

事 務 連 絡
令和6年3月29日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び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)あて連絡しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

(別添)

公益社団法人 日本医師会 御中
公益社団法人 日本歯科医師会 御中
公益社団法人 日本薬剤師会 御中
一般社団法人 日本病院会 御中
公益社団法人 全日本病院協会 御中
公益社団法人 日本精神科病院協会 御中
一般社団法人 日本医療法人協会 御中
一般社団法人 日本社会医療法人協議会 御中
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中
一般社団法人 日本慢性期医療協会 御中
一般社団法人 日本私立医科大学協会 御中
一般社団法人 日本私立歯科大学協会 御中
一般社団法人 日本病院薬剤師会 御中
公益社団法人 日本看護協会 御中
一般社団法人 全国訪問看護事業協会 御中
公益財団法人 日本訪問看護財団 御中
独立行政法人 国立病院機構本部 御中
国立研究開発法人 国立がん研究センター 御中
国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 御中
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 御中
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 御中
独立行政法人 地域医療機能推進機構本部 御中
独立行政法人 労働者健康安全機構本部 御中
健康保険組合連合会 御中
全国健康保険協会 御中
健康保険組合 御中
公益社団法人 国民健康保険中央会 御中
社会保険診療報酬支払基金 御中
財務省主計局給与共済課 御中
文部科学省高等教育局医学教育課 御中
文部科学省高等教育局私学行政課 御中
総務省自治行政局公務員部福利課 御中
総務省自治財政局地域企業経営企画室 御中
警察庁長官官房人事課 御中
防衛省人事教育局 御中
労働基準局労災管理課 御中
労働基準局補償課 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合 御中

事務連絡
令和6年3月29日

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

厚生労働省保険局医療課

令和6年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添5までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和6年3月5日付官報（号外第49号）に掲載された令和6年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添6のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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」
（令和6年3月5日保医発 0305 第4号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和6年3月5日保医発 0305 第5号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和6年3月5日保医発 0305 第6号）（別添3）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和6年3月5日保発 0305 第12号）（別添4）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和6年3月5日保医発 0305 第7号）（別添5）

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
(令和6年3月5日保医発0305第4号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

- (3) 「注3」~~及び~~「注9」及び「~~注9~~注10」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。

第2節 入院基本料等加算

A209 特定感染症入院医療管理加算

- (1) 特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として加算する。ただし、疑似症患者については、~~入院~~初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A220-2 特定感染症患者療養環境特別加算

- (1) 特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、~~入院~~初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に

入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

第3節 特定入院料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

(~~4213~~) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。ただし、令和6年3月31日時点において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟については、令和6年9月30日までの間に限り、アの「栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること」の要件を満たしているものとみなす。（以下略）

(~~4314~~)～(~~4617~~) 内容省略

第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

(8) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、「J038」人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料（第2章第5部第3節薬剤料に掲げる各所定点数をいう。）、第14部その他並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用する場合は特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

第1節 医学管理料等

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

(3) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施

している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。この場合には外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関は、連携する外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関名及び情報提供に係る文書を受理した日付を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

B005-14 プログラム医療機器等指導管理料

プログラム医療機器等指導管理料は、疾病の管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器等である特定保険医療材料の使用に係る指導及び医学管理を行った場合に月1回に限り算定する。具体的には、例えば以下のような場合を指す。

ア （略）

イ 高血圧症治療補助アプリを用いる場合は、高血圧症の医学管理において第2章第1部第1節医学管理料等（プログラム医療機器等指導管理料を除く。）のうち要件を満たすものを算定し、かつ、特定保険医療材料の高血圧症治療補助アプリを算定する場合

B011-6 栄養情報連携料

(2) 「注1」は、当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式12の5又はこれに準ずる様式を用いて患者に退院の見通しが立った際に説明するとともに、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

第2部 在宅医療

第1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料(I)

(23) 「注12」に規定する点数は、算定月の直近3月の実績において施設基準通知第9の3又は第14の2の3の基準に該当適合しなくなった場合において、当該算定月の5回目以降の訪問診療を行った際に算定するものであり、各月の4回目の訪問診療までは、「注12」の規定にかかわらず、「1」に掲げる所定点数により算定する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

- (10) 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、看護師等保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録すること。またなお、保険医療機関における日々の訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C108-3 在宅強心剤持続投与指導管理料

- (1) 在宅強心剤持続投与指導管理料は、循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、~~携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプ~~を用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- (2) (1)の持続投与に用いる~~携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプ~~は、以下のいずれも満たす場合に限られること。
ア 薬液が取り出せない構造であること。
イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること。
- (3) 在宅強心剤持続投与指導管理料を算定している患者者の外来受診時に、当該在宅強心剤持続投与指導管理料に係る「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、在宅強心剤持続投与指導管理料に係らない「G001」静脈内注射、「G004」点滴注射、「G005」中心静脈注射及び「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

第3部 検査

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

D012 感染症免疫学的検査

- (44) 百日咳菌抗原定性

イ 本検査と「D023」微生物核酸同定・定量検査の「13」百日咳菌核酸検出若しくは百日咳菌・パラ百日咳菌核酸同時検出、同区分「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）又は「23」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

D023 微生物核酸同定・定量検査

(28) SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出

イ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「24」RSウイルス抗原定性、本区分の「19」SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出及び「~~222~~3」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。

(29) SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出

イ 本検査を実施した場合、「D012」感染症免疫学的検査の「22」インフルエンザウイルス抗原定性、「24」RSウイルス抗原定性、本区分の「6」インフルエンザ核酸検出、「19」SARS-CoV-2核酸検出、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出、SARS-CoV-2・RSウイルス核酸同時検出及び「~~222~~3」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含む。）については、別に算定できない。

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

H003 呼吸器リハビリテーション料

(~~7~~9) 「注4」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」及び「注3」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注4」に規定する加算は算定できない。

(~~8~~10)～(~~11~~13) 内容省略

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I002 通院・在宅精神療法

(25) 「注10」に規定する児童思春期支援指導加算は、児童思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、通院・在宅精神療法の「1」を算定する患者であつて、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師（以下この項において「看護師等」という。）が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア～オ (略)

カ 1週間当たりの算定担当患者数は30人以内とする。

第10部 手術

第13款 手術等管理料

K917 体外受精・顕微授精管理料

- (3) 体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスィムアップ法等により、~~また、凍結精子を用いた体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、精子の融解等により、~~精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K917-4 採取精子調整管理料

- (1) 採取精子調整管理料は、不妊症の患者又はそのパートナーから「K838-2」精巣内精子採取術によって採取された精子を用いて、体外受精・顕微授精を実施するために採取した組織の細断又は精子の探索若しくは採取等を実施することを評価したものであり、当該手術後初めて「K917-5」精子凍結保存管理料の「1」の「イ」を算定する場合に算定する。この場合には精巣内精子採取術を実施した保険医療機関名及び日付を診療録等及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K917-5 精子凍結保存管理料

- (2) 凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は「1」の「イ」又は「ロ」により算定し、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合は「2」により算定する。なお、精子の融解等にかかる費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

第14部 その他

O102 入院ベースアップ評価料

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定した日においておいている患者について、1日につき1回に限り算定できる。

歯科診療報酬点数表に関する事項

通則

- ~~8~~9 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- ~~9~~10 区分番号は、「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。
- ~~10~~11 施設基準の取扱いに関する通知について、「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」（令和6年3月5日保医発 0305 第5号）を「基本診療料施設基準通知」、「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」（令和6年3月5日保医発 0305 第6号）を「特掲診療料施設基準通知」という。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

- (21) 「注7」及び「注8」の医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第1節 ~~区分番号~~ A000に掲げる初診料の例により算定する。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B000-4 歯科疾患管理料

- (15) 「注10」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤若しくは ~~抗血症板剤~~ ~~抗血小板剤~~ 投与中の患者、認知症の患者、神経難病の患者、HIV感染症の患者又はA000に掲げる初診料の(16)のト若しくは(19)に規定する感染症の患者若しくは当該感染症を疑う患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

B000-4-3 口腔機能管理料

- (1) 口腔機能管理料とは、50歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（D011-2に掲げる咀嚼能力検査の「1 咀嚼能力検査1」を算定した患者に限る。）、咬合力低下（D011-3に掲げる咬合圧

検査の「1 咬合圧検査1」を算定した患者に限る。) ~~又は~~、低舌圧(D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。) 又は口腔衛生状態不良(D002-6に掲げる口腔細菌定量検査の「2 口腔細菌定量検査2」を算定した患者に限る。) のいずれかに該当するものに対して、管理計画に基づき継続的な管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」(令和6年3月日本歯科医学会)を参考とすること。

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料

- (4) 「注2」について、全身麻酔による手術を行うにあたって、顎離断等の手術の外科的侵襲、薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染や術後合併症等のリスクが高いと考えられる全身的な疾患を有する患者については、所定点数により算定する。なお、算定に当たっては、患者の全身的な疾患及び当該疾患に係る術中や術後の管理上の留意点等について、(1)に規定する管理計画書に記載する。

B000-8 周術期等口腔機能管理料Ⅲ、B000-9 周術期等口腔機能管理料Ⅳ

- (1) 周術期等口腔機能管理料Ⅲは、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、がん等に係る放射線治療若しくは化学療法を実施している患者(予定している患者を含む。)、集中治療室での治療~~若しくはその~~後の一連の治療を実施している患者又は緩和ケアの対象となる患者に対して、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。

(中略)

- (3) 周術期等口腔機能管理料Ⅲ及び周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定する場合は、B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、口腔機能の管理を行い、管理報告書(①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を含むもの。)を作成し患者に提供する。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合は、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供する。なお、管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

(中略)

- (6) 「注2」の長期管理加算は、長期にわたる継続的な周術期等における口腔管理等を評価したものである。当該加算を初めて算定する場合にあつては、当該患者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に注意すべき事項を患者等に説明し、診療録には、説明した内容の要点を記載する。

~~(7) 「注2」の長期管理加算は、長期にわたる継続的な周術期等における口腔管理等を評価したものである。当該加算を初めて算定する場合にあつては、当該患者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に注意すべき事項を患者等に説明し、診療録には、説明した内容の要点を記載する。~~

- ~~(8.7)~~ 「注2」の長期管理加算を算定するにあたって、他の保険医療機関でB000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定している患者については、当該他の保険

医療機関で周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算する。

(9.8) 一連の治療において、同一月に周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定して差し支えない。

(10.9) その他周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)に係る周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目は、B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及びB000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定する。

B000-11 回復期等口腔機能管理料

(1) 回復期等口腔機能管理料は、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟に入院している患者であって、B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行い、管理報告書を作成し患者に提供した場合に算定する。

B011-6 栄養情報連携料

(2) 「注1」は、当該保険医療機関の歯科医師と医師の連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式12の5又はこれに準ずる様式を用いて患者に退院の見通しが立った際に説明するとともに、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設(以下この区分番号において「保険医療機関等」という。)の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

第2部 在宅医療

C000 歯科訪問診療料

(42) 「注15」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合において、「注7」、「注8」、「注10」、「注18」若しくは又は「注20」の加算は算定できる。

(43)～(49) (略)

(50) 「注19」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合において、「注7」、「注8」、「注9」、「注10」、「注13」、「注17」、「注18」若しくは又は「注20」の加算は算定できる。

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

(3) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者)に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、D002-6に掲げる口腔細菌定量検査の「2 口腔細

菌定量検査2」、D011-2に掲げる咀嚼能力検査の「1 咀嚼能力検査1」、若しくはD011-3に掲げる咬合圧検査の「1 咬合圧検査1」又はD012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

(中略)

- (7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤若しくは抗血小板剤投与中の患者、~~認知症の患者~~、神経難病の患者、HIV感染症の患者又はA000に掲げる初診料の(16)のト若しくは(19)に規定する感染症の患者若しくは当該感染症を疑う患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (4) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、D002-6に掲げる口腔細菌定量検査の「2 口腔細菌定量検査2」、D011-2に掲げる咀嚼能力検査の「1 咀嚼能力検査1」、D011-3に掲げる咬合圧検査の「1 咬合圧検査1」又はD012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

(中略)

- (19) 当該指導管理料を算定した日以降に実施したD002に掲げる歯周病検査、D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、D002-6に掲げる口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」、H001に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く）、I011に掲げる歯周基本治療、I011-2に掲げる歯周病安定期治療、I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、I030に掲げる機械的歯面清掃処置及びI030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。
- (20) 当該指導管理を開始する以前に、D002に掲げる歯周病検査を含む歯周病の治療又はD002-6に掲げる口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」を含む口腔バイオフィーム感染症に対する治療を実施している場合においては、当該指導管理料は算定できない。ただし、歯周病の治療又は口腔バイオフィーム感染症に対する治療を開始後に摂食機能障害又は口腔機能低下症に対する訓練等が必要となった場合においては、当該指導管理料を算定できる。

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (11) 当該指導管理料を算定した日以降に実施したD002に掲げる歯周病検査、D002

