

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） | |
|--------|-----------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|
| 第1 | 夜間・早朝等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1 | |
| 2 | 時間外対応加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2 | |
| 2の2 | 明細書発行体制等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2の2 | |
| 3 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式3 | |
| 4 | 歯科外来診療環境体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4 | |
| 4の2 | 歯科診療特別対応連携加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の2 | |
| 5 | 一般病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式5～11 | |
| 5 | 療養病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | 結核病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | 精神病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | 特定機能病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | 専門病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | 障害者施設等入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | 様式5～11, 19 |
| 5 | 有床診療所入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | } 様式5, 5の2, 12～12の6 |
| 5 | 有床診療所療養病床入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 第1 | 総合入院体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | 様式13及び13の2 |
| 2 | 臨床研修病院入院診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | 様式14又は14の2 |
| 2の2 | 救急医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14の3 | |
| 3 | 超急性期脳卒中加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式15 | |
| 3の2 | 妊産婦緊急搬送入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式16 | |
| 4 | 診療録管理体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式17 | |
| 4の2 | 医師事務作業補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 18, 18の2 | |
| 4の3 | 急性期看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 10, 13の2, 13の3, 18の3 | |
| 5 | 特殊疾患入院施設管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 19, 20 | |
| 7 | 看護補助加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 10, 10の3, 13の3 | |
| 9 | 療養環境加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式22 | |
| 10 | 重症者等療養環境特別加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式23, 23の2 | |
| 11 | 療養病棟療養環境加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式24, 24の2 | |
| 11 | 療養病棟療養環境加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | | |
| 12 | 診療所療養病床療養環境加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式25 | |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） |
|--------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12の2 | 診療所療養病床療養環境改善加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式25 |
| 12の3 | 無菌治療室管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26の2 |
| 13 | 重症皮膚潰瘍管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26 |
| 14 | 緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 27 |
| 14の2 | 有床診療所緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 27の2 |
| 15 | 精神科応急入院施設管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 28 |
| 16 | 精神病棟入院時医学管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式29 |
| 16の2 | 精神科地域移行実施加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式30 |
| 16の3 | 精神科身体合併症管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式31 |
| 17 | 精神科リエゾンチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 31の2 |
| 17の2 | 強度行動障害入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の2 |
| 17の3 | 重度アルコール依存症入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の3 |
| 17の4 | 摂食障害入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の4 |
| 18 | がん診療連携拠点病院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式33 |
| 19 | 栄養サポートチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 34 |
| 20 | 医療安全対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式35 |
| 21 | 感染防止対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式35の2, 35の3 |
| 21の2 | 患者サポート充実加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式36 |
| 22 | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式37 |
| 22の2 | ハイリスク妊婦管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式38 |
| 23 | ハイリスク分娩管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 38 |
| 24 | 退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の2 | 新生児特定集中治療室退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の3 | 救急搬送患者地域連携紹介加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の2 |
| 24の4 | 救急搬送患者地域連携受入加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の2 |
| 24の5 | 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の3 |
| 24の6 | 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の3 |
| 25 | 総合評価加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40 |
| 26 | 呼吸ケアチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 様式40の2 |
| 26の2 | 後発医薬品使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の3 |
| 26の3 | 病棟薬剤業務実施加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 40の4 |
| 26の4 | データ提出加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の5~40の8 |
| 27 | 地域歯科診療支援病院入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式41 |
| 第1 | 救命救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 42 |
| 2 | 特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42, 43 |
| 3 | ハイケアユニット入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 44 |
| 4 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 45 |
| 4の2 | 小児特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 43, 43の2, 48 |
| 5 | 新生児特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42の2 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） |
|--------|---------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 6 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42の2 |
| 7 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42の2, 45の2 |
| 8 | 一類感染症患者入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 46 |
| 9 | 特殊疾患入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 47 |
| 10 | 小児入院医療管理料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 13の2, 48~48の3 |
| 10 | 小児入院医療管理料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | 小児入院医療管理料 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式8, 9, 20 49~49の6 |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | 亜急性期入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 50~50の3 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 51 |
| 13 | 特殊疾患病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 51 |
| 14 | 緩和ケア病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 52 |
| 15 | 精神科救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 20, 53, 54 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 20, 53 |
| 16 | 精神科急性期治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 16の2 | 精神科救急・合併症入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 53, 55 |
| 16の3 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 57 |
| 17 | 精神療養病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 24の2, 55の2 |
| 19 | 認知症治療病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 20, 56 |
| 19 | 認知症治療病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | 特定一般病棟入院料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式8, 9, 20, 50~50の3, 57の2 57の3 |
| 20 | 特定一般病棟入院料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| | 短期滞在手術基本料 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | } 様式9, 58 |
| | 短期滞在手術基本料 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |

※様式21は欠番

様式 1

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 1 診療時間の状況 | |
|-----------|------------------------------|
| 曜日 | 表示している診療時間 (AM00:00~PM00:00) |
| 日曜 | |
| 月曜 | |
| 火曜 | |
| 水曜 | |
| 木曜 | |
| 金曜 | |
| 土曜 | |

| | |
|-------------|----|
| 2 1週間の総診療時間 | 時間 |
|-------------|----|

| | |
|-----------------|-----|
| 3 救急医療の確保に関する協力 | 有・無 |
|-----------------|-----|

[記載上の注意]

- 「2」については、週により標榜時間が異なる場合には、4週間における1週平均時間を記載すること。
- 「3」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|----------------------|
| 1 届出 ※該当するものに○ | ・ 時間外対応加算 1 ・ 時間外対応加算 2 ・ 時間外対応加算 3 | |
| 2 標榜診療科 | | |
| 3 当該診療所の 対応医師の氏名 | | |
| 4 当該診療所の標榜 診療時間 | | |
| 5 あらかじめ患者に 伝えてある電話に応 答できない場合の体 制 ※該当するものに○(複数可) | | 医師の携帯・自宅電話へ転送 |
| | | 留守録による応答後、速やかにコールバック |
| | | その他 () |
| 6 他の医療機関との 連携 ※ | 連携 医療 機関 名 | |
| 7 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等) | | |
| 8 備考 | | |

※ 【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 の届出をする場合

やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。

時間外対応加算 3 の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は 3 以下とする。

(注) 具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと(連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等)。

様式2の2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1 診療所である | 1 はい 2 いいえ |
| 2 レセプト電子請求を行っている | 1 オンライン請求 2 電子媒体による請求 |
| 3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている | 1 はい 2 いいえ |

※) 該当するものに○を記載すること。

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|-------------------------------|-------------|-------|--------|
| 1 常勤歯科医師・看護職員・ 歯科衛生士の数 年・月 | 常勤歯科 医師数 | 看護職員数 | 歯科衛生士数 |
| 年 月 | 名 | 名 | 名 |

2 次の(1)～(4)のうち、該当するものに記入すること。

| | | | |
|---------|--------------|-------------------------|-------------------------|
| (1) 紹介率 | | | |
| 年・月 | 初診の患者 の数① | 文書により 紹介された 患者の数② | 紹介率 (=②/①×100) % |
| 年 月 | 名 | 名 | _____ % |

| | | | | | |
|---|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件 | | | | | |
| 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 |
| JO13の4 | 件 | JO39 | 件 | JO72 | 件 |
| JO16 | 件 | JO42 | 件 | JO72-2 | 件 |
| JO18 | 件 | JO43 | 件 | JO75 | 件 |
| JO31 | 件 | JO66 | 件 | JO76 | 件 |
| JO32 | 件 | JO68 | 件 | JO87 | 件 |
| JO35 | 件 | JO69 | 件 | | |
| JO36 | 件 | JO70 | 件 | | |

| | |
|--|---------------------------------------|
| (3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数 | |
| 年 月 ~ 年 月 | 歯科診療特別対応加算 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名 |
| | 月平均 _____ 名 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| (4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数 | |
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 月平均 _____ 名 |

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)及び(4)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

2 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

| 氏 名 （常勤・非常勤） | 氏 名 （常勤・非常勤） |
|--------------|--------------|
| 1. (常勤・非常勤) | 3. (常勤・非常勤) |
| 2. (常勤・非常勤) | 4. (常勤・非常勤) |

3 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） | | |
| 酸素ポンベ及び酸素マスク | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |
| そ の 他 | | |

4 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|----------|-------|
| 医療機関の名称： | 担当医名： |
| 所在地： | 連絡方法： |
| 開設者名： | 搬送方法： |

5 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）： | |

6 院内掲示の例を添付

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている
保険医療機関

| | | |
|--|----------------------------|-------|
| | 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日 | 年 月 日 |
|--|----------------------------|-------|

(2) 歯科診療所である保険医療機関

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------|
| | 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数 | |
| | 届出前3か月間 年 月 ~ 年 月 | _____名 (月平均_____名) |

