

		<p>様式 8、様式 9、様式 13 の 3 及び様式 18 の 3 を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年 7 月において当該様式別添 7 の様式 13 の 3 を届け出ること。<u>この場合において、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては平成 30 年度改定後の基準で届け出ること。</u>また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届出した内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略ことができ、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出ること。別添 7 の様式 8 及び 9 を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について 1 部のみの届出で差し支えない。</p> <p>《以下略》</p>
780	第 15 精神科救急入院料	<p>2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等</p> <p>(1) 《略》</p> <p>(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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ための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ退院転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）</p>
781	第 15 精神科救急入院料	<p>4 看護職員夜間配置加算の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。</p> <p>(2) 《略》</p> <p>(3) 次に掲げる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関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が 2 交代制勤務又は変則 2 交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3 項目以上を満たしていること。</p> <p>ア～カ 《略》</p> <p><u>なお、アからカまでの留意点については、別添 3 の第 4 の 3 の 9 の (3) と同様であること。</u></p> <p>(4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備してい</p>

		<p>ること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。 なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。</p> <p>5 届出に関する事項</p> <p>(1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式54を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。<u>なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。</u></p> <p>(2) 《略》</p>
783	第16の2 精神科救急・合併症入院料	<p>2 看護職員夜間配置加算の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。</p> <p>(2) 《略》</p> <p>(3) 次に掲げる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関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3項目以上を満たしていること。</p> <p>ア～カ 《略》</p> <p><u>なお、アからカまでの留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。</u></p> <p>(4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制につい</p>

		<p>て、平成30年3月31日において源に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式55を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。<u>なお、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。</u></p>
786	第19 認知症治療病棟入院料	<p>2 届出に関する事項</p> <p>認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、<u>別添7の様式8、様式9及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48</u>を用いること。なお、認知症夜間対応加算の<u>様式48に係る届出</u>については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。</p>
788	第20 特定一般病棟入院料	<p>1 特定一般病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1)～(4) 《略》</p> <p>(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等 ア～チ 《略》</p> <p>ツ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。</p> <p>テ 《略》</p>
789	第21 地域移行機能強化病棟入院料	<p>1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1)～(13) 《略》</p> <p>(14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p>

		<p>ア 《略》</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ退院転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p>
--	--	--

3. 特掲診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項目	正 誤
特掲診療料の施設基準等（告示）		
811	第十二 手術	<p>一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号及び第18号に掲げる手術の施設基準等</p> <p>(1) 《略》</p> <p>(2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。） 《中略》 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合に限る。）、薬剤投与用胃瘻造設術胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）、 《中略》 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術及び胎児胸腔・羊水腔シャント術の施設基準</p> <p>イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、<u>水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術</u>）、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）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものをふくむ。）、 《以下略》</p>
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（通知）		
832	第2 届出に関する手続き	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(15) 妥結率の実績 イ～ハ 《略》</p> <p>新規届出の場合 例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす ・②から③までの妥結率の実績を 30 <u>32</u>年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。 <div style="text-align: center;"> </div> <p>①30年5月1日 ②30<u>31</u>年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日</p>

835 836	第2 届出に関する 手続き	<p>6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。</p> <p>歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医学管理料 (医管) 第 号</p> <p>《中略》</p> <p>人工腎臓 (人工腎臓) 第 号</p> <p>導入期加算1 (導入1) 第 号</p> <p>導入期加算2及び腎代替療法実績加算 (導入2) 第 号</p> <p>透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算 (透析水) 第 号</p> <p>《中略》</p> <p>腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの) (腹胃縮) 第 号</p> <p>腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) (腹胃全) 第 号</p> <p>薬剤投与用胃瘻造設術 (薬胃瘻) 第 号</p> <p>バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (バ経静脈) 第 号</p> <p>《以下略》</p>
838	第2 届出に関する 手続き	<p>7 次の(1)から(7)(10)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行ってれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。</p> <p>(1)～(7) 《略》</p> <p><u>(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算</u></p> <p><u>(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算</u></p> <p><u>(10) 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)</u></p>
838	第3 届出受理後の 措置等	<p>1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、<u>精密触覚機能検査</u>、<u>画像診断管理加算1及び2及び3</u>、<u>歯科画像診断管理加算1及び2</u>、<u>麻酔管理料(I)</u>、<u>歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料</u>について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。《以下略》</p>