－5に掲げる歯周病部分的再評価検査、D002－6に掲げる口腔細菌定量検査の「1 口腔細菌定量検査1」、H001に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く。）、I011に掲げる歯周基本治療、I011－2に掲げる歯周病安定期治療、I011－2－3に掲げる歯周病重症化予防治療、I029－2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、I030に掲げる機械的歯面清掃処置及びI030－3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。

第3部 検査

第1節 検査料

D011 有床義歯咀嚼機能検査

- (1) 有床義歯咀嚼機能検査とは、I017－1－3に掲げる舌接触補助床、M018に掲げる有床義歯、M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴又はM025－2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴（以下この区分番号、D011－2及びD011－3において「有床義歯等」という。）の装着時の下顎運動、咀嚼能力又は咬合圧を測定することにより、有床義歯等の装着による咀嚼機能の回復の程度等を客観的かつ総合的に評価し、有床義歯等の調整、指導及び管理を効果的に行うことを目的として行うものであり、有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着前及び装着後のそれぞれについて実施する。

第8部 処置

第1節 処置料

I017－1－3 舌接触補助床

- (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能、発音・構音機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った製作した場合に算定できる。

I017－2 口腔内装置調整・修理

- (5) I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置（「1 口腔内装置1」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置（「~~1 口腔内装置1~~」又は「~~2 口腔内装置2~~」により製作した場合に限る。）及び外傷歯の保護のための口腔内装置（「~~2 口腔内装置2~~」により製作した場合に限る。）、I017－1－2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置並びにI017－1－4に掲げる術後即時顎補綴装置の修理を行った場合は、「2 口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置の調整と修理を同日に行っ

た場合において、調整に係る費用は修理に係る費用に含まれ別に算定できない。また、装着と同月に行った修理に係る費用は算定できない。

(中略)

- (8) I 0 1 7 に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置（「1 口腔内装置 1」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置（~~「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。~~）又は外傷歯の保護のための口腔内装置（~~「2 口腔内装置 2」により製作した場合に限る。~~）について、同一初診期間に当該装置の製作を行っていない場合又は別の保険医療機関で製作している場合についても算定できる。

第 12 部 歯冠修復及び欠損補綴

M 0 0 0 - 2 クラウン・ブリッジ維持管理料

- (4) 永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対する M 0 1 0 の 2 に掲げる 4 分の 3 冠（前歯）、M 0 1 0 の 3 に掲げる 5 分の 4 冠（小臼歯）、M 0 1 0 の 4 に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び M 0 1 1 に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

イ～ニ (略)

~~ホ 永久歯に対する M 0 1 0 - 2 に掲げる 4 分の 3 冠（前歯）、M 0 1 0 - 3 に掲げる 5 分の 4 冠（小臼歯）、M 0 1 0 の 4 に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び M 0 1 1 に掲げるレジン前装冠による歯冠修復（ブリッジの支台歯の場合を除く。）~~

M 0 0 1 歯冠形成

- (10) 「注 3」及び「注 7」に規定する加算は、ブリッジの支台歯として 第一小臼歯小臼歯 の歯冠形成を実施した場合に限り算定できる。

M 0 1 0 - 2 チタン冠

- (3) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれチタン冠を製作し連結して装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠形成、印象採得及び咬合採得は小臼歯 2 本分として算定する。なお、歯冠修復における及び当該歯冠修復における 保険医療材料料は大臼歯の材料料として算定する。

M 0 1 5 - 3 CAD/CAM インレー

- (1) CAD/CAM インレーとは、CAD/CAM 冠用材料との互換性が制限されない歯科用 CAD/CAM 装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠修復物をいい、隣接歯との接触面を含む窩洞（複雑なもの）に限り、認められる。

(2) (1)にかかわらず、M 0 0 3 - 4 に掲げる光学印象により印象採得を行った場合は、直接法により取得したデータを用いて、歯科用 CAD/CAM 装置により CAD/CA

Mインレーを製作しても差し支えない。

(~~2~~3)～(45) (内容省略)

M017 ポンティック

(6) ブリッジは、次の適用による。

イ ブリッジの給付について

(イ)～(へ) (略)

(ト) 隣接歯等の状況からやむをえず、支台歯1歯の接着ブリッジによる延長ブリッジ及びポンティック1歯による接着カンチレバー装置を行う製作する場合は、切歯(上顎中切歯を除く。)の1歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。

(チ) (略)

M017-2 高強度硬質レジンブリッジ

(2) 高強度硬質レジンブリッジは以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、第二小臼歯の欠損に対して第一小臼歯及び第一大臼歯を支台歯とするブリッジに使用する場合

ロ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、臼歯部1歯中間欠損に使用する場合(医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供(診療情報提供料の様式に準ずるもの)に基づく場合に限る。)なお、⑤⑥⑦のような場合や分割抜歯を行った大臼歯を支台歯とする⑥⑦のような場合においても、残った歯冠、歯根の状態から歯科医学的に適切と判断される場合は、高強度硬質レジンブリッジを算定しても差し支えない。

M018 有床義歯

(12) 有床義歯を1日1～2日で製作し装着することは、特殊な症例で歯科医学的に適切な場合に限り算定する。ただし、常態として1～2日で製作し装着を行うものの、装着後の調整指導を実施しない保険医療機関は算定できない。

第13部 歯科矯正

第1節 歯科矯正料

N000 歯科矯正診断料

(8) 当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、N001-2に掲げる歯科矯正相談料を算定した患者について、当該歯科矯正相談に当たって、E000の1に掲げる「写真診断」の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」又はE100に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」を算定した場合には、当該撮影料を算定した日から起算して3月以内に、歯科矯正診断を行うに当たってのE000の1に掲げる「写真診断」の「1 単純撮影」若しくは「2に掲げる特殊撮影」又はE100に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「1 に掲

~~げる~~単純撮影」若しくは「2 ~~に掲げる~~特殊撮影」は別に算定できない。

N 0 0 1 顎口腔機能診断料

- (7) 当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、N 0 0 1 - 2 に掲げる歯科矯正相談料を算定した患者について、当該歯科矯正相談に当たって、E 0 0 0 ~~の1~~に掲げる「写真診断」の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」又はE 1 0 0 に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」を算定した場合には、当該撮影料を算定した日から起算して3月以内に、顎口腔機能診断を行うに当たってのE 0 0 0 ~~の1~~に掲げる「写真診断」の「1 単純撮影」若しくは「2 ~~に掲げる~~特殊撮影」又はE 1 0 0 に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「1 ~~に掲げる~~単純撮影」若しくは「2 ~~に掲げる~~特殊撮影」は別に算定できない。

第15部 その他

第2節 ベースアップ評価料

P 1 0 2 入院ベースアップ評価料

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料（医科点数表の「A 4 0 0」の例により算定する「1」短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定~~した目において~~している患者について、1日につき1回に限り算定できる。

調剤報酬点数表に関する事項

<調剤技術料>

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

イ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤（~~ただし、この場合において、「貼付剤」とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有するものであって、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除いたものをいう。~~）については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

<薬学管理料>

区分 10 の 3 服薬管理指導料

6 特定薬剤管理指導加算 1

(5) 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。この場合において、当該加算は処方箋受付 1 回につき ~~それぞれ~~ 1 回に限り算定する。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であっても、重複して算定することはできない。

区分 13 の 2 かかりつけ薬剤師指導料

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。

オ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該保険薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応しても差し支えない。ただし、~~当該保険薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応した場合において、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。~~この場合において、処方箋を受け付け、~~かかりつけ薬剤師以外の他の薬剤師が調剤、服薬指導等を行った場合には、服薬管理指導料を算定する。~~また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。

区分 15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

(8) 服薬情報等提供料在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

<薬剤料>

区分20 使用薬剤料

(6) 「注2」の多剤投与の場合の算定

イ 「注2」の「所定点数」とは、1回の処方箋受付のうち、所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、浸煎薬にあつては1調剤分）ごとの内服薬の薬剤料（単位薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数）をいう。~~ただし、同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、それぞれの処方箋の内服薬の薬剤料を合計して計算する。~~

(別添 2)

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

(令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 5 号)

第 4 経過措置等

- 1 第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、令和 6 年 5 月 31 日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和 6 年 6 月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等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。また、令和 6 年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表 1）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表 2）については、令和 6 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表 2 における経過措置期間については、令和 6 年 3 月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表 1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

(略)

障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2

急性期充実体制加算 1 及び 2

急性期充実体制加算の注 2 に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算

診療録管理体制加算 1

(略)

表 2 施設基準が改正された入院基本料等

(略)

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 6 及び、地域一般入院基本料 及び特別入院基本料を除く。）（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(中略)

急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る。)（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料 6 又は 10 対 1 入院基本料に限る。)（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算 1 (地域一般入院料 1 若しくは地域一般入院料 2 又は 13 対 1 入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)（令和 6 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

別添 1

初・再診料の施設基準等

第 1 の 7 抗菌薬適正使用体制加算

1 抗菌薬適正使用体制加算に関する施設基準

- (3) 直近 6 か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は~~(1)~~ (2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内であること。

第 1 の 9 医療DX推進体制整備加算

1 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- (3) オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧~~及び又は~~活用できる体制を有していること。

第 4 歯科外来診療医療安全対策加算 1 及び歯科外来診療医療安全対策加算 2

2 届出に関する事項

- (2) 令和 6 年 3 月 31 日時点で歯科外来診療環境体制加算 1 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の(1)のエ~~、~~キ及びクの基準を満たしているものとする。

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

第 4 診療録管理体制加算

1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準

(4) 診療記録の保管・管理のための規定規程が明文化されていること。

(5)～(11) (略)

(12) 「安全管理ガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（以下単に「BCP」という。）を策定し、医療情報システム安全管理責任者の主導の下、少なくとも年1回程度、定期的に当該業務継続計画BCPに基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。訓練・演習については、診療を中断して実施する必要はないが、より実効性のあるものとするために、必要に応じてシステム関連事業者も参加した上で行うこと。

なお、当該BCPには「安全管理ガイドライン」の経営管理編「情報セキュリティインシデントへの対策と対応」、企画管理編「非常時（災害、サイバー攻撃、システム障害）対応とBCP策定」等に記載している事項について含める必要がある。また、作成に当たっては関係団体等が作成したマニュアル（医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト）についても参考にすること。

第 26 の 2 の 3 バイオ後続品使用体制加算

1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準

(2) 直近1年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

4 届出に関する事項

(3) 薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4の4-2を用いること。

別添4

特定入院料の施設基準等

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準

- (5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準①を満たす患者が1割5分以上、基準②を満たす患者が8割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）←及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。及びまた、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は対象から除外すること。なお、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準

- (1) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準①を満たす患者が1割5分以上、基準②を満たす患者が6割5分以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は対象から除外すること。なお、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

第5の2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の施設基準

1 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に関する施設基準

- (1) 「A302」の「1」新生児特定集中治療室管理料1又は「A303」の「2」新生児特定集中治療室管理料を届け出ている治療室（以下この項で単に「治療室」という。）の病床を単位として行うものであること。

第6 総合周産期特定集中治療室管理料

1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

(1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」 ~~（平成29年3月31日医政地発0331第3号）~~ （令和5年3月31日医政地発0331第14号） に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ～ケ （略）

(2) 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」 ~~（平成29年3月31日医政地発0331第3号）~~ （令和5年3月31日医政地発0331第14号） に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ・ウ （略）

5 届出に関する事項

- (3) 令和6年3月31日の時点で、現に総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあつては、令和7年5月31日までの間に限り、1の(1)のケ及び(2)のイ(第5の1の(8)に限る。)を満たしている ことものとみなす。

第7の2 地域包括医療病棟入院料

1 地域包括医療病棟入院料の施設基準

- (12) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。

① （略）

② 介護老人保健施設（介護 保険保健 施設サービス費（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）又はユニット型介護 保険保健 施設サービス費の（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）の届出を行っているものに限る）に退院した患者

③ （略）

第12 地域包括ケア病棟入院料

- 11の2 地域包括ケア病棟入院料の「注4注5」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

- 12 地域包括ケア病棟入院料の「~~注7~~注8」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準
- 13 地域包括ケア病棟入院料の「~~注8~~注9」に掲げる夜間看護体制特定日減算について

第22 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

- (19) ~~回復期リハビリテーション病棟入院料~~特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しようとする場合は、当該保険医療機関において、FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

別添 6

別紙 7

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票

(配点)

