循環器科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。
- 2 届出に関する事項
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第22の2 植込型心電図検査

- 1 植込型心電図検査に関する施設基準
下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 - (1) 区分番号「K597」ペースメーカー移植術及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術
 - (2) 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「K598-2」両

心室ペースメーカー交換術

(3) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術

(4) 区分番号「K599-3」両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていただくと、植込型心電図検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第22の3 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

1 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストに関する施設基準

(1) 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

(3) 次に掲げる緊急の検査又は画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。

ア 生化学的検査のうち、血液ガス分析

イ 画像診断のうち、単純撮影（胸部）

2 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添2の様式24の6を用いること。

第22の4 胎児心エコー法

1 胎児心エコー法に関する施設基準

(1) 循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあつては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

(3) 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

2 届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の3及び様式4を用いること。

第22の5 ヘッドアップティルト試験

1 ヘッドアップティルト試験に関する施設基準

(1) 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患

に係る診療を行う小児科)の経験を5年以上有する常勤の医師が勤務していること。

(2) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添2の様式24の7を用いること。

第23 人工臓器検査

1 人工臓器検査に関する施設基準

(1) 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。

(2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

(3) 人工臓器検査を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

赤血球沈降速度、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンA1C、血液浸透圧

イ 生化学的検査

グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、ナトリウム、クロール、カリウム、無機リン、カルシウム

(4) 100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

(5) 入院基本料(特別入院基本料を除く。)を算定していること。

(6) 前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前0時より午後12時までの間のことである。

(7) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

(1) 人工臓器検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の4を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師の氏名、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。

(3) 当該地域における必要性を記載すること。(理由書)

第23の2 皮下連続式グルコース測定

1 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

(1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

(2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

第24 長期継続頭蓋内脳波検査

1 長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 脳神経外科の常勤医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式25を用いること。

第24の2 長期脳波ビデオ同時記録検査1

1 長期脳波ビデオ同時記録検査1に関する施設基準

- (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜していること。
- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
- (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
- (4) 3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
- (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
- (9) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に拠点施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、地域における連携の拠点となる医療機関であること。
- (10) てんかん診療拠点機関として選定されていること。
- (11) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (12) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

- (1) 長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に係る届出は、別添2の様式25の2を用いること。
- (2) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第25 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図

- 1 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図に関する施設基準
施設共同利用率について別添2の様式26に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。
- 2 届出に関する事項
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添2の様式26を用いること。

第25の2 光トポグラフィー

- 1 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準
 - (1) 精神科又は心療内科及び神経内科又は脳神経外科を標榜する病院であること。
 - (2) 当該療法に習熟した医師の指導の下に、当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医が2名以上勤務していること。
 - (3) 神経内科又は脳神経外科において、常勤の医師が配置されていること。
 - (4) 常勤の臨床検査技師が配置されていること。
 - (5) 当該療養に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (6) 国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を修了した常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (7) 当該療法の実施状況を別添2の様式26の3により毎年地方厚生(支)局長に報告していること。
- 2 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準
施設共同利用率について別添2の様式26の2に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2及び様式52を用いること。
 - (2) 当該検査に従事する医師及び臨床検査技師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非常従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第26 脳磁図

- 1 脳磁図に関する施設基準
 - (1) 脳磁図に係る診療の経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。
- 2 届出に関する事項
脳磁図の施設基準に係る届出は、別添2の様式27を用いること。

第26の1の2 脳波検査判断料1

- 1 脳波検査判断料1に関する施設基準
 - (1) 小児科、神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

- (3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 地域ごとに作成されたてんかんに関する地域連携診療計画に二次診療施設として登録し、かつ、地域医療従事者への研修を実施している、連携の拠点となる医療機関であること。
- (6) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

- (1) 脳波検査判断料1の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の2を用いること。
- (2) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第26の1の3 遠隔脳波診断

1 遠隔脳波診断に関する施設基準

- (1) 送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。
 - ア 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。
 - イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (2) 受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。
 - ア 脳波検査判断料1に関する届出を行っている保険医療機関であること。
 - イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の3を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第26の2 神経学的検査

1 神経学的検査に関する施設基準

- (1) 神経内科、脳神経外科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 神経学的検査に関する所定の研修を修了した神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する常勤の医師（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。）が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式28を用いること。

第27 補聴器適合検査

1 補聴器適合検査に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。
 - ア 音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置（スピーカー法による聴覚検査が可能なオーディオメータ等）
 - イ 騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置
 - ウ 補聴器周波数特性測定装置

2 届出に関する事項

補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式29又はそれに準ずる様式を用いること。

第27の2 ロービジョン検査判断料

1 ロービジョン検査判断料に関する施設基準

眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式29の2に準ずる様式を用いること。

第28 コンタクトレンズ検査料

1 コンタクトレンズ検査料に関する施設基準

- (1) コンタクトレンズ検査料1から4までにに関する施設基準
次の基準を満たしていること。

ア 次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、保険医療機関の外来受付（複数診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科の外来受付）及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していること。

- ① 初診料及び再診料（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあつては外来診療料）の点数

当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨

- ② 当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数
当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療経験

- ③ 以上の項目について、患者の求めがあった場合には、説明を行う旨

イ アについて、患者の求めがあった場合には説明を行っていること。

- (2) コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準

ア 次のうちいずれかの基準を満たしていること。

① コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用の場合を含む。以下同じ。）に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が3割未満であること。

② コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が4割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師（眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。）が配置されていること

イ 次のうちいずれかに該当すること。

① 眼科の病床を有すること。

② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。

③ コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。

(3) コンタクトレンズ検査料2に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「ア」を満たしていること。

イ コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「イ」に該当しないこと。

(4) コンタクトレンズ検査料3に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「ア」を満たしていないこと。

イ コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「イ」に該当すること。

2 届出に関する事項

コンタクトレンズ検査料1から3までの施設基準に係る届出は、別添2の様式30を用いること。

第29 小児食物アレルギー負荷検査

1 小児食物アレルギー負荷検査に関する施設基準

(1) 小児科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

(1) 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式31を用いること。

(2) 小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験が分かるものを添付すること。

第29の2 内服・点滴誘発試験

1 内服・点滴誘発試験に関する施設基準

- (1) 皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 蕁麻疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の2を用いること。
- (2) 皮膚科を担当する医師の蕁麻疹の診断及び治療の経験が分かるものを添付すること。

第29の3 センチネルリンパ節生検（片側）

1 センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

- (1) 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

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を用いること。

第29の4 CT透視下気管支鏡検査加算

1 CT透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 区分番号「E200」コンピューター断層撮影の「1」CT撮影の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準のいずれかを現に届け出ていること。
- (2) 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 診療放射線技師が配置されていること。

2 届出に関する事項

CT透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査

1 有床義歯咀嚼機能検査に関する施設基準

- (1) 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。
- (2) 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器及び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。

2 届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の2を用いること。

第30 画像診断管理加算

1 画像診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

3 届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2の届出をもってこれに代えることができる。

第31 歯科画像診断管理加算

1 歯科画像診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設置等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 歯科画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての歯科用3次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影診断及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

3 届出に関する事項

歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式33を用いること。

第32 遠隔画像診断

1 遠隔画像診断に関する施設基準

- (1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。
 - ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。
 - イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管

理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

(2) 受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。

ア 画像診断管理加算1又は画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

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

2 届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第33 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影

1 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

(1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。

(2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。

2 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

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の30以上であること（ただし、特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第93号）第4条第1項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。）。なお、平成28年3月31日時点で当該届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、当該施設基準に該当するものとみなす。がん診療の拠点となる病院とは、第11の2がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の2と同様であること。

3 届出に関する事項

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式36を用いること。

第34 CT撮影及びMRI撮影

1 CT撮影及びMRI撮影に関する施設基準

- (1) 64列以上、16列以上64列未満若しくは4列以上16列未満のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上若しくは1.5テスラ以上3テスラ未満のMRI装置のいずれかを有していること。
- (2) 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。
- (3) 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、CT撮影に係る部門又はMRI撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務していること。

2 CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する施設基準

CT撮影及びMRI撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。

3 届出に関する事項

- (1) CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。
- (2) 当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（MRIの場合）を記載すること。
- (3) CT撮影及びMRI撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、CT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

第35 冠動脈CT撮影加算

1 冠動脈CT撮影加算に関する施設基準

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。

2 届出に関する事項

冠動脈CT撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第35の2 外傷全身CT加算

1 外傷全身CT加算に関する施設基準

- (1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。
- (2) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
- (3) 画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

外傷全身CT加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第35の3 大腸CT撮影加算

1 大腸CT撮影加算に関する施設基準

区分番号「E200」コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を現に届け出ていること。

2 届出に関する事項

コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っていただくと、大腸CT撮影加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第36 心臓MRI撮影加算

1 心臓MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。

2 届出に関する事項

心臓MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の2 乳房MRI撮影加算

1 乳房MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

2 届出に関する事項

乳房MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

2 届出に関する事項

- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の3 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に関する施設基準

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上70%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量

に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

(4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーゴ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

(5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。

第37 外来化学療法加算

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

(2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

(3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

(5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以

外の目的で使用することは認められないものであること。

- (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。

第37の2 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料に関する施設基準

- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
 - ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者
 - イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

3 届出に関する事項

- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。

- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、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を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、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常勤医師が1名以上勤務していること。なお、この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 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理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあつては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。
- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療

機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

- ア 酸素供給装置
- イ 除細動器
- ウ 心電図モニター装置
- エ トレッドミル又はエルゴメータ
- オ 血圧計
- カ 救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

(6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

(9) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

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。

3 届出に関する事項

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第39 心大血管疾患リハビリテーション料(II)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(II)に関する施設基準

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

(2) 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理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、専従者については、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医

療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。

- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で、30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で、20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したものの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。
 - (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
 - (5) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
 - ア 酸素供給装置
 - イ 除細動器
 - ウ 心電図モニター装置
 - エ トレッドミル又はエルゴメータ
 - オ 血圧計
 - カ 救急カートまた、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。
運動負荷試験装置
 - (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
 - (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
 - (9) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。
- 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。
 - 3 届出に関する事項

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び理学療法士、作業療法士又は看護師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等について別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのうち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴(又は講師歴)を有すること。

- (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能であること。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、内法による測定で160平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション

を実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）1室以上を別に有していること。

(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短 下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備 等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

(5) 言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記基準にかかわらず、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

イ 専従の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

(6) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)及び(5)の内法の規定を満たしているものとする。

(7) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(8) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

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。

3 「注5」に規定する施設基準

過去1年間に介護保険法第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6項に規定する介護予防通所リハビリテーションを実施していること。

4 届出に関する事項

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。
 - ア 専従の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能である。
 - イ 専従の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能である。
 - ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。
 - エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具(角度計、握力計

等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具等)、家事用設備、各種日常生活動作用設備等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

(6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

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。

3 「注5」に規定する施設基準

第40の3と同様であること。

4 届出に関する事項

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合にあっては、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児

(者) リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
 - (5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。
 - (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 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。
 - 3 「注5」に規定する施設基準
第40の3と同様であること。
 - 4 届出に関する事項
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第41の2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)

- 1 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の1の(1)から(4)までのいずれかを満たさず、(5)のAからEまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たしたもののについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。
 - (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準における専任の常勤医師、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)の専任者又は専従者を兼ねるものとする。
- 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。

3 「注5」に規定する施設基準

第40の3と同様であること。

4 届出に関する事項

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていただくと、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第41の3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）

1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届け出ていること。

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準における専任の常勤医師、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

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。

3 「注5」に規定する施設基準

第40の3と同様であること。

4 届出に関する事項

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っていただくと、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第41の4 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）

1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）に関する施設基準

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）を届け出ていること。

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の施設基準における専任の常勤医師、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

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。

3 「注5」に規定する施設基準

第40の3と同様であること。

4 届出に関する事項

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の届出を行っていただくと、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第42 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（1）当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は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医師であることが望ましい。

(2) 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。
なお、当該専従の従事者は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

(6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

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。

3 「注5」に規定する施設基準

第40の3と同様であること。

4 届出に関する事項

(1) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第42の2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

1 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は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医師であることが望ましい。
- (2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
- ア 専従の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。
- イ 専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。
- ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合せて2名以上勤務していること。
- また、当分の間、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看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

- (5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等
- (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 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。
- 3 「注5」に規定する施設基準
第40の3と同様であること。
- 4 届出に関する事項
 - (1) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第43 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

- 1 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
 - (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
 - (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等
- (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 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。
- 3 「注5」に規定する施設基準
第40の3と同様であること。
- 4 届出に関する事項
 - (1) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

- 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
 - (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士1名については、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
 - (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハ

ハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

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。

3 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45 呼吸器リハビリテーション料(II)

1 呼吸器リハビリテーション料(II)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、運動器リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。
なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーシ

ョン、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

(6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

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。

3 届出に関する事項

(1) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45の2 経口摂取回復促進加算

1 経口摂取回復促進加算1に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、兼任は可能であること。

(2) 以下のいずれかに該当する患者の数が合わせて年間2名以上であること

ア 新たに他の保険医療機関等から紹介された患者で、胃瘻を造設している患者

イ 当該保険医療機関で新たに胃瘻を造設した患者

(3) 経口摂取以外の栄養法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の3割5分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

ア 他の保険医療機関等から紹介された患者で、かつ、鼻腔栄養を実施している者又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者

イ 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者

- (4) 以下のいずれかに該当する患者は、(3)の合計数には含まないものとする。ただし、エからカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から1年を経過していない場合は、(3)の合計数に含むものとする。
- ア 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
- イ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者
- ウ (3)アに該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
- エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) (3)のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（(4)のアからカまでのいずれかに該当する患者を含む。）について、氏名、鼻腔栄養導入・胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、鼻腔栄養導入、胃瘻造設、又は他の保険医療機関から紹介された日を起算日として、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (7) (3)のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（(4)のアからカまでのいずれかに該当する患者を除く。）について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。
- (8) (3)の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、以下の状態をいう。
- ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態
- イ 胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態
- (9) 栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、(8)の条件を満たすこと。

2 経口摂取回復促進加算2に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の常勤言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管

疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、兼任は可能である。

- (2) 4月前までの3か月間に当該保険医療機関で摂食機能療法を開始した入院患者（転院及び退院した者を含む。）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていないもの（以下に掲げるものを除き、10例以上の場合に限る。）の3割以上について、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態（内服薬及び水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。）へ回復させていること。

ア 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

イ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者

ウ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者

エ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者

- (3) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

- (4) 摂食機能療法を開始した入院患者（転院及び退院した者を含む。）について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。

3 届出に関する事項

- (1) 経口摂取回復促進加算1の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の4及び43の5を用いること。経口摂取回復促進加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の6を用いること。
- (2) 当該治療に従事する言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

第46 難病患者リハビリテーション料

1 難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。
- (2) 専従する2名以上の従事者（理学療法士又は作業療法士が1名以上であり、かつ、看護師が1名以上）が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、

第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

- (3) 取り扱う患者数は、従事者1人につき1日20人を限度とすること。
- (4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とすること。なお、専用の機能訓練室には疾患別リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。
- (5) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(4)の内法の規定を満たしているものとする。
- (6) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。
 - ア 訓練マットとその付属品
 - イ 姿勢矯正用鏡
 - ウ 車椅子
 - エ 各種杖
 - オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

2 届出に関する事項

- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47 障害児（者）リハビリテーション料

1 障害児（者）リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。
 - ア 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）
 - イ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定発達支援医療機関
 - ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね8割であることの要件については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）
- (2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

(3) ア又はイのいずれかに該当していること。

ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児(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1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。

ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)における常勤従事者との兼任は可能であること。

(4) 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

(5) 障害児(者)リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室(少なくとも、病院については、内法による測定で60平方メートル以上、診療所については、内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有すること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。

(6) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(5)の内法の規定を満たしているものとする。

(7) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア 訓練マットとその付属品

イ 姿勢矯正用鏡

ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具(角度計、握力計等)

(8) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(9) 定期的担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

(1) 障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。

- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の2 がん患者リハビリテーション料

1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。
 - ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
 - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。
 - (イ) 医療関係団体等が主催するものであること。
 - (ロ) 研修期間は通算して14時間程度のものであること。
 - (ハ) 研修内容に以下の内容を含むこと。
 - (a) がんのリハビリテーションの概要
 - (b) 周術期リハビリテーションについて
 - (c) 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて
 - (d) がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて
 - (e) がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて
 - (f) 進行癌患者に対するリハビリテーションについて
 - (ニ) 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。
 - (ホ) リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものであること。
 - イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。
 - (イ) 医療関係団体等が主催するものであること。
 - (ロ) 研修期間は通算して14時間程度のものであること。
 - (ハ) 研修内容に以下の内容を含むこと。
 - (a) がんのリハビリテーションの概要
 - (b) 周術期リハビリテーションについて
 - (c) 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて
 - (d) がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて
 - (e) がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて
 - (f) 進行癌患者に対するリハビリテーションについて
 - (ニ) 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。
 - (ホ) リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ1名以上参加して行われるものであること。
- (2) 当該保険医療機関内にはがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、(1)のイに規定する研修を修了した者のことをいう。また、専従する言語聴覚士がいる場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。
- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で100平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室におい

て同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。

- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂囊などの重錘、各種測定用器具等

2 届出に関する事項

- (1) がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の2を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。なお、当該従事者ががん患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の3 認知症患者リハビリテーション料

1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。
 - ア 認知症患者の診療の経験を5年以上有する者
 - イ 認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者
なお、適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。
 - (イ) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（6時間以上の研修期間であるもの）。
 - (ロ) 認知症患者のリハビリテーションについて専門的な知識・技能を有する医師の養成を目的とした研修であること。
 - (ハ) 講義及び演習により次の内容を含むものであること。
 - (a) 認知症医療の方向性
 - (b) 認知症のリハビリテーションの概要
 - (c) 認知症の非薬物療法について
 - (d) 認知症の鑑別と適する非薬物療法
 - (e) 認知症の生活機能障害の特徴とリハビリテーション
 - (f) 進行期認知症のリハビリテーションの考え方
 - (ニ) ワークショップや、実際の認知症患者へのリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。
- (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上体制加算、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を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟

における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。なお、当該保険医療機関において、認知症患者リハビリテーションが行われる日・時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、専従する言語聴覚士がいる場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。
- (5) 認知症疾患医療センターとは、「認知症対策総合支援事業の実施について」（平成25年7月4日老発0704第1号老健局長通知）における、基幹型センター及び地域型センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

- (1) 認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の3を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。なお、当該従事者が認知症患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

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。
 - ア それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 - イ 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 - ウ リンパ浮腫の複合的治療について下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、座学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。
 - (イ) 国、関係学会、医療関係団体等で、過去概ね3年以上にわたり医師、看護師、理学療法士又は作業療法士を対象とした教育・研修の実績があるものが主催し、修了証が交付されるものであること。
 - (ロ) 内容、実施時間等について「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」（厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修」リンパ浮腫研修委員会）に沿ったものであること。ただし、医師（専らリンパ浮腫複合的治療に携わる他の従事者の監督を行い、自身では直接治療を行わないものに限る。）については、座学の研修のみを修了すればよい。

- (ハ) 研修の修了に当たっては原則として試験を実施し、理解が不十分な者については再度の受講等を求めるものであること。
- (2) 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
又は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。
- (3) 当該保険医療機関又は合併症治療に係る連携先として届け出た別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎等のリンパ浮腫に係る合併症に対する診療を適切に行うことができること。
- (4) 治療を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
歩行補助具、治療台、各種測定用器具（巻尺等）
- (5) 治療に関する記録（医師の指示、実施時間、実施内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である。
- 2 届出に関する事項
リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出は、様式43の7を用いること。

第47の4 集団コミュニケーション療法料

1 集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

- (1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 専従する常勤言語聴覚士が1名以上勤務すること。なお、当該言語聴覚士は、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。
- (3) 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする）。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- (4) 平成26年3月31日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2 届出に関する事項

- (1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

- (3) 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の5 歯科口腔リハビリテーション料2

1 歯科口腔リハビリテーション料2に関する施設基準

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る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。
- (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MR I 撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

2 届出に関する事項

歯科口腔リハビリテーション料2の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の4を用いること。

第47の6 通院・在宅精神療法

1 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

- (1) 当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。
- (2) (1)の他、20歳未満の患者に対する精神医療の経験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。
- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。
- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

2 届出に関する事項

通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式44の5を用いること。

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) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (2) 自殺企図等により入院となっ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医師が1名以上配置されていること。
- (3) 自殺企図等により入院となっ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、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤臨床心理技術者又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。
- (4) (1)及び(2)における適切な研修とは、次のものをいうこと。

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（16時間以上の研修期間であるもの）。
- イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

- (イ) 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項
- (ロ) 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要
- (ハ) 自殺企図のリスク因子と防御因子について
- (ニ) 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
- (ホ) 初回ケースマネジメント面接について
- (ヘ) 定期ケースマネジメントについて
- (ト) ケースマネジメントの終了について
- (チ) インシデント対応について
- (リ) ポストベンションについて
- (ヌ) チーム医療とセルフケアについて

ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

2 届出に関する事項

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

第48 認知療法・認知行動療法

1 認知療法・認知行動療法1に関する施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が1名以上勤務していること。

2 認知療法・認知行動療法2に関する施設基準

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。

3 認知療法・認知行動療法3に関する施設基準

- (1) 1の(1)及び(2)を満たしていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の(2)の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

- (イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
- (ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。

(ハ) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に1年以上勤務し、治療に係る面接に60回以上同席した経験を持つ看護師を対象としたものであること。

(ニ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

4 届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の3を用いること。

第48の1の2 依存症集団療法

1 依存症集団療法に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれも依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

(2) (1)における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（14時間以上の研修期間であるもの）。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

(イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向

(ロ) 依存症患者の精神医学的特性

(ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応

(ニ) 依存症に関連する社会資源

(ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応

(ヘ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

3 届出に関する事項

依存症集団療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の7を用いること。専任の精神科医及び専任の看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

第48の2 精神科作業療法

1 精神科作業療法に関する施設基準

(1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。

(2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50人を標準とすること。

(3) 作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対して50平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

(4) 平成26年3月31日において、現に精神科作業療法の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じ

て具備すること。

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）、日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

