

地方厚生（支）局医療課長

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

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）長

厚生労働省保険局医療課長

（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第57号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第58号）が公布され、令和2年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）は、令和2年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとする。

- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりである。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者

及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。

5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

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ものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

機能強化加算	（機能強化）第	号
初診料（歯科）の注1に掲げる基準	（歯初診）第	号
時間外対応加算1	（時間外1）第	号
時間外対応加算2	（時間外2）第	号
時間外対応加算3	（時間外3）第	号
地域包括診療加算	（地包加）第	号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	（病初診）第	号
歯科外来診療環境体制加算1	（外来環1）第	号
歯科外来診療環境体制加算2	（外来環2）第	号
歯科診療特別対応連携加算	（歯特連）第	号
オンライン診療料	（オン診）第	号
一般病棟入院基本料	（一般入院）第	号
療養病棟入院基本料	（療養入院）第	号

結核病棟入院基本料	(結核入院) 第	号
精神病棟入院基本料	(精神入院) 第	号
特定機能病院入院基本料	(特定入院) 第	号
専門病院入院基本料	(専門入院) 第	号
障害者施設等入院基本料	(障害入院) 第	号
有床診療所入院基本料	(診入院) 第	号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診入帰) 第	号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第	号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診療養入帰) 第	号
総合入院体制加算 1	(総合 1) 第	号
総合入院体制加算 2	(総合 2) 第	号
総合入院体制加算 3	(総合 3) 第	号
救急医療管理加算	(救急医療) 第	号
超急性期脳卒中加算	(超急性期) 第	号
診療録管理体制加算 1	(診療録 1) 第	号
診療録管理体制加算 2	(診療録 2) 第	号
医師事務作業補助体制加算 1	(事補 1) 第	号
医師事務作業補助体制加算 2	(事補 2) 第	号
急性期看護補助体制加算	(急性看補) 第	号
看護職員夜間配置加算	(看夜配) 第	号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第	号
看護配置加算	(看配) 第	号
看護補助加算	(看補) 第	号
療養環境加算	(療) 第	号
重症者等療養環境特別加算	(重) 第	号
療養病棟療養環境加算 1	(療養 1) 第	号
療養病棟療養環境加算 2	(療養 2) 第	号
療養病棟療養環境改善加算 1	(療養改 1) 第	号
療養病棟療養環境改善加算 2	(療養改 2) 第	号
診療所療養病床療養環境加算	(診療養) 第	号
診療所療養病床療養環境改善加算	(診療養改) 第	号
無菌治療室管理加算 1	(無菌 1) 第	号
無菌治療室管理加算 2	(無菌 2) 第	号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第	号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩診) 第	号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第	号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第	号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第	号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第	号
精神科リエゾンチーム加算	(精リエ) 第	号

重度アルコール依存症入院医療管理加算	(重アル)	第	号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害)	第	号
栄養サポートチーム加算	(栄養チ)	第	号
医療安全対策加算 1	(医療安全 1)	第	号
医療安全対策加算 2	(医療安全 2)	第	号
感染防止対策加算 1	(感染防止 1)	第	号
感染防止対策加算 2	(感染防止 2)	第	号
患者サポート体制充実加算	(患サポ)	第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア)	第	号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠)	第	号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩)	第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介)	第	号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入)	第	号
呼吸ケアチーム加算	(呼吸チ)	第	号
後発医薬品使用体制加算 1	(後発使 1)	第	号
後発医薬品使用体制加算 2	(後発使 2)	第	号
後発医薬品使用体制加算 3	(後発使 3)	第	号
病棟薬剤業務実施加算 1	(病棟薬 1)	第	号
病棟薬剤業務実施加算 2	(病棟薬 2)	第	号
データ提出加算	(データ提)	第	号
入退院支援加算	(入退支)	第	号
認知症ケア加算	(認ケア)	第	号
せん妄ハイリスク患者ケア加算	(せん妄ケア)	第	号
精神疾患診療体制加算	(精疾診)	第	号
精神科急性期医師配置加算	(精急医配)	第	号
排尿自立支援加算	(排自支)	第	号
地域医療体制確保加算	(地医確保)	第	号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院)	第	号
救命救急入院料 1	(救 1)	第	号
救命救急入院料 2	(救 2)	第	号
救命救急入院料 3	(救 3)	第	号
救命救急入院料 4	(救 4)	第	号
特定集中治療室管理料 1	(集 1)	第	号
特定集中治療室管理料 2	(集 2)	第	号
特定集中治療室管理料 3	(集 3)	第	号
特定集中治療室管理料 4	(集 4)	第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 1	(ハイケア 1)	第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 2	(ハイケア 2)	第	号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア)	第	号
小児特定集中治療室管理料	(小集)	第	号

新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第	号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第	号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第	号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第	号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第	号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第	号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第	号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第	号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第	号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	(回 3) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	(回 4) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	(回 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 6	(回 6) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	(地包ケア 1) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	(地包ケア 2) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3	(地包ケア 3) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4	(地包ケア 4) 第	号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第	号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第	号
緩和ケア病棟入院料 1	(緩 1) 第	号
緩和ケア病棟入院料 2	(緩 2) 第	号
精神科救急入院料 1	(精救 1) 第	号
精神科救急入院料 2	(精救 2) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第	号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第	号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第	号
精神療養病棟入院料	(精療) 第	号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第	号
認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第	号
特定一般病棟入院料 1	(特般 1) 第	号
特定一般病棟入院料 2	(特般 2) 第	号
地域移行機能強化病棟入院料	(移機強) 第	号
短期滞在手術等基本料 1	(短手 1) 第	号
短期滞在手術等基本料 2	(短手 2) 第	号

7 各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 日から当該届出に係る診

療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、令和2年4月20日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

- 8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 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、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。（病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。）

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

- (2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲

イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の3、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上

- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

- (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあつては、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

- (5) 算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。）の評価方法を用いる要件は除く。）中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

- (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、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速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。
- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、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）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

(掲示例)

- (1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時から夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時から深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時から朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- (2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

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2年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

令和2年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出

を要しないが、令和２年４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。

表１ 新たに施設基準が創設されたことにより、令和２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

オンライン診療料（頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料の注７に掲げる重症患者割合特別入院基本料（重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤の医師の員数の基準に該当する場合に限る。）

緩和ケア診療加算（別添３の第１４の１の（１）に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第１４の１の（５）のウに規定する研修のみ修了している者である場合に限る。）

入退院支援加算の注８に掲げる総合機能評価加算

認知症ケア加算２

せん妄ハイリスク患者ケア加算

精神科急性期医師配置加算１

精神科急性期医師配置加算３

排尿自立支援加算（令和２年３月３１日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の算定方法別表第一区分番号Ｂ００５－９に掲げる排尿自立指導料に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合を除く。）

地域医療体制確保加算

特定集中治療室管理料の注５に掲げる早期栄養介入管理加算

緩和ケア病棟入院料１

表２ 施設基準の改正により、令和２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っても、令和２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

医師事務作業補助体制加算（許可病床が全て一般病床である保険医療機関を除く。）

認知症ケア加算３（令和２年３月３１日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号Ａ２４７に掲げる認知症ケア加算２に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算２のイ及びロ（令和２年３月３１日において、現に旧算定方法別表第一区分番号Ａ２４９に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和２年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る）。

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料７、地域一般入院基本料を除く。）（急性期一般入院料１、２、３、５及び６については令和２年１０月１日以降に引き続き算定する場合、急性期一般入院料４については令和３年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和２年１０月１日以

降に引き続き算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和4年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

総合入院体制加算(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

救急医療管理加算

急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2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7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2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を算定する病棟又は13対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

入退院支援加算3(「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1(管理栄養士の配置に係る規定に限る。)(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)(令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関で

あつて、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料 5 若しくは 6 を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 4 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和 3 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和 3 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注 7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和 2 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注 7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和 3 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、令和 2 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

排尿自立指導料	→	排尿自立支援加算
---------	---	----------

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であつて、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

初・再診料の施設基準等

第 1 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

- (1) 1 週間当たりの表示診療時間の合計が 30 時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1 週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。
- (2) (1)の規定にかかわらず、概ね月 1 回以上、当該診療所の保険医が、客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる次に掲げる保険医療機関に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、1 週間当たりの表示診療時間の合計が 27 時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。
 - ア 地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院）
 - イ 救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ウ 「救急医療対策の整備事業について（昭和 52 年医発第 692 号）」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関
- (3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療所が常態として医師が不在となる時間（訪問診療に要する時間を除く。）は、1 週間当たりの表示診療時間の合計に含めない。
- (4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

2 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 1 の 2 機能強化加算

1 機能強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院であること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ア 区分番号「A 0 0 1」の注 12 に規定する地域包括診療加算
 - イ 区分番号「B 0 0 1－2－9」に掲げる地域包括診療料
 - ウ 区分番号「B 0 0 1－2－11」に掲げる小児かかりつけ診療料
 - エ 区分番号「C 0 0 2」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「B 0 0 4」退院時共同指導料 1 に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又

は在宅療養支援病院（区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

- (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (4) (3)に基づき掲示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付すること。

2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2 時間外対応加算

1 通則

- (1) 診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算1に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3 時間外対応加算2に関する施設基準

- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4 時間外対応加算3に関する施設基準

- (1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応で

きる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

(3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

5 届出に関する事項

時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

(1) 診療所であること。

(2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。

(3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算1に関する施設基準

(1)から(9)までの基準を全て満たしていること。

(1) 診療所であること。

(2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。

(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。

(4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

(5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

(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、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。

- イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
 - ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
 - エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器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又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）
 - カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
 - ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。
- (7) 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こと。（「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2年3月5日保医発0305第3号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の（1））に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）
- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
- ア 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。
 - イ 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。
 - ウ 在宅療養支援診療所であること。
- (9) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。
- ア 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、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイに場合に限る。）を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上であること。
 - イ 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が70%未満であること。
- 2 地域包括診療加算2に関する施設基準
- 以下の全てを満たしていること。
- (1) 1の(1)から(6)まで及び(8)を満たしていること。
 - (2) 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こと。
- 3 届出に関する事項
- 地域包括診療加算1又は2の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の3を用いること。

第2の4 認知症地域包括診療加算

1 認知症地域包括診療加算1に関する基準

第2の3に掲げる地域包括診療加算1の届出を行っていること。

2 認知症地域包括診療加算2に関する基準

第2の3に掲げる地域包括診療加算2の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

地域包括診療加算1又は2の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療加算1又は2として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の5 特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料

1 保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、「「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」について」（平成30年1月23日医政発0123第9号、保発0123第3号）に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を報告すること等について規定しているものであり、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

（1） 妥結率の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額

（2） 単品単価契約とは、「品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約」をいう。

※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

（3） 一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）と

の差を薬価で除し、これに 100 を乗じて得た率) を報告すること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- 2 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、別添 7 の様式 2 の 4 により、毎年 10 月 1 日から 11 月末日までに、同年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11 月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料は、12 月 1 日から翌年 11 月末日まで適用する。

第 2 の 6 オンライン診療料

1 オンライン診療料に関する施設基準

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を 5 年以上有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること（頭痛患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。）。
- (3) 当該保険医療機関において、1 月当たりの区分番号「A 0 0 1」再診料（注 9 による場合は除く。）、区分番号「A 0 0 2」外来診療料、区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料、区分番号「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び区分番号「C 0 0 1－2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定回数に占める区分番号「A 0 0 3」オンライン診療料の算定回数の割合が 1 割以下であること。

2 届出に関する事項

オンライン診療料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 2 の 5 を用いること。

第 2 の 7 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を 4 年に 1 回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (6) 年に 1 回、院内感染対策の実施状況等について、様式 2 の 7 により地方厚生（支）局長に報告していること。
- (7) 令和 2 年 3 月 31 日において、現に歯科点数表の初診料の注 1 の届出を行っている保険医

療機関については、令和2年6月30日までの間に限り、1の（4）の基準を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

- （1） 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6を用いること。
- （2） 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、様式2の7により報告を行うこと。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- （1） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。
- （2） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。
- （3） 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。
- （4） （1）の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
- （5） 「特別の関係にある保険医療機関」とは「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2年3月5日保医発 0305 第1号）の別添1第1章第2部通則7の（3）に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- （6） 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- （7） 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- （8） 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- （9） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- （10） 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

- （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は、別添7の様式3を用いること。
- （2） 届出受理後の措置については、毎年7月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について

別添 7 の様式 3 による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

第 4 歯科外来診療環境体制加算 1 及び歯科外来診療環境体制加算 2

1 歯科外来診療環境体制加算 1 及び歯科外来診療環境体制加算 2 に関する施設基準

(1) 歯科外来診療環境体制加算 1 に関する施設基準

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
 - (イ) 自動体外式除細動器（AED）
 - (ロ) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - (ハ) 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - (ニ) 血圧計
 - (ホ) 救急蘇生セット
 - (ヘ) 歯科用吸引装置
- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。
- キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

(2) 歯科外来診療環境体制加算 2 に関する施設基準

- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
- イ (1) のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、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を整備していること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科外来診療環境体制加算 1 又は歯科外来診療環境体制加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 4 を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。
- (2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。

歯科診療特別対応連携加算

1 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前3か月間（暦月）の数値を用いる。
- (2) 当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - エ 救急蘇生セット
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

入院基本料等の施設基準等

第 1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、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

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は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添 6 の別紙 2 又は別紙 2 の 3 を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後 7 日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添 6 の別紙 2 の 2 を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月 1 回程度、定期的に開催されていること。なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。
- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査

部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

- (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2) 安全管理のための指針が整備されていること。
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。
- (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。
安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (5) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。
安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施されていること。

4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっても構わない。
- (4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に行われていることが望ましい。
- (5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する

体制が整えられていること。

- (6) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。

5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

6 医科点数表第1章第2部通則第8号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第7号に規定する基準

当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されていること。

第1の2 歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、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

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は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

- 1 第1の1から4までのいずれにも該当するものであること。

2 栄養管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関内（診療所を除く。）に、栄養管理を担当する管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、歯科医師、看護職員、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (7) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を

構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする。

2 1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。

- (1) 1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。
- (2) (1)の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。
- (3) 複数階で1病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて1病棟を構成する場合についても上記(1)及び(2)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

3 平均在院日数については次の点に留意すること。

- (1) 平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。
- (2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料3を算定した患者であって6日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとす。

- (1) 入院患者の数については、次の点に留意する。

ア 入院患者の数は、当該日の24時現在当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者との明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。

イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年から6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあっては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

なお、届出前6か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患

者の数の取扱いについては、便宜上、開設又は増床した病床数に対し、一般病棟にあっては一般病棟の病床数の 80%、療養病棟にあっては療養病棟の病床数の 90%、結核病棟にあっては結核病棟の病床数の 80%、精神病棟にあっては精神病棟の病床数の 100%を、実績の値に加えた数とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近 1 年間の入院患者数が 0 であっても、感染症病床数の 5 %をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。

ウ 届出前 1 年の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が 3 か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から 3 か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもって届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後 3 か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。

エ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術等基本料 1 に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。

（２） 看護要員の数については、次の点に留意する。

ア 看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。

イ 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1 勤務帯 8 時間で 1 日 3 勤務帯を標準として、月平均 1 日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。

ウ 看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。）、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の看護要員の数は算入しない。

エ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間を看護要員の数に算入する。

オ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者は、給与の支払方式が日給制であるか否かにかかわらず、看護要員の数に算入することができる。ただし、継続勤務については、特に被保険者証等により確認する必要はなく、実態に応じて判断すること。なお、職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合、労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和 60 年法律第 88 号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合は、雇用期間にかかわらず看護要員の数に算入することができる。また、看護補助者の雇用形態は問わない。（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式等を除く。）

カ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、

病室、短期滞在手術等基本料 1 に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

キ 看護補助者の数については、次の点に留意する。

(イ) 看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えない。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす（以下「みなし看護補助者」という。）場合には、看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。

(ロ) 小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。

(ハ) 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに 1 以下であること。

主として事務的業務を行う看護補助者の数の算出に当たっては、当該保険医療機関の院内規程において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めた上で、1 人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が 5 割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」として算入すること。また、主として事務的業務を行う看護補助者については、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めて、当該看護補助者の勤務時間数を算入すること。

ク 1 か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

(3) 夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。

ア 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後 10 時から翌日の午前 5 時までの時間を含めた連続する 16 時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の 2 分の 1 以下とすること。

イ 看護要員の名簿及び勤務実績表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等以外の特別入院基本料等を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。

(イ) 看護要員は、常時 2 人以上であること。

(ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を 2 人以上配置していること。（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を除く。）

(ハ) 療養病棟においては、看護職員 1 人と看護補助者 1 人の計 2 人以上の配置であっても差し支えない。

(ニ) (イ)から(ハ)までの要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

ウ 特定入院料（地域包括ケア入院医療管理料を除く。また、小児入院医療管理料4、特殊疾患入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る。）を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。

エ 夜勤に従事する看護要員の月当たり延べ夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体）で届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延べ夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護職員については、この限りではないこと。

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意する。

（イ）専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。

（ロ）夜勤時間帯に看護職員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護職員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護職員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

（ハ）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

（ニ）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。

（ホ）夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。ただし、当該申し送りに要した時間の除外の有無については、原則として、同一の入院基本料を算定する病棟全体において、月単位で選択すること。

キ 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ク 夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が過重とならないよう十分配慮すること。

ケ 上記（2）のアからクまで及び（3）のアからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成

及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添 6 の別紙 5 の例を参考とすること。

(4) 看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で 1 日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24 時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1 日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1 つの病棟の中でも 24 時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

ウ 特別入院基本料を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の 2 割を看護師とすることが望ましい。

(5) 看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア 各勤務帯のそれぞれで、1 人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ アの掲示については、第 3 「届出受理後の措置等」の 7 の掲示例によること。

(6) 看護の実施は、次の点に留意する。

ア 看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。

イ ①病状の観察、②病状の報告、③身体的清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。

なお、看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号）にある、

「2 役割分担の具体例 (1) 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分

担」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

ウ 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。

エ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の別紙6に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ 当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）を算定する病棟及び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。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

(2) 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）及び7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、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）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者（以下「基準を満たす患者」という。）をいう。）の割合が、別表2の基準以上であること。また、急性期一般入院料7、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1については、別添6の別紙7により、直近3月において入院している全ての患者の状態を継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、許可病床数200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料1又は2の届出を行っている病棟にあつては、急性期一般入院料2及び3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料3の届出を行っている病棟にあつては、急性期一般入院料3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料4の届出を行っている病棟にあつては、急性期一般入院料4の基準を満たす患者の割合が、本文の規定にかかわらず、それぞれ別表3の基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

別表 2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料 1	3 割 1 分	2 割 9 分
急性期一般入院料 2	2 割 8 分	2 割 6 分
急性期一般入院料 3	2 割 5 分	2 割 3 分
急性期一般入院料 4	2 割 2 分	2 割
急性期一般入院料 5	2 割	1 割 8 分
急性期一般入院料 6	1 割 8 分	1 割 5 分
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。））		2 割 8 分
7 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料）	3 割	2 割 8 分
7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料）	1 割 1 分	0.9 割

別表 3

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料 2	2 割 6 分	2 割 4 分
急性期一般入院料 3	2 割 3 分	2 割 1 分
急性期一般入院料 4	2 割	1 割 8 分

- (3) 第 2 の 1 にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて 1 看護単位としている病棟において、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料を算定している場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価は一般病棟と結核病棟とで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれか同一の評価票を用いて別々に行い、それぞれの病棟において (2) の割合を満たすものとする。ただし、7 対 1 入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、一般病棟における重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする。
- (4) 評価に当たっては、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手

術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は、対象から除外すること。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。

- （5） 10 対 1 入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）については、評価を行っていなくても差し支えない。
- （6） 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添 6 の別紙 7 の別表 1 に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
- （7） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の様式 10 を用いて届け出ることがあること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは 4 月又は 10 月（以下「切替月」という。）のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。
- （8） 毎年 7 月において、直近 3 月の評価の結果を別添 7 の様式 10 により地方厚生（支）局長に報告すること。
- （9） 旧算定方法別表第一区分番号「A 1 0 0」急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 4 及び 7 を除く。）及び 7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、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）の経過措置については、令和 2 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 4 及び 7 を除く。）及び 7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、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）に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和 2 年度改定前）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 2 年 9 月 30 日までは令和 2 年度改定後の別表 2 又は 3 の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。なお、急性期一般入院料 4 の経過措置については、令和 2 年 3 月 31 日において、現に急性期一般入院料 4 に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和 2 年度改定前）の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和 3 年 3 月 31 日までは令和 2 年度改定後の別表 2 又は 3 の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。また、令和 2 年 3 月 31 日時点で急性期一般入院料 7、地域一般入院料 1、特定機能病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料（結核病棟に限る。）若しくは 10 対 1 入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の 10 対 1 入院基本料の届出を行っている病棟にあつては、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（1）急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る患者数

4の（1）によること。

（2）常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る医師数の計算方法

（イ）急性期一般入院料1及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数から急性期一般入院料1及び7対1入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病床に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（ロ）結核病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を48で除した数及び精神病床に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（3）「基本診療料の施設基準等」第五の二の（1）のイの②の3及び六の（2）のイの⑤については以下のとおりとする。

（2）のウの（イ）による医師数が、（1）による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

（4）「基本診療料の施設基準等」第五の四の（1）のイの④については以下の通りとする。

（2）のウの（ロ）による医師数が、（1）による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

4の4 急性期一般入院料1、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）に係る自宅等に退院するものの割合について

（1）急性期一般入院料1、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）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。

（2）当該病棟から退院した患者数に占める自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。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（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、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外

の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数(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、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。)

4の5 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10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)並びに療養病棟入院基本料を届け出ている病棟においては、データ提出加算に係る届出を行っていること。ただし、令和2年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度度改定前)の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年3月31日までの間令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

4の5の2 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの③の3及び第五の二の(1)のイの④の3について

急性期一般入院料2又は3を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りでない。

4の5の3 許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料(急性期一般入院料2及び3を除く。)を算定するもの又は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。))を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加することが望ましい。

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のイの①の4について

急性期一般入院料7を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4(3)の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料7について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

4の6 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料

ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院

基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は、当該減算による入院基本料の算定はできないものであること。

イ 本通知の第3の1の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。

ウ 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

(2) 夜勤時間特別入院基本料

ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。）のみを満たせなくなった場合、当分の間、算定できるものであること。

イ 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、その相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

(3) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を算定する保険医療機関においては、保険医療機関及び保険医療費担当規則第11条の2に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

(4) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の届出を行う場合は、別添7の様式6及び様式9を用いること。

4の7 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 10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）及び13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10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）を算定する病棟については、評価の結果、4の2（2）別表1のいずれかに該当する患者の割合が別表4のとおりであること。

別表4

	一般病棟用の重症度、医療	一般病棟用の重症度、医療
--	--------------	--------------

	・看護必要度Ⅰ	・看護必要度Ⅱ
看護必要度加算 1	2 割 2 分	2 割
看護必要度加算 2	2 割	1 割 8 分
看護必要度加算 3	1 割 8 分	1 割 5 分

- (2) 評価に当たっては、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外すること。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。
- (3) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添 6 の別紙 7 の別表 1 に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
- (4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の様式 10 を用いて届け出ることがあること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。
- (5) 毎年 7 月において、直近 3 月の評価の結果を別添 7 の様式 10 により地方厚生（支）局長に報告すること。
- (6) 看護必要度加算の経過措置について、令和 2 年 3 月 31 日において、現に看護必要度加算 1、2 又は 3 を算定するものにあつては、令和 2 年 9 月 30 日まではそれぞれ令和 2 年度改定後の看護必要度加算 1、2 若しくは 3 の基準を満たすものとみなすものであること。
- (7) 一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和 2 年 3 月 31 日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあつては、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

4 の 8 ADL 維持向上等体制加算の施設基準

急性期一般入院基本料、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）又は 10 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）を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。

- (1) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が 2 名以上配置されていること又は専従の理学療法士等が 1 名、かつ、専任の理学療法士等 1 名以上が配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、

当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H006」難病患者リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料（以下(1)において「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。当該理学療法士等（専従のものに限る。）がADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。

ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なりハビリテーションに係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）

イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）

エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）

オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）

カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）

(4) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

(5) アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活

活動度（Barthel Index）（以下「B I」という。）を用いて評価することとする。

ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（「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」の別添1の2の別紙様式7の2の合計得点をいう。以下（5）において同じ。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。なお、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

なお、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の（イ）に掲げる数を（ロ）に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

（イ） 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

（ロ） 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

なお、届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生した DESIGN-R 分類 d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

（6） 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

4の9 障害者施設等入院基本料に係る7対1入院基本料を算定する病棟について

「基本診療料の施設基準等」第五の七の（2）のイの③については、直近1か月における当該病棟に入院する超重症児（者）及び準超重症児（者）の数の和の1日平均を、直近1か月における当該病棟に入院する患者数の1日平均で除して算出する。

4の10 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

（1） 7対1入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5割以上が入院時においてGAF尺度30以下であること。

（2） 13対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について

「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、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、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。

4の12 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑦に規定する「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」について

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。

イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

5 療養病棟入院料1及び2を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添2において「医療区分3の患者」という。）及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添2において「医療区分2の患者」という。）の割合の算出方法等

医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。

7 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

9 療養病棟入院基本料の注 10 に規定する在宅復帰機能強化加算について

次の施設基準を全て満たしていること。

- (1) 療養病棟入院料 1 を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が 1 月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が 5 割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が 1 月以上（医療区分 3 の患者については 14 日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ) 直近 6 月間に退院した患者（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、在宅に退院した患者数

(ロ) 直近 6 か月間に退院した患者数（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き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）

イ 在宅に退院した患者の退院後 1 月以内（医療区分 3 の患者については 14 日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が 1 月以上（退院時に医療区分 3 である場合にあっては 14 日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。

- (3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。）から当該病棟に入院し、在宅に退院した 1 年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して 1 か月以内に退院した患者は除く。）を、当該病棟の 1 年間の 1 日平均入院患者数で除した数が 100 分の 15 以上であること。

10 療養病棟入院基本料の注 11 の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。療養病棟入院基本料の注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料 2 の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において 1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 20 若しくはその端数を増すごとに 1 以上であることと若しくは当該病棟において 1 日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 20 若しくはその端数を増すごとに 1 以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分 3 の患者と医療区分 2 の患者との合計が 5 割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、令和 2 年 3 月 31 日時点で旧算定方法別表

第1に掲げる療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること」又は「当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たせなくなった場合については、令和2年3月31日時点で旧算定方法別表第1に掲げる療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟であることに加え、当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

11 療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、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、看護要員の配置については、療養病棟入院基本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。なお、当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上であることとする。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本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。
- (2) 夜間看護加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占めるADL区分3の患者の割合が5割以上であること。
- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
 - ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
 - ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
 - エ 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を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (4) 夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、アについては、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。
 - ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
 - イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報の保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

- (5) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、次に掲げる所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）看護補助者の活用に関する制度等の概要

（ロ）看護職員との連携と業務整理

（ハ）看護補助者の育成・研修・能力評価

（ニ）看護補助者の雇用形態と処遇等

12 精神病棟入院基本料の注4及び特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

(1) 精神病棟入院基本料の注4の施設基準等

ア 「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の(5)のイの基準を満たしていること。

イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号。別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ－3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

(2) 特定機能病院入院基本料の注4の基準

(1)のイの基準を満たしていること。

13 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

(1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

(3) 措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、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、介護医療院又は障害者

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（平成 17 年法律第 123 号）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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

- 14 「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の（１）の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に 7 割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

（１）悪性腫瘍に係る専門病院について

- ア 200 床以上の一般病床を有していること。
- イ 一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に 100 分の 6 を乗じて得た数以上であること。
- ウ リニアック等の機器が設置されていること。
- エ 一般病棟の入院患者の 7 割以上が悪性腫瘍患者であること。
- オ 外来患者の 3 割以上が紹介患者であること。

（２）循環器疾患に係る専門病院について

- ア 特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。
- イ 一般病棟の入院患者の 7 割以上が循環器疾患患者であること。
- ウ （１）のア、イ及びオを満たしていること。

- 15 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7 対 1 入院基本料の対象となる病棟は、次の（１）のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、（２）の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添 7 の様式 19 を用いること。

（１）次のいずれかに該当する一般病棟

- ア 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第 7 条第 2 項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）
- イ 児童福祉法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する指定発達支援医療機関

（２）次のいずれにも該当する一般病棟

- ア 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね 7 割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

（イ）意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3（又は 30）以上又は G C S

(Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者

(ロ) 無動症の患者 (閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

イ 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む 2 以上であることとする。

16 障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助加算について

- (1) 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 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。
- (2) 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 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。
- (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
- (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、11 の(3)の例による。
- (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。なお、研修内容については、11 の(4)の例による。
- (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した (修了証が交付されているもの) 看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、11 の(5)の例による。

17 障害者施設等入院基本料の注 10 に規定する夜間看護体制加算について

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、4 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、(1)及び(3)から(10)までのうち、4 項目以上を満たしていること。なお、各項目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。

- (1) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。
- (2) 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。
- (3) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。
- (4) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

- (5) 当該病棟の看護要員について、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
 - (6) 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
 - (7) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
 - (8) 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
 - (9) 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
 - (10) 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。
- 18 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料における夜間看護体制特定日減算について
- 当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準

診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」並びに第2の4の(1)のア及びイ、(2)のア及びオ、キの(イ)及び(ロ)、ク並びに(6)のア及びイの他、下記のとおりとする。

- 1 看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。
- 2 看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。
- 3 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。
- 4 当該保険医療機関においてパートタイム労働者として継続して勤務する看護要員の人員換算の方法は、

$$\frac{\text{パートタイム労働者の1か月間の実労働時間}}{\text{常勤職員の所定労働時間}}$$

による。ただし、計算に当たって1人のパートタイム労働者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算入せず、「1人」として算出する。なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。

5 有床診療所入院基本料の施設基準

(1) 有床診療所入院基本料1の施設基準

- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7以上であること。
- イ 次の施設基準のうち、（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち2つ以上に該当すること。
- （イ） 過去1年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同条第10項に規定する短期入所療養介護、同条第23項に規定する複合型サービス、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導若しくは同条第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、同法第8条第29項に規定する介護医療院を併設していること、又は同法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
- （ロ） 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- （ハ） 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- （ニ） 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2の届出を行っていること。
- （ホ） 区分番号「A001」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。
- （ヘ） 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、一般病棟入院基本料、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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算の算定を行っている場合に限るものとする。
- （ト） 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上であること。
- （チ） 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が30件以上であること。
- （リ） 区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。
- （ヌ） 過去1年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上であること。
- （ル） 過去1年間に、区分番号「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A212」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A221-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。
- ### (2) 有床診療所入院基本料2の施設基準
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、4以上7未満であること。
- イ (1)のイを満たしていること。

- (3) 有床診療所入院基本料3の施設基準
 - ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、1以上4未満であること。
 - イ (1)のイを満たしていること。
- (4) 有床診療所入院基本料4の施設基準
 - (1)のアを満たしていること。
- (5) 有床診療所入院基本料5の施設基準
 - (2)のアを満たしていること。
- (6) 有床診療所入院基本料6の施設基準
 - (3)のアを満たしていること。
- 6 有床診療所入院基本料1、2、4又は5の届出をしている診療所にあつては、看護師を1人以上配置することが望ましいこと。
- 7 夜間（当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後6時から午前8時までをいう。）における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を1人以上配置していること。
- 8 有床診療所一般病床初期加算の施設基準
 - 次のいずれかに該当すること。
 - (1) 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
 - (2) 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
 - (3) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
 - (4) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
 - (5) 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
 - (6) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。
- 9 医師配置加算の施設基準
 - (1) 医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。
 - ア 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
 - イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
 - ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
 - エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
 - オ 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
 - カ 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。
 - (2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
- 10 看護配置に係る加算の施設基準
 - (1) 看護配置加算1については、看護職員の数が、看護師3名を含む10名以上であること。

- (2) 看護配置加算 2 については、看護職員の数が 10 名以上であること。ただし、看護配置加算 1 に該当する場合を除く。
 - (3) 夜間看護配置加算 1 については、夜間の看護要員の数、看護職員 1 名を含む 2 名以上であること。なお、2 名のうち 1 名は当直で良いが、看護職員が 1 名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。
 - (4) 夜間看護配置加算 2 については、夜間の看護職員の数 1 名以上であること。ただし、夜間看護配置加算 1 に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。
 - (5) 看護配置加算 1 と看護配置加算 2 は併算定できないものであること。また、夜間看護配置加算 1 と夜間看護配置加算 2 も同様に併算定できないものであること。
- 11 看護補助配置加算の施設基準
- (1) 看護補助配置加算 1 については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が 2 名以上であること。
 - (2) 看護補助配置加算 2 については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が 1 名であること。
 - (3) 看護補助配置加算 1 と看護補助配置加算 2 は併算定できないものであること。
- 12 看取り加算の施設基準
- 当該診療所における夜間の看護職員の数 1 以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいずれかの病床で夜間の看護職員の数 1 以上であること。
- 13 栄養管理実施加算の基準
- 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること。
- 14 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。
- 15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分 3 の患者及び医療区分 2 の患者の割合の算出方法等
- (1) 医療区分 3 及び医療区分 2 の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
 - ア 直近 3 か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分 3 の患者及び医療区分 2 の患者に該当する日数の和
 - イ 直近 3 か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和
 - (2) 当該病床の入院患者のうち、医療区分 3 と医療区分 2 の患者の合計が 8 割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあつては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロの「4 対 1 配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月 1 日に遡って受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、4 対 1 配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。
 - (3) 当該病床の入院患者のうち、医療区分 3 と医療区分 2 の患者の合計が 8 割以上の場合であつて、次のいずれかに該当しない場合にあつては、入院基本料 E を算定する病床の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月 1 日に遡って受理したものとして処理すること。
 - ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数

は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

16 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分

別添2の第2の6と同様に取り扱うものであること。

17 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

18 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

19 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。

20 有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

(1) 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 次のいずれにも適合すること。

ア 当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が7割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお、在宅に退院した患者とは、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できる患者をいう。

(イ) 直近6月間に退院した患者（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、在宅に退院した患者数

(ロ) 直近6か月間に退院した患者数（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き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該患者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること、又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情

報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。

(3) 平均在院日数が 90 日以内であること。

21 有床診療所療養病床入院基本料の注 11 に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準

(1) 当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が 5 割以上であること。

なお、その割合を算出するに当たっては、有床診療所入院基本料の注 11 に規定する在宅復帰機能強化加算に係る算出方法によるものであること。

(2) 在宅に退院した患者の退院後 1 月以内に、当該患者の在宅における生活が 1 月以上（医療区分 3 の患者については 14 日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。

(3) 平均在院日数が 365 日以内であること。

22 有床診療所入院基本料の「注 12」に規定する介護連携加算 1 の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

(1) 有床診療所入院基本料 1 又は有床診療所入院基本料 2 を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 5 の (1) のイの (イ) を満たしていること。

23 有床診療所入院基本料の「注 12」に規定する介護連携加算 2 の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

(1) 有床診療所入院基本料 3 を届け出ている保険医療機関であること。

(2) 5 の (1) のイの (イ) を満たしていること。

第 4 削除

第 5 入院基本料の届出に関する事項

1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

(1) 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 から様式 11（様式 11 については、一般病棟において感染症病床を有する場合に限る。）までを用いること。なお、別添 7 の様式 6 の 2 については、療養病棟入院基本料を届け出る場合に用い、別添 7 の様式 10、様式 10 の 2 及び様式 10 の 5 については、急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料を届け出る場合に用い、別添 7 の様式 10 については、急性期一般入院料 2 から 7 まで、10 対 1 入院基本料、看護必要度加算又は一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添 7 の様式 5 の 5 については、ADL 維持向上等体制加算を届け出る場合に用い、別添 7 の様式 10 の 8 については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添 7 の様式 10 の 7 については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添 7 の様式 8 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる

場合は、様式 8 を省略することができる。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等の届出は、別添 7 の様式 6 及び様式 7 を用いること。

- (2) 令和 2 年 10 月 1 日以降において、急性期一般入院料 2 から 6 までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、(1)の規定にかかわらず、様式 10 のみを用いて届け出れば足りることとする。
 - (3) 療養病棟入院基本料の注 12 に規定する夜間看護加算及び障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助加算を届け出る場合は、別添 7 の様式 9、様式 13 の 3 及び様式 18 の 3 を用い、当該加算に係る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、毎年 7 月において、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、別添 7 の様式 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の 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、「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ない場合に限り様式 13 の 3 の届出を略すことができること。
 - (4) 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 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。）又は専門病院入院基本料に限る。）又は療養病棟入院基本料を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。
 - (5) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」に係る第 2 の 4 の 1 2 のアの届出については、別添 7 の様式 5 の 6 を用いること。
- 2 一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟のうち、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟については、別添の様式 10 の 6 により地方厚生（支）局長に届け出ること。
 - 3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 5 及び様式 12 から様式 12 の 10 までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添 7 の様式 12 を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添 7 の様式 12 の 8 を用いること。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添 7 の様式 12 の 9 を用い、療養病床については別添 7 の様式 12 の 10 を用いること。
 - 4 管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添 7 の様式 5 の 3 及び様式 6 を用いて届出を行うこと。
 - 5 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。
 - 6 5 の規定にかかわらず、別紙 2 に掲げ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（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、D P C 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）において、

一般病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

- 7 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4及び地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定している病床を除く。）は、これらの病床以外の病棟全体（複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体）を単位として行う。
- 8 有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病床（療養病床に係る病床を除く。）について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。
- 9 入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行おうとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。なお、届出前1か月の実績は、例えば一般病床である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1又は2の届出を行う場合の届出前1か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。
- 10 平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件を全て満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の3か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の3か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。
- 11 新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあつては、有床診療所入院基本料6の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料6の届出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 12 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 13 第2の2の(1)の1病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。
 - (1) 第2の2の(2)に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。
 - (2) 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第2の2の(2)の①から③までに掲げたやむを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。

- 14 医療法及び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（平成 10 年法律第 114 号）（以下「感染症法」という。）の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第 1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議（医療法第 20 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下この項において「地域医療構想調整会議」という。）で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。

なお、精神科については、24 時間対応できる体制を確保し、医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料、区分番号「A 3 1 1－2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A 3 1 1－3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A 3 1 1－4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

- (3) 全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

- ア 人工心肺を用いた手術 40 件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上
- オ 化学療法 1000 件／年以上
- カ 分娩件数 100 件／年以上

- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第 2 章第 11 部に掲げる麻酔のうち区分番号「L 0 0 7」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L 0 0 8」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第 2 章第 10 部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

イ 人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第 2 章第 10 部に掲げる手術のうち、区分番号

「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K843-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、G-C S F 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開術を含む。）とする。

- （５） 24 時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める第 3 「救命救急センター」又は第 4 「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

- （６） 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B 0 0 9」診療情報提供料（I）の「注 8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近 1 か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びに H I V 等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4 割以上であること。

- （７） 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は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する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年 1 回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも 3 項目以上を含んでいること。

（イ） 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400 床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

（ロ） 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。）

（ハ） 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減

（ニ） 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

（ホ） 保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の 2 第 2 項第 5 号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用

による医師の負担軽減

(へ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減

(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

(8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置していること。

(9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

(10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

(11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 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こと。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

(12) 次のいずれにも該当すること。

ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」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保険医療機関であること。

イ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。

(13) 総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表2のとおりであること。ただし、産科患者、15歳未満の小

児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は測定対象から除外する。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。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。

別表 1

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

別表 2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算 1、2	3 割 5 分	3 割 3 分
総合入院体制加算 3	3 割 2 分	3 割

- (14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うものであること。ただし、別添 6 の別紙 7 の別表 1 に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
- (15) 公益財団法人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病院又はこれに準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 総合入院体制加算 2 に関する施設基準等

- (1) 総合入院体制加算 1 の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)から(15)までに限る。）を満たしていること。
- (2) 全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも 4 つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1 の(4)と同様である。
- ア 人工心肺を用いた手術 40 件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上

- ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上
- オ 化学療法 1000 件／年以上
- カ 分娩件数 100 件／年以上

(3) 救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第 2 条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2000 件以上であること。

(4) 24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第 2 「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第 3 「救命救急センター」、第 4 「高度救命救急センター」又は「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）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」（以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。）による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ アと同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

(5) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24 時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。

ア 区分番号「A 2 3 0－4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の届出を行っていること。

イ 区分番号「A 2 4 8」精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急患者の入院 3 日以内における区分番号「I 0 0 1」入院精神療法若しくは区分番号「A 3 0 0」救命救急入院料の注 2 に規定する加算の算定件数が合計で年間 20 件以上であること。

3 総合入院体制加算 3 に関する施設基準等

(1) 総合入院体制加算 1 の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)及び(14)に限る。）を満たしていること。

(2) 総合入院体制加算 2 の施設基準（(4)に限る。）を満たしていること。

(3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標

傍及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。なお、精神科については、24 時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。

ア 区分番号「A 2 3 0－4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の届出を行っていること。

イ 区分番号「A 2 4 8」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 日以内における区分番号「I 0 0 1」入院精神療法若しくは区分番号「A 3 0 0」救命救急入院料の注 2 に規定する加算の算定件数が合計で年間 20 件以上であること。

(4) 全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも 2 つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1 の(4)と同様である。

ア 人工心肺を用いた手術 40 件／年以上

イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上

ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上

エ 放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上

オ 化学療法 1000 件／年以上

カ 分娩件数 100 件／年以上

(5) 区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料又は区分番号「A 3 0 8－3」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保険医療機関であること。ただし、平成 26 年 3 月 31 日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

4 総合入院体制加算について、令和 2 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 2 年 9 月 30 日までの間、令和 2 年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

5 総合入院体制加算の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ついて令和 2 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、令和 3 年 3 月 31 日までの間に限り、令和 2 年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。

6 届出に関する事項

(1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前 3 か月間の実績を有していること。

(2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 10、様式 13 及び様式 13 の 2 を用いること。

(3) 毎年 7 月において、前年度における手術件数等及び医療従事者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、別添 7 の様式 13 及び様式 13 の 2 により届け出ること。なお、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ついて、令和 2 年 7 月の届出においては令和 2 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和 3 年 7 月以降の届出においては、令和 2 年度改定後の基準で届け出ること。

(4) 当該加算の変更の届出に当たり、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

ついて、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 2 の届出を略することができること。

- (5) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

第 2 臨床研修病院入院診療加算

1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

(1) 基幹型の施設基準

- ア 指導医は臨床経験を 7 年以上有する医師であること。
- イ 研修医 2.5 人につき、指導医 1 人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 3 条第 1 号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
- オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年 2 回以上実施されていること。
- カ 研修医数は、病床数を 10 で除した数又は年間の入院患者数を 100 で除して得た数を超えないものであること。

(2) 協力型の施設基準

- ア 協力型臨床研修病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 2 号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1 の(1)のアからウまで及びカを満たしていること。
- イ 研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

(1) 単独型又は管理型の施設基準

- ア 指導歯科医は歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。
- イ 研修歯科医 2 人につき、指導歯科医 1 人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修

に関する省令（平成 17 年厚生労働省令第 103 号）第 3 条第 1 号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第 2 号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 1 号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年 2 回以上実施されていること。

（2） 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修施設（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 3 号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、2 の（1）のアからウまでを満たしていること。

イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 2 の 2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算に関する施設基準

（1） 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第 30 条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年 5 月 26 日障発第 0526001 号）に従い実施されたい。

（2） 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従

事者を確保していること。

- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の 2 を用いること。

第 3 超急性期脳卒中加算

1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）が 1 名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (3) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ 心電計
 - エ 呼吸循環監視装置
- (5) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 15 を用いること。

第 3 の 2 妊産婦緊急搬送入院加算

1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。
- (3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2 届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

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

- (1) 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 29 年 5 月厚生労働省）（以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。）に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数 2,000 名ごとに 1 名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち 1 名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10 による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPC のコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4 桁又は 5 桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。
ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
イ 入院日、退院日
ウ 担当医、担当診療科
エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して 14 日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月 9 割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後 30 日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」（平成 15 年 9 月 12 日医政発第 0912001 号）を参考にする

2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準

- (1) 1 の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。
- (2) 1 名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD 大分類程度以上の疾病分類がされていること。

- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
 - (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- 3 届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 17 を用いること。

第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

- (1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は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する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
- ア 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。
- ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年 1 回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
- エ ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
- オ 当該計画には以下の項目を含むこと。
- 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、医療機関内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。
- カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも 2 項目以上を含んでいること。
- ① 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
 - ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
 - ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施

⑥ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

キ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

- (2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15 対 1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15 床ごとに 1 名以上、20 対 1 補助体制加算の場合は 20 床ごとに 1 名以上、25 対 1 補助体制加算の場合は 25 床ごとに 1 名以上、30 対 1 補助体制加算の場合は 30 床ごとに 1 名以上、40 対 1 補助体制加算の場合は 40 床ごとに 1 名以上、50 対 1 補助体制加算の場合は 50 床ごとに 1 名以上、75 対 1 補助体制加算の場合は 75 床ごとに 1 名以上、100 対 1 補助体制加算の場合は 100 床ごとに 1 名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。
- (3) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算 1 を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、当該業務の内容・場所・時間等が適切に記録されていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
- (4) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから 6 か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6 か月の研修期間内に 32 時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に医師の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認及び問題点に対する

改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 33 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

（５）医療機関内に次の診療体制がとられ、規程を整備していること。

ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号）にある、「２ 役割分担の具体例 （１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和 63 年 5 月 6 日総第 17 号）等に沿った体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の（１）から（４）までの基準を満たしていること。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機

関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。

(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

イ 年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院であること。

(2) 20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成 24 年 3 月 21 日医政発 0321 第 2 号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成 13 年 5 月 16 日医政発第 529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

ウ 「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保険医療機関であること。エ 年間の緊急入院患者数が 200 名以上又は全身麻酔による手術件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

(3) 50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ 年間の緊急入院患者数が 100 名以上(75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算については 50 名以上)の実績を有する病院であること。

(4) 緊急入院患者数とは、救急搬送(特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」(平成 8 年 5 月 10 日児発第 488 号)に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝異常(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術を必要とする状態

コ 「ア」から「ケ」までに準ずる状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の

結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

3 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準

それぞれの配置区分ごとに、2 の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

4 届出に関する事項

- (1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 13 の 4、様式 18 及び様式 18 の 2 を用いること。
- (2) 毎年 7 月において、前年度における医師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、別添 7 の様式 13 の 4 により届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の届出を略することができること。

第 4 の 3 急性期看護補助体制加算

1 通則

- (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又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
緊急入院患者数については、第 4 の 2 の 2 (4) と同様に取り扱うものであること。
- (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人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

ア 急性期一般入院基本料

イ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料

ウ 専門病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料

- (4) 急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料 7 又は 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 0.7 割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.6 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）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。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。

別表

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第 1 の 1 の (14) と同様であること。
- (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添 2 の第 2 の 11 の (4) の例による。
- (7) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添 2 の第 2 の 11 の (5) の例による。
- (8) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
- (9) 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 の第 2 の 11 の (3) の例による。
- 2 25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割以上）の施設基準
- (1) 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 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。
- (2) 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の 5 割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
- 3 25 対 1 急性期看護補助体制加算（看護補助者 5 割未満）の施設基準
- (1) 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 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。
- (2) 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の 5 割未満が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
- 4 50 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 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。
- 5 75 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 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。
- 6 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 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。
- 7 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 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。

8 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 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。

9 夜間看護体制加算の施設基準

(1) 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のいずれかを算定している病棟であること。

(2) 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、ア及びウからケまでのうち、3 項目以上を満たしていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が 5 割以上であること。

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

(3) (2)のアからエまでについては、届出前 1 か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が 0.5 割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。(2)のキについては、暦月で 1 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち 4 時間以上が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではない。(2)のケについては、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、1 年に 1 回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要

に応じて活用方法の見直しを行うこと。

- 10 急性期看護補助体制加算について、令和2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あっては、令和2年9月30日までの間は、令和2年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

11 届出に関する事項

- (1) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式8を省略することができること。なお、9の(2)に掲げる項目のうち3項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、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場合であって、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。
- (2) 毎年7月において、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、別添7の様式13の3を届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、「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を除き様式13の3の届出を略することができること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (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又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
緊急入院患者数については、第4の2の2(4)と同様に取り扱うものであること。
- (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人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。
- ア 急性期一般入院基本料
- イ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- ウ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において、入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料7又は10対1入院基本料を算定する病棟においては重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.7割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術

等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（３）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）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。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。

別表

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

- （５） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第 1 の 1 の（14）と同様であること。
- （６） 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 12 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、同一の入院基本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。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3 以上であることとする。
- （７） 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 の第 2 の 11 の（３）の例による。
- （８） 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、4 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、ア及びウからコまでのうち、4 項目以上を満たしていること。なお、各項目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。
 - ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。
 - イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。
 - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。
 - エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 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病棟であること。

ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が 5 割以上であること。

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ 当該病棟において、I C T、A I、I o T等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

2 看護職員夜間 12 対 1 配置加算 2 の施設基準

1 の(1)から(7)までを満たすものであること。

3 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1 の施設基準

(1) 1 の(1)から(5)まで、(7)及び(8)までを満たすものであること。

(2) 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、同一の入院基本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。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3 以上であることとする。

4 看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2 の施設基準

(1) 1 の(1)、(2)、(5)及び(7)並びに 3 の(2)を満たすものであること。

(2) 急性期一般入院料 2 から 6 までのいずれかを算定する病棟であること。

5 看護職員夜間配置加算について、令和 2 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あっては、令和 2 年 9 月 30 日までの間、令和 2 年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

6 届出に関する事項

(1) 看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添 7 の様式 8、様式 9、様式 10、様式 13 の 3 及び様式 18 の 3 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 8 を省略することができること。なお、1 の(8)に掲げる項目のうち 4 項目以上満たしている間は、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こと。また、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場合であって、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。

(2) 毎年 7 月において、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込状況を評価するため、別添 7 の様式 13 の 3 を届け出ること。

(3) 当該加算の変更の届出にあたり、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、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、「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を除き様式 13 の 3 の届出を略することができること。

第 4 の 5 削除

第 5 特殊疾患入院施設管理加算

1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近 1 か月間の入院患者数の概ね 7 割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。
- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。
 - ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3（又は 30）以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者
 - イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 19 及び様式 20 を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の平面図を添付すること。

第 6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

- 1 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが 25 点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が 6 月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が 1 月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪又は新たな疾患の発生については、その後の状態が 6 月以上継続する場合とする。
- 2 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが 10 点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。
- 3 「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添 6 の別紙 14 を参照のこと。

第6の2 看護配置加算

1 看護配置加算に関する施設基準

- (1) 地域一般入院料3、障害者施設等入院基本料15対1入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

2 届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8及び様式9を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式8を省略することができる。なお、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場合であって、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。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定するものとして届け出た病床（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）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。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者