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 |
|-------------|---------------------|----|----|----|----|
| 1 | 創傷処置（褥瘡の処置を除く） | なし | あり | / | |
| 2 | 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く） | なし | あり | | |
| 3 | 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間） | なし | あり | | |
| 4 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | | |
| 5 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | / | | あり |
| 6 | 専門的な治療・処置 | / | | | |
| | ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 | | | あり | |
| | ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 | | | あり | |
| | ⑤ 放射線治療、 | | | あり | |
| | ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 | | | | あり |
| | ⑩ ドレナージの管理、 | | | あり | |
| ⑪ 無菌治療室での治療 | | あり | | | |
| 7 | 救急搬送後の入院（2日間） | なし | / | | あり |
| A得点 | | | | | |

| B | 患者の状況等 | 患者の状態 | | | 介助の実施 | | 評価 | | | | |
|-----|---------------|-------|-------------|------|-------|---|----|------|------|------|---|
| | | 0点 | 1点 | 2点 | 0 | 1 | | | | | |
| 8 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない | × | / | = | 点 | | | |
| 9 | 移乗 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | | | 実施なし | 実施あり | 点 | |
| 10 | 口腔清潔 | 自立 | 要介助 | / | | | | 実施なし | 実施あり | 点 | |
| 11 | 食事摂取 | 自立 | 一部介助 | | | | | 全介助 | 実施なし | 実施あり | 点 |
| 12 | 衣服の着脱 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | | | | 実施なし | 実施あり | 点 | |
| 13 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | / | | | | / | | 点 | |
| 14 | 危険行動 | ない | / | | | | | | | / | |
| B得点 | | | | | | | | | | | |

| C | 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|-----|--|----|----|
| 15 | 開頭手術（11日間） | なし | あり |
| 16 | 開胸手術（9日間） | なし | あり |
| 17 | 開腹手術（6日間） | なし | あり |
| 18 | 骨の手術（10日間） | なし | あり |
| 19 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間） | なし | あり |
| 20 | 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間） | なし | あり |
| 21 | 救命等に係る内科的治療（4日間） ①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療 | なし | あり |
| 22 | 別に定める検査（2日間） | なし | あり |
| 23 | 別に定める手術（5日間） | なし | あり |
| C得点 | | | |

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。
 ・ A（A 3、A 6 ①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。
 ・ A（A 3、A 6 ①から④まで及び⑥から⑨までに限る。）及びCについては、評価日において、別表1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。
 ・ Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

なお、急性期一般入院基本料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、患者の状況等に係る得点（B得点）については、基準には用いないが、毎日評価を行うこと。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

(配点)

| A | モニタリング及び処置等 | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 |
|-------------|---------------------|----|----|----|-----|
| 1 | 創傷処置（褥瘡の処置を除く） | なし | あり | | |
| 2 | 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く） | なし | あり | | |
| 3 | 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間） | なし | あり | | |
| 4 | シリンジポンプの管理 | なし | あり | | |
| 5 | 輸血や血液製剤の管理 | なし | | あり | |
| 6 | 専門的な治療・処置 | | | | あり |
| | ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 | | | あり | あり |
| | ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 | | | | |
| | ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 | | | あり | |
| | ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 | | | あり | |
| | ⑤ 放射線治療、 | | | あり | |
| | ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 | | | | |
| | ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 | | | | あり |
| | ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 | | | | あり |
| | ⑩ ドレナージの管理、 | | | あり | |
| ⑪ 無菌治療室での治療 | | あり | | | |
| 7 | 緊急に入院を必要とする状態（2日間） | なし | | あり | あり |
| | | | | | A得点 |

| B | 患者の状況等 | 患者の状態 | | | 介助の実施 | | 評価 |
|----|---------------|-------|-------------|------|-------|------|-----|
| | | 0点 | 1点 | 2点 | 0 | 1 | |
| 8 | 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない | | | 点 |
| 9 | 移乗 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | 点 |
| 10 | 口腔清潔 | 自立 | 要介助 | | 実施なし | 実施あり | 点 |
| 11 | 食事摂取 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | 点 |
| 12 | 衣服の着脱 | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 実施なし | 実施あり | 点 |
| 13 | 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | | | | 点 |
| 14 | 危険行動 | ない | | ある | | | 点 |
| | | | | | | | B得点 |

| C | 手術等の医学的状況 | 0点 | 1点 |
|----|--|----|-----|
| 15 | 開頭手術（11日間） | なし | あり |
| 16 | 開胸手術（9日間） | なし | あり |
| 17 | 開腹手術（6日間） | なし | あり |
| 18 | 骨の手術（10日間） | なし | あり |
| 19 | 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間） | なし | あり |
| 20 | 全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間） | なし | あり |
| 21 | 救命等に係る内科的治療（4日間） ①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療 | なし | あり |
| 22 | 別に定める検査（2日間） | なし | あり |
| 23 | 別に定める手術（5日間） | なし | あり |
| | | | C得点 |

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。
 ・A及びCについては、評価日において、別表1に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
 ・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

なお、急性期一般入院基本料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）において、患者の状況等に係る得点（B得点）については、基準には用いないが、毎日評価を行うこと。

別紙 8 の 2 医療区分・ADL 区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料）（抄）

別紙 8 の 3 医療区分・ADL 区分等に係る評価票（有床診療所療養病床入院基本料）（抄）

II 算定期間に限りがない区分

13 86 に該当、かつ、1～~~3840~~ (~~4213~~ を除く。) に 1 項目以上該当する場合

24 その他の指定難病等 (~~4011~~ 及び ~~4920~~～~~2223~~ までを除く。)

40 酸素療法 (~~4718~~ を除く。)

41 86 に該当、かつ、1～~~3840~~ (~~4213~~ を除く。) に該当しない場合

別紙 1 7 (抄)

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

< 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 II >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料 2 及び 4、並びに特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及び歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は評価の対象としない。

別紙 1 8 (抄)

< ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 II >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

~~ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 I（以下「必要度 I」という。）における記載内容を参照のこと。~~評価の対象は、救命救急入院料 1 及び 3 並びにハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及び歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 I（以下「必要度 I」という。）における記載内容を参照のこと。

別添 7

様式 42 の 5 削除

様式 1

情報通信機器を用いた診療に係る届出書添付書類

1 診療体制等

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 対面診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (3) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。 | <input type="checkbox"/> |

2 医師が保険医療機関外で診療を行う場合

想定している ・ 想定していない (想定している場合、以下も記載すること)

| | |
|--|--|
| ① 別紙2に定める「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に属する保険医療機関であるか | <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない |
| ② 実施場所 | |
| ③ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制(具体的な内容を記載すること。) | |
| ④ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制(具体的な内容を記載すること。) | |
| ⑤ 物理的に外部から隔離される空間であるかの状況 | |

3 自院以外で緊急時に連携する保険医療機関(あらかじめ定めている場合)

| | |
|----------|--|
| ① 名称 | |
| ② 所在地 | |
| ③ 開設者名 | |
| ④ 担当医師名 | |
| ⑤ 調整担当者名 | |
| ⑥ 連絡方法 | |

4 医師の配置状況

| | 配置医師の 氏名 | 経験等 | | 修了証登録番 号 | 修了年月日 |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--|-------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 情報通信機器 を用いた診療 を実施する医 師が、オンラ イン指針に定 める「厚生労 働省が定める 研修」を修了 している | | |

[記載上の注意]

- 1 「4」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。
- 2 には適合する場合「✓」を記入すること。

様式 1 の 4

外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類

1 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
| | |

2 抗菌薬適正使用のための方策

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

3 連携保険医療機関名又は地域の医師会

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

4 発熱患者等への対応

| | |
|--|--------------------------|
| 外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者等の動線を分ける等の対応を行う体制を有している | <input type="checkbox"/> |
| 受診歴の有無に関わらず発熱患者等の受入れを行う旨が公表されているホームページ： （ ） | |

5 新興感染症の発生・まん延時の対応

| | |
|--|--------------------------|
| 感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（ <u>同法第 36 条の 2 第 1 項の規定による通知</u> （同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）を締結している | <input type="checkbox"/> |
| 上記について公表されている自治体のホームページ：（ ） | |

[記載上の注意]

- 1 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 2 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者の業務内容が明記された文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 3 「2」は、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 4 標準予防策及び発熱患者等の受入を行う際の動線分離の方法等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 5 「3」は、連携する感染対策向上加算 1 の医療機関名又は地域の医師会名を記載すること。

様式2の3

地域包括診療加算に係る届出書添付書類

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|--|--|---|
| ① | 診療所名 | |
| ② | 研修を修了した医師の氏名 | |
| ③ | ■下記の全てを院内掲示及びホームページ等に掲載している | - |
| | 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨 | □ |
| | 介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨 | □ |
| | 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨 | □ |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名 | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | □ |
| 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等の提供 | □ |
| | 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 | □ |
| | 主治医意見書に関する研修会を受講 | □ |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | □ |
| 「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること | □ | |
| ⑦ | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 時間外対応加算1、2、3又は34の届出を行っていること | □ |
| | 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること | □ |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ | ■下記のいずれかを満たすこと | - |
| | サービス担当者会議に参加した実績があること | <input type="checkbox"/> |
| | 地域ケア会議に出席した実績があること | <input type="checkbox"/> |
| | 保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいは ICT 等を用いた相談の機会を設けていること | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ | 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること | <input type="checkbox"/> |

地域包括診療加算 1 に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| ⑩ | 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保している | <input type="checkbox"/> |
| | 連携医療機関名 | |
| ⑪ | 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計 | 人 |
| ⑪-2 | 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 | % |

地域包括診療加算 2 に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| ⑫ | 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保している | <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------------|--------------------------|

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑩、⑪及び⑪-2 又は⑫のいずれかを選択して記入すること。
6. 本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式 4

歯科外来診療医療安全対策加算 1
 歯科外来診療感染対策加算 1
 歯科外来診療感染対策加算 2

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、受理番号を記載すること）

| | |
|--|--|
| | 歯科外来診療医療安全対策加算 1（2 及び 4 から 8 までの項目について記載） |
| | 歯科外来診療感染対策加算 1（2、3、9、10 の項目について記載） |
| | 歯科外来診療感染対策加算 2（2、 3 及び 9 から 13 までの項目について記載） |
| 歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____ | |

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

2 歯科医師又は歯科衛生士の氏名
（歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと）

| 氏名 | |
|----|--------------|
| 1. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 2. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 3. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 4. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 5. | (歯科医師・歯科衛生士) |

3 院内感染防止対策に係る研修を受けた者の配置状況及び研修の受講歴等
（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

| 院内感染防止対策に係る研修を受けた者を 1 名以上配置している | □ |
|---------------------------------|----------|
| 受講者名 | 講習名（テーマ） |
| | |
| | |
| | |

※ 1 歯科医師又は歯科衛生士以外で研修を受けた者を配置している場合に記入すること。

※ 2 研修については、院内で実施した場合でも差し支えない。

4 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

※ 研修の受講を確認できるものを保管すること。

5 医療安全管理者

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
| | |

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の医療安全管理者について記載すること。

6 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

| 一般名称 | 装置・器具等の製品名 | 台数（セット数） |
|----------------------------|------------|----------|
| 自動体外式除細動器（AED） | | |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生セット | | |
| その他 | | |

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 医療安全対策に係る体制

（①又は②のいずれかを記載すること）

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況

| | |
|---------|-------|
| 登録完了年月日 | 年 月 日 |
|---------|-------|

- ② 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

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

9 院内感染管理者

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
| | |

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

10 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

| 一般名称 | 装置の製品名 | 台数（セット数） |
|---------|--------|----------|
| 歯科用吸引装置 | | |

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算2の届出を行う場合に記載すること。

11 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

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

※研修の受講を確認できるものを保管すること。

12 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

（適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。）

| | |
|--|-------|
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である | □ |
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している | □ |
| 新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している | □ |
| 事業継続計画の策定年月日 | 年 月 日 |

13 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| その他 | |

※病院である医科歯科併設の保険医療機関であって、当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 1 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。

| | |
|--|---|
| 4 全身麻酔による年間手術件数 | () 件 |
| 5 手術等の件数 | <p>ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 (40 件／年以上) () 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 (400 件／年以上) () 件</p> <p>ウ 腹腔鏡下手術 (100 件／年以上) () 件</p> <p>エ 放射線治療 (体外照射法) (4,000 件／年以上) () 件</p> <p>オ 化学療法 (1,000 件／年以上) () 件</p> <p>カ 分娩 (100 件／年以上) () 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ()</p> |
| 6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。 | <p><input type="checkbox"/>1 第2次救急医療機関 <input type="checkbox"/>2 救命救急センター</p> <p><input type="checkbox"/>3 高度救命救急センター <input type="checkbox"/>4 総合周産期母子医療センター</p> <p><input type="checkbox"/>5 その他()</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している</p> |
| 7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の場合に記載すること。 | 1年間の救急用の自動車等による搬送件数 (2,000 件／年以上) () 件 |
| 8 外来縮小体制 | <p>1-1 初診に係る選定療養 (実費を徴収していること) の報告の有無 (<input type="checkbox"/>有 ・ <input type="checkbox"/>無)</p> <hr/> <p>1-2 診療情報提供料等を算定する割合 (4割以上) (②+③) / ① × 10 () 割</p> <p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料 (I) の「注8」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/>2 紹介受診重点医療機関である。</p> |

| | |
|---|--|
| 9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | <p>様式 13 の 2 に記載すること。</p> <p>※ 直近 8 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p> |
| 10 地域連携室の設置 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) |
| 11 24 時間の画像診断及び検査体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) |
| 12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) |
| <p>13 禁煙の取扱</p> <p>※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。</p> | <p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、<input type="checkbox"/> <u>緩和ケア病棟入院料、</u><input type="checkbox"/> <u>精神科救急急性期医療入院料、</u><input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、<input type="checkbox"/> <u>精神科地域包括ケア病棟入院料、</u><input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所上を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。</p> <p>具体的な受動喫煙防止措置（ ）</p> |
| 14 療養病棟入院基本料の届出等 | <p>・療養病棟入院基本料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>・地域包括ケア病棟入院料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p> <p>・同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院の設置 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> |
| 15 外部評価について ※総合入院体制加算 1 及び 2 の届出の場合に記入すること。 | <p>該当するものにチェックすること。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。()</p> |
| 16 急性期充実体制加算の届出 | <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない。 |