- (6) 精神科病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式45を用いること。
- (2) 当該治療に従事する作業療法士の氏名、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。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第49 精神科ショート・ケア「大規模なもの」

1 精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
 - ア 精神科の医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術者、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。）の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1回50人を限度とすること。
 - イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1回70人を限度とすること。
- (2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。
- (3) 平成26年3月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- (4) (1)で規定する従事者が共同して、別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第50 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

1 精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科医師及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対しては1回20人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

(2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ30平方メートル以上とし、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

(1) 精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第51 精神科デイ・ケア「大規模なもの」

1 精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、臨床心理技術者、精神保健福祉士の1人）の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。

イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とすること。

(2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は内法に

よる測定で4.0平方メートルを標準とすること。

- (3) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- (4) (1)で規定する従事者が共同して、別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。
- (5) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第52 精神科デイ・ケア「小規模なもの」

1 精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する2人の従事者(作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者等のいずれか1人、看護師1人)の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。
- (2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とするものであること。
- (3) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- (4) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第53 精神科ナイト・ケア

1 精神科ナイト・ケアに関する施設基準

- (1) 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては、1日20人を限度とすること。
- (2) 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。
- (3) 平成26年3月31日において、現に精神科ナイト・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- (4) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54 精神科デイ・ナイト・ケア

1 精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。
 - ア 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の3人で構成する場合にあつては、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。
 - イ 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は准看護師のいずれか1人及び精神保健福祉士、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の4人で構成する場合にあつては、患者数が当該従事者4人に対して1日50人を限度とすること。
 - ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあつては、患者数が当該従事者6人に対して1日70人を限度とするこ

と。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を超えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、1名に限り、看護補助者をもって充てることことができる。

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。
- (3) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、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。なお、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・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54の2 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 副作用に対応できる体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式46の3を用いること。

第55 重度認知症患者デイ・ケア料

1 重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

- (1) 重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日25人を限度とする。

イ アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は臨床心理技術者のいずれか1人）の8人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。

ウ 夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。

エ 夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。

(2) 重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを基準とすること。

(3) 平成26年3月31日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) 重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

2 届出に関する事項

(1) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添2の様式47を用いること。

(2) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第55の2 精神科重症患者早期集中支援管理料

1 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する施設基準

(1) 以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間の往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア 当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ 当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が24時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による24時間の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。

ウ 往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。

(2) 当該保険医療機関において、以下の要件を全て満たしていること。

ア 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、「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」別添4の第17の2の(3)の

イと同様であること。

イ 都道府県や医療機関等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を行っていること。具体的には、(イ)から(ハ)までのいずれかについて、合計して年6回以上行っていること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における救急患者への対応に関し、精神科救急情報センター等の相談員からの問合せに対応すること。具体的には、精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール体制を含む）に協力していること。

(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療や、救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診察を行うこと。）

(ハ) 所属する当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当該精神保健指定医が当直又はオンコール等に参加していること。

ウ 標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

(イ) 区分番号「A001」再診料の注9に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

2 届出に関する事項

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式47の2を用いること。

第56 医療保護入院等診療料

1 医療保護入院等診療料に関する施設基準

(1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

(2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。

イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施。

2 届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添2の様式48を用いること。

第56の2 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

- 1 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1を算定する診療科を届け出ていること。
- 2 次のいずれかを満たしていること。
 - (1) 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の確保について」（平成22年1月26日医政発0126第1号）の別添2「周産期医療体制整備指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
 - (2) 「災害拠点病院整備事業の実施について」（平成8年5月10日健政発第435号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
 - (3) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院であること。
 - (4) 全身麻酔による手術の件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。
- 3 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。
 - (1) 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
 - (2) 意識障害又は昏睡
 - (3) 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 - (4) 急性薬物中毒
 - (5) ショック
 - (6) 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - (7) 広範囲熱傷
 - (8) 外傷、破傷風等で重篤な状態
 - (9) 緊急手術を必要とする状態
 - (10) その他、(1)から(9)までに準ずるような重篤な状態
- 4 病院勤務医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。
 - (1) 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - (2) 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
 - (3) 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜

間の勤務状況を把握していること（客観的な手法を用いることが望ましい。）。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

- (4) (2)に規定する委員会等において、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。
 - (5) 当該計画には以下の項目を含むこと。
 - ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
 - イ 予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮等
 - (6) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。
 - ア 医師事務作業補助者の配置
 - イ 短時間正規雇用医師の活用
 - ウ 地域の他の保険医療機関との連携体制
 - エ 外来縮小の取組（ただし、特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が500床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が500床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。）では、必ず本項目を計画に含むこと。）
- 5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、次のいずれも実施していること。
- (1) 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。
 - ア 教育的観点から、臨床研修の責任者が必要とあらかじめ認める場合であって、臨床研修1年目の医師が実施する場合。（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）
 - イ 医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合。（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）
 - ウ 新生児に対して実施する場合。
 - (2) 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時1名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。
- 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。
- (1) 年間の当直表（病院全体の当直の実績が分かるもの）及び当該加算を算定している全ての診療科における予定手術に係る術者、第一助手の実績一覧及び緊急呼出し当番表（勤務実績が分かるもの）を少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、

保管しているかどうかにかかわらず実施しているものとみなす。

- (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず実施しているものとみなす。
- (3) (2)の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内（ただし、当直医師を毎日6人以上（集中治療室等に勤務する医師を除く。）配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内）であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。
- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

- ア 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。
- イ 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。
- ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。
- エ 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保すること。
- オ 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼出し当番を担う医師を置かなくても差し支えない。ただし、同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に2列以上の手術を行う場合、手術を行う医師（夜勤を行っている医師を除く。）は、6(2)における当直等を行っている者には数えない。
- カ 交代勤務の勤務実績を少なくとも5年間保管していること。また、6(1)に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）を作成し、少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、これらを保管しているかどうかにかかわらず実施しているものとみなす。
- キ 交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

- (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

- ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師の数が5名又はその端数を増すごとに1名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
- イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと。（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）
- ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜

勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ 夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師（術者及び全ての助手をいう。）について、翌日の予定手術を行う場合は、6（2）における当直等を行っている者として数える。

オ 6（1）に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）及び緊急呼出しを実施した実績一覧（実際に保険医療機関内で診療を行ったもの全てを含むこと。また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間が分かるものであること）を作成し、少なくとも5年間保管していること。ただし、平成26年3月31日以前のものについては、保管しているかどうかにかかわらず算定できる。

カ 緊急呼出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

（3）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、6（2）における当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

ア 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

イ 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

8 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間において、現に勤務することをいう。

9 届出に関する事項

（1）施設基準の届出は別添2の様式48の2、48の2の2、48の3及び48の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。

（2）静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第56の3 硬膜外自家血注入

1 硬膜外自家血注入の施設基準

（1）脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について5年以上及び当該療養について1年

以上の経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。また、当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として3例以上の症例を実施していること。

- (3) 病床を有していること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 緊急手術体制が整備されていること。
- (6) 当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、(2)について脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあつては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

2 届出に関する事項

- (1) 硬膜外自家血注入に係る届出は、別添2の様式52及び様式48の6を用いること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第57 エタノールの局所注入

1 甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラードプラエコー（解像度 7.5MHz以上）を備えていること。

2 副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 副甲状腺治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する医師が1名以上いること。
- (2) カラードプラエコー（解像度 7.5MHz以上）を備えていること。

3 届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添2の様式49又は様式49の2を用いること。

第57の2 透析液水質確保加算

1 透析液水質確保加算1の施設基準

- (1) 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。
- (2) 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

2 透析液水質確保加算2の施設基準

- (1) 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。
- (2) 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

3 届出に関する事項

透析液水質確保加算1及び2の施設基準に係る届出は別添2の様式49の3を用いること。また、透析機器安全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。

第57の2の2 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

1 下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

- (1) 当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患

に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び指導内容等を診療録に記載していること。

- (2) 検査の結果、A B I 検査0.7以下又はS P P 検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。
- (3) 専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めた上で、当該医療機関について事前に届出を行っていること。また、当該医療機関について、院内掲示をすること。なお、専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標榜している病院のことをいう。

ア 循環器科

イ 胸部外科又は血管外科

ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科

2 届出に関する事項

下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出は別添2の様式49の3の2を用いること。

第57の2の3 人工臓療法

1 人工臓療法に関する施設基準

- (1) 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。
- (2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 人工臓療法を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。
 - ア 血液学的検査
赤血球沈降速度、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンA1C、血液浸透圧
 - イ 生化学的検査
グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、ナトリウム、クロール、カリウム、無機リン、カルシウム
- (4) 100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。
- (5) 入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。
- (6) 前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前0時より午後12時までの間のことである。
- (7) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該療法に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 人工臓療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の4を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、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。

- (3) 当該地域における必要性を記載すること。(理由書)

第57の3 磁気による膀胱等刺激法

1 磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準

5年以上の泌尿器科の経験又は5年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて2名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準に係る届出は別添2の様式49の4を用いること。
- (2) 泌尿器科又は産婦人科を担当する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第57の4 一酸化窒素吸入療法(新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。)

1 一酸化窒素吸入療法(新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。)に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、一酸化窒素吸入療法(新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。)として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第57の4の2 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)

1 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、神経・筋疾患の診療及びリハビリテーションに3年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- (2) 従事者の職種、人数及び勤務形態並びに訓練室の具備すべき条件(装置、広さ等)について、関連学会が監修する適正使用ガイドに規定された基準を満たすこと。
- (3) 定期的に、担当の複数職種が参加し、当該処置による歩行運動機能改善効果を検討するカンファレンスが開催されていること。
- (4) 当該処置に関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者、歩行運動機能改善効果に係る検討結果等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2 届出に関する事項

- (1) 歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)の施設基準に係る届出は、別添2の様式49の6を用いること。
- (2) 当該処置に従事する医師の氏名、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。
- (3) 当該処置に従事する理学療法士、作業療法士、看護師等の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式49の7を用いて提出すること。
- (4) 当該処置が行われる機能訓練室及び歩行路の配置図及び平面図を添付すること。

第57の4の3 手術用顕微鏡加算

1 手術用顕微鏡加算に関する施設基準

- (1) 手術用顕微鏡を用いた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。
- (2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第57の5 う蝕歯無痛的窩洞形成加算

1 う蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー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名以上いること。
- (2) 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の6 CAD/CAM冠

1 CAD/CAM冠に関する施設基準

- (1) 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。
- (2) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること。
- (3) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

2 届出に関する事項

CAD/CAM冠の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

第57の7 歯科技工加算1及び2

1 歯科技工加算1及び2に関する施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士を配置していること。
- (2) 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。
- (3) 歯科技工に必要な機器を有していること。
- (4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理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

歯科技工加算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57の8 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

1 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基

準

- (1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の4及び様式52を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第57の9 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）

1 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）に関する施設基準

- (1) 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が1名以上配置されていること。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が1名以上配置されていること。
- (3) 一次再建の場合は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上及び形成外科の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が配置されており、連携して手術を行うこと。
- (4) 二次再建の場合は形成外科の専門的な研修の経験を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。
- (5) 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の5を用いること。

第57の9の2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））

1 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））に関する施設基準

- (1) 整形外科を標榜している病院であること。
- (2) 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））に係る届出は、別添2の様式50の5の2を用いること。なお、1の(3)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第57の10 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）

1 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）に関する施設基準次のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。

- (1) CT撮影及びMRI撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (2) 運動器リハビリテーション料(I)又は運動器リハビリテーション料(II)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (3) 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること又は大学病院本院であること。
- (4) 整形外科の経験を5年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であって、所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。なお、当該研修は次の内容を含むものであること。

ア 当該材料の適応に関する事項

イ 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

ウ 軟骨採取法に関する事項

エ 周術期管理に関する事項

オ 合併症への対策に関する事項

カ リハビリテーションに関する事項

キ 全例調査方法に関する事項

ク 手術方法に関する事項（当該材料に類似した人工物を用いた手技を含む。）

2 届出に関する事項

- (1) 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の6及び様式52を用いること。
- (2) 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第58 腫瘍脊椎骨全摘術

1 腫瘍脊椎骨全摘術

- (1) 整形外科を標榜している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 区分番号「K118」、「K131-2」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施

した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。

- (4) 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、当該手術を3例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 手術の際の緊急事態に対応可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 腫瘍脊椎骨全摘術に係る届出は、別添2の様式51及び様式52を用いること。
- (2) 整形外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第58の2 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）

1 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

- (1) 脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。
- (3) 5年以上の脳神経外科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて5例以上実施した経験を有すること。
- (4) 5年以上の麻酔科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 頭蓋内腫瘍摘出術を年間5例以上実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式51の2及び様式52を用いること。
- (2) 脳神経外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。
- (3) 関係学会より認定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。

第58の3 頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

1 頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、このうち1名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。
- (3) 脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能な体制が整っていること。
- (4) 脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。
- (5) 当該療養に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。
- (6) 悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、本レーザ装置が適切に保守管理されていること。
- (7) 実際の手技に当たって、5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師であって関係学

会から示されている所定の研修を修了している医師が1名以上参加すること。

2 届出に関する事項

- (1) 頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式51の3を用いること。
- (2) 脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第59 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）

1 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に関する施設基準

- (1) 形成外科及び脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式54を用いること。
- (2) 形成外科又は脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60 脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

1 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に関する施設基準

- (1) 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
第24の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。
- (2) 脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜している病院であり、当該診療科の常勤医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式25を用いること。

第60の2 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

1 仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術に関する施設基準

- (1) 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は所定の研修を修了していること。
- (2) 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者

が実施すること。

(3) 緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

(1) 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術に係る届出は、別添2の様式53を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60の3 治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）

1 治療的角膜切除術に関する施設基準（エキシマレーザーによるものに限る。）

(1) 眼科の経験を5年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

(1) 治療的角膜切除術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の2を用いること。

(2) 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60の4 羊膜移植術

1 羊膜移植術に関する施設基準

(1) 眼科の経験を5年以上有し、かつ、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が3名以上配置されていること。

(3) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

2 届出に関する事項

(1) 羊膜移植術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の3を用いること。

(2) 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60の5 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））

1 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））に関する施設基準

(1) 眼科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 当該保険医療機関において、濾過手術又は緑内障インプラント手術が合わせて50例以上実施されていること。

(4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 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））に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の4を用いること。
- (2) 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第60の6 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

1 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に関する施設基準

- (1) 眼科に係る診療の経験を10年以上有し、区分番号「K277-2」、「K280」の「1」、「K280」の「2」又は「K281」の手術を、1年間に、主たる術者として併せて30例以上行った常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 眼科を標榜している医療機関であること。
- (3) 当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、保守管理に係る計画がなされていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

2 届出に関する事項

- (1) 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の5を用いること。
- (2) 眼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。
- (3) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第60の7 網膜再建術

1 網膜再建術に関する施設基準

- (1) 眼科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の眼科の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は当該手術に習熟した医師の指導の下に3例以上実施した経験を有する医師（当該診療科について10年以上の経験を有するものに限る。）であること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において増殖性硝子体網膜症手術が10例以上実施されていること。
- (5) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 網膜再建術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の6を用いること。
- (2) 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術

1 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
- (2) 内耳又は中耳の手術が年間30例以上あること。
- (3) 常勤の耳鼻咽喉科の医師が3名以上配置されており、このうち2名以上は耳鼻咽喉科の経

験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の人工内耳植込術の経験を有していること。

- (4) 言語聴覚療法に専従する職員が2名以上配置されていること。なお、届出を行う保険医療機関と密接な連携を有する保険医療機関で人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術を実施した患者のリハビリテーションを行う場合は、リハビリテーションを実施する施設に常勤の耳鼻咽喉科医師が1名以上及び言語聴覚療法に専従する職員が2名以上配置されていなければ差し支えない。

2 届出に関する事項

- (1) 人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式55を用いること。
- (2) 耳鼻咽喉科の常勤の医師及び言語聴覚療法に従事する者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の2 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）

1 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院であること。
- (2) 耳鼻咽喉科の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は少なくとも5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）の経験を有していること。
- (3) 脳神経外科又は眼科の経験を5年以上有する常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の7を用いること。
- (2) 耳鼻咽喉科、脳神経外科又は眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の3 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

- (1) 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
- (2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、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形成外科又は耳鼻咽喉科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式56を用いること。
- (2) 形成外科又は耳鼻咽喉科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の4 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

- (1) 歯科口腔外科を標榜している病院であること。
- (2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、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歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の3を用いること。
- (2) 歯科口腔外科を担当する歯科医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の4の2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

1 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に関する施設基準

- (1) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。
- (2) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上及び区分番号「K461-2」、「K462-2」及び「K464-2」の手術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 緊急手術体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の4を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の5 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除

を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）

1 乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）に関する施設基準

- (1) 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳房悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「注2」の乳がんセンチネルリンパ節加算2のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあつては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 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））に関する施設基準

- (1) 乳腺悪性腫瘍手術が年間20例以上あること。
- (2) 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳頭乳輪温存乳房切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されかつ迅速病理検査の体制が整っていること。

3 届出に関する事項

- (1) 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の2を用いること。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））に関する施設基準については、別添2の様式52及び様式56の5を用いること。
- (2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の6 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）

1 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に関する施設基準

- (1) 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師若しくはその指導

下で研修を行う医師が1名以上配置されていること。

- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が1名以上配置されていること。
- (3) 一次一次的再建の場合は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が配置されており、連携して手術を行うこと。
- (4) 一次二次的再建及び二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を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。
- (5) 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に係る届出は、別添2の様式50の5を用いること。

第61の7 肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）

1 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。）に関する施設基準

- (1) 呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として5例以上経験している常勤の医師が配属されていること。
- (2) 当該保険医療機関に呼吸器内科及び放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 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。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の6を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第62 同種死体肺移植術

1 同種死体肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
- (2) 移植関係学会合同委員会により選定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。

第62の2 生体部分肺移植術

1 生体部分肺移植術に関する施設基準

- (1) 肺切除術が年間20例以上あること。
- (2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師が5名以上配置されており、このうち少なくとも1名は臓器移植の経験を有していること。
- (3) 生体部分肺移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイド

ライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。

2 届出に関する事項

- (1) 生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式58を用いること。
- (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。

第62の2の2 内視鏡下筋層切開術

1 内視鏡下筋層切開術に関する施設基準

- (1) 消化器内科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 当該医療機関において、当該手術が10例以上実施されていること。
- (3) 消化器外科又は消化器内科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術(早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。)について20例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。また、当該医師は、当該手術について術者として又は補助を行う医師として15例(このうち5例は術者として実施しているものに限る)以上の経験を有していること。
- (4) 実施診療科において、常勤の医師が3名以上配置されていること。ただし、消化器外科において、医師が1名以上配置されていること。
- (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 緊急手術体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下筋層切開術に係る届出は、別添2の様式52及び様式58の2を用いること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第62の3 経皮的冠動脈形成術

1 経皮的冠動脈形成術に関する施設基準

当該手術について、前年(1月から12月まで)の以下の手術件数を院内掲示すること。

- (1) 急性心筋梗塞に対するもの
- (2) 不安定狭心症に対するもの
- (3) その他のもの

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術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(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)

1 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を年間30例以上実施しており、かつ、経皮的冠

動脈形成術を年間200例以上実施していること。

- (3) 5年以上の循環器科の経験を有する医師が1名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式59を用いて提出すること。

第63の2 経皮的冠動脈ステント留置術

1 経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準

当該手術について、前年（1月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。

- (1) 急性心筋梗塞に対するもの
- (2) 不安定狭心症に対するもの
- (3) その他のもの

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈ステント留置術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（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63の3 経カテーテル大動脈弁置換術

1 経カテーテル大動脈弁置換術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。

ア 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。

イ 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）を年間20例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間10例以上実施していること。

ウ 冠動脈に関する血管内治療（PCI）を年間100例以上実施していること。

エ 経食道心エコー検査を年間200例以上実施していること。

- (3) 5年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されており、かつ、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。

- (4) 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、(3)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

- (5) 関係学会より認定された施設であること。

- (6) 以下のいずれも満たす手術室を有していること。

ア 設置型透視装置を備えていること。

イ 高性能フィルタを使用して空気浄化を行い、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。

ウ 必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。

エ 速やかに開胸手術に移行可能であること。

- (7) 術中経食道心エコー検査、経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。

- (8) 実際の手技に当たって、5年以上の循環器科の経験を有する常勤の医師と5年以上の心臓

血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ1名以上参加すること。

(9) 関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

2 届出に関する事項

(1) 経カテーテル大動脈弁置換術に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の2を用いること。

(2) 循環器科及び心臓血管外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。

(3) 関係学会より認定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。

第63の4 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

1 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に関する施設基準

(1) 心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している病院であること。

(2) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。

(3) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

(4) 直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術を3年間に10例以上実施していること。

(5) 区分番号「K552」から「K605-4」までに掲げる手術（経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び2日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）を年間50例以上（16歳未満に実施したものに限り。）実施していること。

(6) 心臓血管外科の経験を5年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例（このうち5例は術者として実施しているものに限り。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が1名以上配置されていること。

(7) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

(1) 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の3を用いること。

(2) 心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第63の5 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）

1 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

(1) 循環器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間50例以上実施していること。

(3) 循環器科についての専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は不整脈についての専門的な研修の経験を5年以上有していること。

(4) 麻酔科の標榜医が1名以上配置されていること。

(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。

(6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

2 届出に関する事項

- (1) 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の4を用いること。
- (2) 循環器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第64 経皮的中隔心筋焼灼術

1 経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

- (1) 循環器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 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の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。ただし、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (4) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (5) 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年間合計100例以上実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前1年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添2の様式52及び様式60を用いて提出すること。
- (2) 経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により1の(3)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。

なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

第65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

1 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準

循環器科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

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を用いること。

第65の2 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術

1 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

- (1) 区分番号「K597」ペースメーカー移植術及び区分番号「K597-2」ペースメーカ

一交換術

- (2) 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術
- (3) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術
- (4) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていただくと、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第66 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

1 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
- (4) 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。
- (5) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
- (6) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

2 届出に関する事項

- (1) 両心室ペースメーカー移植術及び両心室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52及び様式61を用いること。
- (2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第67 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術

1 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

- (1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、

ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

(4) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。

(5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

2 届出に関する事項

(1) 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式62を用いること。

(2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第67の2 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