C 得点が 1 点以上の患者

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第 1 の 1 の (14) と同様であること。
 - (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
 - (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 の第 2 の 11 の (3) の例による。
 - (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添 2 の第 2 の 11 の (4) の例による。
 - (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添 2 の第 2 の 11 の (5) の例による。
 - (7) 看護補助加算 1 について、令和 2 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あっては、令和 2 年 9 月 30 日までの間は、令和 2 年度改定後の看護補助加算 1 の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 2 夜間 75 対 1 看護補助加算の施設基準
- 次のいずれかを算定する病棟であること。
- (1) 地域一般入院料 1 又は地域一般入院料 2
 - (2) 専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）の 13 対 1 入院基本料
- 3 夜間看護体制加算の施設基準
- (1) 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
 - (2) 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、4 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、ア及びウからコまでのうち、4 項目以上を満たしていること。なお、各項目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。
 - ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。
 - イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。
 - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。
 - エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が

確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。

ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

4 届出に関する事項

- (1) 看護補助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及び様式18の3を用いるが、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入院基本料を算定する病棟において看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10も用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式8を省略することができる。なお、3の(2)に掲げる項目のうち4項目以上満たしている間は、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こと。また、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場合であって、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。
- (2) 毎年7月において、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取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができる。

第8 地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。

第9 療養環境加算

1 療養環境加算に関する施設基準

- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が、内法による測定で、1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。

- (3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、当該加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (7) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10 重症者等療養環境特別加算

1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。
- (2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。
 - ア 個室又は2人部屋である。
 - イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。（心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）
 - ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。
 - エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。
- (3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等（重症者等療養環境特別加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床に入院している患者に限る。）の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床の平均入院患者数の8%未満とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床の平均入院患者数の10%を超えないこと。

2 届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第11 療養病棟療養環境加算

1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算 1 に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- オ 療養病棟に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、16 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

(2) 療養病棟療養環境加算 2 に関する施設基準

(1) のアからキまでを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 療養病棟療養環境加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 24 及び様式 24 の 2 を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 11 の 2 療養病棟療養環境改善加算

1 療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境改善加算 1 に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。

- エ 療養病棟に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

(2) 療養病棟療養環境改善加算 2 に関する施設基準

- ア (1)のエからカまでを満たしていること。
- イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.0 平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。
- エ 当該加算の対象病棟については、平成 24 年 3 月 31 日において、現に療養病棟療養環境加算 4 に係る届出を行っている病棟のみとする。
- オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

- (3) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 24 及び様式 24 の 2 を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 24 の 3 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 7 月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第 12 診療所療養病床療養環境加算

1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- (3) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- (4) 当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- (5) 当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

- (6) 療養病床に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- (7) 当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、(6)に定める食堂と兼用であっても差し支えない。
- (8) 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

2 届出に関する事項

- (1) 診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 25 を用いること。
また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 12 の 2 診療所療養病床療養環境改善加算

1 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.0 平方メートル以上であること。
- (3) 当該診療所に機能訓練室を有していること。
- (4) 当該加算を算定できる病床については、平成 24 年 3 月 31 日時点で診療所療養病床療養環境加算 2 を算定している病床のみとする。
- (5) 当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。
- (6) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 25 を用いること。
また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。
なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 25 の 2 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 7 月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第 12 の 3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

- (1) 無菌治療室管理加算 1 に関する施設基準
 - ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
 - イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
 - ウ 個室であること。
 - エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス

6 以上であること。

オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

(2) 無菌治療室管理加算 2 に関する施設基準

ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 7 以上であること。

イ (1) のア及びイを満たしていること。

2 届出に関する事項

(1) 無菌治療室管理加算 1 及び無菌治療室管理加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 2 を用いること。

(2) 当該保険医療機関の平面図（当該届出に係る自家発電装置が分かるもの）を添付すること。

(3) 当該届出に係る病棟の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要が分かるもの）を添付すること。

第 13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

(1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。

(2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか 1 人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が 1 日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注 2 に規定する点数を算定する場合には、以下の 4 名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ 精神症状の緩和を担当する医師

キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）

- (3) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、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（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。））を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (4) (1)のイ又はカに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、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（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (5) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

- (6) (1)のウ又はキに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であるこ

と。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (12) 緩和ケア診療加算の注4に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。
- (13) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成30年7月31日健発0731第1号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成30年7月31日健発0731第2号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人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病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。

第 14 の 2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 1 年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 1 年以上の経験を有する者であっても差し支えない。
- (3) (1)に掲げる看護師は、3 年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師のいずれかが所定の研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療又は看護を行う場合は、この限りではない。
- (5) (4)に掲げる「所定の研修を修了している」とは次のとおりであること。
 - ① (1)に掲げる医師については、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了していること。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
 - ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
 - ② (1)に掲げる看護師については、次の事項に該当する研修を修了していること。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（2 日以上かつ 10 時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要
 - (ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - (ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (6) 当該診療所における夜間の看護職員の数 1 以上であること。
- (7) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 27 の 2 を用いること。

第 15 精神科応急入院施設管理加算

1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）第 18 条第 1 項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1 名以上及び看護師、その他の者 3 名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第 33 条の 4 第 1 項及び同法第 34 条第 1 項から第 3 項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。
- (2) 当該病院の病床について、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む 2 以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の 8 割以上であり、かつ、看護職員の 2 割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に 1 床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算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。）及び様式 28 を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第 33 条の 7 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 16 精神病棟入院時医学管理加算

1 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年 5 月 26 障発第 0526001 号に従い実施されたい。

2 届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 29 を用いること。

第 16 の 2 精神科地域移行実施加算

1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料及び 20 対 1 入院基本料に限る。）、区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（15 対 1 精神病棟入院基本料に限る。）、区分番号「A 3 1 2」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年を超える入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1月から12月までの1年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の4月1日から翌々年の3月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数
 - イ 1月1日において入院期間が5年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って1年間における退院に係る実績が5%以上であれば足りるものとし、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3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。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3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。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式30を用いること。

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に

限る。）、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

- (3) 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

2 届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

第17 精神科リエゾンチーム加算

1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が設置されていること。
- ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。）
- イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師（精神科等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。）
- ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの）。
- イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。
- (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
 - (ロ) 精神症状の病因・病態、治療
 - (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
 - (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
 - (ホ) 患者・家族の支援、関係調整
 - (ヘ) ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）
 - (ト) ストレスマネジメント
 - (チ) コンサルテーション方法
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。
- (3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象と

なる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。

- (4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- (5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
- (6) 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 を用いること。

第 17 の 2 強度行動障害入院医療管理加算

1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

- (1) 児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する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ものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添 6 の別紙 14 の 2 を参照のこと。

3 届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 17 の 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置されていること。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精神保健指定医である非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより、当該常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。
- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師 1 名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれ

か1名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール精神医学
- (ロ) アルコールの公衆衛生学
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) 再飲酒防止プログラム
- (ホ) アルコール関連問題の予防
- (ヘ) アルコール内科学及び生化学
- (ト) 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症者の心理
- (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
- (ニ) アルコール依存症と家族
- (ホ) アルコールの内科学
- (ヘ) 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・公認心理師等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・公認心理師等の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症のインテーク面接
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) アルコールの内科学
- (ホ) アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- (ヘ) 病棟実習

(4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。

第17の4 摂食障害入院医療管理加算

1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が 10 人以上であること。
- (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ 1 名以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、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非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。
- (4) 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 の 4 を用いること。

第 18 がん拠点病院加算

1 がん拠点病院加算の 1 のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん拠点病院加算の 1 のロに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携拠点病院（特例型）又は地域がん診療病院の指定を受けていること。

3 がん拠点病院加算の 2 に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年 7 月 31 日健発 0731 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

4 がんゲノム拠点病院加算に関する施設基準

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年 7 月 19 日健発 0719 第 3 号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。

5 届出に関する事項

がん拠点病院加算又はがんゲノム医療拠点病院の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポート

チーム」という。)が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 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
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注2に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。

- オ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- カ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師
- キ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師
- ク 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

- (2) (1)のア及びオにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- ア 栄養不良がもたらす影響
- イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
- ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング
- エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
- キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

また、(1)のア又はオに掲げる常勤医師については、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(栄養管理に係る所定の研修を修了した医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が栄養サポートチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (1)のイ、ウ、エ、カ、キ及びクにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

- ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。
- イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応(スクリーニング法)
 - (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
 - (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘

- (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
- (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
- (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
- (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
- (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
- (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
- (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
- (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
- (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導
- (4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式 34 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して 40 時間以上のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる

旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項

- ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
- ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
- エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

- ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
- イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
- ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

- ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。
- イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

- (1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のアに規定された専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

- (3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機

関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 1 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準

(1) 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っていること。

(2) 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 2 に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 2 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(3) (2)に係る評価については、3 の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

5 届出に関する事項

(1) 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 を用いること。

(2) 医療安全対策地域連携加算 1 及び医療安全対策地域連携加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 35 の 4 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算 1 の施設基準

(1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第 20 の 1 の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、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（感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 感染予防・管理システム

(ロ) 医療関連感染サーベイランス

(ハ) 感染防止技術

(ニ) 職業感染管理

(ホ) 感染管理指導

(ヘ) 感染管理相談

(ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (2)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。
なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (2)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）

が可能な機器を用いて実施することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

- (9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げ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（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

- (10) ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

- (11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。

- (12) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

- (13) (2)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

- (15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

- (16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

2 感染防止対策加算2の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。

- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。

(8) (7)に規定するカンファレンスは、(3)のアからエ及び1の(2)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、ビデオ通話を用いて実施することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、1の(10)の例による。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ (3)に掲げるチームと1の(2)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

(9) 当該保険医療機関又は感染防止加算1に係る届出を行った医療機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げ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（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて

取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

(10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

(11) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(14) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

3 感染防止対策地域連携加算の施設基準

(1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と感染防止対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

(1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、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（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が

感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、1の(3)に掲げる研修である。

(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア 抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録に記載する。

ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

オ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。

カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。なお、当該院内研修については、感染防止対策加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容も含めること。なお、令和2年3月31日時点で抗菌薬適正使用支援加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30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。

キ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

ク 1の(12)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、1の(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。

5 届出に関する事項

- (1) 感染防止対策加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。
- (2) 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること。
- (3) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の5を用いること。

また、抗菌薬適正使用支援に係る実績等について、別添7の様式35の6により毎年7月に地方厚生（支）局長に報告すること。

- (4) (1) から (3) までに係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

第 21 の 2 患者サポート体制充実加算

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時 1 名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
- ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
- イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
- ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。
- エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
- オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
- カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

2 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 36 を用いること。

第 22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を 5 年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を

含むものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注 2 に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を 5 年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。
- (3) 別添 6 の別紙 16 の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- (8) 毎年 7 月において、褥瘡患者数等について、別添 7 の様式 37 の 2 により届け出ること。

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2) (1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4) (1)から(3)までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う医師と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 37 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 22 の 2 ハイリスク妊娠管理加算

1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。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ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、当該常勤の医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち2名までに限る。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第24 から第24の4まで 削除

第24の5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の3を用い

ること。

第 24 の 6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1－4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 39 の 3 を用いること。

第 25 削除

第 26 呼吸ケアチーム加算

1 呼吸ケアチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
 - イ 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
 - ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を 3 年以上有する専任の臨床工学技士
 - エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を 5 年以上有する専任の理学療法士
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、5 年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
 - (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
 - (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
 - (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
 - (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）

- (へ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
- (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
- (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (リ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
- (5) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

2 届出に関する事項

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

- （５） 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

２ 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 3 を用いること。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

１ 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

- （１） 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。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非常勤薬剤師を 2 名組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち 1 名までに限る。
- （２） 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。
- 病棟の概念及び 1 病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添 2 の第 2 の 1 及び 2 によるものであること。
- なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。
- （３） 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない病棟（区分番号「A 1 0 6」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があつてはならないこと。
- （４） 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- （５） 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。
- （６） 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日

数等を含む。)

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第 68 条の 10 第 2 項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第 68 条の 10 第 1 項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）

(7) 医薬品安全性情報等（(6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

(8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

(9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。

(10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

(11) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 に係る届出を行っていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。

(3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない治療室があってはならないこと。

(4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

(5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、1 の(6)のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

(6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

3 届出に関する事項

(1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 4 を用いること。

- (2) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。

2 データ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関（DPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除く）は、令和2年5月20日、8月20日、11月20日、令和3年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和4年2月21日までに別添7の様式40の5について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ（例として、令和2年7月に届出を行った場合は、令和2年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和2年9月及び10月の2月分となる。）

(以下「試行データ」という。)を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、D P C導入の影響評価に係る調査実施説明資料(以下「調査実施説明資料」という。)に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに厚生労働省がD P C調査の一部事務を委託するD P C調査事務局(以下「D P C調査事務局」という。)へ提出すること。

- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡(以下「データ提出事務連絡」という。)を1の(2)の担当者宛てに電子メールにて発出する。

なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

3 提出データ評価加算に関する事項

- (1) データ提出加算2のロ又は4のロの届出を行っていること。
- (2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当すること。

ア 当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がないこと。

イ 当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータ及び提出データと同じ期間における未コード化傷病名の割合の基準を満たすこと。

- (3) (2)のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、D P C調査事務局宛てに提出されていない場合(提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外で提出された場合を含む。)、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合(データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。)をいう。(以下、第26の4において、同じ。)

- (4) (2)のイに規定する未コード化傷病名の割合の基準を満たす場合とは、次のいずれにも該当する場合をいう。

ア 調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が2%未満

イ 調査実施説明資料において定められた外来E Fファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が2%未満

ウ 医科の全ての診療報酬明細書(D P C対象病院においては、入院、入院外及びD P Cを、D P C対象病院以外の病院においては、入院及び入院外)に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が10%未満

4 届出に関する事項

- (1) データ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いること。
- (2) 入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算1及び3、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2及び4を届け出ること。
- なお、データ提出加算1及び3の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係る

データを提出するものとしてデータ提出加算 2 及び 4 の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算 2 及び 4 の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算 1 及び 3 へ届出を変更することはできない。

- (3) 各調査年度において、累積して 3 回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3 回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめる場合、1 の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添 7 の様式 40 の 8 を提出すること。なお、様式 40 の 8 を提出しデータ提出加算に係る届出を辞退した場合、当該加算の届出が施設基準の 1 つとなっている入院基本料等も算定できなくなること。
- (5) (4)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2 の手続きより開始すること。
- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の十一に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第 26 の 5 入退院支援加算

1 入退院支援加算 1 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下第 26 の 5 において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。（ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第 26 の 5 において同じ。）なお、当該専従の看護師又は社会福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、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 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計 120 床までに限る。なお、20 床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専

任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。

- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者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基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 20 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年 3 回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。

- (5) (4)に規定する連携機関の職員との年 3 回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該 3 回中 1 回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添 3」の「別紙 2」に掲げ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（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、DPC 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該 3 回中 3 回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第 21 の 1 の (10) の例による。

- (6) 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

ア 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計
イ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

なお、相談支援専門員との連携は、相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援や、当該地域において提供可能な障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援等の情報を提供すること。

- (7) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 入退院支援加算 2 に関する施設基準

- (1) 1 の (1) 及び (2) の施設基準を満たしていること。
(2) 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

3 入退院支援加算 3 に関する施設基準

- (1) 1 の (1) の施設基準を満たしていること。
(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び 5 年以上

の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、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 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を 2 名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

(3) (2)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）

イ 小児の在宅移行支援に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 小児の在宅療養に係る社会資源に関する知識

(ロ) 医療的ケア児とその家族への援助技術

(ハ) 家族や多職種との調整やコミュニケーション方法

(ニ) 在宅移行支援に伴う倫理的問題への対応方法

(ホ) 医療的ケア児の在宅等の療養環境に関する知識

4 地域連携診療計画加算に関する施設基準

(1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されていること。

(2) 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

(3) 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準

(1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。

(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。

6 入院時支援加算に関する施設基準

(1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専任の看護師については、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22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関にあつては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看

護師が、入退院支援加算 1 又は 2 を届け出ている場合にあっては 1 の (2) で、入退院支援加算 3 を届け出ている場合にあっては 3 の (2) で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。

- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

7 総合機能評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を 1 年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が 1 名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
- ア 医療関係団体等が実施するものであること。
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
 - エ 研修期間は通算して 16 時間程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

8 届出に関する事項

- (1) 入退院支援加算、地域連携診療計画加算、入院時支援加算及び総合機能評価加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 9 を用いること。
- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「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 12 を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「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 12 の 2 に準じた様式を用いること。
- (3) 3 の (2) に掲げる「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定については、令和 2 年 3 月 31 日において、現に入退院支援加算 3 に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該保険医療機関に「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正前（令和 2 年度改定前）の基本診療料の施設基準等における当該加算の施設基準の規定により、同時点で配置されている「入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和 3 年 3 月 31 日までの間に限り、当該研修を修了しているものとみなす。

第 26 の 6 認知症ケア加算

1 認知症ケア加算 1 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。
- ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師
 - イ 認知症患者の看護に従事した経験を 5 年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

(2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、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（精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

(ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

(ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

(ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

(ホ) コミュニケーションスキル

(ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状（BPSD）への対応

(ト) ケアマネジメント（各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法）

(チ) 家族への支援・関係調整

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施

状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。

（６） 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に１回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあつてはこの限りではない）。また、原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、２の（４）に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師を１名以上配置することが望ましい。

（７） 当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。

２ 認知症ケア加算２の施設基準

（１） 当該保険医療機関に、認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であつて、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。

（２） （１）に掲げる医師については、１の（２）を満たすものであること。また、（１）に掲げる認知症看護に係る適切な研修については、１の（３）の例による。

（３） 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を３名以上配置すること。

（４） （３）に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、（３）に掲げる３名以上の看護師のうち１名については、次の事項に該当する研修を受けた看護師が行う認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修の受講をもって満たすものとして差し支えない。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものであること。

（イ） 認知症の原因疾患と病態・治療

（ロ） 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

（ハ） コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

（ニ） 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法

（ホ） 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

（５） （１）の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対して必要な助言等を行うこと。

（６） （１）の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適

正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

- (7) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

3 認知症ケア加算3の施設基準

- (1) 2の(3)及び(4)の施設基準を満たしていること。
- (2) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。
- (3) 2の(3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

4 届出に関する事項

- (1) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10を用いること。
- (2) 認知症ケア加算2又は3の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

第26の6の2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

1 せん妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

- (1) 区分番号「A100」一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定する病棟であること。
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

2 届出に関する事項

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係る届出は別添7の2を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準

- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

2 届出に関する事項

精神疾患診療体制加算に係る届出は別添 7 の様式 40 の 12 を用いること。

第 26 の 8 精神科急性期医師配置加算

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、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 以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算 1 に関する基準

- (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）及びクロザピンの新規導入を目的とした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、介護医療院又は精神障害者施設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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間 6 件以上であること。
- (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間 20 件以上であり、かつ、入院件数が年間 8 件以上であること。

3 精神科急性期医師配置加算 2 のイに関する施設基準

区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）及び区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（精神病棟の 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

- (1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が 100 床（「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保険医療機関にあつては 80 床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の 50%未満かつ届出を行っている精神病棟が 2 病棟以下であること。
- (3) 24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第 2 「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第 3 「救命救急センター」、第 4 「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 区分番号「A 2 3 0 - 4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
- (5) 当該病棟の直近 3 か月間の新規入院患者の 5 %以上が入院時に区分番号「A 2 3 0 - 3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市

町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。

4 精神科急性期医師配置加算2のロに関する施設基準

2の（1）及び（3）を満たすものであること。

5 精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準

（1）措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4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。なお、当該要件にかかる留意点については2の（1）と同様であること。

（2）当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。

（3）2の（3）を満たすものであること。

6 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

第26の9 排尿自立支援加算

1 排尿自立支援加算に関する施設基準

（1）保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師

イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

（2）（1）のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。

ウ 通算して6時間以上のものであること。

（3）（1）のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。

ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自

己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

- (4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「B005-9」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (6) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2 届出に関する事項

当該加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の14を用いること。

第26の10 地域医療体制確保加算

1 地域医療体制確保加算に関する施設基準

- (1) 区分番号「A100」一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、区分番号「A102」結核病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A105」専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、区分番号「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、区分番号「A305」一類感染症患者入院医療管理料、区分番号「A307」小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）、区分番号「A311」精神科救急入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。
- (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算又は急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は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する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
 - ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
 - ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
 - ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。また、当該委

員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

- ④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

- ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）

イ 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

オ 当直翌日の業務内容に対する配慮

カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

キ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

- (4) (2)の救急医療に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 届出に関する事項

- (1) 地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の15及び様式40の16を用いること。
- (2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況の評価するため、別添7の様式40の16により届け出ること。

第27 地域歯科診療支援病院入院加算

1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。

- (2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 41 を用いること。

別紙 1

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九一四九第2条に規定する地域

級地区分	都 道 府 県	地 域
1 級地	東京都	特別区
2 級地	茨城県	取手市、つくば市
	埼玉県	和光市
	千葉県	袖ヶ浦市、印西市
	東京都	武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市
	神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市
	愛知県	刈谷市、豊田市
	大阪府	大阪市、守口市
3 級地	茨城県	守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	千葉市、成田市
	東京都	八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市
	愛知県	名古屋市、豊明市
	大阪府	池田市、高槻市、大東市、門真市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
4 級地	茨城県	牛久市
	埼玉県	東松山市、朝霞市
	千葉県	船橋市、浦安市
	東京都	立川市
	神奈川県	相模原市、藤沢市
	三重県	鈴鹿市
	京都府	京田辺市
	大阪府	豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市
	兵庫県	神戸市
	奈良県	天理市
5 級地	宮城県	多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市
	埼玉県	坂戸市
	千葉県	市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市
	東京都	三鷹市、あきる野市
	神奈川県	横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市

	愛知県	西尾市、知多市、みよし市
	三重県	四日市市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	京都市
	大阪府	堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市
	兵庫県	尼崎市、伊丹市、三田市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市
6 級地	宮城県	仙台市
	茨城県	古河市、ひたちなか市、神栖市
	栃木県	宇都宮市、大田原市、下野市
	群馬県	高崎市
	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、春日部市、羽生市、鴻巣市、深谷市、上尾市、草加市、越谷市、戸田市、入間市、久喜市、三郷市、比企郡滑川町、比企郡鳩山町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、茂原市、東金市、柏市、流山市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	神奈川県	三浦市、三浦郡葉山町、中郡二宮町
	山梨県	甲府市
	長野県	塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	静岡市、沼津市、磐田市、御殿場市
	愛知県	岡崎市、瀬戸市、春日井市、豊川市、津島市、碧南市、安城市、犬山市、江南市、田原市、弥富市、西春日井郡豊山町
	三重県	津市、桑名市、亀山市
	滋賀県	彦根市、守山市、甲賀市
	京都府	宇治市、亀岡市、向日市、木津川市
	大阪府	岸和田市、泉大津市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、藤井寺市、泉南市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、泉南郡岬町、南河内郡太子町
	兵庫県	明石市、赤穂市
	奈良県	大和高田市、橿原市、香芝市、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市
	香川県	高松市
	福岡県	太宰府市、糸島市、糟屋郡新宮町、糟屋郡粕屋町
7 級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市

茨城県	笠間市、鹿嶋市、筑西市
栃木県	栃木市、鹿沼市、小山市、真岡市
群馬県	前橋市、太田市、渋川市
埼玉県	熊谷市
千葉県	木更津市、君津市、八街市
東京都	武蔵村山市
新潟県	新潟市
富山県	富山市
石川県	金沢市、河北郡内灘町
福井県	福井市
山梨県	南アルプス市
長野県	長野市、松本市、諏訪市、伊那市
岐阜県	大垣市、多治見市、美濃加茂市、各務原市、可児市
静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、焼津市、掛川市、藤枝市、袋井市
愛知県	豊橋市、一宮市、半田市、常滑市、小牧市、海部郡飛島村
三重県	名張市、伊賀市
滋賀県	長浜市、東近江市
兵庫県	姫路市、加古川市、三木市
奈良県	桜井市、宇陀市
岡山県	岡山市
広島県	三原市、東広島市、廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
山口県	周南市
徳島県	徳島市、鳴門市、阿南市
香川県	坂出市
福岡県	北九州市、筑紫野市、糟屋郡宇美町
長崎県	長崎市

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
3 級地	東京都	東久留米市
	愛知県	大府市
4 級地	千葉県	習志野市
	東京都	昭島市
	神奈川県	愛川町、清川村

5 級地	茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市
	千葉県	八千代市、四街道市
	東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村
	神奈川県	座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
	愛知県	東海市、日進市、東郷町
	京都府	八幡市
	大阪府	島本町、摂津市、四條畷市
	兵庫県	川西市、猪名川町
	奈良県	川西町、生駒市、平群町
	広島県	安芸郡府中町
6 級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町
	茨城県	東海村、那珂市、大洗町、坂東市、境町、五霞町、常総市、利根町、河内町
	栃木県	さくら市
	群馬県	明和町
	埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
	千葉県	我孫子市、白井市、鎌ヶ谷市、大網白里市、長柄町、長南町、香取市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	逗子市、大磯町、中井町
	愛知県	蒲郡市、幸田町、知立市、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
	三重県	東員町、朝日町、川越町、木曽岬町
	滋賀県	湖南市、野洲市
	京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市、宇治田原町、和束町、笠置町
	大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河南町、千早赤阪村、豊能町
	奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町、五條市、三郷町
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	福岡県	古賀市、久山町
	佐賀県	佐賀市
7 級地	宮城県	村田町
	茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町、潮来市
	栃木県	日光市、芳賀町、上三川町、壬生町、佐野市、野木町
	群馬県	伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、榛東村、桐生市、大泉町、千代田町、みどり市、板倉町

埼玉県	吉見町、嵐山町
千葉県	富里市、山武市、大多喜町、鴨川市
東京都	東大和市、瑞穂町
神奈川県	箱根町、山北町、大井町
富山県	南砺市
石川県	津幡町
山梨県	甲斐市、昭和町、中央市、市川三郷町、北杜市、早川町、南部町、身延町、富士河口湖町
長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曽町、大鹿村、飯田市
岐阜県	土岐市、八百津町、坂祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市、高山市、御嵩町、海津町
静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町、湖西市
愛知県	新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北名古屋市、清須市、高浜市、稲沢市
三重県	菰野町、いなべ市
滋賀県	米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市
京都府	南山城村
兵庫県	加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市
奈良県	山添村、吉野町、明日香村、田原本町、曽爾村、安堵町、河合町
岡山県	備前市
広島県	世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市
山口県	岩国市
徳島県	小松島市、勝浦町、松茂町、北島町、藍住町
香川県	綾川町
福岡県	須恵町、志免町、飯塚市、大野城市、那珂川町、篠栗町

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙2

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市 町 村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鮎ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曽	木曽郡（上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町）
	大北	大町市、北安曇野郡（池田町、松川村、白馬村、小谷村）
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市

奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、邑智郡（川本町、美郷町、邑南町）
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第 2 条第 1 項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第 1 条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第 4 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第 3 条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添 7 の様式 5、様式 6 及び様式 7 を用いること。
- 2 特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。
- 3 特定入院料を算定する病棟及び治療室等のみの保険医療機関又は特定入院料を算定する病棟及び治療室等以外に算定する入院基本料等が特別入院基本料等のみの保険医療機関において、届出及び算定可能な特定入院料は、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3、4、5 及び 6、地域包括ケア病棟入院料 1、2、3 及び 4（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）、精神科救急入院料 1 及び 2、精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料 1 及び 2、地域移行機能強化病棟入院料、特定一般病棟入院料 1 及び 2、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、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に限る。このうち精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2 は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。なお、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、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については、当該保険医療機関において、このうち 2 種類の特定入院料まで、かつ、これらの届出病床数の合計が 200 床までに限るものであること。

第 1 救命救急入院料

1 救命救急入院料 1 に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前 0 時より午後 12 時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。
- (3) 重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

エ 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

カ 呼吸循環監視装置

- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病床を有しない病院は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。
 - (5) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
 - (6) 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」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。
 - (7) 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の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。
- 2 救命救急入院料2に関する施設基準
- 救命救急入院料1の（1）から（5）までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすものであること。
- 3 救命救急入院料3に関する施設基準
- (1) 救命救急入院料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
 - (2) 当該保険医療機関に広範囲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こと。
- 4 救命救急入院料4に関する施設基準
- (1) 救命救急入院料2の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
 - (2) 当該保険医療機関に広範囲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こと。
- 5 救命救急入院料の「注3」に掲げる加算の施設基準
- (1) 救急体制充実加算1の施設基準
 - 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号。以下「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Sであるものであること。
 - (2) 救急体制充実加算2の施設基準
 - 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。

(3) 救急体制充実加算3の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bであるものであること。

6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準

「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）第4に規定する高度救命救急センターであること。

7 救命救急入院料の「注6」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

8 届出に関する事項

- (1) 救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び様式43を用いること。また、当該治療室の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、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診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。
- (2) 令和2年3月31日時点で救命救急入院料の届出を行っている病棟にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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」（平成30年3月5日保医発第0305第2号）の別添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しても差し支えないこと。

第2 特定集中治療室管理料

1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 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常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
- (3) 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。
- (4) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (5) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用

用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

エ 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

カ 呼吸循環監視装置

- (6) 新生児用の特定集中治療室にあつては、(5)に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 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

イ 酸素濃度測定装置

ウ 光線治療器

- (7) 自家発電装置を有している病院であつて、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

- (8) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

- (9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

- (10) 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」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が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及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。

- (11) 「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」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

2 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。

- (2) 当該保険医療機関に広範囲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こと。

3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。

- (3) 特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで及び(11)を満たすこと。

- (4) 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」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が7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及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は対象から除外する。
- 4 特定集中治療室管理料4(広範囲熱傷特定集中治療管理料)に関する施設基準
- (1) 特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲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こと。
- 5 特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算の施設基準
- 専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。
- 6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準
- (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。
- ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師
- イ 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常勤看護師
- ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室が設置されている場合、(1)に規定するチームが複数の特定集中治療室の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。
- (3) (1)のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあつては、当該医師が配置される特定集中治療室の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。
- (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料1及び2を届け出る治療室に配置される1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあつては、当該看護師が配置される特定集中治療室の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

- (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。
- (7) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。
- (8) 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 7 特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準
- (1) 特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
- ア 別添2の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- イ 特定集中治療室における栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
- ア 特定集中治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
- イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
- ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
- エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
- オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
- (3) 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4) 早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。
- 8 1から4までに掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- 9 届出に関する事項
- (1) 特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び43を用いること。
- また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、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

射線技師及び診療エックス線技師については、別添 7 の様式 20 を用いること。

- (2) 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 42 の 3 を用いること。
- (3) 早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 42 の 4 を用いること。
- (4) 令和 2 年 3 月 31 日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）の別添 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しても差し支えないこと。

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

- (1) 当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時 1 名以上いること。
- (2) 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ 心電計
 - エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (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及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。
- (6) 「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」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

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、基準を満たす患者が 6 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及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞

在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。) は対象から除外する。

- (2) 1 の(1)から(4)まで及び(6)の施設基準を満たしていること。

3 届出に関する事項

- (1) 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は、別添 7 の様式 44 を用いること。また、当該治療室に勤務する従事者については、別添 7 の様式 20 を用いること。
- (2) 令和 2 年 3 月 31 日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟においては、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の「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」(平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号)の別添 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しても差し支えないこと。

第 4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を 5 年以上有する専任の医師が常時 1 名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を 5 年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を 3 年以上有する専任の医師が常時 1 名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の設定等を含め、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こと。
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が 1 名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。
- (6) 当該治療室の入院患者数の概ね 8 割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画

像撮影及び診断が常時行える体制であること。

- (8) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。
- (9) 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、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて測定し評価すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。
- (10) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

2 届出に関する事項

- (1) 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は、別添7の様式10及び様式45を用いること。
- (2) 1の(1)及び(5)に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)、(4)及び(5)に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (4) 令和2年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「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」(平成30年3月5日保医発第0305第2号)の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第4の2 小児特定集中治療室管理料

1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

- (1) 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- (2) 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

- (3) 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、8床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
 - イ 除細動器
 - ウ ペースメーカー
 - エ 心電計
 - オ ポータブルエックス線撮影装置
 - カ 呼吸循環監視装置
 - キ 体外補助循環装置
 - ク 急性血液浄化療法に必要な装置
- (5) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (6) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。
- (7) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (8) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 当該治療室において、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（転院時に他の保険医療機関で区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近1年間に20名以上であること。
 - イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関で区分番号「C004」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。
- 2 1の(3)に掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- 3 届出に関する事項
- 小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式43、43の2及び48を用いること。また、当該治療室の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、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診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

第5 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1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり7平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。
 - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）
 - イ 新生児用呼吸循環監視装置
 - ウ 新生児用人工換気装置
 - エ 微量輸液装置
 - オ 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
 - カ 酸素濃度測定装置
 - キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。
- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (7) 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
 - イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。

2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。

3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れ

た場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

- (1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護配置であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなってから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

4 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

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）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 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

ウ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に3床以上設置されていること。

エ 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。

オ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。ただし、(ロ)及び(ハ)については、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

(イ) 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

(ロ) 心電計

(ハ) 呼吸循環監視装置

(ニ) 分娩監視装置

(ホ) 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）

カ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

キ 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

(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）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 第 5 の 1 の (1) から (7) までを全て満たしていること。

ウ 当該治療室に病床が 6 床以上設置されていること。

2 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は 2 床を上限とする。）は、第 5 の 3 の規定と同様に取り扱うものであること。

3 1 の (1) のウに掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

4 届出に関する事項

総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 42 の 2 及び様式 20 を用いること。

第 7 新生児治療回復室入院医療管理料

1 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

(1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。

(2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師又は週 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小児科の非常勤医師が常時 1 名以上配置されていること。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ 新生児用呼吸循環監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 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

カ 酸素濃度測定装置

キ 光線治療器

(4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス

分析を含む必要な検査が常時実施できること。

2 届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 45 の 2、様式 20 及び様式 42 の 2 を用いること。

第 8 一類感染症患者入院医療管理料

1 一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第 6 条第 13 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 14 項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

2 届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 様式 46 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 を省略することができること。

第 9 特殊疾患入院医療管理料

1 特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

(1) 当該病室の入院患者数の概ね 8 割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3 (又は 30) 以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者

イ 無動症の患者 (閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

(2) 当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。

(3) 当該病室に係る病室床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、6.4 平方メートル以上であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 47 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 を省略することができること。また、当該病棟の平面図 (面積等が分かるもの。) を添付すること。

第 10 小児入院医療管理料

1 小児入院医療管理料に関する施設基準

(1) 小児入院医療管理料 1、2、3 又は 4 と小児入院医療管理料 5 の双方を算定することはできないものであること。

(2) 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

(3) 小児入院医療管理料において、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小児科又は小児外科の非常勤医師を 2 人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料 1 を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち 10 名までに限る。

2 小児入院医療管理料 1、2、3 及び 4 の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料 1、2 及び 3 を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。
- (2) 当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。
- (3) 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料 1、2 及び 3 を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料 4 を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。
- (4) 小児入院医療管理料 1 を算定しようとする保険医療機関では、次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 新生児及び 6 歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間 200 件以上であること。

イ 区分番号「A 3 0 1」特定集中治療室管理料、区分番号「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 3 の 2」新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。

ウ 年間の小児緊急入院患者数が 800 件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。

(イ) 救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した 15 歳未満の患者数

(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた 15 歳未満の患者数

(ハ) 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数

- (5) 小児入院医療管理料 2 を算定しようとする保険医療機関では、入院を要する小児救急医療の提供を 24 時間 365 日行っていること。

3 小児入院医療管理料の注 2 に規定する加算の施設基準

- (1) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が 1 名以上常勤していること。
- (2) 内法による測定で 30 平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料 5 においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- (3) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

4 小児入院医療管理料の注 4 に規定する加算の施設基準

- (1) 小児入院医療管理料 3、4 又は 5 を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が 1 名以上常勤していること。
- (3) 内法による測定で 30 平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料 5 においては、主として小児が入院する病棟）にあるこ

とが望ましい。

- (4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- (5) 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近1年間に5名以上であること。
- (6) 当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。

5 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式48から様式48の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- (3) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (4) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。
- (5) 別添6の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。
- (6) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添6の別紙21を用いて測定すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
 - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - (イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法

(ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

- (7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、毎年7月において、1年間(前年7月から6月までの間。)に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。また、毎年7月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「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」別添1のA308の(11)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告を行うこと。

- (8) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数(その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。)

イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

- (9) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、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患者、他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。))を算定する病床を除く。)へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に退院した患者数(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、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近6か月間に退院した患者数(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き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、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(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出すること。)

- (10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期

リハビリテーションを要する状態の区分別内訳

イ 回復期リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数（「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」別添 1 第 1 章第 2 部第 3 節 A 3 0 8（11）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第 11 において同じ。）

(11) 特定機能病院（医療法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準

(1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以上、作業療法士 2 名以上、言語聴覚士 1 名以上、専任の管理栄養士 1 名以上（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定するものに限る。）及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等 1 名以上の常勤配置を行うこと。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従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は 2 名、作業療法士は 1 名までに限る。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

(2) (1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から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日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に算出したリハビリテーション実績指数が 40 以上であること。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

(3) (2)の ア又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、

別の月（４月、７月、１０月又は１月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、（２）の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、（２）のア及びイについては、毎年７月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、１０月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- （４） 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する場合、重症の患者（別添６の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）得点で 55 点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち３割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数
- イ 直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）
- （５） 直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で４点以上又はFIM総得点で 16 点以上改善していること。
- （６） 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- （７） 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。
- （８） 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。
- （９） 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度４月、７月、１０月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 40 以上であること。
- （１０） データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式 40 の 7 を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- ３ 回復期リハビリテーション病棟入院料３、４、５及び６の施設基準
- （１） リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士２名以上及び作業療法士１名以上の常勤配置を行うこと。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従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における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、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は 1 名までに限る。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

また、当該病棟に専任の管理栄養士 1 名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

- (2) (1)に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から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日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないこととする。

ア 届出を行う月及び各年度 4 月、7 月、10 月及び 1 月に算出したリハビリテーション実績指数が 35(回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 にあつては、30) 以上であること。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

- (3) (2)の ア又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（4 月、7 月、10 月又は 1 月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)の ア及びイについては、毎年 7 月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（4 月、7 月、10 月又は 1 月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は 4 を算定しようとする病棟では、次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 重症の患者が新規入院患者のうち 2 割以上であること。

イ 直近 6 か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3 割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で 3 点以上又は FIM 総得点で 12 点以上改善していること。

- (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各

年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が35以上であること。

- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が30以上であること。
- (7) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし令和2年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床未満のものに限る。）については、令和4年3月31日までの間に限り、令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなすものであること。

4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は6の届出を行っていること。
- (2) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- (3) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは3の(1)に規定する常勤換算対象となる専従の非常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは3の(1)に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。
- (4) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

5 体制強化加算1の施設基準

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の届出を行っていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- (3) (2)に掲げる医師については、次のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

- (4) (3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して 14 時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 回復期リハビリテーションの総論
イ 脳血管リハビリテーション
ウ 運動器リハビリテーション
エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
オ 高次脳機能障害
カ 摂食嚥下、口腔ケア
キ 地域包括ケア

- (5) (2)に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する 3 年以上の経験を有する者であること。

6 体制強化加算 2 の施設基準

- (1) 体制強化加算 1 の(1)、(3)から(5)まで及び(2)において「専従の常勤医師 1 名以上」を「専従の常勤医師 2 名以上」と読み替えたものを満たすこと。
- (2) 当該病棟に専従する常勤医師のうち 2 名は、以下のアからエまでの全てを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。
- ア 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。
- イ 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ウ 週のうち 32 時間以上において、当該 2 名の医師のうち少なくともいずれか 1 名が当該病棟業務に従事していること。
- エ 当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週に 8 時間以上従事していること。

7 届出に関する事項

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 49 から様式 49 の 7（様式 49 の 4 を除く。）までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。
- (2) 異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせで届出を行う場合にあっては、別表 1 のいずれかに該当する組み合わせであること。
- (3) 新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 を届け出ることとし、その届出から 6 月間に限り、(2)の規定にかかわらず、別表 2 のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことができること。なお、回復期リハビリテーション病棟入院料 5 又は 6 の算定から 6 月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3 又は 4 の施設基準を満たさないことが明らかの場合に、別表 2 のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。

別表 1 ※○：組み合わせでの届出可、－：組み合わせでの届出不可

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6
入院料 1		－	○	－	－	－
入院料 2	－		○	○	－	－
入院料 3	○	○		－	－	－
入院料 4	－	○	－		－	－
入院料 5	－	－	－	－		－
入院料 6	－	－	－	－	－	

別表 2

入院料 1 及び入院料 5	入院料 2 及び入院料 5
入院料 2 及び入院料 6	入院料 3 及び入院料 5
入院料 4 及び入院料 6	入院料 1、入院料 3 及び入院料 5
入院料 2、入院料 3 及び入院料 5	入院料 2、入院料 4 及び入院料 6

第 12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

- (1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、1 日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 13 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1 日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2 以上であること。また、看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師であること。なお、注 2 の届出を行う場合にあつては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1 日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 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1 日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2 以上であること。また、看護職員の最小必要数の 4 割以上が看護師であること。
- (2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A 項目）及び手術等の医学的状況の項目（C 項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者又は C 項目の得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 1 割 4 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 1 割 1 分以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場

合（基本診療料の施設基準等第十の三（３）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料２又は３に係る要件を満たす場合に限る。）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（同一入院中に内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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式１０を用いて届け出ることがあること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の１０日までに届け出ること。

- （３） 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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２２時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるＡＤＬ維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。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従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚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すこととみなすことができる。

- （４） データ提出加算に係る届出を行っていること。また、当該基準については別添７の様式４０の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- （５） 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- （６） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション

料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

- (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟又は入室時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。
- (8) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。
- (9) 当該病棟若しくは病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟若しくは病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 「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1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- イ 「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1の第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上（区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。）であること。
- ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。
- (11) 許可病床数が400床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。なお、一般病棟から転棟した患者とは、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟又は病室から転棟した患者のことをいう。
- (12) 同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近3か月間に一般病棟から転棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

- (13) 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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

- (1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。
- ア 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者
- イ 介護老人保健施設に入所した患者
- ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
- (2) 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。
- 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
- イ 直近6か月間に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。）
- (3) 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。
- (4) 許可病床200床未満（「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保険医療機関にあっては280床）の保険医療機関であること。
- (5) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割5分以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- (6) 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
- (7) 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- (8) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- イ 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。

ウ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。

エ 当該保険医療機関において区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。

オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

カ 当該保険医療機関において区分番号「B005」退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

(9) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

3 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

(1) 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。当該病室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。

ア 直近6か月間において、当該病室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

イ 直近6か月間に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。）

(2) 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において6人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

(3) 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入室した患者を直近3か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。

(4) 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

(5) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

(6) 2の(3)、(4)及び(8)を満たすものであること。

4 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

(1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 2の(1)から(3)までを満たすものであること。

(3) 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。

5 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

(1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

- (2) 2の(3)及び(4)並びに3の(1)を満たすものであること。
- 6 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)から(8)までを満たすものであること。
- 7 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)及び(8)並びに3の(2)から(4)までを満たすものであること。
- 8 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- (2) 4の(3)を満たすものであること。
- 9 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)を満たすものであること。
- 10 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (2) 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の第2の11の(3)の例による。
- 11 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、当該加算は、みなし看護補助者を除いた看護補助者の配置を行っている場合のみ算定できる。
- また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (2) 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の第2の11の(3)の例による。
- (3) 看護補助者配置加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。
- (4) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の11の(5)の例による。
- 12 地域包括ケア病棟入院料の「注7」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）にお

いて、夜勤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。

- (2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I に係る評価票の患者の状況等の項目（B 項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」）に該当する患者の割合が、3 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。
- (3) 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 の第 2 の 11 の（3）の例による。

13 地域包括ケア病棟入院料の「注 8」に掲げる夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が 100 床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員 1 名を含め看護職員と看護補助者を合わせて 2 名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が 30 人以下の場合は、看護職員 1 名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 10、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、1 の（8）のなお書きに該当する場合は、年 1 回、全面的な改築等の予定について別添 7 の様式 50 又は 50 の 2 により地方厚生（支）局長に報告すること。

「注 3」、「注 4」、「注 7」及び「注 9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 13 の 3、様式 18 の 3、様式 20、様式 50 及び様式 50 の 2 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 月において別添 7 の様式 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。

また、急性期一般入院料 1 又は 7 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2 の（1）及び（2）又は 3 の（1）について実績を要しない。

なお、平成 26 年 3 月 31 日時点で 10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、

急性期一般入院料 1 又は 7 対 1 入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和 2 年 3 月 31 日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が 400 床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は 1 病棟に限る。ただし、(3) について、平成 28 年 1 月 1 日時点で地域包括ケア病棟入院料 1 若しくは 2 を 2 病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

- (1) 療養病床により届出を行う場合
- (2) 許可病床数が 200 床（「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保険医療機関にあつては 280 床）未満の保険医療機関であつて、地域包括ケア入院医療管理料 1、2、3 又は 4 の届出を行う場合
- (3) 区分番号「A 3 0 0」救命救急入院料、区分番号「A 3 0 1」特定集中治療室管理料、区分番号「A 3 0 1－2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A 3 0 1－3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であつて、地域包括ケア病棟入院料 1、2、3 又は 4 の届出を行う場合

第 13 特殊疾患病棟入院料

1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

(1) 特殊疾患病棟入院料 1 又は 2 の施設基準

ア 当該病棟に専任の医師が常勤していること。

イ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。

ウ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、16 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

(2) 特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね 8 割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成 20 年 10 月 1 日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ－3（又は 30）以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

(3) 特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

(イ) 児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第 7 条第 2 項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）

(ロ) 児童福祉法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する指定発達支援医療機関

イ 当該病棟の入院患者数の概ね 8 割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランク B 以上に限る。）等の重度の障害者（ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者（平成 20 年 10 月 1 日以降に限る。）を除く。）であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 24 の 2 及び様式 51 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 を省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。

第 14 緩和ケア病棟入院料

1 緩和ケア病棟入院料 1 に関する施設基準等

- (1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。
- (2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- (3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- (4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに 1 名以上の常勤医師が配置されていること。
- (5) (4)に掲げる医師は次のいずれかの研修を修了している者であること。

ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 29 年 12 月 1 日付け健発 1201 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

- (6) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、30 平方メートル以上であり、病室床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、8 平方メートル以上であること。
- (7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
- (8) 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が 5 割以下であること。
- (9) 入退棟に関する基準が作成されていること。
- (10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

- (11) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。
- (12) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24 時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。
- (13) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。
- (14) がん診療の拠点となる病院は、別添 3 の第 14 の 1 の(13)と同様であること。
- また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人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病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- (15) 当該病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、(4)の医師が入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。
- (16) 以下のア又はイを満たしていること。
- ア 当該病棟直近 1 年間の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が 14 日未満であること。
- （イ）（4）の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日
- （ロ） 患者が当該病棟に入院した日
- イ 直近 1 年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が 15 %以上であること。
- （イ） 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者
- （ロ） 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者
- （ハ） 死亡退院の患者
- (17) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
- ア 区分番号「A 2 2 6 - 2」に掲げる緩和ケア診療加算
- イ 区分番号「B 0 0 1」「2 4」に掲げる外来緩和ケア管理料
- ウ 区分番号「C 0 0 3」に掲げる在宅がん医療総合診療料
- (18) 毎年 7 月において、前年度に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の(16)のアに掲げる期間の平均及びイに掲げる割合について、別添 7 の様式 52 の 2 により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- 2 緩和ケア病棟入院料 2 に関する施設基準等
- 1 の(1)から(14)までを満たしていること。
- 3 届出に関する事項
- 緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 52 を用いる

こと。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第 15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が 5 名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、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 以上であること。
- (5) 当該各病棟に 2 名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時 2 名以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
- (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
- (9) 必要な検査及び C T 撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、C T 撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
- (10) 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち 6 割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
- (12) 以下の地域における直近 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ 1 精神科救急医療圏と 1 基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

- (13) 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が 300 床以下の場合には 60 床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が 300 床を超える場合にはその 2 割以下であること。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和 4 年 3 月 31 日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等

- (1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしている

こと。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間 150 件以上、又は 1 の(12)のア又はイの地域における人口 1 万人当たり 1.87 件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が 30 件以上又は 2 割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間 40 件以上又はアの地域における人口 1 万人当たり 0.5 件以上であること。そのうち 8 件以上又は 2 割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

- (2) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした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、介護医療院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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者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。）

3 精神科救急入院料 2 に関する施設基準等

- (1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間 120 件以上、又は 1 の(12)のア又はイの地域における人口 1 万人当たり 1.5 件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が 25 件以上又は 2 割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間 30 件以上又はアの地域における人口 1 万人当たり 0.37 件以上であること。そのうち 6 件以上又は 2 割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

- (2) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの

新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4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、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (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。
- (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施

- (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、2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、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目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。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

- (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の第2の11の(3)の例による。

5 届出に関する事項

- (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 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。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。なお、当該入院料に係る精神科救急医療体制の整備等に係る実績を評価するため、毎年 7 月において様式 53 及び様式 54 を届け出ること。
- (2) 「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 9、様式 13 の 3、様式 20 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、当該加算の様式 48 に係る届出については、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 を届出ること。

第 16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

- (1) 同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料 2 を算定すべき病棟が混在することはできない。
- (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は 2 の施設基準
以下のアからコまでのいずれも満たすこと。
 - ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
 - イ 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 人以上は看護師であること。
 - ウ 当該保険医療機関に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
 - エ 当該各病棟に精神保健指定医及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
 - オ 当該保険医療機関が精神科救急医療システムに参加していること。
 - カ 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が 300 床以下の場合には 60 床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が 300 床を超える場合にはその 2 割以下であること。
 - キ 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
 - ク 当該病棟に隔離室があること。
 - ケ 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
 - コ 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち 4 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、介護医療院又は精神障害者施設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転院した場合及び介護老人保健施設、介護
医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科
点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移
行した者として計上しない。

- (3) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟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。）及び様式53を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、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。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神科医師が5名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、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以上であること。
- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めること。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。

ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。

イ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。

(イ) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気

胸)

- (ロ) 心疾患 (New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈)
 - (ハ) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
 - (ニ) 脊髄損傷
 - (ホ) 重篤な内分泌・代謝性疾患 (インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症)
 - (ヘ) 重篤な栄養障害 (Body Mass Index 13 未満の摂食障害)
 - (ト) 意識障害 (急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)
 - (チ) 全身感染症 (結核、後天性免疫不全症候群、梅毒 1 期、2 期又は敗血症)
 - (リ) 中枢神経系の感染症 (髄膜炎、脳炎等)
 - (ヌ) 急性腹症 (消化管出血、イレウス等)
 - (ル) 劇症肝炎又は重症急性膵炎
 - (ヲ) 悪性症候群又は横紋筋融解症
 - (ワ) 広範囲 (半肢以上) 熱傷
 - (カ) 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
 - (ヨ) 重篤な血液疾患 (ヘモグロビン 7g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態) の患者
 - (タ) 急性かつ重篤な腎疾患 (急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎) の患者
 - (レ) 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
 - (ソ) 手術室での手術を必要とする状態
 - (ツ) 合併症妊娠・出産
 - (ネ) 膠原病 (専門医による管理を必要とする状態)
- ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。
- (イ) 救急蘇生装置
 - (ロ) 除細動器
 - (ハ) 心電計
 - (ニ) 呼吸循環監視装置
- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。
- (10) 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- (11) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち 4 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、介護医療院又は精神障害者施設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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第 1 章

