

(別紙様式 3 1)

## 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

報告年月日： 年 7 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 4 月～ 年 3 月)	① 名
--------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の 6 月末日までに HbA1c が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	③ 名
①のうち、当該期間後の 6 月末日までに血圧が改善又は維持された者	④ 名

HbA1c が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{②} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑤}} \quad \%$$

Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{③} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑥}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \text{④} / \text{①} \quad \boxed{\text{⑦}} \quad \%$$

### [記載上の注意点]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

(別紙様式32)

## 認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中 非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V)

### I. 症状

認知障害 (MMSE、HDS-R等)	
生活障害 (IADL、ADL)	
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題 となる症状	

### II. 家族又は介護者による介護の状況

--

### III. 治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

### IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

--

### V. 緊急時の対応方法・連絡先

--

### VI. 特記事項

--

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

(別紙様式 33)

## DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者:					コード
評価者:					0 = なし、正常
評価日:	年	月	日		1 = ごく軽度、不确实
評価時間:		~			2 = 軽度
					3 = 中等度
					4 = 重度

適当なもの1つに丸をつける。

1 歩行 Gait	0	1	2	3	4
小刻みな遅い歩き方。速度の低下, 歩幅の減少, 上肢の振れの減少, 前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。					
2 動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。					
3 流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
唾液分泌過多。					
4 筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象, ろう屈現象, 鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。					
5 振戦 Tremor	0	1	2	3	4
口部, 手指, 四肢, 軀幹に認められる反復的, 規則的(4 ~ 8 Hz)で, リズミカルな運動。					
6 アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
静座不能に対する自覚; 下肢のムズムズ感, ソワソワ感, 絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の揺り動かし, 下肢の振り回し, 足踏み, 足の組み換え, ウロウロ歩きなど)についても評価する。					
7 ジストニア Dystonia	0	1	2	3	4
筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌, 頸部, 四肢, 軀幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり, 持続的な異常ポジション。舌の突出捻転, 斜頸, 後頸, 牙関緊急, 眼球上転, ピサ症候群などを評価する。					
8 ジスキネジア Dyskinesia	0	1	2	3	4
運動の異常に亢進した状態。顔面, 口部, 舌, 顎, 四肢, 軀幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞蹈病様運動, アテトーゼ様運動は含むが, 振戦は評価しない。					
9 概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4
錐体外路症状全体の重症度。					

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  
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

殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

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」（平成24年厚生労働省告示第号）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」（平成24年厚生労働省告示第号）が公布され、平成24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22年3月5日保医発0305第2号）は、平成24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」（平成24年厚生労働省告示第号）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。

## 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。）を正副2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。
- 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、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及び回復期リハビリテーション病棟入院料2重症患者回復病棟加算の施設基準については届出前6か月の実績を有していること。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。
- 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、提出者に対して副本に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。

夜間・早朝等加算	(夜朝) 第 号
<del>時間外対応</del> 地域医療貢献加算 <u>1</u>	( <del>時間外 1</del> 地域貢献) 第 号
<u>時間外対応加算 2</u>	( <u>時間外 2</u> ) 第 号
<u>時間外対応加算 3</u>	( <u>時間外 3</u> ) 第 号
明細書発行体制等加算	(明細) 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	(外来環) 第 号
<del>歯科診療特別対応</del> 障害者歯科医療連携加算	( <del>歯特</del> 障連) 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
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第 号
総合入院体制加算	(総合加算) 第 号
臨床研修病院入院診療加算	(臨床研修) 第 号
救急医療管理加算 <del>乳幼児救急医療管理加算</del>	(救急加算) 第 号
超急性期脳卒中加算	(超急性期) 第 号
妊産婦緊急搬送入院加算	(妊産婦) 第 号
診療録管理体制加算	(診療録) 第 号
医師事務作業補助体制加算	(事務補助) 第 号
急性期看護補助体制加算	(急性看補) 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
<del>療養病棟療養環境加算 3</del>	<del>(療養3) 第 号</del>
<del>療養病棟療養環境加算 4</del>	<del>(療養4) 第 号</del>
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 <del>1</del>	(診療養 <del>1</del> ) 第 号
<del>診療所療養病床療養環境加算 2</del>	<del>(診療養2) 第 号</del>
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
重症皮膚潰瘍管理加算	(重皮潰) 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
<del>児童・思春期精神科入院医療管理加算</del>	<del>(児春) 第 号</del>
強度行動障害入院医療管理加算	(強度行動) 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
がん診療連携拠点病院加算	(がん拠点) 第 号
<del>栄養管理実施加算</del>	<del>(栄養管理) 第 号</del>
栄養サポートチーム加算	(栄養チ) 第 号
医療安全対策加算	(医療安全) 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
<del>褥瘡患者管理加算</del>	<del>(褥) 第 号</del>
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
<del>慢性期病棟等退院調整加算<del>1</del></del>	<del>(慢性退院<del>1</del>) 第 号</del>
<del>慢性期病棟等退院調整加算 2</del>	<del>(慢性退院 2) 第 号</del>
<del>急性期病棟等退院調整加算 1</del>	<del>(急性退院 1) 第 号</del>