1 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術に関する施設基準

(1) 循環器科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

(2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施しており、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。

(3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。

(4) 常勤の循環器科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は所定の研修を修了していること。

(5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

2 届出に関する事項

(1) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式63を用いること。

(2) 循環器科及び心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第68 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

1 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）に関する施設基準

循環器科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

大動脈バルーンパンピング法（IABP法）の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第69 補助人工心臓

1 補助人工心臓に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の症例が年間50例以上あること。
- (3) 常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
- (4) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 血液学的検査
 - イ 生化学的検査
 - ウ 画像診断

2 届出に関する事項

- (1) 補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式64を用いること。
- (2) 心臓血管外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により提出すること。

第69の2 小児補助人工心臓

1 小児補助人工心臓に関する施設基準

- (1) 心臓血管手術の症例が年間100例以上であり、そのうち18歳未満の症例に対する心臓手術が年間50例以上であること。
- (2) 11歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去5年間で3例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。
- (3) 常勤の心臓血管外科の医師が3名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
- (4) 5年以上の経験を有する小児循環器科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

2 届出に関する事項

- (1) 小児補助人工心臓の施設基準に関する届出は、別添2の様式52及び様式64の2を用いること。
- (2) 心臓血管外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により提出すること。

第70の2 植込型補助人工心臓（非拍動流型）

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 開心術の症例が年間100例以上であること。
- (3) 常勤の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
- (4) 補助人工心臓の装着経験が5例以上あり、うち3例は過去3年間に経験していること。そのうち1例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。
- (5) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。
- (6) 所定の研修を修了している常勤医師が2名以上配置されていること。
- (7) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 血液学的検査
 - イ 生化学的検査
 - ウ 画像診断
- (8) 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。
- (9) 体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。

2 届出に関する事項

- (1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に関する届出は、別添2の様式52及び様式65の3を用いること。
- (2) 心臓血管外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により提出すること。
- (3) 関係学会より認定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。

第71 同種心移植術

1 同種心移植術に関する施設基準

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であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種心移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
- (2) 移植関係学会合同委員会により選定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。

第72 同種心肺移植術

1 同種心肺移植術に関する施設基準

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であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種心肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。

- (2) 移植関係学会合同委員会により選定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。

第72の1の2 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

1 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に関する施設基準

- (1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設であること。
- (2) 医薬品医療機器法に基づく薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則った細胞培養センターを有すること。
- (3) 循環器内科の経験を5年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤医師がそれぞれ1名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。
- (4) 定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
- (5) 関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」において定められた実施施設基準に準じていること。

2 届出に関する事項

- (1) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に係る届出は、別添2の様式65の3の2を用いること。
- (2) 循環器内科及び心臓血管外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により提出すること。
- (3) 過去1年間に実施した、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

第72の2 経皮的動脈遮断術

1 経皮的動脈遮断術に関する施設基準

区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていただくと、経皮的動脈遮断術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の3 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

1 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に関する施設基準

- (1) 外科、血管外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関において、血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、かつ、当該療法を術者として10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。
- (3) 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術、下肢静脈瘤血管内焼灼術及び内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術を合わせて年間50例以上実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の4を用いること。
- (2) 血管外科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第72の4 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

1 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術に関する施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからタまでの手術を術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術
 - イ 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
 - ウ 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
 - エ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
 - オ 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
 - カ 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
 - キ 腹腔鏡下腎摘出術
 - ク 腹腔鏡下小切開腎摘出術
 - ケ 腹腔鏡下副腎摘出術
 - コ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
 - サ 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
 - シ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - ス 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - セ 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
 - ソ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
 - タ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること。
- (5) 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の5を用いること。
- (2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第72の5 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の6 ダメージコントロール手術

1 ダメージコントロール手術に関する施設基準

区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行ってればよく、ダメージコントロール手術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の7 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の8 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

1 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に関する施設基準

- (1) 外科又は消化器外科及び内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科又は糖尿病内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 腹腔鏡を使用した胃の手術（区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」）が1年間に合わせて20例以上実施されていること。
- (3) 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師1名が配置されていること。
- (7) 常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (8) 緊急手術体制が整備されていること。
- (9) 前年度の実績等を地方厚生（支）局長等に届け出ていること。
- (10) 当該保険医療機関において当該手術を実施した患者に対するフォローアップ（年に1回、体重、生活習慣病の重症度等を把握することをいう。）を行っており、フォローアップの内容が一元的に記録されていること。なお、術後5年目の捕捉率が7割5分以上であることが望ましい。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の6を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第72の9 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）

1 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。）に関する施設

設基準

- (1) 当該医療機関において、膵頭十二指腸切除術又は肝切除術を年間20例以上実施していること。
- (2) 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 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。）の施設基準に係る届出については、別添2の様式52及び様式65の7を用いること。
- (2) 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第73 体外衝撃波胆石破碎術

1 体外衝撃波胆石破碎術に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波胆石破碎術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破碎術、体外衝撃波膵石破碎術及び体外衝撃波腎・尿管結石破碎術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 生化学的検査
 - イ 血液学的検査
 - ウ 微生物学的検査
 - エ 画像診断
- (4) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波胆石破碎術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、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。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- (4) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第73の2 腹腔鏡下肝切除術

1 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、1年間に10例以上実施していること。
- (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
 - (4) 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を有していること。
 - (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
 - (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- 2 腹腔鏡下肝切除術（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）に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、1年間に20例以上実施していること。
 - (2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上実施していること。
 - (3) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
 - (4) 腹腔鏡下肝切除を術者として10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。
 - (5) 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を有していること。
 - (6) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
 - (7) 緊急手術が可能な体制を有していること。
 - (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 腹腔鏡下肝切除術に係る届出は、別添2の様式52及び様式66の2を用いること。
 - (2) 消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第74 生体部分肝移植術

- 1 生体部分肝移植術に関する施設基準
- (1) 肝切除術が年間20例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間10例以上あること。
 - (2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が5名以上配置されており、このうち少なくとも1名は臓器移植の経験を有していること。
 - (3) 生体部分肝移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守していること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67を用いること。

- (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第75 同種死体肝移植術

1 同種死体肝移植術に関する施設基準

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であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
- (2) 移植関係学会合同委員会により選定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。

第75の2 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）

1 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波膵石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、膵石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 生化学的検査
 - イ 血液学的検査
 - ウ 微生物学的検査
 - エ 画像診断
- (4) 膵石に対する内視鏡的治療が可能な体制を有していること。
- (5) なお、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第75の3 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

1 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、膵臓手術（内視鏡によるものを除く。）を1年間に5例以上実施していること。
- (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術

適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において、医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を有していること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67の2を用いること。
- (2) 消化器外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により提出すること。

第75の4 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術

1 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準

- (1) 当該保険医療機関で膵臓に係る手術を年間50例以上施行しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間20例以上施行していること。
- (2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間20例以上実施していること。
- (3) 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
- (4) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配属されていること。
- (6) 外科又は消化器外科において常勤の医師が5名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について15年以上の経験を有していること。
- (7) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準に係る届出については、別添2の様式52及び様式67の2の2を用いること。
- (2) 外科又は消化器外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により提出すること。

第76 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術

1 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術に関する施設基準

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であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。

- (2) 移植関係学会合同委員会により選定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。

第76の2 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

1 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（区分番号「K526-2」の「2」、「K653」の「2」及び「K721-4」）を年間20件以上実施していること。
- (2) 消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。
- (3) 当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について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。
- (4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67の3を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、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により提出すること。

第76の3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

1 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波腓石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 生化学的検査
 - イ 血液学的検査
 - ウ 微生物学的検査
 - エ 画像診断
- (4) なお、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、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。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

(4) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第77の2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の3 腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)

1 腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)の施設基準

(1) 泌尿器科を標榜している病院であること。

(2) 当該療養を担当する医師が常時待機(院外での対応を含む。)しており、腎腫瘍の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

(1) 腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)の施設基準に係る届出は別添2の様式68の2を用いること。

(2) 泌尿器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により提出すること。

第77の3の2 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

1 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

(1) 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(3) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。

(4) 麻酔科の標榜医が配置されていること。

(5) 当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍手術に係る手術(区分番号「K773」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-4」又は「K773-5」)が1年間に合わせて10例以上実施されていること。

(6) 緊急手術体制が整備されていること。

(7) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(8) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

2 届出に関する事項

(1) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式68の3を用いること。

(2) 当該療養に従事する医師の氏名、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。

(3) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第77の4 同種死体腎移植術

1 同種死体腎移植術に関する施設基準

腎臓移植実施施設として、(社)日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。

2 届出に関する事項

(1) 同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。

(2) (社)日本臓器移植ネットワークに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。

第77の5 生体腎移植術

1 生体腎移植術に関する施設基準

(1) 腎尿路系手術(区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。)が年間10例以上あること。

(2) 当該手術を担当する診療科の常勤の医師が2名以上配置されており、このうち少なくとも1名は、1例以上の死体腎移植又は5例以上の生体腎移植の経験を有していること。

(3) 生体腎移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。

2 届出に関する事項

(1) 生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69を用いること。

(2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。

第77の6 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の7 膀胱水圧拡張術

1 膀胱水圧拡張術に関する施設基準

(1) 泌尿器科の経験を5年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、5例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

(3) 麻酔科標榜医が配置されていること。

(4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

(1) 膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の2を用いること。

(2) 泌尿器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により提出すること。

第77の8 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の9 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

1 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、膀胱悪性腫瘍手術(区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」)を1年間に10例以上実施していること。
- (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち少なくとも1名は、5年以上の経験を有すること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の3を用いること。
- (2) 泌尿器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により提出すること。

第77の10 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第77の9腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の例による。

第77の11 人工尿道括約筋植込・置換術

1 人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち少なくとも1名は、5年以上の経験を有すること。
- (2) 緊急手術体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式69の4を用いること。
- (2) 泌尿器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により提出すること。

第77の12 焦点式高エネルギー超音波療法

1 焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。

- (2) 当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ5例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式70を用いること。
- (2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

1 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術を、1年間に合わせて10例以上実施していること。
- (2) 当該保険医療機関が、泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は少なくとも10年以上の経験を有すること。
- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されており、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されており、少なくとも1名以上は手術に参加すること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (5) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (6) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71を用いること。
- (2) 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第78の2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第72の4 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第78の2の2 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

1 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に関する施設基準

- (1) 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
- (3) 麻酔科の標榜医が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において前立腺悪性腫瘍手術に係る手術（区分番号「K843」、 「K

「K 8 4 3 - 2」、「K 8 4 3 - 3」又は「K 8 4 3 - 4」) が1年間に合わせて20例以上実施されていること。

- (5) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の1の2を用いること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、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。
- (3) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第78の2の3 腹腔鏡下仙骨腫固定術

1 腹腔鏡下仙骨腫固定術に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (3) 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 実施診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (5) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 緊急手術体制が整備されていること。
- (7) 病床を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下仙骨腫固定手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の1の3を用いること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第78の3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)

1 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)の施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 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、開腹の子宮悪性腫瘍手術(区分番号「K 8 7 9」)について20例以上実施した経験、腹腔鏡下腔式子宮全摘術について20例以上実施した経験及び当該療養について術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 常勤の麻酔科標榜医及び病理医が配置されていること。
- (5) 子宮悪性腫瘍手術(区分番号「K 8 7 9」又は「K 8 7 9 - 2」)が1年間に合わせて20例以上実施されていること。
- (6) 緊急手術体制が可能な体制を有していること。
- (7) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体癌に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の2を用いること。
- (2) 産婦人科又は婦人科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第78の4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

1 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。
- (2) 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。
- (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- (4) 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

2 届出に関する事項

- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添2の様式71の3を用いること。
- (2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。
- (3) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の5 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

1 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に関する施設基準

- (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。
- (2) 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。
- (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

- (1) 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の4を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第79 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術

- 1 手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。

2 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあつては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

3 当該手術について、以下の区分ごとに前年（1月から12月まで）の手術件数を院内掲示すること。

(1) 区分1に分類される手術

ア 頭蓋内腫瘍摘出術等（頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脊髄刺激装置植込術及び脳神経手術（開頭して行うもの）をいう。）

イ 黄斑下手術等（黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物除去術（表在性）、眼窩内異物除去術（深在性）、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。）

ウ 鼓室形成手術等（鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳的聴神経腫瘍摘出術及び経迷路の内耳道開放術をいう。）

エ 肺悪性腫瘍手術等（肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、膿胸胸膜、胸膜肺胝切除術（通常のものとは胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下膿胸搔爬術、膿胸腔有茎筋肉弁充填術、膿胸腔有茎大網充填術、胸郭形成手術（膿胸手術の場合）及び気管支形成手術をいう。）

オ 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(2) 区分2に分類される手術

ア 靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、関節鏡下靭帯断裂形成手術、観血的関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

イ 水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント抜去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）

ウ 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等（涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）

エ 尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道の手術を除く。）をいう。）

オ 角膜移植術

カ 肝切除術等（肝切除術、腹腔鏡下肝切除術、臍体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術、臍頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）

キ 子宮附属器悪性腫瘍手術等（子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管鏡下卵管形成術、

腔壁悪性腫瘍手術、造腔術、腔閉鎖症術（拡張器利用によるものを除く。）、女子外性器悪性腫瘍手術及び子宮鏡下子宮内膜焼灼術をいう。）

(3) 区分3に分類される手術

ア 上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成術、頬骨変形治癒骨折矯正術及び顔面多発骨折観血的手術をいう。）

イ 上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）

ウ バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

エ 母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄付植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ 内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ 食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後2次の再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

(4) 区分4に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）、漏斗胸手術（胸腔鏡によるもの）、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）、胸腔鏡下縦隔切開術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術、胸腔鏡下肺縫縮術、胸腔鏡下食道憩室切除術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、腹腔鏡下食道アカラシア形成手術、腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）、胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術、胸腔鏡下心膜開窓術、腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下ヘルニア手術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）、腹腔鏡下試験開腹術、腹腔鏡下試験切除術、腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術、腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術、腹腔鏡下胃局所切除術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門側胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）、腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術、腹腔鏡下胃腸吻合術、腹腔鏡下幽門形成術、腹腔鏡下噴門形成術、腹腔鏡下食道噴門部縫縮術、腹腔鏡下胆管切開結石摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝嚢胞切開術、腹腔鏡下脾摘出術、腹腔鏡下腸管癒着剥離術、腹腔鏡下腸重積症整復術、腹腔鏡下小腸切除術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下結腸切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下人工肛門造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸閉鎖症手術、腹腔鏡下腸回転異常症手術、腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下直腸脱手術、腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎部分切除術、腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術、腹腔鏡下腎嚢胞切除術、腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下膀胱部分切除術、腹腔鏡

下膀胱脱手術、腹腔鏡下尿管摘出術、腹腔鏡下膀胱内手術、腹腔鏡下尿失禁手術、腹腔鏡下内精巣静脈結紮術、腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術、腹腔鏡下造脛術、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術、腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術、腹腔鏡下子宮腔上部切斷術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術、腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術、子宮附属器癒着剝離術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵巣部分切除術（腔式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるものに限る。）、卵管口切開術（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術（腹腔鏡によるもの）、性腺摘出術（腹腔鏡によるもの）

(5) その他の区分

ア 人工関節置換術

イ 1歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）に関する施設基準

ウ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

エ 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

4 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

5 3の(1)区分1から(3)区分3までに分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び3の(4)区分4に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。

(1) 速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。

(2) 関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

(3) 胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

6 届出に関する事項

(1) 当該施設基準を満たしていればよく、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。

(2) 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第79の2 医科点数表第2章第10部手術の通則の12並びに歯科点数表第2章第9部手術の通則の9に掲げる手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準及び届出に関する事項は、第56の2処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。この場合において、同1中「処置」とあるのは、「手術」と読み替えるものとする。

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。

(1) 胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（以下「胃瘻造設術」という。）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未満であること。

(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。

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

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

イ 以下の①又は②のいずれかを満たしていること。

① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数（ウに該当する患者を除く。）の3割5分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

(ア) 他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者

(イ) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者

② 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者に対して、以下(ア)及び(イ)のいずれも実施していること。

(ア) 胃瘻造設術を行う患者に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。

なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師1名、当該手術

を実施する診療科に属する医師1名、リハビリテーション医療に関する経験を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師のうち1名の合計3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。また、カンファレンスを実施した際には、当該カンファレンスの概要及び出席者を診療録に記載していること。更に、当該カンファレンスに出席した医師については、その診療科名及び経験年数も記録していること。

(イ) 胃瘻造設術を行う患者に対し、当該患者の臨床症状、検査所見及び経口摂取回復の見込み等を記した計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施していること。

ウ 以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。

- ① 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
- ② 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者
- ③ (2)イ①の(ア)に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介され時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
- ④ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ⑤ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

(3) (2)イの①でいう「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは、以下のア又はイの状態をいう。

ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

(4) 栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、(3)の条件を満たすこと。

2 届出に関する事項

胃瘻造設術に係る届出は別添2の様式43の4及び様式43の5を用いること。

第80 輸血管理料

1 輸血管理料Iに関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤（加熱人血漿

たん白を含む。)の一元管理がなされていること。

(4) 次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。

A B O血液型、R h (D)血液型、血液交叉試験又は間接C o o m b s検査、不規則抗体検査

(5) 輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実施に当たっての適正化の取組がなされていること。

(6) 輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。

(7) (5)、(6)及び血液製剤の使用に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について(平成26年11月12日付薬食発1112第12号厚生労働省医薬食品局長通知)を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

2 輸血管管理料Ⅱに関する施設基準

(1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。

(2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。

(3) 当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。

(4) 輸血管管理料Ⅰの施設基準のうち、(4)から(7)までの全てを満たしていること。

3 輸血適正使用加算の施設基準

(1) 「1」の輸血管管理料Ⅰを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(F F P)の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が0.54未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(F F P)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値は次により算出すること。

① 赤血球濃厚液(M A P)の使用量

② 新鮮凍結血漿(F F P)の全使用量

③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿(F F P)の使用量

④ アルブミン製剤の使用量

⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量

$(② - ③) / 2 / ① = 0.54$ 未満

$(④ - ⑤) / ① = 2$ 未満

(2) 「2」の輸血管管理料Ⅱを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(F F P)の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が0.27未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(F F P)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値は次により算出すること。

① 赤血球濃厚液(M A P)の使用量

② 新鮮凍結血漿(F F P)の全使用量

③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿（F F P）の使用量

④ アルブミン製剤の使用量

⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量

$(②-③) / 2) / ① = 0.27$ 未満

$(④-⑤) / ① = 2$ 未満

4 貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

(1) 関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。

(2) 関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

5 輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料Ⅰ、Ⅱ、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式73を用いること。

第80の2 自己生体組織接着剤作成術

1 自己生体組織接着剤作成術に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。

(2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。

(3) 血液製剤の使用に当たって「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」を遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

2 届出に関する事項

(1) 自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出は、別添2の様式73の2を用いること。

(2) 臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

1 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する施設基準

(1) 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(2) 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。なお、ここでいう急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、20時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

2 届出に関する事項

(1) 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式73の3を用

いること。

- (2) 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。
- (3) 常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等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。

第80の5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準及び届出に関する事項は、第79の3医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術の例による。

第80の5の2 凍結保存同種組織加算

1 凍結保存同種組織加算に関する施設基準

- (1) 外科、心臓血管外科又は小児外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 当該医療機関において、当該療養が3例以上実施されていること。
- (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年以上の経験を有し、また、当該療養について術者として実施する医師又は補助を行う医師として8例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。そのうち、術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (4) 実施診療科において常勤の医師が3名以上配置されていること。
- (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 臨床検査技師が配置されていること。
- (7) 緊急手術体制が整備されていること。
- (8) 日本組織移植学会の認定する組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 凍結保存同種組織加算に係る届出は、別添2の様式52及び様式73の5を用いること。なお、1の凍結保存同種組織加算に関する施設基準の(8)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第80の6 歯周組織再生誘導手術

1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

2 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添2の様式74を用いること。

第80の7 手術時歯根面レーザー応用加算

1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー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名以上いること。
- (2) 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。
- (3) 歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第80の8 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

1 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (3) 病院であること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。
- (6) 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

2 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添2の様式74の3を用いること。

第80の9 歯根端切除手術の注3

1 歯根端切除手術の注3に関する施設基準

- (1) 手術用顕微鏡を用いた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。
- (2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

歯根端切除手術の注3の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第81 麻酔管理料(Ⅰ)

1 麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。

第81の2 麻酔管理料(Ⅱ)

1 麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。
- (4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。
- (5) 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いて届け出ること。

第82 放射線治療専任加算

1 放射線治療専任加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I M R T)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I M R T)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 高エネルギー放射線治療装置
 - イ X線あるいはC Tを用いた位置決め装置
 - ウ 放射線治療計画システム

2 届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76を用いること。

第82の2 外来放射線治療加算

1 外来放射線治療加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。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、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I M R T)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射

診療料、放射線治療専任加算、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を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

(3) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

- ア 高エネルギー放射線治療装置
- イ X線又はCTを用いた位置決め装置
- ウ 放射線治療計画システム
- エ 患者が休憩できるベッド等

2 届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76を用いること。

第83 高エネルギー放射線治療

1 高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計100例以上実施又は小児入院医療管理料1を届け出ていること。

2 届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式77を用いること。

第83の2 1回線量増加加算

1 1回線量増加加算に関する施設基準

(1) 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。

(2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。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、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常勤の医師を兼任することができる。

(3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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、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。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

2 届出に関する事項

1回線量増加加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式77を用いること。

第83の3 強度変調放射線治療（IMRT）

1 強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、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、1回線量増加加算、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常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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、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。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該当者は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を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (5) 強度変調放射線治療（IMRT）を年間10例以上実施していること。
- (6) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 直線加速器
 - イ 治療計画用CT装置
 - ウ インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム
 - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
 - オ 平面上の照射強度を変化させることができる装置
 - カ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム
 - キ 二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器
- (7) 当該保険医療機関において、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が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出は、別添2の様式78を用いること。

第83の4 画像誘導放射線治療加算

1 画像誘導放射線治療加算に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。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、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IM

R T)、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常勤の医師を兼任することができる。

- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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）、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。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、強度変調放射線治療（IMRT）、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を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。
 - ア 2方向以上の透視が可能な装置
 - イ 画像照合可能なCT装置
 - ウ 画像照合可能な超音波診断装置
- (6) 当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療（IGRT）に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の2を用いること。