第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

- (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間 200 件以上又は次の地域における人口 1 万人当たり 2.5 件以上であること。

（イ） 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

（ロ） 1 精神科救急医療圏と 1 基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間 20 件以上であること。

ウ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

- (13) 当該病棟の年間の新規患者のうち 6 割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。

- (14) 以下の地域における直近 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ 1 精神科救急医療圏と 1 基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (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。

- (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月 1 回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年 2 回程度の実施

- (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、2 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、ア及びウからクまでのうち、2 項目以上を満たしていること。なお、各項目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。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の

勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

(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 の第 2 の 11 の(3)の例による。

3 届出に関する事項

(1) 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。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。なお、精神科救急医療体制の整備等に係る実績を評価するため、毎年 7 月において様式 53 及び様式 55 を届け出ること。

(2) 「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 9、様式 13 の 3、様式 20 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、当該加算の様式 48 に係る届出については、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。

第 16 の 3 児童・思春期精神科入院医療管理料

1 児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

(1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。

(2) 当該病棟又は治療室における直近 1 か月間の入院患者数の概ね 8 割以上が、20 歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障

害の患者を除く。) であること。

- (3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。
- (4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関内に学習室が設けられていること。
- (6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式57を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。
なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (3) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (4) 医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、1日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25又はその端数を増すごとに1以上である場合は除く。）。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (6) 当該保険医療機関に、精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
- (7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年4月1日以降に当該病棟に入院した患者1人につき1人以上、入院した日から起算して7日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

ア 精神保健福祉士

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する

業務に従事した経験を3年以上有する者

- (8) 1人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は60以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
- (9) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。
- (10) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (11) 当該病棟に係る病室の病床数は、1病室につき6床以下であること。
- (12) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で18平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、5.8平方メートル以上であること。
なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。
- (13) 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。
- (14) 当該病棟に鉄格子がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後1年間の経過措置を認める。
- (15) 当該保険医療機関内に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。
- (16) 病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。
- (17) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 重症者加算1の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

- (1) 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。
- (2) 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算1において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

- (3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等

や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)での外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対診)を年6回以上行うこと。(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察

(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

(ハ) 精神医療審査会における業務

(ニ) 精神科病院への立入検査での診察

(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 退院調整加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名)が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「A318」に掲げる地域移行機能強化病棟入院料等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよい。

(2) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

4 精神保健福祉士配置加算の施設基準

(1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

(3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割5分以上が入院日から起算して1年以内に退院し、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、介護医療院又は精神障害者施設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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

5 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20(作業療法等の経験

を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式 24 の 2、様式 55 の 2 及び様式 55 の 3 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）また、当該病棟の平面図（面積並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等が分かるもの。）を添付すること。

第 18 削除

第 19 認知症治療病棟入院料

1 認知症治療病棟入院料の施設基準等

- (1) 精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。
- (2) 同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院料 1 を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院料 2 を算定すべき病棟が混在することはできない。
- (3) 認知症治療病棟入院料 1 の施設基準
 - ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ 1 人以上勤務していること。
 - イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。
 - ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。
 - エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか 1 人以上勤務していること。
 - オ 当該病棟における 1 看護単位は、概ね 40 から 60 床までを上限とすること。
 - カ 当該病棟の患者 1 人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。
 - キ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。
 - ク 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ 60 平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。
 - (イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
 - (ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、

定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

- (ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

(4) 認知症治療病棟入院料 2 の施設基準

ア (3) のイからエまでを満たしている。

イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ 1 名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が 1 人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週 1 回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が 1 人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ 当該病棟における 1 看護単位は、概ね 60 床を上限とする。

エ 当該病棟の患者 1 人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

オ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ 60 平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。

(イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

(ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

(ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

(5) 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか 1 名）が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該専従精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区

分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。

(6) 認知症夜間対応加算の施設基準

ア 認知症治療病棟入院料1、認知症治療病棟入院料2のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定できる。

イ 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

(イ) 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

(ロ) 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

(ハ) 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施

(7) (3)及び(4)の内法の規定の適用については、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)及び(4)の内法の規定を満たしているものとする。

(8) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

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、別添7の様式9、様式20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。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。なお、認知症夜間対応加算の様式48に係る届出については、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。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(1) 医療提供体制の確保の状況に鑑み、「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保険医療機関のうち、一般病棟が1病棟で構成される病院である保険医療機関であること。

(2) 特定一般病棟入院料1の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時13対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、2以上で

あること。

(3) 特定一般病棟入院料 2 の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時 15 対 1 以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員は、2 以上であること。

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

注 5 に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近 3 月について入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票のⅠ又はⅡを用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）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。なお、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添 6 の別紙 7 の別表 1 に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 A・C 項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の様式 10 を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。

(5) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）の施設基準等

ア 注 7 に規定する地域包括ケア入院医療管理を行う病室を有する病棟において、常時 15 対 1 以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員は、2 以上であること。

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が 1 名以上配置されていること。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理学療法士、専任の非常勤作業療法士又は専任の非常勤言語聴覚士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚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すこととみなすことができる。

ウ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されて

いる場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

エ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

オ エのリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟又は入室時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録等に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

カ 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。

キ 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

ク 当該病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

ケ 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に、直近3月において入院している全ての患者の状態について、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）及び手術等の医学的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割4分以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱで1割1分以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要

度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。)は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出の必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。令和2年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

コ 次のいずれかの基準を満たしていること。

- ① 「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1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- 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」の別添1の第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。)であること。
- ③ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- ④ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- ⑤ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

サ 当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。

- ① 他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。)を算定する病床を除く。)に転院した患者
- ② 介護老人保健施設に入所した患者

シ 当該病室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①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。

- ① 直近6か月間において、当該病室から退院した患者数(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、自宅等に退院するものの数
- ② 直近6か月間に退院した患者数(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。)

ス データ提出加算の届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

セ 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において6人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟又は病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老

人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

ソ 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入室した患者を直近3か月に当該病棟に入室した患者の数で除して算出するものであること。

タ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

チ 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④ 当該保険医療機関において区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥ 当該保険医療機関において区分番号「B005」退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

テ 許可病床280床未満の保険医療機関であること。

- (6) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）の施設基準等
(5)のアからスの基準を満たしていること。
- (7) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア3）の施設基準等
(5)のカ、サ及びシを除く全ての基準を満たしていること。
- (8) 特定一般病棟入院料（地域包括ケア4）の施設基準等
(5)のアからオ、キからコ及びスの基準を満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式57の2を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式8を省略することができること。
- (2) 注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10を用いること。
- (3) 注7又は注9に規定する地域包括ケアに係る病室の施設基準に係る届出は、別添7の様式

9、様式 10、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。

- (4) 当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟については、別添 7 の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。
- (5) 一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和 2 年 3 月 31 日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあつては、令和 2 年 9 月 30 日までの間に限り、令和 2 年度改定前の「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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発第 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第 21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関に医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (3) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (4) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とすること。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。
- (6) 当該病棟において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間を含めることができる当該保険医療機関外での退院支援業務は、患者家族等への訪問指導、障害福祉サービス又は介護保険サービスの事業所及び市役所、区役所又は町村役場等で患者が行う諸手続への同行及び障害福祉サービス事業所担当者等、退院後の患者の日常生活の支援を行う者との調整に限られること。
- (7) 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。
- (8) 当該病棟に 1 名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が 40 を超える場合は 2 名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であつて、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1 名以上の専従の常勤精神保健福祉士、1 名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。
- (9) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか 1 名）が配置されているこ

と。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「A 3 1 2」に掲げる精神療養病棟入院料の「注 5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

- (10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者 1 人につき 1 人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を 3 年以上有する者

- (11) 1 人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は 20 以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

- (12) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

- (13) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。

- (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア 届出前月に、以下の（イ）又は（ロ）いずれか小さい値を（ハ）で除して算出される数値が 0.85 以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより 0.85 以上としても差し支えないこと。

（イ） 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

（ロ） 届出前 1 年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

（ハ） 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が 2.4%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、介護医療院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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

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（%）

- (15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。

当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の 1 か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%）

- (16) 算定開始以降、1 年ごとに 1 回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定年数）

- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定月数÷12）

- (18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

- (19) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けていること。

- (20) 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

- (21) 令和 2 年 3 月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

2 重症者加算 1 の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

- (1) 精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っていること。

- (2) 次のいずれかの要件を満たすこと

ア 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における入院件数が年 4 件以上であること。そのうち 1 件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算 1 において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的には(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年 6 回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

(ロ) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年 1 回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、①から⑤までのいずれかの診察又は業務を年 1 回以上行うこと。

- ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
- ③ 精神医療審査会における業務
- ④ 精神科病院への立入検査での診察
- ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 届出に関する事項

地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために 1 名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の 4 を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式 9 の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和 6 年 3 月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）なお、重症者加算 1 について、精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算 1 として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

1 短期滞在手術等基本料 1 に関する施設基準

- (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
- (2) 看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。
- (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
- (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
- (5) 術前に患者に十分に説明し、「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」における別紙様式 8 を参考として同意を得ること。

2 短期滞在手術等基本料 2 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が病院にあっては、一般病棟入院基本料若しくは 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料 1 又は 4 の基準を満たしていること。ただし、平成 22 年 3 月 31 日において現に届出を行っている有床診療所については、(2) 及び (3) の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (2) 1 の (3) 及び (4) を満たしていること。
- (3) 術前に患者に十分に説明し、短期滞在手術等基本料 1 の例により同意を得ること。

3 届出に関する事項

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 58 を用いること。

別添 6

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。

なお、当該別紙は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、当該別紙と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙9、10、11、15、22は欠番である。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳)
職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険
 薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記
 入すること。

入 院 診 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿

年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・ 看 護 計 画 ・ リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注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。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

入 院 診 療 計 画 書

(患者氏名) _____ 殿
年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状 治療により改善 す べ き 点 等	
全 身 状 態 の 評 価 (ADLの評価を含む)	
治 療 計 画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計 画 (目 標 を 含 む)	
栄養摂取に関する計画	(特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無)
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予 防 対 策 を 含 む)	
そ の 他 ・ 看護計画 ・ 退院に向けた支援 計画 ・ 入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検 査 内 容 及 び 日 程	
手 術 内 容 及 び 日 程	
推 定 さ れ る 入 院 期 間 (うち医療保護入院による入院期間)	(うち医療保護入院による入院期間：)
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
退 院 に 向 け た 取 組	
総合的な機能評価 ◇	

注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。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名
殿 男 女
年 月 日 生 (歳)

病棟
記入医師名
記入看護師名

計画作成日

褥瘡の有無

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

褥瘡発生日

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の評価	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	・病的骨突出			なし	あり	
	・関節拘縮			なし	あり	
	・栄養状態低下			なし	あり	
	・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
	・皮膚の脆弱性(浮腫)			なし	あり	
	・皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

※両括弧内は点数

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合						合計点	
	滲出液	(0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない (3)中等量:1日1回の交換 (6)多量:1日2回以上の交換							
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし (3)4未満 (6)4以上16未満 (8)16以上36未満 (9)36以上64未満 (12)64以上100未満 (15)100以上							
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし (1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛) (3)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭) (9)全身的影響あり (発熱など)							
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能 (1)創面の90%以上を占める (3)創面の50%以上90%未満を占める (4)創面の10%以上50%未満を占める (5)創面の10%未満を占める (6)全く形成されていない							
	壊死組織	(0)なし (3)柔らかい壊死組織あり (6)硬く厚い密着した壊死組織あり							
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし (6)4未満 (9)4以上16未満 (12)16以上36未満 (24)36以上							

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

【記載上の注意】

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 2 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近 3 か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該 3 か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該 3 か月間の新退棟患者数) / 2

なお、小数点以下は切り上げる。

- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日 24 時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。

- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該 3 か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数（以下「新入院患者」という。）及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における 1 回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。

また、病棟種別の異なる病棟が 2 つ以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の入棟のみを新入棟患者として数える。

当該 3 か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該 3 か月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における 1 回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。

病棟種別の異なる病棟が 2 以上ある場合において、当該 2 以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1 回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は 1 の①及び②から除く。

- 6 短期滞在手術等基本料 3 を算定した患者及び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であって 6 日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

【 1 病棟（1 看護単位）入院患者数 40 人で急性期一般入院料 2 の届出を行う場合 】

- 1 勤務帯 8 時間、1 日 3 勤務帯を標準として、月平均 1 日当たり必要となる看護職員の数
が 12 人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及
び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均 1 日当たりの看護師の比率が 70% 以
上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師 1 人を含む 2 人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が 21 日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の 1 人当たりの受け持ち患者数が 10 人以内であること。
 $(40 \text{ 人} \times 1 / 10) \times 3 = \text{当該病棟に 1 日当たり 12 人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。}$

- ② 月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均 1
日当たりの看護師の比率が 70% を満たすこと。

当該病棟の月平均 1 日当たり勤務することが必要となる看護職員の数 が 12 人の場合、
実際に勤務する月平均 1 日当たりの看護師は 8.4 人以上であること。

$$12 \text{ 人} \times 70\% = 8.4 \text{ 人}$$

(2) 看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員 1 人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間
以下であること。

$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$ （夜勤専従者及び夜勤 16 時間未満の看護職員を除く）

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16 時から翌朝 8 時まで（16 時間）

- ② 夜勤時間と従事者数：2 人以上の看護職員が配置されている。

16 時～24 時 30 分（看護師 3 人、計 3 人）

0 時～8 時 30 分（看護師 2 人、准看護師 1 人 計 3 人）

- ③ 1 月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23 人（8 人+11 人+4 人）

8 人×72 時間（夜勤を月 9 日） = 576 時間 (a)	※
11 人×64 時間（夜勤を月 8 日） = 704 時間 (b)	
4 人×40 時間（夜勤を月 5 日） = 160 時間 (c)	

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24 時から 24 時 30 分）
は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に病棟以外で勤務した

時間は夜勤時間には含めていない。

④ 月延夜勤時間数：1,440 時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72 時間以下である。

1,440 時間 ÷ 23 人 = 62.6 時間 (小数点 2 位以下切り捨て)

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の 1 単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

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
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 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)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
8	救急搬送後の入院(5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		
9	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	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
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5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
23	別に定める検査(2日間)	なし	あり
24	別に定める手術(6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 7 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 7 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、別紙 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。

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
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4	心電図モニターの管理	なし	あり	
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 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)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし		あり
8	緊急に入院を必要とする状態(5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		
9	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	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
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5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
23	別に定める検査(2日間)	なし	あり
24	別に定める手術(6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。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）の届出を行っている場合を除く。）、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10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）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）並びに手術等の医学的状況（C項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目におい

て、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A7「専門的な治療・処置等」①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 点滴ライン同時3本以上の管理 項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニターの管理 項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7 専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、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）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。

「あり」

専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エクソ線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

8. 救急搬送後の入院

項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。

「あり」

救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。

入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

9 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作であ

る。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

10 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができる（力が出せる）場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

11 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「要介助」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.2 食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

。医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 4 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1 5 危険行動 項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C 手術等の医学的状況

C 項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

1 6 開頭手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 13 日間の場合、「あり」とする。

1 7 開胸手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 12 日間の場合、「あり」とする。

1 8 開腹手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 7 日間の場合、「あり」とする。

1 9 骨の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

2 0 胸腔鏡・腹腔鏡手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

2 1 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

2 2 救命等に係る内科的治療

選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から 5 日間の場合、「あり」とする。

2 3 別に定める検査

選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から2日間の場合、「あり」とする。

2.4 別に定める手術 選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から6日間の場合、「あり」とする。

<一般病棟用の重症度、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、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10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）、地域一般入院料1、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。また、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。）についても評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、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。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A 8「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。
2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、E F 統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台（投薬）、30 番台（注射）、50 番（手術）及び 54 番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
5. A 3「点滴ライン同時3本以上の管理」及びA 6「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

B 患者の状況等

必要度 I における記載内容を参照のこと。

C 手術等の医学的状況

必要度 I における記載内容を参照のこと。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く))	140000610	創傷処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140000710	創傷処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140000810	創傷処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140000910	創傷処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140001010	創傷処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
	140032010	熱傷処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140032110	熱傷処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140032210	熱傷処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140036510	熱傷処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140036610	熱傷処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
	140034530	電撃傷処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140034930	電撃傷処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140035030	電撃傷処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140035130	電撃傷処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140035230	電撃傷処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
	140035430	凍傷処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140035530	凍傷処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140035630	凍傷処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140035730	凍傷処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140035830	凍傷処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
	140036030	凍傷処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140036130	凍傷処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140036230	凍傷処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140036330	凍傷処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140036430	凍傷処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
A 1 創傷処置 (②褥瘡の処置)	140048610	重度褥瘡処置 (1 0 0 c m 2 未満)
	140048710	重度褥瘡処置 (1 0 0 c m 2 以上 5 0 0 c m 2 未満)
	140048810	重度褥瘡処置 (5 0 0 c m 2 以上 3 0 0 0 c m 2 未満)
	140048910	重度褥瘡処置 (3 0 0 0 c m 2 以上 6 0 0 0 c m 2 未満)
	140049010	重度褥瘡処置 (6 0 0 0 c m 2 以上)
	140700110	長期療養患者褥瘡等処置
A 2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	140005610	酸素吸入
	140005750	呼吸性酸血症に対する酸素療法
	140005810	酸素テント
	140005910	閉鎖的閉圧吸入法
	140037810	鼻マスク式補助換気法
	140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
	140057410	ハイフローセラピー (1 5 歳以上)
	140009310	人工呼吸
	140023510	人工呼吸 (5 時間超)
	140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
	140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入 (5 時間超)
	140009450	無水アルコール吸入療法
	140023650	無水アルコール吸入療法 (5 時間超)
	140009550	人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置)
	140023750	人工呼吸 (閉鎖循環式麻酔装置) (5 時間超)
	140009650	酸素吸入 (マイクログラフター)
	140023850	酸素吸入 (マイクログラフター) (5 時間超)
	140009950	酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
	140024150	酸素加圧 (気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器) (5 時間超)
	140009750	人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器)
	140023950	人工呼吸 (半閉鎖式循環麻酔器) (5 時間超)
	140039550	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器)
	140039650	人工呼吸 (鼻マスク式人工呼吸器) (5 時間超)
A 3 点滴ライン同時3本以上の管理	130004410	中心静脈注射
	130010670	血漿成分製剤加算 (中心静脈注射)
	150247310	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
	150255670	精密持続注注入加算 (硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入)
A 4 心電図モニターの管理	160073510	呼吸心拍監視
	160102510	呼吸心拍監視 (3 時間超) (7 日以内)
	160165510	呼吸心拍監視 (7 日超 1 4 日以内)
	160165610	呼吸心拍監視 (1 4 日超)
	160073750	カルジオスコープ (ハートスコープ)
	160102750	カルジオスコープ (ハートスコープ・3 時間超) (7 日以内)
	160165950	カルジオスコープ (ハートスコープ) (7 日超 1 4 日以内)
	160166050	カルジオスコープ (ハートスコープ) (1 4 日超)
	160073850	カルジオタコスコープ
	160102850	カルジオタコスコープ (3 時間超) (7 日以内)
	160166150	カルジオタコスコープ (7 日超 1 4 日以内)
	160166250	カルジオタコスコープ (1 4 日超)
A 5 シリンジポンプの管理	130006020	精密持続点滴注注射加算
	620004744	人全血液-L R 「日赤」
A 6 輸血や血液製剤の管理	620004745	人全血液-L R 「日赤」
	620004679	照射人全血液-L R 「日赤」
	620004680	照射人全血液-L R 「日赤」
	621609201	濃厚血小板-L R 「日赤」
	621609301	濃厚血小板-L R 「日赤」
	621609401	濃厚血小板-L R 「日赤」
	621609501	濃厚血小板-L R 「日赤」
	621609601	濃厚血小板-L R 「日赤」
	621609701	濃厚血小板-L R 「日赤」
	622191301	合成血液-L R 「日赤」
	622191401	合成血液-L R 「日赤」
	622191101	解凍赤血球液-L R 「日赤」
	622191201	解凍赤血球液-L R 「日赤」
	621772801	赤血球液-L R 「日赤」
	621772901	赤血球液-L R 「日赤」
	621772601	新鮮凍結血漿-L R 「日赤」 1 2 0
	621772701	新鮮凍結血漿-L R 「日赤」 2 4 0
	622192101	新鮮凍結血漿-L R 「日赤」 4 8 0
	622194901	洗浄赤血球液-L R 「日赤」
	622191001	洗浄赤血球液-L R 「日赤」
	621609801	濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	621609901	濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	621610001	濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	621772001	照射赤血球液-L R 「日赤」
	621772101	照射赤血球液-L R 「日赤」
	621602201	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602301	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602401	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602501	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602601	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602701	照射濃厚血小板-L R 「日赤」
	621602801	照射濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	621602901	照射濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	621603001	照射濃厚血小板H L A-L R 「日赤」
	622191701	照射解凍赤血球液-L R 「日赤」
	622191801	照射解凍赤血球液-L R 「日赤」
	622191901	照射合成血液-L R 「日赤」
	622192001	照射合成血液-L R 「日赤」
	622191501	照射洗浄赤血球液-L R 「日赤」
	622191601	照射洗浄赤血球液-L R 「日赤」
	622487001	照射洗浄血小板-L R 「日赤」
	622487101	照射洗浄血小板H L A-L R 「日赤」
	621151301	献血ベネロン-I 静注用 5 0 0 m g
	621151401	献血ベネロン-I 静注用 1 0 0 0 m g
	621151701	献血ベネロン-I 静注用 2 5 0 0 m g
	621449901	献血ベネロン-I 静注用 5 0 0 0 m g
	621152901	献血グロベニン-I 静注用 5 0 0 m g
	621153301	献血グロベニン-I 静注用 2 5 0 0 m g
	621450001	献血グロベニン-I 静注用 5 0 0 0 m g
	646340035	抗H B s 人免疫グロブリン 静注 1 0 0 0 単位
	621153508	抗H B s 人免疫グロブリン 静注 1 0 0 0 単位 / 5 m L 「J B」
	646340065	抗H B s 人免疫グロブリン
	621153607	抗H B s 人免疫グロブリン 静注 2 0 0 単位 / 1 m L 「J B」
	646340492	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子
	621153804	コンファクトF 注射用 2 5 0
	621153808	クロスエイトMC 静注用 2 5 0 単位
	646340493	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子
	640431015	コンコエイト-H T
	621153904	コンファクトF 注射用 5 0 0
	621153909	クロスエイトMC 静注用 5 0 0 単位
	646340494	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子
	646340495	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子
	621154003	コンファクトF 注射用 1 0 0 0
	621154006	クロスエイトMC 静注用 1 0 0 0 単位
	622454900	乾燥濃縮人血液凝固第Ⅳ因子
	622454901	クロスエイトMC 静注用 2 0 0 0 単位

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
646340510	乾燥抗D (Rho) 人免疫グロブリン	
621154101	抗Dプロブリン筋注用1000倍「ニチャク」	
621154105	抗D人免疫グロブリン筋注用1000倍「J B」	
646340451	乾燥抗破傷風人免疫グロブリン	
621154207	テタノブリン筋注用250単位	
621154201	破傷風グロブリン筋注用250単位「ニチャク」	
646340500	乾燥人血液凝固第9因子複合体 200国際単位 (溶解液付)	
621154301	P P S B-H T 筋注用200単位「ニチャク」200国際単位溶解液付	
646340501	乾燥人血液凝固第9因子複合体 400国際単位 (溶解液付)	
646340502	乾燥人血液凝固第9因子複合体 500国際単位 (溶解液付)	
621154501	P P S B-H T 筋注用500単位「ニチャク」500国際単位溶解液付	
646340503	乾燥人血液凝固第9因子複合体 1,000国際単位 (溶解液付)	
621356303	献血アルブミン5%静注5g/100mL「J B」	
620009135	アルブミン5%静注12.5g/250mL	
621755301	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「ニチャク」	
621355403	献血アルブミン5%静注12.5g/250mL「J B」	
621185501	献血アルブミン20%静注4g/20mL「ニチャク」	
621155202	献血アルブミン20%静注4g/20mL「J B」	
621155307	献血アルブミン20「KMB」	
620008814	献血アルブミン25%静注5g/20mL「ベネシス」	
620008815	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ベネシス」	
620009136	アルブミン25%静注12.5g/50mL	
621450201	赤十字アルブミン25%静注12.5g/50mL	
621645901	献血アルブミン25%静注12.5g/50mL「ニチャク」	
621156607	献血アルブミン25「KMB」	
620009137	アルブミンベアリング20%静注10.0g/50mL	
621157401	献血アルブミン20%静注10g/50mL「ニチャク」	
621157302	献血アルブミン20%静注10g/50mL「J B」	
621155407	献血アルブミン20「KMB」	
646340028	乾燥人フィブリノゲン	
621157504	フィブリノゲンH T 筋注用1g「J B」	
646340054	人免疫グロブリン	
621157601	ガンマグロブリン筋注450mg/3mL「ニチャク」	
621157602	ガンマグロブリン筋注1500mg/10mL「ニチャク」	
621157617	グロブリン筋注450mg/3mL「J B」	
621157604	グロブリン筋注1500mg/10mL「J B」	
621384801	ファイバ静注用500	
621384901	ファイバ静注用1000	
620007377	テタガムP筋注500	
646340456	乾燥破傷風人免疫グロブリン	
646340188	人ヘパトグロビン	
621158404	ヘパトグロビン静注2000単位「J B」	
622607401	ガンマガード静注用5g	
621158701	献血アルブミンネート4.4%静注4.4g/100mL	
621590801	献血アルブミン4.4%静注11g/250mL	
646340261	乾燥抗HBs人免疫グロブリン	
621159004	ヘプスブリン筋注用200単位	
621159001	乾燥HBsグロブリン筋注用200単位「ニチャク」	
646340262	乾燥抗HBs人免疫グロブリン	
621159104	ヘプスブリン筋注用1000単位	
621159101	乾燥HBsグロブリン筋注用1000単位「ニチャク」	
646340491	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ	
620001350	献血フィクソン500注射用	
621159206	アンスロビンP500注射用	
621159207	ノイアート静注用500単位	
640453060	乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ	
620001351	献血フィクソン1500注射用	
620003071	ノイアート静注用1500単位	
620003432	アンスロビンP1500注射用	
620009201	ベリナートP静注用500	
621758002	献血ポリグロビンN5%静注0.5g/10mL	
621758102	献血ポリグロビンN5%静注2.5g/50mL	
621758202	献血ポリグロビンN5%静注5g/100mL	
622192402	献血ポリグロビンN10%静注5g/50mL	
622192302	献血ポリグロビンN10%静注10g/100mL	
622523501	献血ポリグロビンN10%静注2.5g/25mL	
622683601	ピリヴィジェン10%点滴静注5g/50mL	
622683701	ピリヴィジェン10%点滴静注10g/100mL	
622683801	ピリヴィジェン10%点滴静注20g/200mL	
621159901	献血ヴェノグロブリン1H5%静注0.5g/50mL	
621189201	献血ヴェノグロブリン1H5%静注2.5g/50mL	
621160501	献血ヴェノグロブリン1H5%静注1g/20mL	
621490001	献血ヴェノグロブリン1H5%静注5g/100mL	
622235601	献血ヴェノグロブリン1H5%静注10g/200mL	
622534401	献血ヴェノグロブリン1H10%静注0.5g/5mL	
622534501	献血ヴェノグロブリン1H10%静注2.5g/25mL	
622534601	献血ヴェノグロブリン1H10%静注5g/50mL	
622534701	献血ヴェノグロブリン1H10%静注10g/100mL	
622534801	献血ヴェノグロブリン1H10%静注20g/200mL	
646340497	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子	
620009263	クリスマシンM静注用400単位	
622408201	ノバクトM静注用500単位	
646340499	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子	
620009264	クリスマシンM静注用1000単位	
622408301	ノバクトM静注用1000単位	
622034100	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子	
622034200	乾燥濃縮人血液凝固第IX因子	
622408401	ノバクトM静注用2000単位	
620009198	フィログロビンP静注用	
621769701	アドベイト静注用250 250国際単位 (溶解液付)	
621769801	アドベイト静注用500 500国際単位 (溶解液付)	
621769901	アドベイト静注用1000 1,000国際単位 (溶解液付)	
621984102	アドベイト静注用2000 2,000国際単位 (溶解液付)	
622440101	アドベイト静注用1500 1,500国際単位 (溶解液付)	
622623801	アドベイト静注用3000 3,000国際単位 (溶解液付)	
629903301	アドベイト静注用キット250	
629903401	アドベイト静注用キット500	
629903501	アドベイト静注用キット1000	
629903601	アドベイト静注用キット1500	
629903701	アドベイト静注用キット2000	
629903801	アドベイト静注用キット3000	
640412173	ポリエチレングリコール処理乾燥破傷風人免疫グロブリン	
621161703	テタノブリン1H静注250単位	
640412174	ポリエチレングリコール処理乾燥破傷風人免疫グロブリン	
621161803	テタノブリン1H静注1500単位	
622366301	ノボセブリンH1静注用1mg シリンジ	
622366401	ノボセブリンH1静注用2mg シリンジ	
622366501	ノボセブリンH1静注用5mg シリンジ	
622366601	ノボセブリンH1静注用8mg シリンジ	
640443038	注射用アナクトC2 500単位	
640453163	ポリエチレングリコール処理乾燥HBs人免疫グロブリン	
621450602	ヘプスブリン1H静注1000単位	
620006788	メドウェイ注25%	
621971601	ベネフィクス静注用500	
621971701	ベネフィクス静注用1000	
621971801	ベネフィクス静注用2000	
622273601	ベネフィクス静注用3000	
622288001	ハイゼントラ20%皮下注1g/5mL	
622288101	ハイゼントラ20%皮下注2g/10mL	
622288201	ハイゼントラ20%皮下注4g/20mL	
622333001	ノボエイト静注用250	
622333101	ノボエイト静注用500	
622333201	ノボエイト静注用1000	
622333301	ノボエイト静注用1500	
622333401	ノボエイト静注用2000	
622333501	ノボエイト静注用3000	
622364101	オルプロリクス静注用500	
622364201	オルプロリクス静注用1000	
622364301	オルプロリクス静注用2000	
622364401	オルプロリクス静注用3000	
622426501	オルプロリクス静注用250	
622608701	オルプロリクス静注用400	
622402801	イロクテイト静注用250	
622402901	イロクテイト静注用500	
622403001	イロクテイト静注用750	
622403101	イロクテイト静注用1000	
622403201	イロクテイト静注用1500	
622403301	イロクテイト静注用2000	
622403401	イロクテイト静注用3000	
622682501	イロクテイト静注用4000	
622424901	ノボサーティーン静注用2500	
622442001	アコアラン静注用600	
622583901	アコアラン静注用1800	
622473101	リクスビス静注用1000	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622473201	リクスビス静注用2000
	622473301	リクスビス静注用3000
	622623201	アディノバイト静注用キット250
	622623501	アディノバイト静注用キット500
	622623601	アディノバイト静注用キット1000
	622623701	アディノバイト静注用キット2000
	622646001	アディノバイト静注用キット1500
	622646101	アディノバイト静注用キット3000
	622489301	コバールトリイ静注用250
	622489401	コバールトリイ静注用500
	622489501	コバールトリイ静注用1000
	622489601	コバールトリイ静注用2000
	622489701	コバールトリイ静注用3000
	622526101	イデルビオン静注用250
	622526201	イデルビオン静注用500
	622526301	イデルビオン静注用1000
	622526401	イデルビオン静注用2000
	629900101	イデルビオン静注用3500
	622608201	ヘムライブラ皮下注30mg
	622608301	ヘムライブラ皮下注60mg
	622608401	ヘムライブラ皮下注90mg
	622608501	ヘムライブラ皮下注105mg
	622608601	ヘムライブラ皮下注150mg
	622647001	レフィキシア静注用500
	622647101	レフィキシア静注用1000
	622647201	レフィキシア静注用2000
	622658001	ジビイ静注用500
	622658101	ジビイ静注用1000
	622658201	ジビイ静注用2000
	622658301	ジビイ静注用3000
	629905101	イスバロクト静注用500
	629905201	イスバロクト静注用1000
	629905301	イスバロクト静注用1500
	629905401	イスバロクト静注用2000
	629905501	イスバロクト静注用3000
	622367201	バイクロック配合静注用
	622250701	ノーモサング点滴静注250mg
	150224810	自家採血輸血（1回目）
	150286210	自家採血輸血（2回目以降）
	150224910	保存血液輸血（1回目）
	150286310	保存血液輸血（2回目以降）
	150327510	自己血貯血（6歳以上）（液状保存）
	150327610	自己血貯血（6歳以上）（凍結保存）
	150247010	自己血輸血（6歳以上）（液状保存）
	150254810	自己血輸血（6歳以上）（凍結保存）
	150339010	希釈式自己血輸血（6歳以上）
	150225010	交換輸血
	150225210	骨髄内輸血加算（その他）
	150225110	骨髄内輸血加算（胸骨）
	150366370	血管露出術加算
	150225310	血液型加算（ABO式及びRh式）
	150225410	不規則抗体加算
	150247110	HLA型検査クラス1加算（A、B、C）
	150278910	HLA型検査クラス2加算（DR、DQ、DP）
	150225510	血液交叉試験加算
	150225610	間接クームス検査加算
	150404970	コンピュータクロスマッチ加算
	150366470	血小版洗浄術加算
	150225850	自家製した血液成分製剤を用いた注射の手技料（1回目）
	150287450	自家製した血液成分製剤を用いた注射の手技料（2回目以降）
A 7 専門的な治療・処置（① 抗悪性腫瘍剤の使用 注射剤のみ）	620009152	サンドスタチン皮下注用500μg
	622507301	オクトレオチド皮下注500μg「SUN」
	622504701	オクトレオチド皮下注500μg「あすか」
	622527901	オクトレオチド酢酸塩皮下注500μg「サンド」
	620009153	サンドスタチン皮下注用1000μg
	622507401	オクトレオチド皮下注1000μg「SUN」
	622504801	オクトレオチド皮下注1000μg「あすか」
	622523001	オクトレオチド酢酸塩皮下注1000μg「サンド」
	622352101	サンドスタチンLAR筋注用キット10mg
	622352201	サンドスタチンLAR筋注用キット20mg
	622352301	サンドスタチンLAR筋注用キット30mg
	642490105	ゾラデックス3、6mgデポ
	640443027	ゾラデックス1、8mgデポ
	640462004	ゾラデックスLA10、8mgデポ
	620555101	リユーブリン注射用3、75mg
	620555201	リユーブリン注射用1、88mg
	622298301	リユーブロリン酢酸塩注射用キット1、88mg「NP」
	622266501	リユーブロリン酢酸塩注射用キット1、88mg「あすか」
	620555301	リユーブリン注射用キット1、88mg
	622298401	リユーブロリン酢酸塩注射用キット3、75mg「NP」
	622266601	リユーブロリン酢酸塩注射用キット3、75mg「あすか」
	620555401	リユーブリン注射用キット3、75mg
	621495301	リユーブリンSR注射用キット1、25mg
	622444901	リユーブリンPRO注射用キット2、5mg
	620005691	パミドロン酸Na点滴静注用15mg「F」
	620008225	パミドロン酸Na点滴静注用15mg「サワイ」
	620005692	パミドロン酸Na点滴静注用30mg「F」
	620008226	パミドロン酸Na点滴静注用30mg「サワイ」
	621657601	ゾメタ点滴静注4mg／5mL
	622351301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「F」
	622354701	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「NK」
	622356301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「サワイ」
	622355401	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「サンド」
	622360401	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「日医工」
	622358301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「ニプロ」
	622344201	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「ファイザー」
	622337201	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「ヤクルト」
	622388201	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「SN」
	622342601	ゾレドロン酸点滴静注4mg／5mL「テバ」
	622216901	ゾメタ点滴静注4mg／100mL
	622354601	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「NK」
	622351401	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「サワイ」
	622338001	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「トーワ」
	622360301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「日医工」
	622358401	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「ニプロ」
	622344301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「ファイザー」
	622337301	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「ヤクルト」
	622391001	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「サワイ」
	622342701	ゾレドロン酸点滴静注4mg／100mLバッグ「テバ」
	622518601	リクラスト点滴静注5mg
	622136501	ランマーク皮下注120mg
	622239101	ブラリア皮下注60mgシリシジ
	640453101	注射用エンドキサン100mg
	644210037	注射用エンドキサン500mg
	644210058	注射用イホマイド1g
	620009116	プスルフェクス点滴静注用60mg
	644210020	ニドラン注射用25mg
	644210021	ニドラン注射用50mg
	620003750	ダカルバジン注射用100
	644210065	注射用サイメリン500mg
	644210066	注射用サイメリン1000mg
	640451006	アルケラン静注用500mg
	621982101	デモダール点滴静注用100mg
	622041101	トレアキシ点点滴静注用100mg
	622518501	トレアキシ点点滴静注用25mg
	622374501	オキササ点滴静注用1g
	620007515	メソトレキセート点滴静注液200mg
	622221301	メソトレキセート点滴静注液1000mg
	644210049	注射用メソトレキセート5mg
	644210048	注射用メソトレキセート50mg
	620004748	フトラフル注射400mg
	644210046	注射用フトラフル400
	622047901	5-FU注射1000mg
	622412601	フルオロウラルシル注1000mg「トーワ」
	622229101	5-FU注射250mg
	622412501	フルオロウラルシル注250mg「トーワ」
	620003714	キロサイド注20mg
	620003715	キロサイド注40mg
	620003716	キロサイド注60mg
	620003717	キロサイド注100mg
	620003718	キロサイド注200mg
	620003713	キロサイドN注400mg
	621972001	キロサイドN注1g
	622283001	シタラビン点滴静注液1g「テバ」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
622282901	シタラピン点滴静注液 400mg「テバ」	
620914301	サンラビン点滴静注用 150mg	
620914401	サンラビン点滴静注用 200mg	
620914501	サンラビン点滴静注用 250mg	
622202401	gumシタピン点滴静注液 200mg／5mL「サンド」	
622487701	gumシタピン点滴静注液 200mg／5mL「NK」	
622202501	gumシタピン点滴静注液 1g／2.5mL「サンド」	
622487801	gumシタピン点滴静注液 1g／2.5mL「NK」	
622460401	gumシタピン点滴静注液 200mg／5、3mL「ホスビーラ」	
622460501	gumシタピン点滴静注液 1g／2.6、3mL「ホスビーラ」	
640454013	ジェムザール注射用 200mg	
621970201	gumシタピン点滴静注用 200mg「タイホウ」	
621973401	gumシタピン点滴静注用 200mg「ヤクルト」	
622028601	gumシタピン点滴静注用 200mg「NK」	
622019601	gumシタピン点滴静注用 200mg「ホスビーラ」	
622098901	gumシタピン点滴静注用 200mg「サワイ」	
622062103	gumシタピン点滴静注用 200mg「TYK」	
622393001	gumシタピン点滴静注用 200mg「日医工」	
640454012	ジェムザール注射用 1g	
621970301	gumシタピン点滴静注用 1g「タイホウ」	
621973501	gumシタピン点滴静注用 1g「ヤクルト」	
622028701	gumシタピン点滴静注用 1g「NK」	
622019701	gumシタピン点滴静注用 1g「ホスビーラ」	
622099001	gumシタピン点滴静注用 1g「サワイ」	
622062203	gumシタピン点滴静注用 1g「TYK」	
622393101	gumシタピン点滴静注用 1g「日医工」	
620002600	アリムタ静注用 50mg	
620004550	アリムタ注射用 500mg	
621932601	アリムタ注射用 100mg	
620005897	アラノンジ一静注用 250mg	
622250601	エボルトラ点滴静注 20mg	
620000328	マイトマイシン注用 2mg	
620000329	マイトマイシン注用 10mg	
620007299	コスメゲン静注用 0、5mg	
620003799	プレオ注射用 5mg	
620003800	プレオ注射用 15mg	
620005223	ペブレオ注射用 5mg	
620005224	ペブレオ注射用 10mg	
620005148	アクラズン注射用 20mg	
620005176	タウノマイシン静注用 20mg	
620004851	ドキソル注 20mg	
621995301	ドキソルピシン塩酸塩注射液 10mg「サンド」	
621995401	ドキソルピシン塩酸塩注射液 50mg「サンド」	
620003675	アドリアシン注用 10	
621983201	ドキソルピシン塩酸塩注射用 10mg「NK」	
621983301	ドキソルピシン塩酸塩注射用 50mg「NK」	
622014001	アドリアシン注用 50	
620003762	テラルピシン注射用 10mg	
620005206	ピノルビン注射用 10mg	
620003763	テラルピシン注射用 20mg	
620005207	ピノルビン注射用 20mg	
622513101	ビルビン注射用 30mg	
620003790	ファルモルピシンRTU注射液 10mg	
620005523	エビルピシン塩酸塩注射液 10mg／5mL「NK」	
621966401	エビルピシン塩酸塩注射液 10mg／5mL「サワイ」	
620003791	ファルモルピシンRTU注射液 50mg	
620009526	エビルピシン塩酸塩注射液 50mg／2.5mL「NK」	
621966601	エビルピシン塩酸塩注射液 50mg／2.5mL「サワイ」	
620003792	ファルモルピシン注射用 10mg	
620007224	エビルピシン塩酸塩注射用 10mg「NK」	
620008174	エビルピシン塩酸塩注射用 10mg「サワイ」	
620003793	ファルモルピシン注射用 50mg	
620007225	エビルピシン塩酸塩注射用 50mg「NK」	
620008175	エビルピシン塩酸塩注射用 50mg「サワイ」	
620008800	イタマイン静注用 5mg	
640462038	カルセド注射用 20mg	
640462039	カルセド注射用 50mg	
620007499	マイロターグ点滴静注用 5mg	
640454006	オンコピン注射用 1mg	
644240002	注射用ベンチラスチン塩酸塩	
620001355	ニクザール注射用 10mg	
644210059	注射用フィラデシン 1mg	
644210060	注射用フィラデシン 3mg	
620004777	ラステット注 100mg／5mL	
620004760	ペブシド注 100mg	
620008173	エトボシド点滴静注液 100mg「サンド」	
622101701	エトボシド点滴静注 100mg「タイヨー」	
622220501	エトボシド点滴静注液 100mg「SN」	
620007257	カンプト点滴静注 40mg	
620009515	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「NK」	
620009516	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「サワイ」	
620009518	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「タイホウ」	
620919501	トボテシン点滴静注 40mg	
622019401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「ホスビーラ」	
622059701	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「タイヨー」	
622258901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「NP」	
622236901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「トロー」	
622230201	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「日医工」	
622470401	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg「ハンルイ」	
620007258	カンプト点滴静注 100mg	
620009519	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「NK」	
620009520	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「サワイ」	
620009522	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「タイホウ」	
620919701	トボテシン点滴静注 100mg	
622019501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「ホスビーラ」	
622058901	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「タイヨー」	
622259001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「NP」	
622237001	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「トロー」	
622230301	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「日医工」	
622470501	イリノテカン塩酸塩点滴静注液 100mg「ハンルイ」	
620919801	タキソール点滴静注用 20mg	
622265501	ドセタキセル点滴静注用 20mg「サワイ」	
620919901	タキソール点滴静注用 80mg	
622295601	ドセタキセル点滴静注用 80mg「サワイ」	
622068501	ワンタキソール点滴静注 20mg／1mL	
622294901	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「ケミファ」	
622283101	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「テバ」	
622272001	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「トロー」	
622354801	ドセタキセル点滴静注液 20mg／1mL「NK」	
622356401	ドセタキセル点滴静注液 20mg／1mL「サワイ」	
622429301	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「EE」	
622435002	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「ニプロ」	
622408501	ドセタキセル点滴静注 20mg／1mL「ヤクルト」	
622086001	ワンタキソール点滴静注 80mg／4mL	
622295001	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「ケミファ」	
622283201	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「テバ」	
622272101	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「トロー」	
622354901	ドセタキセル点滴静注液 80mg／4mL「NK」	
622356501	ドセタキセル点滴静注液 80mg／4mL「サワイ」	
622429401	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「EE」	
622435102	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「ニプロ」	
622408601	ドセタキセル点滴静注 80mg／4mL「ヤクルト」	
622215301	ドセタキセル点滴静注液 20mg／2mL「サンド」	
622285201	ドセタキセル点滴静注液 20mg／2mL「ホスビーラ」	
622215401	ドセタキセル点滴静注液 80mg／8mL「サンド」	
622285301	ドセタキセル点滴静注液 80mg／8mL「ホスビーラ」	
622285401	ドセタキセル点滴静注液 120mg／12mL「ホスビーラ」	
620003751	タキソール注射液 30mg	
620004170	バクリタキセル注 30mg／5mL「NK」	
620005688	バクリタキセル注射液 30mg「サワイ」	
622082001	バクリタキセル点滴静注液 30mg「サンド」	
622259101	バクリタキセル点滴静注 30mg「NP」	
622275001	バクリタキセル点滴静注液 30mg／5mL「ホスビーラ」	
620003752	タキソール注射液 100mg	
620004171	バクリタキセル注 100mg／16、7mL「NK」	
620005689	バクリタキセル注射液 100mg「サワイ」	
622082101	バクリタキセル点滴静注液 100mg「サンド」	
622259201	バクリタキセル点滴静注 100mg「NP」	
622215101	バクリタキセル点滴静注液 100mg／16、7mL「ホスビーラ」	
620005690	バクリタキセル注射液 150mg「サワイ」	
640432004	ナベルピン注 10	
621954401	ロゼウス静注液 10mg	
640432005	ナベルピン注 40	
621954501	ロゼウス静注液 40mg	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620005197	ハイカムチン注射用1.1mg
	6219170101	アブラキ点滴静注用100mg
	622364601	ジェブタ点滴静注50mg
	620003247	ロイナーゼ注用5000
	620003248	ロイナーゼ注用10000
	620004129	シスプラチン注10mg「日医工」
	620008946	ランダ注10mg/20mL
	620923301	シスプラチン点滴静注10mg「マルコ」
	620923202	シスプラチン点滴静注10mg「ファイザー」
	620004130	シスプラチン注25mg「日医工」
	620008947	ランダ注25mg/50mL
	620923701	シスプラチン点滴静注25mg「マルコ」
	620923602	シスプラチン点滴静注25mg「ファイザー」
	620004131	シスプラチン注50mg「日医工」
	620008948	ランダ注50mg/100mL
	620924101	シスプラチン点滴静注50mg「マルコ」
	620924002	シスプラチン点滴静注50mg「ファイザー」
	620001919	動注用アイエーコール100mg
	620002591	動注用アイエーコール50mg
	640454032	ノバントロン注20mg
	642390005	ノバントロン注10mg
	620004117	カルボプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
	620004118	カルボプラチン点滴静注液50mg「サンド」
	620004732	パラプラチン注射液50mg
	620007254	カルボプラチン点滴静注液50mg「NK」
	622098103	カルボプラチン点滴静注液50mg「TYK」
	621754502	カルボプラチン注射液50mg「日医工」
	620004119	カルボプラチン点滴静注液150mg「サワイ」
	620004120	カルボプラチン点滴静注液150mg「サンド」
	620004733	パラプラチン注射液150mg
	620007255	カルボプラチン点滴静注液150mg「NK」
	622098203	カルボプラチン点滴静注液150mg「TYK」
	621754602	カルボプラチン注射液150mg「日医工」
	620004121	カルボプラチン点滴静注液450mg「サワイ」
	620004122	カルボプラチン点滴静注液450mg「サンド」
	620004734	パラプラチン注射液450mg
	620007256	カルボプラチン点滴静注液450mg「NK」
	622098303	カルボプラチン点滴静注液450mg「TYK」
	621754702	カルボプラチン注射液450mg「日医工」
	620007300	コホリン静注用7.5mg
	640407072	アクブラ静注用10mg
	640407073	アクブラ静注用50mg
	640407074	アクブラ静注用100mg
	622069801	ハーセプチン注射用60
	622069901	ハーセプチン注射用150
	640402007	ロイセクチン注8mg
	620002417	トリセノックス注100mg
	622617800	オキサリプラチン50mg10mL注射液
	621932201	エルブラット点滴静注液50mg
	622388601	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ケミファ」
	622383201	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「サンド」
	622374801	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「ホスピール」
	622371101	オキサリプラチン点滴静注液50mg「DSEP」
	622373201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「FFP」
	622385701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「NK」
	622389801	オキサリプラチン点滴静注液50mg「サワイ」
	622394701	オキサリプラチン点滴静注液50mg「デバ」
	622371801	オキサリプラチン点滴静注液50mg「トーワ」
	622393201	オキサリプラチン点滴静注液50mg「日医工」
	622392001	オキサリプラチン点滴静注液50mg「ニプロ」
	622437201	オキサリプラチン点滴静注液50mg/10mL「KCC」
	622476900	オキサリプラチン100mg20mL注射液
	621932301	エルブラット点滴静注液100mg
	622388701	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ケミファ」
	622383301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「サンド」
	622374901	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「ホスピール」
	622371201	オキサリプラチン点滴静注液100mg「DSEP」
	622373301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「FFP」
	622385801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「NK」
	622389901	オキサリプラチン点滴静注液100mg「サワイ」
	622394801	オキサリプラチン点滴静注液100mg「デバ」
	622371901	オキサリプラチン点滴静注100mg「トーワ」
	622393301	オキサリプラチン点滴静注液100mg「日医工」
	622392101	オキサリプラチン点滴静注液100mg「ニプロ」
	622437301	オキサリプラチン点滴静注液100mg/20mL「KCC」
	622617900	オキサリプラチン200mg40mL注射液
	622189401	エルブラット点滴静注液200mg
	622437401	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「KCC」
	622428001	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ケミファ」
	622426801	オキサリプラチン点滴静注液200mg「DSEP」
	622414601	オキサリプラチン点滴静注液200mg「FFP」
	622434901	オキサリプラチン点滴静注液200mg「NK」
	622431101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「サワイ」
	622432401	オキサリプラチン点滴静注液200mg「デバ」
	622411901	オキサリプラチン点滴静注200mg「トーワ」
	622437001	オキサリプラチン点滴静注液200mg「日医工」
	622439101	オキサリプラチン点滴静注液200mg「ニプロ」
	622461701	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「サンド」
	622460601	オキサリプラチン点滴静注液200mg/40mL「ホスピール」
	620004428	ベルケイド注射用3mg
	620004872	アバスチン点滴静注用100mg/4mL
	620004873	アバスチン点滴静注用400mg/16mL
	620006806	ゼヴァリン イットリウム(90Y) 静注用セット
	620008443	アービタックス注射液100mg
	621954001	ミリアク動注用10mg
	621985901	ペクティビックス点滴静注100mg
	622086201	ペクティビックス点滴静注400mg
	622003801	トーリセル点滴静注液25mg
	622045001	ピダーザ注射用100mg
	622085201	ハラグエン静注1mg
	622101401	フエソクロクステル注250mg
	622149401	ホネチン点滴静注20mg
	622244301	アーゼラ点滴静注液100mg
	622244401	アーゼラ点滴静注液1000mg
	622255101	バージェタ点滴静注420mg/14mL
	622335601	アドセトリス点滴静注用50mg
	622364401	カドサリ点滴静注用100mg
	622284501	カドサリ点滴静注用160mg
	622364801	オブジーボ点滴静注20mg
	622364901	オブジーボ点滴静注100mg
	622662201	オブジーボ点滴静注240mg
	622388101	マブキャンパス点滴静注30mg
	622417901	サイラム平点滴静注液100mg
	622418001	サイラムサ点滴静注液500mg
	622440501	ヤーボイ点滴静注液50mg
	622449301	ヨンデルス点滴静注用0.25mg
	622449401	ヨンデルス点滴静注用1mg
	622489201	ゾーフィゴ静注
	622509501	カイブロリス点滴静注用10mg
	622509601	カイブロリス点滴静注用40mg
	622514701	エムグリシディ点滴静注用300mg
	622514801	エムグリシディ点滴静注用400mg
	622515801	キイトルーダ点滴静注100mg
	622582401	バベンチオ点滴静注200mg
	622594601	デセントリク点滴静注1200mg
	620900601	デセントリク点滴静注840mg
	622628901	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「CTH」
	622630701	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「NK」
	622629001	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「CTH」
	622630801	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「NK」
	622633201	イミフィンジ点滴静注120mg
	622633301	イミフィンジ点滴静注500mg
	622659701	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「第一三共」
	622659801	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「第一三共」
	622679201	トラスツスマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」
	622679301	トラスツスマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」
	629901901	ボートラーザ点滴静注液800mg
	629905901	ペバシズマブBS点滴静注100mg「ファイザー」
	629906001	ペバシズマブBS点滴静注400mg「ファイザー」
	629904901	ペバシズマブBS点滴静注100mg「第一三共」
	629905001	ペバシズマブBS点滴静注400mg「第一三共」
	620004740	ビシバニール注射用0.2KE
	620004741	ビシバニール注射用0.5KE
	620004742	ビシバニール注射用1KE