<del>急性期病棟等退院調整加算 2</del>	<del>(急性退院 2) 第 号</del>
新生児特定集中治療室退院調整加算	(新生児退院) 第 号
救急搬送患者地域連携紹介加算	(救急紹介) 第 号
救急搬送患者地域連携受入加算	(救急受入) 第 号
<u>精神科救急搬送患者地域連携紹介加算</u>	<u>(精救急紹介) 第 号</u>
<u>精神科救急搬送患者地域連携受入加算</u>	<u>(精救急受入) 第 号</u>
総合評価加算	(総合評価) 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
<u>後発医薬品使用体制加算 2</u>	<u>(後発使 2) 第 号</u>
<u>病棟薬剤業務実施加算</u>	<u>(病棟薬) 第 号</u>
<u>データ提出加算</u>	<u>(データ提) 第 号</u>
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
ハイケアユニット入院医療管理料	(ハイケア) 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
<u>小児特定集中治療室管理料</u>	<u>(小集) 第 号</u>
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
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 3</u>	<u>(回 3) 第 号</u>
<del>亜急性期入院医療管理料 1</del>	<del>(亜 1) 第 号</del>
<del>亜急性期入院医療管理料 2</del>	<del>(亜 2) 第 号</del>
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	(緩) 第 号
精神科救急入院料	(精救) 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
<u>児童・思春期精神科入院医療管理料</u>	<u>(児春入) 第 号</u>
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
<u>特定一般病棟入院料 1</u>	<u>(特般1) 第 号</u>
<u>特定一般病棟入院料 2</u>	<u>(特般2) 第 号</u>
短期滞在手術基本料 1	(短手1) 第 号
短期滞在手術基本料 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、平成24~~22~~年4月 ~~14~~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⑤、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（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1日に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。
  - (7) 亜急性期入院医療管理料の算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、3か月間（暦月）の平均実績が6割未満とされない範囲の一時的な変動。
- 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、所要の指導の上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日現在で届出書の記載事項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10対1入院基本料を算定している病

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～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～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～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、平成24~~22~~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。

平成24~~22~~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、平成24~~22~~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、平成24~~22~~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

時間外対応加算1及び3

~~地域医療貢献加算~~

~~明細書発行体制等加算~~

~~障害者歯科医療連携加算~~

一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算（10対1入院基本料に限る。）（平成24年7月1日以降に限る。）

一般病棟入院基本料の注7に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対1入院基本料に限る。）

一般病棟入院基本料の注13に掲げる療養病棟入院基本料（13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）（平成24年10月1日以降に限る。）

~~一般病棟看護必要度評価加算~~

~~精神病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。）~~

~~特定機能病院入院基本料（精神病棟の13対1入院基本料に限る。）~~

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（一般病棟10対1入院基本料に限る。）（平成24年7月1日以降に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（10対1入院基本料に限る。）（平成24年7月1日以降に限る。）

専門病院入院基本料の注4に掲げる一般病棟看護必要度評価加算（13対1入院基本料に限る。）

~~有床診療所一般病床初期加算~~

有床診療所入院基本料の注7に掲げる看取り加算

有床診療所入院基本料の注9に掲げる有床診療所療養病床入院基本料  
有床診療所療養病床入院基本料の注7に掲げる看取り加算  
有床診療所療養病床入院基本料の注9に掲げる有床診療所入院基本料  
医師配置加算1  
~~救急・在宅等支援療養病床初期加算~~  
~~救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算~~  
~~医師事務作業補助体制加算（15対1補助体制加算及び20対1補助体制加算に限る。）~~  
医師事務作業補助体制加算（30対1補助体制加算及び40対1補助体制加算に限る。）  
急性期看護補助体制加算  
急性期看護補助体制加算（25対1急性期看護補助体制加算に限る。）  
急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間急性期看護補助体制加算  
急性期看護補助体制加算の注3に掲げる看護職員夜間配置加算  
看護補助加算1（13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）  
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2（平成24年10月1日以降に限る。）  
診療所療養病床療養環境改善加算（平成24年10月1日以降に限る。）  
無菌治療室管理加算1及び2  
緩和ケア診療加算の注2（厚生労働大臣が定める地域）  
有床診療所緩和ケア診療加算  
精神科リエゾンチーム加算  
強度行動障害入院医療管理加算  
~~重度アルコール依存症入院医療管理加算~~  
~~摂食障害入院医療管理加算~~  
~~栄養サポートチーム加算~~  
栄養サポートチーム加算の注2（厚生労働大臣が定める地域）  
~~医療安全対策加算2~~  
感染防止対策加算  
感染防止対策加算1及び2  
感染防止対策地域連携加算  
患者サポート充実加算  
~~慢性期病棟等退院調整加算1~~  
~~急性期病棟等退院調整加算1~~  
新生児特定集中治療室退院調整加算  
~~救急搬送患者地域連携紹介加算~~  
~~救急搬送患者地域連携受入加算~~  
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  
~~呼吸ケアチーム加算~~  
後発医薬品使用体制加算  
後発医薬品使用体制加算1  
病棟薬剤業務実施加算

