

## 様式 12

### 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

#### 1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

#### 2. 連携保険医療機関等に係る事項

##### (1) 最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

##### (2) (1) の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	連絡先

##### (3) (2) の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	連絡先

#### 3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 ( ) 件	
連携施設の名称	過去1年間の面会日

#### [記載上の注意]

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書（様式例）

説明日 \_\_\_\_\_  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
 病名（検査・手術名）： \_\_\_\_\_

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

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

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準  
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 \_\_\_\_\_人

(2) 歯周病安定期治療 \_\_\_\_\_人

※(1)については、歯科訪問診療1及び2を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※(2)については、歯周病安定期治療(I)を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 ( 年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名 (複数の場合は全員)	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応に関する内容を含むものであること。

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

※歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を既に行っていて、研修受講者が本届出と同一である場合においては、歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の届出の副本(受理番号が付されたもの)の写しの添付でも可とするものであること。

4 歯科医師の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科医師の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

5 歯科衛生士等の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科衛生士の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 当該地域における連携医療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:	台
滅菌器(製品名等):	

11 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数                    ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数                    ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、 歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合    ①/(①+②)= _____ …(A)</p>											
<p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前 1 年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数                    _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p>											
<p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">研 修 名</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>		受講歯科医師名(複数の場合は全員)		研 修 名		受 講 年 月 日		研 修 の 主 催 者		講 習 の 内 容 等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)											
研 修 名											
受 講 年 月 日											
研 修 の 主 催 者											
講 習 の 内 容 等											
<p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 2px;">氏 名</th> <th style="padding: 2px;">常勤／非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">1)</td> <td style="padding: 2px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2)</td> <td style="padding: 2px;">常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3)</td> <td style="padding: 2px;">常勤／非常勤</td> </tr> </tbody> </table>		氏 名	常勤／非常勤	1)	常勤／非常勤	2)	常勤／非常勤	3)	常勤／非常勤		
氏 名	常勤／非常勤										
1)	常勤／非常勤										
2)	常勤／非常勤										
3)	常勤／非常勤										
<p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制                    ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者の氏名及び職種</li> <li>・ 連絡方法・連絡先</li> </ul> <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制                    ___名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医の氏名</li> </ul>											

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

---

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

---

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～1312については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

---

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合:  $\frac{①}{①+②+③} \times 100\%$

\_\_\_\_\_ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① \_\_\_\_\_ 人

外来で歯科診療を提供した人数 ② \_\_\_\_\_ 人

※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、  
歯科再診料を算定した人数を記載すること。また、①、②とも延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= \_\_\_\_\_ … (A)

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

\_\_\_\_\_ 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。



在宅時医学総合管理料  
施設入居時等医学総合管理料

の施設基準に係る届出書添付書類

1 次のいずれかに○をつけること。

- (1) 診療所（在宅療養支援診療所）
- (2) 診療所（在宅療養支援診療所以外の診療所）
- (3) 医療法の許可病床数が200床未満の病院
- (4) 在宅療養支援病院

2 「1」の(1)に○をつけた場合には、在宅療養支援診療所（様式11の1）~~の1~~の届出状況を記載

- (1) 今回届出
- (2) 既届出（届出年月）：                      年                      月

3 在宅医療を担当する常勤医師の氏名

4 直近1か月間における往診又は訪問診療の状況について

- ①初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数                      (                      ) 名
- ②往診又は訪問診療を実施した患者数    (                      ) 名
- ③往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①）                      (                      ) %

[記載上の注意]

- 1 「2」の(1)に○をつけた場合には、併せて様式11の提出が必要であること。
- 2 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例を添付すること。
- 3 「4」については、診療所が記載すること。

## 在宅療養後方支援病院に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 全般

1. 許可病床数	(        )床
2. 計算期間	年    月    ~    年    月

II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	(        )名
2. 入院希望を取り下げた患者数(死亡を含む)	(        )名
3. 現在の入院希望患者数	(        )名

III. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回
(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名

IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外)
(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回	(        )回
(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名	(        )名

V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	(        )医療機関
-------------------	----------------

[記入上の注意]

- 1 ■IIIの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206 在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。
- 2 ■IVの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③~⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

様式 25

長期継続頭蓋内脳波検査  
脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術  
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)

2 常勤医師の氏名

[記載上の注意]

- 「2-1」には、長期継続頭蓋内脳波検査、脳刺激装置植込術(頭蓋内電極植込術を含む。)及び脳刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科の常勤医師の氏名、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術の届出を行う場合には脳神経外科、整形外科又は麻酔科の常勤医師の氏名を記載すること。
- 「2」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

## 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上）
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満）

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

3. 医薬品の使用採用状況（平成 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期間 （届出時の直近3か 月：1か月ごと及び3か 月間の合計）	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計）
全医薬品の規格単位数量（①）				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②）				
後発医薬品の規格単位数量（③）				
カットオフ値の割合 （④） （②／①）（％）				
後発医薬品の割合 （⑤） （③／②）（％）				

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬におけるおいて加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~2826~~年3月 ~~4-5~~日保医発 03040305第13号）を参照すること。

様式 43 の 4

経口摂取回復促進加算 1  
胃瘻造設術  
胃瘻造設時嚥下機能評価加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
・新規届出	(実績期間 年 月～ 年 月)	
・再度の届出	(実績期間 年 月～ 年 月)	
2 常勤の言語聴覚士の人数	専従 名 非専従 名	
3 胃瘻造設術の年間症例数	例	
4 経口摂取回復率		
①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
②	経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者（転院又は退院した患者を含む）	人
A = ① + ②		人
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者	人
B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧		人
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（但し、③から⑧までに該当する患者を除く）	人
⑨ / ( A - B ) = 割 分		
5 自院で胃瘻を造設する場合、全例※に事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っている ( 該当する ・ 該当しない )		
※ 4の⑥～⑧、意識障害等があり実施が危険な患者、顔面外傷により嚥下が困難な患者及び筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者を除く。		
意識障害等があり実施が危険な患者		人
顔面外傷により嚥下が困難な患者		人

筋萎縮性側索硬化症等により明らかに嚥下が困難と判断される患者	人
6 胃瘻造設術を行う場合、全例に多職種による術前カンファレンスを行っている ( 該当する ・ 該当しない )	
7 胃瘻造設術を行う場合、全例に計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施している ( 該当する ・ 該当しない )	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知第2の4の(11-9)に定めるところによるものであること。
- 2 経口摂取回復促進加算1に係る届出を行う場合は、「2」を記載するとともに、当該リハビリテーションに従事する言語聴覚士の氏名及び勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。また、「2」は、胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、記載する必要はないこと。
- 3 「4」、「5」、「6」及び「7」は「3」の胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の届出の際は、年間症例数が50例以上の場合に記載すること。
- 4 「4」の③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。
- 5 「4」の⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。
- 6 「4」の⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
  - ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
  - イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 7 「4」の①及び②に該当する患者の一覧を様式43の5により提出すること。
- 8 「5」、「6」及び「7」は、経口摂取回復促進加算1の届出の際は記載する必要はないこと。





**胸腹腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出書添付書類**

1 届出種別	
・ 新規届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
・ 再度の届出 (実績期間	年 月 ~ 年 月)
2 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)	
	科
3 当該手術を担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	診療科名 (当該手術を担当する科名)
	科
	科
	科
	科
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名	
5 当該療法を術者として又は補助を行う医師として 10 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る。) 以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医の氏名等	
常勤医師の氏名	手術の経験症例数
	例
	例
	例
6 当該保険医療機関における下記の手術の実施症例数 (1) 3 年間における直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術 (10 例以上) 例	
(2) 区分番号「K552」から「K605—4」までに掲げる手術 例	
(経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び 2 日目以降の補助人工心臓 (植込型を含む) に係るものを除く。)	
7 緊急手術が可能な体制 (有 ・ 無)	