2 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 | | |
| 救急蘇生キット | | |

3 別の医科診療の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科)との連絡調整を担当する者

| 氏名 | 職種等 | 氏名 | 職種等 |
|----|-----|----|-----|
| | | | |

4 緊急時の連絡・対応方法

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

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

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

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

様式 5

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類（例）

1 入院診療計画については、別添6の別紙2及び別紙2の2を参考として作成した例を添付すること。

2 院内感染防止対策に係る内容

| | |
|---|------------|
| ①院内感染防止対策委員会の活動状況 ※院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること | |
| 開催回数 | 回／月 |
| 委員会の構成 メンバー | |
| ②水道・消毒液の設置状況 | |
| 病室数 | 室 |
| 水道の設置病室数（再掲） | 室 |
| 消毒液の設置病室数（再掲） | 室 |
| 消毒液の種類「成分名」 ※成分ごとに記載のこと | ・ 室 ・ 室 |
| ③感染情報レポートの作成・活用状況 | |
| 作成回数 | 回／週 |
| 活用状況 | |

3 医療安全管理体制に係る内容

| | |
|---|-----|
| ①安全管理のための指針の整備状況 ※安全管理のための指針等を添付すること | |
| 指針の主な内容 | |
| ②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況 | |
| | |
| ③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 ※安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を添付すること | |
| 開催回数 | 回／月 |
| 委員会の構成 メンバー | |
| ④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況 | 年 回 |
| 研修の主な内容等 | |

4 褥瘡対策に係る内容

| | | |
|--|----------|--|
| (1) 褥瘡対策チームの活動状況 | | |
| 従事者 | 専任の医師名 | |
| | 専任の看護職員名 | |
| 活動状況 (施設内での指導状況等) ※褥瘡に関する診療計画の 実施例を添付 | | |
| (2) 褥瘡対策の実施状況 (届出前の1ヶ月の実績・状況) | | |
| ① 褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数 | | |
| ② ①のうち、褥瘡に関する危険因子を有す、或いは既に褥瘡を有していた患者数 | | |
| ③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数 | | |
| ④ 褥瘡に関する診療計画を実施・評価した患者数 | | |
| ⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 | | |

※別紙〇を参考として作成した「褥瘡対策に関する診療計画書」の実施例を添付すること。

5 栄養管理体制に係る内容

| | | |
|-------------------|------|----|
| 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士 | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 備考 |
| | | |

※有床診療所等、非常勤の管理栄養士が栄養管理を担当している場合は、備考欄にその旨を記載すること。

- ※ 1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
 ※ 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
 ※ 療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
 ※ 1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。
- 2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

| 入院基本料 | 区分等 |
|-------------|--|
| 一般病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別, 7対1特別, 10対1特別, 7対1(経過措置) |
| 療養病棟入院基本料 | 1, 2, 移行, 特別 |
| 結核病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 7対1特別, 10対1特別 |
| 精神病棟入院基本料 | 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 10対1特別 |
| 特定機能病院入院基本料 | |
| 一般病棟 | 7対1, 10対1, 7対1(経過措置) |
| 結核病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 精神病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 専門病院入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 7対1(経過措置) |
| 障害者施設等入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |

注)療養病棟入院基本料の区分等は次のとおりであること。

- ・「移行」とは、「基本診療料の施設基準等」の第十一の八の介護保険移行準備病棟のことをいう。

- 3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

| | |
|-------------------|---------------|
| 救命救急入院料 | 1, 2, 3, 4 |
| 特定集中治療室管理料 | 1, 2 |
| 新生児特定集中治療室管理料 | 1, 2 |
| 小児入院医療管理料 | 1, 2, 3, 4, 5 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 1, 2, 3 |
| 亜急性期入院医療管理料 | 1, 2 |
| 特殊疾患病棟入院料 | 1, 2 |
| 精神科救急入院料 | 1, 2 |
| 精神科急性期治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 認知症治療病棟入院料 | 1, 2 |
| 特定一般病棟入院料 | 1, 2 |

- 4 療養病棟入院基本料の「1」又は「移行」の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。
- 5 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。
- 6 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