データ提出加算 1 及び 2

~~救命救急入院料 3 及び 4~~

~~救命救急入院料注 4 に掲げる加算~~

~~救命救急入院料注 7 に掲げる小児加算~~

~~特定集中治療室管理料 2~~

~~特定集中治療室管理料注 2 に掲げる小児加算~~

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 2~~

~~新生児治療回復室入院医療管理料~~

~~小児入院医療管理料 2~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料注 3 に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料注 4 に掲げるリハビリテーション充実加算~~

亜急性期入院医療管理料の注 2（厚生労働大臣が定める地域）

~~亜急性期入院医療管理料注 2 に掲げるリハビリテーション提供体制加算~~

児童・思春期精神科入院医療管理料

精神療養病棟入院料の注 4 に掲げる重症者加算 1（平成25年 3 月 31 日以降に限る。）

精神療養病棟入院料の注 5 に掲げる退院調整加算

~~認知症治療病棟入院料注 2 に掲げる退院調整加算~~

認知症治療病棟入院料注 2 に掲げる退院調整加算

認知症治療病棟入院料注 3 に掲げる認知症夜間対応加算

特定一般病棟入院料 1 及び 2

表 2 施設基準の改正により、平成24~~22~~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、平成24~~22~~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

入院基本料及び特定入院料（管理栄養士なし）

一般病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料（経過措置））

~~精神病棟入院基本料（平成22年10月 1 日以降、10対 1 入院基本料を引き続き算定する場合に限る。）~~

特定機能病院一般病棟入院基本（7 対 1 入院基本料（経過措置））

~~特定機能病院入院基本料（平成22年10月 1 日以降、精神病棟の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料を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（経過措置））

~~有床診療所入院基本料 1、2 及び 3~~

暫定無菌治療室管理加算 1（無菌治療室管理加算 2 の届出を行っている場合に限る。）

新生児特定集中治療室退院調整加算

~~緩和ケア診療加算（平成23年 4 月 1 日以降に限る。）~~

重度アルコール依存症入院医療管理加算

後発医薬品使用体制加算

救命救急入院料 1 及び 3（施設基準未適合）

~~救命救急入院料注3に掲げる加算~~

~~総合周産期特定集中治療室管理料~~

~~小児入院医療管理料1（別添4の第10の2の(4)のイ及びウに規定する基準については、平成22年10月1日以降に限る。）~~

~~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1及び2（平成22年10月1日以降に限る。）~~

~~亜急性期入院医療管理料~~

~~緩和ケア病棟入院料（平成23年4月1日以降に限る。）~~

~~地域歯科診療支援病院歯科初診料~~

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成24~~22~~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は必要でないもの

<del>地域医療貢献加算</del>	→	<del>時間外対応加算2</del>
<del>障害者歯科医療連携加算</del>	→	<del>歯科診療特別対応連携加算</del>
<del>慢性期病棟等退院調整加算1</del>	→	<del>退院調整加算</del>
<del>慢性期病棟等退院調整加算2</del>	→	<del>退院調整加算</del>
<del>急性期病棟等退院調整加算</del>	→	<del>退院調整加算</del>
<del>後発医薬品使用体制加算</del>	→	<del>後発医薬品使用体制加算2</del>
<del>回復期リハビリテーション病棟入院料1 （重症患者回復病棟加算を算定する場合に限る。）</del>	→	<del>回復期リハビリテーション病棟入院料2</del>
<del>回復期リハビリテーション病棟入院料2</del>	→	<del>回復期リハビリテーション病棟入院料3</del>