[記載上の注意]

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

凍結保存同種組織加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）					科 科
2 当該保険医療機関における当該手術の実施症例数					例
3 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有する者。また、当該手術について8例（このうち5例は術者として実施しているものに限る）以上の経験も併せて有していること。					
常勤医師の氏名	診療科名	当該診療科の 経験年数	当該療養の 経験年数	経験症例数 (うち術者として)	
		年	年	例 (例)	
		年	年	例 (例)	
4 実施診療科における常勤の医師（3名以上）					
常勤医師の氏名			経験年数		
5 常勤の麻酔科標榜医の氏名					
6 臨床検査技師の氏名					
7 緊急手術が可能な体制					（有・無）
8 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無					（有・無）
9 「8」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無					（有・無）

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 2 「3」及び「4」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 3 「5」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「8」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 5 「9」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 6 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。



強度変調放射線治療（IMRT）の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出種別 ・新規届出（実績期間 年 月～ 年 月） ・再度の届出（実績期間 年 月～ 年 月）	
2 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  科	
3 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
4 常勤診療放射線技師の氏名等	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
5 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名等	
氏 名	職 種
6 強度変調放射線治療（IMRT）の実施症例数  例	
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・直線加速器（名称））</li> <li>・治療計画用CT装置（名称））</li> <li>・インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム（名称））</li> <li>・照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置（名称））</li> <li>・平面上の照射強度を変化させることができる装置（名称））</li> <li>・微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム（名称））</li> <li>・二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器（名称））</li> </ul>	

[記載上の注意]

- 1 「1」は特掲診療料施設基準通知2の4の(3)に定めるところによるものであること。
- 2 「6」は、新規届出の場合には実績期間内に5例以上、再度の届出の場合には実績期間内に10例以上が必要であること。
- 3 「3」、「4」及び「5」の常勤医師及び診療放射線技師等の経歴(当該保険医療機関病院での勤務期間、放射線治療の経験年数がわかるもの)を添付すること。
- 4 当該医療機関における強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの(様式任意)を添付すること。

様式 78 の 2

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

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

〔記載上の注意〕

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

様式 79 の 1 の 3

粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算の  
施設基準に係る届出書添付書類

1 放射線治療に専従の常勤医師（5年以上の経験を有する者が2名以上）	
常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
2 常勤診療放射線技師（3名以上で、かつ治療室1室につき2名以上）	
常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
	年
	年
	年
	年
	年
3 放射線治療に専従する常勤の医学物理士の氏名	
4 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名	
5 粒子線治療に係るカンサーボードの有無	有 ・ 無
6 がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに係る連携の有無	有 ・ 無
7 当該治療を行うために備えている機器の名称等	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置 (名称 )</li> <li>・ 患者毎のボースを用いる深部線量分布形成装置 (名称 )</li> <li>・ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置 (名称 )</li> </ul>	



[記載上の注意]

※粒子線治療適応判定加算については、「1」、「5」及び「6」について記入して、粒子線船治療医学管理加算については、「5」及び「6」以外について記入すること。

- 1 「1」から「4」までの常勤の医師、診療放射線技師、看護師及び医学物理士の当該保険医療機関における勤務状況の分かるものを添付すること。
- 2 「1」及び「2」の常勤の医師及び診療放射線技師の経歴（当該病院での勤務期間、放射線治療の経験年数が分かるもの）を添付すること。
- 3 「5」の粒子線治療に係るカンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、カンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。

※がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること。）。

具体的には、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する3分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。
- 4 「6」については、がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに、粒子線治療を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

様式 79 の 2

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出書添付書類  
 標本の送付側（検体採取が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師の氏名等	
① 病院の場合（当該病院の常勤検査技師）	
検査技師の氏名	経験年数
② 上記に該当する常勤の検査技師がない場合 主たる衛生検査所名 当該衛生検査所への年間委託件数 <span style="float: right;">件</span>	