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1及び2については、総合入院体制加算2又は3の届出を行う場合において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「~~5~~6」の5を記入した場合には、24時間の救急医療体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 3 「6」の「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。
- 4 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 5 様式13の2を添付すること。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況

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

| 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 | 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 |
|--------------------------|--------------------------|---|-------|--------------------------|--------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護加算 / 看護補助体制充実加算 1・2・3 (療養病棟入院基本料の注12・注13) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 / 看護補助体制充実加算 1・2・3 (障害者施設等入院基本料の注9・注10) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 1・2・3 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間75対1看護補助加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (看護補助加算) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制加算 (対1) / 看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括医療病棟入院料の注5・注8) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護補助体制加算 (対1) (地域包括医療病棟入院料注6) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (地域包括医療病棟入院料の注7) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算/看護補助体制充実加算 (小児入院医療管理料注9・注10) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注3) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助者配置加算 / 看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括ケア病棟入院料の注4・5) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注8) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注4) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 (精神科救急・合併症入院料の注4) | 年 月 日 |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

| | | |
|--------------------------------|--|---------------------|
| ア 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者 | 氏名: | 職種: |
| イ 看護職員の勤務状況の把握等 | | |
| (ア) 勤務時間 | 平均週 _____ 時間 | (うち、時間外労働 _____ 時間) |
| (イ) 2交代の夜勤に係る配慮 | <input type="checkbox"/> 勤務後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 <input type="checkbox"/> 16時間未満となる夜勤時間の設定 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | |
| (ウ) 3交代の夜勤に係る配慮 | <input type="checkbox"/> 夜勤後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 | 開催頻度: _____ 回/年 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種(_____) | |
| エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 | <input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 | |
| オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法: _____) | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容 | |
| ア 業務量の調整 | <input type="checkbox"/> 時間外労働が発生しないような業務量の調整 |
| イ 看護職員と他職種との業務分担 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他(職種) |
| ウ 看護補助者の配置 | <input type="checkbox"/> 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 <input type="checkbox"/> 看護補助者の夜間配置 |
| エ 短時間正規雇用の看護職員の活用 | <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の看護職員の活用 |
| オ 多様な勤務形態の導入 | <input type="checkbox"/> 多様な勤務形態の導入 |
| カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮 | <input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> 夜間保育の実施 <input type="checkbox"/> 夜勤の減免制度 <input type="checkbox"/> 休日勤務の制限制度 <input type="checkbox"/> 半日・時間単位休暇制度 <input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 他部署等への配置転換 |
| キ 夜勤負担の軽減 | <input type="checkbox"/> 夜勤従事者の増員 <input type="checkbox"/> 月の夜勤回数の上限設定 |

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------|--------------------------|
| (3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。) | | | | | | | |
| ① 交代制勤務の種別 (□3交代、 □変則3交代、 □2交代、 □変則2交代) | | | | | | | |
| ② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理 | | | | | | | |
| | 1)夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注11) | 2)夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注7) | 3)看護職員夜間配置加算(12対1配置1・16対1配置1(地域包括医療病棟入院料の注9を含む)) | 4)看護補助加算(夜間看護体制加算) | 5)看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注4/精神科救急・合併症入院料の注4) | 6) 1)から5)のいずれかの加算を算定する病棟以外 | |
| ア 11時間以上の勤務間隔の確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ 暦日の休日の確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (ア)過去1年間のシステムの運用 | () | () | () | () | () | () |
| | (イ)部署間における業務標準化 | () | () | () | () | () | () |
| キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク 看護補助者の夜間配置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| コ 夜間院内保育所の設置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 該当項目数 | () | () | () | () | () | () |
| | (参考)満たす必要がある項目数 | 4項目以上 | 3項目以上 | 4項目以上 | 4項目以上 | 3項目以上 | |

【記載上の注意】

- 2(1)イ(ア)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 2(3)①の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに「✓」を記入すること。
- 2(3)②クは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入すること。
- 4 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注11)、看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1(地域包括医療病棟入院料の注9を含む)又は看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注4又は精神科救急・合併症入院料の注4に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目のうち□に「✓」を記入したのものについて、以下の書類を添付すること。
 - ・アからエについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績(1)、2)又は4)は看護要員、3)又は5)は看護職員)が分かる書類
 - ・オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類
 - ・カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ・ク及びケについては、様式9
 - ・コについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料
 - ・サについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員(1)、2)又は4)又は看護職員(3)又は5)の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類
- 5 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注11)、看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1(地域包括医療病棟入院料の注9を含む)又は看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注4又は精神科救急・合併症入院料の注4に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
- 6 2(3)②の6)は、1)から5)のいずれの加算も届け出していない病棟における、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理の状況について、□に「✓」を記入すること。
- 7 各加算の変更の届出にあたり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略すことができる。ただし、2(3)②の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等1)～5)を届け出る場合を除く。
- 8 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

(新規・8月報告)

1. 届出に係る区分（届出を行うものに「✓」を記入すること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 1 <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 2 <input type="checkbox"/> 小児・周産期・精神科充実体制加算 <input type="checkbox"/> 精神科充実体制加算 |
|---|

2. 許可病床数

| | |
|-------|---|
| 許可病床数 | 床 |
|-------|---|

3. 急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を算定する病棟を有する保険医療機関である。 <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている。 | | |
| 1 手術等に係る実績 | 以下を満たしている。 急性期充実体制加算 1 : <input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしている。 急性期充実体制加算 2 : <input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしている。 | |
| | 以下に年間件数又は許可病床 1 床あたりの年間件数※ ¹ を記入※ ² すること。 ※ ¹ () の許可病床 1 床あたりの記載は、令和 6 年 3 月 31 日時点で急性期充実体制加算に係る届出を行っている許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。 ※ ² 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えないこと。 | |
| | ア | (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上) |
| | うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり) 件／年 件／年 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組： |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|----------------------|---|----------------------|--|----------------------|-------------------------------|-----|
| | <table border="1"> <tr> <td>(ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下 手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ニ) 心臓カテーテル法による手 術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ホ) 消化管内視鏡による手術 (600 件/年以上) (1.5 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ヘ) 化学療法 (1,000 件/年以上) (3.0 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ト) 心臓胸部大血管の手術 (100 件/年以上)</td> <td>件/年</td> </tr> </table> | (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下 手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ニ) 心臓カテーテル法による手 術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ホ) 消化管内視鏡による手術 (600 件/年以上) (1.5 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ヘ) 化学療法 (1,000 件/年以上) (3.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ト) 心臓胸部大血管の手術 (100 件/年以上) | 件/年 |
| (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下 手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ニ) 心臓カテーテル法による手 術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ホ) 消化管内視鏡による手術 (600 件/年以上) (1.5 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ヘ) 化学療法 (1,000 件/年以上) (3.0 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ト) 心臓胸部大血管の手術 (100 件/年以上) | 件/年 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">イ</td> <td>(イ) 異常分娩 (50 件/年以上) (0.1 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ロ) 6 歳未満の乳幼児の手術 (40 件/年以上) (0.1 件/年/床以上)</td> <td>(許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> </table> | イ | (イ) 異常分娩 (50 件/年以上) (0.1 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | (ロ) 6 歳未満の乳幼児の手術 (40 件/年以上) (0.1 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | |
| イ | (イ) 異常分娩 (50 件/年以上) (0.1 件/年/床以上) | | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | |
| | (ロ) 6 歳未満の乳幼児の手術 (40 件/年以上) (0.1 件/年/床以上) | (許可病床 1 床あたり 件/年) | | | | | | | | | | | |
| 2 外来化学療法の実施を推進する体制 | <p>1 のアの(へ)を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法を実施した患者全体 (①) に占める、外来で化学療法を実施した患者 (②) の割合 (③) が 6 割以上である。</p> <p>① 化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>② うち、外来で化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>③ $① \div ② \times 10 = ()$ 割</p> | | | | | | | | | | | | |
| 3 24 時間の救急医療提供 | <p>ア 該当するものを記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している</p> <p><input type="checkbox"/> 救急搬送件数 (2,000 件/年以上) (6.0 件/年/床以上) 件/年 (許可病床数 1 床あたり 件/年)</p> <p>イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 (<input type="checkbox"/> 自院 ・ <input type="checkbox"/> 他院) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載 :)</p> <p>・精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の「注 2」に規定する精神疾患診断治療</p> | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------------|---|--|---------------------------------|
| | 初回加算の算定件数の合計（20件／年以上） | | 件／年 |
| | ウ <input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している | | |
| 4 高度急性期医療の提供 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。 | | |
| | <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料 <input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料 | | 床 床 床 床 床 床 床 |
| 5 感染対策 | <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算1の届出を行っている。 | | |
| 6 24時間の画像診断及び検査体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) | | |
| 7 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) | | |
| 8 精神科リエゾンチーム加算等の届出 | <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算2の届出を行っている。 | | |
| 9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制 | ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・ 医師： ・ 専任の看護師： | | |
| | イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名： | | |
| | ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/> | | |
| | エ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日： | | |
| | オ 院内講習の開催日（開催予定日）： 1回目 月 日 2回目 月 日 | | |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>ア 該当するものを記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> ・初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している。 ・紹介割合の実績が 50%以上かつ逆紹介割合の実績が 30%以上</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関である。</p> |
| 10 外来縮小体制 | <p>イ 前年度 1 年間の初診・再診の患者数を記入すること。</p> <p>① 初診の患者数 () 名</p> <p>② 再診の患者数 () 名</p> <p>③ 紹介患者数 () 名</p> <p>④ 逆紹介患者数 () 名</p> <p>⑤ 救急患者数 () 名</p> <p>⑥ 紹介割合 () %</p> <p>⑦ 逆紹介割合 () %</p> |
| 11 処置の休日加算 1 等の届出 | <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っていない。 ・届出を行っていない理由：</p> <p>・今後の届出予定について：<input type="checkbox"/> 予定あり 令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 届出を行う見込みがない</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由：</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：</p> |
| 12 他の入院料の届出状況等 | <p>以下のいずれも満たすこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない。</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の③の割合が 9 割以上であること。</p> <p>① 一般病棟の病床数の合計 () 床</p> <p>② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数 () 床</p> |

| | |
|--|---|
| 2 6歳未満の乳幼児の手術件数 | <p style="text-align: center;">(小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ)</p> <input type="checkbox"/> 6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/年以上である。(件/年) |
| 3 精神病床 | 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数 () 床 |
| 4 精神疾患患者に対する体制 | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。 |
| 5 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。 |
| | <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科救急性期医療入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> <u>精神科地域包括ケア病棟入院料</u> (床) (人) |
| <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 (床) (人) | |

〔記載上の注意〕

- 1 「3. 急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「3」のアを記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 2 「3. 急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「10」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 「4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準」の「4」については、精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 5 様式6を添付すること。
- 6 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付すること。
- 7 手術等に係る実績のうち、許可病床数300床未満の保険医療機関の基準については、令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関において、令和8年5月31日までの間に限り適用されるものであること。
- 8 「2 外来化学療法の実施を推進する体制」の「外来で化学療法を実施した実患者数」とは、1サイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す）以上、外来で化学療法を実施した実患者数を指す。
- 9 「3 24時間の救急医療提供」のウ「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。

様式 18 の 3

夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 12・13）
 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注 9・10）
 急性期看護補助体制加算
 看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算の注 4）
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算
 看護補助体制充実加算（看護補助加算の注 4）
 看護補助体制加算／看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注 5・~~6~~・~~7~~・8）
 看護補助加算／看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料の注 9・10）
 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4・5）

に係る届出書添付書類

1 届出区分

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

| 新規届出 | 既届出 | 区分 | 新規届出 | 既届出 | 区分 |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注 13） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注 9） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注 10） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 急性期看護補助体制加算 （ 対 1 ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （急性期看護補助体制加算の注 4） （ 1 ・ 2 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 （12 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ）、 16 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ）） （いずれか該当するものに○をつけること） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （看護補助体制加算の注 4） （ 1 ・ 2 ） （いずれか該当するものに○をつけること） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制加算 （地域包括医療病棟入院料注 5） （ 対 1 ） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>看護補助体制充実加算</u> <u>（地域包括医療病棟入院料の注 8）</u> <u>（ 1 ・ 2 ・ 3 ）</u> <u>（いずれか該当するものに○をつけること）</u> <u>夜間看護体制加算</u> <u>—（地域包括医療病棟入院料注 7）—</u> <u>—（ 対 1 ）—</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>看護補助加算</u> <u>（小児入院医療管理料注 9）看護</u> <u>補助体制充実加算</u> <u>—（地域包括医療病棟入院料の注 8）—</u> <u>—（ 1 ・ 2 ・ 3 ）—</u> <u>—（いずれか該当するものに○をつけること）—</u> |