褥瘡対策チーム専任看護職員 氏名

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

| 区 分 | | 看護職員の配置 | 氏 名 |
|------------------|----------|------------------------------------|-----|
| 緩和ケア診療加算 | | 緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師 | |
| 緩和ケア診療加算（指定地域） | | 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 精神科リエゾンチーム加算 | | 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| がん診療連携拠点病院加算 | | がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師 | |
| 栄養サポートチーム加算 | | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 医療安全対策加算 1 | | 医療安全対策に係る専従の看護師 | |
| 医療安全対策加算 2 | | 医療安全対策に係る専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 1 | | 感染管理に従事した経験のある専従の看護師 | |
| | | 感染管理に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 2 | | 感染管理に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 患者サポート体制充実加算 | | 患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師 | |
| 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | | 褥瘡管理者である専従看護師 | |
| 退院調整加算 | | 退院調整に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | | 退院調整に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 新生児特定集中治療室退院調整加算 | | 退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | | 退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 呼吸ケアチーム加算 | | 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師 | |
| 亜急性期入院医療管理料 | | 専任の在宅復帰支援を担当する看護師 | |
| ウイルス疾患指導料 | | HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上ある専従看護師 | |
| 喘息治療管理料 | | 専任看護師 | |
| 糖尿病合併症管理料 | | 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師 | |
| がん患者カウンセリング料 | | がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 外来緩和ケア管理料 | | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験のある常勤看護師 | |
| 移植後患者 指導管理料 | 臓器移植後 | 臓器移植に従事した経験のある専任の常勤看護師 | |
| | 造血幹細胞移植後 | 造血幹細胞移植に従事した経験のある専任の常勤看護師 | |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | | 糖尿病患者の看護及び療養指導に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 院内トリアージ実施料 | | 救急医療に関する経験のある専任の看護師 | |
| 外来放射線照射診療料 | | 専従看護師 | |
| ニコチン依存症管理料 | | 禁煙治療に係る専任看護職員 | |
| 外来化学療法加算 | | 当該治療室専任の常勤看護師 | |
| 心大血管疾患リハビリテーション料 | | 心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する専従の看護師 | |
| 精神科ショート・ケア | | 専従看護師 | |
| 精神科デイ・ケア | | 専従看護師 | |

| 勤 務 体 制 | | | | | | |
|---------|----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 準夜勤 | (: ~ :) | 深夜勤 | (: ~ :) |

| | | | | | | |
|------|----|-----------|----|-----------|--|-----------|
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 | (: ~ :) | | |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算は有無を記入する。
- 2 看護補助加算は下表の例により記載すること。

| | |
|--------|------------------------------|
| 看護補助加算 | ①看護補助加算1, ②看護補助加算2, ③看護補助加算3 |
|--------|------------------------------|

- 3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、看護師の欄に含めて記載すること。
- 4 病棟勤務欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。
- 5 「病棟以外との兼任」欄には、治療棟、外来等と兼任の者の数を記載すること。
- 6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記入し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記入すること。
- 7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病床数 _____

届出区分 _____ 届出時入院患者数 _____ 人

看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25対1（看護補助者5割以上） ・ 25対1（看護補助者5割未満） ・ 50対1 ・ 75対1 ・ 無

夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） 50対1 ・ 100対1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

○1日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり夜間看護配置数 _____ 人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

② 看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 _____ 人）

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

④ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D-E）/B〕 _____ 時間

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

うち、月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 _____ 人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数) 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

| 種別 ^{※1} | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ^{※2} | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数 ^{※5} | | | | | 月勤務時間数 (延べ時間数) | (再掲) 夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|-----------------------|----|---------------------------------|----|-----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|---------|---------|---|--------------|-------------------|-----------------------------|
| | | | | | (該当するつに○) ^{※3} | 夜勤従事者数 ^{※4} | 1日 曜 | 2日 曜 | 3日 曜 | … | 日 曜 | | |
| 看護師 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 夜勤従事職員数の計 | | | | | [B] ^{※4} | 月延べ勤務時間数の計 | | | | | [C] | | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | [D-E] | | 月延べ夜勤時間数の計 | | | | | [D] | [E] | |
| 1日看護配置数 ^{※6} | | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] | | | | 月平均1日当たり看護配置数 | | | | | [C/(日数 × 8)] | | |
| 夜間看護配置数 ^{※6} | | A/12 | | 月平均1日当たり夜間看護配置数 | | | [D/(日数 × 16)] | | | | | | |

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|---|---------------------------------|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [F] | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [G] | [C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数] |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [H] | 看護補助者(みなしを除く)のみの [D] |
| 1日看護補助配置数 ^{※6} [I] | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む) | [F + G / (日数 × 8)] |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [J] | [F / (日数 × 8)] |
| 夜間看護補助配置数 ^{※6} | A / 届出区分の数 ^{※7} |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | [H / (日数 × 16)] |
| 看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%) | [(J / I) × 100] |

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※2 病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者は、無に○を記入すること。
- ※4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務及び非常勤職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてもよいが、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には記入すること。また、その際に看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- ※5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※6 小数点以下切り上げとする。
- ※7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算1の場合「25」、夜間急性期看護補助体制加算1の場合「50」)をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。