第83の5 体外照射呼吸性移動対策加算

1 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。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、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、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医師を兼任することができる。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、当該診療放射線技師は、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、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診療放射線技師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当

者は強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、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を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

- (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
- (5) 当該保険医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添2の様式78の3を用いること。

第84 定位放射線治療

1 定位放射線治療に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。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、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常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、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を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 直線加速器
 - イ 治療計画用CT装置
 - ウ 三次元放射線治療計画システム
 - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
 - オ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する

水ファントム又は水等価個体ファントム

2 届出に関する事項

定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式79を用いること。

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、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。

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。

3 届出に関する事項

定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の3を用いること。

第84の2の2 粒子線治療

1 粒子線治療に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について1年以上の経験を有する者については、1年以上）有すること。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、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及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、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及び画像誘導密封小線源治療

加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 粒子線治療装置
 - イ 治療計画用CT装置
 - ウ 粒子線治療計画システム
 - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
 - オ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム
- (6) 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (7) 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

2 届出に関する事項

粒子線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式79の1の2を用いること

第84の2の3 粒子線治療適応判定加算

1 粒子線治療適応判定加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。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、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、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 粒子線治療に係るがん診療連携拠点病院について、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したがん診療連携拠点病院（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該がん診療連携拠点病院によって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。
なお、当該がん診療連携拠点病院については、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち3分野以上の医師が毎回出席していること。
 - イ 連携体制のあるがん診療連携拠点病院のがん診療連携拠点病院に、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。

2 届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の1の3を用いること。

第84の2の4 粒子線治療医学管理加算

1 粒子線治療医学管理加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。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、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、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することはできないが、粒子線治療適応判定加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が粒子線治療室1つにつき2名以上、かつ当該保険医療機関に合計3名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (3) 放射線治療に専従する常勤の医学物理士及び常勤の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。
- (4) 次に掲げる機器を備えていること（なお、アとイについては、患者ごとのスキヤニング法による照射を行う場合にはこの限りではない）。
 - ア 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置
 - イ 患者毎のボラスを用いる深部線量分布形成装置
 - ウ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置（いずれも治療室内に設置されているものに限る。）

2 届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の1の3を用いること。

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) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、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、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及び粒子線治療に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、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、粒子線治療及び粒子線治療医学管理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。

- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、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及び粒子線治療に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (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
 - ウ 小線源治療用三次元的治療計画装置
- (6) 当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の2を用いること。

第84の3 保険医療機関間の連携による病理診断

1 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

- (1) 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていることが望ましい。
- (2) 標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。
 - イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院又は病理診断科を標榜する医療機関であること。
 - ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院、へき地医療支援病院以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。
 - エ 受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79の2に定める計算式により算出した数値が100分の80以下であること。

2 届出に関する事項

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は、別添2の様式79の2を用いること。

第84の4 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製

1 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

- (1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上を有し、凍結切片を作製することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。
- (2) 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

2 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添2の様式80を用いること。

第84の5 テレパソロジーによる術中迅速細胞診

1 テレパソロジーによる術中迅速細胞診に関する施設基準

- (1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上を有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。
- (2) 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。

2 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速細胞診の施設基準に係る届出は、別添2の様式80を用いること。

第84の6 病理診断管理加算

1 病理診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 病理診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であ

ること。

- (4) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。
- (5) 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（CPC：Clinicopathological Conference）を少なくとも年2回以上行っていること。
- (6) 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を7年以上有すること。

3 届出に関する事項

病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の7 口腔病理診断管理加算

1 口腔病理診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (2) 口腔病理標本作製及び口腔病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 口腔病理診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験7年以上有するものに限る。）が1名以上及び口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有する者に限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (2) 口腔病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。
- (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。
- (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（CPC：Clinicopathological Conference）を少なくとも年2回以上行っていること。
- (5) 同一の病理標本について、口腔病理診断を専ら担当する複数の常勤の歯科医師又は医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる歯科医師又は医師のうち1名以上は口腔病理診断を専ら担当した経験を7年以上有していること。

3 届出に関する事項

口腔病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の3を用いること。

第85 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出に関する事項

- 1 クラウン・ブリッジ維持管理を行うに当たって、必要な体制が整備されていること。
- 2 クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出は、別添2の様式81を用いること。

第86 歯科矯正診断料

1 歯科矯正診断料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。
 - イ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務していること。
- (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

第87 顎口腔機能診断料

1 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

- (1) 障害者総合支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。
- (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
 - イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。

第88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(1) 処方せんの受付回数

処方せんの受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方せんは以下のとおりとする。

- ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方せん
- イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん

ウ 介護保険法に基づく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12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のへの（2）又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18年厚生労働省告示第127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費のへの（2）の基となる調剤に係る処方せん

(2) 処方せんの受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方せん受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。

(3) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数を、当該期間に受け付けた全ての処方せんの受付回数で除して得た値とする。

(4) 同一グループは次の基準により判断する。

ア 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。）とは、次に掲げる者の全ての保険薬局とする。

- ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
- ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
- ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
- ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（カにおいて同じ。）。ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

- ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
- ② 他の法人（持分会社（会社法（平成17年法律第86号）第575条第1項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等
- ③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等

エ ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす。（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）

- ① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）
- ③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規

則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条第6項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和51年大蔵省令第28号）第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第4号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第7号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

(5) (4)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

(6) 同一グループ内の処方せん受付回数が1月に4万回を超えるか否かの取扱いは、当年2月末日時点で(4)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの1月当たりの処方せん受付回数を合計した値が4万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの1月当たりの処方せんの受付回数は以下のとおりとする。

ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年3月1日から当年2月末日までに受け付けた処方せん受付回数を12で除した値とする。

イ 前年3月1日から当年1月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年2月末日までに受け付けた処方せん受付回数を月数で除した値とする。

ウ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

(7) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局に関して、ここでいう不動産とは、土地及び建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合を含むものである。

なお、特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(4)ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地及び建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、(4)ア①から④までに定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

(8) 医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率を施設基準で規定しているが、具体

的な取扱いについては以下のとおりとする。なお、妥結率の実績が5割以下の保険薬局を「妥結率が低い保険薬局」という。

ア 妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品医療機器法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額

イ 妥結率については、別添2の様式85により、毎年10月に同年4月1日から9月30日までの期間における妥結率の実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、10月に報告された妥結率に基づく調剤基本料は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで適用する。ただし、妥結率の報告を行っていない保険薬局は、妥結率が低い保険薬局とみなす。

ウ (6)により、同一グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局は、10月の報告時には、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書等の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

エ 平成27年10月に報告された妥結率に基づいて、妥結率が低い保険薬局とされた保険薬局は同年11月1日から平成28年10月末日まで、妥結率が低い保険薬局とされているが、当該保険薬局は平成29年3月末日まで引き続き妥結率が低い保険薬局とみなすものとする。ただし、当該期間中に妥結率が低い保険薬局とされている薬局については、平成28年10月の妥結率の報告により、報告年度の妥結率が5割を超えている場合は、同年11月1日から平成29年3月末日まで妥結率が低い保険薬局としては取り扱わないものとする。

2 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

1 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

(1) 勤務している保険薬剤師の人員の計算は次のとおりとする。

ア 「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年2月16日医薬企第17号）で規定されている換算方法により算出された員数を勤務している保険薬剤師の人員とする。

イ 届出前3月の勤務状況を基に基準に該当するか判定する。

ウ 「勤務している保険薬剤師の5割」の取扱いについては、アで算出された人員の5割で計算した値の小数点以下を四捨五入した値とする。

(2) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定についての相当の実績としては、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合計算定回数が(1)で算出された保険薬剤師1人当たり月100回以上とする（ただし、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）。

2 届出に関する事項

(1) 施設基準に係る届出は、別添2の様式84の2を用いること。

- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。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。

第90 かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局

- 1 「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務」は、「区分番号01」の「注4」（時間外等加算）及び「注5」（夜間・休日等加算）に規定する加算、「区分番号10」の「注3」（麻薬管理指導加算）、「注4」（重複投薬・相互作用等防止加算）に規定する加算、「区分番号13の2」のかかりつけ薬剤師指導料、「区分番号13の3」のかかりつけ薬剤師包括管理料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料、「区分番号15の4」の退院時共同指導料、「区分番号15の5」の服薬情報等提供料、「区分番号15の6」の在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、居宅療養管理指導費並びに介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務をいう。
- 2 「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務」を実施していない保険薬局は、前年3月1日から当年2月末日までに1に掲げる業務の算定が合計10回未満の保険薬局が該当し、当該保険薬局は、当年4月1日より翌年3月末日まで区分番号00の調剤基本料の注3で定める点数で算定する。なお、前年3月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局は、翌々年3月31日まで「かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局」とはみなさない。
- 3 本規定の取扱いは、経過措置期間を1年間としており、平成29年4月1日より、平成28年3月1日から平成29年2月末日までの算定回数に基づき判定する。なお、平成28年3月1日から3月末日までにおいては、改定前の区分番号に相当する内容の算定回数で計算する。
- 4 かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、2で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、1に掲げる業務を10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月よりかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

第91 基準調剤加算

1 基準調剤加算の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者からの求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。ただし、連携薬局の数は、当該保険薬局を含めて最大で3つまでとする。
- (3) 当該保険薬局は、原則として初回の処方せん受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意

事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これら連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

- (4) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
- (5) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (6) 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。
- (7) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
- (8) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。
- (9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (10) 薬局内にコンピューターを設置するとともに、医薬品医療機器情報配信サービス（PMD Aメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (11) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。
 - ア 一般名
 - イ 剤形

ウ 規格

エ 内服薬にあつては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ 緊急安全性情報、安全性速報

カ 医薬品・医療機器等安全性情報

キ 医薬品・医療機器等の回収情報

- (12) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (13) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。
- (14) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
- (15) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。
- (16) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (17) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (18) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に在宅患者訪問薬剤管理指導料、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算定実績を有していること。
- (19) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- (20) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (21) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して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を行っていること。
- (22) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合にあつては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月の実績として30%以上であること。
- (23) 上記（22）の特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるか否かの

取扱いについては、「第88調剤基本料」の「1 調剤基本料の施設基準」の（3）に準じて行う。

2 届出に関する事項

- (1) 基準調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式86を用いること。
- (2) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。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。

第92 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が65%以上であること。
- (2) 当該保険薬局において調剤した薬剤（3に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (3) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見えやすい場所に掲示していること。

2 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上であること。
- (2) 1の(2)から(3)までの基準を満たすこと。

3 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

(1) 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーゴ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

(2) 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

(3) 生薬（薬効分類番号 510）

(4) 漢方製剤（薬効分類番号 520）

(5) その他の生薬及び漢方処方にに基づく医薬品（薬効分類番号 590）

4 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87を用いること。

第93 保険薬局の無菌製剤処理加算

1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師（常勤の保険薬剤師は1名以上）がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第11条の8第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。以下同じ。）を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

- (1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式88を用いること。
- (2) 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）及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。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。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第94 在宅患者調剤加算

1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

- (1) 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計10回以上であること。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものであること。
- (4) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

- (7) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

2 届出に関する事項

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

第95 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

1 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関する施設基準

以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験がある。

イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍している。

(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

2 届出に関する事項

(1) 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は、別添2の様式90を用いること。なお、1の(2)については、平成29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。

(2) 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間を別添2の様式4を提出すること。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。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先 担当者氏名： 電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 には、適合する場合「√」を記入すること。
 3 届出書は、正副2通提出のこと。

(参考)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

施設基 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添2）
91	基準調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4
92	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
93	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88, 4
94	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
95	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90, 4

※様式6, 12, 16, 65, 68, 72は欠番

様式 1

ウイルス疾患指導料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の医師の氏名	H I V感染者の診療に従事した経験年数（5年以上であること。）
2 専従の看護師の氏名	H I V感染者の看護に従事した経験年数（2年以上であること。）
3 H I V感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師の氏名	
4 社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名	
5 診察室及び相談室の概要	
（必要に応じ、見取り図等を添付すること。）	

[記載上の注意]

「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。

様式 2

高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 K328人工内耳埋込術の施設基準（様式52号及び様式55号）の届出年月日	
平成 年 月 日	
2 耳鼻咽喉科に配置されている常勤医師	
常勤医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

〔記載上の注意〕

「2」の医師は、5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有し、耳鼻咽喉科に配置されている常勤の医師であること。

様式 3

喘息治療管理料（注 2 に規定する加算）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任（非常勤でも可）の看護師又は准看護師の氏名	
2 必要な器械・器具の一覧（製品名等）及び緊急時の入院体制	
(1) 患者に提供する計測器等	
(2) 具備する器械・器具（○で囲む。）	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置
エ 気道内分泌物吸引装置	
(3) 緊急時の入院体制	
ア 自院	イ 連携
3 連携保険医療機関の体制	
(1) 名称等	
ア 連携保険医療機関の名称	
イ 開設者名	
ウ 所在地	
(2) 具備する器械・器具（○で囲む。）	
ア 酸素吸入設備	オ 動脈血ガス分析装置
イ 気管内挿管又は気管切開の器具	カ スパイロメトリー用装置
ウ レスピレーター	キ 胸部エックス線撮影装置
エ 気道内分泌物吸引装置	
(3) 緊急時の入院体制	

[記載上の注意]

- 「1」の専任の看護師又は准看護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。
- 「3」の(2)については、別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合に記入することとし、その場合には、「2」の(2)は少なくともカ及びキに○がついていること。また、当該連携体制についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 「3」の(3)については、別の保険医療機関との連携により緊急時の入院体制を確保している場合に記入すること。その場合、緊急時の連絡・対応についての患者への説明文書の例を添付すること。
- 喘息治療管理を 24 時間実施できる体制の概要を添付すること。

様式 4

[] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様			勤 務 時 間	備 考
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		
			{ 常 勤 非常勤	{ 専 従 非専従	{ 専 任 非専任		

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、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）を記入すること。

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	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		
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常勤看護師		

[記載上の注意]

- 「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」の常勤看護師について、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2

がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

緩和ケアの経験を有する医師の氏名等	氏名	研修の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

[記載上の注意]

緩和ケアの経験を有する医師について、緩和ケア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 3

がん患者指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 がん患者指導管理料 1

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 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 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、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ていることが確認できる文書を添付すること。

- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料2に記載した者と重複して差し支えない。

2 がん患者指導管理料2

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 緩和ケアの研修 を修了した医師		
2 がん患者の看護 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 「1」については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」については、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ていることが確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」及び「2」に記載した者は、がん患者指導管理料1に記載した者と重複して差し支えない。

3 がん患者指導管理料 3

区 分	氏 名	経験年数
1 がん化学療法の 経験を5年以上有す る医師		
2 抗悪性腫瘍剤に 係る業務に従事した 経験のある専任の薬 剤師		

[記載上の注意]

- 「2」については、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有することが確認できる文書を添付すること。

様式5の4

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	常勤・非常勤	専従・専任	研修受講
ア 身体症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
イ 精神症状の緩和を担当する医師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
ウ 緩和ケアの経験を有する看護師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>
エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

--

【記載上の注意】

- 「1」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験及び緩和ケアに関する研修を修了していること、イは3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験及び緩和ケアに関す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。
また、ウは5年以上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ていることが確認できる文書を添付すること。
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、A226-2 緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 5 の 5

移植後患者指導管理料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

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

区 分	氏 名	経 験 年 数
1 専任の常勤医師		
2 専任の常勤看護師		
3 常勤薬剤師		

[記載上の注意]

- 1 「届出を行う指導管理料」については、届出を行う管理料について○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、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 「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。
- 4 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。

糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

(□には、適合する場合「レ」を記入すること)

区分	氏名	経験年数	専任	常勤	研修受講
1 糖尿病指導の 経験を有する医 師			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
2 糖尿病指導の 経験を有する看 護師(又は保健 師)			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 糖尿病指導の 経験を有する管 理栄養士			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> 専任	<input type="checkbox"/>	

[記載上の注意]

- 1 「1」～「3」については、医師、看護師(又は保健師)、管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 「2」の看護師で研修を受講している者については、糖尿病患者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。
- 3 「2」の保健師については、「氏名」の欄に保健師であることがわかるように記載すること。
- 4 注4に規定する点数を算定する場合は、「1」～「3」について「専任」を記載しなくても差し支えない。

様式5の7

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	① 名
----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の6月末日までにHbA1cが改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の6月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

= ② / ① %

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

= ③ / ① %

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

= ④ / ① %

[記載上の注意点]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

様式5の8

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	①	名
①のうち、eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} (ml/分/1.73m ²) が30未満であったもの	②	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下しているもの	③	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①で eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を算定した時点から前後3月時点の eGFR _{Cr} 又は eGFR _{Cys} を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
②/⑥		%

[記載上の注意点]

1. ①の期間は、報告年月日の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：

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、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

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

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

様式 7

地域連携小児夜間・休日診療料 1
 地域連携小児夜間・休日診療料 2

 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 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

- 2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科（小児外科を含む。）を担当する医師

(氏名を記入)

- 3 緊急時に小児が入院できる体制の整備

(1) 緊急時に小児が入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地(上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 2 の届出を行う場合においては、当該保険医療機関において小児を 24 時間診療することができる体制の概要を添付すること。
- 2 届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料（「地域連携小児夜間・休日診療料 2」の届出を行う場合にあっては、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が 6 歳未満の小児を 24 時間診療することがわかる資料を含む。）を添付すること。

様式7の2

地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とする夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師

氏名	主たる勤務先			
	医療機関名	開設者名	所在地	専ら担当する診療科名

2 当該保険医療機関を主たる勤務先とする医師

(氏名を記入)

--

3 緊急時に入院できる体制の整備

(1) 緊急時に入院できる体制を整備している保険医療機関

ア 自医療機関 イ 連携医療機関 (いずれかに○をつけること。)

(2) 連携医療機関の医療機関名及び所在地 (上記(1)においてイに○をした場合に限る。)

[備考]

届出時において地域に周知されている夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間がわかる資料を添付すること。

院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出書添付書類

院内トリアージの体制

区 分	氏 名	職 種
院内トリアージを行う 専任の医師又は専任の看護師		

[備考]

- 1 「院内トリアージ実施料」の専任の看護師については、救急医療に3年以上従事した経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 トリアージの実施基準を添付すること。実施基準については作成日を明示すること。

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療を担当する医師の氏名等	
医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
2 放射線治療を担当する専従の看護師の氏名	
3 放射線治療を担当する専従の診療放射線技師の氏名	
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技術者の氏名等	
技術者の氏名	放射線治療の経験年数
	年
5 緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 1 「1」の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。
- 2 「2」の専従の看護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。
- 3 「3」の専従の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。

様式 7 の 7

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名(診療所又は200床未満の病院)	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	□
④	院外処方を行う場合の連携薬局名(診療所の場合)	
⑤	敷地内が禁煙であること	□
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	□
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	□
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	□
	地域ケア会議に年1回以上出席	□
	居宅介護支援事業所の指定	□
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	□
	介護サービス事業所の併設	□
	介護認定審査会に参加	□
	所定の研修を受講	□
	医師が介護支援専門員の資格を有している	□
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること(病院の場合)	□
	⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示している
⑦-2	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	□
	常勤の医師が2名以上配置されていること	□
	在宅療養支援診療所であること	□

	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
⑦-3	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

[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。
2. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3. ⑦-2、⑦-3について、確認できる資料の写しを添付のこと。

小児かかりつけ診療料に係る届出書

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

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	<input type="checkbox"/>
	ア 初期小児救急医療に参加していること	<input type="checkbox"/>
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	<input type="checkbox"/>
	ウ 定期予防接種を実施していること	<input type="checkbox"/>
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	<input type="checkbox"/>
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- ②について、確認できる資料の写しを添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

様式 8

ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 禁煙治療を担当する医師（禁煙治療の経験を有する医師が1名以上いること。）

氏名	禁煙治療の経験
	有 ・ 無
	有 ・ 無

- 2 専任の看護師又は准看護師（1名以上いること。）

氏名

- 3 当該保険医療機関に備えている呼気一酸化炭素濃度測定器の名称及び台数

機種名	メーカー名	台数
		台
		台
		台

- 4 その他（次の事項を満たしている場合に○をつけること。）

ア 禁煙治療を行っている旨の院内掲示をしている。

イ 敷地内が禁煙である。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報告年月日： 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	①	名
--	---	---

①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①－②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料の初回の治療の一年間の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑥	回

・喫煙を止めたものの割合 = $(③ + ④) / ①$

%

・治療の平均継続回数 = $⑥ / ⑤$

回

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。
 なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う理由

(開放型病院を開設した趣旨(診療科を限定する場合は、その診療科名も含む。)を記載すること。)

2 次のうち、該当するものに○をつけ、(2)である場合には、3以降も記入すること。

- (1) 地域医療支援病院 (2) 地域医療支援病院以外の病院

3 開放病床利用率(届出前30日間)

開放型病院に入院した患者の診療を担当している
診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数

(%) = (名) ÷ [(床) × 30日間]

4 病院の概要

(1) 標榜診療科名(複数の標榜科がある場合は、それらをすべて記入のこと。)

(2) 次のア～エのうち、該当するものに○をつけること。

ア 当該2次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない)20以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

イ 当該2次医療圏の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

ウ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること。

エ 当該2次医療圏の当該一つの診療科を主として標榜する診療所の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) (2)のウ又はエである場合には、当該診療科の医師・歯科医師の診療体制を記入すること。

医 師 名(うち常勤 名)

夜間、休日及び深夜の当直体制の概要

[記載上の注意]

様式10を併せて添付すること。

登録医師・歯科医師の名簿

氏名	主たる 診療科	所属医療機関			届出前 の利用
		医療機関名	開設者氏名	住所	

[記載上の注意]

- 1 名簿は、4の(3)の区分に係る当該医療機関と同一2次医療圏に所在する医療機関の登録医師・歯科医師について記入すること。
- 2 「届出前の利用」欄については、届出前30日間に当該開放病床を利用したものには「○」、当該病院の医師と共同指導を行った実績のあるものには「◎」を記入すること。