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>看護補助体制充実加算</u> <u>(小児入院医療管理料注10) 看護補助加算</u> -(小児入院医療管理料注9)- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>看護補助者配置加算</u> <u>(地域包括ケア病棟入院料の注4)</u> <u>看護補助体制充実加算</u> -(小児入院医療管理料注10)- |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>看護補助体制充実加算</u> <u>(地域包括ケア病棟入院料の注5)</u> <u>(1 ・ 2 ・ 3)</u> <u>(いずれか該当するものに○をつけること)</u> <u>看護補助者配置加算</u> -(地域包括ケア病棟入院料の注4)- | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>看護補助体制充実加算</u> -(地域包括ケア病棟入院料の注5)- -(1 ・ 2 ・ 3) -(いずれか該当するものに○をつけること)- |

2 療養病棟における入院患者の状況

| | |
|--|---|
| ① 当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 (1か月) ____年 ____月) | 名 |
| ② ①のうちADL区分3の患者の延べ数 | 名 |
| ③ ADL区分3の患者の割合 (②/①) | % |

3 急性期医療を担う医療機関の体制

| | |
|--|-----|
| 1) 次の区分のいずれかに該当する病院 (該当する区分の全てに○をつけること。) | |
| ① 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院 期 間 : 年 月 ~ 年 月 緊急入院患者数 : 名 | |
| ② 総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | |
| 2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数 | 人/年 |
| うち入院患者数 | 人/年 |

4 看護補助者に対する研修

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を習得するための院内研修の実施状況 | 実施日 : 月 日 (複数日ある場合は複数日) |
|--------------------------------------|----------------------------|

| | |
|--|--|
| | <p>研修の主な内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ ・ ・ |
| | <p>2回目以降の受講の看護補助者に対して「ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者のうち、2回目以降の受講の看護補助者のみ省略</p> <p><input type="checkbox"/> 全看護補助者が2回目以降の受講のため、全ての研修で省略</p> |

5 看護補助者の活用に関する所定の研修を受講した看護師長等の配置状況

| 病棟名 | 氏名 |
|-----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

6 看護補助者の活用に関する看護職員の研修

| | |
|--|-----------------------------------|
| <p>看護補助者の活用に関する院内研修の 実施状況</p> | <p>実施日： 月 日 (複数日ある場合は複数日)</p> |
| <p>研修の主な内容等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ ・ ・ | |

7 3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況

| 該当する加算 | 看護補助者の数 (うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数) | 看護補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上 | 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者が100対1以上 |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 (1・2) (療養病棟入院基本料の注13) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 (1・2) (障害者施設等入院基本料の注10) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 (急性期看護補助体制加算の注4) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 (看護補助体制加算の注4) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 (1・2) (地域包括医療病棟入院料の注8) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 (1・2) (地域包括ケア病棟入院料の注5) | () 名 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価

| | |
|------------|--------------------------|
| 段階的評価指標の作成 | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|

9 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>様式13の3に記載すること。</p> <p>※ 直近8月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合、□に「✓」を記入 (ただし、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合は省略することができないものであること。)</p> | <input type="checkbox"/> 届出を省略 |
|---|--------------------------------|

[記載上の注意]

- 1 「2」の療養病棟における入院患者の状況は、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注1
- 2）及び看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注13）を届け出る場合のみ記入すること。
- 2 「3」の急性期医療を担う医療機関の体制は、急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合のみ記入すること。
- 3 「3」の1）の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。
- 4 「3」の1）の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことので分かる資料を添付すること。
- 5 看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「4」、「5」、「6」、「7」及び「8」の記載は不要である。
- 6 看護補助体制充実加算を届け出る場合は、「4」、「5」及び「6」を記載すること。また、「5」に掲げる看護師長等については、看護補助者の活用に関する所定の研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 7 「7」3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況は、看護補助体制充実加算1を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注8並びに地域包括ケア病棟入院料の注5の看護補助体制充実加算2を届け出る場合のみ記入すること。また、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者が100対1以上」に該当する場合は、介護福祉士の資格を有する者であること又は看護補助者として3年以上の経験を有し適切な研修を修了していることが確認できる文書（介護福祉士資格の有無、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 8 「8」看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価は、看護補助体制充実加算1を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注13、障害者施設等入院基本料の注10、地域包括医療病棟入院料の注8並びに地域包括ケア病棟入院料の注5の看護補助体制充実加算2を届け出る場合のみ記入すること。
- 9 看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。（看護職員夜間配置加算を届け出る場合は不要である。）

[] に勤務する従事者の名簿

| N o. | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 の 態 様 | 勤務時間 | 備 考 |
|---------|-----|-----|--------------------------|------|-----|
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 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 勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 5 従事者が広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師である場合は、備考欄へ「熱傷」と記入すること（救命救急入院料3、救命救急入院料4又は特定集中治療室管理料2、4に係る届出を行う場合に限る。）。
- 6 従事者が小児科を担当する専任の医師である場合は、備考欄へ「小児科医」と記入すること（救命救急入院料又は特定集中治療室管理料（「注2」に掲げる小児加算を届け出る場合のみ）に係る届出を行う場合に限る。）。

- 7 従事者が、特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること（特定集中治療室管理料1、2に係る届出を行う場合に限る。）。
- 8 従事者が、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること（小児特定集中治療室に係る届出を行う場合に限る。）。
- 9 従事者が、新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に係る届出を行う場合に限る。）。

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|------|------------|----|
| 1 標榜診療科 | | | |
| <input type="checkbox"/> 放射線科 ・ <input type="checkbox"/> 病理診断科 | | | |
| 2 医療安全対策加算の届出状況 | | | |
| 医療安全対策加算 1 | | 有・無 | |
| 医療安全対策加算 2 | | 有・無 | |
| 3 画像診断管理加算又は病理診断管理加算の届出状況 | | | |
| 画像診断管理加算 2 | | 有・無 | |
| 画像診断管理加算 3 | | 有・無 | |
| <u>画像診断管理加算 4</u> | | <u>有・無</u> | |
| 病理診断管理加算 1 | | 有・無 | |
| 病理診断管理加算 2 | | 有・無 | |
| 4 報告書確認管理者について | | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 所属 |
| | 時間 | | |
| 5 報告書確認管理者の研修の受講状況について | | | |
| 医療安全対策に係る適切な研修の受講の有無 | | 有・無 | |
| 6 報告書確認対策チーム（構成員）について | | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 所属 |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |

[記載上の注意]

- 「4」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「5」について、報告書確認管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了したことを証明する書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 「6」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間については、1と同様に記入すること。

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|--------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 当該治療室 の従事者 | 専任医師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務(※) | |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | |
| | 看護師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 装置・器具 | | 配置場所 | | 装置・器具の名称・台数 等 |
| | | 治療室内 | 病院内 | |
| 救急蘇生装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 除細動器 | | <input type="checkbox"/> | | |
| ペースメーカー | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 心電計 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 呼吸循環監視装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 人工呼吸装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 酸素濃度測定装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 光線治療療法器 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 微量輸液装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 超音波診断装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 心電図モニター装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 自家発電装置 | | | | <input type="checkbox"/> |
| 電解質定量検査装置 | | | | <input type="checkbox"/> |
| 血液ガス分析装置 | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 救命救急センターに係る事項（該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。） | | | | |
| 1 高度救命救急センターである。 2 充実段階がSである。 3 充実段階がAである。 4 充実段階がBである。 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。 | | | | |
| <u>医療安全対策加算に係る事項（該当する場合に○をすること。）</u> | | | | |
| <u>() 医療安全対策加算1に係る届出を行っている</u> | | | | |

救命救急入院料にかかる事項（施設基準に該当する場合○をすること。）

（令和7年4月1日以降に届出を行う場合に限る。）

（ ） 救急時医療情報閲覧機能を有している

救命救急入院料3及び4並びに特定集中治療室管理料2、4及び6に係る事項6

（施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ） 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範困熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。

（再掲）広範困熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名

小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ） 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 （再掲）専任の小児科医師数 名

特定集中治療室管理料1又は2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ） 特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。

（再掲）経験を有する医師数 名

（ ） 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時院内に勤務している配置されている。

専任の臨床工学技士数 名

特定集中治療室管理料1、2、5又は6に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）

（ ） 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 氏 名 | 勤 務 時 間 | 経 験 年 数 | 研 修 |
|-----|---------|---------|-----|
| | 週 時間 | 年 | □ |
| | 週 時間 | 年 | □ |
| | 週 時間 | 年 | □ |
| | 週 時間 | 年 | □ |
| | 週 時間 | 年 | □ |

特定集中治療室管理料1又は2に係る事項

① 直近1年間12ヶ月間における新規入室患者数

※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可

名

（期間： 年 月 日～ 年 月 日）

② ①のうち、入室日のS O F Aスコアが5以上の者

名

③ 入室日のS O F Aスコアが5以上の者の割合（②／①）

%

特定集中治療室管理料3又は4に係る事項

① 直近1年間12ヶ月間における新規入室患者数

※ 特定集中治療室+3又は-2-4を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可

名

（期間： 年 月 日～ 年 月 日）

② ①のうち、入室日のS O F Aスコアが3以上の者

名

③ 入室日のS O F Aスコアが③3以上の者の割合（②／①）

%

上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）

（ ） 当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。

（ ） 当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。

（ ） 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|-----------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務（注1） | |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 新生児特定集中治療室重症児対応 体制強化管理料（注2） | | 床 | | |
| 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数（注3） | | | | 名 |
| 直近1年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数（注3） | | | | 件 |
| 直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数（注4） | | | | 名 |
| 直近1年間の出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数（注2） | | | | 名 |
| 直近1年間の経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数（注2） | | | | 名 |
| 医療安全対策加算1に係る届出の有無（該当する方を○で囲むこと。） | | | | 有・無 |
| 装置・器具 | 配 置 場 所 | | 装置・器具の名称・台数等 | |
| | 治療室内 | 病院内 | | |
| 救 急 蘇 生 装 置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 除 細 動 器 | <input type="checkbox"/> | | | |
| ペ ー ス メ ー カ ー | <input type="checkbox"/> | | | |
| 心 電 計 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 呼 吸 循 環 監 視 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 人 工 呼 吸 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 新 生 児 用 人 工 換 気 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 酸 素 濃 度 測 定 装 置 | <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--|
| 光線療法器 | <input type="checkbox"/> | | |
| 微量輸液装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 分娩監視装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 超音波診断装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 心電図モニター装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 自家発電装置 | | <input type="checkbox"/> | |
| 電解質定量検査装置 | | <input type="checkbox"/> | |
| 血液ガス分析装置 | | <input type="checkbox"/> | |

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）

| |
|--|
| () 新生児の集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと (再掲) 経験を有する医師数 名 |
| () 当該保険医療機関に常勤の臨床工学技士が配置されており、緊急時には常時対応出来る体制が取られている。 常勤の臨床工学技士 名 |
| () 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。 常勤の公認心理師 名 |

【記載上の注意】

- [] 内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別業とすること。
- 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床工学技士、公認心理師、臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、専任医師のうち、新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。なお、看護師の配置状況については、届出を行う病床の入院患者数等のうち当該管理料の算定対象患者数等がわかるものを併せて添付すること。
- 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、当該管理料の届出を行う病床の区域を明示した平面図を併せて添付すること。
- 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。なお、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、又は新生児治療回復室入院医療管理料を届け出る場合は、新生児用呼吸循環装置は当該治療室内に常時備えていること。
- 注1については、新生児特定集中治療室管理料1、母体・胎児集中治療室管理料（保険医療機関内に常時2名以上の医師が勤務している場合を除く。）及び新生児集中治療室管理料を届け出る場合のみ記載すること。
- 注2については、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を届け出る場合のみ記載すること。
- 注3については、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 注4については、新生児特定集中治療室管理料2を届け出る場合のみ記載すること。
- 新生児特定集中治療室管理料1又は新生児集中治療室管理料と新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を同時に届出を実施する場合は、1つの届出にまとめて差し支えない。

救命救急入院料・特定集中治療室管理料
 ・ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る
 重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

- 1 救命救急入院料（2・4）、特定集中治療室管理料（1・2・3・4・5・6）
 （該当に○）

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------|--|
| 病 床 数 | | 床 | 入室患者延べ数の 算出期間 (1か月) 年 月 |
| 入 室 患 者 の 状 況 | ① 入室患者延べ数 | 名 | |
| | 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ | | |
| | ② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | 名 | |
| | ③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①） | % | 年 月 |
| 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況 | | 実施年月日 年 月 日 | |