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	620004743	ビシパニール注射用5KE
	620003834	レンチナチン静注用1mg「味の素」
	620007468	フォトフルン静注用7.5mg
	620001918	注射用レザライリン100mg
	621162801	フエロン注射用100万
	621163001	フエロン注射用300万
	621163701	スミフェロン注DS300万1U
	621163801	スミフェロン注DS600万1U
	640453025	イムノマックス注100
	640453024	イムノマックス注50
	646390065	イムネース注35
	621385201	ベタフェロン皮下注用960万国産単位
A 7 専門的な治療・処置 (②抗悪性腫瘍剤の内服の管理)	621997701	レナデックス錠4mg
	612460005	メチルテストステロン錠
	610407122	メチルテストステロン錠0
	612470008	エチニルエストラジオール錠
	620009249	プロセキソール錠0.5mg
	620005136	ルトラール錠2mg
	610461132	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg錠
	612470037	プロスター錠2.5
	620004573	プロスター錠2.5mg
	620537001	ロンステロン錠2.5mg
	620536512	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg「タイヨー」
	620536526	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg「YD」
	620536509	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg「日医工」
	620536524	クロルマジノン酢酸エステル錠2.5mg「KN」
	620537101	プロスターL錠50mg
	620537302	クロルマジノン酢酸エステル徐放錠50mg「KN」
	610454075	プログステン錠2.5mg
	620537901	プロペラ錠2.5mg
	621285301	メドロキシプログステロン酢酸エステル錠2.5mg「トーワ」
	620537802	メドロキシプログステロン酢酸エステル錠2.5mg「F」
	612470030	ヒスロ錠5
	610454076	プログステン錠5mg
	620538201	メドロキシプログステロン酢酸エステル錠5mg「F」
	610433122	プログステン錠200
	620008693	ヒスロH錠200mg
	620538401	メドロキシプログステロン酢酸エステル錠200mg「F」
	620006975	チオデリンカプセル5mg
	612490039	オベプリム
	620005941	エンドキサン錠50mg
	622181601	経口用エンドキサン粉末100mg
	620904101	マブリン散1%
	620005912	アルケラン錠2mg
	620004939	エストラサイトカプセル156.7mg
	622576801	デモゾロミド錠20mg「NK」
	622576901	デモゾロミド錠100mg「NK」
	620004353	デモダールカプセル20mg
	620004354	デモダールカプセル100mg
	620008778	ロイケリン散10%
	614210098	メソトレキセート錠2.5mg
	620005087	フトラフェール腸溶錠50%
	620004566	フトラフェールカプセル200mg
	614210004	5-FU錠50協和
	614210003	5-FU錠100協和
	614210128	フルツロンカプセル100
	614210129	フルツロンカプセル200
	610470009	ゼローグ錠300
	622656401	カベシタビン錠300mg「サワイ」
	622677701	カベシタビン錠300mg「トーワ」
	622674301	カベシタビン錠300mg「日医工」
	622679001	カベシタビン錠300mg「ヤクルト」
	622700101	カベシタビン錠300mg「IG」
	622695801	カベシタビン錠300mg「NK」
	614220011	スタラシドカプセル50
	614220012	スタラシドカプセル100
	614220010	ハイドレアカプセル500mg
	620004870	フルダラ錠10mg
	621929901	ユーエフディE配合顆粒T100
	621930001	ユーエフディE配合顆粒T150
	621930101	ユーエフディE配合顆粒T200
	620915001	ユーエフディE配合カプセルT100
	620009353	ディーンスワン配合顆粒T20
	622430801	エスエーワン配合顆粒T20
	622434701	エヌケーエスワン配合顆粒T20
	620009354	ディーンスワン配合顆粒T25
	622430901	エスエーワン配合顆粒T25
	622434801	エヌケーエスワン配合顆粒T25
	622243001	ディーンスワン配合OD錠T20
	622497901	エスエーワン配合OD錠T20
	622487301	エヌケーエスワン配合OD錠T20
	622537501	エスワンダイホウ配合OD錠T20
	622243101	ディーンスワン配合OD錠T25
	622488001	エスエーワン配合OD錠T25
	622487401	エヌケーエスワン配合OD錠T25
	622537601	エスワンダイホウ配合OD錠T25
	622397101	Eエスワン配合錠T20
	622397301	エスワンクーケー配合錠T20
	622397201	Eエスワン配合錠T25
	622397401	エスワンクーケー配合錠T25
	620915501	ディーンスワン配合カプセルT20
	622256001	エスエーワン配合カプセルT20
	622254901	エヌケーエスワン配合カプセルT20
	622285701	エスワンメイジ配合カプセルT20
	622275701	デマラール配合カプセルT20
	620915601	ディーンスワン配合カプセルT25
	622256101	エスエーワン配合カプセルT25
	622255001	エヌケーエスワン配合カプセルT25
	622285801	エスワンメイジ配合カプセルT25
	622275801	デマラール配合カプセルT25
	620003642	ラステットSカプセル2.5mg
	620006119	ラステットSカプセル2.5mg
	620003643	ラステットSカプセル50mg
	620006120	ラステットSカプセル50mg
	620002680	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「中外」
	620920403	塩酸プロカルバジンカプセル50mg「TYP」
	620001885	タモキシフェン酢酸塩10mg錠
	620003593	ノルバデックス錠10mg
	620921501	タモキシフェン錠10mg「明治」
	620920504	タモキシフェン錠10mg「日医工」
	620921701	タモキシフェン錠10mg「サワイ」
	620921005	タモキシフェン錠10mg「MYL」
	622671201	タモキシフェン錠10mg「DSE P」
	622317900	タモキシフェン酢酸塩錠20mg錠
	620003594	ノルバデックス錠20mg
	622053001	タモキシフェン錠20mg「サワイ」
	622075101	タモキシフェン錠20mg「日医工」
	622041701	タモキシフェン錠20mg「明治」
	620921905	タモキシフェン錠20mg「MYL」
	622671301	タモキシフェン錠20mg「DSE P」
	620007083	ベラゾリン細粒400mg
	620007084	ベラゾリン細粒800mg
	610463172	フルタミド錠125「KN」
	620006876	オダイン錠125mg
	621484703	フルタミド錠125mg「ファイザー」
	6200065101	ベサノイドカプセル10mg
	610407022	フェラストン錠40
	620004006	トレミフェン錠40mg「サワイ」
	610407023	フェラストン錠60
	622169001	トレミフェン錠60mg「サワイ」
	620003534	カゾデックス錠80mg
	620009414	ピカルタミド錠80mg「F」
	620009415	ピカルタミド錠80mg「KN」
	620009412	ピカルタミド錠80mg「NK」
	620009413	ピカルタミド錠80mg「NP」
	620009411	ピカルタミド錠80mg「SN」
	620009420	ピカルタミド錠80mg「TCK」
	620009409	ピカルタミド錠80mg「あすか」
	620009410	ピカルタミド錠80mg「アール」
	620009416	ピカルタミド錠80mg「サワイ」
	620009417	ピカルタミド錠80mg「サンド」
	620009421	ピカルタミド錠80mg「日医工」
	620009422	ピカルタミド錠80mg「マイラン」
	620009423	ピカルタミド錠80mg「明治」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
621938701	ビカルタミド錠80mg「JG」	
621937301	ビカルタミド錠80mg「オーハラ」	
621933301	ビカルタミド錠80mg「トーワ」	
621912301	ビカルタミド錠80mg「ケミファ」	
622087501	ビカルタミド錠80mg「ファイザー」	
621897501	ビカルタミド錠80mg「テバ」	
622671501	ビカルタミド錠80mg「DSEP」	
622285601	カゾデックスOD錠80mg	
622492601	ビカルタミドOD錠80mg「KN」	
622487201	ビカルタミドOD錠80mg「NK」	
622502901	ビカルタミドOD錠80mg「あすか」	
622482001	ビカルタミドOD錠80mg「ケミファ」	
622498101	ビカルタミドOD錠80mg「サワイ」	
622501501	ビカルタミドOD錠80mg「日医工」	
622307101	ビカルタミドOD錠80mg「ニプロ」	
622502701	ビカルタミドOD錠80mg「明治」	
622513701	ビカルタミドOD錠80mg「トーワ」	
622671401	ビカルタミドOD錠80mg「DSEP」	
622689100	アナストロゾール1mg錠	
620003507	アリミデックス錠1mg	
622192601	アナストロゾール錠1mg「EE」	
622213401	アナストロゾール錠1mg「F」	
622204401	アナストロゾール錠1mg「JG」	
622202701	アナストロゾール錠1mg「KN」	
622208701	アナストロゾール錠1mg「NK」	
622211201	アナストロゾール錠1mg「NP」	
6224420301	アナストロゾール錠1mg「SN」	
622198501	アナストロゾール錠1mg「ケミファ」	
622218301	アナストロゾール錠1mg「サワイ」	
622215501	アナストロゾール錠1mg「サンド」	
622195501	アナストロゾール錠1mg「テバ」	
622195001	アナストロゾール錠1mg「トーワ」	
622208401	アナストロゾール錠1mg「日医工」	
622222701	アナストロゾール錠1mg「マイラン」	
622180501	アナストロゾール錠1mg「明治」	
622238501	アナストロゾール錠1mg「アメル」	
622671101	アナストロゾール錠1mg「DSEP」	
622610600	イマチニブメシル酸塩100mg錠	
620002511	グリバック錠100mg	
622291501	イマチニブ錠100mg「EE」	
622292801	イマチニブ錠100mg「KN」	
622287101	イマチニブ錠100mg「NK」	
622298801	イマチニブ錠100mg「ヤクルト」	
622348701	イマチニブ錠100mg「DSEP」	
622357601	イマチニブ錠100mg「ニプロ」	
622349201	イマチニブ錠100mg「明治」	
622380201	イマチニブ錠100mg「オーハラ」	
622388501	イマチニブ錠100mg「ケミファ」	
622389601	イマチニブ錠100mg「サワイ」	
622414301	イマチニブ錠100mg「JG」	
622437501	イマチニブ錠100mg「TCK」	
622411601	イマチニブ錠100mg「トーワ」	
622436501	イマチニブ錠100mg「日医工」	
622417501	イマチニブ錠100mg「ファイザー」	
622496001	イマチニブ錠100mg「テバ」	
622306802	イマチニブ錠100mg「KMP」	
622357701	イマチニブ錠200mg「ニプロ」	
622340301	イマチニブ錠200mg「明治」	
622375401	イマチニブ錠200mg「ヤクルト」	
622411701	イマチニブ錠200mg「トーワ」	
622436601	イマチニブ錠200mg「日医工」	
622457401	イマチニブ錠200mg「サワイ」	
610462026	アロマンシ錠25mg	
622115801	エキセメスタン錠25mg「NK」	
622118801	エキセメスタン錠25mg「マイラン」	
622158301	エキセメスタン錠25mg「テバ」	
610462027	イレッサ錠250	
622668001	ゲフィニブ錠250mg「DSEP」	
622684501	ゲフィニブ錠250mg「JG」	
622672301	ゲフィニブ錠250mg「NK」	
622679701	ゲフィニブ錠250mg「サワイ」	
622682601	ゲフィニブ錠250mg「サンド」	
622674401	ゲフィニブ錠250mg「日医工」	
622679101	ゲフィニブ錠250mg「ヤクルト」	
620002491	アムノレイク錠2mg	
622475000	レトロゾール2.5mg錠	
620003467	フェママ錠2.5mg錠	
622427401	レトロゾール錠2.5mg「DSEP」	
622429201	レトロゾール錠2.5mg「EE」	
622429901	レトロゾール錠2.5mg「F」	
622413201	レトロゾール錠2.5mg「FFP」	
622422101	レトロゾール錠2.5mg「JG」	
622433901	レトロゾール錠2.5mg「KN」	
622433501	レトロゾール錠2.5mg「NK」	
622418401	レトロゾール錠2.5mg「アメル」	
622427901	レトロゾール錠2.5mg「ケミファ」	
622431001	レトロゾール錠2.5mg「サワイ」	
622432001	レトロゾール錠2.5mg「テバ」	
622412801	レトロゾール錠2.5mg「トーワ」	
622436701	レトロゾール錠2.5mg「日医工」	
622438901	レトロゾール錠2.5mg「ニプロ」	
622417401	レトロゾール錠2.5mg「ファイザー」	
622420001	レトロゾール錠2.5mg「明治」	
622411401	レトロゾール錠2.5mg「ヤクルト」	
622418402	レトロゾール錠2.5mg「サンド」	
620005890	タルセバ錠25mg	
620005891	タルセバ錠100mg	
620005892	タルセバ錠150mg	
620006778	ネクスバル錠200mg	
620006801	スーテントカプセル12.5mg	
620008558	サレドカプセル100	
621984001	サレドカプセル50	
622267801	サレドカプセル25	
620009095	スプリセル錠20mg	
620009096	スプリセル錠50mg	
620009097	タシグナカプセル200mg	
622048101	タシグナカプセル150mg	
622285501	タシグナカプセル50mg	
621911601	タイケルパ錠250mg	
621980901	アフィニール錠5mg	
622216801	アフィニール錠2.5mg	
622226301	アフィニール分散錠2mg	
622426401	アフィニール分散錠3mg	
621927401	レブラミドカプセル25mg	
622456401	レブラミドカプセル2.5mg	
622087401	ゾリンザカプセル100mg	
622149601	ザーコリカプセル200mg	
622149701	ザーコリカプセル250mg	
622183301	インライタ錠1mg	
622183401	インライタ錠5mg	
622201801	ヴォトリエント錠200mg	
622225801	スチバール錠40mg	
622307101	ジオトリブ錠20mg	
622307201	ジオトリブ錠30mg	
622307301	ジオトリブ錠40mg	
622307401	ジオトリブ錠50mg	
622623001	イクスタンジ錠40mg	
622623101	イクスタンジ錠80mg	
622443801	アレセンザカプセル150mg	
622363801	ザイティガ錠250mg	
622365001	シヤカビ錠5mg	
622545301	シヤカビ錠10mg	
622283701	ラバラム錠1mg	
622374701	ボシュリブ錠100mg	
622394901	ゼルボラブ錠240mg	
622415001	ボマリストカプセル1mg	
622415101	ボマリストカプセル2mg	
622415201	ボマリストカプセル3mg	
622415301	ボマリストカプセル4mg	
622416001	レンビマカプセル4mg	
622416101	レンビマカプセル10mg	
622441601	ファリーダックカプセル10mg	
622441701	ファリーダックカプセル15mg	
622441001	カブレルザ錠100mg	

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	622483501	タグルチンカプセル 7.5mg
	622487901	イムブルヒカプセル 14.0mg
	622697301	ジカディア錠 1.50mg
	622485301	ジカディアカプセル 1.50mg
	622472001	タグリッソ錠 4.0mg
	622472101	タグリッソ錠 8.0mg
	622484901	タフィンラーカプセル 5.0mg
	622485001	タフィンラーカプセル 7.5mg
	622485101	メキニスト錠 0.5mg
	622485201	メキニスト錠 2.5mg
	622483401	アイクルシ錠 1.5mg
	622654801	ゾスバタ錠 4.0mg
	622653201	ローブレナ錠 2.5mg
	622653301	ローブレナ錠 1.00mg
	622669101	ビジンプロ錠 1.5mg
	622669201	ビジンプロ錠 4.5mg
	622668801	ピラフトヒカプセル 5.0mg
	622668901	メクトビ錠 1.5mg
	622676901	アーリーダ錠 6.0mg
	622688401	ヴァンプリタ錠 17.7mg
	622688501	ヴァンプリタ錠 24.45mg
	622679401	ロズリートレカプセル 1.00mg
	622679501	ロズリートレカプセル 2.00mg
	622696201	ベネクレクスタ錠 1.0mg
	622696301	ベネクレクスタ錠 5.0mg
	622696401	ベネクレクスタ錠 1.00mg
	620007080	ベスタチンカプセル 1.0mg
	620007081	ベスタチンカプセル 3.0mg
	622336001	ロンサーフ配合錠 T1.5
	622336101	ロンサーフ配合錠 T2.0
A 7 専門的な治療・処置 (③麻薬の使用 注射剤のみ)	648110008	アヘンアルカロイド塩酸塩注射液
	620009272	パンオピン皮下注 2.0mg
	648110009	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003067	アンベック注 1.0mg
	620009277	モルヒネ塩酸塩注射液 1.0mg 「シオノギ」
	628504000	モルヒネ塩酸塩注射液 1.0mg 「第一三共」
	628504304	モルヒネ塩酸塩注射液 1.0mg 「タケダ」
	640407022	モルヒネ塩酸塩注射液
	620003068	アンベック注 5.0mg
	620009278	モルヒネ塩酸塩注射液 5.0mg 「シオノギ」
	628504500	モルヒネ塩酸塩注射液 5.0mg 「第一三共」
	628504804	モルヒネ塩酸塩注射液 5.0mg 「タケダ」
	640453051	モルヒネ塩酸塩注射液
	620001373	アンベック注 2.00mg
	620009279	モルヒネ塩酸塩注射液 2.00mg 「第一三共」
	628505102	モルヒネ塩酸塩注射液 2.00mg 「シオノギ」
	628505304	モルヒネ塩酸塩注射液 2.00mg 「タケダ」
	620004181	ブレベノン注 1.00mg シリシジ
	622135601	オキファスト注 1.0mg
	622685701	オキシコドン注射液 1.0mg 「第一三共」
	622135701	オキファスト注 5.0mg
	622685801	オキシコドン注射液 5.0mg 「第一三共」
	622625401	ナルベイン注 2.0mg
	622625501	ナルベイン注 2.0mg
	648110014	複方オキシコドン注射液
	648110001	アヘンアルカロイド・アトロピン注射液
	648110002	アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110010	複方アヘンアルカロイド・スコボラミン注射液
	648110012	複方オキシコドン・アトロピン注射液
	648110006	モルヒネ・アトロピン注射液
	648210005	ベチジン塩酸塩注射液
	628512804	ベチジン塩酸塩注射液 3.5mg 「タケダ」
	648210006	ベチジン塩酸塩注射液
	628513304	ベチジン塩酸塩注射液 5.0mg 「タケダ」
	620009577	フェンタニル注射液 0.1mg 「ヤンセン」
	621208101	フェンタニル注射液 0.1mg 「第一三共」
	621899203	フェンタニル注射液 0.1mg 「テルモ」
	620009578	フェンタニル注射液 0.25mg 「ヤンセン」
	621627101	フェンタニル注射液 0.25mg 「第一三共」
	621899303	フェンタニル注射液 0.25mg 「テルモ」
	620009579	フェンタニル注射液 0.5mg 「ヤンセン」
	621899403	フェンタニル注射液 0.5mg 「テルモ」
	620004422	アルチバ静注用 2mg
	622486801	レミフェンタニル静注用 2mg 「第一三共」
	620004423	アルチバ静注用 5mg
	622486901	レミフェンタニル静注用 5mg 「第一三共」
	621208201	タカモール静注
	648210004	ベチロルフファン注射液
	648210007	弱ベチロルフファン注射液
A 7 専門的な治療・処置 (④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理)	610462034	コデインリン酸塩散 1%
	620000567	リン酸コデイン散 1% (ハチ)
	620000568	リン酸コデイン散 1% 「フツワ」
	612240008	リン酸コデイン散 1% 「ホエイ」
	620000569	リン酸コデイン散 1% 「イワキ」
	610450010	リン酸コデイン散 1% 「メタル」
	620005838	コデインリン酸塩散 1% 「シオエ」
	620009310	コデインリン酸塩散 1% 「第一三共」
	620392409	コデインリン酸塩散 1% 「タケダ」
	620392429	リン酸コデイン散 1% 「日医工」
	620392403	コデインリン酸塩散 1% (ハチ)
	620000182	コデインリン酸塩錠
	620005841	コデインリン酸塩錠 5mg 「シオエ」
	621567604	リン酸コデイン錠 5mg 「ファイザー」
	610462036	ジヒドロコデインリン酸塩散 1%
	620000575	リン酸ジヒドロコデイン散 1% (ハチ)
	620000576	リン酸ジヒドロコデイン散 1% 「フツワ」
	612240010	リン酸ジヒドロコデイン散 1% 「ホエイ」
	610450011	リン酸ジヒドロコデイン散 1% 「メタル」
	620005844	ジヒドロコデインリン酸塩散 1% 「シオエ」
	620009316	ジヒドロコデインリン酸塩散 1% 「第一三共」
	620392509	ジヒドロコデインリン酸塩散 1% 「タケダ」
	620392528	リン酸ジヒドロコデイン散 1% 「日医工」
	620392532	ジヒドロコデインリン酸塩散 1% (ハチ)
	618110006	アヘン末
	628500001	アヘン末 「第一三共」
	618110004	アヘン散
	628500501	アヘン散 「第一三共」
	618110002	アヘンチンキ
	628501001	アヘンチンキ 「第一三共」
	618110014	アヘンアルカロイド塩酸塩
	618110025	パンオピン 「タケダ」
	618110015	エチルモルヒネ塩酸塩水和物
	618110017	モルヒネ塩酸塩錠
	620009255	モルヒネ塩酸塩錠 1.0mg 「DSP」
	618110016	モルヒネ塩酸塩水和物
	620008346	モルヒネ塩酸塩水和物 「第一三共」 原末
	620009256	モルヒネ塩酸塩水和物 「タケダ」 原末
	610453130	モルベス細粒 2%
	610453131	モルベス細粒 6%
	618110023	MSコンチン錠 1.0mg
	618110024	MSコンチン錠 3.0mg
	610406378	MSコンチン錠 6.0mg
	610453027	MSツワイスロンカプセル 1.0mg
	610453028	MSツワイスロンカプセル 3.0mg
	610453029	MSツワイスロンカプセル 6.0mg
	620003165	パシーフカプセル 3.0mg
	620003166	パシーフカプセル 6.0mg
	620003167	パシーフカプセル 12.0mg
	610470010	オプゾ内服液 5mg
	610470011	オプゾ内服液 1.0mg
	618110011	コデインリン酸塩錠
	620009226	コデインリン酸塩錠 2.0mg 「第一三共」
	628505804	コデインリン酸塩錠 2.0mg 「タケダ」
	618110009	コデインリン酸塩水和物
	620009227	コデインリン酸塩水和物 「タケダ」 原末
	628506001	コデインリン酸塩水和物 「第一三共」 原末
	610462035	コデインリン酸塩散 1.0% 「第一三共」
	620009225	コデインリン酸塩散 1.0% 「タケダ」
	628506500	コデインリン酸塩散 1.0% 「第一三共」
	618110012	ジヒドロコデインリン酸塩
	628507001	ジヒドロコデインリン酸塩 「第一三共」 原末
	628507304	ジヒドロコデインリン酸塩 「タケダ」 原末
	610462037	ジヒドロコデインリン酸塩散 1.0% 「第一三共」
	628507501	ジヒドロコデインリン酸塩散 1.0% 「第一三共」

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	628507804	ジヒドロコデインリン酸塩散 1.0%「タケダ」
	620003630	メチナムール錠 2 m g
	622016901	オキノーム散 2. 5 m g
	622017001	オキノーム散 5 m g
	622017101	オキノーム散 1.0 m g
	622303901	オキノーム散 2.0 m g
	622540101	オキシコドン錠 2. 5 m g「第一三共」
	622540201	オキシコドン錠 5 m g「第一三共」
	622540301	オキシコドン錠 1.0 m g「第一三共」
	622540401	オキシコドン錠 2.0 m g「第一三共」
	622521701	オキシコドン徐放錠 5 m g「第一三共」
	622521801	オキシコドン徐放錠 1.0 m g「第一三共」
	622521901	オキシコドン徐放錠 2.0 m g「第一三共」
	622522001	オキシコドン徐放錠 4.0 m g「第一三共」
	622317601	オキシコドン T R錠 5 m g
	622685301	オキシコドン徐放錠 5 m g N X「第一三共」
	622576401	オキシコドン T R錠 1.0 m g
	622685401	オキシコドン徐放錠 1.0 m g N X「第一三共」
	622576501	オキシコドン T R錠 2.0 m g
	622685501	オキシコドン徐放錠 2.0 m g N X「第一三共」
	622576601	オキシコドン T R錠 4.0 m g
	622685601	オキシコドン徐放錠 4.0 m g N X「第一三共」
	622303501	オキシコドン徐放カプセル 5 m g「テルモ」
	622303601	オキシコドン徐放カプセル 1.0 m g「テルモ」
	622303701	オキシコドン徐放カプセル 2.0 m g「テルモ」
	622303801	オキシコドン徐放カプセル 4.0 m g「テルモ」
	622550201	ナルラビド錠 1 m g
	622550301	ナルラビド錠 2 m g
	622550501	ナルラビド錠 4 m g
	622549801	ナルサス錠 2 m g
	622549901	ナルサス錠 6 m g
	622550001	ナルサス錠 1.2 m g
	622550101	ナルサス錠 2.4 m g
	618110001	アヘントコン散
	618110027	ドーフル散
	618210001	ベチジン塩酸塩
	622293501	アブストラル舌下錠 1.0 0 μ g
	622293601	アブストラル舌下錠 2.0 0 μ g
	622293701	アブストラル舌下錠 4.0 0 μ g
	622284901	イーフェンバツカル錠 5.0 μ g
	622265001	イーフェンバツカル錠 1.0 0 μ g
	622265101	イーフェンバツカル錠 2.0 0 μ g
	622265201	イーフェンバツカル錠 4.0 0 μ g
	622265301	イーフェンバツカル錠 6.0 0 μ g
	622265401	イーフェンバツカル錠 8.0 0 μ g
	622212701	メサペイン錠 5 m g
	622212801	メサペイン錠 1.0 m g
	622350501	タベンタ錠 2.5 m g
	622350601	タベンタ錠 5.0 m g
	622350701	タベンタ錠 1.0 0 m g
	668110001	アンベック坐剤 1.0 m g
	668110002	アンベック坐剤 2.0 m g
	660432005	アンベック坐剤 3.0 m g
	618120001	コカイン塩酸塩
	620009281	コカイン塩酸塩「タケダ」原末
	620007678	デュロテップ M T パッチ 2. 1 m g
	622177901	フェンタニル 3 日用テープ 2. 1 m g「HMT」
	622228201	フェンタニル 3 日用テープ 2. 1 m g「明治」
	622628101	フェンタニル 3 日用テープ 2. 1 m g「トーワ」
	622305202	フェンタニル 3 日用テープ 2. 1 m g「テイコク」
	620007679	デュロテップ M T パッチ 4. 2 m g
	622178001	フェンタニル 3 日用テープ 4. 2 m g「HMT」
	622228301	フェンタニル 3 日用テープ 4. 2 m g「明治」
	622628201	フェンタニル 3 日用テープ 4. 2 m g「トーワ」
	622305302	フェンタニル 3 日用テープ 4. 2 m g「テイコク」
	620007680	デュロテップ M T パッチ 8. 4 m g
	622178101	フェンタニル 3 日用テープ 8. 4 m g「HMT」
	622228401	フェンタニル 3 日用テープ 8. 4 m g「明治」
	622628301	フェンタニル 3 日用テープ 8. 4 m g「トーワ」
	622305402	フェンタニル 3 日用テープ 8. 4 m g「テイコク」
	620007681	デュロテップ M T パッチ 1 2. 6 m g
	622178201	フェンタニル 3 日用テープ 1 2. 6 m g「HMT」
	622228501	フェンタニル 3 日用テープ 1 2. 6 m g「明治」
	622628401	フェンタニル 3 日用テープ 1 2. 6 m g「トーワ」
	622305502	フェンタニル 3 日用テープ 1 2. 6 m g「テイコク」
	620007682	デュロテップ M T パッチ 1 6. 8 m g
	622178301	フェンタニル 3 日用テープ 1 6. 8 m g「HMT」
	622228601	フェンタニル 3 日用テープ 1 6. 8 m g「明治」
	622628501	フェンタニル 3 日用テープ 1 6. 8 m g「トーワ」
	622305602	フェンタニル 3 日用テープ 1 6. 8 m g「テイコク」
	622041901	ワンドェロパッチ 0. 8 4 m g
	622505001	フェンタニル 1 日用テープ 0. 8 4 m g「明治」
	622042001	ワンドェロパッチ 1. 7 m g
	622505101	フェンタニル 1 日用テープ 1. 7 m g「明治」
	622042101	ワンドェロパッチ 3. 4 m g
	622505201	フェンタニル 1 日用テープ 3. 4 m g「明治」
	622042201	ワンドェロパッチ 5 m g
	622505301	フェンタニル 1 日用テープ 5 m g「明治」
	622042301	ワンドェロパッチ 6. 7 m g
	622505401	フェンタニル 1 日用テープ 6. 7 m g「明治」
	622700801	ラフェンタテープ 1. 3 8 m g
	622700901	ラフェンタテープ 2. 7 5 m g
	622701001	ラフェンタテープ 5. 5 m g
	622701101	ラフェンタテープ 8. 2 5 m g
	622701201	ラフェンタテープ 1 1 m g
	621988502	フェントステープ 1 m g
	622643101	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 1 m g「第一三共」
	622696801	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 1 m g「テイコク」
	621988602	フェントステープ 2 m g
	622643201	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 2 m g「第一三共」
	622696901	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 2 m g「テイコク」
	621988702	フェントステープ 4 m g
	622643301	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 4 m g「第一三共」
	622697001	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 4 m g「テイコク」
	621988802	フェントステープ 6 m g
	622643401	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 6 m g「第一三共」
	622697101	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 6 m g「テイコク」
	621988902	フェントステープ 8 m g
	622643501	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 8 m g「第一三共」
	622697201	フェンタニルエン酸塩 1 日用テープ 8 m g「テイコク」
	622645901	フェントステープ 0. 5 m g
A 7 専門的な治療・処置 (⑤ 放射線治療)	180008810	体外照射 (エクス線表在治療) (1 回目)
	180019410	体外照射 (エクス線表在治療) (2 回目)
	180020710	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (1 門照射)
	180020810	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (対向 2 門照射)
	180020910	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (非対向 2 門照射)
	180021010	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (3 門照射)
	180021110	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (4 門以上の照射)
	180021210	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (運動照射)
	180021310	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (1 回目) (原体照射)
	180021410	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (1 門照射)
	180021510	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (対向 2 門照射)
	180021610	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (非対向 2 門照射)
	180021710	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (3 門照射)
	180021810	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (4 門以上の照射)
	180021910	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (運動照射)
	180022010	体外照射 (高エネルギー放射線治療) (2 回目) (原体照射)
	180031910	体外照射 (1 M R T)
	180025270	施設基準不適合減算 (放射線) (1 0 0 分の 7 0)
	180043270	1 回線量増加加算 (全乳房照射)
	180054970	1 回線量増加加算 (前立腺照射)
	180009270	術中放射線治療加算
	180016970	体外照射術中定器具加算
	180054870	画像誘導放射線治療加算 (腫瘍の位置情報)
	180054770	画像誘導放射線治療加算 (骨構造の位置情報)
	180054670	画像誘導放射線治療加算 (体表面の位置情報)
	180035270	体外照射呼吸性移動対策加算
	180018910	ガンマナイフによる定位放射線治療
	180019710	直線加速器による放射線治療 (定位放射線治療)
	180035310	直線加速器による放射線治療 (1 以外)
	180026750	直線加速器による放射線治療 (定位放射線治療・体幹部に対する)
	180035470	定位放射線治療呼吸性移動対策加算 (動物追尾法)
	180035570	定位放射線治療呼吸性移動対策加算 (その他)
	180055110	粒子線治療 (希少な疾病) (陽子線治療)

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 7 専門的な治療・処置 (⑥ 免疫抑制剤の管理 注射剤のみ)	180055010	粒子線治療 (希少な疾病) (重粒子線治療)
	180055310	粒子線治療 (1 以外の特定の疾病) (陽子線治療)
	180055510	粒子線治療 (1 以外の特定の疾病) (重粒子線治療)
	180046970	粒子線治療適応判定加算
	180047070	粒子線治療医学管理加算
	180012710	全身照射
	180009410	密封小線源治療 (外部照射)
	180017010	密封小線源治療 (腔内照射) (高線量率イリジウム照射)
	180032110	密封小線源治療 (腔内照射) (新型コバルト小線源治療装置)
	180009510	密封小線源治療 (腔内照射) (その他)
	180027110	密封小線源治療 (組織内照射) (前立腺癌に対する永久挿入療法)
	180018610	密封小線源治療 (組織内照射) (高線量率イリジウム照射)
	180032310	密封小線源治療 (組織内照射) (新型コバルト小線源治療装置)
	180009610	密封小線源治療 (組織内照射) (その他)
	180009710	密封小線源治療 (放射線粒子照射)
	180027270	線源使用加算 (密封小線源治療) (前立腺癌に対する永久挿入療法)
	180018770	食道用アプリーケーター加算 (密封小線源治療)
	180018870	気管、気管支用アプリーケーター加算 (密封小線源治療)
A 7 専門的な治療・処置 (⑦ 昇圧剤の使用 注射剤のみ)	180047170	画像誘導密封小線源治療加算
	620007335	ソル・コデーブ注射用 1 0 0 m g
	620008818	サクシン注射用 1 0 0 m g
	620007332	ソル・コデーブ静注用 2 5 0 m g
	620008819	サクシン静注用 3 0 0 m g
	620007333	ソル・コデーブ静注用 5 0 0 m g
	620008816	サクシン静注用 5 0 0 m g
	620007334	ソル・コデーブ静注用 1 0 0 0 m g
	620008817	サクシン静注用 1 0 0 0 m g
	620004661	ケナコルトー A 及び内用関節腔内用本懸注 5 0 m g / 5 m L
	620004660	ケナコルトー A 筋注用関節腔内用本懸注 4 0 m g / 1 m L
	620002613	リンデロン注 2 m g (0 . 4 %)
	620003829	リノサール注射液 2 m g (0 . 4 %)
	620002614	リンデロン注 4 m g (0 . 4 %)
	620003830	リノサール注射液 4 m g (0 . 4 %)
	620002615	リンデロン注 2 0 m g (0 . 4 %)
	620003831	リノサール注射液 2 0 m g (0 . 4 %)
A 7 専門的な治療・処置 (⑧ 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ)	620002616	リンデロン注 2 0 m g (2 %)
	620002617	リンデロン注 1 0 0 m g (2 %)
	620007336	ソルコート静注液 1 0 0 m g
	620525001	デカドロン注射液 1 . 6 5 m g
	620525101	デキサート注射液 1 . 6 5 m g
	620525201	オルガドロン注射液 1 . 9 m g
	620525301	デカドロン注射液 3 . 3 m g
	620525401	デキサート注射液 3 . 3 m g
	620525801	オルガドロン注射液 3 . 8 m g
	620525601	デカドロン注射液 6 . 6 m g
	620525701	デキサート注射液 6 . 6 m g
	620525901	オルガドロン注射液 1 9 m g
	620003832	リメタゾン静注 2 . 5 m g
	642450087	リンデロン懸濁注
	640454024	注射用 ソル・メルコート 4 0
	620007356	ソル・メドロール静注用 4 0 m g
	640454025	注射用 ソル・メルコート 1 2 5
	620007357	ソル・メドロール静注用 1 2 5 m g
	640454026	注射用 ソル・メルコート 5 0 0
	620007358	ソル・メドロール静注用 5 0 0 m g
	620001310	注射用 ソル・メルコート 1 . 0 0 0
	620007359	ソル・メドロール静注用 1 0 0 0 m g
	620007381	デボ・メドロール本懸注 2 0 m g
	620007382	デボ・メドロール本懸注 4 0 m g
	642450115	注射用フレニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450169	水溶性フレドニン 1 0 m g
	620530402	フレドニゾロンコハク酸エステル Na 注射用 1 0 m g 「 F 」
	642450116	注射用フレニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450170	水溶性フレドニン 2 0 m g
	620530502	フレドニゾロンコハク酸エステル Na 注射用 2 0 m g 「 F 」
	642450117	注射用フレニゾロンコハク酸エステルナトリウム
	642450171	水溶性フレドニン 5 0 m g
	620894001	サンディムン点滴静注用 2 5 0 m g
	643990141	フロクラフ注射液 5 m g
	622047401	フロクラフ注射液 2 m g
	620008850	スバーシン点滴静注 1 0 0 m g
	620008829	シムレクト静注用 2 0 m g
	620008445	シムレクト小児用静注用 1 0 m g
	620009011	ステロネママ腸 3 m g
	620009010	ステロネママ腸 1 . 5 m g
	620008905	ドバミン注 1 0 m g
	640451008	ドバミン塩酸塩 1 0 0 m g 5 m L 注射液
	620002175	イノパン注 1 0 0 m g
	620003427	カコージン注 1 0 0 m g
	620005804	ドバミン塩酸塩点滴静注 1 0 0 m g 「アイロム」
	620005858	ドバミン塩酸塩点滴静注液 1 0 0 m g 「タイヨー」
	620008381	ドバミン塩酸塩点滴静注 1 0 0 m g 「KN」
	620244724	ツルドバミ点滴静注 1 0 0 m g
	620244718	ドバミン塩酸塩点滴静注 1 0 0 m g 「NP」
	620244732	ドバミン塩酸塩点滴静注液 1 0 0 m g 「ファイザー」
	620244701	ドバミン塩酸塩点滴静注 1 0 0 m g 「イセイ」
	620002174	イノパン注 5 0 m g
	621399008	ドバミン塩酸塩点滴静注液 5 0 m g 「タイヨー」
	621399011	ツルドバミ点滴静注 5 0 m g
	621399010	カコージン注 5 0 m g
	621399013	ドバミン塩酸塩点滴静注 5 0 m g 「NP」
	640461010	ドバミン塩酸塩 2 0 0 m g 1 0 m L 注射液
	620245102	ツルドバミ点滴静注 2 0 0 m g
	622084701	カコージン注 2 0 0 m g
	622060501	ドバミン塩酸塩点滴静注液 2 0 0 m g 「タイヨー」
	622033602	ドバミン塩酸塩点滴静注 2 0 0 m g 「NP」
	620002179	塩酸ドバミン注キット 2 0 0
	620003205	カコージン D 注 0 . 1 %
	620002180	塩酸ドバミン注キット 6 0 0
	620003207	カコージン D 注 0 . 3 %
	620003194	イノパン注 0 . 1 % シリンジ
	620003195	イノパン注 0 . 3 % シリンジ
	620004105	イノパン注 0 . 6 % シリンジ
	642110084	ドブトレックス注射液 1 0 0 m g
	620005187	ドブタミン点滴静注 1 0 0 m g 「アイロム」
	621365314	ドブタミン塩酸塩点滴静注液 1 0 0 m g 「サワイ」
	621365306	ドブタミン点滴静注 1 0 0 m g 「A F P」
	621365316	ドブタミン点滴静注液 1 0 0 m g 「 F 」
	621365321	ドブタミン点滴静注液 1 0 0 m g 「ファイザー」
	620005188	ドブトレックスキット点滴静注用 2 0 0 m g
	620005189	ドブトレックスキット点滴静注用 6 0 0 m g
	620003225	ドブボン注 0 . 1 % シリンジ
	620003226	ドブボン注 0 . 3 % シリンジ
	620004161	ドブボン注 0 . 6 % シリンジ
	620002593	ネオシネジンコーワ注 1 m g
	620002594	ネオシネジンコーワ注 5 m g
	642450005	アドレナリン注射液
	620517902	ボスミン注 1 m g
	642450071	ノルアドレナリン注射液
	620008384	ノルアドレナリン注 1 m g
	621371901	アドレナリン注 0 . 1 % シリンジ「テルモ」
	628704702	エビベン注射液 0 . 1 5 m g
	628704802	エビベン注射液 0 . 3 m g
	620246104	ドバミン塩酸塩点滴静注液 2 0 0 m g キット「ファイザー」
	620246305	ドバミン塩酸塩点滴静注液 2 0 0 m g バック「武田テバ」
	620246404	ドバミン塩酸塩点滴静注液 6 0 0 m g キット「ファイザー」
	620246605	ドバミン塩酸塩点滴静注液 6 0 0 m g バック「武田テバ」
	620247903	ドブタミン点滴静注液 2 0 0 m g キット「ファイザー」
	620248003	ドブタミン点滴静注液 6 0 0 m g キット「ファイザー」
A 7 専門的な治療・処置 (⑨ 抗不整脈剤の使用 注射剤のみ)	641210020	リドカイン注射液
	641210093	キシロカイン注射液 0 . 5 %
	641210094	リドカイン注「NM」 0 . 5 %
	641210021	リドカイン注射液
	641210096	キシロカイン 0 . 5 % 筋注用溶解液
	641210022	リドカイン注射液
	641210099	キシロカイン注射液 1 %
	641210100	リドカイン注「NM」 1 %
	641210023	リドカイン注射液
	641210102	キシロカイン注射液 2 %
	641210103	リドカイン注「NM」 2 %
	641210024	リドカイン注射液
	641210105	静注用キシロカイン 2 %
	620166503	リドカイン静注液 2 % 「タカタ」
	641210025	リドカイン注射液