在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出書添付書類

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

<p>(1) 当該診療所の担当看護職員名：</p> <p>(2) 連携保険医療機関の名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先： <p>(3) 連携訪問看護ステーションの名称等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： ・担当看護職員名： ・連絡先：
<p>7 緊急時に入院できる体制 (次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には名称等を記入すること。)</p>
<p>(1) 当該診療所のみで確保</p> <p>(2) 当該診療所及び連携保険医療機関で確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者： <p>(3) 連携保険医療機関のみで確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称： ・開設者：
<p>8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。</p>
<p>(1) 「4」及び「5」、「6」に、連携保険医療機関又は連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。 なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。</p> <p>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。</p>
<p>9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出</p>
<p>(1) 届出の有無</p> <p>① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有 ・ 無)</p> <p>② 在宅療養実績加算1 (有 ・ 無)</p> <p>③ 在宅療養実績加算2 (有 ・ 無)</p>
<p>(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()</p>
<p>(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師</p> <p>① 氏名 ()</p> <p>② 勤務を行った保険医療機関名 ()</p> <p>③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)</p>
<p>(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師 氏名 ()</p>

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		名
(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数		名
10 直近1月間において往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
(1) 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(2) 往診又は訪問診療を実施した患者数		名
(3) 往診又は訪問診療を実施した患者の割合 (2)÷(1)		%
11 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況		
(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師
①		患者の紹介を受けた日付
②		
③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②÷(①+②)		%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合 ③÷(①+②)		%

[記載上の注意]

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

- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 7 「10」の(3)に規定する往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の医療機関は、「11」を記入すること。

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

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

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

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

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

(1) 届出の有無

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

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()

(3) 緩和ケア病棟又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師

- ① 氏名 ()
- ② 勤務を行った保険医療機関名 ()
- ③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)

(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)	名
---	---

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

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 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4)を添付すること。
- 6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

〔 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)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

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

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(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			
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関; 年 月 日～ 年 月 日)			
①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③	①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤	要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

IV. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- IIIについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- IVの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

在宅支援連携体制に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関
3. 直近1年間のカンファレンスの開催状況	()回

[記入上の注意]

- 1 当該届出は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績について報告するものである。
- 2 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- 3 Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。

- 4 Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- 5 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診	【再掲】	(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）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 ハイリスク妊娠管理又はハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関

<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連絡方法 	

[記載上の注意]

「2」について、各都道府県により整備される周産期医療ネットワークを介して紹介又は紹介された患者について共同管理を行う場合には、そのネットワークの名称、設置主体、連絡先を記載し、周産期医療ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すること。

様式 13 の 2

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について (いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院	②地域がん診療病院
③小児がん拠点病院	④がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内) がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数 (病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 2 の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式 13 の 3 を参考にすること。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

〇〇〇治療に関する連携計画書

様 計画策定病院(A): 担当医師: 連絡先:
 連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月…		術後1年…		術後3年…					
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日…		×月×日…							
医療機関		A	B	B	B	A	B	…				
達成目標												
患者自覚 症状	具体的な項目											
	…											
診察	具体的な項目											
	…											
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等)											
	…											
	画像診断項目											
説明・指 導	説明項目											
	…											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
- 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。

排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士		

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成／周知	マニュアルに含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作成 <input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> スクリーニングの方法 <input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
<input type="checkbox"/> 実施	実施日 ()
<input type="checkbox"/> 実施予定	実施予定日 ()

[記載上の注意]

1 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、3年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。

2 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

[記載上の注意]

当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 医薬品情報管理室等

場 所		面 積
		平方メートル
業 務 内 容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

2 薬学的管理指導記録

作 成 時 期	保 管 場 所

3 投薬・注射の管理状況

--

4 服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「3」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。
- 2 別添2の様式4により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

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書添付書類

1	届出を行う点数	検査・画像情報提供加算 電子的診療情報評価料 (該当するものを○で囲むこと)
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない
3	HPKIを有する 医師数及び歯科医師 数(人)	人 ※2がロ)の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報 等の電子的な送受 信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するもの全てを○で囲むこと)
5	ネットワーク名	
6	ネットワークに所属 する医療機関名	以下に5つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が5つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)
7	ネットワークを 運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :
8	安全な通信環境 の確保状況	チャンネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :
9	個人単位の情報の 閲覧権限の管理体制	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
10	ストレージ	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格 に基づくストレージ機能 有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

【記載上の注意】

3 表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャンネル・セキュリティ及びオブジェクト・セキュリティについて、保険医療機関内でどのような環境を確保しているかを明示する。

例 チャンネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

医療機器安全管理料 1
 医療機器安全管理料 2
 医療機器安全管理料（歯科）

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。

※ 該当する番号を○で囲むこと。

1 常勤の臨床工学技士の氏名	
2 医療安全管理部門の有無	有 ・ 無
3 医療機器安全管理責任者の氏名	
4 医療機器の安全使用のための研修の実施の有無	有 ・ 無
5 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
6 放射線治療に関する機器の精度管理等を専ら担当する技術者の職名及び氏名	放射線治療の経験年数

[記載上の注意]

- 1 医療機器安全管理料 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「1」、「2」、「3」、「4」を記載すること。
- 2 医療機器安全管理料 2 の施設基準に係る届出に当たっては、「5」、「6」を記載すること。
- 3 「1」の常勤の臨床工学技士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。
- 4 「5」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 「6」の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。

様式 17

〔 歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ）
在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）・（Ⅱ） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者1名を記載）

氏名	職種等

4 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 緊急時の連絡方法・連絡体制	

5 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)
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 _____人

(2) 歯周病安定期治療 _____人

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

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

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 (年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

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

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

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

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

4 歯科医師の氏名等

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

5 歯科衛生士等の氏名等

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

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 当該地域における連携療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:	台
滅菌器(製品名等):	

11 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

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

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～12については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

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

_____ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

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	医療機器承認番号	
	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/届出番号、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抜髄	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。

在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

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

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）の届出状況を記載

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）： 年 月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

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

[記載上の注意]

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

在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の施設基準に係る届出状況	
(1) 今回届出	
(2) 既届出：	平成 年 月 日
2 担当者氏名（主として在宅がん医療総合診療を担当する者）	
(1) 医 師	
(2) 看護師	
3 当該保険医療機関における悪性腫瘍患者の診療状況（過去 1 か月間）	
<input type="checkbox"/> 入院患者数（延べ患者数）	名
<input type="checkbox"/> 外来患者数（延べ患者数）	名
<input type="checkbox"/> 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）	名

[記載上の注意]

緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 緊急時に入院できる体制（次のいずれかに○をつけ、(2)又は(3)の場合には連携保険医療機関の名称等を記入すること。）

- (1) 当該医療機関のみで確保
(2) 当該医療機関及び連携保険医療機関で確保

・名称：
・開設者：

- (3) 連携保険医療機関のみで確保

・名称：
・開設者：

2 当該医療機関における緊急連絡を受ける体制（次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。）

- (1) 担当者が固定している場合
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者の氏名を記載することで差し支えない。）

・担当医師名：
・看護職員名：
・臨床工学技士名：
・連絡先：

[記載上の注意]

緊急時に連絡を受ける体制について、患家に対して交付する文書を添付すること。

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

注 2 の施設基準に係る届出書添付書類

(1 緩和ケア及び 2 褥瘡ケアの届出を行うものに○をつけること。)

1 緩和ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

2 褥瘡ケアに係る専門研修

氏 名	他の専従要件	所属部署・診療科等

[記載上の注意]

- 1 及び 2 の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該病院の許可病床数_____床
2 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制
(1) 担当者が固定している場合:
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)
・担当者名:
・連絡先:
3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。
(1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が 24 時間可能な体制を確保している。
(2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。
(3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報の交換をしている。

[記載上の注意]

- 1 24 時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。
- 2 様式 20 の5を添付して届出を行うこと。

在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	()床
2. 計算期間	年 月 ~ 年 月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

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

III. 直近1年間の受入状況について

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

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

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

V. 連携医療機関について

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

[記入上の注意]

- 1 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 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。

※1 本様式は、一例であるため同様の内容が含まれていればよく、医療機関の実情等に応じて適宜変更可能なものであること。ただし、その場合であっても以下の内容を含むものであること。

- ①当該医療機関が在宅医療を担当している医療機関からの求めに基づき、24時間いつでも診療を行うこと
- ②入院が必要となった場合は、当該医療機関が入院治療を行うこと
- ③当該医療機関で入院治療が行えない場合は、当該医療機関が適切な医療機関へ紹介すること
- ④患者の診療情報について情報交換を行うこと
- ⑤関係医療機関や患者の情報等

※2 当該医療機関で入院治療が行えない場合に搬送の可能性がある医療機関については、患者の希望を踏まえて必要に応じて記載すること。

※3 当該医療機関は本様式の写しを保管し、在宅医療を提供する医療機関に対しても写しを交付すること。

※4 本内容に変更の必要が生じた場合は速やかに新たな様式を作成し、交付すること。

様式 20 の 7

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 在宅褥瘡管理者

氏名	職種	医療機関等名	所在地	経験年数	褥瘡に係る経験年数	研修の有無
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>

2 在宅褥瘡対策チーム構成員

氏名	職種	医療機関等名	所在地	常勤
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

1 「1」の在宅褥瘡管理者については、5年以上の医療従事の経験、及び、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修、又は、褥瘡ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

また、当該保険医療機関以外の者を在宅褥瘡管理者とする場合においては、医療機関等名と所在地についても記入すること。

2 「2」の在宅褥瘡対策チームの構成員については、当該保険医療機関以外の者と連携する場合においては、連携先の医療機関等名と所在地についても記入すること。

様式 20 の 8

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数（報告月の前月の初日）		
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数 （褥瘡保有者数）		
③ ②のうち訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）		
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		
⑤ 褥瘡 の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の 患者の訪問診療開始時の状 況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④ の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間： 年 4 月～ 年 3 月) (期間： 年 月～ 年 月) ※届出の変更があった場合		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	6. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

[記載上の注意]

1. 1の記載にあたっては、下記の内容により記入すること。
 - (1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入する（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める。）。
 - (2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患

者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。

- (3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- (4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- (5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

2. 2の記入にあたっては、下記の内容により記載すること。

- (1) ①については、1年間の算定患者数を記入すること。ただし、1名の患者が複数回、本指導料を算定した場合においても、患者1名として数えることとする。
- (2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。
- (3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

様式 20 の 9

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施設としての届出	有 ・ 無
2 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ	
ウェブページの名前	
ウェブページのURL	http://

[記載上の注意]

届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 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を行っている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

備考 1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関
 名 称 _____
 所在地 _____
 歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

様式 21 の3の2

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準の施設基準に係る届出書添付書類

歯科訪問診療の実施状況（届出前1月間の実績）

歯科訪問診療の患者数 ①_____人

外来の患者数 ②_____人

歯科訪問診療を実施した患者数の割合 $\frac{①}{①+②} = \underline{\hspace{2cm}} \dots (A)$

※(A)が 0.95 未満である場合 当該基準に適合

[記載上の注意]

※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2又は3)を算定した人数、

②については、診療所で歯科初診料又は歯科再診料を算定した人数を記載すること。

※①、②とも延べ人数を記載すること。

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: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[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 22

検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)
国際標準検査管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 臨床検査を(専ら)担当する常勤医師の氏名	
2 常勤の臨床検査技師の人数 名	
3 当該保険医療機関内で常時実施できる緊急検査に係る器具・装置等の名称・台数等	
血液学的検査	
生化学的検査	
免疫学的検査	
微生物学的検査	
4 臨床検査の精度管理の実施の状況 実施している ・ 実施していない	
5 参加している外部の精度管理事業の名称	
6 臨床検査の適正化に関する委員会の有無 有 ・ 無	
7 国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定の有無 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 「1」の常勤医師の経歴(臨床検査担当の経験、勤務状況等がわかるもの)を添付すること。なお、当該医師の勤務状況がわかる書類については、当該医師の所定労働時間のうち、検体検査の判断の補助や検体検査全般の管理・運営に携わる時間がわかるものであること。
- 「2」について、緊急検査を常時実施できる体制についての資料(従事者の勤務状況など具体的にわかるもの)を添付すること。
- 「3」について、検査項目により器具・装置等が変わる場合は検査項目ごとに器具名を記載すること。
- 「4」について、臨床検査の精度管理の実施状況の資料(実施責任者名、実施時期、実施頻度など実施状況が具体的にわかるもの)を添付すること。
- 「6」について、委員会の運営規定を添付すること。

様式 22 の 2

〔 HPV 核酸検出
HPV 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定） 〕

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 産婦人科の経験を 5年以上有した常勤 の医師の氏名等	医師の氏名	経験年数
		年
		年
		年
		年

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

遺伝学的検査の注
遺伝カウンセリング加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を3年以上有する常勤医師に係る事項		
氏名	遺伝カウンセリングの経験年数	
	年	
2 当該保険医療機関における遺伝カウンセリングの年間実施件数（20例以上）		
件		
3 関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針の遵守		
有 ・ 無		
4 遺伝学的検査の一部を委託する施設		
名称	住所	確認方法

[記載上の注意]

- 1 遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」については、1月から12月までの件数（新規届出の場合は届出前3か月間の件数（5例以上））を記入すること。
- 3 「4」については、遺伝学的検査の一部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の作成する遺伝学的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 24

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

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。

<p>1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）</p>	科
<p>2 担当医師の状況</p> <p>(1) 5年以上の循環器科の経験を有する医師</p> <p style="text-align: center;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p>(常 勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p> <p>(非常勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p> <p>(2) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師</p> <p>(常 勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p> <p>(非常勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p> <p>(3) 5年以上の麻酔科の経験を有する医師</p> <p>(常 勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p> <p>(非常勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p>	
<p>3 連携保険医療機関</p> <p>(1) 近隣の心臓血管外科標榜保険医療機関名</p> <p>(2) 5年以上の上記保険医療機関における心臓血管外科の経験を有する医師名</p> <p style="text-align: center;">(医師名) (当該診療科の経験年数)</p> <p>(常 勤) 年</p> <p style="padding-left: 150px;">年</p>	

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の経歴（当該病院での勤務期間、循環器科、心臓血管外科又は麻酔科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出の場合において、当該保険医療機関が、心臓血管外科を標榜し、心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が常勤している保険医療機関以外の保険医療機関である場合には、「3」を記載すること。

様式 24 の 3

心臓超音波検査胎児心エコー法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 産婦人科、循環器内科又は小児科の経験を5年以上有するとともに当該検査を20例以上の経験を有する医師の氏名等			
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 産婦人科、循環器内科又は小児科の常勤医師の氏名等（産婦人科の場合は、2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名	
4 倫理委員会の設置状況		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、医師が経験した当該検査の症例数がわかる書類を添付すること。
- 3 「3」については、産婦人科、循環器内科又は小児科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

様式 24 の 4

人工臓器検査及び人工臓器療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該検査用の器械・器具の 名称、台数等		
緊急時のための手術室	平方メートル	
緊急検査が可能な検査体制	有・無	
担当医師の状況		
常時(午前0時より午後12時までの間) 待機医師	日勤 名 その他 () 名	当直 名 名
5年以上の経験を有する医師	常勤 名	非常勤 名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等		
生化学的検査		
血液学的検査		
微生物学的検査		
画像診断		
病理学的検査		
臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制		
	人 数	勤 務 形 態
臨床検査技師	名	
診療放射線技師	名	
糖尿病管理 患者数	実患者数	算定期間
	名	年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」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 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

様式 24 の 5

〔 持続血糖測定器加算
皮下連続式グルコース測定 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		科
2 常勤医師の氏名及び経験年数		
常勤医師の氏名	経験年数	
		年
		年
		年
		年
		年
3 持続皮下インスリン注入療法に係る実績		
新規導入患者数（過去一年間）		名
通院患者数		名

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師は糖尿病の治療に関し、専門的知識及び少なくとも5年以上の経験を有すること。また、その経験年数及び実績のわかるものを添付すること。
- 2 「3」の新規導入患者数は当該保険医療機関における1年間の実績を記入すること。
- 3 「3」の通院患者数は届出時点における通院患者数を記入すること。

様式 24 の 6

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等

医師の氏名及び所属部署	経験年数等

2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器

	(一般的名称)	(承認番号)
・ 生化学的検査 (血液ガス分析)		
・ 画像診断 (単純撮影 (胸部))		

3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴 (当該検査の経験及び循環器内科又は呼吸器内科の経験の状況がわかるもの) を添付すること。

様式 24 の 7

ヘッドアップディスプレイ試験の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該検査の経験を有し、神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等		
診療科	医師の氏名	経験年数
		年
2 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要		
(概要) (有 ・ 無)		

[記載上の注意]

「1」の医師の経歴（当該検査の経験及び神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験の状況がわかるもの）を添付すること。

様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 「1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

長期脳波ビデオ同時記録検査 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		科
3 長期脳波ビデオ同時記録検査の実施件数		例
4 てんかんの治療を目的とする手術の実施件数		例
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)		
(所在地)		
5 MRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置の名称、型番、メーカー名等		
MRI装置 (機種名) (型番) (メーカー名) (テスト数)	ポジトロン断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)	シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置 (機種名) (型番) (メーカー名)
<連携保険医療機関において実施している場合>		
(名 称)	(名 称)	(名 称)
(所在地)	(所在地)	(所在地)
6 当該診療科の常勤医師の氏名等 (1名以上)		
常勤医師の氏名	診療科名	てんかんに関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
7 常勤の看護師の氏名		
8 常勤の臨床検査技師の氏名		
9 専門的で高度なてんかん医療の実施内容 (例：複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、外科治療との連携 等)		
10 てんかんに関する地域連携診療計画への拠点施設としての登録		有 ・ 無
11 てんかん診療拠点機関への選定		有 ・ 無
12 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
13 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「4」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においててんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施しておらず、当該手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 「5」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置等を有しておらず、MRI装置等を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。

- 3 「6」については、てんかんに関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、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。
- 4 「10」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 5 「11」については、選定されていることが確認できる資料を添付すること。

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の
施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別	・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・機器増設による届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2	届出年月日	平成 年 月 日	
<p>3 施設共同利用率の算定</p> <p>① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名</p> <p>② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名</p> <p>③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名</p> <p>④ 施設共同利用率 = $(2-3) / (1-3) \times 100\%$</p> <p style="text-align: right;">= %</p>			

[記載上の注意]

- 1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 2 「3」の④による施設利用率が20%以上であること。
 なお、20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであり、当該届出の必要はないものであること。

様式 26 の 2

光トポグラフィーの施設基準に係る届出書添付書類

1 光トポグラフィーを算定するための届出等

(1) 届出を行う光トポグラフィーの区分（該当するものに○をつけること）

① 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合であって、地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

② 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものであって、①以外の場合

③ 適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなる施設基準

(2) 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)

・機器増設による届出 (実績期間 年 月～ 年 月)

(3) 届出年月日 平成 年 月 日

(4) 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

(5) 当該療法を 5 例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医の氏名等（2 名以上）

診療科名	氏名	当該療法の 経験症例数	指定番号	国立精神・神経医療研究センターが実施している研修の修了の有無（1 名以上）
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無
		例		有 ・ 無

(6) 神経内科又は脳神経外科の常勤医師の氏名等

診療科名	氏名

(7) 常勤の臨床検査技師の氏名

(8) 保守管理の計画 有 ・ 無

(9) 施設共同利用率の算定

① 当該検査機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該検査機器の共同利用を目的として他の保険医療機関からの依頼により検査を行った患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び検査を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(2-3) / (1-3) \times 100\%$ = %

2 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」の実績に係る要件

(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
	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
(2)	① 当該病院の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該病院の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該病院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、救急医療機関への診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該病院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)

[記載上の注意]

- 1 「1」の(2)及び(9)は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定める共同利用率に係るものであること。
- 2 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するもののみを実施する病院は、「1」の(1)、(2)、(3)及び(9)のみを記載すること。
- 3 「1」の(5)、(6)及び(7)の職員の氏名、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。
- 4 「1」の(5)については当該症例一覧(実施年月日、患者性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 5 「1」の(5)の精神保健指定医について、指定番号を記載すること。また、研修を修了している場合は、修了証等の写しを添付すること。
- 6 「1」の(8)について、当該検査に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 7 「1」の(9)について
 - (1) ④による施設利用率が20%以上であること。
 - (2) 20%未満である場合には、それぞれの所定点数の80/100に相当する点数により算定するものであるが、当該検査を算定するにあたっては当該届出の必要はあること。
 - (3) 「D236-2」の「1」脳外科手術の術前検査に使用するものと「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者数の総数によって算出する。
- 8 「イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合」を届け出る場合、当該病院又は当該病院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、「2」の(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、当該病院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。

光トポグラフィーに係る報告書

1 概要（当該検査を実施した者全員について、合計したものを記載すること）

(1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するために実施した光トポグラフィーの年間実施件数	_____ 件
(2) ① (1) のうち、当該検査後にうつ病と診断した者の数	_____ 例
(2) ② (1) のうち、当該検査後に双極性障害と診断した者の数	_____ 例
(2) ③ (1) のうち、当該検査後に統合失調症と診断した者の数	_____ 例
(2) ④ (1) のうち、当該検査後に、(2) ①から③までに該当しなかった者の数	_____ 例

2 詳細（当該検査を実施した者全員について記載すること）

実施年月日	検査前診断名	患者性別	患者年齢	検査後診断名

[記載上の注意]

「D236-2」の「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者についてのみ記載すること。

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	脳磁図の経験年数
	年

[記載上の注意]

3年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載することとし、経歴（当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。

脳波検査判断料 1 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 MRI装置の名称、型番、メーカー名等 （機種名） （型番） （メーカー名） （テスラ数） <連携保険医療機関において実施している場合> （名称） （所在地）		
3 脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	診療科名	脳波診断に関する診療の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
4 常勤の臨床検査技師の氏名		
5 てんかんに関する地域連携診療計画への二次診療施設としての登録		有 ・ 無
6 地域医療従事者への研修の実施		有 ・ 無
7 関係学会による教育研修施設としての認定 学会名： 認定年月日：		有 ・ 無
8 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」の「連携保険医療機関において実施している場合」の記載事項については、当該保険医療機関においてMRI装置を有しておらず、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合に限り記入すること。その場合、当該連携体制を示す文書を添付すること。
- 2 「3」については、脳波診断に関する診療について5年以上の経験を有する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」については、地域連携診療計画の内容を示す資料を添付すること。
- 4 「7」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

様式 27 の 3

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査の実施及び送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）