2 救命救急入院料（1・3）、ハイケアユニット入院医療管理料（1・2）（該当に○）

(1) 届出事項（入院料等の届出の変更・評価票表の変更）（該当に○）

(2) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度（I・II）（該当に○）

(3) 入室患者の状況等

| 病床数 | | 床 | 入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月 |
|--|--|----------------|--------------------------------------|
| ① 入室患者延べ数 | | 名 | |
| ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 | | | |
| 入室患者の状況 | ②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・人工呼吸器の管理 輸血や血液製剤の管理 ・肺動脈圧測定 ・中心静脈圧測定 ・特殊な治療法等 | 名 | |
| | I ③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①） | % | |
| | ④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数 | 名 | |
| | ⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①） | % | |
| | ②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・人工呼吸器の管理 輸血や血液製剤の管理 ・肺動脈圧測定 ・中心静脈圧測定 ・輸血や血液製剤の管理 ・特殊な治療法等 | 名 | |
| II ③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①） | % | | |
| | ④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数 | 名 | |
| | ⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①） | % | |
| 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況 | | 実施年月日 年 月 日 | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、当該届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日並びに及び短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者については入室患者延べ数に含めない。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても入室患者延べ数に含めない。
- 3 救命救急入院料2、4又は特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行うこと。なお、この場合の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、「モニタリング及び処置等（A項目）」に係る得点が「2点以上」である患者をいう。
- 4 救命救急入院料1、3又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行う場合は、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行うこと。

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|--------------|
| 当該治療室 の従事者 | 専任医師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 | |
| | 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師 | | 名 | |
| 当該病院に勤務する小児科医 | | 名 | | |
| 看護師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 | その他 名 |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 装置・器具 | | 配置場所 | | 装置・器具の名称・台数等 |
| | | 治療室内 | 病院内 | |
| 救急蘇生装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 除細動器 | | <input type="checkbox"/> | | |
| ペースメーカー | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 心電計 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 呼吸循環監視装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 体外補助循環装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 急性血液浄化療法に必要な装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 自家発電装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 電解質定量検査装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 血液ガス分析装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数及び人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者数 | | 転院時において前医において算定されていた入院料（注1） | | |
| | | 救命救急入院料 名 | | |
| | | 特定集中治療室管理料 名 | | |
| | | 転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注1） | | |
| | | 救急搬送診療料 名 | | |
| | | 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 | | 名 |
| | | 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者（注1） | | 名 |
| 医療安全対策加算1に係る届出の有無 (該当する方を○で囲むこと。) | | 有 . 無 | | |

[記載上の注意]

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師については、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 5 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 6 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注 1 については、いずれかを記載すればよい。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ハイケアユニット入院医療管理料 | 1、2 |
| 専任の常勤医師名 | |
| 一般病棟の平均在院日数 (≤ 19 日であること) | 日 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) |
| 当該治療室の病床数 | 床 |
| 当該治療室の看護師数 | 名 |
| 当該治療室の勤務体制 | 日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名 |
| 当該治療室に常設されている装置・台数・器具の名称等 | |
| 救急蘇生装置 | |
| 除細動器 | |
| 心電計 | |
| 呼吸循環監視装置 | |
| 診療録管理体制加算の届出 | 有 ・ 無 |
| <u>医療安全対策加算 1 の届出</u> | <u>有</u> ・ <u>無</u> |

[記載上の注意]

1 届出に係る治療室ごとに記入すること。

~~2 入室患者延べ数とは、直近 1 か月において、届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入室患者延べ数に含めない。~~

2 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 専任の医師 | | 名 |
| 当該治療室の病床数 | | 床 |
| 当該治療室の入院患者 の状況 | 入室患者延べ数の算出期間 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 入室患者延べ数① | | 名 |
| ①のうち脳梗塞、脳出血、 くも膜下出血の患者数② | | 名 |
| 脳梗塞、脳出血、くも膜下 出血の患者の割合 (②/ ①) | | % |
| 当該治療室の 従事者 | 看護師 | 日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名 |
| | 理学療法士 又は 作業療法士 | 名 |
| 当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等 | | |
| 救急蘇生装置 | | |
| 除細動器 | | |
| 心電計 | | |
| 呼吸循環監視装置 | | |
| 当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等 | | |
| CT | | |
| MRI | | |
| 脳血管造影装置 | | |
| 当医療機関におけるリハビリテー ションの施設基準の届出の有無 | 脳血管疾患等リハビリテーション (I・II・III) 有・無 | |
| 医療安全対策加算1の届出の有無 | 有 ・ 無 | |

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、専任の医師の神経内科又は脳神経外科の経験年数及び専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士の脳血管疾患等リハビリテーションの経験年数を備考欄に記載すること。
- 届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類及び当該保険医療機関における専任の医師の配置状況がわかる書類を添付すること。

(別添3)

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
(令和6年3月5日保医発0305第6号)

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

- (3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、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）、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、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、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））、（以下略）

- (13) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月4月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年6月1日から翌年5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、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5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。

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

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 (中略) | (歯リハ2) 第 号 |
| <u>通院・在宅精神療法の注 4 に規定する</u> 児童思春期精神科専門管理加算 | (児春専) 第 号 |
| <u>通院・在宅精神療法の注 8 に規定する</u> 療養生活継続支援加算 | (療活継) 第 号 |
| <u>通院・在宅精神療法の注 10 に規定する</u> 児童思春期支援指導加算 | (児春支) 第 号 |
| <u>通院・在宅精神療法の注 11 に規定する</u> 早期診療体制充実加算 | (早充実) 第 号 |
| 通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた 通院 精神療法の施設基準 (情通精) 第 号 | |
| (中略) | |
| 人工 股 関節置換術 (手術支援装置を用いるもの) -(股)- (人関支) 第 号 (中略) 調剤基本料 3 ハ (調基 3 ハ) | |
| 第 号 | |
| <u>特別調剤基本料 A</u> | <u>(特調基 A) 第 号</u> |
| 調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合) (中略) | (調基特 1) 第 号 |
| 医療 D X 推進体制整備加算 | (薬 D X) 第 号 |
| 在宅患者調剤加算 | -(在調) 第 号 |
| 特定薬剤管理指導加算 2 (中略) | (特薬管 2) 第 号 |
| 在宅中心静脈栄養法加算 | (在中栄) 第 号 |
| 看護職員処遇改善評価料 <u>(1~165)</u> | (看処遇 <u>1~165</u>) 第 号 |
| 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) | (外在ベ I) 第 号 |
| 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) <u>(1~8)</u> | (外在ベ II <u>1~8</u>) 第 号 |
| 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) | (歯外在ベ I) 第 号 |
| 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) <u>(1~8)</u> | (歯外在ベ II <u>1~8</u>) 第 号 |
| 入院ベースアップ評価料 <u>(1~165)</u> | (入ベ <u>1~165</u>) 第 号 |

第 4 経過措置等

第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、令和 6 年 ~~3 月 5 月~~ 31 日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和 6 年 6 月以降の実績により、届出を行ってい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。また、令和 6 年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料（表 1）及び施設基準が改正された特掲診療料 のうち届出が必要なもの（表 2）については、令和 6 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。 なお、表 2 における経過措置期間については、令和 6 年 3 月 31 日時点で改正前の特掲診療料の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準
(中略)

看護職員処遇改善評価料 (令和 6 年度診療報酬改定前の看護職員処遇改善評価料の届出を行っていた保険医療機関を除く。)

表 2 施設基準の改正された特掲診療料 (届出が必要なもの)

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 (令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

調剤基本料 2

特別調剤基本料 A

(中略)

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 (処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料 1 を算定することができる保険薬局) (令和 8 年 6 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

地域支援体制加算 (令和 6 年 9 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。)

表 3 施設基準の改正された特掲診療料 (届出が必要でないもの)

(略)

廃用症候群リハビリテーション料 (I)

廃用症候群リハビリテーション料 (II)

廃用症候群リハビリテーション料 (III)

(中略)

医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術

調剤基本料 2

調剤基本料の注 2 に規定する保険薬局

調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局

調剤管理加算

表 4 施設基準等の名称が変更されたが、令和 6 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れば新たに届出が必要でないもの

| | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <u>歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準</u> | → | <u>歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準</u> |
| (以下略) | → | (以下略) |

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 11 の 9 プログラム医療機器等指導管理料

1 プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準

(2) 高血圧症治療補助アプリを用いる場合

「A001」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算1若しくは「ロ」地域包括診療加算2、「B001-2-9」地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は「B001-3」に掲げる生活習慣病管理料(I)の「2」高血圧症を主病とする場合を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること。

第 13 の 2 小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算

1 口腔管理体制強化加算の施設基準

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア～ウ (略)

エ 在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出を行っていない診療所において
は、 歯科訪問診療料の注15に規定する届出を行っていること。

2 届出に関する事項

(2) 令和6年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件告示」による改正前の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を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)のイ~~及び~~エ~~及び~~、(3)並びに(6)の基準を満たしているものとする。

第 14 の 4 往診料に規定する患者

1 往診医療機関において、過去60日間に在宅患者訪問診療料(I)、在宅患者訪問診療料

(II)又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの(「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」(令和6年3月5日保医発0305第4号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第2部第1節「C001」在宅患者訪問診療料(I)(5)において、「A000」初診料又は「A001」再診料若しくは「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合を含む。以下この区分において同じ。)。

第 14 の 4 の 2 介護保険施設等連携往診加算

2 届出に関する事項

(1) 介護保険施設等連携往診加算の施設基準に関する届出は、別添2の様式18の3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

3 在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

(4) 当該保険医療機関において、直近 3 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 8 の 2 に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等^等の割合が 5 割以上であること。

4 届出に関する事項

(3) 令和 6 年 3 月 31 日時点で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の届出を行っている保険医療機関~~病院~~については、同年 9 月 30 日までの間に限り、「3」に該当するものとみなす。

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~~~~癌~~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。

第 47 の 3 の 2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師 1 名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士 1 名以上が勤務していること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。）をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

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(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(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、別添2の様式43の7を用いること。

第47の7 通院・在宅精神療法

5 情報通信機器を用いた通院精神療法の施設基準

4-6 届出に関する事項

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（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）に関する施設基準

- (3) 開心術又は~~冠~~冠動脈、又は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、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を3年間に3例以上実施していること。

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（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

- (3) 開心術又は~~冠~~冠動脈、又は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、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を3年間に3例以上実施していること。

第68 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

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 及び様

式 52 を用いること。

第 75 の 3 腹腔鏡下痔腫瘍摘出術及び腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術

2 腹腔鏡下腓体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

(6) 麻酔科標榜医が配置されていること。

(~~6~~7)~(~~9~~10)（内容省略）

第 88 の 3 調剤基本料 3

2 調剤基本料 3 の施設基準に関する留意点

(6) (5) のア及びイについては、令和 6 年 4 月以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局が該当する。ただし、遡及指定が認められる場合であって、令和 6 年 3 月 31 日以前から、(5) のア及びイに該当する場合を除く。

(~~6~~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」とは、当該契約の名称が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)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、その土地又は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、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)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

第 92 の 2 連携強化加算

3 届出に関する事項

(2) 令和 6 年 3 月 31 日において現に連携強化加算の届出を行っている保険医療機関保険薬局については、令和 6 年 12 月 31 日までの間に限り、1 の(1)に該当するものとみなす。

第 95 の 2 医療 D X 推進体制整備加算

2 届出に関する事項

(3) 1 の(~~8~~7)については、令和 6 年 10 月 1 日から適用する。なお、利用率の割合については別途示す予定である。

(4) 令和 7 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(8)の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。

(5) 1 の(9)については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書

様式 17 の 2

口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績（届出前 1 年間）

| | |
|-----------------------------|---|
| ① 歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療の算定回数 | 回 |
| ② 根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数 | 回 |

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、フッ化物歯面塗布処置及び歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数を合計して差し支えない。

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日（ 年 月 日）

3 口腔機能管理の実績（届出前 1 年間）

| | |
|--|---|
| ① 歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、 歯科衛生実地指導料 の口腔機能 管理指導 加算、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション 料 3 の算定回数 | 回 |
|--|---|

4 歯科訪問診療料の注 15 に規定する届出の状況

届出年月日（ 年 月 日）

5 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績（届出前 1 年間）

※①又は②のいずれかについて記載すること。

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| ① | 歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 の算定回数 | 回 |
| | 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援 | 回 |
| | 歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数 | |
| | 合 計 | 回 |

※ ①について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 の算定回数を合計して差し支えなく、歯科訪問診療 3 を含まないこと。

| | |
|---------------------------------------|--|
| ② 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称 | |
|---------------------------------------|--|

6 他の保険医療機関との連携の実績（届出前 1 年間）

| | |
|---------------------------|---|
| ① 診療情報提供料（I）の算定回数 | 回 |
| ② 診療情報等連携共有料 1 又は 2 の算定回数 | 回 |
| 合 計 | 回 |

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、診療情報連携共有料の算定回数を合計して差し支えない。

7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

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

※1 研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※2 歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

8 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

| 勤務形態 | 職種 | 氏名 |
|--------|------------|----|
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |
| 常勤／非常勤 | 歯科医師／歯科衛生士 | |