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A 7 専門的な治療・処置 (㉑ 抗血栓薬の持続点滴の使用)	621670602	リドカイン点滴静注液1%「タカダ」
	642120014	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008355	アミサリン注100mg
	642120015	プロカインアミド塩酸塩注射液
	620008356	アミサリン注200mg
	642120006	インデラル注射液2mg
	621494801	オノアクト点滴静注用50mg
	622094701	コアベーク静注用12.5mg
	622422801	オノアクト点滴静注用150mg
	640462042	フレビプロック注100mg
	620004782	リスモダンP静注50mg
	620005243	ワソラン静注5mg
	620009200	ペラバミル塩酸塩静注5mg「タイヨー」
	620008940	メキシゲール点滴静注125mg
	620004636	アスベリン静注100mg
	620262301	シベンノール静注70mg
	620007361	タンボコール静注50mg
	620002584	シンビット静注用50mg
	640443003	サンリズム注射液50
	620002610	リドカイン静注用2%シリンジ「テルモ」
	620004402	アムカロン注150
	622609302	アミオダロン塩酸塩静注150mg「TE」
	620332902	ジルチアゼム塩酸塩静注用10mg「日医工」
	620333102	ジルチアゼム塩酸塩静注用50mg「日医工」
	640407031	ヘルベッサー注射用250
	620333401	ジルチアゼム塩酸塩注射用250mg「サワイ」
	621403902	ジルチアゼム塩酸塩静注用250mg「日医工」
	621385501	ヘルベッサー注射用10
	620333501	ジルチアゼム塩酸塩注射用10mg「サワイ」
	621958601	ヘルベッサー注射用50
	620333601	ジルチアゼム塩酸塩注射用50mg「サワイ」
	621406001	アルガトロバン注射液10mg「サワイ」
	621267001	アルガトロバン注射液10mg「日医工」
	621405904	アルガトロバン注射液10mg「SN」
	620002948	スロノンHI注10mg/2mL
	620002974	ノバスタンHI注10mg/2mL
	620003192	アルガトロバン注シリンジ10mg「NP」
	621734701	アルガトロバン注10mgシリンジ「SN」
	620002252	チトランシ液「フナー」4%
	620812203	ヘパリンCa皮下注2万単位/0.8mL「サワイ」
	621824702	ヘパリンカルシウム注1万単位/10mL「AY」
	621824802	ヘパリンCa注射液2万単位/20mL「サワイ」
	621825002	ヘパリンカルシウム注5万単位/50mL「AY」
	621824902	ヘパリンCa注射液5万単位/50mL「サワイ」
	621825102	ヘパリンCa注射液10万単位/100mL「サワイ」
	622458001	ヘパリンCa皮下注1万単位/0.4mL「サワイ」
	621933401	ヘパリンカルシウム皮下注5千単位/0.2mLシリンジ「モチダ」
	643330011	ヘパリンナトリウム注射液
	620812504	ヘパリンナトリウム注N5千単位/5mL「AY」
	620006725	ヘパリンナトリウム注射液
	621825302	ヘパリンNa注5千単位/5mL「モチダ」
	620006728	ヘパリンナトリウム注射液
	621825802	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「AY」
	621825602	ヘパリンナトリウム注N1万単位/10mL「AY」
	621825704	ヘパリンナトリウム注1万単位/10mL「ニプロ」
	621825502	ヘパリンNa注1万単位/10mL「モチダ」
	620006734	ヘパリンナトリウム注射液
	621826102	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「AY」
	621826004	ヘパリンナトリウム注5万単位/50mL「ニプロ」
	620006739	ヘパリンナトリウム注射液
	621826402	ヘパリンナトリウム注10万単位/100mL「AY」
	620006312	ヘパリンNa透析用250単位/mL「フナー」20mL
	621832801	ヘパリンNa透析用250単位/mL「NS」20mL
	621701902	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「日新」
	621699702	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「KCC」
	620006328	リザルミン静注5000単位/5mL
	621757301	ダルテバリンNa静注5千単位/5mL「HK」
	621673901	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「日医工」
	621757401	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「日本臓器」
	620812701	フラグミン静注5000単位/5mL
	621702702	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「サワイ」
	621673102	ダルテバリンNa静注5000単位/5mL「AFP」
	620007360	ダルテバリンNa静注5千単位/5mLシリンジ「HK」
	621994801	ダルテバリンNa静注2500単位/10mLシリンジ「ニプロ」
	621994901	ダルテバリンNa静注3000単位/12mLシリンジ「ニプロ」
	621994501	ダルテバリンNa静注4000単位/16mLシリンジ「ニプロ」
	621995101	ダルテバリンNa静注5000単位/20mLシリンジ「ニプロ」
	620006789	リコモジュリン点滴静注用12800
	621373901	オルガラン静注1250単位
	620006203	ウロナーゼ静注用6万単位
	620006202	ウロナーゼ注射用12万単位
	620006204	ウロナーゼ静注用4万単位
	620006267	デフィブラーゼ点滴静注液10単位
	643950056	アクチバシン注6000方
	643950059	グルトバ注600方
	643950057	アクチバシン注1200方
	643950060	グルトバ注1200方
	643950058	アクチバシン注2400方
	643950061	グルトバ注2400方
	620007270	クリアクター静注用40方
	620007271	クリアクター静注用80方
A 7 専門的な治療・処置 (㉒ ドレナージの管理)	140032310	ドレーン法（ドレナージ）（持続的吸引）
	140032410	ドレーン法（ドレナージ）（その他）
	140051810	局所陰圧閉鎖処置（入院）（100cm2未満）
	140051910	局所陰圧閉鎖処置（入院）（100cm2以上）
	140052010	局所陰圧閉鎖処置（入院）（200cm2以上）
	140052170	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（100cm2未満）
	140052270	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（100cm2以上）
	140052370	初回加算（局所陰圧閉鎖処置）（入院）（200cm2以上）
	140004110	持続的胸腔ドレナージ
	140004310	胃持続
	140004510	持続的腹腔ドレナージ
	140052710	持続的難治性下痢便ドレナージ
	140007010	イレウス用ロングチューブ挿入法
	190106570	無菌治療室管理加算1
	190146510	無菌治療室管理加算2
	190171910	救急医療管理加算1
	190172010	救急医療管理加算2
C 16 開頭手術（13日間）	113013810	夜間休日救急搬送医学管理料
	150067010	頭蓋開頭術
	150067210	試験開頭術
	150335610	減圧開頭術（キアリ奇形、脊髄空洞症）
	150067410	減圧開頭術（その他）
	150397510	後頭蓋減圧術
	150067510	脳腫瘍摘出術
	150291010	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
	150068010	機能的定位脳手術（片側）
	150314910	機能的定位脳手術（両側）
	150291110	顕微鏡使用によるくもかん手術（焦点切除術）
	150291210	顕微鏡使用によるくもかん手術（側頭葉切除術）
	150291310	顕微鏡使用によるくもかん手術（脳梁腫瘍術）
	150068310	脳切除術（開頭）
	150068910	脳神経手術（開頭）
	150069050	頭蓋内微小血管減圧術
	150069110	頭蓋骨腫瘍摘出術
A 7 専門的な治療・処置 (㉓ 無菌治療室での治療)	150069210	頭蓋・脳脊髄液性腫瘍手術
	150069410	頭蓋骨腫瘍摘出術
	150069510	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜外）
	150069610	頭蓋内血腫除去術（開頭）（硬膜下）
	150069710	頭蓋内血腫除去術（開頭）（脳内）
	150069850	脳血管萎縮摘出術
	150069950	脳血管血栓摘出術
	150070010	脳内血腫摘出術
	150070110	脳腫瘍全摘術
	150070210	頭蓋内腫瘍摘出術
	150070310	脳切除術
	150070510	頭蓋内腫瘍摘出術（松果体部腫瘍）
	150284510	頭蓋内腫瘍摘出術（その他）
	150372470	脳腫瘍立体マッピング加算
	150370470	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算
	150412010	脳動静脈奇形摘出術（単純）
	150412110	脳動静脈奇形摘出術（複雑）
A 7 専門的な治療・処置 (㉔ 緊急に入院を必要とする状態)	150071310	脳・脳膜脱手術
	150243410	脳動脈瘤被包術（1箇所）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 17 開胸手術（12日間）	150243510	脳動脈瘤被包術（2箇所以上）
	150243610	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（1箇所）
	150243710	脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭）（2箇所以上）
	150243810	脳動脈瘤頸部クリッピング（1箇所）
	150243910	脳動脈瘤頸部クリッピング（2箇所以上）
	150344370	ローフローバイパス術併用加算
	150397670	ハーフローバイパス術併用加算
	150072010	縫皮顔面腫瘍
	150072210	頭蓋骨形成手術（硬膜形成を伴う）
	150335810	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴う）
	150067710	耳性頭蓋内合併症手術
	150067850	耳科的硬脳膜外腫瘍切開術
	150068410	延髄における脊髄視床路切截術
	150068510	二又神経節後縦椎切截術
	150068610	視神経管開放術
	150068710	顔面神経減圧手術（乳様突起経由）
	150068850	顔面神経管開放術
	150150310	動脈形成術、吻合術（頭蓋内動脈）
	150299250	脳新生血管造成術
	150152510	血管移植術、バイパス移植術（頭、頸部動脈）
	150123810	胸壁悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150123910	胸壁悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124150	胸骨悪性腫瘍摘出術（胸壁形成手術を併施）
	150124250	胸骨悪性腫瘍摘出術（その他）
	150124410	胸壁瘻手術
	150124510	漏斗胸手術（胸骨挙上法）
	150124610	漏斗胸手術（胸骨顕転法）
	150124710	試験開胸術
	150127350	試験的開胸開腹術
	150125910	胸腔内（胸膜内）血腫除去術
	150126610	膿瘍胸膜、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲以内）
	150126710	膿瘍胸膜、胸膜肺底切除術（1肺葉に相当する範囲を超える）
	150316810	胸膜外肺切除術（1肺葉に相当する範囲以内）
	150316910	胸膜外肺切除術（1肺葉に相当する範囲を超える）
	150127210	膿胸腔有茎筋肉充填術
	150357110	膿胸腔有茎大網充填術
	150127510	胸郭形成手術（膿胸手術）（肋骨切除を主とする）
	150127610	胸郭形成手術（膿胸手術）（胸膜肺底切除を併施する）
	150127810	胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む）
	150128210	乳嚢胸手術
	150260550	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術
	150128310	縦隔腫瘍、胸腺摘出術
	150292710	縦隔切開術（経胸腔）
	150294710	縦隔切開術（経腹）
	150374110	拡大胸腔摘出術
	150128510	縦隔郭清術
	150128610	縦隔悪性腫瘍手術（単独摘出）
	150357410	縦隔悪性腫瘍手術（広汎摘出）
	150129010	肺腫瘍切開排膿術
	150129310	気管支異物除去術（開胸手術）
	150374410	気管支瘻孔閉鎖術
	150129710	肺切除術（楔状部分切除）
	150129810	肺切除術（区域切除（1肺葉に満たない））
	150129910	肺切除術（肺葉切除）
	150130010	肺切除術（複合切除（1肺葉を超える））
	150130110	肺切除術（1側肺全摘）
	150317110	肺切除術（気管支形成を伴う肺切除）
	150357810	肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150357910	肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150358010	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超える）
	150358110	肺悪性腫瘍手術（肺全摘）
	150358210	肺悪性腫瘍手術（隆接臓器合併切除を伴う肺切除）
	150358310	肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
	150358410	肺悪性腫瘍手術（気管分枝部切除を伴う肺切除）
	150358510	肺悪性腫瘍手術（気管分枝部再建を伴う肺切除）
	150374510	肺悪性腫瘍手術（胸膜肺全摘）
	150386610	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除、横隔縦心縦合併切除を伴う）
	150317510	同種死体肺移植術
	150399270	両側肺移植加算（生体部分肺移植術）
	150336510	移植用部分肺採取術（生体）
	150336610	生体部分肺移植術
	150336710	生体部分肺移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150131210	肺剥皮術
	150131310	気管支瘻閉鎖術
	150131610	肺結核術
	150131710	気管支形成手術（楔状切除術）
	150131810	気管支形成手術（楔状切除術）
	150253410	先天性気管狭窄症手術
	150132210	食道縫合術（穿孔、損傷）（開胸手術）
	150132410	食道周囲腫瘍切開誘導術（開胸手術）
	150132510	食道周囲腫瘍切開誘導術（胸骨切開）
	150132610	食道周囲腫瘍切開誘導術（その他（頸部手術を含む））
	150346310	食道空嚢・パイパス形成術
	150133110	食道異物摘出術（開胸手術）
	150133710	食道憩室切除術（開胸）
	150133810	食道切除再建術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150133910	食道切除再建術（胸部、腹部の操作）
	150253610	食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術）
	150134110	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（頸部食道）
	150134210	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみ）（胸部食道）
	150135010	先天性食道閉鎖症根治手術
	150359010	先天性食道狭窄症根治手術
	150135110	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（頸部、胸部、腹部の操作）
	150135210	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（胸部、腹部の操作）
	150136610	横隔縦裂合術（経胸）
	150136810	横隔縦裂合術（経胸及び経腹）
	150136950	横隔縦レラクサチオ手術（経胸）
	150137150	横隔縦レラクサチオ手術（経胸及び経腹）
	150137210	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150137410	胸腹裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150137910	食道裂孔ヘルニア手術（経胸）
	150138110	食道裂孔ヘルニア手術（経胸及び経腹）
	150138210	心膜縫合術
	150138310	心筋縫合止血術（外傷性）
	150138410	心膜切開術
	150138510	心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術
	150138710	収縮性心膜炎手術
	150140510	試験開心術
	150140610	心腔内異物除去術
	150140710	心房内血栓除去術
	150140810	心腫瘍摘出術（単独）
	150318010	心腔内粘液腫摘出術（単独）
	150317810	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318110	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150317910	心腫瘍摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））
	150318210	心腔内粘液腫摘出術（冠動脈血行再建術（2吻合以上））
	150140010	開胸心臓マッサージ
	150145710	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（1箇所）
	150145810	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）（2箇所以上）
	150145910	冠動脈、大動脈バイパス移植術（1吻合）
	150146010	冠動脈、大動脈バイパス移植術（2吻合以上）
	150302770	冠動脈形成術（血腔内膜摘除）併施加算
	150318410	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（1吻合）
	150318510	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺不使用）（2吻合以上）
	150143010	心室瘤切除術（単独）
	150143110	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318610	心室瘤切除術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150318710	左室形成術（単独）
	150319010	心室中隔穿孔閉鎖術（単独）
	150319310	左室自由壁破裂修復術（単独）
	150318810	左室形成術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319110	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150319410	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（1吻合）を伴う）
	150318910	左室形成術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319210	心室中隔穿孔閉鎖術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150319510	左室自由壁破裂修復術（冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴う）
	150141010	弁形成術（1弁）
	150279510	弁形成術（2弁）
	150279610	弁形成術（3弁）
	150141410	弁置換術（1弁）
	150141610	弁置換術（2弁）
	150141710	弁置換術（3弁）
	150359470	心臓弁再置換術加算（弁置換術）
	150387210	経カテーテル大動脈弁置換術（経心尖大動脈弁置換術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150143610	大動脈弁狭窄直視下切開術
	150143710	大動脈弁上狭窄手術
	150143810	大動脈弁下狭窄切除術（繊維性、筋肥厚を含む）
	150141510	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	150375570	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（１弁）
	150375670	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（２弁）
	150375770	心臓弁再置換術加算（弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術）（３弁）
	150319610	D K S吻合を伴う大動脈拡張症手術
	150292910	クロス術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）
	150139310	閉鎖式僧帽弁交連切開術
	150244910	大動脈瘤切除術（上行）（弁置換術又は形成術）
	150359510	大動脈瘤切除術（上行）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359610	大動脈瘤切除術（上行）（自己弁置存型基部置換術）
	150245010	大動脈瘤切除術（上行）（その他）
	150150010	大動脈瘤切除術（下部）
	150359710	大動脈瘤切除術（上行・下部同時）（弁置換術又は形成術）
	150359810	大動脈瘤切除術（上行・下部同時）（人工弁置換を伴う基部置換術）
	150359910	大動脈瘤切除術（上行・下部同時）（自己弁置存型基部置換術）
	150275910	大動脈瘤切除術（上行・下部同時）（その他）
	150150110	大動脈瘤切除術（下行）
	150294810	大動脈瘤切除術（胸腹部大動脈）
	150375870	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（１弁）
	150375970	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（２弁）
	150376070	心臓弁再置換術加算（大動脈瘤切除術（吻合又は移植含む））（３弁）
	150381550	オーブン型ステントグラフト内挿術（下部）
	150381650	オーブン型ステントグラフト内挿術（上行・下部同時、弁置換・形成）
	150381750	オーブン型ステントグラフト内挿術（上行・下部同時、弁・基部置換）
	150381850	オーブン型ステントグラフト内挿術（上行・下部同時、弁置存置換術）
	150381950	オーブン型ステントグラフト内挿術（上行・下部同時、その他）
	150382050	オーブン型ステントグラフト内挿術（下行）
	150151810	動脈管開存症手術（動脈管開存閉鎖術（直視下））
	150139110	肺動脈絞扼術
	150319810	血管輪又は重複大動脈弓離断手術
	150319910	巨大側副血管手術（肺内肺動脈吻合術）
	150138810	体動脈肺動脈短絡手術（フクロック手術、ウォーターストン手術）
	150151910	大動脈縮窄（離断）症手術（単独）
	150320010	大動脈縮窄（離断）症手術（心室中隔欠損症手術を伴う）
	150320110	大動脈縮窄（離断）症手術（複雑心奇形手術を伴う）
	150144110	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（単独）
	150320210	大動脈肺動脈中隔欠損症手術（心内奇形手術を伴う）
	150320310	三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウォル氏病手術）
	150139410	肺動脈狭窄症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150320410	純型肺動脈弁閉鎖症手術（肺動脈弁切開術（単独））
	150142910	肺動脈狭窄症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150320510	純型肺動脈弁閉鎖症手術（右室流出路形成又は肺動脈形成を伴う）
	150145110	肺静脈狭窄異常症手術（部分肺静脈還流異常）
	150376210	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（心臓型）
	150376310	肺静脈還流異常症手術（総肺静脈還流異常）（その他）
	150144910	肺静脈形成術
	150142410	心房中隔欠損作成術（心房中隔欠損作成術）
	150141810	心房中隔欠損閉鎖術（単独）
	150141910	心房中隔欠損閉鎖術（肺動脈弁狭窄を合併する）
	150142050	三尖房心手術
	150142110	心室中隔欠損閉鎖術（単独）
	150142210	心室中隔欠損閉鎖術（肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴う）
	150142310	心室中隔欠損閉鎖術（大動脈弁形成を伴う）
	150142810	心室中隔欠損閉鎖術（右室流出路形成を伴う）
	150144010	バルサルバ肺動脈瘤手術（単独）
	150320710	バルサルバ肺動脈瘤手術（大動脈閉鎖不全症手術を伴う）
	150144550	右室二腔症手術
	150147410	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独））
	150147510	不完全型房室中隔欠損症手術（心房中隔欠損パッチ閉鎖及び弁形成術）
	150320810	完全型房室中隔欠損症手術（心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150320910	完全型房室中隔欠損症手術（ファロー四徴症手術を伴う）
	150146510	ファロー四徴症手術（右室流出路形成術を伴う）
	150146610	ファロー四徴症手術（末梢肺動脈形成術を伴う）
	150321010	肺動脈閉鎖症手術（単独）
	150321110	肺動脈閉鎖症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376470	人工血管等再置換術加算（肺動脈閉鎖症手術）
	150321210	肺動脈閉鎖症手術（巨大側副血管術を伴う）
	150148910	両大血管右室起始症手術（単独）
	150146810	両大血管右室起始症手術（右室流出路形成を伴う）
	150321310	両大血管右室起始症手術（タウシッヒ・ビング奇形手術）
	150142510	大血管転位症手術（マスタートド・セニング手術）
	150145310	大血管転位症手術（ジャデーソン手術）
	150139510	大血管転位症手術（心室中隔欠損閉鎖術を伴う）
	150147010	大血管転位症手術（ラステリ手術を伴う）
	150376570	人工血管等再置換術加算（大血管転位症手術）
	150321410	修正大血管転位症手術（心室中隔欠損パッチ閉鎖術）
	150321510	修正大血管転位症手術（根治療（ダブルスイッチ手術））
	150376670	人工血管等再置換術加算（修正大血管転位症手術）
	150147310	総動脈幹症手術
	150321810	単心室症手術（両方向性グレン手術）
	150141310	三尖弁閉鎖症手術（両方向性グレン手術）
	150321910	単心室症手術（フォンタン手術）
	150376770	人工血管等再置換術加算（単心室症又は三尖弁閉鎖症手術）
	150321610	三尖弁閉鎖症手術（フォンタン手術）
	150146710	単心室症手術（心室中隔造成術）
	150321710	三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）
	150293010	左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）
	150145510	活動静脈瘤胸膈の遮断術
	150145410	冠動脈起始異常症手術
	150322010	心室顔室切除術
	150322110	心臓脱手術
	150144310	肺動脈薬除除去術
	150346610	肺動脈血栓内臓摘除術
	150144810	肺静脈血栓除去術
	150253810	不整脈手術（副伝導路切断術）
	150253910	不整脈手術（心室頻拍症手術）
	150275610	不整脈手術（メイス手術）
	150322310	移植用心臓取術
	150322410	同種心移植術
	150322510	移植用心臓採取術
	150322610	同種心臓移植術
	150387710	骨格筋由来細胞シート心表面移植術
	150175810	肝臓瘍切開術（開胸）
	150107210	気管異物除去術（開胸手術）
	150109910	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（開胸又は胸骨正中切開）
	150287750	肺緑腫術（肺気腫に対する正中切開）（楔状部分切除）
	150147610	人工心肺（初日）
	150266110	補助人工心臓（初日）
	150360110	植込型補助人工心臓（非拍動流量）（初日）
	150148310	血管結紮術（開胸を伴う）
	150149010	動脈瘤切除去術（開胸を伴う）
	150150410	動脈形成術、吻合術（胸腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152210	血管移植術、バイパス移植術（大動脈）
	150152310	血管移植術、バイパス移植術（胸腔内動脈）
	150154610	胸腔内頭静脈吻合術
	150490510	肺静脈協働術
	150158010	腹腔膿瘍手術（腹腔に満ずる）
	150158410	腹腔膿瘍ヘルニア手術
	150158510	半月状線ヘルニア手術
	150158610	白線ヘルニア手術
	150158810	膈ヘルニア手術
	150158910	膈帯ヘルニア手術
	150159010	鼠径ヘルニア手術
	150159110	大腿ヘルニア手術
	150159210	腰ヘルニア手術
	150159310	閉鎖孔ヘルニア手術
	150251110	坐骨ヘルニア手術
	150251210	会陰ヘルニア手術
	150159410	内ヘルニア手術
	150160010	試験開腹術
	150347410	タメージコントロール手術
	150160110	限局性腹腔膿瘍手術（機器下膿瘍）
	150160210	限局性腹腔膿瘍手術（ダグラス窩膿瘍）
	150160310	限局性腹腔膿瘍手術（虫垂周囲膿瘍）
	150160410	限局性腹腔膿瘍手術（その他）
	150160610	骨髄膿瘍久膿瘍切開膿瘍
	150160810	急性汎発性腹膜炎手術
	150160950	結核性腹膜炎手術
	150161110	腸間膜損傷手術（縫合、修復のみ）
	150161310	腸間膜損傷手術（腸管切除を伴う）
	150161410	大網切除術
C 18 開腹手術（7日間）		

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150161510	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴わない）
	150161610	大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術（腸切除を伴う）
	150162210	後腹膜悪性腫瘍手術
	150162610	脾腸管癒着手術（腸管切除を伴わない）
	150162710	脾腸管癒着手術（腸管切除を伴う）
	150245310	骨盤内臓全摘術
	150162910	胃血管結紮術（急性胃出血手術）
	150163010	胃結紮術（大網充張術又は被覆術を含む）
	150163110	胃切除術
	150163710	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150164110	胃捻転症手術
	150164210	胃、十二指腸憩室切除術・ボリープ切除術（開腹）
	150323210	胃局所切除術
	150165210	胃切除術（単純切除術）
	150168010	胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150347770	右空腸管移植加植
	150165650	十二指腸袋（内方）憩室摘出術
	150337210	噴門側胃切除術（単純切除術）
	150337310	噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150165910	胃縮小術
	150166110	胃全摘術（単純全摘術）
	150168110	胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150170110	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（単独）
	150170210	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（ドレナージを併施）
	150170310	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）（胃切除術を併施）
	150170610	食道下部迷走神経選択的切除術（単独）
	150170710	食道下部迷走神経選択的切除術（ドレナージを併施）
	150170810	食道下部迷走神経選択的切除術（胃切除術を併施）
	150171210	胃冠状静脈結紮及び切除術
	150171310	胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む）
	150171510	十二指腸空腸吻合術
	150171810	幽門形成術（粘膜炎幽門筋切離術を含む）
	150171910	幽門形成術
	150172010	胃摘術術（静脈瘤手術）
	150172110	胆管切離術
	150172210	胆嚢切開結石摘出術
	150296610	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含む）
	150172310	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む）（胆嚢摘出を含まない）
	150172410	胆嚢摘出術
	150173110	胆管形成手術（胆管切除術を含む）
	150173210	総胆管拡張症手術
	150169950	胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢に限局するもの（リンパ節摘清を含む））
	150362210	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（亜区域切除以上））
	150324010	胆嚢悪性腫瘍手術（肝切除（葉以上）を伴う）
	150324110	胆嚢悪性腫瘍手術（腔頭十二指腸切除を伴う）
	150324210	胆嚢悪性腫瘍手術（腔頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150388410	胆管悪性腫瘍手術（腔頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴う）
	150417410	胆管悪性腫瘍手術（腔頭十二指腸切除及び血行再建を伴う）
	150388510	胆管悪性腫瘍手術（その他）
	150347810	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建あり）
	150347910	肝門部胆管悪性腫瘍手術（血行再建なし）
	150173710	胆嚢胃（腸）吻合術
	150173910	総胆管胃（腸）吻合術
	150174110	胆嚢外瘻造設術
	150174210	胆管外瘻造設術（開腹）
	150174810	先天性胆道閉鎖症手術
	150175610	肝緑合術
	150175710	肝嚢嚢切開術（開腹）
	150175910	肝嚢嚢切開又は緑嚢嚢術
	150176110	肝内結石摘出術（開腹）
	150176210	肝嚢嚢、肝嚢嚢摘出術
	150417610	肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417710	肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150362710	肝切除術（亜区域切除）
	150362810	肝切除術（外側区域切除）
	150362910	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150363010	肝切除術（2区域切除）
	150363110	肝切除術（3区域切除以上）
	150363210	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）
	150177210	肝内胆管（肝管、胃（腸）吻合術
	150177310	肝内胆管外瘻造設術（開腹）
	150284410	移植用部分肝採取術（生体）
	150284810	生体部分肝移植術
	150284910	生体部分肝移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150324410	同種死体肝移植術
	150348210	急性肝炎手術（感染性壊死部切除を伴う）
	150277310	急性肝炎手術（その他）
	150177810	脾結石手術（脾切開）
	150177910	脾結石手術（経十二指腸乳頭）
	150348310	脾中央切除術
	150389110	脾腫瘍摘出術
	150296810	脾破裂縫合術
	150178110	脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術）（脾同時切除）
	150348410	脾体尾部腫瘍切除術（脾尾部切除術）（脾温存）
	150178210	脾体尾部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢摘清等を伴う腫瘍切除術）
	150277410	脾体尾部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150277510	脾体尾部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178410	脾頭部腫瘍切除術（腔頭十二指腸切除術）
	150296910	脾頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢摘清等を伴う腫瘍切除術）
	150297010	脾頭部腫瘍切除術（十二指腸温存腔頭切除術）
	150297110	脾頭部腫瘍切除術（周辺臓器の合併切除を伴う腫瘍切除術）
	150297210	脾頭部腫瘍切除術（血行再建を伴う腫瘍切除術）
	150178710	脾全摘術
	150409950	脾嚢嚢胃（腸）バイパス術（内視鏡）
	150418910	脾嚢嚢胃（腸）バイパス術（開腹）
	150179110	脾管空腸吻合術
	150179310	脾嚢嚢外瘻造設術（開腹）
	150179410	脾管外瘻造設術
	150179550	脾管誘導手術
	150179610	脾嚢嚢閉鎖術
	150324610	同種死体脾移植術
	150324810	同種死体脾移植術
	150179710	脾緑合術（部分切除を含む）
	150179810	脾摘出術
	150180010	破裂腸管縫合術
	150180110	腸切開術
	150180210	腸管癒着症手術
	150181110	腸重積症整復術（観血的）
	150181210	小腸切除術（その他）
	150297310	小腸切除術（複雑）
	150181310	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む）
	150181610	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150337510	虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150181710	結腸切除術（小範囲切除）
	150181810	結腸切除術（結腸半側切除）
	150181910	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）
	150363810	全結腸・直腸切除術直腸肛門吻合術
	150183110	結腸腫瘍摘出術（回盲部腫瘍摘出術を含む）
	150297410	結腸憩室摘出術
	150183510	結腸ボリープ切除術（開腹）
	150184110	腸吻合術
	150184310	腸瘻造設術
	150184410	虫垂瘻造設術
	150184510	人工肛門造設術
	150184610	腹腔外腸管前置術
	150184710	腸瘻瘻部切開縫合術
	150184810	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴わない）
	150184910	腸閉鎖症手術（腸管切除を伴う）
	150364110	多発性小腸閉鎖症手術
	150185210	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185310	小腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185410	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150185510	結腸瘻閉鎖術（腸管切除を伴う）
	150185610	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴わない）
	150420310	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（直腸切除術後）
	150420410	人工肛門閉鎖術（腸管切除を伴うもの）（その他）
	150185810	盲腸縫縮術
	150185910	腸回転異常症手術
	150186010	先天性巨結腸症手術
	150402310	腸管延長術
	150186110	人工肛門形成術（開腹を伴う）
	150186710	直腸異物除去術（開腹）
	150187010	直腸腫瘍摘出術（ボリープ摘出を含む）（経腹及び経肛）
	150187110	直腸切除・切断術（切除術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150245410	直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150297510	直腸切除・切断術（超低位前方切除術）
	150420610	直腸切除・切断術（経肛吻合を伴う切除術）
	150187210	直腸切除・切断術（切断術）
	150187510	直腸狭窄形成手術
	150187710	直腸脱手術（直腸挙上固定）
	150187910	直腸脱手術（腹会陰（腸切除を含む））
	150264010	肛門癌性腫瘍手術（直腸切断を伴うもの）
	150191610	鎖肛手術（腹会陰式）
	150191710	鎖肛手術（腹仙骨式）
	150192310	副腎摘出術（副腎部分切除術を含む）
	150245510	副腎腫瘍摘出術（皮質腫瘍）
	150245610	副腎腫瘍摘出術（髓質腫瘍（褐色細胞腫））
	150192810	副腎悪性腫瘍手術
	150193010	腎破裂縫合術
	150193150	腎破裂手術
	150193210	腎周囲膿瘍切開術
	150193410	腎切半術
	150193510	癒合腎臓断術
	150193610	腎被膜剥離術（除神経術を含む）
	150193710	腎固定術
	150193810	腎切右術
	150194410	腎全切右術
	150194610	腎部分切除術
	150194810	腎囊胞切除縮小術
	150195010	腎摘出術
	150195210	腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150195910	腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術
	150402910	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（その他）
	150196110	腎全形成手術
	150196210	移植用腎採取術（生体）
	150196310	同種死体腎移植術
	150196570	移植臓器提供加算（同種死体腎移植術）
	150338610	生体腎移植術
	150196410	生体腎移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150196810	尿管切右術（上部及び中部）
	150196910	尿管切右術（膀胱近接部）
	150197110	残存尿管摘出術
	150248950	尿管剥離術
	150197210	尿管膀胱吻合術
	150197310	尿管尿管吻合術
	150197410	尿管腸吻合術
	150197510	尿管腸膀胱吻合術
	150197810	尿管皮膚瘻造設術
	150197910	尿管皮膚瘻閉鎖術
	150403210	尿管腸瘻閉鎖術（その他）
	150198110	尿管経腸閉鎖術
	150198310	尿管口形成手術
	150198410	膀胱破裂閉鎖術
	150198510	膀胱周囲膿瘍切開術
	150198810	膀胱結石摘出術（膀胱高位切開術）
	150199210	膀胱壁切除術
	150199310	膀胱頸室切除術
	150199510	膀胱単純摘除術（腸管利用の尿路変更を行う）
	150199610	膀胱単純摘除術（その他）
	150245810	膀胱腫瘍摘出術
	150348910	膀胱脱手術（メッシュ使用）
	150182150	膀胱後葉摘出術（腸管切除を伴わない）
	150182250	膀胱後葉摘出術（腸管切除を伴う）
	150200510	膀胱悪性腫瘍手術（切除）
	150200610	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わない））
	150245910	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（尿管S状結腸吻合利用で尿路変更を行う））
	150246010	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管利用で尿路変更を行う））
	150246110	膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱利用で尿路変更を行う））
	150201010	尿管瘻摘出術
	150403910	膀胱皮膚瘻造設術
	150404010	導尿管造設術
	150201510	膀胱皮膚瘻閉鎖術
	150201610	膀胱経腸閉鎖術（その他）
	150404210	膀胱腸瘻閉鎖術（その他）
	150201810	膀胱子宮瘻閉鎖術
	150201950	膀胱尿管逆流手術
	150202010	ボアリー氏手術
	150202110	腸管利用膀胱拡大術
	150264310	回腸（結腸）導管造設術
	150349010	排泄腔外反症手術（外反膀胱閉鎖術）
	150349110	排泄腔外反症手術（膀胱腸裂閉鎖術）
	150246310	尿道悪性腫瘍摘出術（摘出）
	150246510	尿道悪性腫瘍摘出術（尿路変更）
	150206010	尿失禁手術（恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの）
	150365610	人工尿道括約筋植込・置換術
	150214810	子宮位置矯正術（アレキサンダー手術）
	150214910	子宮位置矯正術（開腹による位置矯正術）
	150215010	子宮位置矯正術（鏡式剥離矯正術）
	150215410	子宮脱手術（筋壁形成手術及び子宮全摘術）（経式、腹式）
	150216910	子宮筋腫摘出（核出）術（腹式）
	150217050	痕跡創角子宮手術（腹式）
	150217410	子宮頸上部切断術
	150217510	子宮全摘術
	150409010	子宮全摘術（性同一性障害）
	150217610	広韧带内臓摘出術
	150217710	子宮悪性腫瘍手術
	150218210	腹壁子宮摘手術
	150219410	子宮附属器癒着剥離術（両側）（開腹）
	150219710	卵巣部分切除術（経式を含む）（開腹）
	150219850	卵管結紮術（経式を含む）（両側）（開腹）
	150219650	卵管口切開術（開腹）
	150220010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）
	150409410	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（開腹）（性同一性障害）
	150421910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、開腹、遺伝性乳癌卵巣巣症候群患者）
	150220150	卵管全摘除術（両側）（開腹）
	150220250	卵管腫瘍全摘除術（両側）（開腹）
	150220450	子宮卵管留血腫手術（両側）（開腹）
	150220710	子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
	150220910	卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）
	150222110	帝王切開術（緊急帝王切開）
	150222210	帝王切開術（選択帝王切開）
	150222810	子宮破裂手術（子宮全摘除を行う）
	150222910	子宮破裂手術（子宮腫上部切断を行う）
	150223010	子宮破裂手術（その他）
	150223110	好娠子宮摘出術（ボロー手術）
	150223310	子宮内反症整復手術（腹式）（観血的）
	150132310	食道縫合術（穿孔、損傷）（開腹手術）
	150133210	食道異物摘出術（開腹手術）
	150134010	食道切除再建術（腹部の操作）
	150271050	胸壁外皮瘻管形成吻合術（腹部操作）
	150267550	胸壁外皮瘻管形成吻合術（バイパスのみ作成）
	150374610	非開胸食道接合術（消化管再建手術を併施）
	150135310	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術併施）（腹部の操作）
	150329650	有茎腸管移植加算（食道悪性腫瘍手術）
	150386970	血行再建加算（食道悪性腫瘍手術）
	150135510	食道アカラシア形成手術
	150135710	食道切除後2次的再建術（皮弁形成）
	150135810	食道切除後2次的再建術（消化管利用）
	150136110	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）
	150136210	食道・胃静脈瘤手術（食道腫断術を主とする）
	150136350	食道静脈瘤手術（開腹）
	150136710	横隔膜縫合術（経腹）
	150137050	横隔膜レラクサチオ手術（経腹）
	150137310	胸腹裂孔ヘルニア手術（経腹）
	150137810	後胸骨ヘルニア手術
	150138010	食道裂ヘルニア手術（経腹）
	150245110	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（分枝血管の再建））
	150245210	大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））
	150148410	血管結紮術（開腹を伴う）
	150148910	動脈塞栓除去術（開腹を伴う）
	150150510	動脈形成術、吻合術（腹腔内動脈）（大動脈を除く）
	150152410	血管移植術、バイパス移植術（腹腔内動脈）
	150154210	静脈血栓摘出術（開腹を伴う）
	150154810	静脈形成術、吻合術（腹腔内静脈）
	150156910	リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150306650	先天性胆管拡張症に対する手術（胃切除、総胆管切除等併施）
	150165850	胆嚢摘出術と十二指腸空腸吻合術併施
	150180350	胆嚢摘除手術（胆管狭窄症手術）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 19 骨の手術（11日間）	150180550	腸閉塞症手術（腸重積症整復術）（観血的）
	150180650	腸閉塞症手術（小腸切除術）（その他）
	150299350	腸閉塞症手術（小腸切除術）（複雑）
	150401610	移植用部分小腸採取術（生体）
	150401710	生体部分小腸移植術
	150401810	生体部分小腸移植術（提供者の療養上の費用）加算
	150180750	腸閉塞症手術（結腸切除術）（小範囲切除）
	150180850	腸閉塞症手術（結腸切除術）（結腸半側切除）
	150180950	腸閉塞症手術（結腸切除術）（全切除、近全切除又は横行腫瘍手術）
	150197750	腎部分切除術（腎空洞切開術・腎盂尿管移行部形成術併施）
	150208810	前立腺腫瘍切開術
	150209010	前立腺被膜下摘出術
	150209310	前立腺悪性腫瘍手術
	150326910	陰断端挙上術（様式、様式）
	150218310	重傷子急手術
	150218410	重傷子急手術
	150219010	奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）
	150349310	性腺摘出術（開腹）
	150019410	骨折観血的手術（下腿）
	150019610	骨折観血的手術（膝蓋骨）
	150019810	骨折観血的手術（足）
	150352210	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（大腿）
	150352410	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（下腿）
	150352610	観血的整復固定術（インプラント周囲骨折）（足）
	150021410	骨部分切除術（肩甲骨）
	150021610	骨部分切除術（大腿）
	150021810	骨部分切除術（下腿）
	150021910	骨部分切除術（鎖骨）
	150022010	骨部分切除術（膝蓋骨）
	150022210	骨部分切除術（足）
	150022510	原骨摘出術（肩甲骨）
	150022610	原骨摘出術（上腕）
	150022710	原骨摘出術（大腿）
	150022810	原骨摘出術（前腕）
	150022910	原骨摘出術（下腿）
	150023010	原骨摘出術（鎖骨）
	150023110	原骨摘出術（膝蓋骨）
	150023410	骨全摘術（肩甲骨）
	150023510	骨全摘術（上腕）
	150023610	骨全摘術（大腿）
	150023710	骨全摘術（前腕）
	150023810	骨全摘術（下腿）
	150023910	骨全摘術（鎖骨）
	150024010	骨全摘術（膝蓋骨）
	150024110	骨全摘術（手）
	150024210	骨全摘術（足その他）
	150024710	骨腫瘍切除術（肩甲骨）
	150024810	骨腫瘍切除術（上腕）
	150024910	骨腫瘍切除術（大腿）
	150025010	骨腫瘍切除術（前腕）
	150025110	骨腫瘍切除術（下腿）
	150025210	骨腫瘍切除術（鎖骨）
	150025310	骨腫瘍切除術（膝蓋骨）
	150026510	骨悪性腫瘍手術（肩甲骨）
	150026610	骨悪性腫瘍手術（上腕）
	150026710	骨悪性腫瘍手術（大腿）
	150026810	骨悪性腫瘍手術（前腕）
	150026910	骨悪性腫瘍手術（下腿）
	150027010	骨悪性腫瘍手術（鎖骨）
	150027110	骨悪性腫瘍手術（膝蓋骨）
	150027210	骨悪性腫瘍手術（手）
	150027310	骨悪性腫瘍手術（足その他）
	150027510	骨切り術（肩甲骨）
	150027610	骨切り術（上腕）
	150027710	骨切り術（大腿）
	150027810	骨切り術（前腕）
	150027910	骨切り術（下腿）
	150028010	骨切り術（鎖骨）
	150028110	骨切り術（膝蓋骨）
	150028210	骨切り術（手）
	150028310	骨切り術（足）
	150289710	骨切り術（その他）
	150372170	患者適合型変形矯正ガイド加算（骨切り術）
	150308810	大腿骨頭回転骨切り術
	150308910	大腿骨近位部（転子間を含む）骨切り術
	150028610	偽関節手術（肩甲骨）
	150028710	偽関節手術（上腕）
	150028810	偽関節手術（大腿）
	150028910	偽関節手術（前腕）
	150029010	偽関節手術（下腿）
	150309010	偽関節手術（手舟状骨）
	150029110	偽関節手術（鎖骨）
	150029210	偽関節手術（膝蓋骨）
	150029310	偽関節手術（手（舟状骨を除く））
	150029410	偽関節手術（足）
	150289810	偽関節手術（その他）
	150029810	変形治療骨折矯正手術（大腿）
	150030010	変形治療骨折矯正手術（下腿）
	150030210	変形治療骨折矯正手術（膝蓋骨）
	150030410	変形治療骨折矯正手術（足）
	150031410	骨長調整手術（骨端軟骨芽抑制術）
	150031510	骨長調整手術（骨短縮術）
	150031610	骨長調整手術（骨延長術）（指以外）
	150295010	骨移植術（軟骨移植術を含む、自家骨移植）
	150031710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、生体）
	150383710	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、特殊）
	150383810	骨移植術（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）
	150369450	骨移植術（軟骨移植術を含む）（自家培養軟骨移植術）
	150353110	関節鏡下自家軟骨移植術
	150041710	関節切除術（肩）
	150041810	関節切除術（股）
	150041910	関節切除術（膝）
	150042010	関節切除術（胸鎖）
	150042110	関節切除術（肘）
	150042310	関節切除術（足）
	150042410	関節切除術（肩鎖）
	150042710	関節内骨折観血的手術（股）
	150042810	関節内骨折観血的手術（膝）
	150043210	関節内骨折観血的手術（足）
	150048210	関節形成手術（肩）
	150048310	関節形成手術（股）
	150048410	関節形成手術（膝）
	150048510	関節形成手術（胸鎖）
	150048610	関節形成手術（肘）
	150048710	関節形成手術（手）
	150048810	関節形成手術（足）
	150048910	関節形成手術（肩鎖）
	150049410	人工骨頭挿入術（肩）
	150049510	人工骨頭挿入術（股）
	150049810	人工骨頭挿入術（肘）
	150049910	人工骨頭挿入術（手）
	150050010	人工骨頭挿入術（足）
	150050210	人工骨頭挿入術（指）
	150050310	人工関節置換術（肩）
	150050410	人工関節置換術（股）
	150050510	人工関節置換術（膝）
	150050610	人工関節置換術（胸鎖）
	150050710	人工関節置換術（肘）
	150050810	人工関節置換術（手）
	150050910	人工関節置換術（足）
	150051010	人工関節置換術（肩鎖）
	150051110	人工関節置換術（指）
	150300210	人工関節抜去術（肩）
	150300310	人工関節抜去術（股）
	150300410	人工関節抜去術（膝）
	150300510	人工関節抜去術（胸鎖）
	150300610	人工関節抜去術（肘）
	150300710	人工関節抜去術（手）
	150300810	人工関節抜去術（足）
	150300910	人工関節抜去術（肩鎖）
	150301010	人工関節抜去術（指）
	150255910	人工関節再置換術（肩）
	150256010	人工関節再置換術（股）
	150256110	人工関節再置換術（膝）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 20 胸腔鏡・腹腔鏡の手術（5日間）	150256210	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256310	人工関節再置換術（肘）
	150256410	人工関節再置換術（手）
	150256510	人工関節再置換術（足）
	150256610	人工関節再置換術（肩鎖）
	150256710	人工関節再置換術（指）
	150397010	自家肋骨肋軟骨関節全置換術
	150051310	四肢切断術（上腕）
	150051410	四肢切断術（前腕）
	150051510	四肢切断術（手）
	150051610	四肢切断術（大腿）
	150051710	四肢切断術（下腿）
	150051810	四肢切断術（足）
	150052110	四肢関節離断術（肩）
	150052210	四肢関節離断術（肘）
	150052310	四肢関節離断術（腕）
	150052410	四肢関節離断術（肘）
	150052510	四肢関節離断術（手）
	150052610	四肢関節離断術（足）
	150053810	断端形成術（骨形成を要する）（その他）
	150053910	切断四肢再接合術（四肢）
	150059310	骨盤骨接合術
	150059410	骨盤骨接合術
	150059810	脊椎、骨盤腔内観血の手術
	150060210	仙腸関節腔内観血の手術
	150060310	恥骨結合離開観血の手術
	150060810	腸骨翼骨折観血の手術
	150384510	寛骨臼骨折観血の手術
	150060910	骨盤骨折観血の手術（腸骨翼及び寛骨臼骨折観血の手術を除く）
	150314210	内視鏡下椎弓切除術
	150063710	脊椎腫瘍切除術
	150063810	骨盤腫瘍切除術
	150063910	脊椎悪性腫瘍手術
	150064010	骨盤悪性腫瘍手術
	150354810	腫瘍脊椎骨全摘術
	150064210	骨盤切断術
	150064610	脊椎骨切り術
	150064710	骨盤骨切り術
	150064810	臼蓋形成手術
	150314510	寛骨臼移動術
	150354910	脊椎側弯術
	150282510	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）
	150368870	多椎間又は多椎弓実施加算（前方椎体固定）
	150282610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）
	150368970	多椎間又は多椎弓実施加算（後方又は後側方固定）
	150314610	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）
	150369070	多椎間又は多椎弓実施加算（後方椎体固定）
	150314710	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）
	150369170	多椎間又は多椎弓実施加算（前方後方同時固定）
	150355010	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）
	150369270	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓切除）
	150355110	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓形成）
	150369370	多椎間又は多椎弓実施加算（椎弓形成）
	150282750	脊椎側弯症手術（固定術）
	150343910	脊椎側弯症手術（矯正術）（初回挿入）
	150344010	脊椎側弯症手術（矯正術）（交換術）
	150344110	脊椎側弯症手術（矯正術）（伸展術）
	150314810	内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）
	150397210	内視鏡下椎弓形成術
	150397310	歯突起骨折骨接合術
	150397410	腰椎分離部修復術
	150066110	仙腸関節固定術
	1500995010	中耳、側頭骨腫瘍摘出術
	1500995210	中耳悪性腫瘍手術（切除）
	1500995310	中耳悪性腫瘍手術（側頭骨摘出術）
	1500996210	アブミ骨摘出術
	1500996350	アブミ骨可動化手術
	150104210	咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む）
	150344810	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150345010	副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術（経側頭下窩（下顎離断を含む））
	150111510	顎舌咽悪性腫瘍手術
	150113610	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
	150115410	顎骨腫瘍摘出術（長径3 c m未満）
	150115510	顎骨腫瘍摘出術（長径3 c m以上）
	150115610	下顎骨部分切除術
	150115710	下顎骨腫瘍手術
	150115810	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150413110	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）（おとがい部を含む）
	150115910	下顎骨悪性腫瘍手術（切除）（その他）
	150116110	上顎骨切除術
	150116210	上顎骨全摘術
	150116310	上顎骨悪性腫瘍手術（摘除）
	150116410	上顎骨悪性腫瘍手術（切除）
	150116510	上顎骨悪性腫瘍手術（全摘）
	150123610	胸骨切除術
	150019210	骨折観血の手術（太腿）
	150356910	胸腔鏡下試験開胸術
	150357010	胸腔鏡下試験切除術
	150292410	胸腔鏡下縦断胸壁又は胸膜肺根切除術
	150317010	胸腔鏡下腫瘍切除術
	150357210	胸腔鏡下胸管結紮術（乳癌胸手術）
	150357310	胸腔鏡下縦断開胸術
	150374210	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術
	150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150374310	胸腔鏡下縦断悪性腫瘍手術
	150405910	胸腔鏡下縦断悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150266610	胸腔鏡下肺切除術（肺萎縮手術（楔状部分切除））
	150414110	胸腔鏡下肺切除術（部分切除）
	150414210	胸腔鏡下肺切除術（区域切除）
	150414310	胸腔鏡下肺切除術（肺葉切除又は1肺葉超）
	150270750	胸腔鏡下良性縦断腫瘍手術
	150406010	胸腔鏡下良性縦断腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉超）
	150270850	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150298750	胸腔鏡下肺結核術
	150358610	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）
	150358710	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）
	150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150358810	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉超）
	150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除、1肺葉超・手術用支援機器使用）
	150358910	胸腔鏡下食道憩室切除術
	150399510	腹腔鏡下食道憩室切除術
	150386710	胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術
	150374710	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作）
	150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸、胸、腹部操作・手術用支援機器使用）
	150374810	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作）
	150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作・手術用支援機器使用）
	150387070	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）
	150399610	縦断鏡下食道悪性腫瘍手術
	150414510	縦断鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150296310	腹腔鏡下食道アタチア形成手術
	150366910	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）
	150359110	胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）横隔膜縫合術
	150275110	腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術
	150359210	胸腔鏡下心臓開窓術
	150399710	胸腔鏡下弁形成術（1弁）
	150406410	胸腔鏡下弁形成術（1弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399810	胸腔鏡下弁形成術（2弁）
	150406510	胸腔鏡下弁形成術（2弁）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150399910	胸腔鏡下弁置換術（1弁）
	150400010	胸腔鏡下弁置換術（2弁）
	150376110	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術（後腹膜）
	150416910	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
	150417010	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）
	150417110	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）
	150377010	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
	150377110	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
	150361210	腹腔鏡下ヘルニア手術（腹壁壊疽ヘルニア）
	150361310	腹腔鏡下ヘルニア手術（太腿ヘルニア）
	150388010	腹腔鏡下ヘルニア手術（半月状腹ヘルニア、白線ヘルニア）
	150388110	腹腔鏡下ヘルニア手術（膈ヘルニア）
	150388210	腹腔鏡下ヘルニア手術（閉鎖孔ヘルニア）
	150263610	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
	150361410	腹腔鏡下試験開腹術
	150361510	腹腔鏡下試験切除術

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150361710	腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
	150377210	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
	150377310	腹腔鏡下小切開後腹膜癌性腫瘍手術
	150271650	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術
	150377410	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）
	150377510	腹腔鏡下胃捻転症手術
	150377610	腹腔鏡下胃局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150377710	腹腔鏡下胃局所切除術（その他）
	150417310	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施）
	150322310	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）
	150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150323510	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）
	150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150377810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）
	150377910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）
	150378010	腹腔鏡下胃癌小瘻（スリーブ状切除）
	150323610	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）
	150323710	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）
	150361910	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）
	150276610	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術
	150362010	腹腔鏡下胃腸吻合術
	150323810	腹腔鏡下幽門形成術
	150276710	腹腔鏡下噴門形成術
	150276810	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含む）
	150276910	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術（胆嚢摘出を含まない）
	150254110	腹腔鏡下胆嚢摘出術
	150388310	腹腔鏡下総胆管拡張症手術
	150277710	腹腔鏡下肝嚢胞切除術
	150401210	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
	150417810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回切除）
	150417910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回切除）
	150348110	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）
	150388710	腹腔鏡下肝切除術（癌区域切除）
	150388810	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））
	150388910	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）
	150389010	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）
	150401510	腹腔鏡下腹膜腫瘍摘出術
	150389210	腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）
	150418310	腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術（脾同時切除）（通則18）
	150389310	腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術（脾温存）
	150418410	腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術（脾温存）（内視鏡手術用支援機器使用）
	150271850	腹腔鏡下脾摘出術
	150271950	腹腔鏡下小腸切除術（その他）
	150363710	腹腔鏡下小腸切除術（複雑）
	150337610	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）
	150272050	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）
	150277810	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除・結腸半側切除）
	150337710	腹腔鏡下結腸切除術（全切除・亜全切除）
	150324910	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	150364010	腹腔鏡下腸瘻、虫垂膿瘍造設術
	150420210	腹腔鏡下全結腸・直腸切除囊肛門吻合術
	150389610	腹腔鏡下人工肛門造設術
	150420510	腹腔鏡下人工肛門造設術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のもの）
	150364210	腹腔鏡下腸閉鎖症手術
	150364310	腹腔鏡下腸回転異常症手術
	150325110	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術
	150325210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）
	150337810	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）
	150337910	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）
	150279210	腹腔鏡下副腎摘出術
	150338110	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	150378910	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）
	150364710	腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術
	150335710	腹腔鏡下腎部分切除術
	150338210	腹腔鏡下小切開腎部分切除術
	150325810	腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術
	150364810	腹腔鏡下腎嚢胞切除術
	150325910	腹腔鏡下腎摘出術
	150338310	腹腔鏡下小切開腎摘出術
	150336010	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150338410	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
	150389910	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150326110	腹腔鏡下腎盂形成手術
	150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150338510	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	150379010	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379110	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
	150379210	腹腔鏡下膀胱部分切除術
	150379310	腹腔鏡下膀胱脱手術
	150379510	腹腔鏡下尿管管摘出術
	150365310	腹腔鏡下膀胱内手術
	150326510	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
	150338810	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
	150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる）
	150264510	腹腔鏡下子宮内腔症病巣除去術
	150390410	腹腔鏡下仙骨固定術
	150421210	腹腔鏡下仙骨固定術（内視鏡手術用支援機器使用）
	150294110	腹腔鏡下子宮筋腫摘出（掻出）術
	150366010	腹腔鏡下子宮癌・卵巣切除術
	150272250	腹腔鏡下膣子宮全摘術
	150327210	腹腔鏡下広範囲内腫瘍摘出術
	150379810	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
	150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る・手術用支援機器使用）
	150299850	腹腔鏡下多嚢胞性卵巣巣焼灼術
	150336310	膣より膣手術（胸腔鏡）
	150274710	食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下）
	150317710	食道腫瘍摘出術（胸腔鏡下）
	150361610	腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術
	150418510	腹腔鏡下腰部部腫瘍切除術（腰部十二指腸切除術）
	150418610	腹腔鏡下腰部部腫瘍切除術（腰部十二指腸切除術）（通則18）
	150418710	腹腔鏡下腰部部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等行う腫瘍切除術）
	150418810	腹腔鏡下腰部部腫瘍切除術（リンパ節等行う腫瘍切除術）（通則18）
	150271550	腹腔鏡下腸管癒着剥離術
	150389510	腹腔鏡下腸重複症修復術
	150365510	腹腔鏡下尿失禁手術
	150264610	子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡）
	150264710	卵巣部分切除術（腔式を含む）（腹腔鏡）
	150267650	卵管結紮術（腔式を含む）（両側）（腹腔鏡）
	150270910	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）
	150409510	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡）（性同一性障害）
	150422010	子宮附属器腫瘍摘出術（両側、腹腔鏡、遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者）
	150268250	子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡）
	150268150	卵管腫瘍全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150289050	卵管全摘除術（両側）（腹腔鏡）
	150378410	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）
	150378610	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）
	150365810	腹腔鏡下流胆術
	150325510	腹腔鏡下鎖肛手術（腔会陰式）
	150403610	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））
	150403710	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））
	150403810	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））
	150326410	腹腔鏡下腹腔内腔留置精巣嚢腫内固定術
	150403310	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））
	150403410	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））
	150403510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））
	150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
	150364610	腹腔鏡下直腸脱手術
	150264910	子宮外妊娠手術（腹腔鏡）
C 21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	150232910	脊椎麻酔
	150332510	閉鎖術腔式全身麻酔1（麻酔困難な患者）
	150332610	閉鎖術腔式全身麻酔1
	150332710	閉鎖術腔式全身麻酔2（麻酔困難な患者）
	150332810	閉鎖術腔式全身麻酔2
	150332910	閉鎖術腔式全身麻酔3（麻酔困難な患者）
	150333010	閉鎖術腔式全身麻酔3
	150333110	閉鎖術腔式全身麻酔4（麻酔困難な患者）
	150333210	閉鎖術腔式全身麻酔4
	150328210	閉鎖術腔式全身麻酔5（麻酔困難な患者）
	150233410	閉鎖術腔式全身麻酔5
	150247470	硬膜外麻酔併施加算（頭・胸部）
	150247570	硬膜外麻酔併施加算（腰部）
	150247670	硬膜外麻酔併施加算（仙骨部）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
C 22 救命等に係る内科的治療（5日間）（①経皮的血管内治療）	150342470	指中経食道心エコー連続監視加算（心臓手術又は冠動脈疾患・弁膜症）
	150309670	指中経食道心エコー連続監視加算（カテーテル使用経皮的心臓手術）
	150350670	脳脊髄液抽出加算
	150391070	神経ブロック併施加算（イ以外）
	150391170	非侵襲的血行動態モニタリング加算
	190126810	超急性期脳卒中加算
	150254910	脳血管内手術（1箇所）
	150344410	脳血管内手術（2箇所以上）
	150355410	脳血管内手術（脳血管内ステント）
	150273510	経皮的脳血管形成術
	150301110	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭蓋内脳血管）
	150301210	経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術（頭部脳血管）（内頸、椎骨動脈）
	150372510	経皮的脳血栓回収術
	150380850	経皮的脳血管ステント留置術
	150374910	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）
	150375010	経皮的冠動脈形成術（不安定狭心症）
	150375110	経皮的冠動脈形成術（その他）
	150260350	経皮的冠動脈粥腫切除術
	150284310	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）
	150359310	経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテル）
	150375210	経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）
	150375310	経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）
	150375410	経皮的冠動脈ステント留置術（その他）
	160107550	冠動脈内血栓溶解療法
	150318310	経皮的冠動脈血栓吸引術
	150400410	ステントグラフト内挿術（血管損傷）
	150301310	ステントグラフト内挿術（胸部大動脈）
	150301410	ステントグラフト内挿術（腹部大動脈）
	150301510	ステントグラフト内挿術（腸骨動脈）
	150360610	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（止血術）
	150376810	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）
	150360710	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）
	150387310	経カテーテル大動脈弁置換術（経皮の大動脈弁置換術）
	150346710	経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿孔、心外膜アプローチ）
	150262810	経皮的カテーテル心筋焼灼術（その他）
	150346870	三次元カラーマッピング加算
	150370050	磁気ナビゲーション加算
	150303310	経皮的中隔心筋焼灼術
	150267310	体外ベースメーキング術
	150140110	ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150140210	ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150415110	両心室ペースメーカー移植術（心筋電極）
	150415210	両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極）
	150387410	植込型除細動器移植術（経静脈リード）
	150383250	植込型除細動器移植術（皮下植込型リード）
	150415810	両室ベーンシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極）
	150415910	両室ベーンシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極）
	150347210	経皮の大動脈遮断術
C 22 救命等に係る内科的治療（5日間）（③侵襲的な消化器治療）	150336810	内視鏡的食道粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術）
	150323010	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）
	150417210	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍十二指腸）
	150362310	内視鏡的経膵胆膵造影（E N B D）
	150174910	内視鏡的胆道結石除去術（胆道碎石術を伴う）
	150362510	内視鏡的胆道結石除去術（その他）
	150175310	内視鏡的胆道拡張術
	150175410	内視鏡的乳頭切開術（乳頭括約筋切開のみ）
	150296710	内視鏡的乳頭切開術（胆道碎石術を伴う）
	150417510	内視鏡的乳頭切開術（胆道下結石破砕術を伴う）
	150254410	内視鏡的胆道ステント留置術
	150363610	内視鏡的膵管ステント留置術
	150378510	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c m以内）（その他）
	150378710	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c mを超える）（その他）
	150363910	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
	150164850	内視鏡的消化管止血術
	150341450	内視鏡的乳頭拡張術
C 23 別に定める検査（2日間）	160098010	経皮的針生検法
	160219410	経皮的腎生検法
	160188210	E U S - F N A
	160093150	縦隔鏡検査
	160095010	腹腔鏡検査
	160093010	胸腔鏡検査
	160092110	関節鏡検査（片）
	160160830	関節鏡検査（両）
	160064510	心カテ（右心）
	160064610	心カテ（左心）
C 24 別に定める手術（6日間）	150081710	眼窩内異物除去術（深在性）（眼窩尖端）
	150100010	後鼻孔閉鎖症手術（両側）（骨性閉鎖）
	150194210	経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎盂造設術を含む）
	150345710	下顎関節突起骨折観血の手術（両側）
	150326710	顎壁裂創縫合術（分焼時を除く）（直腸裂傷を伴う）
	150394850	人工中耳植込術
	150109710	縦隔気管口形成手術
	150262410	顎関節松動術（顎関節松動術）
	150108810	喉頭癌根治手術（前縦切開手術）
	150154510	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）
	150047110	観血の関節固定術（股）
	150093510	外耳道造設術・閉鎖症手術
	150093910	上肢掌乳突洞開放術
	150285910	造肛術（肛門狭窄上）
	150149410	動脈血栓内臓摘出術（大動脈に及ぶ）
	150020450	象皮膚根治手術（下腿）
	150114910	顎関節脱臼観血の手術
	150067910	鼻性頭蓋内合併症手術
	150154430	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術
	150104610	上顎頭形性腫瘍手術
	150116810	上顎骨形成術（複雑な場合及び2次の再建の場合）
	150072610	減圧脊椎切開術
	150046210	観血の関節固定術（股）
	150047010	観血の関節固定術（肩）
	150386110	内視鏡下甲狀腺部分切除、腺腫摘出術（両側）
	150298710	下顎骨形成術（再建）
	150344910	副咽頭咽頭悪性腫瘍摘出術（経頸部）
	150070810	経耳の聴神経腫瘍摘出術
	150274310	顎骨変形治療骨折矯正術
	150344250	脊椎側弯症手術（矯正術）（交換術）（胸腔変形矯正用材料使用）
	150326310	膀胱尿管逆流現象カラーゲン注入手術
	150156710	リンパ節群郭清術（胸骨旁）
	150133610	食道癌根治切除術（頸部手術）
	150386310	内視鏡下副甲狀腺（上皮小体）腺腫過形成手術
	150020350	象皮膚根治手術（大腿）
	150058210	母指化手術
	150119910	副甲狀腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）
	150314310	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術）
	150038110	足手手術
	150290910	アブイートン拘縮手術（4指以上）
	150353610	関節鏡下関節内骨折観血の手術（肘）
	150047210	観血の関節固定術（膝）
	150036110	先天性股関節脱臼観血の整復術
	150277910	仙尾部畸形腫手術
	150133010	食道異物摘出術（頸部手術）
	150398010	脊髄刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398110	脊髄刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150268610	下顎骨形成術（伸長）
	150114450	鼻咽腔閉鎖術
	150336210	下顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150108710	喉頭癌根治手術（前方開大術）
	150058010	親手手術
	150353010	難治性感染性偽関節手術（創外固定器）
	150095910	中耳根治手術
	150102510	経上顎洞の竇炎神経切除術
	150292110	経上顎洞の顎動脈結紮術
	150386210	内視鏡下トモセトウ甲狀腺全摘（亜全摘）術（両側）
	150211110	女子外生殖器悪性腫瘍手術（皮膚移植（筋皮弁使用））
	150072950	骨形成の片側椎弓切除術と移植摘出術
	150109010	気管狭窄症手術
	150315210	神経交差縫合術（その他）
	150345610	下顎関節突起骨折観血の手術（片側）
	150072510	脊髄硬膜切開術
	150372610	空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症）
	150082610	眼窩悪性腫瘍手術
	150392050	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、特殊）
	150336110	上顎骨形成術（骨移動を伴う）
	150352110	観血の整復固定術（インプラント周囲骨折）（上腕）
	150121910	乳房悪性腫瘍手術（拡大乳房切除術（郭清を併施する））