受信側（脳波診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称
2 脳波検査判断料 1 の届出年月日 （ 年 月 日）
3 脳波検査の送受信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]

送信側及び受信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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

神経学的検査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 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科	当該診療科の経験年数
		年
		年
		年
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の経歴（研修会修了証書の写し及び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 当該検査を施行する医師全て（常勤非常勤に係わらず）について提出すること。

補聴器適合検査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 補聴器適合検査に関する所定の研修を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤医師の氏名	
当該検査を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置	
騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置	
補聴器周波数特性測定装置	

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会修了証書の写し及び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。

様式 29 の 2

ロービジョン検査判断料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 当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会又は眼鏡等適合判定医師研修会の修了証書の写し及び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。

（コンタクトレンズ検査料 1
 コンタクトレンズ検査料 2
 コンタクトレンズ検査料 3）

の施設基準に係る届出添付書

※ 該当する届出項目に○を付けること

1 外来患者の数	①
2 コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数	②
3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合 $\text{②} / \text{①} \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
4 眼科診療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
氏 名	経 験 年 数
5 コンタクトレンズ検査料を算定した患者の数	③
6 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付した患者の数	④
7 5のうち、コンタクトレンズを自施設において交付しなかった患者の数	⑤
8 コンタクトレンズの自施設交付割合 $\text{④} / (\text{④} + \text{⑤}) \times 100 = \quad \quad \quad \%$	
9 眼科の病床を有している。	（該当する・該当しない）

[記載上の注意]

- 1 「1」は、届出前1年間（コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の数が月当たり平均500件を超える場合は、届出前6月間）において初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関にあって、同一日に他の診療科を併せて受診したことから初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 2 「2」及び「5」は、当該期間においてコンタクトレンズに係る検査を実施した患者の診療報酬明細書の件数及びコンタクトレンズ検査料を算定した患者の診療報酬明細書の件数を記入すること。
- 3 外来患者に占めるコンタクトレンズ患者の割合及びコンタクトレンズの自施設交付割合の算出に当たり、小数点以下は切り捨てることとする。
- 4 「4」の常勤医師の経歴（眼科診療の経験が分かるもの）を添付すること。
- 5 「5」の患者数が0人である場合にあっては、「6」から「8」までの記載は不要であること。
- 6 「6」には、自施設の近隣等にあるコンタクトレンズ販売店において購入した患者は含まないこと。

小児食物アレルギー負荷検査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 10年以上の小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を有する小児科の常勤医師の氏名等（1名以上）

常勤医師の氏名	小児食物アレルギーの診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（小児食物アレルギーの診断及び治療経験及び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。

様式 31 の 2

内服・点滴誘発試験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 薬疹の診断及び治療の経験を 10 年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師の氏名等（1 名以上）

常勤医師の氏名	薬疹の診断及び治療の経験年数

- 3 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要

--

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の経歴（薬疹の診断及び治療の経験及び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。

様式 31 の 3

センチネルリンパ節生検（片側）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 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 併用法 2 単独法		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名		
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2単独法」のうち色素のみによるものを届出する場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、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 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関に おける実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師 の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	 件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	 件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日 までに行った件数	
核医学診断	③ 件	
コンピューター 断層診断	④ 件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100\%$ = <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> %		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		有 ・ 無

[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（当該医師が専ら画像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。
- 2 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 3 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」及び「4」は記載する必要はないこと。

〔 歯科画像診断管理加算 1
 歯科画像診断管理加算 2 〕 の施設基準届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）		
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日		
平成 年 月 日		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影、コンピューター断層診断(歯科疾患に係るものに限る。)に係る事項		
当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
① 件	② 件	③ 件
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = _____ % (③/①×100%)		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 3 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要はないこと。

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。）	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
4 画像の送受信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]

送信側及び受信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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式 35

遠隔画像診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受診側の保険医療機関以外の施設への 読影又は診断の委託	有・無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況 画像診断管理の届出年月日 （ 年 月 日）	
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料 の届出年月日	平成 年 月 日
4 画像の送受信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]

送信側及び受信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、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

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

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）
・機器増設による届出（実績期間	年 月～	年 月）
2 当該画像診断の従事者に係る事項		
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数
		年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	診断撮影機器
3 施設共同利用率に係る事項		
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数		_____名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数		_____名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数		_____名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%		= <input type="text"/> %
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものを○で囲むこと。）		
1 特定機能病院		
2 がん診療の拠点となる病院		
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関		

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「1」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

CT 撮影及びMRI 撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 64列以上のマルチスライスCT ・ 16列以上64列未満のマルチスライスCT ・ 4列以上16列未満のマルチスライスCT ・ MRI (3テスラ以上) ・ MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満) 	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p> <p>(機種名)</p> <p>(型番)</p> <p>(メーカー名)</p> <p>(テスラ数等)</p>	
3 保守管理計画の有無	有 ・ 無
4 安全管理責任者の氏名	
5 画像診断管理加算2の届出の有無	有 ・ 無
6 専従の診療放射線技師の氏名	

7 施設共同利用率に係る事項

・64列以上のマルチスライスCT

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(2-3) / (1-3) \times 100$ = %

・MRI（3テスラ以上）

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(2-3) / (1-3) \times 100\%$ = %

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。
- 5 「7」については、施設共同利用率が10%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

CT透視下気管支鏡検査加算
 冠動脈CT撮影加算
 外傷全身CT加算
 心臓MRI撮影加算
 乳房MRI撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満) ・MRI (3テスラ以上 1.5テスラ以上3テスラ未満)		
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。) (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数)		
4 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年
5 画像診断管理加算2の施設基準への該当性の有無 有 ・ 無		
6 救命救急入院料の届出の有無 有 ・ 無		
7 関係学会より認定された年月日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">平成 年 月 日</div>		

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「4」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「5」については、冠動脈CT撮影加算、心臓MRI加算及び乳房MRI加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 6 「7」については乳房MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該検査に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
歯科用下顎 運動測定器	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
グルコース 分析装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

※「2」の歯科用下顎運動測定器及びグルコース分析装置については、医療機器認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の 専任の常勤医師 の氏名		

[記載上の注意]

- 1 届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 2 常勤医師の経歴、勤務状況を添付すること。

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

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

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

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

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

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

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬にお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 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）を参照すること。

外来化学療法加算 1
 外来化学療法加算 2

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 専用の治療室	専用の治療室の面積	平方メートル
	専用の病床数	床
2 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
3 当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名		
4 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
5 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制 可 ・ 不可	(不可の場合、連携保険医療機関名)

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、「2」の医師、「3」の看護師及び「4」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「2」については、外来化学療法加算 1 に係る届出の場合のみ記入すること。
- 4 外来化学療法加算 1 の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤（2名以上）	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）			平方メートル	
無菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット （番号に○をつけること。）			
	形 式 ・ 規 格			
	空気清浄度、集塵効率等			
	台 数 等			
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、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、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)

心大血管疾患リハビリテーション(Ⅱ)

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。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
循環器科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名							
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名							
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
リハビリテーション科の 医師の氏名	

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- 6 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 7 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(II)						
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
	当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無
リハビリテーション科の 医師の氏名	

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

	介護保険サービス名	指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成 年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成 年 月	

過去 1 年間の提供実績

(算出期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日)

	介護保険サービス名	提供実績(実人数)
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
	合計	人

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添 2 の様式 44 の 2 を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 4 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄に記載すること。
- 5 介護保険サービスの指定については、介護保険法第 7 1 条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 4 「障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 5 その他、障害児（者）リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数） A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数） B	名	
（再掲）		
脳性麻痺	名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害	名	
顎・口蓋の先天異常	名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形	名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症	名	
先天性又は進行性の神経筋疾患	名	
神経障害による麻痺及び後遺症	名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害	名	
当該施設における障害児（者）患者の割合 B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料						
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名		リハビリテーションに係る経験	あり・なし				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	専任の常勤医師の氏名		リハビリテーションに係る経験	あり・なし				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	経験を有する常勤専従職員氏名		職種	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士				
			がん患者リハビリテーションの研修	あり・なし				
	従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積	専用施設面積		平方メートル					
	言語聴覚療法専用施設の面積		平方メートル					

当該療法を行うための器械・器具の一覧

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類
②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 廃用症候群リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料 精神科作業療法 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア					
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
					認知症患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験	あり・なし	
					認知症患者リハビリテーションの研修	あり・なし	
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
当該療法を行うための器械・器具の一覧							
(Blank area for equipment list)							

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類
②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。
- 4 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算 1
胃瘻造設術
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2	常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名
3	胃瘻造設術の年間症例数	例
4 経口摂取回復率		
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
		A = ① + ②
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態へ回復した患者を除く）	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者	人
		B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く）	人
⑨ / (A - B) = 割 分		
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている (該当する ・ 該当しない)		
※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。		
意識障害等があり実施が危険な患者		人
顔面外傷により嚥下が困難な患者		人

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

[記載上の注意]

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

様式 43 の 6

経口摂取回復促進加算 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 実績期間（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 常勤の言語聴覚士の人数		専従 名 非専従 名
3 経口摂取回復率		
①	6 月前から 3 月前までの過去 3 月間（1. の実績期間）に摂食機能療法を開始した入院患者（転院、退院した者を含む）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前 1 月以上の間経口摂取を行っていなかった者（ただし、②から⑤までに該当する患者を除く）	人
②	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）	人
③	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
④	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑤	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑥	摂食機能療法を開始した日から起算して 3 月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、②から⑤までに該当する患者を除く）	人
⑥ / ① = 割		

[記載上の注意]

- 「2」に記載した言語聴覚士については、その氏名及び勤務の態様について、別添 2 の様式 44 の 2 に記載し、添付すること。
- ②及び⑥の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

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

	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				
専任常勤看護師 常勤理学療法士 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
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ()

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」「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。
- には該当する場合にレを記入すること。
- 「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。
- 「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。
- 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。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 2 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。

認知療法・認知行動療法1
 認知療法・認知行動療法2
 認知療法・認知行動療法3

 の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
指定番号	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他(名称)

2 認知療法・認知行動療法1又は3の実績に係る要件

(1)	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)
(2)	①+②+③	回(≥6回)
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
	②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
	③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
(3)	④所属する保険医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
	⑤所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

3 認知療法・認知行動療法3の専任の看護師に係る要件

(1) 認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

勤務した医療機関名 ()
 勤務した期間 (年 月 ~ 年 月)
 同席した面接 (回)

(2) うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、専任の医師又は研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

自ら行った面接 (症例 回)
 うち、指導・確認を受けた面接 (症例 回)
 指導・確認を行った者の氏名 ()

(3) 認知療法・認知行動療法について適切な研修を修了していること。

研修名 ()
 主催者名 ()
 厚生労働省による「認知行動療法研修事業」でスーパーバイザーを務めた経験を有する講師 ()

[記載上の注意]

- 1 「1」について、医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 「1」について、研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 3 認知療法・認知行動療法1又は3を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤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 「3」(3)について、複数の研修を修了している場合は、余白に記載すること。
- 5 「3」(3)について、適切な研修を修了したことを確認できる資料(修了証、プログラム等)を添付すること。

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

様式 44 の5

通院・在宅精神療法の注4に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

(1) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

氏名	精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

(2) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

氏名	精神科の経験年数	
	うち、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した年数	
		年
		年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1)通院・在宅精神療法を実施した患者の数(ひと月当たり平均)	人
(2)うち、16歳未満の患者の数(ひと月当たり平均)	人
(3) $(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、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、当該常勤精神保健指定医の経歴（精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び精神保健指定医の指定番号がわかるもの）を添付すること。
- 「3」について、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 (有 ・ 無)

2 専任の常勤医師に係る要件

氏名	適切な研修
	あり ・ なし

3 専任の常勤看護師等

氏名	職種	適切な研修
		あり ・ なし

[記載上の注意]

「1」の常勤医師及び「2」の常勤看護師等について、適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

様式 44 の7

依存症集団療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神科医

氏名	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	あり ・ なし

2 専任の看護師等

氏名	職種	依存症に対する集団療法に係る適切な研修
	看護師 ・ 作業療法士	あり ・ なし

[記載上の注意]

「1」の精神科医及び「2」の看護師等について、依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了していることがわかる書類を添付すること。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル				
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手工芸						
木工						
印刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						
病院の種別（該当する方に○をつけること。） ・精神科病院 ・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院						

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態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、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積						平方メートル	
		患者1人当たり				平方メートル	

〔記載上の注意〕

- [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態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。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・臨床心理技術者
 - ・精神保健福祉士
 - ・栄養士
 - ・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・ケアの経験を有する看護師
- 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日(歳)
主治医		デイ・ケア 担当職員			
診断		既往症			
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 病院)				
治療歴 (デイ・ケア等の 利用歴を含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (デイ・ケア等利用歴 <input type="checkbox"/> ショート・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア (施設名 利用期間) <input type="checkbox"/> その他 (施設名 利用期間))				
現在の状況 (症状・治療内容等)					
デイ・ケア 利用目的					
デイ・ケア 内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)				
デイ・ケア 目標	短期目標(概ね3ヶ月以内)				
	長期目標(概ね1年以内)				
特記事項					

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名：) (職名：)	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり)	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態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。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制																												
・担当者名 :																												
2 24 時間往診が可能な体制 (あり ・ なし)																												
・担当医師名 :																												
3 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制 (あり ・ なし)																												
・担当者名 : ・連絡先電話番号 : ・緊急時対応する職員 _____ 人 (職種別の内訳を以下の表に記入すること)																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">保健師</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">看護師</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">作業療法士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">精神保健福祉士</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	保健師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	看護師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	作業療法士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人	精神保健福祉士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人
保健師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
看護師	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
作業療法士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
精神保健福祉士	人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">非常勤</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">人</td> </tr> </table>	常勤	人	非常勤	人																						
常勤	人																											
非常勤	人																											
4 連携する訪問看護ステーションについて (次のいずれかの□にVをつけたうえで記入すること。)																												
<input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし <input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションあり (特別の関係である ・ 特別の関係でない) ・名称 : ・開設者 : ・24 時間精神科訪問看護が可能な体制 : (あり ・ なし)																												

5 チーム構成員 (同じ職種が複数名いる場合においては、全ての構成員を記載すること。また、当該チームに専従の者については専従欄に○を記入すること。)			
職種	氏名	所属施設名	専従
精神保健指定医			
保健師又は看護師			
作業療法士			
精神保健福祉士			
その他			

6 都道府県等に協力し診察業務等行った回数	回(≥1回)
7 ①+②+③	回(≥6回)
①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
②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
③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
8 ④ 時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
⑤ 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 「1」から「4」について、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、主な担当者や電話番号を記載することで差し支えない。ただし、当該保険医療機関が24時間の精神科訪問看護・指導が可能な体制を有する場合には、「3」において、緊急時の精神科訪問看護・指導を行う職員について、職種別に人数を記載する必要があること。
- 「4」について、連携する訪問看護ステーションがある場合には、「連携する訪問看護ステーションあり」をチェックしたうえで、特別の関係についていずれかを丸で囲み、名称及び開設者を記入すること。また、「2」において、当該保険医療機関が24時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが24時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。
- 「5」について、チーム構成員のいずれか1名以上は、届出を行う保険医療機関において専従であること。また、連携する訪問看護ステーションがある場合には、チーム構成員に連携する訪問看護ステーションの保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を1名以上含むこと。
- 「6」および「7」については、当該保険医療機関の直近1年間の実績を記載し、全てを満たすこと。「8」については、④又は⑤の要件を満たすこと。なお、実績等については、紹介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。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)	()
行動制限最小化に係る委員会	開催回数 () 回/月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る基本指針の作成日時	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 () 回/年

備考 行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。

様式 48 の 2

処置
手術

の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 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	算定を行う診療科数	
2	病院全体の診療科が届出を行っている。	(該当する・該当しない)
	病院の標榜診療科数	
3	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。	(該当する・該当しない)
4	急性期医療に関する事項 (該当する項目に○をつけること)	
	①第三次救急医療機関	
	②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	③小児救急医療拠点病院	
	④災害拠点病院	
	⑤へき地医療拠点病院	
	⑥地域医療支援病院	
	⑦年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院	年間 名
	⑧年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する病院	年間 件
5	静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施する体制	(有 ・ 無)
6	予定手術前日において医師が当直等を実施した日数	(日)
7	1 日の当直人数 (集中治療室等に勤務する医師を除く。) (人)	

(年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数、予定手術前日において
医師が当直等を実施した日数の算出期間： 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「1」について、算定を行う診療科の詳細を様式 48 の 2 の 2 により提出すること。
- 「3」については、様式 13 の 2 「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。
- 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 「4」の①～⑥に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。
- 「5」について、静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名について、別添 2 の様式 4 を添付すること。

- 6 「6」について、予定手術前日において医師が当直等を実施した実績の一覧を提出すること。(様式自由) なお、チーム制を実施している診療科で実施した夜勤時間帯の手術のために呼び出した医師が翌日の予定手術に参加している場合は、全て算入していること。
- 7 「7」については、「2」に該当する場合に記載すること。

様式 48 の 2 の 2

算定診療科の概況

算定診療科（算定を行う全ての診療科名を記載し、（１）～（３）のいずれの体制をとっているものであるか○を記入すること）			
診療科名	（１）交代勤務制	（２）チーム制	（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			
科			

[記載上の注意]

- （１）交代勤務制を実施している診療科は様式 48 の 3 により、（２）チーム制を実施している診療科は様式 48 の 4 により、それぞれ詳細な実施状況を提出すること。また、（３）医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等の支給を実施している場合は、実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを添付すること。

交代勤務制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
3 交代勤務制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 2交代制・3交代制の別	
平日	(2交代制 ・ 3交代制)
休日	(2交代制 ・ 3交代制)
(2) 夜勤者人数	(名)
(3) 夜勤をした場合、翌日の日勤を休日になっている	(該当する ・ 該当しない)
(4) 日勤から連続して夜勤を行うことがある	(該当する ・ 該当しない)
(5) (4)に該当する場合、夜勤者を2人以上とし、連続勤務者の休憩を4時間以上確保している。	(該当する ・ 該当しない)
(6) 夜勤時間帯の当該診療科における診療及び同時1列までの手術を夜勤者のみで実施している	(該当する ・ 該当しない)

[記載上の注意]

- 1 届出前1か月の勤務計画表(勤務実績)が分かる書類及び届出前1ヶ月の当該診療科の手術の一覧(予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手(全ての医師)の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること)を添付すること。(様式自由)

- 2 「3」の(2)については、届出前1か月の平均を記入すること。

チーム制の実施状況

1 実施診療科	
2 当該診療科の医師の氏名等	在籍する医師数 名
医師の氏名	常勤・非常勤の別 (該当に○をつける)
	常勤・非常勤
3 チーム制の概要 (該当するものに○をつける)	
(1) 緊急呼び出し当番数	
平日の夜勤時間帯 (名)
休日の日中 (名)
休日の夜勤時間帯 (名)
(2) 緊急呼び出し当番を夜勤時間帯に院内に呼び出して診療を行った場合、翌日の日勤を休日に行っている (該当する ・ 該当しない)	
(3) 夜勤時間帯における緊急手術に参加させるために呼び出す医師について、原則として翌日の予定手術がない医師としている。 (該当する ・ 該当しない)	
4	
(1) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急呼び出し日数 (院内に呼び出した日数)	_____ 日
(2) 届出前 1 か月における夜勤時間帯の緊急手術の件数	_____ 件

[記載上の注意]

- 届出前 1 ヶ月の緊急呼び出し当番の実績表 (緊急呼び出し当番全員の氏名及び緊急呼び出し実績 (保険医療機関内での診療の実績がわかるものであること。なお、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間がわかるものであること。)) が分かる書類及び届出前 1 ヶ月の当該診療科の手術の一覧 (予定手術、緊急手術を問わず全て記載すること。また、術者、助手 (全ての医師) の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるものであること) を添付すること。(様式自由)
- 「3」の (1) については、届出前 1 か月の平均を記入すること。

硬膜外自家血注入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 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科の経験を5年以上（及び当該療養の経験を1年以上）有するとともに、当該処置について術者として3例以上の経験を有する常勤の医師			
診療科名	常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
			例
			例
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		
4 当直体制の概要			
5 合併症等に備えた連携体制の構築	有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「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 「2」については医師が経験した当該処置の症例一覧（実施年月日、処置名、患者の性別、年齢、主病名）及び当該療養の経験年数が分かる書類を添付すること。
- 3 当該届出は、病床を有する保険医療機関のみ可能であること。
- 4 「5」について、当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関と連携体制を構築していること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等(1名以上)	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数 (5年以上)	_____ 年
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3

〔 透析液水質確保加算 1 〕
〔 透析液水質確保加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 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		
3 水質検査の実施状況等		
実 施 年 月 日	水質検査結果（採取部位、細菌数、エンドトキシン等）	
年 月 日		
年 月 日		

年 月 日	
年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 「3」については、届出前3ヶ月の実施状況等を記入すること。
- 5 透析液水質確保加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載する必要はないこと。

様式 49 の 3 の 2

下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該医療機関において慢性維持透析を実施している患者に対し、全例に下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行っている (該当する ・ 該当しない)	
2 下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価及び指導管理等を行った1月間の患者数 (実績期間 年 月)	人
3 ABI検査0.7以下又はSP検査40mmHg以下の患者については、全例に患者や家族に説明を行い、同意を得た上で専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っている (該当する ・ 該当しない)	
4 専門的な治療体制を有している医療機関の名称及び当該医療機関が標榜する診療科名称：	
ア 循環器科	循環器科の標榜 (有 ・ 無)
イ 胸部外科又は血管外科	標榜する診療科 ()
ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科	標榜する診療科 ()
5 「4」に定める医療機関に係る院内掲示の有無 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

- 「4」について、当該届出医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合、自院の所在地及び名称を記入すること。

様式 49 の 4

磁気による膀胱等刺激法の施設基準に係る届出書添付書類

	医師の氏名	診療科名	経験年数
5年以上の泌尿器科の経験又は5年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師の氏名等		科	年
		科	年
		科	年
		科	年
		科	年

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

様式 49 の 6

歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の常勤医師の氏名等								
常勤医師の氏名	神経・筋疾患 の診療経験年数		リハビリテーション の診療経験年数		所定の研修 修了年月日			
	年		年					
	年		年					
	年		年					
	年		年					
2 従事者数								
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非専任	名		非専任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	その他	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非専従	名		非専従	名	
	3 訓練室の設備等について							
	当該処置を実施するための施設の面積					平方メートル		
当該処置を行うための器械・器具の一覧								

