

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
 大腸 C T 撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1	撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライス 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)						
4	専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">診療科</th> <th style="width: 50%;">常勤医師の氏名</th> <th style="width: 30%;">経験年数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td style="text-align: right;">年</td> </tr> </tbody> </table>	診療科	常勤医師の氏名	経験年数			年
診療科	常勤医師の氏名	経験年数					
		年					
5	画像診断管理加算 2 の施設基準への該当性の有無 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						
6	救命救急入院料 の届出の有無 <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 有 ・ 無 </div>						

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器 1 台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「4」については、C T 透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「5」については、冠動脈 C T 撮影加算又は心臓 M R I 加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」については外傷全身 C T 加算を届け出る場合に記載すること。

〔 外来化学療法加算 1
 外来化学療法加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する項目事項を○で囲むこと。

1 専用の治療室	専用の治療室の面積 平方メートル	

	専用の病床数	床
2 当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
3 当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の常勤看護師の氏名		
4 当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
5 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制 可 ・ 不可	(不可の場合、連携保険医療機関名)

[記載上の注意]

- 1 当該治療室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、「2」の医師、「3」の看護師及び「4」の薬剤師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。
- 3 「2」については、外来化学療法加算1に係る届出の場合のみ記入すること。
- 4 外来化学療法加算1の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

無菌製剤処理料の施設基準に係る届出書添付書類

薬剤師		常 勤（2名以上）	名	非常勤	名
無菌製剤処理を行うための専用の部屋の面積 （5平方メートル以上）				平方メートル	
無 菌 処 理 施 設	1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット （番号に○をつけること。）				
	形 式 ・ 規 格				
	空気清浄度、集塵効率等				
	台 数 等				
無 菌 製 剤 処 理 用 器 具 ・ 備 品 等 の 一 覧					

[記載上の注意]

- 1 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれかに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

様式41

〔 心大血管疾患リハビリテーション(I) 〕
〔 心大血管疾患リハビリテーション(II) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者	医師	専任	名	非常勤	専任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	看護師	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							
初期加算届出の有無 （該当するものに○）		有 ・ 無					
リハビリテーション科の 医師の氏名							

[記載上の注意]

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務してはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
- 6 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 7 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(II) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(III) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(I) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(II)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							
初期加算届出の有無 (該当するものに○)		有 ・ 無					
リハビリテーション科の医師の氏名							

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 4 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。

〔 難病患者リハビリテーション
障害児（者）リハビリテーション 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
			非 専 任	名		非 専 任	名	
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	作業療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	言語聴覚士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
			非 専 従	名		非 専 従	名	
	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							
訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計） その他（ ）								
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
<ul style="list-style-type: none"> ・ 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設 ・ 児童福祉法第43条の4に規定する重度心身障害児施設 ・ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関 ・ リハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関 								

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療教室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 4 「障害児(者)リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 5 その他、障害児(者)リハビリテーションの届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
 - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
 - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）	A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数B（再掲））	B	名	
脳性麻痺		名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		名	
顎・口蓋の先天異常		名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		名	
先天性又は進行性の神経筋疾患		名	
神経障害による麻痺及び後遺症		名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		名	
当該施設における障害児（者）患者の割合	B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)		心大血管疾患リハビリテーション料 I・II 脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 運動器リハビリテーション料 I・II・III 呼吸器リハビリテーション料 I・II 障害児(者)リハビリテーション料						
経験 を 有 す る 職 員	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積		専用施設面積		平方メートル				
		言語聴覚療法専用施設の面積		平方メートル				

当該療法を行うための器械・器具の一覧

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添2の様式44の2を添付すること。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類
②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付していること。なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる配置図及び平面図であること。

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 2 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。

〔認知療法・認知行動療法1
認知療法・認知行動療法2〕の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
指定番号	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他（名称 ）

2 認知療法・認知行動療法1の実績に係る要件

(1)	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)
(2)	①+②+③	回(≥6回)
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
	②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回
	③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
(3)	④所属する保険医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
	⑤所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 3 認知療法・認知行動療法1を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積							平方メートル
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
手工芸							
木工							
印刷							
日常生活動作							
農耕又は園芸							
病院の種別（該当する方に○をつけること。） <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院 ・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院 							

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経 験 を 有 す る 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准 看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積						平方メートル	
		患者1人当たり				平方メートル	

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・臨床心理技術者
 - ・精神保健福祉士
 - ・栄養士
 - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 3 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳)																				
主治医		デイ・ケア 担当職員																							
診断		既往症																							
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 病院)																								
治療歴 (デイ・ケア等の 利用歴を含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>デイ・ケア等利用歴</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>ショート・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>デイ・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ナイト・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>デイ・ナイト・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> <td>)</td> </tr> </table> </div>					<input type="checkbox"/> ショート・ケア	(施設名	利用期間)	<input type="checkbox"/> デイ・ケア	(施設名	利用期間)	<input type="checkbox"/> ナイト・ケア	(施設名	利用期間)	<input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア	(施設名	利用期間)	<input type="checkbox"/> その他	(施設名	利用期間)
<input type="checkbox"/> ショート・ケア	(施設名	利用期間)																						
<input type="checkbox"/> デイ・ケア	(施設名	利用期間)																						
<input type="checkbox"/> ナイト・ケア	(施設名	利用期間)																						
<input type="checkbox"/> デイ・ナイト・ケア	(施設名	利用期間)																						
<input type="checkbox"/> その他	(施設名	利用期間)																						
現在の状況 (症状・治療内容等)																									
デイ・ケア 利用目的																									
デイ・ケア 内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)																								
デイ・ケア 目標	短期目標(概ね3ヶ月以内)																								
	長期目標(概ね1年以内)																								
特記事項																									

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名：) (職名：)	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