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150073410	脊髄血管腫摘出術
	1500306810	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎全摘）
	150213210	顎咬悪性腫瘍手術
	150274410	下顎骨折観血的手術（両側）
	150045310	観血的関節授動術（股）
	150109810	気管形成手術（管状気管、気管移植等）（頸部から）
	150373110	網膜再建術
	150387610	経静脈電凝掻去術（レーザーシースを用いない）
	150404110	膀胱癌根治術（内視鏡によるもの）
	150002910	変形治療骨折矯正手術（上腕）
	150191210	肛門括約筋形成手術（組織置換）
	150191510	鎖肛手術（仙骨会陰式）
	150398310	仙骨神経刺激装置植込術（脊髄刺激電極を留置した場合）
	150398410	仙骨神経刺激装置植込術（ジェネレーターを留置した場合）
	150246910	後部尿造形成手術
	150096610	リンパ管腫摘出術
	150242550	経皮的僧帽弁拡張術
	150316310	口唇裂形成手術（両側）（口唇裂形成を伴う）
	150092910	外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む）
	150011510	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（肩）
	150065410	足関節固定（ランプリステッド）手術
	150011710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（前腕）
	150246410	尿道悪性腫瘍摘出術（内視鏡）
	150005110	顔面神経麻痺形成手術（動的）
	150113110	口唇悪性腫瘍手術
	150120610	頸部悪性腫瘍手術
	150190710	肛門悪性腫瘍手術（切除）
	150404510	膀胱癌根治術（内視鏡によるもの）
	150404610	膀胱癌根治術（その他のもの）
	150346410	経皮的太動脈形成術
	150045710	観血的関節授動術（手）
	150345410	嚥下機能手術（嚥頭全摘術）
	150099510	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（全摘）
	150345510	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（両側）
	150355510	求赤神経刺激装置植込術
	150295410	眼窩骨折整復術
	150366210	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー凝固術
	150344710	副咽頭間隙腫瘍摘出術（経頸部）
	150011610	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（上腕）
	150047910	軟部肉芽形成手術（十字靱帯）
	150204950	陰茎形成術
	150108110	喉頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150011910	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（下腿）
	150063310	椎間板摘出術（側方摘出術）
	150316410	口唇裂形成手術（両側）（鼻腔底形成を伴う）
	150315310	重症症候性肺高血圧症薬動腔内経注式用塩化亜ポンプ設置術
	150262610	頸部郭清術（両）
	150064410	脊椎椎裂手術（神経処置を伴う）
	150255110	脳刺置装置植込術（片側）
	150348610	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る）
	150072810	脊髄硬膜内神経切断術
	150035410	関節脱臼観血的整復術（膝）
	150206710	陰茎悪性腫瘍手術（陰茎切除）
	150347310	経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後）
	150045810	観血的関節授動術（足）
	150253110	小耳症手術（軟骨移植による耳介形成手術）
	150353210	関節鏡下関節内骨折観血的手術（肩）
	150117810	肩下腕悪性腫瘍手術
	150313310	関節鏡下軟部組織剥離手術（十字靱帯）
	150373710	内視鏡下鼻・副鼻腔手術5型（拡大副鼻腔手術）
	150111210	口腔底悪性腫瘍手術
	150116710	上顎骨形成術（単純な場合）
	150211010	女子外生殖器悪性腫瘍手術（切除）
	150076010	神経移植術
	150316710	動脈（尺）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（二次的）
	150334010	全層植皮術（200cm2以上）
	150386510	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150268510	下顎骨形成術（短縮）
	150260150	経皮的肺動脈弁拡張術
	150119810	副甲狀腺（上皮下小体）腺腫過形成手術（副甲狀腺全摘、一部筋肉移植）
	150322810	リンパ節腔郭清術（骨嚢）
	150049250	内反足手術
	150115210	顔面多発骨折観血的手術
	150099410	鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（切除）
	150384710	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く））
	150063110	椎間板摘出術（前方摘出術）
	150387510	経静脈電凝掻去術（レーザーシースを用いる）
	150274210	鼻骨変形治療骨折矯正術
	150046310	観血的関節制動術（膝）
	150004210	皮膚悪性腫瘍切除術（広汎切除）
	150354210	肩腱板断裂手術（複雑）
	150054010	切断四肢再接合術（指）
	150035210	関節脱臼観血的整復術（肩）
	150364910	腎腫瘍摘出・凝固術（冷凍凝固）
	150118410	耳下腺悪性腫瘍手術（全摘）
	150118310	耳下腺悪性腫瘍手術（切除）
	150255010	内耳炎閉鎖術
	150365410	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材）
	150073310	脊髄腫瘍摘出術（側内）
	150071010	経鼻的下垂体腫瘍摘出術
	150035310	関節脱臼観血的整復術（股）
	150264210	経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術
	150112210	舌悪性腫瘍手術（亜全摘）
	150315010	脳刺置装置植込術（両側）
	150052850	化膿性又は結核性関節炎摘除術（肩）
	150109310	喉頭形成手術（喉全切除術、軟骨転位術、軟骨除去術）
	150110810	顎・口蓋裂形成手術（硬口蓋に及ぶ）
	150029910	変形治療骨折矯正手術（前腕）
	150156410	リンパ節腔郭清術（頸部）（深在性）
	150384410	関節鏡下股関節形成術
	150345310	嚥下機能手術（嚥頭気管分離術）
	150046110	観血的関節制動術（股）
	150354110	関節鏡下靱帯断裂形成手術（内側膝蓋大腿靱帯）
	150108210	下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む）
	150110910	顎・口蓋裂形成手術（顎裂を伴う）（片側）
	150371710	泌尿皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（乳房再建術）
	150301610	木頭症手術（脳室穿破術（神経内視鏡手術による））
	150114210	口唇裂形成手術（片側）（鼻腔底形成を伴う）
	150389810	直腸脱手術（経会陰）（腸管切除を伴う）
	150107810	喉頭悪性腫瘍手術（切除）
	150316610	動脈（尺）・筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）（一次的）
	150121810	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施する）
	150045610	観血的関節授動術（肘）
	150260050	経皮的太動脈弁拡張術
	150045410	観血的関節授動術（膝）
	150062910	黄色靱帯骨化症手術
	150387810	血管移植術、バイパス移植術（膝窩動脈）
	150308710	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（軀幹）
	150107910	喉頭悪性腫瘍手術（全摘）
	150052950	化膿性又は結核性関節炎摘除術（股）
	150204810	尿道下裂形成手術
	150011810	四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（大腿）
	150372210	定位脳腫瘍生検術
	150384210	関節鏡下肩関節形成術（腱板断裂を伴う）
	150333910	全層植皮術（100cm2以上200cm2未満）
	150035410	関節鏡下関節内骨折観血的手術（膝）
	150266510	人工内耳植込術
	150360510	血管移植術、バイパス移植術（下腿、足部動脈）
	150152010	腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）
	150320610	経皮的心房中隔欠損閉鎖術
	150243210	体外式脊椎間定術
	150009210	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付き）
	150008010	皮膚弁形成・移動術・切断術・覆皮弁術（100cm2以上）
	150118210	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺深葉摘出術）
	150112110	舌悪性腫瘍手術（切除）
	150373010	経内臓手術（経内臓治療用インプラント挿入術）（プレートあり）
	150386410	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150149510	動脈血栓栓内摘出術（その他）
	150362410	經皮膚内視鏡下膽孔形成術（腹腔内腫瘍）
	150372310	内視鏡下胆管血腫除去術
	150009010	筋（皮）弁術
	150371810	泌尿皮弁術（顕微鏡下血管柄付き）（その他）
	150053050	化膿性又は結核性関節炎摘除術（膝）
	150354310	関節鏡下肩腱板断裂手術（複雑）

重症度、医療・看護必要度の項目	レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
	150042610	関節内骨折観血の手術（肩）
	1500445210	観血的関節授動術（肩）
	150285610	尿失禁手術（その他）
	150119310	パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）
	150197010	経尿道的尿管狭窄拡張術
	150120410	頸部郭清術（片）
	150073210	脊髄腫瘍摘出術（髄外）
	150384610	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術（下垂体腫瘍）
	150346510	経皮的肺動脈形成術
	150194010	経皮的鼠路結石除去術（経皮的腎臓造設術を含む）
	150008810	動脈（皮）弁術
	150006710	分層植皮術（200cm2以上）
	150086210	角膜移植術
	150384310	関節鏡下肩関節腔形成術（腱板断裂を伴わない）
	150322710	動脈血栓内臓摘出術（内頸動脈）
	150089410	網膜剥離術
	150118110	耳下腺腫瘍摘出術（耳下腺浅葉摘出術）
	150119510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413510	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・片側頸部外側区域郭清を伴う）
	150413610	甲状腺悪性腫瘍手術（全摘及び亜全摘・両側頸部外側区域郭清を伴う）
	150094110	乳癌根治術
	150043010	関節内骨折観血の手術（肘）
	150119410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴わない）
	150413410	甲状腺悪性腫瘍手術（切除）（頸部外側区域郭清を伴う）
	150262710	乳癌悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））
	150337110	経皮的頸動脈ステント留置術
	150365710	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術（ホルミウムレーザー等使用）
	150379610	経尿道的前立腺手術（電解質溶液利用）
	150301710	水頭症手術（シャント手術）
	150314410	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方摘出術）
	150343810	関節鏡下肩腱板断裂手術（簡単）
	150398510	鼓室形成手術（耳小骨温存術）
	150398610	鼓室形成手術（耳小骨再建術）
	150121710	乳癌悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）
	150373610	内視鏡下鼻・副鼻腔手術4型（汎副鼻腔手術）
	150063210	椎間板摘出術（後方摘出術）
	150313710	関節鏡下靱帯断裂形成手術（十字靱帯）
	150392150	骨移植術（自家骨又は非生体同種骨移植と人工骨移植の併施、その他）
	150316510	乳癌悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））
	150373510	内視鏡下鼻・副鼻腔手術3型（選択的（複数回）副鼻腔手術）
	150303110	乳癌悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））

別紙 8

医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

I. 算定期間に限りがある区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)
また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

(2) 【医療区分2(別表第五の三)】

2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。
尿量減少、体重減少、BUN／Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。
連続した 7 日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。
出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。
嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態(せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。

- a. 注意がそらされやすい
- b. 周囲の環境に関する認識が変化する
- c. 支離滅裂な会話が時々ある
- d. 落ち着きがない
- e. 無気力
- f. 認知能力が1日の中で変動する

7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。
連続する7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

II. 算定期間に限りがない区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スモン

項目の定義

スモン(「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

特定疾患医療受給者証の交付を受けているもの又は過去に当該疾患の公的な認定を受けたことが確認できる場合等をいう。

11. 欠番

12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）
動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。
なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

13. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。
なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第2章第9部の「J045 人工呼吸」の「3 5時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

項目の定義

酸素療法を実施している状態であって、次のいずれかに該当するもの

- ・常時流量3L/分以上を必要とする場合
- ・肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合
- ・NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態である場合

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。

(1) 安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できないが、3L/分以上で維持できる状態。

(2) 安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又は NYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から 30 日間まで、本項目に該当するものとする。

なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー

項目の定義

筋ジストロフィー(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。))として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

筋ジストロフィーに罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

20. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。))として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

多発性硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

21. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。))として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

筋萎縮性側索硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態。
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病については、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。

評価の単位

—

留意点

進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症又はパーキンソン病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の指定難病等

項目の定義

以下の(1)、(2)又は(3)に掲げる疾患に罹患している状態。
(1) 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。ただし、筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病関連疾患を除く。
(2) 「特定疾患治療研究事業について」(昭和 48 年4月 17 日衛発第 242 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)。ただし、スモンを除く。
(3) 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月 24 日健医発第 896 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)

評価の単位

—

留意点

(1)については、指定難病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。
(2)及び(3)については、受給者証の交付を受けているものに限る。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

—

26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月1回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

27. 欠番

28. 省略

29. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第2段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

—

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R 分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)

- d0: 皮膚損傷・発赤無し
- d1: 持続する発赤
- d2: 真皮までの損傷
- D3: 皮下組織までの損傷
- D4: 皮下組織を超える損傷
- D5: 関節腔、体腔に至る損傷
- DU: 深さ判定が不能の場合

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。

ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 (以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)

- 第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)
- 第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
- 第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
- 第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

—

33. うつ症状に対する治療を実施している状態

項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態(精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

- a.否定的な言葉を言った
- b.自分や他者に対する継続した怒り
- c.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
- d.健康上の不満を繰返した
- e.たびたび不安、心配事を訴えた
- f.悲しみ、苦悩、心配した表情
- g.何回も泣いたり涙もろい

本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

38. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態を除く。)

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

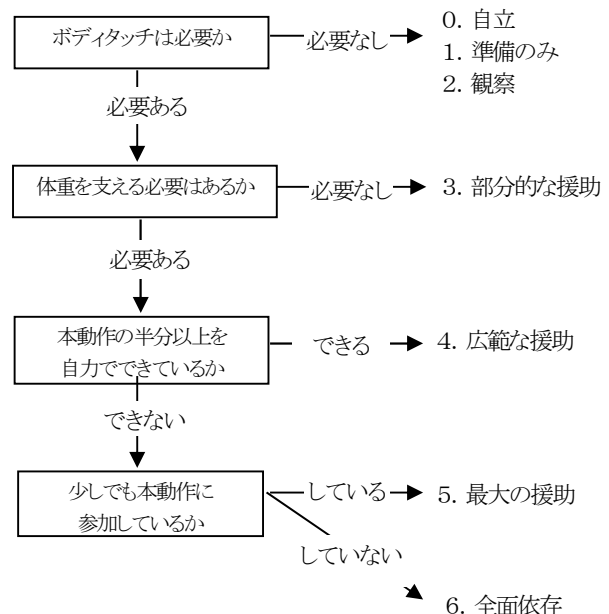
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、医療区分3に該当する状態を除く。すなわち、安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態(肺炎等急性増悪により点滴治療を要した状態(点滴を実施した日から 30 日間までに限る。)及び NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態を除く。)をいう。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a.～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
(合計点)		

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 :まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



IV. その他

91. 身体抑制を実施している

項目の定義

次のいずれかの行為を1つでも行った場合

- ・四肢の抑制
- ・体幹部の抑制
- ・ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- ・介護衣(つなぎ服)の着用
- ・車いすや椅子から立ち上がることができないようにする(抑制のための腰ベルトや立ち上がることができない椅子の使用)
- ・ミトンの着用(手指の機能抑制)
- ・自分の意思で開けることのできない居室等への隔離

留意点

身体抑制を実施する場合は、身体抑制実施に係る3つの要件(切迫性・非代替性・一時性)に該当すること。また、3つの要件の該当状況、実施した身体抑制の行為、目的、理由及び抑制時間に関して、診療録等に記録すること。

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102－2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合^{※1}に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで	
2. 判定スコア	(スコア)
(1) レスピレーター管理 ^{※2}	=10
(2) 気管内挿管，気管切開	= 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4) O ₂ 吸入又は SpO ₂ 90%以下の状態が 10%以上	= 5
(5) 1 回／時間以上の頻回の吸引	= 8
6 回／日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6) ネブライザー 6 回／日以上または継続使用	= 3
(7) IVH	=10
(8) 経口摂取（全介助） ^{※3}	= 3
経管（経鼻・胃ろう含む） ^{※3}	= 5
(9) 腸ろう・腸管栄養 ^{※3}	= 8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	= 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上	= 3
(11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	=10
(12) 定期導尿（3 回／日以上） ^{※4}	= 5
(13) 人工肛門	= 5
(14) 体位交換 6 回／日以上	= 3

〈判 定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

^{※1} 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

^{※2} 毎日行う機械的気道加圧を要するカマシ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

^{※3} (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

^{※4} 人工膀胱を含む

強度行動障害児(者)の医療度判定基準

I 強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	1点	3点	5点
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
2 ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
4 激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6 食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
7 排泄つに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに上る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9 通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさめられずつきあっていられない状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

Ⅱ 医療度判定スコア

1 行動障害に対する専門医療の実施の有無	
① 向精神薬等による治療	5点
② 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点
2 神経・精神疾患の合併状態	
① 著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	5点
② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往	5点
③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	5点
④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点
3 身体疾患の合併状態	
① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（6ヶ月以内に）	3点
② 慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（6ヶ月以内に1ヶ月以上継続）	3点
③ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	3点
④ 呼吸器感染のための検査・処置・治療（6ヶ月以内にあれば）	3点
⑤ その他の身体疾患での検査・治療 （定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内にあれば）	3点
4 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
① 行動障害のため常に1対1の対応が必要	3点
② 行動障害のため個室対応等が必要（1対1の対応でも開放処遇困難）	5点
③ 行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険） ※） いずれか一つを選択	10点
5 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
① 食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	3. 5点
② 排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	3. 5点
③ 移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	3. 5点
④ 入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険）	3. 5点
⑤ 更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険） ※） 次により配点 ・常時1対1で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（5点） ・時に1対1で医療的観察が必要な場合（3点）	3. 5点

注）「強度行動障害児（者）の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。

「Ⅰ」が10点以上、かつ「Ⅱ」が24点以上。

「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

I 強度行動障害スコア

- 1 行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から6カ月以前の行動であれば該当しない。
- 2 定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）。
- 3 頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- 4 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。
- 5 評価は年1回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。
- 6 項目別留意点
 - (1) 「1 ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具（ヘッドギアなど）は着用していない状態を想定して評価する。
 - (2) 「4 はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。
 - (3) 「5 睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があつて個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。
 - (4) 「6 食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定して評価する。
 - (5) 「7 排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。
 - (6) 「8 著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

II 医療度判定スコア

- 1 患者特性に応じた個別の治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点
 - (1) 多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。
 - (2) 当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記載。

- (3) 患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

2 行動障害に対する専門医療の実施有無

- (1) ①の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬 (mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。
- (2) ②は行動療法・動作法・TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

3 神経・精神疾患の合併状態

- (1) ③の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。
- (2) ④の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は2－(1)と同様。

4 身体疾患の合併状態

- (1) ①は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。
- (2) ④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。
- (3) ⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

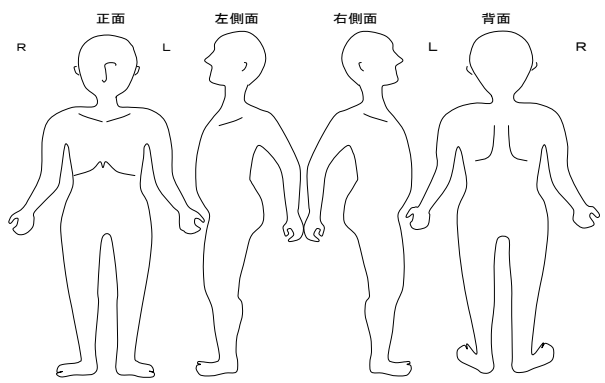
5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (1) ①、②、③はいずれか一つをチェックする。
- (2) ②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

6 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は5点とみなす。

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏 名： 様		病棟	評価日 年 月 日
生年月日： (歳)		性 別 男・女	評価者名
診 断 名：	褥瘡の有無（現在） 有・無		褥瘡の有無（過去） 有・無
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕 ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、6時間以上の手術（全身麻酔下、特殊体位）、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）、医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）、褥瘡の多発と再発			
その他の危険因子〔該当すべてに○〕 床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）、浮腫（局所以外の部位）			
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位 		リスクアセスメント結果	
		重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要	
		褥瘡管理者名	
褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日〕			
褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日〕			

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

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0 点	1 点	2 点
1	心電図モニターの管理	なし	あり	
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	
3	動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
6	人工呼吸器の管理	なし		あり
7	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
8	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
9	特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	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		
10	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない	×			=	点
11	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
12	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
13	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
15	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
16	危険行動	ない		ある					点
									B 得点

注) 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の記入にあたっては、
「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」に基づき行うこと。
・ A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合計点数を記載する。
・ 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。

< 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準 >
モニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）が 4 点以上かつ患者の状況等に係る得点（B 得点）が 3 点以上。

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

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料及び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及びD P C対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く

根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。

「あり」

持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

2 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

3 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

4 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

6 人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用し管理した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

7 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は

含める。

8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

9 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP 測定, ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B11「移乗」、B12「口腔清潔」、B13「食事摂取」、B14「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

1 0 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

1 1 移乗 項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）
「自立」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。
「一部介助」
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。
（介助の実施）
「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができる（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1 2 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）
「自立」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「要介助」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
（介助の実施）
「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1 3 食事摂取 項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子へ

の移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為(小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等)が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般(普通)食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.4 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合

等も「一部介助」とする。 「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。 (介助の実施) 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。 通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。 靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。
--

1 5 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。
--

選択肢の判断基準

「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。 「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。
--

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。 医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1 6 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。 ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。
--

選択肢の判断基準

「ない」

過去 1 週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去 1 週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

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

(配点)

A	モニタリング及び処置等	0 点	1 点
1	創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く) 、 ②褥瘡の処置)	なし	あり
2	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場 合を除く)	なし	あり
4	点滴ライン同時 3 本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの管理	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定 (動脈ライン)	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	なし	あり
10	人工呼吸器の管理	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定 (スワングアンツカテーテル)	なし	あり
13	特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO)	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		
14	寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない	×			=	点
15	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
16	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり		点
17	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
18	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
19	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
20	危険行動	ない		ある					点
B 得点									

注) 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記入にあたっては、
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。
・A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合計点数を記載する。
・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。

＜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＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A 得点）が 3 点以上かつ患者の状況等に係る得点（B 得点）が 4 点以上。

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、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及びD P C対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く

根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2 蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

蘇生術の施行がなかった場合をいう。

「あり」

蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。

蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の管理」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。

「あり」

呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。

呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。

なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。

2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。

スワングアンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
- 「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。

機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。

心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10 人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

1 2 肺動脈圧測定（スワングアンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワングアンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
- 「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

1 3 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
- 「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B15「移乗」、B16「口腔清潔」、B17「食事摂取」、B18「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

1 4 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

15 移乗 項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）
「自立」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。
「一部介助」
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。
（介助の実施）
「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができる（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1.6 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中に見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）
「自立」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「要介助」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
（介助の実施）
「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.7 食事摂取 項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。

医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

18 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができて、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

19 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

20 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に

含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女		生年月日(明・大・昭・平・令) 年 月 日(歳)		利き手	右・右(矯正)・左										
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等				
原因疾患(発症・受傷日)			合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)			廃用症候群 ☐ 軽度 ☐ 中程度 ☐ 重度 ☐ 起立性低血圧 ☐ 静脈血栓			リハビリテーション歴							
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M												
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心 身 機 能 ・ 構 造	☐ 意識障害:(3-3-9:) ☐ 認知症: ☐ 知的障害: ☐ 精神障害: ☐ 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: ☐ 筋力低下(部位, MMT:) ☐ 不随意運動・協調運動障害:						☐ 知覚障害(☐ 視覚, ☐ 表在覚, ☐ 深部覚, ☐ その他:) ☐ 音声・発話障害(☐ 構音障害, ☐ 失語症)(種類:) ☐ 失行・失認: ☐ 摂食機能障害: ☐ 排泄機能障害: ☐ 呼吸・循環機能障害: ☐ 拘縮: ☐ 褥瘡: ☐ 疼痛:									
	基本動作 立位保持(装具:) ☐ 手放し, ☐ つかまり, ☐ 不可 平行棒内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助 訓練室内歩行(装具:) ☐ 独立, ☐ 一部介助, ☐ 全介助															
活 動	自立度 ADL・ASL等		日常生活(病棟)実行状況:「している活動」						訓練時能力:「できる活動」							
			自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	階段昇降							杖・装具:							杖・装具:	
	廊下歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの歩行							杖・装具:							杖・装具:	
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)							装具:							装具:	
	車椅子・ベット間移乗							装具:							装具:	
	椅子座位保持							装具:							装具:	
	ベット起き上がり															
食事							用具:							用具:		
排尿(昼)							便器:							便器:		
排尿(夜)							便器:							便器:		
整容							移動方法・姿勢:							移動方法・姿勢:		
更衣							姿勢:							姿勢:		
装具・靴の着脱							姿勢:							姿勢:		
入浴							浴槽:							浴槽:		
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: ☐ 無, ☐ 有(時間帯: 理由) 日中座位: ☐ 椅子(背もたれなし), ☐ 椅子(背もたれあり), ☐ 椅子(背もたれ, 肘うけあり), ☐ 車椅子, ☐ ベッド上, ☐ キャッチアップ														
栄 養 ※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): ☐ 経口(☐ 食事, ☐ 補助食品), ☐ 経管栄養, ☐ 静脈栄養(☐ 末梢, ☐ 中心) 嚥下調整食の必要性: ☐ 無, ☐ 有(学会分類コード:) 栄養状態: ☐ 問題なし, ☐ 低栄養, ☐ 低栄養リスク, ☐ 過栄養, ☐ その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可															
参 加	職業 (☐ 無職, ☐ 病欠中, ☐ 休職中, ☐ 発症後退職, ☐ 退職予定) (職種・業種・仕事内容:)						社会参加(内容・頻度等)									
	経済状況()						余暇活動(内容・頻度等)									
心 理	障害の受容(☐ ショック期, ☐ 否認期, ☐ 怒り・恨み期, ☐ 悲観・抑うつ期, ☐ 解決への努力期, ☐ 受容期) 機能障害改善への固執(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)						依存欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い) 独立欲求(☐ 強い, ☐ 中程度, ☐ 普通, ☐ 弱い)									
環 境	同居家族: 親族関係:						家屋 : 家屋周囲: 交通手段:									
第 三 利 者 の	発病による家族の変化 ☐ 社会生活: ☐ 健康上の問題の発生: ☐ 心理的問題の発生:															

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

基本方針	本人の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	家族の希望
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加目標	退院先 ☐ 自宅 ☐ 親族宅 ☐ 医療機関 ☐ その他: 復職 ☐ 現職復帰 ☐ 転職 ☐ 不可 ☐ その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 ☐ 無 ☐ 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
すべて実況	自宅内歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 ☐ 不可 ☐ 自立 ☐ 介助: (種類:) 車椅子 ☐ 不要 ☐ 電動 ☐ 手動 (使用場所:) (駆動 ☐ 自立 ☐ 介助)(移乗 ☐ 自立 ☐ 介助:) 排泄 ☐ 自立:形態 ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ 立ち便器 ☐ その他 ☐ 介助: 食事 ☐ 箸自立 ☐ フォーク等自立 ☐ 介助: 整容 ☐ 自立 ☐ 介助: 更衣 ☐ 自立 ☐ 介助: 入浴 ☐ 自宅浴槽自立 ☐ 介助: 家事 ☐ 全部実施 ☐ 非実施 ☐ 一部実施: 書字 ☐ 自立 ☐ 利き手交換後自立 ☐ その他: コミュニケーション ☐ 問題なし ☐ 問題あり:	
心身機能構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 ☐ 不要 ☐ 要: 福祉機器 ☐ 不要 ☐ 要: 社会保障サービス ☐ 不要 ☐ 身障手帳 ☐ 障害年金 ☐ その他: 介護保険サービス ☐ 不要 ☐ 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 ☐ 不要 ☐ 要: 家族構成の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族内役割の変化 ☐ 不要 ☐ 要: 家族の社会活動変化 ☐ 不要 ☐ 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------	---	---	---	-------	--	-------	--	--------	--

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクⅠ,Ⅱ,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名：		男・女		生年月日(西暦)		年		月		日(歳)		利き手		右・右(矯正)・左	
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等			
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：				合併症(コントロール状態)：						リハビリテーション歴：					
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Ⅴ											

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 (月後)	具体的アプローチ		
心身機能・構造	☐ 意識障害 (JCS、GCS)： ☐ 見当識障害： ☐ 記銘力障害： ☐ 運動障害： ☐ 感覚障害： ☐ 摂食障害： ☐ 排泄障害： ☐ 呼吸、循環障害： ☐ 音声、発話障害(構音、失語)： ☐ 関節可動域制限： ☐ 筋力低下： ☐ 褥瘡： ☐ 疼痛： ☐ 半側空間無視： ☐ 注意力障害： ☐ 構成障害： ☐ その他：							
	基本動作	寝返り (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 起き上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 座位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立ち上がり (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)： 立位 (☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)：						
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)							
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ	
	食事	10	5	0				
	移乗	15	10 ←監視下					
	座れるが移れない→		5	0				
	整容	5	0	0				
	トイレ動作	10	5	0				
	入浴	5	0	0				
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：			
	車椅子操作が可能 →		5	0	車椅子：			
	階段	10	5	0				
	更衣	10	5	0				
	排便管理	10	5	0				
	排尿管理	10	5	0				
	合計(0～100点)		点					
コミュニケーション	理解							
	表出							

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（ ☐ 無職、 ☐ 病欠中、 ☐ 休職中、 ☐ 発症後退職、 ☐ 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）：	退院先（ ☐ 自宅、 ☐ 親族宅、 ☐ 医療機関、 ☐ その他） 復職（ ☐ 現職復帰、 ☐ 転職、 ☐ 配置転換、 ☐ 復職不可、 ☐ その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
栄養 (※)	身長 ^{#1} : ()cm、体重: ()kg、 BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養、 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） 嚥下調整食の必要性： ☐ 無、 ☐ 有（学会分類コード： ） 栄養状態： ☐ 問題なし、 ☐ 低栄養、 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養、 ☐ その他（ ） 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量: (目標: kcal) 体重増加/減量: (目標: kg) 栄養補給方法（複数選択可）： ☐ 経口（ ☐ 食事、 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養（ ☐ 末梢、 ☐ 中心） その他：	
心理	抑うつ： 障害の否認： その他：		
環境	同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段：	自宅改造 ☐ 不要、 ☐ 要： 福祉機器 ☐ 不要、 ☐ 要： 社会保障サービス ☐ 不要、 ☐ 身障手帳、 ☐ 障害年金 ☐ その他： 介護保険サービス ☐ 不要、 ☐ 要：	
第三者の 不利	発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生：	退院後の主介護者 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族構成の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族内役割の変化 ☐ 不要、 ☐ 要： 家族の社会活動変化 ☐ 不要、 ☐ 要：	
1ヵ月後の目標：		本人の希望：	
		家族の希望：	
リハビリテーションの治療方針：			外泊訓練計画：
退院時の目標と見込み時期：			
退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）：			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:
---------------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族() 署名:
------------------------------	---

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年 10 月 26 日 老健第 135 号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又は M に該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

日常生活機能評価票

患者の状況	得 点		
	0 点	1 点	2 点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

日常生活機能評価票 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持

っていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
評価時間帯を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗 項目の定義

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、ベッドからストレッチャーへ、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1

人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「介助あり」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9 食事摂取 項目の定義

食事介助の状況进行评估する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほか、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、介助は発生しないため「介助なし」とする。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等かの理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱 項目の定義

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況进行评估する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場

合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 1 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1 2 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診察・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.3 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

栄養管理計画書

計画作成日 . . .

フリカナ

氏 名 殿 (男・女)

年 月 日生 (歲)

入院日；

病 棟

担当医師名

担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標					
栄養補給に関する事項					
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・ ・		栄養補給方法 □経口 □経腸栄養 □静脈栄養			
		嚥下調整食の必要性 □なし □あり（学会分類コード： ）			
		食事内容			
		留意事項			
栄養食事相談に関する事項					
入院時栄養食事指導の必要性		□なし□あり（内容		実施予定日：	月 日
栄養食事相談の必要性		□なし□あり（内容		実施予定日：	月 日
退院時の指導の必要性		□なし□あり（内容		実施予定日：	月 日
備考					
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項					
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日					
退院時及び終了時の総合的評価					

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

評価基準	A:適切に行われている、あるいは十分である B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C:不適切である、あるいは行われていない X:判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)
------	---

評価実施日： 年 月 日 評価対象医療機関名： _____

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1)委員会が定期的に開催されている		
	2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3)議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織 (ICT) ※医師または看護師のうち 1人は専従であること	1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3)感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を修了した専任看護師がいる		
	4)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる		
	5)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2)必要に応じて改定がなされている		
2. 教育	1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2)講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5)外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)		
3. サーベイランスと インターベンション	1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		

	4)アウトブレイクに介入している		
	5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている		
4. 抗菌薬適正使用	1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4)抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5. コンサルテーション	1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6. 職業感染曝露の防止	1)職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2)HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3)結核接触者検診にQFTを活用している		
	4)麻疹、風疹、ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている		
	6)安全装置付きの機材を導入している		
7. ICTラウンド	1)定期的なICTラウンドを実施している		
	2)感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		
C. 外 来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1)感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)		
	2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2. 外来診察室	1)診察室に手洗いの設備がある		

	2)各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3)各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3. 外来処置室	1)鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている (廃棄容器の蓋が開いていない、など)		
	2)鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3)検査検体が適切に保管してある		
4. 抗がん化学療法外来	1)薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2)咳エチケットが確実に実施されている		
	3)患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D. 病棟		評価	コメント
1. 病室	1)部屋ごとに手洗い場がある		
	2)床や廊下に物品が放置されていない		
	3)必要なコホーティングが行われている		
	4)隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5)隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6)空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2. スタッフステーション	1)水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2)鋭利機材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3)鋭利機材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4)臨床検体の保存場所が整備されている		
3. 処置室	1)清潔区域と不潔区域を区別している		
	2)滅菌機材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている		
	3)包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4)包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		

4. 薬剤の管理	1) 清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2) 希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3) 薬品保管庫の中が整理されている		
	4) 薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5) 薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6) 保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1. 着衣および環境	1) 入室時に手指衛生を実施している		
	2) 処置者は半そでの着衣である		
	3) 処置者は腕時計をはずしている		
	4) ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5) 手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1. 手洗い	1) 職員の手指消毒が適切である		
	2) 職員の手洗いの方法が適切である		
	3) 手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4) 手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2. 手袋	1) 手袋を適切に使用している		
	2) 手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防護具(PPE)	1) 必要なときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2) マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3) 個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1) 結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		

	2)陰圧個室が整備されている		
	3)麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5)N95マスクが常備してある		
2. 飛沫感染予防対策	1)インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2)風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3)流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)可能ならば個室隔離としている		
	5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6)ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8)飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3. 接触感染予防策	1)MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2)手袋が適切に使用されている		
	3)必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4)処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5)処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6)必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7)シーツやリネン類の処理が適切である		
	* マニュアルの評価項目：連絡体制。感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγ-グロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1)除毛は術直前に行っている		
	2)周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		

	3) 必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4) バンコマイシンをルーチンに使用していない(または使用基準がある)		
I. 医療器材の管理		評価	コメント
1. 尿道カテーテル	1) 集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2) 閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない		
	3) 集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4) 尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5) 日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6) 膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2. 人工呼吸器	1) 加湿器には滅菌水を使用している		
	2) 気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である		
	3) 定期的に口腔内清拭を行っている		
3. 血管内留置カテーテル	1) 中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2) 中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション(滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布)が行われている		
	3) 高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4) 輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5) ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6) ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7) 末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している		
J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1. 医療器具	1) 病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている(計画がある)		
	2) 生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3) 消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		

	4)乾燥が適切に行われている		
2. 内視鏡	1)内視鏡洗浄・管理が中央化されている(計画がある)		
	2)専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3)用手洗浄が適切に行われている		
	4)管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5)消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6)自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7)自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8)自動洗浄・消毒機のメンテナンスの期日が記録されている		
	9)内視鏡の保管が適切である		
	10)内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1)廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2)感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3)最終保管場所が整備されている		
	4)廃棄物の処理過程が適切である		
L. 微生物検査室		評価	コメント
1. 設備・機器	1)安全キャビネット(クラスⅡ以上)を備えている		
	2)安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている		
	3)菌株保存庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
	4)検査材料の一時保管場所が定められている		
2. 検査業務	1)安全対策マニュアル等が整備されている		
	2)業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		

3)抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
4)遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
5)感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
6)廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
7)感染防止のための手洗い対策が適正である		
8)感染性廃棄物が適正に処理されている		
9)関係者以外の立ち入りを制限している		

評価実施医療機関名：

(評価責任者名：

- [記載上の注意]
- 1) チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。

2) 評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。

3) 評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。

4) 評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届 出 番 号	
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項) [] の施設基準に係る届出			
☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 開設者名 印 殿			
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1 通提出のこと。			

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		連絡先 担当者氏名: 電話番号:
(届出事項) ☐ 機能強化加算 (※機能強化第 号) ☐ 救急医療管理加算 (※救急医療第 号) ☐ せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号) ☐ 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 ☐ 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第78条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 ☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。 令和 年 月 日 保険医療機関の所在地 及び名称 開設者名 印 殿		

備考 1 ☐ には、適合する場合「レ」を記入すること。

2 ※は記載する必要がないこと。

3 届出書は、1 通提出のこと。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 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（又は別添 7 の 2）
第1の2	機能強化加算	☐	☐ 年 月	☐	別添 7 の 2
2	時間外対応加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 2 の 3
2の6	オンライン診療料	☐	☐ 年 月	☐	様式 2 の 5
2の7	歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式 2 の 6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式 3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 4 の 2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式 5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 10, 13, 13の2
2の2	救急医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	別添 7 の 2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 15
4	診療録管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 13 の 4, 18, 18 の 2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 8, 9, 10, 13 の 3, 18 の 3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 8, 9, 10, 13 の 3, 18 の 3
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 9, 19, 20
6の2	看護配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 8, 9
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 8, 9, 10, 13 の 3, 18 の 3
9	療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 23, 23 の 2
11	療養病棟療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 24, 24 の 2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式 24, 24 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（又は別添 7 の 2）
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式34
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	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	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	別添 7 の 2
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の15, 40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式41
第1	救命救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42, 42の3, 42の4, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 44

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（又は別添 7 の 2）
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 52, 52の2
15	精神科救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57 の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	☐	☐ 年 月	☐	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	様式58

※様式1, 2の2, 2の8, 5の2, 9の3, 9の4, 10の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39,
39の2, 40, 53の2は欠番

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「8 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 3

地域包括診療加算に係る届出書

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	健康相談を実施している旨を院内掲示している	☐
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	☐
⑦	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1、2又は3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	☐

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）

⑧	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	□
	連携医療機関名	
⑨	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
⑨-2	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）

⑩	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	□
---	------------------------------------	---

〔記載上の注意〕

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
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、⑧及び⑨又は⑩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を添付すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 $(② / ①) \%$	%

2. 単品単価契約率

卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②の再掲)	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率 $(③ / ②) \%$	%

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

☐ 有	☐ 無
----------------------------	----------------------------

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

取引卸売販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 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。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料により算定されることに留意すること。

様式 2 の 5

オンライン診療料に係る届出書添付書類

1 診療体制等

要件	該当
(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有していること。	☐
(2) 1 月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める、オンライン診療料の算定回数の割合が 1 割以下であること。 ① 再診料（注 9 による場合は除く） ② 外来診療料 ③ オンライン診療料 ④ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） ⑤ 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）	☐

2 医師の配置状況

	配置医師の氏名	経験等	
☐		脳神経外科又は脳神経内科の経験年数	() 年
☐		頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修の受講	☐

[記載上の注意]

- 「2」については頭痛患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限り記入する。また、当該診療に係る研修を受講した医師を配置する場合は、受講を確認できる文書を添付する。
- ☐には適合する場合「✓」を記入すること。

	概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 中央滅菌部門において滅菌（病院の場合に限る） 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）	
1. に該当する場合は以下の事項について記載		
滅菌器	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上	

	概	要
1 日平均患者数 (歯科訪問診療の患者 を含む)	1. 10 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 5. 40 人以上 50 人未満	2. 10 人以上 20 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 6. 50 人以上

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

歯科点数表の初診料の注１の施設基準に係る報告書（７月報告）

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

	概 要
1 日平均患者数 (届出前 3 ヶ月間)	1. 10 人未満 2. 10 人以上 20 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 5. 40 人以上 50 人未満 6. 50 人以上
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌(業者名:)
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について (1 日あたりの滅菌 の実施回数)	1. 1 日 1 回 2. 1 日 2 回 3. 1 日 3 回以上 5 回未満 4. 1 日 5 回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3 常勤歯科医師の院内感染防止対策に関する研修の受講歴等（4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)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況（該当する□に「✓」を記入）

- ☐ 受講すべき職員がいない（雇用している職員がいない場合を含む）
- ☐ 職員に対する院内研修を実施した（実施内容等を下表に記入。複数選択可。）

方法	☐ 院内研修を実施		☐ 院外研修を受講
内容	☐ 標準予防策	☐ 環境整備	☐ 医療機器の洗浄・消毒・滅菌
	☐ 手指衛生	☐ 職業感染防止	☐ 感染性廃棄物の処理
	☐ その他（ ）		

院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

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

※ 4 年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※ 研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※ 届出を行った日の属する月の翌月から起算して 4 年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

様式 3

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

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	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)～(5)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
J013の4	件	J039	件	J072	件
J016	件	J042	件	J072-2	件
J018	件	J043	件	J075	件
J031	件	J066	件	J076	件
J032	件	J068	件	J087	件
J035	件	J069	件		
J036	件	J070	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
-----------	---------	-------------

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術
期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算
定した患者の数

年 月 ～ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。
(歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について報告すること。
6. 4については、4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。また、研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 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、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 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)_____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診)_____

※ それぞれ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 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文書を添付すること。

3 歯科医師、歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

歯科医師氏名（常勤・非常勤）	歯科衛生士氏名（常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	1. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	2. (常勤・非常勤)
3. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)

4 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		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 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	

6 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	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

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っては医科診療科）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

下記について、適合する場合は□に「✓」し、内容を記載すること。

□ 当該保険医療機関において、別添 6 の別紙 2 及び別紙 2 の 2 を参考として入院診療計画を策定し、入院患者に対して説明を行っている。

□ 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われ、院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

①院内感染防止対策委員会の活動状況	
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	

□ 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備され、安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

①安全管理のための指針の整備状況	
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	
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	

- ☐ 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われ、別添6の別紙3を参考として「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成している。

(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)		
(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		人
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		人
③ 褥瘡に関する診療計画を作成した患者数		人
④ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		

- ☐ 当該保険医療機関において、栄養管理体制が整備されている。(病院に限る)

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

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合		
非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無
常勤の栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の
入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

1 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった日

年	月	日
---	---	---

2 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった理由

	(1) 離職のため
	(2) 出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3) その他 ()

3 非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに○）

	有		無
--	---	--	---

4 3か月以内に常勤の管理栄養士が確保できる見通し
（どちらかに○）

	有		無
--	---	--	---

5 常勤の管理栄養士の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに○）

	(1) 求人を行っているが応募がないため
	(2) 人件費の確保が困難なため
	(3) 離職が多いため
	(4) その他 ()

〔記載上の注意〕

様式6を添付すること。

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、d 1 以上の褥瘡を有していた患者数 （褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数 （入院時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の 入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の 発見時の状況）
d 1	名	名
d 2	名	名
D 3	名	名
D 4	名	名
D 5	名	名
D U	名	名

〔記載上の注意〕

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1 以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

□ 急性期一般入院基本料（□ 急性期一般入院料1・□ 急性期一般入院料2・ □ 急性期一般入院料3・ □ 急性期一般入院料4・ □ 急性期一般入院料5・ □急性期一般入院料6・ □急性期一般入院料7）					
□ 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）・□ 専門病院入院基本料）					
□ 10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）・□ 専門病院入院基本料）					
職種	氏名	勤務時間	専従・専任	経験年数	研修受講
医師		時間		年	□
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		
□理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士		時間	□専従 □専任		

2. 入院患者の構成

算出期間（直近1年間）		（ 年 月 日～ 年 月 日）	
当該病棟の新規入院患者数	①		名
①のうち、65歳以上の患者数	②		名
①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数	③		名
②／①（8割以上）	④		%
③／①（6割以上）	⑤		%

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

1) 患者のADL

算出期間（直近1年間もしくは3月間）	（ 年 月 日～ 年 月 日）
当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） ⑥	名
⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 ⑦	名
⑦／⑥（3%未満） ⑧	%

2) 褥瘡の院内発生率

調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） ⑨	名
調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 ⑩	名
⑩／⑨（2.5%未満） ⑪	%

※⑨の入院患者数が80人以下の場合は、⑩が2人以下であること。この場合、⑪は記載する必要はない。

※⑧及び⑪（⑨の入院患者数が80人以下の場合は⑩）いずれの要件も満たす必要がある。

4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出

適合する場合は、□に「✓」を記入すること。
☐ 疾患別リハビリテーション料を届け出ている。
☐ がん患者リハビリテーション料を届け出ている。

[記載上の注意]

1. 医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する□に「✓」を記入のこと。なお、専従及び専任のいずれでもなくとも、当該病棟で6時間以上勤務したことをもって本加算を算定しようとする理学療法士等（上限5名）全員について記入すること。
2. 勤務時間には、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）を記入すること。
3. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成27年総務省告示第35号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
4. ADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

5. 届出以降は、別添 7 の様式 5 の 4 に基づき、院内で発生した DESIGN-R 分類 d 2 以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。
6. 医師はリハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写しを添付すること。

療養病棟入院基本料における「適切な意思決定支援に関する指針」
及び「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指
針」の施設基準に係る届出書添付書類

1. 「適切な意思決定支援に関する指針」を定めている場合は、□に、「✓」を
記入のこと

☐ 適切な意思決定支援に関する指針を保険医療機関として定めている。

2. 「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」を定めて
いる場合は、□に、「✓」を記入のこと

☐ 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を保険医
療機関として定めている。

[記載上の留意事項]

当該指針に関する資料の添付は不要である。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

- ☐ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。
 （適合する場合は、□に「レ」を記入すること。）

該 当 に ○	入 院 基 本 料 等	今 回 の 届 出		届出 区分	病棟数	病床数	入 院 患 者 数		平均在 院日数
		病棟数	病床数				届出時	1日平均 入院患者数	
	総 病 床 数								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 （ 注11に係る届出 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 重 症 患 者 割 合 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	特 定 機 能 病 院 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟								
	結 核 病 棟								
	精 神 病 棟								
	専 門 病 院 入 院 基 本 料								