839 840	第4 経過措置等	<p>第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。</p> <p>平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。</p> <p>表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの</p> <p>慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算</p> <p>《中略》</p> <p>有床義歯咀嚼機能検査2のイ</p> <p>有床義歯咀嚼機能検査2のロ <u>及び咬合圧検査</u></p> <p>咬合圧検査</p> <p>精密触覚機能検査</p> <p>《中略》</p> <p>導入期加算2</p> <p>透析液水質確保加算</p> <p>慢性維持透析濾過加算</p> <p>《中略》</p> <p>食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）</p> <p>胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を<u>含む</u>）</p> <p>胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）</p> <p>胸腔鏡下弁置換術</p> <p>経皮的僧帽弁クリップ術</p> <p><u>ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）</u></p> <p>経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）</p> <p>《中略》</p> <p>悪性腫瘍病理組織標本加算</p> <p><u>調剤基本料1の注1</u></p> <p>基本調剤基本料3のイ</p> <p>基本調剤基本料3のロ</p> <p>基本調剤基本料の注4に掲げる地域支援体制加算</p> <p>基本調剤基本料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3</p>
841	第4 経過措置等	<p>表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの</p>

		<p>地域包括診療料 1</p> <p>歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（平成32年4月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）</p> <p>退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所2（平成32年4月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算1</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算2</p> <p>体外照射の注4に掲げる画像誘導放射線治療加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）</p> <p>調剤基本料2</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1</p> <p>後発医薬品調剤体制加算2</p>																											
841	第4 経過措置等	<p>表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの</p> <table border="1"> <tr> <td>がん患者指導管理料1</td> <td>→</td> <td>がん患者指導管理料イ</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">《中略》</td> </tr> <tr> <td>在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)</td> <td>→</td> <td>在宅患者歯科治療時医療管理料</td> </tr> <tr> <td>有床義歯咀嚼機能検査</td> <td>→</td> <td>有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査</td> </tr> <tr> <td>歯科技士加算1及び2</td> <td>⇒</td> <td>有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技士加算1及び2</td> </tr> <tr> <td>精神科重症患者早期集中支援管理料</td> <td>→</td> <td>精神科在宅患者支援管理料</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">《中略》</td> </tr> <tr> <td>テレパソロジーによる術中迅速細胞診</td> <td>→</td> <td>保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診</td> </tr> <tr> <td>透析液水質確保加算2</td> <td>⇒</td> <td>透析液水質確保加算</td> </tr> </table>	がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ	《中略》			在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料	有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	歯科技士加算1及び2	⇒	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技士加算1及び2	精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料	《中略》			テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	透析液水質確保加算2	⇒	透析液水質確保加算
がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ																											
《中略》																													
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料																											
有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査																											
歯科技士加算1及び2	⇒	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技士加算1及び2																											
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料																											
《中略》																													
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診																											
透析液水質確保加算2	⇒	透析液水質確保加算																											
別添1 特掲診療料の施設基準等																													
843	第3の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料	<p>1 小児悪性腫瘍患者指導管理料に関する保険医療機関の基準</p> <p>保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。<u>当該基準については</u>、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の2の(4)と同様であること。</p>																											
847	第4の7 小児運動器疾患指導管理料	<p>1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準</p> <p>(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。</p> <p>ア 整形外科の診療経験20時下に<u>従事した</u>経験を5年以上有していること。</p> <p>イ 《略》</p>																											
847	第4の8 乳腺炎重症化予防ケア・指	<p>1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準</p> <p>(1)～(2) 《略》</p>																											