標本の受取側（病理診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日） 口腔病理診断管理加算（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日）	
3 医療機関の種類（①又は②の該当するものを記入）	
① 病院の場合	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
② 病理診断科を標榜する保険医療機関の場合 保険医療機関指定年月日 年 月 日	
4 病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師の氏名等	
常勤の医師等の氏名	経験年数

- 5 受取側の保険医療機関に送付される病理標本に係る事項  
 (衛生検査所に作製を依頼している場合のみ記入)
- ① 標本の送付側から受取側に送付された病理標本の総数 \_\_\_\_\_ 件
- ② ①のうち、衛生検査所で作製された病理標本の総数 \_\_\_\_\_ 件
- ③ ②の内訳 (作製数の多い衛生検査所の開設者上位3者の名称及び作製数)
- |      |       |       |   |
|------|-------|-------|---|
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
| (名称) | (作製数) | _____ | 件 |
- ④ 同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本割合 =  
 (③のうち最大のもの/②) × 100 =  %

[記載上の注意]

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



イ ⑤が95%を越えている

該当しない → (3)へ

(3) 次のいずれかに該当する→表中(Ⅱ)へ

ア ③が[②(月数)×4,000]が④を超えており、かつ、⑤が70%を越えている

イ ③が[②(月数)×2,000]が④を超えており、かつ、⑤が90%を越えている

ウ ④が[②(月数)×4,000]が④を超えている

該当しない→表中(Ⅰ)へ

表

	妥結率(⑥により判断)	
	50%超	50%以下
(Ⅰ)	調剤基本料1	調剤基本料4
(Ⅱ)	調剤基本料2	調剤基本料5
(Ⅲ)	調剤基本料3	特別調剤基本料 (本届出不要)
特例除外	調剤基本料1 (特例除外)	調剤基本料4 (特例除外)

[記載上の注意]

- 「1」については、新規指定(遡及指定が認められる場合を除く。)の場合は、指定日の属する月の翌月から3か月間の実績から、調剤基本料の区分が変更になる場合は届出が必要になることに注意すること。
- 「1」については、「その他」に「レ」を記入した場合は、理由を記載すること。
- 「1」については、平成28年度改定に伴い最初に届け出る届出の場合は、「その他」に「レ」を記入し、「平成28年度改定に伴う届出」の旨を記載すること。
- 「2」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方せん受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値(小数点以下は四捨五入)を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載すること。
- 「3」については、特掲診療科施設基準通知の別添1第88の1(7)により判断する。
- 「4」については、処方せんの受付回数は次の処方せんを除いた受付回数を記載すること。
  - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方せん
  - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方せん
  - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方せん
- 「5」については、前年10月に地方厚生(支)局に報告した妥結率を記載すること。なお、新規指定に伴い妥結率の報告が不要とされている場合は、その旨を枠内に記載すること。
- 「6」については、特例除外の施設基準に係る届出を行った場合は「あり」に「レ」を記入する。また、別紙様式84の2を添付すること。
- 「(参考)」については、調剤基本料の注3の規定に該当する薬局の場合は「あり」に「レ」を記入する。なお、平成29年2月末までは本欄への記載は要しない。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について  
(平成28年3月4日保医発0304第3号)

別添1

医科診療報酬点数表に関する事項

第2節 入院基本料等加算

A246 退院支援加算

- (5) 退院支援計画を実施するに当たって、退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに及び退院支援部門の看護師及び並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

A310 緩和ケア病棟入院料

- (3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「A308」の回復期リハビリテーション病棟入院料の(4)と同様であること。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

- (7) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(6)の例による。
- (8) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)から(9)までの例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B001-2 小児科外来診療料

- (11) 本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」(平成18年3月31日保医発第0331002号)に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

第2部 在宅医療