	障害者施設等入院基本料								
	障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)								
	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								
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
	小児特定集中治療室管理料								
	新生児特定集中治療室管理料								
	総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児 新生児							
	新生児治療回復室入院医療管理料								
	一類感染症患者入院医療管理料								
	特殊疾患入院医療管理料(再掲)								
	小児入院医療管理料(5は再掲)								
	回復期リハビリテーション病棟入院料								
	地域包括ケア病棟入 院料	病棟入院料 病棟入院料(注 9に係る届出) 入院医療管理料							
	特殊疾患病棟入院料								
	緩和ケア病棟入院料								
	精神科救急入院料								
	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								
	精神療養病棟入院料								
	認知症治療病棟入院料								
	特定一般病棟入院料								
	地域移行機能強化病棟入院料								

※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
※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左端の欄に○を記入すること。
- 2 病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
- 3 「届出区分」の欄は、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	急 1， 急 2， 急 3， 急 4， 急 5， 急 6， 急 7， 地 1， 地 2， 地 3
療養病棟入院基本料	1， 2
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
精神病棟入院基本料	10 対 1， 13 対 1， 15 対 1， 18 対 1， 20 対 1
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7 対 1， 10 対 1，
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，
障害者施設等入院基本料	7 対 1， 10 対 1， 13 対 1， 15 対 1

- 4 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， 3， 4
ハイケアユニット入院医療管理料	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， 4， 5， 6
地域包括ケア病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料	1， 2， 3， 4
地域包括ケア入院医療管理料	1， 2， 3， 4
特殊疾患病棟入院料	1， 2
緩和ケア病棟入院料	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

- 5 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が 1 名以上配置されていること）を満たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が 1 名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点減算される対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない
------	-------

- 6 療養病棟入院基本料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として様式 6 の 2 を添付すること。
- 7 「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。
- 8 「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。

療養病棟入院基本料における医療区分の患者割合一覧表

	年 月	年 月	年 月	年 月～ 年 月 (直近3か月の合計)
① 医療区分1				
② 医療区分2				
③ 医療区分3				
④ 合 計				
⑤ ②+③				
⑤ / ④				

[記載上の注意]

- 1 ②医療区分2には、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者の延べ日数を記載すること。
- 2 ③医療区分3には、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者の延べ日数を記載すること。
- 3 直近3か月の医療区分の患者割合が分かる様式を別に作成している場合は、この様式に替えて提出しても差し支えないこと。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名
---------------	----

区 分	看護職員の配置	氏 名
緩和ケア診療加算	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
がん拠点病院加算	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従の常勤看護師	
	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適切な研修を修了した専従の看護師	
医療安全対策加算 2	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 1	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 2	感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
抗菌薬適正使用支援加算（感染防止対策加算の注 3）	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者等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	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を有し、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した褥瘡管理者である専従の看護師	
呼吸ケアチーム加算	呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事した経験を有し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した専任の看護師	
入退院支援加算 1・2	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
入退院支援加算 3	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師	
入院時支援加算 1・2（入退院支援加算の注 7）	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
認知症ケア加算 1・2	認知症患者の看護に従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
排尿自立支援加算	下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料の注 4）	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	

ウイルス疾患指導料		HIV感染者の看護に従事した経験を有する専任の看護師	
喘息治療管理料		専任の看護職員	
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有し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
がん患者指導管理料イ・ロ		がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
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を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
		悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
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を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
	造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
糖尿病透析予防指導管理料		糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料		乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有し、医療関係団体等から認証された専任の助産師	
院内トリアージ実施料		救急医療に関する経験を有する専任の看護師	
救急搬送看護体制加算１・２ （夜間休日救急搬送医学管理料の注３）		救急患者の受入への対応に係る専任の看護師	
外来放射線照射診療料		専従の看護師	
ニコチン依存症管理料		禁煙治療に係る専任の看護職員	
相談支援加算（療養・就労両立支援指導料の注２）		専任の看護師	
外来排尿自立指導料		下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注２）		呼吸器科についての経験を有する看護師	
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料		脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師	
外来化学療法加算		化学療法の経験を有する専任の看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員	
難病患者リハビリテーション料		専従の看護師	
障害児（者）リハビリテーション料		障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
リンパ浮腫複合的治療料		資格取得後２年以上経過し、リンパ浮腫の複合的治療に関する研修を修了した専任の常勤看護師	
救急患者精神科継続支援料		自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師	

認知療法・認知行動療法 2	認知療法・認知行動療法に係る経験を有し、認知療法・認知行動療法についての研修を修了した専任の看護師	
依存症集団療法	専任の看護師	
精神科ショート・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ケア	専従の看護師	
精神科ナイト・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ナイト・ケア	専従の看護師	
重度認知症患者デイ・ケア料	専従の看護師	
粒子線治療医学管理加算（粒子線治療）	放射線治療に専従する常勤の看護師	
画像誘導密封小線源治療加算（密封小線源治療の注 8）	放射線治療を専ら担当する常勤の看護師	

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	(: ~ :)		(: ~ :)		(: ~ :)
		)		)		)
申 送 り 時 間						
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	(: ~ :)		(: ~ :)		(: ~ :)

看 護 要 員 の 名 簿

〔病棟名等： 〕

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	当該病棟以外 との兼任
			{ 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		
			{ 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 入院基本料等の届出を行う場合、届出書に添付すること。
- 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、看護師、准看護師又は看護補助者と記入すること。
- 4 勤務時間については就業規則等に定める週当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 当該病棟以外との兼任の欄には、外来等と兼務する者について○を記載すること。

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 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

☐ 病棟ごとの届出 ※（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の場合に限る）
（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

☐ 入院基本料・特定入院料の届出区分の変更なし （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

（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	新規 届出	既 届出	項目名
☐	☐	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	☐	☐	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注 9）
		急性期看護補助体制加算			看護職員夜間配置加算
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割以上）	☐	☐	12 対 1 配置加算 1
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割未満）	☐	☐	12 対 1 配置加算 2
☐	☐	50 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 1
☐	☐	75 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 2
☐	☐	夜間 30 対 1			看護補助加算
☐	☐	夜間 50 対 1	☐	☐	看護補助加算 1
☐	☐	夜間 100 対 1	☐	☐	看護補助加算 2
☐	☐	看護配置加算	☐	☐	看護補助加算 3
			☐	☐	夜間 75 対 1 看護補助加算
☐	☐	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 3）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急入院料の注 5）
☐	☐	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 4）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注 5）
☐	☐	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 7）	☐	☐	認知症夜間対応加算 （認知症治療病棟入院料の注 3）

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1 日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
※小数点以下切り上げ

② 月平均 1 日当たり看護職員配置数 _____ 人 〔C／（日数× 8）〕※小数点以下第 2 位以下切り捨て
（参考）1 日看護職員配置数（必要数）： = 〔（A／配置区分の数）× 3 〕※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %
〔月平均 1 日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／1 日看護職員配置数〕

④ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※小数点以下切り上げ

⑤ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ～ _____ 時 _____ 分

⑥ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D-E) / B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____ 人

※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護職員配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注3）を届け出る場合に記載》

（参考）最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）： = [(A / 50) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護補助加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9）、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助者配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4）を届け出る場合に記載》

（参考）1日看護補助者配置数（必要数）： = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護補助加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9）、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載》

（参考）夜間看護補助者配置数（必要数）： = [A / 配置区分の数] ※小数点以下切り上げ

⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

※小数点第3位以下切り捨て

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = [(A / 200) × 3]

※小数点第3位以下切り捨て

4. 勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する一 つに○) ※4	夜勤従事者 数※5	1日 曜	2日 曜	3日 曜	…	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計	[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数	[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計			[F] ※9	
1日看護職員配置数 (必要数) ※10	$[(A/\text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$	月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	$[(A/200) \times 3]$	月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	$[F / (\text{日数} \times 8)]$	

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔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 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	$[C] - [1\text{日看護職員配置数} \times \text{日数} \times 8]$
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助者配置数 (必要数) ※10 [J]	$[(A/\text{配置区分の数}^{※11}) \times 3]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	$[G+H / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K ^{※12}]	$[G / (\text{日数} \times 8)]$
夜間看護補助者配置数 (必要数) ※10	$A/\text{配置区分の数}^{※11}$
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	$[I / (\text{日数} \times 16)]$
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 (%)	$[(K/J) \times 100]$

〔看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護職員配置数 (必要数) ※10 [L] ※13	$[(A/13) \times 3]$
月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	$[(C - (L \times \text{日数} \times 8)) / (\text{日数} \times 8)]$

〔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外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- 配置数の上限 $[(A/200) \times 3]$ を超える主として事務的業務を行う看護補助者は様式9に記載しないこと。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。
- 看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。

- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
- ①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、③急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が 8 時間未満の者
- ※8 【D】は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 【F】は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料 1 の場合「7」、10 対 1 入院基本料の場合「10」、25 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。
- ※12 地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。
- ※13 地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、13 対 1 の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院料の注 2 の届出を行う場合にあっては、15 対 1 の「15」で計算すること。
- ※14 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。
- ※15 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均 1 日当たり看護職員配置数」は「月平均 1 日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「1 日看護職員配置数（必要数）」は「1 日看護職員及び看護補助者配置数（必要数）」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

- 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において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。
- 届出前 1 か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 月平均夜勤時間超過減算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。
- 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び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。
- 夜間看護加算（A101 療養病棟入院基本料の注 12）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7、A311 精神科救急入院料の注 5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注 5）は、常時 16 対 1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12 対 1 の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式 9 の 2 を参照）を添付すること。

(_____年____月) 夜 間 看 護 職 員 配 置 状 況

		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
病棟名		深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜	深夜	準夜										
() 病棟	患者数																																																														
	看護職員数																																																														
() 病棟	患者数																																																														
	看護職員数																																																														
() 病棟	患者数																																																														
	看護職員数																																																														
() 病棟	患者数																																																														
	看護職員数																																																														
() 病棟	患者数																																																														
	看護職員数																																																														
合計	①患者数																																																														
	②看護職員数																																																														
	①／②																																																														

[記載上の注意]

- 1 「準夜」は16時から24時まで、「深夜」は0時から8時までを示すこととし、月の初日の0時から末日の24時までの夜勤配置が確認できるように作成すること。
- 2 患者数については、各勤務帯の最大の患者数を記載すること。
- 3 看護職員については、各勤務帯の勤務者数を記載し、遅刻・早退・他部署勤務があった場合は、当該病棟に勤務しなかった時間を別紙等でわかるように添付すること。
- 4 各病棟の記載欄は、病棟数に応じて適宜追加すること。
- 5 「①／②」については、小数点以下を切り上げること。
- 6 2交替、3交替以外の交替勤務を行っている場合は、各勤務帯の従事者と看護職員数がわかるように様式を変更すること。
- 7 勤務帯ごとの患者数と看護職員数がわかる様式を別に作成している場合は、この様式に替えて提出しても差し支えないこと。
- 8 療養病棟入院基本料の注12に掲げる「夜間看護加算」の届出を行う場合には、「看護職員」を「看護要員」と読み替え、看護補助者を含む配置数を記載すること。

様式 10

急性期一般入院基本料
7 対 1 入院基本料
10 対 1 入院基本料
地域一般入院料 1
看護必要度加算
一般病棟看護必要度評価加算
総合入院体制加算
急性期看護補助体制加算
看護職員夜間配置加算
看護補助加算 1
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
地域包括ケア病棟入院料
特定一般病棟入院料の注 7

の施設基準に係る患者の重症度、
医療・看護必要度に係る届出書
添付書類（新規・7月報告）

（該当するものを○で囲むこと）

1 入院基本料等

(1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）

(2) 届出事項（該当に○）

（入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更）

(3) 直近3月の実績

届出 入院料 （該当に ○）	届出 区分 （該当に ○）	届出の 加算 （該当に ○）	届出 病床数	入院患者の状況(直近3月)（ 年 月 ～ 年 月）				
				① 入院患者 延べ数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II	
					② ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	③ 該当患者割 合 （②／①）	④ ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	⑤ 該当患者割 合 （④／①）
一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料 (がん・循環 器) 又は 特定機能 病院入院 基本料 又は 結核病棟入 院基本料 (7対1)	急性期一般入院料 1 急性期一般入院料 2 急性期一般入院料 3 急性期一般入院料 4 急性期一般入院料 5 急性期一般入院料 6 急性期一般入院料 7 地域一般入院料 1 7 対 1 10 対 1 13 対 1	看護必要 度加算 一般病棟 看護必要 度評価加 算 急性期看 護補助体 制加算 看護職員 夜間配置 加算 看護補助 加算 1	床	名	名	%	名	%

2 総合入院体制加算

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）
 (2) 届出事項（該当に○）
 （ 入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更 ）
 (3) 直近 3 月の実績

届出の 加算 (該当に○)	届出 病床数	入院患者の状況（直近 3 月）（ 年 月 ～ 年 月 ）				
		① 入院患者延 べ数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II	
			② ①のうち基準 を満たす患者 の延べ数	③ 該当患者割合 (②／①)	④ ①のうち基準 を満たす患者 の延べ数	⑤ 該当患者割合 (④／①)
総合入院体制加算 1	床					
総合入院体制加算 2		名	名	%	名	%
総合入院体制加算 3						

3 特定入院料

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）
 (2) 届出事項（該当に○）
 （ 入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更 ）
 (3) 直近 3 月の実績

届出 入院料 (該当に○)	届出 区分 (該当に ○)	届出 病床数	入院患者の状況（直近 3 月）（ 年 月 ～ 年 月 ）				
			① 入院患者延 べ数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II	
				② ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	③ 該当患者割 合 (②／①)	④ ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	⑤ 該当患者割 合 (④／①)
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 又は 地域包括ケア病棟 入院料 又は 特定一般病棟入院料 又は 特定一般病棟入院 料の注 7	入院料 1 管理料 1 入院料 2 管理料 2 入院料 3 管理料 3 入院料 4 管理料 4 一般病棟看護 必要度評価加算	床	名	名	%	名	%

4 院内研修の実施状況

一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度に係る 院内研修の実施状況	実 施 日		
	年	月	日

〔記載上の注意〕

- 1 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、Ⅰ又はⅡを○で囲むこと。
- 2 届出事項について、「入院料等の届出の変更」、「入院料等の届出及び評価方法の変更」又は「評価方法の変更」のいずれかを○で囲むこと。
- 3 看護補助加算 1 のうち、当該様式の届出を要するのは、地域一般入院料 1 又は 2 若しくは 13 対 1 入院基本料であること。
- 4 届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを○で囲むこと。
- 5 入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、①の患者数に、産科、15 歳未満の小児の患者、短期滞在手術等基本料及び基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。）は含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。重症度、医療・看護必要度Ⅱ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。）は含めない。
- 6 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。
- 7 一般病棟と結核病棟を併せて 1 看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。
- 8 7 月報告時には、評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、Ⅰ又はⅡを○で囲むこと。なお、Ⅱを選択する場合には、直近 3 月の実績に関する報告は不要であること。

様式 10 の 2

急性期一般入院料 1
7 対 1 入院基本料
 における常勤の医師の員数に係る
届出書添付書類

届出する入院基本料の欄にチェックし、(A) ～ (D) に係る事項について記載すること。

欄	届出入院料	(A) 病棟数	(B) 病床数	(C) 1 日平均 入院患者数 ※ 1	(C) × (10/100)	(D) 医師数※ 2
	一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料					
	結核病棟 入院基本料					

※ 1 算出に係る期間を記入 (年 月 日 ～ 年 月 日)

※ 2 (D) 医師数 ① - ②

① = 当該病院における全体の常勤の医師数 _____ 名

② = 急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料以外の病床に係る医師数 _____ 名

(1) 一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の②の計算方法

$\{ (\text{ア} - \text{イ}) / 16 + \text{ウ} / 16 + \text{エ} / 48 + \text{オ} / 48 \}$

ア 一般病床（感染症病床も含む。）に入院する患者数 _____ 名

イ 急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数 _____ 名

ウ 結核病床に入院する患者数 _____ 名

エ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

オ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

(2) 結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法

$\{ \text{ア} / 16 + \text{イ} / 48 + \text{ウ} / 48 \}$

ア 一般病床（感染症病床も含む。）に入院する患者数 _____ 名

イ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

ウ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料における
自宅等に退院するものの割合に係る届出書添付書類

①	直近6月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 有床診療所	名
	(4) 他院の療養病棟	名
	(5) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	(6) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	(7) (4)～(6)を除く病院	名
②	自宅等に退院するものの割合(80%以上) $((1)+(2)+(3)+(4)+(5)+(6)) \div ①$	%

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

様式 10 の 6

一般病棟入院基本料の「注 11」に規定する
90 日を超えて入院する患者の算定に係る届出書

90 日を超えて入院している患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟
の概要

届出を行う病棟	病棟名：（ ）病棟 病床数：（ ）床
---------	---

〔記載上の注意事項〕

届け出る病棟が複数ある場合には、届け出る全ての病棟について記載すること。

様式 10 の 7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

区分	氏名	勤務時間
① 病棟に配置されている精神保健福祉士		
② 退院支援部署に配置されている精神保健福祉士		

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)	
年 月 ~ 年 月 (a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数(c)	
(c) 名	
(c) / (b) = _____	

※自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう(ただし、死亡退院及び退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。)。また、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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記入上の注意]

1. 病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。
2. ②については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
4. (a) には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
5. 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 $(c) / (b) \geq 0.9$

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

届出を行う病棟	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が1月未満の患者、再入院患者及び死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3)介護老人保健施設	名
	(4)同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)／① (50%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間(直近1年間) (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。)から当該病棟に入院した患者であって、1年間に在宅に退院した患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1月以内に退院した患者は除く。)	名
④	当該病棟の直近1年間における1日平均入院患者数(小数点以下は切り上げる) ※1年間の延入院患者数を1年間の日数で除したもの	名
⑤	③／④ (0.15以上)	

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

様式 10 の 9

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料
（精神病棟に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に係る施設基準

① 当該病棟の直近 3 か月の新規入院患者数	名
② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下の患者数	名
② ÷ ① × 100（50%以上）	%

2 13 対 1 入院基本料に係る施設基準

① 当該病棟の直近 3 か月の新規入院患者数	名
② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下又は区分番号「A 2 3 0－3」に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象の患者数	名
② ÷ ① × 100（40%以上）	%

感染症病床を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院 日数		
				届出時	1日平均 入院患者数			
病及 棟 ・ 平 均 病 床 在 ・ 院 入 日 院 数 患 者 数		感染症病床	床	名	名	日		
		一般病床	床	名	名			
		一般病棟	床	名	名			
	合計	一般病棟	合計	合計	合計			
看 及 護 び 師 ・ 護 准 補 看 助 護 者 師 数			看護要員現員数					
			看護 師		准看護 師		看護補助者	
			病棟勤務	病棟以外 との兼任	病棟勤務	病棟以外 との兼任	病棟勤務	病棟以外 との兼任
	感染症病床を有する 一般病棟		名	名	名	名	名	名
	一般病棟		名	名	名	名	名	名
	一般病棟 合計		合計 名		名		名	

* 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

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、感染症病床を有する一般病棟における感染症病床以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、一般病棟（感染症病床を含む。）を包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、感染症病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。
- 4 感染症病床を有する一般病棟について、別添7の様式9を記載し添付すること。

**有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類**

			区 分	病 床 数	入 院 患 者 数		備 考
					届 出 時	1 日 平 均 入院患者数	
入 病 院 床 患 数 者 及 数 び	総 数			床	名	名	1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日
	内 訳	一般病床		床	名	名	
		療養病床		床	名	名	
看 護 要 員 数			看護師・准看護師		看 護 補 助 者		
			入院患者に 対する勤務	入院患者以 外との兼務	入院患者 に 対する勤務	入院患者以 外との兼務	
	総 数		名	名	名	名	
	内 訳	一般病床	名	名	名	名	
		療養病床	名	名	名	名	
	上記以外の勤務		名		名		
勤 務 形 態 (該当するものに○印) (時間帯を記入)			時 間 帯 区 分				
			当直制 ・ 交代制 ・ その他 (: ~ :) (: ~ :) (: ~ :)				
有床診療所入院基本料の 夜間緊急体制確保加算に 係る夜間の緊急体制確保 の実施の有無			(有 ・ 無)				

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には 1 から 6 のいずれかを記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「8 割以上」、「8 割未満」又は「特別」を記入する。
- 3 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 4 様式 12 の 2 を添付すること。
- 5 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の 3 から12の 6 までを添付すること。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

	職 種	氏 名	勤 務 形 態	勤 務 時 間
一 般 病 床				
療 養 病 床				

[記載上の注意]

- 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
- 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
- 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る 届出書添付書類

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る事項

次の該当する項目に○をつけること（（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち 2 つ以上に該当すること）。

	(イ)	過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
	(ロ)	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。
	(ハ)	過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
	(ニ)	有床診療所入院基本料「注 6」に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。
	(ホ)	区分番号「A O O 1」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。
	(ヘ)	過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、急性期一般入院基本料、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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 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。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一

		般入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあつては区分番号「A 2 0 5」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。
	(ト)	過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が 2 件以上であること。
	(チ)	過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。
	(リ)	区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。
	(ヌ)	過去 1 年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。
	(ル)	過去 1 年間に、区分番号「A 2 0 8」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A 2 1 2」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A 2 2 1－2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

No	保険医登録番号	医療機関名	氏 名	担当する曜日・時間帯

- 〔記載上の注意〕
- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
 - 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
 - 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

医師配置加算 1 ・ 医師配置加算 2

2 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

3 医師の名簿（2 名以上）

No.	保険医登録番号	氏 名	勤務の態様	週平均 勤務時間数	1 日平均 勤務時間数
			{ 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		

所定労働時間 時間／週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 6

有床診療所入院基本料の看護配置加算、
夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助配置加算の施設基準に
係る届出書添付書類

1 看護配置加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

看護配置加算 1 ・ 看護配置加算 2

- ・ 2) 氏名の記入一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。
- ・ 看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

看護職員氏名	
	(再掲) 看護師氏名

2 夜間看護配置加算、看取り加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

(1) 夜間看護配置加算 1 ・ 夜間看護配置加算 2

(2) 看取り加算

2) 夜間の看護職員の配置数

- ・ 夜間の看護職員の配置数を記入すること。
- ・ 夜間看護配置加算 1 を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

夜間の看護職員数	夜間の看護補助者数	(再掲) 当直の看護要員数
名	名	名

[記載上の注意]

夜間看護職員が1名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。

3 看護補助配置加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

看護補助配置加算 1 ・ 看護補助配置加算 2

・ 2) 氏名の記入一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

看護補助者氏名	職種

[記載上の注意]

1 看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。

2 看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

例) 看護配置加算算定の欄に、A、B、Cの3名の氏名を記載し、看護補助配置加算算定の欄に、Cの氏名を再度記載することは不可。

様式 12 の 7

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援
療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

	在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。
--	---------------------------------------

[届出上の注意]

1 又は 2 において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 8

栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類
(有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のみ)

1 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

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

- (イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。
- (ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別添 6 の別紙 23 又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。
- (ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に添付すること。
- (ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。
- (ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

[記載上の注意]

栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出病床の状況

一般病床数（ 床）

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3)介護老人保健施設	名
	(4)同一の保険医療機関の療養病床	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)／① (70%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病床における当該3月間の新入院患者数	名
⑤	当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む)	名
⑥	(④+⑤)／2	名
⑦	平均在院日数 ③／⑥(90日以内)(小数点以下は切り上げる)	日

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出病床の状況

療養病床数（ 床）

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3)介護老人保健施設	名
	(4)同一の保険医療機関の一般病床	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)／① (50%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間 (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数	日
④	当該病床における当該3月間の新入院患者数	名
⑤	当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む)	名
⑥	(④+⑤)／2	名
⑦	平均在院日数 ③／⑥(365日以内)(小数点以下は切り上げる)	日

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

様式 13

総合入院体制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○で囲むこと。	・総合入院体制加算 1 ・総合入院体制加算 2 ・総合入院体制加算 3
2 標榜し入院医療を提供している診療科	該当するものに○で囲むこと。 1 内科 2 精神科 3 小児科 4 外科 5 整形外科 6 脳神経外科 7 産科又は産婦人科
3 精神科医師が 2 4 時間対応できる体制 ※3 及び 4 については総合入院体制加算 1 の届出の場合、5 及び 6 については総合入院体制加算 2 又は 3 の届出の場合に記入すること。	次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。 1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： 2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称 ・ 担当精神科医師名 3 医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床数 () 床 4 次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。 ・精神病棟入院基本料 () 人 ・精神科救急入院料 () 人 ・精神科急性期治療病棟入院料 () 人 ・精神科救急・合併症入院料 () 人 ・児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 ・地域移行機能強化病棟入院料 () 人 5 次の届出している加算に○をつけること。 ・精神科リエゾンチーム加算 ・認知症ケア加算 1 6 1 年間の算定実績 ・精神疾患診療体制加算 2 () 件 ・入院精神療法（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件 ・救急救命入院料の注 2 に規定する加算（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件

4 24時間の救急医療体制 ※ 総合入院体制加算1の届出の場合、2又は3であること。	1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他()
5 外来縮小体制	1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の有無 (有 無)
	2 診療情報提供料等を算定する割合 $(②+③) / ① \times 10$ () 割 ① 総退院患者数 () 件 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 ③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 () 件
6 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式13の2に記載すること。 ※ 直近7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 ☐ 届出を省略
7 全身麻酔による手術件数	件
8 地域連携室の設置	(有 無)
9 24時間の画像及び検査体制	(有 無)
10 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	(有 無)
11 禁煙の取扱 ※総合入院体制加算1の届出の場合に記入すること。	該当するものに○で囲むこと。 1. 敷地内禁煙 2. 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こと。 3. 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の病棟があれば、

	その入院料を○で囲むこと。 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料 4 3に該当した場合、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ()
12 手術等の件数	ア 人工心肺を用いた手術 () 件 イ 悪性腫瘍手術 () 件 ウ 腹腔鏡手術 () 件 エ 放射線治療（体外照射法） () 件 オ 化学療法 () 件 カ 分娩 () 件 アからカのうち基準を満たす要件の数 ()
13 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。	該当するものに○で囲むこと。 ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 ・上記に準じる評価 ()
14 救急用の自動車等 による搬送実績 ※総合入院体制加算 2 の届出の場合に記入 すること。	1 年間の救急用の自動車等による搬送件数 () 件
15 その他	療養病棟入院基本料の届出 (有 無) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (有 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む) 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、 介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 (有 無)

〔記載上の注意〕

- 「3」の 1 および 2 については、総合入院体制加算 2 及び 3 の届出において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 「4」の 5 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。
- 様式 13 の 2 を添付すること。

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

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 日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況	
(1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	
ア 医療従事者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 医療従事者の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	☐ タイムカード、ICカード ☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) ☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) ☐ その他 (具体的に:)
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容	☐ 年次有給休暇取得率 ☐ 育児休業・介護休業の取得率 ☐ 年次有給休暇取得率 ☐ 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(うち、管理者が出席した回数 _____回) 参加人数: 平均 _____人/回 参加職種()
エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	☐ 計画策定 ☐ 職員に対する計画の周知
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	☐ 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) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容	
(イ)～(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。	
☐ (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組	☐ 外来診療時間の短縮 ※ 許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。 ☐ 地域の他の保険医療機関との連携 ☐ その他
☐ (ロ) 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)	☐ 夜間帯の保育の実施 ☐ 病児保育の実施
☐ (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減	
☐ (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善	
☐ (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減	☐ 特定行為研修修了者: _____名
☐ (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減	☐ 院内助産 ☐ 助産師外来
☐ (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減	

〔記載上の注意〕

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 当該加算の変更の届出に当たり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

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・7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
☐	☐	夜間看護加算 (療養病棟入院基本料の注12)	年 月 日	☐	☐	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
☐	☐	看護補助加算 (障害者施設等入院基本料の注9)	年 月 日	☐	☐	夜間75対1看護補助加算	年 月 日
☐	☐	夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注10)	年 月 日	☐	☐	夜間看護体制加算 (看護補助加算)	年 月 日
☐	☐	急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	☐	☐	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
☐	☐	夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日	☐	☐	看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注4)	年 月 日
☐	☐	夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算)	年 月 日	☐	☐	看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注7)	年 月 日
☐	☐	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	☐	☐	看護職員夜間配置加算 (精神科救急入院料の注5)	年 月 日
☐	☐	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	☐	☐	看護職員夜間配置加算 (精神科救急・合併症入院料の注5)	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	☐ 勤務後の暦日の休日の確保 ☐ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 ☐ 16時間未満となる夜勤時間の設定 ☐ その他 (具体的に:)
(ウ) 3交代の夜勤に係る配慮	☐ 夜勤後の暦日の休日の確保 ☐ 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	☐ 計画策定 ☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 薬剤師 ☐ リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) ☐ 臨床検査技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ その他(職種)
ウ 看護補助者の配置	☐ 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 ☐ 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	☐ 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	☐ 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	☐ 院内保育所 ☐ 夜間保育の実施 ☐ 夜勤の減免制度 ☐ 休日勤務の制限制度 ☐ 半日・時間単位休暇制度 ☐ 所定労働時間の短縮 ☐ 他部署等への配置転換
キ 夜勤負担の軽減	☐ 夜勤従事者の増員 ☐ 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10)	2) 急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)	3) 看護職員夜間配置加算 (12対1配置1・16対1配置1)	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 (精神科救急入院料の注5／精神科救急・合併症入院料の注5)	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	□	□	□	□	□	□
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	□	□	□	□	□	□
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	□	□	□	□	□	□
エ 暦日の休日の確保	□	□	□	□	□	□
オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫	□	□	□	□	□	□
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	□	□	□	□	□	□
(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	□			□		□
ク 看護補助者の夜間配置			□			□
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	□	□	□	□		□
コ 夜間院内保育所の設置	□	□	□	□	□	□
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	□	□	□	□	□	□
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	2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。
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注5又は精神科救急、合併症入院料の注5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
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急入院料の注5又は精神科救急、合併症入院料の注5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。
- 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。
- 各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、本届出を略することができる。
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。
- 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。

医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

- 1 医師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
☐	☐	医師事務作業補助体制加算1 （対1補助体制加算）	年 月 日	☐	☐	医師事務作業補助体制加算2 （対1補助体制加算）	年 月 日
☐	☐	処置の休日加算1、時間外加算 1、深夜加算1	年 月 日	☐	☐	手術の休日加算1、時間外加算 1、深夜加算1	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 日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況		
(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制		
ア 医師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 医師の勤務状況の把握等		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法 ☐ タイムカード、ICカード ☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) ☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) ☐ その他 (具体的に：)		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容 ☐ 年次有給休暇取得率 ☐ 育児休業・介護休業の取得率 ☐ その他 (具体的に：)		
(ウ) 勤務時間	平均週 時間	(うち、時間外・休日 時間)
(エ) 当直回数	平均月当たり当直回数	回
(オ) その他 ☐ 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 ☐ 上記の勤務体系の職員への周知		
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(うち、管理者が出席した回数 回) 参加人数：平均 人/回 参加職種()
エ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画		☐ 計画策定 ☐ 職員に対する計画の周知
オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開		☐ 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) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容		
ア 必ず計画に含むもの		
☐ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 ☐ 初診時の予診の実施 ☐ 静脈採血等の実施 ☐ 入院の説明の実施 ☐ 検査手順の説明の実施 ☐ 服薬指導 ☐ その他		
イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。		
☐ ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施		
☐ ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)		
☐ ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。		
☐ ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮		
☐ ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施		
☐ ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用		

〔記載上の注意〕

- 1 医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 2(1)イ(ウ)勤務時間及び(エ)当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 3 各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、本届出を略することができる。
- 4 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。

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項	医 師 氏 名	脳卒中の診断及び治療の経験年数
		年
脳卒中治療を行うにふさわしい専用の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		台
除細動器		台
心電計		台
呼吸循環監視装置		台
検査を常時行える体制（□には適合する場合「✓」を記入すること。）		
C T 撮影		☐
M R I 撮影		☐
一般血液検査及び凝固学的検査		☐
心電図検査		☐

〔記載上の注意〕

日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる文書を添付すること。

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 診療録管理体制加算の届出区分
(該当区分に○をつけること)

加算 1 ・ 加算 2

- 2 中央病歴管理室

場 所	
-----	--

- 3 診療録管理部門の有無 (有 ・ 無)

- 4 診療規則管理委員会の設置

開催回数	参加メンバー
回／月	

- 5 診療記録の保管・管理のための規定の有無 (有 ・ 無)

- 6 診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制 (有 ・ 無)

以下の項目は加算 1 を届け出ている場合に記入すること

① 診療記録について電子的な一覧表を有している	有 ・ 無
② 一覧表に登録されている患者データの期間	年 月 ～ 年 月
③ 一覧表が作成されているソフトウェアの名称	
④ 郵便番号	有 ・ 無
⑤ 入退院日	有 ・ 無
⑥ 担当医氏名	有 ・ 無
⑦ 担当診療科	有 ・ 無
⑧ ICD (国際疾病分類) コード	有 ・ 無
⑨ 手術コード (医科診療報酬点数表の区分番号)	有 ・ 無

7 専任の診療録管理者

職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤務時間
		{ 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	

直近1年間の 退院患者数	年 月 ～ 年 月
	名

8 疾病統計に用いる疾病分類

I C D（国際疾病分類） 上の規定に基づく細分類 項目（4桁又は5桁）	・	I C D大分類程度
--	---	------------

9 全患者に対する退院時要約の作成（加算1を届け出ている場合に記入すること）

対象期間	年 月
① 1月間の退院患者数	名
② ①のうち、退院日の翌日から起算して 14日以内に退院時要約が作成され中央病 歴管理室に提出された患者数	名
② / ① の値	

10 患者に対する診療情報の提供

--

[記載上の注意]

- 1 中央病歴管理室の平面図を添付すること。
- 2 「3」で有とした場合は、当該診療録管理部門がわかる組織図を添付すること。
- 3 「4」は、「3」で無とした場合に記載すること。
- 4 診療記録の保管・管理のための規定を添付すること。
- 5 「7」の勤務時間は、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。
- 6 「10」は、どのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

	医師事務作業補助体制加算 1		医師事務作業補助体制加算 2
--	----------------	--	----------------

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入すること。)

イ：当該加算の届出を行う病床数		ロ：配置基準	ハ：医師事務作業補助者の数
① 以下の②及び③以外の病床	床	対 1	名
② 特定機能病院入院基本料算定病床 (加算 1 に限る)	床	対 1	名
③ 50 対 1、75 対 1 又は 100 対 1 に限り算定できる病床	床	対 1	名

※ 配置基準は 15 対 1・20 対 1・25 対 1・30 対 1・40 対 1・50 対 1・75 対 1・100 対 1 のうち該当するものを記入 (③は 50 対 1・75 対 1・100 対 1 に限る。) すること。

※ ハで記載した値が、イ／(ロで記載した値) で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※ 医師事務作業補助者の数は 1 名以上であること。

2 医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の配置責任者の氏名	
--------------------	--

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低 6 ヶ月間の研修計画を作成している	はい ・ いいえ
上記研修期間内に 3 2 時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

4 院内規定の整備について (満たしているものに○をつける)

① 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
② 計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
③ 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。
④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。

- ⑥ 医療機関内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。

電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。

- ☐ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）
☐ 電子カルテシステムのみ
☐ オーダーリングシステムのみ

5 医療実績等に関する事項

①第三次救急医療機関		
②総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
③小児救急医療拠点病院		
④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑤災害拠点病院		
⑥へき地医療拠点病院		
⑦地域医療支援病院		
⑧「基本診療料の施設基準等」別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する医療機関		
⑨年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑩年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する医療機関	年間	件
⑪年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する医療機関	年間	名
⑫年間の緊急入院患者数が 50 名以上の実績を有する医療機関	年間	名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

〔記載上の注意〕

- 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 「4」の①については、様式 13 の 4 「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、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、様式 13 の 4 の添付を略することができる。
- 「4」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。

- 6 「4」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15 対 1 補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20 対 1、25 対 1、30 対 1 又は 40 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。75 対 1 又は 100 対 1 補助体制加算を届け出る場合には①～⑫のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近 1 年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦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分かる資料を添付すること。

様式 18 の 2

医師事務作業補助者の名簿

[illegible]

	月 : 木 :		
	火 : 金 :		
	水 : 土 :		
	日 :		
	月 : 木 :		
	火 : 金 :		
	水 : 土 :		
	日 :		
	月 : 木 :		
	火 : 金 :		
	水 : 土 :		
	日 :		

[記載上の注意]

1. 医療従事者として勤務している看護職員は医師事務作業補助者として届出することはできない。
2. 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
3. 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
4. 2及び3の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来における勤務時間に組み込むことができる。

様式 18 の 3

夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 12）
 看護補助加算（障害者施設等入院基本料の注 9）
 急性期看護補助体制加算
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算
 看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4）

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□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
☐	☐	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	☐	☐	急性期看護補助体制加算 （ 対 1 ）
☐	☐	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注 9）	☐	☐	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）
☐	☐	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 4）	☐	☐	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）

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 A D L 区分 3 の患者の延べ数	名
③ A D L 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)
研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・	
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 ☐ 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 ☐ 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	

5 看護補助者の活用に関する研修

看護補助者の活用に関する研修を修了した看護師長等の配置	研修修了者数
	人

6 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

様式13の3に記載すること。 ※ 直近7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。)	
☐ 届出を省略	

[記載上の注意]

- 「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12)を届け出る場合のみ記入すること。
- 「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」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。
- 「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分かる資料を添付すること。
- 「4」の看護補助者に対する研修は、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であること。なお、看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「4」及び「5」の記載は不要である。
- 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。)

障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院施設管理加算	の施設基準に係る届出書添付書類
-----------------------------	-----------------

届 出 区 分 (届け出をする項目に○をすること)		() 障害者施設等入院基本料	() 特殊疾患入院施設管理加算		
病棟の状況	病 棟 名				
	病 床 種 別				
	入院基本料区分				
	病 床 数	床	床		
入院患者の状況	1 日平均入院患者数 ①		名	名	名
	①の再掲	重度肢体不自由児等	名	名	名
		脊 髄 損 傷 等	名	名	名
		重 度 意 識 障 害	名	名	名
		筋ジストロフィー	名	名	名
		神 経 難 病	名	名	名
		小 計 ②	名	名	名
	割 合 ②／①		%	%	%

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
なお、有床診療所（一般病床に限る。）については、「病棟の状況」の「病床数」のみ記載すること。
- 入院患者の状況は、1 日平均入院患者数は直近 1 年間、特殊疾患の患者数は直近 1 ヶ月間の実績を用いること。
- 届出に係る病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）ごとに様式 9 を添付すること。
- 当該届出を行う病棟の平面図を添付すること。

療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出事項	病棟数	病床数
届出に係る病棟	病棟 (病棟の種別 :)	床
病院の全病棟	病棟 (病棟の種別 :)	床
届出に係る 病棟の概要	病室の総床面積	1床当たり 病床面積
	m ²	m ²
医師の数	(1) 現員数	名
	(2) 医療法における標準の医師の数	名
看護師及び 准看護師の数	(1) 現員数	名
	(2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数	名
看護補助者の数	(1) 現員数	名
	(2) 医療法における標準の看護補助者の数	名

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 保険医療機関の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの）を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

届 出 事 項	届 出 病 床 の 内 訳	
重症者等療養環境特別加算に係る病床	個 室 床	
	2 人 部 屋 床 ① 合 計 床	
入 院 患 者 数 及 び 重 症 者 数	② 当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床における1日平均入院患者数 名	(届出前1年間) 年 月 ～ 年 月
	③ 一般病棟における1日平均重症者数 (当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床に入院している患者に限る。) 名	(直近1ヶ月間) 年 月 ～ 年 月
	④ 割 合 (①/②) × 100	%

[記載上の注意]

- ① ≤ ③、かつ④ < 8% (特別の診療機能を有している場合は④ ≤ 10%)
- 様式 23 の 2 を添付すること。
- 当該届出に係る病棟の平面図 (当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。) を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

期間 年 月 日 ～ 年 月 日

No.	性別	年齢	主たる傷病名	入院期間	転帰	① 重症者とした 直接の原因	② 重症者とした 期間	③ 重症者で看護上担 送扱いとした期間	療養上の必要から 個室又は2人部屋 に入院させた期間
期間中の入院患者の延べ数				人日	備 考 1 記載に当たっては、重症者についてのみ届出時直近1か月に限って記載すること。 2 ①の欄には、その原因が手術によるものである場合は手術名、その他の場合は、例えば呼吸不全、肝不全のように記載すること。 3 ③の欄には、重症者に該当する者の期間についてのみ記載すること。 4 ②及び③の欄の記載に当たっては、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室に入室していた期間については（ ）内に別掲し、④及び⑤の欄の記入に当たっては、その期間を除いた期間について算定すること。				
④ 期間中の重症者の延べ数				人日					
⑤ 期間中の重症者で看護上担送扱いとされた患者の延べ数				人日					

療養病棟療養環境加算・療養病棟療養環境改善加算
の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う加算	療養病棟療養環境加算 療養病棟療養環境改善加算 (該当するものを○で囲むこと)
医 師 の 数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名
看 護 師 及 び 准 看 護 師 の 数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名
看護補助者の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 届出に係る療養病棟の概要等について、様式 24 の 2 を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

様式 24 の 2

1 届出に係る [] 病棟の概要（病棟ごとに記載すること。）

病 棟 名	() 病床数	床
病 室 の 状 況	個室 5人室 室 室 2人室 6人室以上 室 室 3人室 個室 3人室 室 室 4人室 2人室 4人室 室 室 うち特別の療養環境の提供に関する病室	
病 棟 面 積	平方メートル	（うち患者1人当たり 平方メートル）
病室部分に係る 病 棟 面 積	平方メートル	（うち患者1人当たり 平方メートル）
廊 下 幅	片側室部分	メートル 両側室部分
食 堂	平方メートル	
談 話 室	有 ・ 無	（ と共用）
浴 室	有 ・ 無	

2 届出に係る病棟設備の概要（精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。）

鉄格子の有無	有 ・ 無	改造計画 着工予定 年 月 完成予定 年 月
面 会 室	有 ・ 無	
公 衆 電 話	有 ・ 無	

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備 されている器具・器械	

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病室部分に係る病棟面積の患者1人当たり面積については、最小となる室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

様式 24 の 3

療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画（7月報告）

療養環境の改善計画の概要（病棟ごとに記載すること。）

病棟名	（ ）病棟
増築または全面的な改築の予定	着工予定 年 月 完成予定 年 月
増築または全面的な改築の具体的内容	

**診療所療養病床療養環境加算・診療所療養病床療養環境改善加算
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 従事者の概要

医 師 の 数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名
看 護 師 及 び 准 看 護 師 の 数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名
看護補助者の数	(1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 当該届出に係る病床の平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

2 届出に係る病床の概要

届出を行う加算	診療所療養病床療養環境加算 診療所療養病床療養環境改善加算 (該当するものを○で囲むこと)
病 床 の 状 況	届出に係る病床 床(全病床 床) 〔 特別の療養環境の 個室 室 2人室 室 〕 提供に関する病室 3人室 室 4人室 室 〕
病床部分に係る 病 棟 面 積	平方メートル (うち患者1人当たり 平方メートル)
廊 下 幅	片側室部分 メートル 両側室部分 メートル
食 堂	平方メートル
談 話 室	有 ・ 無 (と共用)
浴 室	有 ・ 無

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室(以下「機能訓練室等」という。)の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備 されている器具・器械	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第 1 位まで記入すること。
- 3 病床部分に係る面積の患者 1 人当たり面積については、最小となる病室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画（7月報告）

療養環境の改善計画の概要

増築または全面的な 改築の予定	着工予定 年 月 完成予定 年 月
増築または全面的な 改築の具体的内容	

様式 26 の 2

無菌治療室管理加算の施設基準に係る届出添付書類

届 出 事 項	空調設備方式・空気清浄度等	病 床 数
無菌治療室管理加算 1 に係る病床		床
無菌治療室管理加算 2 に係る病床		床

[記載上の注意]

- 1 空調設備方式・空気清浄度等の異なる病床が存在する場合は、それぞれの内訳がわかるように記載すること。
- 2 保険医療機関の平面図（当該届出に係る自家発電装置がわかるもの）を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所や空調設備の概要がわかるもの。）を添付すること。

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	経験 年数	勤務 時間	常勤・ 非常勤	専従・ 専任	研修受講	兼務
ア・オ 身体症状の緩和を担当する医師				☐ 常勤 ☐ 常勤換算 ☐ 非常勤	☐ 専従 ☐ 専任	☐ 緩和ケア研修会等 ☐ 基本的心不全緩和ケア トレーニングコース	☐ 緩和ケア病棟 ☐ 外来緩和ケア
イ・カ 精神症状の緩和を担当する医師				☐ 常勤 ☐ 常勤換算 ☐ 非常勤	☐ 専従 ☐ 専任	☐ 緩和ケア研修会等 ☐ 基本的心不全緩和ケア トレーニングコース	☐ 緩和ケア病棟 ☐ 外来緩和ケア
ウ・キ 緩和ケアの経験を有する看護師				☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐ 専従 ☐ 専任	☐	☐ 外来緩和ケア
エ・ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師				☐ 常勤 ☐ 非常勤	☐ 専従 ☐ 専任		☐ 外来緩和ケア

□ 注2に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価

イ がん診療の拠点となる病院

ウ ア、イに準じる病院

〔記載上の注意〕

- 「1」のア、イ、オ及びカについては、緩和ケアに関する研修を、ウ及びキについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 財団法人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ことが確認できる文書を添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤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（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア、イ、オ及びカの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。また、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように兼務欄に記載すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のオからクについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

様式 27 の 2

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	経験 年数	勤務 時間	研修 受講
ア 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師		年	時間	☐ 緩和ケア研修会等 ☐ 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師		年	時間	□
ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		年	時間	

2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 夜間の看護職員配置 夜の看護職員数	夜間の看護補助者数	（再掲）当直の看護要員数
名	名	名

4 患者に対する情報提供

--

〔記載上の注意〕

- 「1」のアは緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。
また、イは緩和ケア病棟等における研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。
緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 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（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。
- 「4」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

応急入院等に係る精神保健指定医	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院等に係る看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
応急入院等に係るその他の者	日勤	名	当直	名	その他	名
応急入院患者等のための病床	常時	床				
当該管理のために必要な設備（機器等）の一覧（製品名及び台数）						
コンピューター断層撮影装置						
脳波計						
酸素吸入装置						
吸引装置						
血液検査のための機器・器具						
その他						

〔記載上の注意〕

- 1 精神保健福祉法第 33 条の 7 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知の写しを添付すること。
- 2 当該加算を算定する病室を含む病棟について、様式 9 を添付すること。
- 3 応急入院に係る精神保健指定医、看護師及びその他の者について、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。）を添付すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）を添付すること。

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

医 師 の 数	(1) 現員数	名
	(2) 医療法における標準の医師の数	名
	(算定の基礎となる1日平均入院患者数	名)
	(算定の基礎となる1日平均外来患者数	名)

	病 棟 数	病 床 数
届出に係る病棟	病棟	床

[記載上の注意]

- 1 医師の現員数は、届出時の数を記入すること。
- 2 医療法における標準の医師数は、医療法施行規則第19条第1項第一号（同号中「精神病床及び療養病床」とあるのは「療養病床」とする。）に定める医師の員数を記入すること。
（精神病床において16名の入院患者に対して医師1名として計算すること。）
- 3 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号に定められた精神科救急医療施設であることを示す書類を添付すること。

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
地域移行推進室に配置されている精神保健福祉士名（１名以上）	

2 実績に係る要件

① 当該病院において、１月１日において入院期間が５年以上である患者のうち、１月から１２月までの間に退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）数	人
② 当該病院において、１月１日において入院期間が５年以上である患者数	人
①/②	%

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関に専任の内科又は外科の医師名（１名以上）	
必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制	

〔記載上の注意〕

必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること（他の保険医療機関の場合は当該保険医療機関名も併せて記載すること。）。

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム

職 種	氏 名	勤務 時間	勤務の態様	経験年数	研修 受講
ア精神科医師		時間	常勤・非常勤／専従・専任 対診の場合 ()	年	
イ精神科等の経験を有する看護師		時間	常勤・非常勤／専従・専任	年 (入院 年)	☐
ウ精神医療の経験を有する薬剤師等 (職種)		時間	常勤・非常勤／専従・専任 ※専任の場合精神科リエゾン チームの診療に従事する時間 週 時間	年	

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり平均所用時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	概ね 分	

3 精神症状の評価等に係る回診

開催頻度	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回／週	

4 1週間当たりの算定患者数 _____ 人

5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

体制

[記載上の注意]

1「1」のアについては、対診の場合は勤務の態様欄の()に主たる勤務先医療機関名を記載すること。また、イについては、精神科リエゾンに係る研修を修了していることがわかる書類を添付すること。なお、ウについては、職種欄の()に当該従事者の職種を記載し、専任の場合は精神科リエゾンチームの診療に従事する時間を勤務の態様欄に記載すること。また、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。

- 2 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 3 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る

届出書添付書類

	氏名	研修受講
1 当該保険医療機関常勤の精神保健指定医の氏名（2名以上） ※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む	☐ 常勤換算 ☐ 常勤換算 ☐ 常勤換算 ☐ 常勤換算	
2 アルコール依存症に係る研修を修了した医師の氏名		
3 看護師の氏名		☐
4 作業療法士の氏名		☐
5 精神保健福祉士又は公認心理師の氏名		☐
6 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制		

[記載上の注意]

- 「1」については、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精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。
- 「3」、「4」又は「5」のうち、いずれか1名はアルコール依存症に係る研修を修了していること。
- 「2」及び「3」、「4」又は「5」については、アルコール依存症に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 体制に係る要件

当該病棟で算定している入院基本料等	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名	☐ 常勤換算
	☐ 常勤換算
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する公認心理師名	
当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名	

2 実績に係る要件

当該保険医療機関における前年度の摂食障害の入院患者数	
----------------------------	--

[記載上の注意]

- 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非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 栄養サポートチームに係る構成員

区 分	氏 名	勤務形態	区 分
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		常勤・常勤換算	専従・専任
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		常勤・常勤換算	専従・専任
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		常勤・常勤換算	専従・専任
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		常勤・常勤換算	専従・専任
オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載)			

☐ 注2に規定する点数を算定する場合

2 栄養管理に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり 平均所要時間数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね 分	

3 栄養管理に係る回診

開催頻度	1日当たり 平均症例数	構成メンバー及び職種毎の参加人数
回/週	概ね 症例	

4 患者に対する情報提供体制

--

5 保険医等からの相談に応じる体制

体制

6 他チームとの合同カンファレンスの実施状況

チーム	開催頻度	構成メンバー
褥瘡対策チーム	概ね 回/月	
感染制御チーム	概ね 回/月	
緩和ケアチーム	概ね 回/月	
その他()チーム	概ね 回/月	

[記載上の注意]

- 「1」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。
- 当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない
- 「2」及び「3」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 「4」「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にカンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出にあたり必須ではない。
- 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
- 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

ア 医療安全対策加算 1 イ 医療安全対策加算 2

	氏 名	勤務時間	職 種	専従・専任
1 医療安全管理者				

2 患者に対する情報提供	
--------------	--

〔記載上の注意〕

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲むこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理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。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「2」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