4 担当の複数職種が参加するカンファレンスの詳細	
開催頻度	
参加職種	医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ その他

[記載上の注意]

1. 「1」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。
 なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 常勤医師
 - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療の経験を3年以上有している医師
 - ・ 常勤医師のうち、リハビリテーションの経験を3年以上有している医師
 - ・ 常勤医師のうち、神経・筋疾患診療及びリハビリテーションの経験を3年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び関連診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
2. 当該処置に従事する看護師、理学療法士、作業療法士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式49の7を添付すること。
3. 当該リハビリテーションが行われる機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
4. その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・ 処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
5. 届出に当たっては、担当の複数職種が参加するカンファレンスの議事録を、個人情報をもスクした上で、添付すること。

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注 3
の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	(該当するものに○を記入) <input type="checkbox"/> 自院で撮影 <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影	
連携医療機関	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	

※ 「2」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「2」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。

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

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

	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

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日 (当該届出を行っている場合のみ記載)

平成	年	月	日
----	---	---	---

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の 3

歯科技工加算 1 及び 2 の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図
又は配置図等）を添付

様式 50 の 4

皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネル
リンパ節加算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 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名		
4 麻酔科標榜医の氏名				
5 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、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。
- 3 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「5」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 50 の 5 の 2

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））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 整形外科について5年以上の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の有無（有・無）	
4 「3」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無（有・無）	

[記載上の注意]

- 1 「2」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 「3」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「4」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 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。

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
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 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術の実施症例数				
例				
3 関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例以上術者として経験している常勤の医師の氏名等（1名以上）				
常勤医師の氏名	整形外科の 経験年数	膝関節手術の 経験症例数	関節軟骨修復術 の経験症例数	所定の研修 修了年月
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	
	年	例	例	

[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」は、当該届出を行う医療機関が大学病院本院以外の場合であって、新規届出の場合には関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を実績期間内に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。また、膝関節手術又は関節軟骨修復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。
- 3 「3」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・整形外科の常勤医師
 - ・整形外科の常勤医師のうち、整形外科の経験を5年以上有している医師
 - ・整形外科の常勤医師のうち、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を100症例

以上術者として実施した経験を有する医師

- ・ 整形外科の常勤医師のうち、所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、整形外科の経験年数、関節軟骨修復術又は膝関節手術の経験の有無及び所定の研修修了の有無がわかるもの）を添付すること。

4 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。

様式 51

腫瘍脊椎骨全摘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。）	
2 常勤の整形外科の医師の氏名（2名以上）	
常勤医師の氏名	
3 脊椎手術を術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	脊椎手術の経験症例数
	例
	例
4 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を 3 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師の氏名等（1名以上）	
常勤医師の氏名	腫瘍脊椎骨全摘術の経験症例数
	例
	例
5 手術の際の緊急事態に対応可能な体制 有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「3」の脊椎手術とは、「K118」、「K131-2」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術であること。
- 2 整形外科を担当する医師の氏名、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。
 - ・常勤の整形外科の医師
 - ・脊椎手術を術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
 - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として腫瘍脊椎骨全摘術を3例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師
- 3 「3」及び「4」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 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。

頭蓋内腫瘍摘出術における脳腫瘍覚醒下マッピング加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 関係学会より認定された年月日 平成 年 月 日			
4 脳神経外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	脳神経外科の 経験年数	脳腫瘍覚醒下マッピング の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
5 麻酔科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	麻酔科の経験年数		所定の研修修了年月
	年		
	年		
6 頭蓋内腫瘍摘出術の実施症例数 例			

[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 関係学会より認定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。
- 3 「4」及び「5」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。

- ・脳神経外科の常勤医師
- ・脳神経外科の常勤医師のうち、脳神経外科の経験を5年以上有している医師
- ・脳神経外科の常勤医師のうち、5例以上の脳腫瘍覚醒下マッピングの経験を有している医師

また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、脳神経外科の経験年数及び脳腫瘍覚醒下マッピングの経験の有無がわかるもの）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3例以上、再度の届出の場合には実績期間内に5例以上が必要であること。また、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。
- 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。

様式 51 の 3

頭蓋内腫瘍摘出術における原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算

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
2 脳神経外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名等	経験年数	所定の研修修了年月日
	年	
	年	
	年	
3 術中の病理検査が可能な体制	有 ・ 無	
4 病理部門の病理医の氏名		
5 合併症への対応の体制	有 ・ 無	
6 当該機器の使用管理区域	(概要)	
7 機器管理責任者の氏名等		
機器管理責任者の氏名	所定の研修修了年月日	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、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 「2」及び「7」について、所定の研修修了証の写しを添付すること。ただし、「2」及び「7」は同一の者であってもよい。

[検査・手術症例一覧]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術
の施設基準に係る届出書添付書類

1 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
2 緊急事態に対応するための体制		
有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
 - ・ 所定の研修を修了している大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師
また、当該常勤医師の経歴（当該病院での勤務期間、大腸肛門疾患の診療の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの）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。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）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 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師の氏名等（それぞれ1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数	頭蓋骨形成手術の経験症例数
			例
			例
			例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の実施症例数（5例以上）			例

[記載上の注意]

- 「2」の医師の氏名、勤務の形態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。
 - ・常勤の形成外科の医師
 - ・常勤の脳神経外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の脳神経外科の医師
 - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・頭蓋骨形成手術に熟練した医師の指導の下に、術者として頭蓋骨形成手術を5例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師
- 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は
帯状角膜変性に係るものに限る。))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 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
3 眼科の常勤医師の氏名 (1名以上、「2」と重複しても可)		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」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。
- 3 眼科を担当する医師の氏名、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。

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）			科
2 常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	科		
	科		
	科		
	科		
	科		
3 眼科の経験を5年以上有し、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の経験症例数	
	年	例	
	年	例	

[記載上の注意]

- 1 「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 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 「3」の常勤医師の経歴（眼科の経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 4 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。

様式 54 の 4

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））
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）	
		年
		年
		年
3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の実施件数（合わせ50例以上）		例

[記載上の注意]

1. 「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する常勤医師
2. 「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。

様式 54 の 5

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・ 新規届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
・ 再度の届出	（実績期間	年 月 ～ 年 月）
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること）		
		科
3 眼科に係る10年以上の経験を有する、定められた手術を主たる術者として 1年に併せて30例以上行った常勤医師の氏名等（少なくとも1名）		
医師の氏名	経験年数	定められた手術の症例数
	年	例
	年	例
4 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧		
機器名（製品名）	保守管理の計画の有無	
	（有 ・ 無）	
	（有 ・ 無）	
	（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」の定められた手術とは、「K277-2」、「K280」の「1」、「K280」の「2」又は「K281」に掲げる手術であること。
- 3 「3」に該当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 4 「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 5 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

網膜再建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 常勤の眼科の医師等の氏名（2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	経験年数 （2名以上、うち1名は10年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名（1名以上）			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の実施数（10例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有	・	無

[記載上の注意]

1. 「2」の常勤の眼科の医師及び「3」の常勤の麻酔科標榜医の氏名、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
 - ・麻酔科の常勤医師
 - ・10年以上の眼科の経験を有する常勤医師
 - ・当該手術に熟練した医師の指導の下に、網膜再建術を3例以上実施した経験を有する常勤の眼科（10年以上の眼科の経験を有するものに限る。）の医師
2. 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
3. 「4」及び「5」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. 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。

様式 54 の 7

内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）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 耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 （拡大副鼻腔手術）の症例数	
	年		例
	年		例
	年		例
3 脳神経外科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
4 眼科の常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	経験年数 （少なくとも1名は5年以上）		
	年		
	年		
5 緊急手術が可能な体制	有	・	無

[記載上の注意]

1. 「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。
2. 「2」の耳鼻咽喉科の常勤医師、「3」の脳神経外科の常勤医師及び「4」の眼

科の常勤医師の氏名、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。

- ・耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・脳神経外科の常勤医師
 - ・眼科の常勤医師
 - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤医師
 - ・5年以上の眼科の経験を有する常勤医師
 - ・5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤の医師
3. 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。

人工内耳植込術
植込型骨導補聴器移植術
植込型骨導補聴器交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

<p>1 届出種別</p> <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) 																	
<p>2 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 style="text-align: right;">科</p>																	
<p>3 内耳又は中耳に対する手術の実施数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																	
<p>4 耳鼻咽喉科の医師の氏名等 (3名以上)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">耳鼻咽喉科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">人工内耳植込術の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数		年	例		年	例		年	例		年	例
常勤医師の氏名	耳鼻咽喉科の経験年数	人工内耳植込術の経験症例数															
	年	例															
	年	例															
	年	例															
	年	例															
<p>5 言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>																	
<p>6 当該手術を行った患者のリハビリテーションを届出医療機関と連携を有する保険医療機関で行う場合</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">連携医療機関の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>開設者名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名</td> <td></td> </tr> </table> <p>言語聴覚療法に専従する職員の氏名 (2名以上)</p>			連携医療機関の名称		開設者名		所在地		耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名								
連携医療機関の名称																	
開設者名																	
所在地																	
耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名																	

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に15例以上、再度の届出の場合には実績期間内に30例以上が必要であること。また、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。
- 3 「4」及び「6」の耳鼻咽喉科の常勤医師及び「5」及び「6」の言語聴覚療法に専従する職員の氏名、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。
 - ・耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・5年以上の耳鼻咽喉科の経験を有する常勤医師
 - ・1例以上の人工内耳植込術の経験を有する耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・言語聴覚療法に専従する職員
 - ・連携を有する保険医療機関の耳鼻咽喉科の常勤医師
 - ・連携を有する保険医療機関の言語聴覚療法に専従する職員
- 4 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。

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）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 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			
例			

[記載上の注意]

- 1 「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。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。
 - ・常勤の形成外科の医師
 - ・常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科の医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 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。

様式 56 の 2

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節加算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 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 乳がんセンチネルリンパ節加算 1（併用法） 2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の「2 乳がんセンチネルリンパ節加算 2（単独法）」のうち色素のみによるものを届け出る場合、「5」の記載は不要であること。
- 2 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、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 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 5 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 3

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、
 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（1名以上）			
常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
2 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「1」の歯科医師の氏名、勤務の形態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。
 - ・常勤歯科口腔外科の歯科医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
- 2 「1」から「2」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。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

様式 56 の 4

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術
 内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

} 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 外科、頭頸部外科、耳鼻いんこう科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「461-2」、「462-2」及び「464-2」の手術を術者として合わせて5例以上の経験を有する常勤の医師。		
常勤医師の氏名	経験年数	術者としての経験症例数
3 緊急手術が可能な体制		
（ 有 ・ 無 ）		

[記載上の注意]

- 1 「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。なお、術者としての経験症例数は、区分番号「461-2」、「462-2」及び「464-2」を合わせた症例数を記載すること。
- 2 「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。
- 3 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。

様式 56 の 5

乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）
及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））の施設基準に係る
届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した乳腺悪性腫瘍手術症例数				件
2 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており乳頭乳輪温存乳房切除術を当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として10症例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏 名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 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
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）	診療科名	常勤医師の氏名		
5 麻酔科標榜医の氏名				
6 病理部門の病理医氏名				

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、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。
- 3 乳腺外科又は外科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 56 の 6

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。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
2 呼吸器内科の経験を5年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏名		経験年数	
3 放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師の氏名等			
氏名		経験年数	

[記載上の注意]

- 1 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 呼吸器外科、呼吸器内科及び放射線科を担当する医師の氏名、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。

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 (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。

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上が必要であること。また、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。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体部分肺移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 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。

内視鏡下筋層切開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 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 常勤の医師					
常勤医師の氏名			診療科名		
4 消化器内科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師。 なお、当該医師は、当該手術について15例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	経験年数	経験症例数		
			早期悪性腫瘍 粘膜下層 剥離術	当該手術 （術者として）	
			例	例（ 例）	
			例	例（ 例）	
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 緊急手術が可能な体制					（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 「2」及び「4」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。
- 「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。
- 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 届出区分 （該当するものそれぞれに ○を付すこと。）		1 高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの 2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	
3 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>			
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>			
5 経皮的冠動脈形成術の実施症例数 <div style="text-align: right;">例</div>			
6 当該診療科の医師の氏名等			
医師の氏名	診療科名	勤務形態	当該診療科の経験年数
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年
		常勤 ・ 非常勤	年

[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 「4」及び「5」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が15例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が100例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈及び大動脈バイパス移植術が30例以上、かつ、経皮的冠動脈形成術が200例以上が必要であること。また、開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術、経皮的冠動脈形成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。
- 3 「6」は、次の従事者について記載すること。
 - ・5年以上の循環器科の経験を有する医師
 - ・5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤医師
- 4 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。

経カテーテル大動脈弁置換術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）		
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
		科
3 緊急開心・胸部大動脈手術の実施症例数		
		例
4 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む。）の実施症例数		
大動脈に対するステントグラフト内挿術		例
5 冠動脈に関する血管内治療（P C I）の実施症例数		
		例
6 経食道心エコー検査の実施症例数		
		例
7 当該診療科の常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の経験年数
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年
	科	年

[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」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、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。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が10例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が5例以上、再度の届出の場合に

は実績期間内に大動脈基部置換術を含む大動脈弁置換術が 20 例以上、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術が 10 例以上必要であること。また、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」は、新規届出の場合には実績期間内に冠動脈に関する血管内治療が 50 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 100 例以上必要であること。また、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。
- 5 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に経食道心エコー検査が 100 例以上、再度の届出の場合には実績期間内に 200 例以上必要であること。また、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。
- 6 「7」の常勤医師の氏名、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。
- 7 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。

腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
			科
3 経皮的カテーテル心筋焼灼術の実施症例数			
例			
4 循環器科の常勤医師の 氏名等（2名以上）	医師の氏名	経験年数	不整脈について 5年以上の経験
		年	有 ・ 無
		年	有 ・ 無
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 常勤の臨床工学技士の氏名			
7 緊急手術が可能な体制（有 ・ 無）			
8 保守管理の計画（有 ・ 無）			

[記載上の注意]

- 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、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」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」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 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。

経皮的中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 「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」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
- 3 「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。

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <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) 																							
<p>2 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 style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																					
<p>4 開心術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例 例</p>																					
<p>5 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の経験症例数</p>		<p>例</p>																					
<p>6 当該診療科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">診療科名</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">所定の研修修了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																					
<p>7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																							

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、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。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、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」は、十分な経験のある施設であることがわかるように、実績期間における症例数をすべて記入すること。また、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。
- 5 「6」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)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。

様式 62

植込型除細動器移植術 及び
植込型除細動器交換術

経静脈電極拔去術

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 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 心臓電気生理学的検査の実施症例数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの		例 例
4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数		例 例
5 当該診療科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日
6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)		
(1) 血液学的検査		
(2) 生化学的検査		
(3) 画像診断		

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、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。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、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」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 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。

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <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) 																										
<p>2 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 style="text-align: right;">科</p>																										
<p>3 心臓電気生理学的検査数 うち、心室性頻拍性不整脈症例に対するもの</p>		<p>例 例</p>																								
<p>4 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の実施症例数 ペースメーカー移植術の実施症例数</p>		<p>例 例</p>																								
<p>5 当該診療科の常勤医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 33%;">診療科名</th> <th style="width: 33%;">所定の研修修了年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																					
常勤医師の氏名	診療科名	所定の研修修了年月日																								
<p>6 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 (一般的名称) (承認番号)</p> <p>(1) 血液学的検査</p> <p>(2) 生化学的検査</p> <p>(3) 画像診断</p>																										

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が25例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が3例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が50例以上(うち心室性頻拍性不整脈症例が5例以上)が必要であること。また、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。
- 3 「4」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて15例、かつ、ペースメーカー移植術を5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて30例、かつ、ペースメーカー移植術を10例以上が必要であること。また、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」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・循環器科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・所定の研修を修了している当該診療科の常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、循環器科又は心臓血管外科の経験年数及び所定の研修修了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 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。

補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <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) 																							
<p>2 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 style="text-align: right;">科</p>																							
<p>3 開心術 (冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。) の実施症例数</p> <p style="text-align: right;">例</p>																							
<p>4 心臓血管外科の医師の氏名等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">常勤医師の氏名等</th> <th style="width: 33%;">心臓血管外科の経験年数</th> <th style="width: 33%;">補助人工心臓の経験症例数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">例</td> </tr> </tbody> </table>			常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例		年	例
常勤医師の氏名等	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
	年	例																					
<p>5 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器</p> <p style="text-align: center;">(一般的名称) (承認番号)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 生化学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 画像診断</p>																							

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、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。
- 3 「4」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 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。

様式 64 の 2

小児補助人工心臓の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別		
・新規届出 (実績期間 年 月～ 年 月) ・再度の届出 (実績期間 年 月～ 年 月)		
2	心臓血管手術の実施症例数	例
3	18歳未満の症例に対する心臓手術の実施症例数	例
4	過去5年間における11歳未満の症例に対する機械的循環補助経験症例数	例
5 心臓血管外科の医師の氏名等		
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の経験症例数
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
	年	例
6 小児循環器科の医師の氏名等		
医師の氏名	小児循環器科の経験年数	
	年	
	年	
	年	
	年	
	年	
7 関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページ		
ウェブページの名前		
ウェブページのURL	http://	

[記載上の注意]

- 「2」は実績期間内に100例以上が必要であること。また、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。
- 「3」は実績期間内に50例以上が必要であること。
- 「4」における機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。また、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。
- 「5」及び「6」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。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - 心臓血管外科の常勤医師
 - 心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師

- ・ 心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師
- ・ 小児循環器科の医師
- ・ 小児循環器科の医師のうち、小児循環器科の経験を5年以上有している医師

また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数並びに心臓血管外科の常勤医師については機械的循環補助所定の経験の有無が分かるもの）を添付すること。

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。
6. 届出に当たっては、関連学会からの認定を受けていることを確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） <div style="text-align: right;">科</div>			
3 開心術の実施症例数 例			
4 現時点までの補助人工心臓装着を行った経験症例数 例 うち過去3年間の経験症例数 例 うち90日以上連続した補助を行った症例数 例			
5 関係学会より選定された年月日 平成 年 月 日			
6 心臓血管外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	補助人工心臓の実施症例数	所定の研修修了年月
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
	年	例	
7 当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器 （一般的名称） （承認番号） <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 画像診断			
8 補助人工心臓の適応を検討する委員会の有無 （ 有 ・ 無 ） 補助人工心臓装着患者を統合的に治療・管理する体制の有無 （ 有 ・ 無 ）			
9 体外設置型補助人工心臓駆動装置がいつでも施行可能な体制の有無 （ 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」は、新規届出の場合には実績期間内に25例以上、再度の届出の場合には実績期間内に50例以上が必要であること。また、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。
- 3 関係学会より認定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。
- 4 「6」の常勤医師の氏名、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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・心臓血管外科の常勤医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 - ・心臓血管外科の常勤医師のうち、1例以上の補助人工心臓の経験を有している医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、心臓血管外科の経験年数及び補助人工心臓所定の経験の有無がわかるもの)を添付すること。
- 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。

様式 65 の 3 の 2

骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設としての届出			有 ・ 無
2 細胞培養センターについて（該当するものに○を付すこと。）			
・ 医薬品医療機器法に基づく基準に則ったもの			
・ 再生医療等安全確保法に基づく基準に則ったもの			
3 循環器内科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	循環器内科の経験年数	所定の研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		
4 心臓血管外科の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	心臓血管外科の経験年数	所定の研修修了年月日	
	年		
	年		
	年		
5 心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称			
6 「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定められた実施施設基準への該当性			
該当 ・ 非該当			

[記載上の注意]

- 「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。なお、次のいずれに該当する医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・ 循環器内科の常勤医師
 - ・ 循環器内科の常勤医師のうち、循環器内科の経験を5年以上有している医師
 - ・ 心臓血管外科の医師
 - ・ 心臓血管外科の医師のうち、心臓血管外科の経験を5年以上有している医師
 また、当該医師の経歴（当該病院での勤務時間及び当該診療科での経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。
- 届出にあたっては、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をもマスクした上で、添付すること。

様式 65 の 4

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術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 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 血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数	診療科名	当該療法の経験症例数
	年	科	例
	年	科	例
	年	科	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (合計)			
例			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 下肢静脈瘤手術 (抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術) ・ 大伏在静脈抜去術 ・ 下肢静脈瘤血管内焼灼術 ・ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術 			

[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」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「3」については当該手術症例一覧(実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名)を別添2の様式52により添付すること。
- 4 当該常勤医師の経歴(血管外科又は心臓血管外科の経験年数がわかるもの)を添付すること。

様式 65 の 5

- ・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

の施設基準に係る届出書
添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	
2 以下の手術について、術者として、合わせて 20 例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（2 名以上）	
<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術 ・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 ・腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術 ・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 ・腹腔鏡下腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開腎摘出術 	<ul style="list-style-type: none"> ・腹腔鏡下副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開副腎摘出術 ・腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術 ・腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術 ・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 ・腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 ・腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
常勤医師の氏名	2 に示す手術の経験症例数
	例
	例
	例
3 当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1 名以上）	
常勤医師の氏名	当該手術の経験症例数
	例
	例
4 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数（10 例以上）	
例	

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、「2」又は「3」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。（「2」及び「3」のいずれにも該当する場合は、その旨記載すること。）
- 2 「2」から「4」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。
- 3 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。

様式 65 の 6

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別			
・ 新規届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
・ 再度の届出（実績期間 年 月 ～ 年 月）			
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
3 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として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	診療科名	経験年数	経験症例数
	科	年	例
	科	年	例
	科	年	例
4 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数			
区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」に掲げる手術			
例			
5 当該手術を担当する診療科における常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
	科		
	科		
	科		
	科		
6 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	経験年数		
	年		
	年		
7 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
8 常勤の管理栄養士の氏名			
9 緊急手術が可能な体制（有・無）			
10 当該手術を実施した患者に対するフォローアップの有無及び術後5年目の捕捉率			
（有・無）（割 分）			

[記載上の注意]

- 「1」は、特掲診療料施設基準通知第2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 「3」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。