9 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 | |

10 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※ 当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

| | |
|--------------------|--|
| 歯科訪問診療を行う 歯科医師名 | |
| 診療可能日 | |

11 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

| | |
|---|---|
| ① 居宅療養管理指導の提供実績 | (実施回数) 回 |
| ② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 | (算定回数) 回 |
| ③ 初診料の注6、再診料の注4、歯科訪問診療料の注8の歯科診療特別対応加算1、2又は3 | (算定回数) 回 |
| ④ 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1若しくは2、小児在宅歯科医療連携加算1若しくは2、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料 | (算定回数) 回 |
| ⑤ 地域ケア会議の出席 | (会議名) (直近の出席日) 年 月 日 |
| ⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議等又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席 | (会議名) (直近の出席日) 年 月 日 |
| ⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講 | (研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名) |
| ⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講 | (研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名) |
| ⑨ 学校歯科医等に就任 | (学校等の名称) |

| | |
|--|----------------------|
| ⑩ 介護認定審査会の委員の経験 | (在任期間) 年 月 ~ 年 月 |
| ⑪ 過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力 | (施設名) (実施日) 年 月 日 |
| ⑫ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力 | (事業名) (実施日) 年 月 日 |

※1 ①~⑫については、7に記載する歯科医師の実績について記載すること。

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

※3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※4 ②について、令和6年5月31日以前の算定については、栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定回数を合計して差し支えない。

※5 ③について、令和6年5月31日以前の算定については、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定回数を合計して差し支えない。

※6 ⑦、⑧について、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

12 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

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 癌 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 | 医師の氏名 | 当該診療科の 経験年数 | 当該生検の 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 | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| 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」については、当該生検症例一覧（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 「4」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 4 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2
 画像診断管理加算 3
 画像診断管理加算 4

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 救命救急センター又は高度救命救急センターの設置 | | 有 ・ 無 | |
| 3-2 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 | 勤務時間 | 画像診断を専ら担当した経験年数 | 医療機関勤務 |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| 4-3 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 | |
| 5-4 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読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100$ = <input type="text"/> % | | | |

| | | | |
|--|-------|-----------------|--------------------------|
| <u>6-5</u> 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 | | |
| <u>7-6</u> 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制 | 有 ・ 無 | | |
| <u>8-7</u> 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施 | 有 ・ 無 | | |
| <u>9-8</u> 当該保険医療機関における、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る責任者の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 画像診断を専ら担当した経験年数 | 医療機関勤務 |
| | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 「3-2」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。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については3名以上、画像診断管理加算4については6名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 「3-2」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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 「4-3」及び「5-4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「2」、「4-3」、「5-4」、「7-6」、「8-7」及び「9-8」は記載する必要はないこと。
- 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「2」、「7-6」、「8-7」及び「9-8」は記載する必要はないこと。
- 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、「8-7」は記載する必要はないこと。
- 画像診断管理加算4の届出を行う場合にあっては、「2」は記載する必要はないこと。
- 8-7 画像診断管理加算2、3又は4の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、MRI装置の適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 9-8 画像診断管理加算4の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 10-9 画像診断管理加算3又は4の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類添付すること。また、「9-8」の常勤医師については、「3-2」の常勤医師に係る記載に準じて記載すること。

C T 透視下気管支鏡検査加算
 冠動脈 C T 撮影加算
 外傷全身 C T 加算
 心臓 M R I 撮影加算
 乳房 M R I 撮影加算
 小児鎮静下 M R I 撮影加算
 頭部 M R I 撮影加算
 全身 M R I 撮影加算
 肝エラストグラフィ加算
 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
 (M R I によるもの)

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 C T (6 4 列以上 1 6 列以上 6 4 列未満) ・ M R I (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 (C T の場合は列数、 M R I 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) | | | |
| 3 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 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 呼吸器疾患の診療の経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| 4 小児の M R I 撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師 | | | |

| | | | |
|---|---|------|------------------------|
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 小児のMRI撮影及び画像診断に関する経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 小児麻酔の経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 6 画像診断を専ら担当する常勤の医師 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 画像診断を専ら担当した経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 7 循環器疾患を専ら担当する常勤の医師 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 循環器疾患を専ら担当した経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 8 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無 | | | |
| 画像診断管理加算 1 | 有 ・ 無 | | |
| <u>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、画像診断管理加算 1 に関する施設基準の(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。</u> | <u>該当 ・ 非該当</u> <u>※画像診断管理加算 2、3 又は 4 の届出を行っていない場合であって、冠動脈CT撮影加算の届出を行う場合に記載すること。</u> | | |
| 画像診断管理加算 2 | 有 ・ 無 | | |
| 画像診断管理加算 3 | 有 ・ 無 | | |
| 画像診断管理加算 4 | 有 ・ 無 | | |

| | |
|---|----------|
| 9 救命救急入院料の届出の有無 | 有 ・ 無 |
| 10 関係学会より認定された年月日 | 平成 年 月 日 |
| 11 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制 | 有 ・ 無 |
| 12 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施 | 有 ・ 無 |

[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 「3」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 「4」及び「5」については、小児鎮静下MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 5 「6」及び「~~11~~」については、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算3又は4の届出を行っている場合を除く）に記載すること。その際「6」の常勤医師について、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が10年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 6 「7」については、画像診断管理加算2、3又は4の届出を行っていない場合であって、冠動脈CT撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 7 頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 8 「8」については、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MRI加算、乳房MRI加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算、肝エラストグラフィ加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 9 「9」については、外傷全身CT加算の届出を行う場合に記載すること。
- 10 「10」については、乳房MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）の届出を行う場合に記載すること。
- 11 「11」については、頭部MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算3又は4の届出を行っている場合を除く）に記載すること。
- 12 「12」については、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合（画像診断管理加算4の届出を行っている場合を除く）に記載すること。

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 | 専 従 | 名 | 非 常 勤 | 専 従 | 名 |
|---|---|-----|--------|-------------|-----|---|
| | 勤 | 専 任 | 名 | | 専 任 | 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□に✓をつけること。） <input type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> 精神病棟を有する <u>一般</u> 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 <u>又は</u> 、精神療養病棟入院料 <u>又は精神科地域包括ケア病棟入院料</u> 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。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、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・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下「精神科ショート・ケア等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出することは可能である。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

様式 56 の 2

乳腺悪性腫瘍手術における乳癌センチネルリンパ節生検加算の
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 届出を行う項目（該当するものそれぞれに○印をつける） | | 1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法） 2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 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癌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 | 医師の氏名 | 当該診療科の 経験年数 | 乳癌センチネルリンパ 節生検の経験症例数 | |
| | | 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 | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| 5 放射線科の常勤医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| 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】

- 「2」については、届出を行う項目に○印をつけること。なお、「1 乳癌センチネルリンパ節生検加算 1（併用法）」のうち、インドシアニングリーンによるもの及び「2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 2（単独法）」のうち色素のみによるものの届出を行う場合、「5」の記載は不要であること。
- 「3」については、当該生検症例一覧（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」及び「5」の乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「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 87 の 3 の 4

連携強化加算（調剤基本料）の施設基準に係る届出書添付書類

連携強化加算の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| 1 | 第二種協定指定医療機関の指定を受けている。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 新型インフルエンザ等感染症等の発生時における体制の整備について | |
| | ア 感染症の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。） | <input type="checkbox"/> |
| | イ 個人防護具を備蓄している。 | <input type="checkbox"/> |
| | ウ 要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備している。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 災害の発生時における体制の整備について | |
| | ア 災害の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合を含む。） | <input type="checkbox"/> |
| | イ 自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制がある。 | <input type="checkbox"/> |
| | ウ 地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、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、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制がある。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会・研修・訓練等に参加するよう計画を作成・実施している。 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 災害や新興感染症発生時等における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 災害や新興感染症発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、自局及びグループによる周知。 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 「6」に係る薬局に係る地域での周知の方法（該当する項目に☑する） | <input type="checkbox"/> 地域の行政機関を通じて周知している。 <input type="checkbox"/> 地域の薬剤師会等を通じて周知している。 |
| 8 | 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成している。 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | オンライン服薬指導の実施要領に基づき、通信環境の確保及び研修の実施がされていること。 | <input type="checkbox"/> |
| 10 | 医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| 11 | 要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（対外診断用医薬品）を販売している。 | <input type="checkbox"/> |
| 以下は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局のみ記載すること。 | | |
| 12 | 特別な関係を有している保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関でないこと。 | <input type="checkbox"/> |
| 13 | 特別な関係を有している保険医療機関名 | |

[記載上の注意]

- 1 令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和6年12月31日までの間に限り、「1」及び「2」を満たしているものとみなす。
- 2 「12」及び「13」は特別調剤基本料Aを算定する保険薬局が届出を行う場合に記載すること。
- 3 「12」の外来感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算、感染対策向上加算とは、医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算を指す。

様式 87 の 3 の 6

医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

医療DX推進体制整備加算の施設基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

| | | |
|---|--|--|
| 1 | 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。 | □ |
| 2 | 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。 | □ |
| 3 | オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。 | □ |
| 4 | 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制を有している。 | <input type="checkbox"/> 導入済み <input type="checkbox"/> 導入予定（令和 年 月） |
| 5 | 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制 | <input type="checkbox"/> 電子薬歴システムを導入している |
| | | 電子薬歴システムの製品名 () |
| 6 | 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。 | □ |
| 7 | 来局患者のマイナ保険証の利用率 | 利用率（ ）% 小数点1桁まで記載 |
| 8 | 次に掲げる全ての事項について、保険医療機関の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施していること。 | □ |
| 9 | サイバーセキュリティの確保のために必要な措置 ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。 | □ |

[記載上の注意]

- 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り該当するものとみなす。
- 「6」については、令和7年9月 **3130日**までの間に限り該当するものとみなし、それまでの間に届出を行う場合は記載不要。
- 「7」については、令和6年10月1日から適用する。利用率の記載については、令和6年9月末までは記載不要。
- 「8」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法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 乳腺外科又は外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師の氏名等（2名以上） | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 |
| | 時間 | 科 | 年 |
| | 時間 | 科 | 年 |
| | 時間 | 科 | 年 |
| 4 届出を行う項目（該当するものそれぞれに○印をつける） | 1 乳癌センチネルリンパ節加算1（併用法） 2 乳癌センチネルリンパ節加算2（単独法） | | |
| 5 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳癌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の氏名等 | | | |
| 診療科名 | 医師の氏名 | 当該診療科の経験年数 | 乳癌センチネルリンパ節生検の経験症例数 |
| 科 | | 年 | 例 |
| 科 | | 年 | 例 |
| 科 | | 年 | 例 |
| 6 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 | 勤務時間 |
| | | | 時間 |
| | | | 時間 |
| 7 放射線科の常勤医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | |
| | | 時間 | |
| 8 麻酔科標榜医の氏名 | | | |
| | | | |
| 9 病理部門の病理医氏名 | | | |
| 10 乳腺手術の年間実施症例数 | 例 | | |
| 11 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」、「6」及び「7」の乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 3 「4」については、当該生検症例一覧(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 乳癌センチネルリンパ節生検加算1又2の届出を行う場合のみ、「4」から「9」を記入すること。
- 5 「8」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 6 「10」は、新規届出の場合には実績期間内に乳腺手術が10例以上必要であること。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。
- 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。

看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 該当する届出

算出を行う月

 新規
 区分変更

| | | | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|---|-----|
| ○ | 3月 | ○ | 6月 | ○ | 9月 | ○ | 12月 |
|---|----|---|----|---|----|---|-----|

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3 「令和4年度(令和3年度からの繰越分)看護職員等処遇改善事業補助金」の交付状況

(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

 交付あり 交付なし

4.3 該当するものを選択すること(新規届出時以外は記載を省略して差し支えない。)

 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績: 件 (期間: 令和 年度)

 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

5.4 看護職員等の数、延べ入院患者数、【A】の値

① 算出の際に用いる看護職員等の数、延べ入院患者数の期間(いずれかを選択)

 前年12月～2月 3～5月 6～8月 9～11月

② 看護職員等の数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の各月1日時点における当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の常勤換算した数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

③ 延べ入院患者数 人 (前回届出時 人)

※ 算出対象となる3か月の期間の1月当たりの延べ入院患者数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

④ 【A】の値 (前回届出時)

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額(当該保険医療機関の看護職員等の数(②)} \times 12,000 \text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数(③)} \times 10 \text{円}}$$

6.5 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、

 看護職員等の数(②)の変化は1割以内である。 延べ入院患者数(③)の変化は1割以内である。 【A】の値(④)の変化は1割以内である。

7.6 5により算出した【A】に基づき、該当する区分

【記載上の注意】

6.5のいずれにも該当する場合は、区分の変更を行わないものとする。

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について
(令和 6 年 3 月 5 日保発 0305 第 12 号)

第 1 通則に関する事項

3 文書による提供等を行うこととされている個々の利用者の訪問看護に関する情報等を、電磁的方法によって、利用者、保険医療機関、保険薬局、他の指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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とともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（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 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

第 5 訪問看護管理療養費について

1 (1)～(2) (略)

~~(3) 電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、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とともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（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 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。~~

~~(4-3)～(4-9) (内容省略)~~

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(令和6年3月5日保医発0305第7号)

第2 届出に関する手続き

- 5 地方厚生(支)局長は、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、届出者に対して受理番号を付して通知するとともに、併せて、審査支払機関に対して、受理番号を付して通知すること。

(略)