感染防止対策加算〔 〕に係る届出書添付書類

1 感染制御チーム（□には適合する場合「V」を記入すること。）

区分	氏 名	専従・専任	経験年数	勤務形態	研修
ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師			年	☐ 常勤 ☐ 常勤換算	
			年	☐ 常勤 ☐ 常勤換算	
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師			年		☐
			年		☐
区分	氏 名		勤務年数		
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師					年
					年
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師					年
					年

2 院内感染管理者

氏 名	職 種

3 抗菌薬適正使用のための方策

--

4 連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

5 サーベイランス事業の参加状況

事業名：（ ）

〔記載上の注意〕

- 1 感染防止対策加算1を届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 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。）
- 3 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに感染制御チーム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。）

- 4 「3」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。
- 5 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 6 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。
- 7 「5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。

感染防止対策地域連携加算に係る届出書添付書類

1 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

2 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 「1」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「2」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1」、「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

	氏名	経験年数	研修
医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師		年	☐

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

	医療機関名	開設者名	所在地
医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関			
医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関			

(3) 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名（医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）

医療機関名	開設者名	所在地

2 医療安全対策地域連携加算 2

届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名（医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

- 「1 の (1)」の医師について、医療安全対策の経験が 3 年未満の場合は医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「1 の (2)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1 の (3)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。

と。

- 4 「2」には、医療安全対策地域連携加算2に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。
- 5 「1の(2)」、「1の(3)」及び「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。

抗菌薬適正使用支援加算に係る届出書添付書類

抗菌薬適正使用支援加算チーム（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏 名	勤務形態	専従・専任	経験年数	研修
ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師		☐ 常勤 ☐ 常勤換算		年	
		☐ 常勤 ☐ 常勤換算		年	
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師				年	☐
				年	☐
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師				年	
				年	
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	
				年	

〔記載上の注意〕

- 1 イに掲げる看護師が感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。

抗菌薬適正使用支援加算に係る報告書（7月報告）

集計期間： 年 月 日～ 年 月 日（1年間）

1. 抗菌薬適正使用に係る実績等

① 抗MRSA薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団などに対する感染症治療の早期モニタリングにおいて、主治医へのフィードバックを行った患者数	人
② ①のうち、主治医から事前に抗菌薬適正使用に係る相談を受けてフィードバックを行った患者数	人
③ ①のうち、主治医から事前に抗菌薬適正使用に係る相談がなく、特定の抗菌薬の使用や菌血症等の感染症兆候のモニタリングに基づいてフィードバックを行った患者数	人
④ ①のうち、主治医へのフィードバックの結果、抗菌薬の変更又は使用期間の短縮等の適正使用に繋がった患者数	人

2. 外来における経口抗菌薬の処方状況等

① 外来における急性気道感染症（感冒、急性鼻副鼻腔炎、急性咽頭炎、急性気管支炎）の患者数	人
② 外来における急性下痢症の患者数	人

③ 抗菌薬の処方状況

	2の①に該当する患者	2の②に該当する患者
セファロスポリン系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
キノロン系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
マクロライド系の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人
上記以外の種類の経口抗菌薬が処方された患者数	人	人

〔記入上の注意〕

- 1 「2」については、それぞれ急性気道感染症又は急性下痢症と同義語の傷病名を含む患者数及び抗菌薬の処方状況を記載する。

患者サポート体制充実加算に係る届出書添付書類

1 相談窓口に配置される職員（□には、適合する場合「V」を記入すること。）

氏 名	勤務時間	職種	研修	研修名
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	

2 患者支援に係るカンファレンス

開催頻度	構成メンバー（氏名、職種）
回／週	

3 患者に対する情報提供

--

[記載上の注意]

- 1 相談窓口に配置されている職員が研修を修了している場合は、確認できる文書を添付し、「研修名」欄に修了した研修の名称を記載すること。なお、研修は必ずしも必要ではなく、修了していない場合であっても届出を行うことはできる。
- 2 相談窓口の設置及び組織上の位置づけが確認できる文書を添付すること。
- 3 患者等からの相談に対応するために整備しているマニュアルを添付すること。
- 4 「3」はどのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 専従の褥瘡管理者

氏 名	勤務時間	経験年数	所属部署・診療科等	専任
	時間	年		
	時間	年		
	時間	年		

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

- ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。
- イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。
- ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。
- エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。
- オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

〔記載上の注意〕

- 1 専従の褥瘡管理者の褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
- 2 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を 2 人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 3 注 2 に規定する点数は、別紙 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、DPC 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 4 注 2 に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従でなくても差し支えない。この場合は、「1」の専任欄に○をつけること。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

褥瘡対策の実績（報告月の前月の１ヶ月間の実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の１ヶ月間の入院患者数）		
②	①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数	名
③	②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数	名
褥瘡ハイリスク項目	１．ショック状態のもの	名
	２．重度の末梢循環不全のもの	名
	３．麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	４．６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	名
	５．特殊体位による手術を受けたもの	名
	６．強度の下痢が続く状態であるもの	名
	７．極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	８．医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）	名
	９．褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの	名
④ 本加算を算定した人数		名

〔記載上の注意〕

- 褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入すること。ただし、１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数えることとする。
- ①については、報告月の前月１ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。
- ②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する（１名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者１名として数える）。
- ③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（１名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者１名として数える）。
- ③のうち褥瘡ハイリスク項目の各項目については、１名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに１名として数えることとする（複数回答）。

ハイリスク妊娠管理加算
 ハイリスク分娩管理加算

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 年間分娩件数

年間分娩件数	件
--------	---

〔記載上の注意〕

年間分娩件数は、前年１年間（１月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

	常勤換算	氏名	診療科	勤務時間	勤務形態
1	☐			時間	常勤・非常勤
2	☐			時間	常勤・非常勤
3	☐			時間	常勤・非常勤
4	☐			時間	常勤・非常勤
5	☐			時間	常勤・非常勤

※ ハイリスク妊娠管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する１名以上の医師を記載すること。

※ ハイリスク分娩管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する３名以上の常勤の医師を記載すること。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ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

※ 勤務時間には、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）を記入すること。

4 常勤の助産師

	氏名	勤務時間		氏名	勤務時間
1		時間	6		時間
2		時間	7		時間
3		時間	8		時間
4		時間	9		時間
5		時間	10		時間

※ 勤務時間には、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）を記入すること。

5 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、１及び３のみを記載し、５の書類を添付すること。

様式 38 の 2

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該化学療法の 専任の常勤医師	氏 名	経 験 年 数
		年
		年
		年
		年

[記載上の注意]

届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕 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 紹介元医療機関

1 紹介元医療機関について	
・保険医療機関の名称	・連絡先
・開設者名	・担当医師名
2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。	
・精神科救急入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料	

2 受入医療機関

1 受入医療機関について	
・保険医療機関の名称	・連絡先
・開設者名	・担当医師名
2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。	
・精神病棟入院基本料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料 ・精神療養病棟入院料 ・認知症治療病棟入院料	

3 連携保険医療機関

医療機関名	開設者名	所在地

[記載上の注意]

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸ケアに係る専任チーム

区 分	氏 名	経験年数
ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師		年
イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師		年
ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士		年
エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する理学療法士		年

2 呼吸ケアチームによる活動状況 (年 月～ 年 月 (カ月間))

①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数	人
②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数	回
③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数	人
④③の患者の1人あたり平均人工呼吸器装着日数	平均 日／人

〔記載上の注意〕

- 1 イは呼吸ケアに係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 専任チームの看護師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①～④は実績がある場合に記載すること。

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. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

☐	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) 85%以上)
☐	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) 80%以上85%未満)
☐	後発医薬品使用体制加算 3 (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80%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. 医薬品の使用状況

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	
届出前 1 月の実績 (年 月)	
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]

- 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。
- 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。
- 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、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和2年3月5日保医発 0305 第7号）を参照すること。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

- | | |
|-----|--------------|
| () | 病棟薬剤業務実施加算 1 |
| () | 病棟薬剤業務実施加算 2 |

2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

--

4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

--

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

--

[記載上の注意]

- 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

データ提出開始届出書

1. 試行データ作成開始日 (※1)

令和	年	月	日
----	---	---	---

2. D P C 調査事務局と常時連絡可能な担当者

事 項	担 当 者 1 (※2)	担 当 者 2 (※2)
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l (※3)		

〔記載上の注意〕

- ※1 試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和2年5月20日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和2年6月及び7月のデータとなるため、本欄には令和2年6月1日と記載する。）。
- ※2 D P C 対象病院又は D P C 準備病院である病院の場合は、データ提出に係る連絡担当者として既に D P C 調査事務局に登録している担当者と同じ者を記載すること。
- ※3 担当者は必ず2名を設定し、E - m a i l アドレスについては、可能な限り別々なものを記載すること。

〔届出上の注意〕

- 1 データの提出を希望する保険医療機関は、令和2年5月20日、8月20日、11月20日、令和3年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和4年2月21日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- 2 様式40の8の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

データ提出加算に係る届出書

1. A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

- | |
|---|
| ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。 |
| ☐ A207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※1） |
| ☐ 「DPC導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。 |
| ☐ 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。 |

2. 医療法上の許可病床数^{（※2）}

一般病床	床
精神病床	床
感染症病床	床
結核病床	床
療養病床	床
計	床

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）^{（※3）}

データ提出加算 1 データ提出加算 3	☐ イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	☐ ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算 2 データ提出加算 4	☐ イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	☐ ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

- ※1 「A207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。
- ※2 病床数は、医療法第7条第2項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。
- ※3 入院データを提出する場合は、データ提出加算1及び3のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算2及び4のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

データ提出加算に係る辞退届

1. 辞退年月日

令和 年 月 日

2. 辞退理由

[illegible]

〔届出上の注意〕

- 1 再度データ提出を行う場合にあっては、様式 40 の 5「データ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- 2 保険医療機関の廃止によりデータ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおりデータ提出加算に係る届出を辞退します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

名称保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

(連絡先) 担当者名
所属部署
電話番号
E-mail

入退院支援加算 1、2 及び 3 の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

()	入退院支援加算 1
()	入退院支援加算 2
()	入退院支援加算 3
()	地域連携診療計画加算
()	入退院支援加算（注 5 の届出医療機関）
()	入院時支援加算
()	総合機能評価加算

※該当する届出事項を○で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	(有 ・ 無)
-----------------------------------	-----------

1 入退院支援部門に配置されている職員（該当する□に「✓」を記入すること。）

	氏 名	専従・専任	常勤・非常勤	職 種	経験年数	研修 (加算 3 のみ)	入院前支援 を行う担当
入退院支援に関する 経験を有する者			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐
			☐ 常勤 ☐ 非常勤 (時間)		年	☐	☐

2 退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が20以上（該当する場合には「✓」を記入すること）	☐
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✓」を記入すること）	☐

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携			
① 過去 1 年間の介護支援等連携指導料の算定回数	() 回		
② 過去 1 年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	() 回		
③ ①、②の合計	() 回		
	病棟数	病床数	基準
④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 ()
⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 ()
⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 ()
⑦ ④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

3 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏 名	職 種
入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

4 地域連携に係る体制

	直近の協議日	連携機関名
直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議	月 日	

5 総合機能評価に係る職員（□には該当する場合「✓」を記入すること。）

	氏名	職種	総合的な機能評価の経験年数	研修受講
常勤の医師 又は歯科医師			年	□
			年	□
			年	□
			年	□
			年	□

〔記載上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 入退院支援加算1の届出の場合は「1」から「3」を、入退院支援加算2又は3の届出の場合は「1」を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は「4」も、総合機能評価加算の届出の場合は「5」も記載すること。
- 3 「1」について、非常勤職員を組み合わせで配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、（ ）に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 4 入退院支援加算3の届出について、「1」に「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」を配置する場合は、「1」の「研修」に「✓」を記入し、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 5 連携機関の職員との面会頻度については、過去1年間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 6 入退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。
- 7 総合機能評価加算の届出について、「5」に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師若しくは歯科医師を記入する場合は、当該研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

認知症ケア加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 認知症ケアに係るチームの構成員

区 分	氏 名	備考
ア 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む	☐ 常勤換算	精神科・神経内科 経験 年・研修受講
	☐ 常勤換算	精神科・神経内科 経験 年・研修受講
イ 専任の常勤看護師		経験 年 週 時間
ウ 常勤社会福祉士又 は常勤精神保健福祉士		経験 年 社会福祉士 精神保健福祉士
エ その他の者		理学療法士・作業療法士 薬剤師・管理栄養士

2 認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

カンファレンスの開催頻度	チームによる回診の頻度
回／週	回／週

3 認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施
回数 _____回／年

4 病棟看護師等のチームによる研修又は院外の研修の受講状況

① 認知症患者に関 わる全ての病棟の 看護師等の数（人）	② ①のうち 前々年度以降に研修 を受講した看護師等 の数（人）	③ ①のうち 今年度中に研修を受 講する予定の看護師 等の数（人）	④ 受講率 （②＋③）／①
			%

5 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講した看護師の配置状況（原則全ての病棟に1名以上配置が望ましい）

届出病棟名	氏 名	研修の別 (該当するものに「✓」を記入)
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修
		☐ 院外研修 ☐ 院内研修

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成／配布	手順書に含まれている内容
☐ 作成	☐ 身体的拘束の実施基準
☐ 周知	☐ 鎮静を目的とした薬物の適正使用

〔記載上の注意〕

1 「1」のア～エについては、次の通りとすること。

ア 精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。また、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を組み合わせ認知症ケアチーム業務を実施している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

イ 認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。

ウ 該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験がない場合は介護支援専門員証の写しを添付すること。

エ 該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2 「2」及び「3」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3 「4」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含めないこと。

4 「5」について、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書を添付すること。

5 認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。

5 病棟職員を対象とした研修の実施回数： _____ 回／年

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成／配布	手順書に含まれている内容
☐ 作成	☐ 身体的拘束の実施基準
☐ 周知	☐ 鎮静を目的とした薬物の適正使用

〔記載上の注意〕

- 「2」の医師については、精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。また、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を組み合わせている場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」の看護師については、認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 「4」に掲げる看護師については、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書を添付すること。認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修を受講している看護師が含まれる場合は、院内研修の実施状況が分かる書類を添付すること。
原則として、届出を行う全ての病棟において、配置されている研修を受けた看護師について記載すること。
- 「5」については、届出の直近1年間において、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、医療機関全体の総数を記載すること。

精神疾患診療体制加算に係る届出書添付書類

標榜し、入院医療を提供している診療科	内科 (有 ・ 無) 外科 (有 ・ 無)
許可病床数	医療機関全体の許可病床数 (①) 床
	精神病床の許可病床数 (②) 床
	②÷①×100 %
24時間の救急医療提供体制	1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他 ()

精神科急性期医師配置加算に係る届出書添付書類

精神科急性期医師配置加算を 算定する病棟数の合計		うち、 精神病棟入院基本料算定病棟 精神病科急性期治療病棟入院料1算定病棟
病棟	病棟	

病棟名 ----- 病棟種別 病床数	1 日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別： 病床数： 床			
病棟名 ----- 病棟種別 病床数	1 日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別： 病床数： 床			
病棟名 ----- 病棟種別 病床数	1 日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別： 病床数： 床			

※ 算出に係る期間を記入（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

1 精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の算定病棟について届け出る場合

標榜している 診療科	1 内科 2 外科 3 耳鼻科 4 眼科 5 整形外科			
許可病床数	医療機関全体の許可病床数（①）			床
	うち、精神病床の許可病床数（②）		床	
	②÷①×１００		%	
精神病棟の数	病棟			
２４時間の 救急医療体制	1 第２次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他（ ）			
精神科リエゾ ンチーム加算	届出 （ 有 ・ 無 ）			

当該病棟における直近 3 ヶ月間の入院患者の数 (③)	人
うち、入院時に精神科身体合併症管理加算を算定した患者の数 (④)	人
④÷③×100	%
身体疾患等と精神症状を併せ持つ救急搬送患者のうち、 到着後 12 時間以内に当該保険医療機関の精神科医が診察した患者数 (直近 3 か月間におけるひと月あたりの平均患者数)	人

2 精神科急性期治療病棟入院料1の算定病棟について届け出る場合

精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療(電話等再診を除く)の件数 (①)	件
精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数 (②)	件
当該病棟における年間のクロザピン新規導入件数 (③)	件

〔記載上の注意〕

1. 精神科急性期医師配置加算を算定する場合、算定する病棟数を記入すること。
2. 1日平均入院患者数については、算出に係る期間を※に記入すること。
3. 配置される医師数は、(1日平均入院患者数÷16)を超える人員数であること。
4. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
5. 精神科急性期医師配置加算2のイ又はロを届け出る場合は、2の③は不要であること。
6. 精神科急性期医師配置加算1を届け出る場合は、2の③ ≥ 6 を満たすものであること。
7. 精神科急性期医師配置加算3を届け出る場合は、2の③ ≥ 3 を満たすものであること。

排尿自立支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備考
ア 医師		☐ 泌尿器科 ☐ 3 年以上の経験 ☐ 自院 ☐ 他院 ☐ その他の診療科 () ☐ 研修受講 ☐ 自院 ☐ 他院
イ 専任の常勤看護師		☐ 研修受講 ☐ 3 年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士 又は専任の常勤作業療法士		☐ 経験 (有 ・ 無)

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成／周知	マニュアルに含まれている内容
☐ 作 成	☐ スクリーニングの方法
☐ 周 知	☐ 膀胱機能評価の方法

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
☐ 実 施	実施日 ()
☐ 実施予定	実施予定日 ()

〔記載上の注意〕

- 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験の有無を記載すること。
- 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

様式 40 の 15

地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該加算の届出を行う病棟の種別及び病床数	入院基本料又は特定入院料	病棟（室）数	病床数
		棟（室）	床
		棟（室）	床
		棟（室）	床
		棟（室）	床
		棟（室）	床
		棟（室）	床
	合計	—	床
2 救急用の自動車等による搬送実績	期間：（ ）年 1 月～12 月		
	上記期間における救急用の自動車等による搬送件数： （ ）件		
3 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式 40 の 16 に記載すること。		

〔記載上の注意〕

- 「1」については、「病棟（室）数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟（室）数を、「病床数」欄には同一区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。
- 「2」については、届出を行う年度の前年 1 年間（2020 年度に届け出る場合は、2019 年 1 月～12 月の 1 年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
- 様式 40 の 16 を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

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）

(1) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

ア 医療機関に勤務する医師数
(令和 年 月 日時点)

常勤: ()名
宿日直(＊1)を担当する医師()名(うち非常勤()名)

非常勤: ()名

＊1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月分)

(ア) 勤務時間の具体的な把握方法

☐ タイムカード、ICカード

☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)

☐ その他

(具体的に:)

(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(＊2)の把握内容

☐ 年次有給休暇取得率

☐ 時短勤務実施者(＊3)数

☐ 育児休業・介護休業の取得率

☐ その他

(具体的に:)

＊2 前年度の実績を記載。

＊3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

(ウ) 超過勤務時間(時間／月)(＊4)

平均: ()時間／月

80時間／月以上の者の人数: ()名

最大: ()時間／月

155時間／月以上の者の人数: ()名

最小: ()時間／月

＊4 常勤医における値を記載。

＊4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和

(エ) 宿日直(回／月)

平均: ()回／月

最大: ()回／月

最小: ()回／月

連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回

(オ) その他(自由記載・補足等)

(2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制(※初回届出時は、ア及びイについては届出後3か月以内、ウ及びエについては届出後6か月以内に提出すること。)

ア 病院勤務医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 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()

ウ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

☐ 計画策定

(初回の策定年月日: 年 月 日)

(直近の更新年月日: 年 月 日)

☐ 職員に対する計画の周知

エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開

☐ 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)

(3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容

(ア)～(ク)の項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること(記載した事項に✓すること)(※初回届出時は、届出後6か月以内に提出すること。)

☐ (ア) 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容

☐ (イ) 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

☐ (ウ) 勤務間インターバルの確保

☐ (エ) 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮

☐ (オ) 当直翌日の業務内容に対する配慮

☐ (カ) 主治医制の見直しの実施

☐ (キ) 短時間正規雇用医師の活用

☐ (ク) その他 ()

※ その他取組の例: 所定労働時間内での病状説明の励行に係る掲示 等

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 当該加算の変更の届出に当たり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出のうち(2)及び(3)を略することができる。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏 名	職 種 名

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

様式 42

〔 〕 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 名 当 直 名 その他 名	
	当該病院に勤務する麻酔医		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
バイオクリーンルームの概要、機器の 名称・形式、空気清浄度等				
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		☐		
除 細 動 器		☐		
ペ ー ス メ ー カ ー		☐	☐	
心 電 計		☐	☐	
ポータブルエックス線撮影装置		☐	☐	
呼 吸 循 環 監 視 装 置		☐	☐	
人 工 呼 吸 装 置		☐	☐	
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		☐		
酸 素 濃 度 測 定 装 置		☐		
光 線 療 法 器		☐		
微 量 輸 液 装 置		☐	☐	
超 音 波 診 断 装 置		☐	☐	
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置		☐	☐	
自 家 発 電 装 置			☐	
電 解 質 定 量 検 査 装 置			☐	
血 液 ガ ス 分 析 装 置			☐	
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。				
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項（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囲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）広範囲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

（ ）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	□

（ ）当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。

専任の臨床工学技士数
名

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3 又は特定集中治療室管理料 4 のいずれか）を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 救命救急入院料 2 又は救命救急入院料 4 の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 4 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□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□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。
- 5 救命救急センター又は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。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
 なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 6 特定集中治療室 1 又は 2 の届出を行う場合は、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看護師について記載すること。勤務時間は、1 週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。経験年数の欄に、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 42 の 2

〔 〕 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 名 当 直 名 その他 名	
	当 該 病 院 に 勤 務 す る 麻 酔 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
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
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 1）		名	直近 1 年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数（注 1）	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 2）		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	☐			
除 細 動 器	☐			
ペ ー ス メ ー カ ー	☐	☐		
心 電 計	☐	☐		
ポータブルエックス線撮影装置	☐	☐		
呼 吸 循 環 監 視 装 置	☐	☐		
人 工 呼 吸 装 置	☐	☐		
新 生 児 用 人 工 換 気 装 置	☐			
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	☐			
酸 素 濃 度 測 定 装 置	☐			
光 線 療 法 器	☐			
微 量 輸 液 装 置	☐			
分 娩 監 視 装 置	☐			
超 音 波 診 断 装 置	☐			
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置	☐	☐		
自 家 発 電 装 置		☐		
電 解 質 定 量 検 査 装 置		☐		
血 液 ガ ス 分 析 装 置		☐		

〔記載上の注意〕

1 〔 〕 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、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。

- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 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葉とすること。
- 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。
- 5 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。
- 6 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ものが想定される装置・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。
- 7 注 1 については、新生児特定集中治療室管理料 1 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。
- 8 注 2 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。

**特定集中治療室管理料「注 4」に掲げる
早期離床・リハビリテーション加算に係る届出書添付書類**

1 早期離床・リハビリテーション加算に係るチームの構成員

職種	氏 名	経験年数

2 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

作成	見直し頻度
□ 作 成	年 回

〔記載上の注意〕

- 1 職種の欄には、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士と記入すること
- 2 従事者が医師である場合は、経験年数の欄に集中治療に従事した経験年数を記入すること。
- 3 従事者が看護師である場合は、経験年数の欄に集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 4 従事者が理学療法士又は作業療法士である場合は、経験年数の欄に以下の①を記入すること。なお、①の経験年数が5年に満たない場合は、①と②をそれぞれ記入すること。
 - ① 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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病院における経験年数（異なる治療室等における経験を有する場合は、通算年数を記載すること。）
 - ② 回復期リハビリテーション病棟において専従で勤務した経験年数
- 5 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを添付すること。

特定集中治療室管理料「注 5」に掲げる
早期栄養介入管理加算に係る届出書添付書類

1 早期栄養介入管理加算の専任の管理栄養士の氏名

氏 名	栄養サポートチームで の経験年数	特定集中治療室での経 験年数

〔記載上の注意〕

- 1 届出に当たっては、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る 3 年以上の経験かつ特定集中治療室での経験を 3 年以上有すること。

様式 42 の 5

早期栄養介入管理加算に係る報告書（7月報告）

報告年月日： 年 7 月 日

（期間： 年 月 日～ 年 月 日）

特定集中治療室の入室総患者数	名
当該加算のために介入した患者数	名
48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数	名

48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった理由	①
	②
	③
	④
	⑤

〔記載上の注意点〕

- 1 特定集中治療室に入室し、早期栄養介入管理加算の対象となる患者の総数とする。
- 2 当該加算のために介入した患者とは、算定の有無にかかわらず、栄養スクリーニング、栄養アセスメント等を実施した患者数とする。
- 3 48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数とする。なお、全ての栄養摂取を経腸栄養で実施する必要はなく、必要栄養量の一部を経腸栄養により摂取した患者数とする。
- 4 患者数は、前年 4 月 1 日から当年の 3 月 31 日までとする。ただし、新規に当該加算の届出を行うなど、1 年に満たない場合は、その届出日以降から当年の 3 月 31 日までの期間とする。
- 5 栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施したが、48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった場合は、その主な理由を最大 5 つまで記載する。

救命救急入院料・特定集中治療室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

救命救急入院料（１ ・ ２ ・ ３ ・ ４） 特定集中治療室管理料（１ ・ ２ ・ ３ ・ ４）※該当に○		備 考
病 床 数		床
入 室 患 者 の 状 況	① 入室患者延べ数	名
	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
	重症度、医療・看護必要度の基準を満たす 患者の割合 (②／①)	%
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 入室患者延べ数の算出期間 (１か月) 年 月

〔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、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院患者延べ数に含めない。
- 重症度、医療・看護必要度とは、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」を用いて評価を行い、「モニタリング及び処置等（Ａ項目）」に係る得点が「４点以上」、かつ「患者の状況等（Ｂ項目）」に係る得点が「３点以上」である患者をいう。

様式 43 の 2

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 名 当 直 名 そ の 他 名	
	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
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
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		☐		
除 細 動 器		☐		
ペ ー ス メ ー カ ー		☐	☐	
心 電 計		☐	☐	
ポータブルエックス線撮影装置		☐	☐	
呼 吸 循 環 監 視 装 置		☐	☐	
対 外 補 助 循 環 装 置		☐		
急性血液浄化療法に必要な装置		☐		
自 家 発 電 装 置			☐	
電 解 質 定 量 検 査 装 置			☐	
血 液 ガ ス 分 析 装 置			☐	
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		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

〔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。
- 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ものが想定される装置・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、どちら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	
当該治療室の入室患者の状況	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	
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	
重症度、医療・看護必要度の基準 を満たす患者の割合 ②/①	%	
当該治療室の看護師数	名	
当該治療室の勤務体制	日勤 準夜勤 深夜勤	名 名 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		
重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況		
実 施 日	年 月 日	
診療録管理体制加算の届出	有 ・ 無	

〔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。
- 3 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、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」を用いて評価を行い、「モニタリング及び処置等（A 項目）」に係る得点が「3 点以上」、かつ「患者の状況等（B 項目）」に係る得点が「4 点以上」である患者をいう。
- 4 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					

〔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。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟名及び治療回復室（番号）			
病 床 数		床	床
専任の小児科の常勤医師数		名	
専任の小児科の非常勤医師数 （週 3 日以上かつ 22 時間以上勤務）		名	
看 護 師 現 員 数	治 療 室 勤 務	人	人
	治療室以外との兼任	人	人
	合 計	人	人

2 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況	
届出を行っているものに○をすること。	
	新生児特定集中治療室管理料
	総合周産期特定集中治療室管理料

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 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小児科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該非常勤医師数を記入すること。
- 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。

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

指定年月日	
-------	--

[記載上の注意]

- 1 様式 9 に合わせ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。
- 2 感染症法第 6 条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。
- 3 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。

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟 の 状 況	病 棟 名 及び病室名（番号）					備 考
	入 院 基 本 料 区 分					
	病 床 数		床	床	床	
	1 日平均入院患者数 ①		名	名	名	
当 該 病 室 の 入 院 患 者 の 状 況	1 日平均入院患者数 ②		名	名	名	1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 日 ～ 年 日
	② の 再 掲	脊 髄 損 傷 等	名	名	名	
		重 度 意 識 障 害	名	名	名	
		筋 ジ ス ト ロ フ ィ ー	名	名	名	
		神 経 難 病	名	名	名	
		小 計 ③	名	名	名	
	特殊疾患の割合 ③／②		%	%	%	

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 1 日平均入院患者数は直近 1 年間、脊髄損傷等の患者数は直近 1 月間の実績を用いること。
- 3 当該届出病室を含む病棟ごとに様式 9 を記載し添付すること。

小児入院医療管理料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科					
2 小児科又は小児外科の医師の氏名					
常勤 換算	氏名	勤務の形態	常勤 換算	氏名	勤務の形態
☐		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
☐		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
☐		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
☐		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
☐		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
☐		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
☐		常勤・非常勤	☐		常勤・非常勤
☐		常勤・非常勤	☐		常勤・非常勤
3 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数_____件					
4 年間小児緊急入院患者数_____例					

〔記載上の注意〕

- 「2」については、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小児科又は小児外科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 小児入院医療管理料1の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式9に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 小児入院医療管理料2の届出の際には24時間365日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。
- 小児入院医療管理料5の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、1日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 15 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の 4 割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

小児入院医療管理料 4 の施設基準に係る届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院 日 数
				届出時	1 日 平 均 入院患者数	
及 病 び 棟・病 平 床・入 均 院・入 在 院患 院 者 日 数 数	当該 病棟	小児入院医 療管理病室	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		小 計	床	名	名	
	その他 の病棟	一般病棟	床	名	名	
	合 計	一般病棟	合計 床	合計 名	合計 名	

* 1 日平均入院患者数（直近 1 年間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

* 平均在院日数（直近 3 月間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

〔記載上の注意〕

- 1 一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
- 4 当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式 9 を記載し添付すること。

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る加算の区分（届出を行う加算に○を付す）

☐	注 2 に規定する加算
☐	注 4 に規定する加算（重症児受入体制加算）

2. 病棟における体制の整備

区分	病 棟 名	保 育 士 名	プレイルーム面積 (㎡)

3. 病棟における診療実績等

当該病棟における直近 1 年間の実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)	
転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料等を算定した転院患者の人数	名
15 歳未満の超重症児又は準超重症児の入院患者数	名

〔記載上の注意〕

- 1 プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 2 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の平面図を添付すること。
- 3 プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。
- 4 「3」の診療実績等については、重症児受入体制加算の届出を行う場合にのみ記入すること。なお、新生児特定集中治療室管理料等とは、A302 新生児特定集中治療室管理料又は A303 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を指す。また、超重症児又は準超重症児の患者数については、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含み、入院期間が通算される入院患者を除く。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

入 院 患 者 の 構 成	平均数算出期間		年 月 日～ 年 月 日	
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①		名	
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③		名	
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④		名	
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤		名	
	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥		名	
	②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦		名	
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧		名	
	入院患者の比率 ⑧／①		%	
常 勤 従 事 者	職 種	氏 名		専従・専任
	医 師			
	理学療法士			
	作業療法士			
	言語聴覚士			
	管理栄養士			
	社会福祉士等			
リハビリテーション実績指数				
前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施		(あり ・ なし)		
病棟の種別（一般・療養）		病棟名		

	病床数	床
病棟の面積	平方メートル（１床当たり面積	平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（１床当たり面積	平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル	
疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○）	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 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） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	

〔記載上の注意〕

- 1 入院患者の構成は、直近１か月の実績について記載すること。
- 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- 3 常勤従事者のうち、管理栄養士及び社会福祉士について、配置されていない場合は、「氏名」及び「専従・専任」の欄に「－」を記入すること。
- 4 リハビリテーション実績指数については、前月までの６か月間について算出した値を記入すること。前月までの６か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合、記入は不要であること。
- 5 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。
- 6 病室部分の１床当たりの面積は、１床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 7 当該届出に係る病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 8 様式５から９及び様式２０を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

①	直近 6 か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近 6 か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近 6 か月間における退院患者のうち、入院時の 日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能 評価が、入院時に比較して 4 点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が 4 点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
⑨	直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
⑩	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑪	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑩/⑨)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 年 月 日～ 年 月 日)

4. 院内研修の実施状況

日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況	実施日 : 年 月 日
-----------------------	--

〔記載上の注意〕

1 「1の①」の直近6か月間における退院患者数については、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き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、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（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、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患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。

2 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

3 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。

4 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

5 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、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非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲) (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑥のうち、退院時（転院時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%
日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況		実施日： 年 月 日

〔記載上の注意〕

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、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き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、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（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、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患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕に係る報告書

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日)	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下の重症患者の数	名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が4点以上又はFIM総得点が16点以上改善した人数	名
④ 重症患者回復率(③/②)	%
⑤ 在宅復帰率	%

2 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は6を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日)	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下の重症患者の数	名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が3点以上又はFIM総得点が12点以上改善した人数	名
④ 重症患者回復率(③/②)	%
⑤ 在宅復帰率	%

[記載上の注意]

1、2における「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料における
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1日当たりリハビリテーション提供単位数

①	直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数		日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)		単位
再掲	i	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)		単位

(算出期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

[記載上の注意]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が2単位以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料「注2」に掲げる
休日リハビリテーション提供体制加算に係る届出書添付書類

1. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

2. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
①	直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 年 月 日～ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 2 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。
- 3 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、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非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

体制強化加算 1

体制強化加算 2

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. 病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

区分		氏名	経験年数	勤務時間	研修受講	病棟外業務 (加算2のみ)
①	医師		年	時間	□	□
	医師		年	時間	□	□
②	社会福祉士		年	時間		

2. 体制強化加算 2 の要件等

前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施（あり・なし）

病棟外業務を行う専従常勤医師の氏名	病棟の業務に従事する曜日・時間等
上記の医師のうち少なくとも 1 名が従事している時間（実時間）： 時間	

【記載上の注意】

- 「1」の①の経験年数欄はリハビリテーション医療に関する経験年数を記載すること。
また研修受講した修了証の写しを添付すること。専従の常勤医師が3名以上いる場合は、適宜行を追加して記載すること。
- 「1」の②の経験年数欄は退院調整に関する経験年数を記載すること。
- 「1」の勤務時間には、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）を記入すること。
- 「2」の病棟外業務を行う医師の氏名には、「1」で挙げた専従常勤医師の氏名をそれぞれ記入し、当該医師が病棟の業務に従事する曜日・時間等を記入すること。

地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟 〔一般・療養〕	病 棟 名		
	病床数		床
	看護職員配置加算に係る届出		☐
	看護補助者配置加算に係る届出		☐
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐
	「注2」に規定する点数の届出		☐
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			☐
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			☐
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士			(いずれかに○) 理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士 (専従となった年月: 年 月)
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積		㎡ (1床当たり面積 ㎡)
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2) 介護老人保健施設	名
		(3) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%	
医療機関の状況	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 ☐ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 ☐ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定			着工予定 年 月 完成予定 年 月

入院料 1・3 に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から 入棟した患者数		名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%	
		直近 3 月間における自宅等からの緊急入院患 者の受入患者数		名	
	医療機関の状況 (いずれか 2 つ)	☐	直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の 算定回数	回	
		☐	直近 3 月間における当該医療機関での在宅 患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪 問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導 料 I の算定回数	回	
		☐	直近 3 月間における同一敷地内又は隣接す る敷地内の訪問看護ステーションでの訪問 看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療 養費の算定回数	回	
		☐	直近 3 月間における在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料の算定回数	回	
		☐	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテー ション、介護予防訪問看護又は介護予防訪 問リハビリテーションを提供している施設 が同一の敷地内又は隣接する敷地内にある こと。 (直近 3 月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
				訪問看護	回
訪問リハビリテー ション				回	
介護予防訪問看護	回				
☐	直近 3 月間における在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料の算定回数	回			
許可病床数 400 床以上に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者 延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
		⑥ ⑤のうち同一の保険医療機関の一般病棟 から転棟した患者数		名	
		同一の保険医療機関の一般病棟から 転棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%	
	データ提出加算の届出 (適合する場合☑)		☐ 既届出 ☐ 今回届出		

疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○）	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 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） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） がん患者リハビリテーション料
--------------------------	---

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
- 4 当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。
- 7 看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は看護職員夜間配置加算を届け出の場合は様式13の3を添付すること。
- 8 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。

地域包括ケア入院医療管理料 1・2・3・4（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病床届出病棟 〔一般・療養〕	病 棟 名				
	病床数	当該入院医療管理 病床数及び病室番号	(号室) 床		
		病床数（上記を含む）	床		
	看護職員配置加算に係る届出		☐		
	看護補助者配置加算に係る届出		☐		
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐		
	「注2」に規定する点数の届出		☐		
A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出			☐		
許 可 病 床 数			床		
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			☐		
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			☐		
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)		(いずれかに○) 理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	(専従となった年月: 年 月)		
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		(1床当たり面積 m ²)		
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名		
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名		
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%		
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名		
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名		
		(2) 介護老人保健施設	名		
		(3) 有床診療所	名		
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名		
		(5) (1)～(4)を除く病院、診療所	名		
	④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名		
	在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%		
医療機関の状況	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 ☐ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 ☐ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること				

廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定			着工予定	年	月
			完成予定	年	月
入院医療管理料1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数		名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%	
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数		名	
	医療機関の状況(いずれか2つ)	☐	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回	
		☐	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数	回	
		☐	直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回	
		☐	直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回	
		☐	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載)	訪問介護	回
				訪問看護	回
				訪問リハビリテーション	回
	介護予防訪問看護			回	
☐	直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数	回			
データ提出加算の届出 (適合する場合☑)		☐ 既届出 ☐ 今回届出			
疾患別リハビリテーションの届出(該当の区分に○)		心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ) 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) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ) がん患者リハビリテーション料			

【記載上の注意】

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 当該入院医療管理病床の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。

く)において、届出が可能である。

- 7 A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の口に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。
- 8 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。
- 9 看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

①	直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数		名
②	直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数		日
③	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたりハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi)		単位
再掲	i	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
	vi	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	単位
④	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)		単位

(算出期間 : 年 月 日～ 年 月 日)

特殊疾患病棟入院料 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

		病棟数	病床数	1 日平均入院患者数	備 考	
病棟・病床及び入院患者数	総 病 棟	病棟	床	名	1 日 平 均 入 院 患者数算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
	内 訳	一 般 病 棟	病棟	床		名
		精 神 病 棟	病棟	床		名
		療 養 病 棟	病棟	床		名
		その他（ ）病棟	病棟	床		名
		特殊疾患病棟の届出に係る病棟（再掲）	病棟	床		名
入院患者数の構成	入 院 患 者 数					
	当 該 届 出 に 係 る 病 棟①	名				
	脊 髄 損 傷 等（再掲）②	名				
	重 度 意 識 障 害（再掲）③	名				
	筋ジストロフィー（再掲）④	名				
	神 経 難 病（再掲）⑤	名				
	小 計（②+③+④+⑤）⑥	名				
	重度肢体不自由児（者）⑦ * 日常生活自立度のランク B 以上	名				
	入 院 患 者 の 比 率 （⑥／①又は③+⑦／①）	%				

[記載上の注意]

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成 3 年 11 月 18 日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第 102-2 号）を参照すること。
- 2 ①には、直近 1 年間の当該病棟の 1 日平均入院患者数を、②～⑤及び⑦には、直近 1 月間のそれぞれの 1 日平均入院患者数を記載すること。
- 3 当該届出に係る病棟ごとに様式 9 及び様式 20 を記載し添付すること。
- 4 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の状況	当該病棟の1日平均入院患者数		名		算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日		
	内 訳	悪性腫瘍	名				
		後天性免疫不全症候群	名				
医師数	病院全体の医療法標準数 （届出日時点）		名	従事医師数 （届出日時点）	名	配置割合 %	
	当該病棟勤務医師数		常勤者数		名	非常勤者数（常勤換算）	
常勤医師名					研修の有無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
					有 ・ 無		
病室の状況			病室数	病床数①	特別の療養環境の提供に係る病室		②／① （%）
					病室数	病床数②	
	当該病棟総数		室	床	室	床	
	内 訳	個室	室	床	室	床	
		2人室	室	床	室	床	
		3人室	室	床	室	床	
		4人室	室	床	室	床	
		5人室以上	室	床			
当該病棟の面積			㎡（1床当たり） ㎡				
病室部分の面積			㎡（1床当たり） ㎡				
家族の控え室			㎡				
患者専用台所			㎡				
面談室			㎡				
談話室			㎡				

連携体制	連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無	有 ・ 無

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価
イ がん診療の拠点となる病院 ウ ア、イに準じる病院

緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項

ア 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均	日
イ 退院患者のうち、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合	%

〔記載上の注意〕

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人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こと又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 11 緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項については、「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（通知）」の別添 4 の第 14 の 1 に基づき記載すること。

緩和ケア病棟入院料 1 に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

1. 前年度に当該病棟に入院した患者について、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均

日

2. 前年度に当該病棟から退院した患者について、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合

前年度に当該病棟から退院した全患者数	①	人
転院又は転棟のため退院した患者数	②	人
死亡のため退院した患者数	③	人
前年度に当該病棟から退院した患者について、 転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の 患者の割合（（①－②－③）／①）		%

様式 53

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
年 月 ①	日	日
②／(②+③) = (ア)		
3 月前の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く） ⑤		
年 月 ④	名	
上記の患者のうち、3 月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数 ⑥		
名		
⑥／⑤ = (イ)		

※ 自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）。また、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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

〔記載上の注意〕

- ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- ④には、①の 3 月前の年月を記入する。例えば①が令和 2 年 7 月であれば、④は令和 2 年 4 月となる。令和 2 年 4 月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち 3 月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(1) 精神科救急入院料 1、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟に限る）
(イ) ≥ 0.6
(2) 精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟を除く）、精神科救急・合併症入院料
(イ) ≥ 0.4
- 当該届出に係る病棟について、様式 9 を記載し添付すること。

精神科救急入院料 1 又は 2 の施設基準に係る届出書添付書類（新規・7 月報告）

1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（5 名以上）			
必要な検査、CT 撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

2 実績に係る要件

(1) 届出病棟数

① 当該病院における精神科救急入院料の届出病棟数	病棟
--------------------------	----

(2) 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の②～⑫の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

	当該病院に おける実績	複数の病棟 を届け出る 場合	要件を満たす場合、□に✓を記載	
			入院料 1	入院料 2
② 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の診療件数又は、当該圏域における人口 1 万人当たりの時間外・休日・深夜の診療件数（いずれも電話等再診を除く。）	② 件 又は 件／万人	②÷① 件 又は 件／万人	□(≥150) 又は □(≥1.87)	□(≥120) 又は □(≥1.50)
③ ②のうち、初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数及び②に対する割合	③ 件 又は 割	③÷① 件	□(≥30) 又は □(≥2 割)	□(≥25) 又は □(≥2 割)
④ 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は、当該圏域における人口 1 万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数	④ 件 又は 件／万人	④÷① 件 又は 件／万人	□(≥40) 又は □(≥0.5)	□(≥30) 又は □(≥0.37)
⑤ ④のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合	⑤ 件 又は 割	⑤÷① 件	□(≥8) 又は □(≥2 割)	□(≥6) 又は □(≥2 割)
⑤の 再掲	⑥ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口	件	⑦ 救急医療情報センター	件
	⑧ 他の医療機関	件	⑨ 都道府県・市町村	件
	⑩ 保健所	件	⑪ 警察	件
	⑫ 消防（救急車）	件		

(3) 当該病棟における新規入院患者に係る実績

以下の⑬～⑳について、届出前１年間の患者数を記載すること。

⑬ 当該入院料を算定する全病棟の新規患者数		人	
⑭ 措置入院	人	⑮ 緊急措置入院	人
⑯ 医療保護入院	人	⑰ 応急入院 (うち、特定医師によるもの)	人 (人)
⑱ 鑑定入院	人	⑲ 医療観察法入院	人
⑳ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、 緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数		人	

以下の(a)及び(b)又は(c)の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

$\frac{(\textcircled{14} + \textcircled{15} + \textcircled{16} + \textcircled{17} + \textcircled{18} + \textcircled{19})}{\textcircled{13}}$	☐ (a) % (≥60%)	$\frac{(\textcircled{14} + \textcircled{15} + \textcircled{17})}{\textcircled{20}}$	☐ (b) % (≥25%)
又は			
$\textcircled{14} + \textcircled{15} + \textcircled{17}$		☐ (c) 人 (≥20 人)	

[記載上の注意]

- ＣＴ撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 実績に係る要件の患者数は届出前１年間の患者数を記載すること。
- 精神科救急入院料１については、以下のいずれも満たすこと。
 - 「２の②」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が150件以上又は1.87件／万人以上
 - 「２の③」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が30件以上又は「２の③」の割合が２割以上
 - 「２の④」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が40件以上又は0.5件／万人以上
 - 「２の⑤」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が8件以上又は「２の⑤」の割合が２割以上
- 精神科救急入院料２については、以下のいずれも満たすこと。
 - 「２の②」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が120件以上又は1.5件／万人以上
 - 「２の③」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が25件以上又は「２の③」の割合が２割以上
 - 「２の④」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が30件以上又は0.37件／万人以上
 - 「２の⑤」の件数を「２の①」の病棟数で除した数が6件以上又は「２の⑤」の割合が２割以上
- 当該入院料を算定する病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) ≥60% (b) ≥25%又は、(c) ≥20人
- ⑳については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5 名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（3 名以上）			
必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

2 実績に係る要件

① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口 1 万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数			人 又は 人 /万人	
② 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数			人	
③ 当該病棟の新規患者数			人	
(③の再掲)	④ 措置入院	人	⑤ 緊急措置入院	人
	⑥ 医療保護入院	人	⑦ 応急入院	人
	⑧ 鑑定入院	人	⑨ 医療観察法入院	人
⑩ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数			人	
$\frac{\text{④}+\text{⑤}+\text{⑥}+\text{⑦}+\text{⑧}+\text{⑨}}{\text{③}}$	(a) %	$\frac{\text{④}+\text{⑤}+\text{⑦}}{\text{⑩}}$	(b) %	
⑪ 合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合			%	

〔記載上の注意〕

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前 1 年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) $\geq 60\%$ (b) $\geq 25\%$ 又は、 $\text{④}+\text{⑤}+\text{⑦} \geq 20$ 人
- 4 ⑩については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。
- 5 ⑪の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第 16 の 2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの 80%以上であることが必要である。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	②のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、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(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診療業務等を行った回数	回(≥1回)

2 退院調整加算に係る要件

退院調整加算の届出の有無	有 ・ 無
--------------	-------

3 退院支援部署に係る構成員

区分	氏名
ア 精神保健福祉士	
イ 該当する□に「V」を記入すること。 ☐ 看護師 ☐ 作業療法士 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 臨床心理技術者	

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

区分	氏名	勤務時間
病棟配置の精神保健福祉士		時間
退院支援部署配置の精神保健福祉士		時間

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)

年 月～ 年 月(a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数(c)	
(c) 名	
(c)／(b)＝	

※自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう(ただし、死亡退院及び退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。)。また、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転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④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。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間について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。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
- 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$(c) \div (b) \geq 0.75$$

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

退院支援相談員に係る要件

精神療養病棟入院料を算定する病棟数		
精神療養病棟入院料を算定する病床数		

退院支援相談員氏名	職種	経験年数

[記載上の注意]

1. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科	
-------	--

精神科医師氏名	
---------	--

作業療法士氏名	
---------	--

退院調整加算の届出の有無	(有 ・ 無)
--------------	-----------

退院支援部署に係る構成員

区分	氏名	
ア 精神保健福祉士		
イ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、 社会福祉士又は臨床心理技術者	氏名	職種

[記載上の注意]

退院支援部署に係る構成員のイについて、職種欄に職種を記載すること。

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟（又は治療室）名					備 考
病 床 数		床	床	床	1 日 平 均 入院患者数 算 出 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日
入 院 患 者 の 状 況	① 1日平均入院患者数	名	名	名	
	② ①のうち当該加算の 算定対象となる患者数	名	名	名	
	入院患者の比率 （②／①）	%	%	%	
当 該 病 棟 （ 又 は 治 療 室 ） の 従 事 者	小児医療及び児童・思春 期の精神医療の経験を有 する常勤の医師	名	名	名	
	うち精神保健指定医	名	名	名	
	常勤の精神保健福祉士	名	名	名	
	常勤の臨床心理技術者	名	名	名	

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。
- 2 当該加算を算定する病棟又は治療室を有する病棟ごとに様式 9 を添付すること。
- 3 当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。
- 4 当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。

特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

届 出	☐ 特定一般病棟入院料 1 ☐ 特定一般病棟入院料 2
保 険 医 療 機 関 名	
住 所	
病 床 数	床

〔記載上の注意〕

- 1 当該届出を行う保険医療機関は、別紙 2 に定められた地域に所在する保険医療機関のうち 1 病棟（一般病棟に限る。）で構成される病院であること。
- 2 様式 5 から 9 を添付すること。
- 3 地域包括ケア入院医療管理に係る病室の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までを用いること。
- 4 当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料 1 の例により算定を行う病棟については、別添の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。

特定一般病棟入院料の「注 12」に規定する
90 日を超えて特定一般病棟入院料を算定する病棟
に入院している患者の算定に係る届出書

90 日を超えて入院している患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟の概要

届出を行う病棟	病棟名：（ ）病棟 病床数：（ ）床
---------	---

様式 57 の 4

地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

1 許可病床数と入院患者数に係る要件

ア 直近 1 ヶ月間の精神病棟の平均入院患者数	人
イ 直近 1 年間の精神病棟の平均入院患者数	人
ウ 精神病床の許可病床数	床
エ (ア又はイいずれか小さい値) ÷ ウ	

2 長期入院患者の退院実績に係る要件

オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数 (直近 3 か月間における 1 か月あたり平均)	人
カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数	床
キ $\text{オ} \div \text{カ} \times 100$ (%)	%

3 退院支援部署の専従の従事者に係る要件

氏名	職種	勤務時間
		時間

4 退院支援相談員に係る要件

氏名	職種	経験年数
		年
		年
		年

5 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 常時対応型精神科救急医療施設 ☐ 身体合併症対応施設 ☐ 地域搬送受入対応施設 ☐ 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	☐ 輪番対応型精神科救急医療施設 ☐ 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
	②のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、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(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 「3」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められてい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。
- 「4」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。
- 「5」について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関が満たす基準（該当する区分に○）				
・ 一般病棟入院基本料 ・ 7 対 1 入院基本料 ・ 10 対 1 入院基本料 ・ 13 対 1 入院基本料 ・ 15 対 1 入院基本料 ・ 18 対 1 入院基本料 ・ 20 対 1 入院基本料 ・ 有床診療所入院基本料 1 ・ 有床診療所入院基本料 4				
当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医				
氏 名		麻 酔 科 標 榜 許 可 書		勤務開始日
		許 可 年 月 日	登 録 番 号	
		年 月 日		年 月 日
自院における緊急対応		可・不可		
（不可の場合、密接に提携している保険医療機関名） _____				
当該回復室	回復室の面積	病床数	1 床当たり床面積	1 日平均患者数
の概要	m ²	床	m ²	名
当該回復室	看護師		日勤 名	準夜勤 名
の従事者				

〔記載上の注意〕

当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術等基本料 1 に係る届出の場合のみ記入すること。