- 3 「3」及び「4」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「6」については、当該常勤医師の経歴（該当する診療科等についての経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 5 「7」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 65 の 7

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。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した膵頭十二指腸切除術又は肝切除術症例数 件	
2 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有している常勤の医師の氏名等	
氏名	経験年数

[記載上の注意]

- 1 「1」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 3 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

様式 66

体外衝撃波胆石破砕術
 体外衝撃波膵石破砕術
 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目に○を付けること

当該療法を行う専用室	平方メートル	当該療法用の器械・器具の名称、台数等				
緊急時のための手術室		平方メートル				
緊急検査が可能な検査体制		(有 ・ 無)				
当該診療科の医師の氏名等						
常勤医師の氏名	胆石症に関する		膵石に関する		腎・尿管結石に関する	
	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数	専門知識	経験年数
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年	有 ・ 無	年
常時(午前0時より午後12時までの間)待機医師		日勤 その他 ()		当直 名		名
当該医療機関内で常時(午前0時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器						
検査	一般的名称	承認番号	台数			
生化学的検査						
血液学的検査						
微生物学的検査						
画像診断						
内視鏡的治療が可能な体制		有 ・ 無				

[記載上の注意]

- 1 「担当医師」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常勤医師であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・体外衝撃波胆石破碎術を担当する医師
 - ・胆石治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
 - ・体外衝撃波・尿管結石破碎術を担当する医師
 - ・腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医
 - ・体外衝撃波膀胱石破碎術を担当する医師
 - ・膀胱石治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する専門医また、担当医師の経歴（当該病院における勤務、当該治療に係る経験年数がわかるもの）を添付すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。
- 4 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。
- 5 「内視鏡的治療が可能な体制」については、体外衝撃波膀胱石破碎術を届け出る場合に記載すること。

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

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
4 腹腔鏡下肝切除を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名		
常勤医師の氏名	経験症例数 (少なくとも10例以上)	
5 消化器外科の常勤医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	
6 麻酔科標榜医の氏名		
7 病理部門の病理医氏名		
8 緊急手術が可能な体制	有	無
9 学会との連携体制	有	無

【記載上の注意】

- 1 「2」、「3」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「4」については、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に係る届け出を行う場合のみ記載すること。
- 3 消化器外科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

[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」は、新規届出の場合には実績期間内に10例以上(小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて5例以上)、再度の届出の場合には実績期間内に20例以上(小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて10例以上)が必要であること。また、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。
- 3 「4」については、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体部分肝移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、臓器移植の経験を有する常勤医師
また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間、当該診療科の経験年数及び所定の研修終了の有無がわかるもの)を添付すること。
- 4 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 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。

様式 67 の 2

腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除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 当該保険医療機関において1年間に実施した腓臓手術症例数		例
3 消化器外科の常勤医師の氏名等（3名以上）		
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は5年以上)	
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制	有	無

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 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。

様式 67 の 2 の 2

腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関において1年間に実施した膵臓に係る手術症例数 (「K698」、「K700」、「K700-2」、「K701」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」及び「K704」の合計数)			例
2 1のうち、膵頭十二指腸切除術症例数			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
4 当該保険医療機関において1年間に実施した胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術症例数(腹腔鏡下の肝臓・胆のう・膵臓・胃・食道・脾臓に係る手術の合計数)			例
5 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術について術者として20例以上の経験を有する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術の経験症例数	腹腔鏡下膵体尾部切除術の経験症例数	
	例	例	例
	例	例	例
6 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
7 病理部門の病理医氏名			
8 外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等(5名以上)			
常勤医師の氏名	経験年数 (少なくとも1名は15年以上)		

9 学会との連携体制	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「1」、「2」、「3」、「4」及び「5」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、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。

様式 67 の 3

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離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 当該保険医療機関において1年間に実施した粘膜下層剥離術症例数		例	
3 消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
診療科名	氏 名	経験年数	
		年	
		年	
		年	
4 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 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。

様式 68 の 2

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 （少なくとも2人は5年以上）	
		年
		年
		年
3 当該療養を担当する医師の常時待機	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 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。

様式 68 の 3

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）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 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
3 当該医療機関における腎悪性腫瘍に係る手術の実施症例数			例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の経 験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の 経験症例数
		年	例
		年	例
5 麻酔科標榜医の氏名			
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 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「K773」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-4」又は「K773-5」を合わせて10例以上が必要であること。また、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。
- 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。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。
なお、このうち1名の医師は、当該療養について10例以上の症例を経験していることが必要であること、また当該症例一覧を別添2の様式52により添付すること。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

生体腎移植術の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別</p> <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) 			
<p>2 標榜診療科 (当該手術を担当する科名)</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">科</p>			
<p>3 腎尿路系手術 (K757からK823-2まで) の実施数</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">例</p>			
<p>4 生体腎移植術を担当する診療科の医師の氏名等 (2名以上)</p>			
常勤医師の氏名	診療科名	死体腎移植の経験症例数	生体腎移植の経験症例数

[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」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。また、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。
- 3 「4」は、次の常勤医師について記載すること。
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、死体腎移植の経験を有する常勤医師
 - ・生体腎移植術を担当する診療科の常勤医師のうち、生体腎移植術の経験を有する常勤医師また、当該常勤医師の経歴(当該病院での勤務期間がわかるもの)を添付すること。
- 4 世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。
- 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。

様式 69 の 2

膀胱水圧拡張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 泌尿器科の経験を5年以上有するとともに膀胱水圧拡張術を術者として5例以上実施した経験を有する医師の氏名等			
氏	名	経験年数	経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名			
4 麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」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。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 69 の 3

〔 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科名（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年間に実施した膀胱悪性腫瘍手術症例数 （区分番号「K803」、「K803-2」及び「K803-3」の合計数）		例
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等（2名以上）		
常勤医師の氏名		経験年数 (少なくとも1名は5年以上)
		年
		年
		年
4 麻酔科標榜医の氏名		
5 病理部門の病理医氏名		
6 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 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。

様式 69 の 4

人工尿道括約筋植込・置換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 泌尿器科の常勤医師の氏名等		
氏 名	経験年数 (少なくとも1人は5年以上)	
		年
		年
		年
3 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無	

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 2 泌尿器科を担当する医師の氏名、勤務の様態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 当該届出は病院である医療機関のみ可能であること。

焦点式高エネルギー超音波療法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 焦点式高エネルギー超音波療法について主として実施する医師及び補助を行う医師として5例以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等（1名以上）		
常勤医師の氏名	泌尿器科の経験年数	焦点式高エネルギー超音波療法の経験症例数
	年	例
	年	例
3 当該医療機関における焦点式高エネルギー超音波療法の実施症例数（5例以上）		
例		

[記載上の注意]

- 1 「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。
 なお、次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。
 ・当該手術について5例以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師
- 2 「2」から「3」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 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。

様式 71

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別	
・ 新規届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
・ 再度の届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
2 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
科	
3 泌尿器科の常勤医師の氏名等	
氏名	経験年数
	年
	年
	年
4 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師の氏名等 (1名以上)	
常勤医師の氏名	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の経験症例数
	例
	例
	例
5 当該保険医療機関において1年間に実施した前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術の症例数 (10例以上)	
	例
6 病理部門の病理医氏名	
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 「4」及び「5」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。
- 3 泌尿器科を担当する医師の氏名、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。
- 4 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。

様式 71 の 1 の 2

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）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 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
3 当該医療機関における前立腺悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		例
4 泌尿器科の常勤医師の氏名等 （泌尿器科について5年以上の 経験を有する者が2名以上）	常勤医師の氏名	経験年数
		年
		年
5 麻酔科標榜医の氏名		
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 「3」は、新規届出の場合には実績期間内に区分番号「K843」、「K843-2」、「K843-3」、又は「K843-4」を合わせて20例以上が必要であること。また、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。
- 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。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。
- 4 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。

腹腔鏡下仙骨腔固定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 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数			例
3 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する医師			
常勤医師の氏名	経験年数	当該療養の術者としての 経験症例数	
4 常勤医師の氏名等（2名以上）			
常勤医師の氏名	診療科名（当該手術を担当する科名）		
5 麻酔科標榜医の氏名			
6 緊急手術が可能な体制			（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 当該届出は、有床診療所又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

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 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			
<p>なお、経験症例数については、以下の例による。</p> <p>(1) 開腹子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」) (20例以上)</p> <p>(2) 腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (20例以上)</p> <p>(3) 当該療養 (術者として5例以上)</p>			
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
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
	科	年	(1) 例 (2) 例 (3) 例
4 当該手術を担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		診療科名 (当該手術を担当する科名)	
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「K879-2」)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」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」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。

様式 71 の 3

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼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 当該保険医療機関における小児科及び麻酔科の標榜		有 ・ 無		
3 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有する常勤の医師				
診療科名	医師の氏名	経験年数	経験症例数	
4 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		
5 緊急帝王切開に対応できる体制及び「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出		緊急帝王切開に対応できる体制	有 ・ 無	
		「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出	有 ・ 無	
6 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。		有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」については、医師が経験した当該手術の症例数がわかる書類を添付すること。
- 2 「4」について、「無」の場合は「5」を記載すること。
- 3 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。
- 4 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。

様式 71 の 4

胎児胸腔・羊水腔シャント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 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科の医師の氏名等				
常勤医師の氏名	診療科	経験年数	胎児胸水症例の経験	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
3 総合周産期特定集治療室管理料の届出		有 ・ 無		
4 緊急帝王切開に対応できる体制		有 ・ 無		
新生児特定集中治療室管理料の届出		有 ・ 無		

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。また、常勤医師の氏名、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 「2」の胎児胸水症例の経験は、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。

輸血管理料、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	輸血管理料Ⅰ ・ 輸血管理料Ⅱ ・ 輸血適正使用加算 ・ 貯血式自己血輸血管理体制加算	
2 輸血部門における(専任)常勤医師の氏名		
3 輸血部門における常勤臨床検査技師の氏名等		
氏 名		
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
		専任 ・ 専従
4 輸血部門における臨床検査技師の勤務状況		
日勤 名、 当直 名		
5 輸血部門における輸血用血液製剤等の管理状況		
輸血用血液製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
アルブミン製剤の一元管理	実施している ・ 実施していない	
6 輸血用血液検査を常時実施できる体制		
		あり ・ なし
7 輸血療法委員会の開催状況及び取組状況		
年間開催回数	回 / 年	
取組内容		
8 輸血に係る副作用監視体制		
輸血前後の感染症検査	実施している ・ 実施していない	
輸血前の検体の保存	保存している ・ 保存していない	
9 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況		
		遵守している ・ 遵守していない
10 新鮮凍結血漿、赤血球濃厚液及びアルブミン製剤の使用状況		
①赤血球濃厚液(MAP)の使用量		単位
②新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量		単位
③血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量		単位
④アルブミン製剤の使用量		単位
⑤血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量		単位
FFP/MAP比	$(② - ③ / 2) / ① =$	
アルブミン/MAP比	$\frac{\text{———}}{\text{———}} (④ - ⑤) / ① =$	
11 自己血輸血に関する常勤の責任医師及び看護師の氏名		

[記載上の注意]

- 1 「4」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「7」の輸血療法委員会の開催状況及び取組状況については、血液製剤の使用実態の報告等、症例検討を含む適正使用推進方策の検討、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策等、その取組内容について記載すること。また、輸血療法委員会の目的、構成員、開催回数等を記載した輸血療法委員会の設置要綱等を添付すること。
- 3 「10」のアルブミン製剤の使用量は、使用重量(g)を3で除して得た値を単位数とする。また、自己血輸血については、輸血量 200mLを赤血球濃厚液 1 単位相当とみなし、赤血球濃厚液の使用量として計上すること。さらに、新鮮凍結血漿については、輸血量 120mLを1単位相当とみなす。
- 4 「11」について自己血輸血に関する常勤責任医師の認定証の写しを添付すること。

自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 輸血部門における輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師の氏名	
2 輸血部門における専任の常勤臨床検査技師の氏名等	
氏 名	
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
	専任 ・ 専従
3 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の遵守状況	
遵守している ・ 遵守していない	

[記載上の注意]

「2」の臨床検査技師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出(報告)書添付書類

1 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の氏名	
2 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師の氏名等	
氏 名	急性期患者の看護に従事した年数
	年
	年
	年

[記載上の注意]

- 1 「1」の人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的にわかるものを添付すること。
- 2 「2」の常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等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。

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、心臓外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 (うち術者として)	
		年	年	例 (例)	
		年	年	例 (例)	
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）					
常勤医師の氏名			経験年数		
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 臨床検査技師の氏名					
7 緊急手術が可能な体制					（有・無）
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無					（有・無）
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無					（有・無）

[記載上の注意]

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

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数：_____床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。

麻酔管理料に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当するものにそれぞれ○を付すこと。） （ ） 麻酔管理料（Ⅰ） （ ） 麻酔管理料（Ⅱ）			
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 常勤の麻酔科標榜医			
氏 名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書		常勤となった日
	許 可 年 月 日	登 録 番 号	
	年 月 日		年 月 日

注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。

注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。

放射線治療専任加算
外来放射線治療加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目を○で囲むこと。

1 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
2 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
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
X線あるいはCTを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無 (有 ・ 無) ※ 外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

[記載上の注意]

- 1 「1」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。
- 2 「2」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。

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

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数 例	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> ・直線加速器（名称）） ・治療計画用CT装置（名称）） ・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称）） ・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称）） ・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称）） ・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称）） ・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称）） 	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。
- 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

様式 78 の 2

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

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

〔記載上の注意〕

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

呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出する区分 (該当するものそれぞれに○を付すこと)	1 体外照射呼吸性移動対策加算 2 定位放射線治療・動体追尾法 3 定位放射線治療・その他のもの
2 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名 (動体追尾法にあつては2名以上)	経験年数
	年
	年
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等	
常勤診療放射線技師の氏名	経験年数
	年
	年
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 当該療法を行うために必要な装置の一覧 (製品名等)	
照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置	
照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」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。
- 3 「4」の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。

定位放射線治療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 当該療法を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
直線加速器	
治療計画用CT装置	
三次元放射線治療計画システム	
照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置	
微小容量電離箱線量計または半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）および併用する水ファントムまたは水等価個体ファントム	

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 「3」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。
- 3 「4」の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。

様式 79 の 1 の 2

粒子線治療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 放射線治療を専ら担当する常勤医師（2名以上）			
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数	重粒子線治療又は陽子線 治療の経験年数	
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
	年	重粒子線治療	年
		陽子線治療	年
3 常勤診療放射線技師の氏名			
4 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等			
氏 名		職 種	
5 重粒子線治療又は陽子線治療の実施症例数			
		重粒子線治療	例
		陽子線治療	例
6 当該治療を行うために備えている機器の名称等			
・ 粒子線治療装置 （名称 ）			
・ 治療計画用CT装置 （名称 ）			
・ 粒子線治療計画システム （名称 ）			
・ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置 （名称 ）			
・ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム （名称 ）			

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの）を添付すること。なお、常勤医師のうち1名は、下記の経験を有することが分かるものを添付すること。
 - ・ 放射線治療の経験を10年以上
 - ・ 重粒子線については重粒子線治療の経験を、陽子線治療については陽子線治療の経験を2年以上（※）
 - ※放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養について一年以上の経験を有する者については、一年以上。
- 2 「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。
- 3 当該医療機関における粒子線治療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。
- 4 「5」については、粒子線治療の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。なお、陽子線治療については陽子線治療の実績を、重粒子線治療については重粒子線治療の実績を10例以上記載すること。

様式 79 の 1 の 3

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の
施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。

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

※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。

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

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類
 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

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

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

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

5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項
(衛生検査所に作製を依頼している場合にのみ記入)

① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数 _____ 件

② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数 _____ 件

③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)

(名称)	(作製数)	_____	件
(名称)	(作製数)	_____	件
(名称)	(作製数)	_____	件

④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 =
(③のうち最大のもの / ②) × 100 = %

[記載上の注意]

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

様式 80

テレパソロジー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

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分（該当する届出区分に○をする）

（ ） テレパソロジー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

送信側（検体採取が行われる保険医療機関）

2 当該標本作製を担当する常勤検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）の氏名

受信側（画像による病理診断が行われる保険医療機関）

3 病理診断を専ら担当する常勤医師又は歯科医師の氏名

4 病院種別（該当するものに○をする）

- | | | | | |
|-------------|-------|---|---|---|
| ・ 特定機能病院 | 承認年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ 臨床研修指定病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地医療拠点病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地中核病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ・ へき地医療支援病院 | 指定年月日 | 年 | 月 | 日 |

[記載上の注意]

- 「2」の常勤検査技師の経歴（病理標本作製業務の経験、勤務状況がわかるもの）を添付すること。
- 「3」の常勤医師又は歯科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。
- テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製とテレパソロジーによる術中迅速細胞診の両方を届出の場合は、それぞれ別に作成すること。

（ 病理診断管理加算 1
病理診断管理加算 2 ）

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 病理診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名		経験年数	
		年	
		年	
		年	
2 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	
3 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（CPC：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

〔記載上の注意〕

- 1 「1」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。
- 2 「2」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 「3」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 病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。

{

 口腔病理診断管理加算 1
 口腔病理診断管理加算 2

}
 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 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等	
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）	経験年数
	年
	年
	年
2 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
3 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（CPC：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

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は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。
- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、口腔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 「3」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 口腔病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

--

3. 保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

<input type="checkbox"/> 昭 和	_____年	_____月
<input type="checkbox"/> 平 成		

4. 保険医療機関コード

--

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機器	機器名:	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏名	経歴(経歴年数を含む。)	
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日	
	<input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日	
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:
	下顎運動検査機器	機器名:
	咀嚼筋電図検査機器	機器名:
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名	
	人数	_____名
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士 看護師
	人数	_____名
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:	
	所在地:	
	保険医療機関名:	
	所在地:	

イ ⑤が95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

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

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

ウ [②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

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

[記載上の注意]

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

調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険薬局の常勤薬剤師数並びに当該保険薬局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（以下「当該施設基準」という。）に適合している薬剤師数及びその割合			
勤務している保険薬剤師の数（①）			人
当該施設基準に適合していることが必要な保険薬剤師数（①×0.5）（②）			人
2 当該施設基準に適合している保険薬剤師数及び保険薬剤師の氏名等			
当該施設基準の届出年月	年 月	当該施設基準に適合している保険薬剤師数（②以上いること）	
人			
保険薬剤師の氏名	算定回数	保険薬剤師の氏名	算定回数
	回		回
	回		回
	回		回
	回		回
3 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算定回数（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く）			
期間： 年 月 ～ 年 月			
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合計算定回数（③）			回
1月の常勤薬剤師一人あたり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算定回数 [③ / (① × 3)] (100回以上であること)			回

[記載上の注意]

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別添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。
- 「1」の、「常勤薬剤師数」は「薬局等の許可等に関する疑義について」（平成11年2月16日医薬企第17号）の「1薬剤師員数の解釈について」に基づき以下のとおり計算する。
 - 常勤は、保険薬局が定めた1週間の勤務時間（原則として、薬局で定めた就業規則に基づく薬剤師の勤務時間）のすべてを勤務する者（32時間未満の場合は32時間以上）の数である。また、非常勤の場合には次の式により計算される値の小数点を切り捨てた数とする。

$$\frac{\text{非常勤薬剤師の勤務時間の合計}}{\text{保険薬局で定めた1週間の常勤の勤務時間（32時間未満の場合は32時間）}}$$
- 「1」の、②の計算については、小数点以下は四捨五入とする。ただし、①が1の場合には1とする。
- 「2」の、保険薬剤師の氏名の記載欄が不足する場合は別添として報告すること。
- 「2」の、算定回数欄には当該保険薬剤師が「3」の期間に算定した、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合計（公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者に係る算定回数を除く。）を記載すること。
- 「3」については、届出前3月間の実績を記載すること。
- 届出に当たっては、様式84を併せて届け出ること。

妥結率に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

当該保険薬局において卸売販売業者から購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの) (①)	円
卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額(各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの) (②)	円
妥結率 (②/①) %	%

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 「①」及び「②」については、報告年度の当年4月1日から9月30日の薬価総額を報告年度の10月中に報告すること。報告しない場合は、妥結率の低い保険薬局とみなされることに留意すること。
- 3 同一グループ内の保険薬局の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

基準調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
3 開局時間	
4 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	
5 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
6 備蓄品目数	品目
7 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月	
・受付回数 (①)	回
・主たる医療機関の処方せん受付回数 (②)	回
・集中度 (②/①) (%)	%
8 後発医薬品の調剤割合	%
9 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
10 麻薬小売業者免許証の番号	
11 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	
12 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：	
13 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	

14 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

15 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法

[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、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 3 「2」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。
- 4 「3」については、自局の開局時間を記載すること。
- 5 「4」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。
- 6 「6」については、品目リストを別に添付すること。
- 7 「7」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00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。
- 8 「8」については、調剤報酬点数表の区分番号00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。
- 9 「9」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。
- 10 「13」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。
- 11 「14」については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算した算定回数を記載すること。
- 12 「15」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 様式84の「調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類」の写し及び様式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 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。

後発医薬品調剤体制加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

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)	() 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65%以上)
	() 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75%以上)

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) (%)				

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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28年3月4日保医発0304第13号）を参照すること。

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師	常 勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)				
形 式 ・ 規 格				
空気清浄度、集塵効率等				
台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

[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、別添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、当該薬局の無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネットを使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。当該届出に係る施設・設備の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。
- 3 「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成24年8月22日薬食発0822第2号）に「記」の「第2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2 在宅業務実施体制に係る周知の状況
3 在宅業務に必要な体制の整備状況
4 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況
5 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 （実施患者数： ） （在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数： 回 （実施患者数： ） 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 （実施患者数： ））
6 麻薬小売業者免許証の番号

[記載上の注意]

- 1 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 2 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法を記載すること。
- 3 「3」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。
- 4 「4」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。
- 5 「5」の算定回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計 10 回以上であること。

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

薬剤師の氏名等（□には、「レ」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する薬剤師の氏名	薬局勤務 経験年数	週あたりの 勤務時間	在籍期間	研修	地域 活動
1		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		年	時間	年 月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[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、別添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 「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。
- 3 「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間を記載すること。
- 4 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 5 「研修」については、薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していることを確認できる文書を添付すること。ただし、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取扱う。
- 6 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。