<del>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割以上の療養病棟入院基本料</del>	→	<del>療養病棟入院基本料1</del>
<del>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割未満の療養病棟入院基本料</del>	→	<del>療養病棟入院基本料2</del>
<del>医師配置加算</del>	→	<del>医師配置加算2</del>
<del>看護配置加算2</del>	→	<del>看護配置加算1</del>
<del>看護配置加算1</del>	→	<del>看護配置加算2</del>
<del>夜間看護配置加算2</del>	→	<del>夜間看護配置加算1</del>
<del>夜間看護配置加算1</del>	→	<del>夜間看護配置加算2</del>
<del>入院時医学管理加算</del>	→	<del>総合入院体制加算</del>
<del>医療安全対策加算</del>	→	<del>医療安全対策加算1</del>
<del>退院調整加算</del>	→	<del>慢性期病棟等退院調整加算2</del>
<del>後期高齢者総合評価加算</del>	→	<del>総合評価加算</del>
<del>後期高齢者退院調整加算</del>	→	<del>急性期病棟等退院調整加算2</del>
<del>特定集中治療室管理料</del>	→	<del>特定集中治療室管理料1</del>

<del>新生児特定集中治療室管理料</del>	→	<del>新生児特定集中治療室管理料1</del>
<del>小児入院医療管理料2、3、4</del>	→	<del>小児入院医療管理料3、4、5</del>
<del>認知症病棟入院料1、2</del>	→	<del>認知症治療病棟入院料1、2</del>

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って、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。

3 基本診療料の施設基準等第十一の三、五、六、七の規定は、次の場合について、平成~~26~~<sup>24</sup>年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであること。なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に平成22年3月31日までの間に転棟又は転院した場合

イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合（障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合を含む。）

4 基本診療料の施設基準等第十一の四の規定は、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた別表第十二の患者であって、当該病棟を平成18年7月1日から平成20年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換し、医療区分2又は3の患者とみなされていた患者のうち、次の患者について、平成20年4月1日以降も、平成~~26~~<sup>24</sup>年3月31日までの間に限り、引き続き医療区分2又は3の患者とみなすことを規定したものである。

平成20年3月31日において現に療養病棟入院基本料2の20対1配置病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者を除く。）

## 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思わ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、当該診療機関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届出は、別添 7 の様式 1 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 時間外対応地域医療貢献加算

#### 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~~地域医療貢献加算 1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、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。

~~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。又は、当該診療所の職員が対応に当たる場合であっても、医師に電話を転送できる体制を備えていること。~~
- ~~(3) 複数の診療所が連携してあらかじめ当番医を定めて対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等について、あらかじめ患者に周知していること。~~

### 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つた場合であっても、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つた場合であっても、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最大で3つまでとする。

### 5 届出に関する事項

時間外対応~~地域医療貢献~~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に係る届出は、別添 7 の様式 2 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別の保険医療機関において「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）別表2に規定する歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて外来診療部門において歯科医療を行った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) 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。
- (5) (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。
- (6) 「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」（平成22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。
- (7) 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。

#### 2 届出に関する事項

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。

届出受理後の措置については、毎年3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 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症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。

- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して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。
  - 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 血圧計
  - オ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）
  - カ 歯科用吸引装置
- (4) 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、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確保されている場合は、この限りでない。
- (5) 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感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 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。
- (8) 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及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、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 届出に関する事項

歯科外来診療環境体制加算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、感染症対策等の医療安全対策に係る研修をすべて修了していることが確認できる文書を添付すること。

## 第4の2 歯科診療特別対応~~障害者歯科医療~~連携加算

### 1 歯科診療特別対応~~障害者歯科医療~~連携加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療特別対応~~障害者歯科医療~~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して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（薬剤を含む。）
- (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~~障害者歯科医療連携~~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（7 対 1 特別入院基本料及び10対 1 特別入院基本料を含む。）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、~~及び褥瘡対策~~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、~~及び褥瘡対策~~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 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。~~なお、参考様式の項目すべてが含まれている場合は、各保険医療機関が適当とす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貼付するものとする。
- (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。
- (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すべての病床。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「感知情報レポート」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。
- (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回程度実施されることが必要である。

### 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。~~実施すること。~~
- (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開催さ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。

### 5 栄養管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関内に、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。ただし、有床診療所においては非常勤であっても差し支えない。
- (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、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、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (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、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 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。
- (8) 特別入院基本料及び短期滞在手術基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) 当該保険医療機関において、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくな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。
- (10) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第〇号）」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第1に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関にあっては、平成26年3月31日までの間は、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

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（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）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、当該計画書の写しを診療録に貼付すること。
- (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、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 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。
- (8) 特別入院基本料及び短期滞在手術基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) 当該保険医療機関において、(1)に係る基準が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か月に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- (10) 平成24年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第〇号）」による改正前の「診療報酬の算定方法」別表第1に規定する医科点数表に掲げる栄養管理実施加算の届出を行っていない保険医療機関であっては、平成26年3月31日までの間は、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、(1)の基準を満たしているものとする。

## 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、一般病棟及び結核病棟をで別々に合わせ

看護必要度の評価を行うものとする。

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。

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る。

(1) 入院患者の数については、次の点に留意する。

ア 入院患者の数には、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に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