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| ○訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ) | —(訪看60)第—号 |
| ○訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) | —(訪看61)第—号 |
| <u>○訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)</u> | <u>(訪ベⅠ1)第 号</u> |
| <u>○訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)(1～18)</u> | <u>(訪ベⅡ1～18)第 号</u> |

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和6年~~5月3月~~31日現在において現に訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションにおいて、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合(名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。)には、新たな届出を要しない。ただし、令和6年6月以降の実績により、届出を行っている訪問看護療養費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。また、令和6年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費(表1)及び施設基準が改正された訪問看護療養費(表2)については、令和6年6月1日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表2における経過措置期間については、令和6年3月31日時点で改正前の訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護ステーションについてのみ適用される。

官報掲載事項の一部訂正

【令和6年3月5日(号外第49号)】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(厚生労働省告示第57号)

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|--|---|--|
| 別表第一 A 2 4 3 - 2 バイオ後続品 使用体制加算 注 | 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等含む。))又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、(以下略) | 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって、(以下略) |
| 別表第一 A 3 1 5 精神 科地域包括ケ ア病棟入院料 注6 | 6 診療に係る費用(注2及び注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、 <u>特定感染症入院医療管理加算</u> 、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、(中略)、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、 <u>褥瘡</u> ハイリスク患者ケア加算、(中略)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。 | 6 診療に係る費用(注2及び注5に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、(中略)、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、 <u>褥瘡</u> ハイリスク患者ケア加算、(中略)並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。 |
| 別表第一 B 0 0 1 - 3 - 3 生活習慣 病管理料Ⅱ 注2 | 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節 <u>医学管理等</u> (区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食事指導料、(中略)、B 0 0 5の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、(中略)及び区分番号B 0 1 1 - 3に掲げる | 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節 <u>医学管理料等</u> (区分番号B 0 0 1の9に掲げる外来栄養食事指導料、(中略)、 <u>区分番号</u> B 0 0 5の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、(中略)及び区分番号B 0 1 1 - |

| | | |
|--|---|--|
| | 薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料Ⅱに含まれるものとする。 | 3に掲げる薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料Ⅱに含まれるものとする。 |
| 別表第一 D014 自己 抗体検査 | 36 抗デスマグレイン3抗体、抗B P 180-NC16a抗体、 270点 | 36 抗デスマグレイン3抗体、抗B P 180-NC16a抗体 270点 |
| 別表第一 I002 通 院・在宅精神 療法 注1 | 注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。 | 注1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあつては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあつては1と2を合わせて週1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び <u>区分番号B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料Ⅱ</u> を算定している患者については算定しない。 |
| 別表第一 第1部 併設保 険医療機関の 療養に関する 事項 4 その他の診 療料 | 4 その他の診療料 (略) イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等(がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料(悪性腫瘍の患者に限る。))及び外来放射線照射診療料を除く。)及び第2部在宅医療(在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を除く。)に掲げる診療料 ロ～リ (略) ヌ 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料 | 4 その他の診療料 (略) イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等(<u>通則第3号から第6号までに規定する加算</u> 、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料(悪性腫瘍の患者に限る。))及び外来放射線照射診療料を除く。)及び第2部在宅医療(<u>救急患者連携搬送料及び在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を除く。</u>)に掲げる診療料 ロ～リ (略) ヌ 第2章特掲診療料第14部その他に掲げる診療料(<u>外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ及び外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ(再診時に限る。))を除く。)</u> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>別表第一 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 4 その他の診療料</p> | <p>4 その他の診療料 (略) イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(がん性疼痛緩和指導管理料、(中略)及び診療情報提供料Ⅱを除く。) ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料(往診料及び在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を除く。) ニ～ヲ (略)</p> | <p>4 その他の診療料 (略) イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(通則第3号から第6号までに規定する加算、がん性疼痛緩和指導管理料、(中略)及び診療情報提供料Ⅱを除く。) ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料(往診料、救急患者連携搬送料及び在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料を除く。) ニ～ヲ (略)</p> |
| <p>別表第二 C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注2</p> | <p>2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、(中略)及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> | <p>2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6の1に掲げる口腔細菌定量検査1、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、(中略)及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> |
| <p>別表第二 C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注2</p> | <p>2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、(中略)及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> | <p>2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6の1に掲げる口腔細菌定量検査1、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、(中略)及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> |
| <p>別表第二 D002-6 口腔細菌定量検査 注4</p> | <p>4 区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。</p> | <p>4 1について、区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。</p> |

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示（厚生労働省告示第 58 号）

| 該当箇所 | 誤 | | 正 | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|-----|---|--|---|--|-----|-----|--|---|
| <p>第一条中 第八 入院基本料等加算の施設基準等 一 総合入院体制加算の施設基準 (1) のへの②</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 450 644 495">改正後</th> <th data-bbox="644 450 873 495">改正前</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 495 644 1644"> <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）及び介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）を設置していないこと。</p> </td> <td data-bbox="644 495 873 1644"> <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院又は（中略）介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> </td> </tr> </tbody> </table> | | 改正後 | 改正前 | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）及び介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）を設置していないこと。</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院又は（中略）介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> | <p>※この欄においては、赤字部分（斜体部分）が訂正箇所</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="946 450 1174 495">改正後</th> <th data-bbox="1174 450 1402 495">改正前</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="946 495 1174 1644"> <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。） <u>又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u>を設置していないこと。</p> </td> <td data-bbox="1174 495 1402 1644"> <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院</u>又は（中略）<u>介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> </td> </tr> </tbody> </table> | | 改正後 | 改正前 | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。） <u>又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u>を設置していないこと。</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院</u>又は（中略）<u>介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> |
| 改正後 | 改正前 | | | | | | | | | | | |
| <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）及び介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）を設置していないこと。</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院又は（中略）介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> | | | | | | | | | | | |
| 改正後 | 改正前 | | | | | | | | | | | |
| <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。） <u>又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u>を設置していないこと。</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に（中略）、<u>介護保険法</u>（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、<u>同条第二十九項に規定する介護医療院</u>又は（中略）<u>介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）</u>を設置していないこと。</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>第二条中 第三 初・再診療の施設基準等 三の七 医療情報取得加算の施設基準</p> | <p>(3) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に<u>掲載</u>していること。 (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイト<u>に掲載</u>していること</p> | | <p>(3) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に<u>掲示</u>していること。 (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイト<u>に掲載</u>していること</p> | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|---|
| (3)、(4) | | |
| <p>第二条中 第八 入院基本料等加算の施設基準等 一 総合入院体制加算の施設基準 (1) のへの②</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（以下「特別養護老人ホーム」という。）及び介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）を設置していないこと。</p> | <p>② 当該保険医療機関と同一建物内に老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（以下「特別養護老人ホーム」という。）<u>、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）又は同条第二十九項に規定する介護医療院</u>を設置していないこと。</p> |
| <p>第二条中 第九 特定入院料の施設基準等 六の四 地域包括医療病棟入院料の施設基準等</p> | <p>(4)～(9)</p> | <p>(4) <u>地域包括医療病棟入院料の注4の除外薬剤・注射薬</u> <u>自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬</u> (5)～(10)</p> |
| <p>第二条中 第十一 経過措置 二十</p> | <p>二十 令和六年三月三十一日において現に次の(1)から(4)までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和八年五月三十一日までの間に限り、次の(1)から(4)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(4)までに定める基準に該当するものとみなす。 (1) (略) (2) 精神病棟入院基本料（<u>土</u>対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)の口の⑥ (3)・(4) (略)</p> | <p>二十 令和六年三月三十一日において現に次の(1)から(4)までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和八年五月三十一日までの間に限り、次の(1)から(4)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(4)までに定める基準に該当するものとみなす。 (1) (略) (2) 精神病棟入院基本料（<u>十三</u>対一入院基本料に限る。）第五の四の二の(1)の口の⑥ (3)・(4) (略)</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| 第二条中 第十一 経過措 置 三十四 | 三十四 令和七年五月三十一日までの間に限り、(中略)第五の一の(9)中「(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに <u>掲示</u> していること。」とあるのは「削除」と、(中略)第八の三十五の十二の(4)中「(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに <u>掲示</u> していること。」とあるのは「削除」と(中略)する。 | 三十四 令和七年五月三十一日までの間に限り、(中略)第五の一の(9)中「(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに <u>掲載</u> していること。」とあるのは「削除」と、(中略)第八の三十五の十二の(4)中「(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに <u>掲載</u> していること。」とあるのは「削除」と(中略)する。 |
| 第二条中 別表第五 二 | 鼻腔栄養 | 鼻腔栄養 |
| 第二条中 別表第五の一の 三 | 別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬 | 別表第五の一の三 <u>地域包括医療病棟入院料</u> 、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬 |
| 第二条中 別表第五の二 二 対象となる 処置等 | 中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から三十日以内の場合に実施するものに限る。) | 中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から三十日以内の場合に実施するものに限る。) |
| 第二条中 別表第五の三 二 対象となる 処置等 | 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。) | 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。) |
| 第二条中 別表第十一 三 | (略) K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼(けん)挙筋前転法 (略) K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) | (略) K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼(けん)挙筋前転法 (略) K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側) |

| | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| | (略) K 8 9 0—3 腹腔鏡下卵管形成術 | (略) K 8 9 0—3 腹腔鏡下卵管形成術 |
|--|----------------------------|----------------------------|

○ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 59 号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|---|--|--|
| 第三 医学管理 等 六 在宅療養支 援診療所の施 設基準 (2) のハ及び ニ | ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四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。 ニ 当該診療所において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、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、二十四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。 <u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u> | ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四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。 <u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u> ニ 当該診療所において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、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、二十四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。 |
| 第四 在宅医療 一 在宅療養支 援病院の施設 基準 (1) のニ | ニ 当該病院において、患家の求めに応じて、二十四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。 <u>当該病院において、患家の求めに応じて、二十四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。ただし、基本診療料の施設基準</u> | ニ 当該病院において、患家の求めに応じて、二十四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。 <u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する病院にあつては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体</u> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>等別表第六の二に掲げる地域に所在する病院にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患者に提供している場合は、この限りでない。</p> | <p>制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患者に提供している場合は、この限りでない。</p> |
| <p>第十四の三 その他 六 入院ベースアップ評価料の施設基準</p> | <p>(1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）算定している保険医療機関であること。</p> | <p>(1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。</p> |
| <p>第十五 調剤 五の四 医療DX推進体制整備加算の施設基準</p> | <p>(1)～(7) (略)</p> | <p>(1)～(7) (略)</p> <p>(8) <u>医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>(9) <u>(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> |
| <p>第十五 調剤 十一の三 調剤後薬剤管理指導料に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> | <p>十一の三 <u>調剤後薬剤管理指導料</u>に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> | <p>十一の三 <u>調剤後薬剤管理指導料</u>に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> |
| <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 四 (略)</p> | <p>四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用</p> | <p>四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用</p> |

| | | |
|----------------|---|---|
| 第十七 経過措置 九 | 九 令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の(1)のハ及び第三の九の(1)のハ中「ロの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、(中略)とする。 | 九 令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の(1)のハ及び第三の九の(1)のハ中「ロの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、(中略) <u>第十五の五の四の(9)中「(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」とする。</u> |
| 第十七 経過措置 十一 | (新設) | <u>十一 令和六年九月三十日までの間に限り、第十五の五の四の(7)中「健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。」とあるのは、「削除」とする。</u> |

○ 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（厚生労働省告示第35号）

| 該当箇所 | 誤 | 正 |
|------|--|---|
| 附則 | <p>(施行期日)</p> <p>第一条 この省令は、令和六年六月一日から施行する。ただし、第二条及び第四条の規定は、令和六年十月一日から施行する。</p> <p>第二条 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>第三条・第四条 (略)</p> | <p>(施行期日)</p> <p>第一条 この省令は、令和六年六月一日から施行する。ただし、<u>第二条、第四条及び附則第三条の規定は、令和六年十月一日から施行する。</u></p> <p>第二条 (略)</p> <p><u>(処方箋に係る経過措置)</u></p> <p>第三条 <u>この省令の施行の際現にある第二条の規定による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。</u></p> <p><u>2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。</u></p> <p>第四条・第五条 (略)</p> |

○ 複数手術に係る費用の特例の一部を改正する件（厚生労働省告示第 100 号）

| 該当箇所 | 誤 | | 正 | |
|------|--|-------------------------------|--|-------------------------------|
| 別表第一 | K 0 7 9 - 2 関節鏡下 ^{じん} 靱帯 断裂形成手術 | K 0 6 8 - 2 関節鏡下半月 板切除術 | K 0 7 9 - 2 関節鏡下 ^{じん} 靱帯 断裂形成手術 | K 0 6 8 - 2 関節鏡下半月 板切除術 |
| | 1 十字靱帯 筈 | K 0 6 9 - 3 関節鏡下半月 板縫合術 | 1 十字靱帯 | K 0 6 9 - 3 関節鏡下半月 板縫合術 |
| | | K 0 6 9 - 4 関節鏡下半月 板制動術 | | K 0 6 9 - 4 関節鏡下半月 板制動術 |