

保医発 第 号

平成 30 年 3 月 日

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」（平成 30 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 30 年厚生労働省告示第●号）が公布され、平成 30 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 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）は、平成 30 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・再診療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**正副2-1**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、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、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並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第●号）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A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟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群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1の算定実績を要しない。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揭示事項等（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。

<u>機能強化加算</u>	<u>（機能強化）第</u>	<u>号</u>
<u>初診料（歯科）の注1に掲げる基準</u>	<u>（歯初診）第</u>	<u>号</u>
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 <u>1</u>	(外来環 <u>1</u>) 第	号
<u>歯科外来診療環境体制加算 2</u>	<u>(外来環 2) 第</u>	<u>号</u>
歯科診療特別対応連携加算	(歯特連) 第	号
<u>オンライン診療料</u>	<u>(オン診) 第</u>	<u>号</u>
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
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
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
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
後発医薬品使用体制加算 4	(後発使 4) 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
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
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
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 4</u>	<u>(回 4) 第</u>	<u>号</u>
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 5</u>	<u>(回 5) 第</u>	<u>号</u>
<u>回復期リハビリテーション病棟入院料 6</u>	<u>(回 6) 第</u>	<u>号</u>
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
<u>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</u>	<u>(地包ケア 3) 第</u>	<u>号</u>
<u>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</u>	<u>(地包ケア 4) 第</u>	<u>号</u>
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 <u>1</u>	(緩 <u>1</u>) 第	号
<u>緩和ケア病棟入院料 2</u>	<u>(緩 2) 第</u>	<u>号</u>
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、平成 ~~28~~30 年 4 月 ~~14~~16 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3⑤、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・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。~~判明し、所要の指導の上その上で、~~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日現在で届出書の記載事項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。

(揭示例)

- (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、平成 ~~28~~30 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 ~~28~~30 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 ~~30~~28 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 ~~28~~30 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

初診料の注 12 に掲げる機能強化加算

初診料（歯科）の注 1 に掲げる施設基準

オンライン診療料

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

療養病棟入院基本料の注 13 に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注 9 に掲げる看護補助加算

障害者施設等入院基本料の注 10 に掲げる夜間看護体制加算

看護職員夜間 16 対 1 配置加算 2

医療安全対策加算の注 2 に掲げる医療安全対策地域連携加算 1 又は 2

感染防止対策加算の注 3 に掲げる抗菌薬適正使用支援加算

後発医薬品使用体制加算 4

入退院支援加算の注 7 に掲げる入院時支援加算

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 4

回復期リハビリテーション病棟入院料 5

回復期リハビリテーション病棟入院料 6

地域包括ケア病棟入院料 1

地域包括ケア入院医療管理料 1

地域包括ケア病棟入院料 3

地域包括ケア入院医療管理料 3

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

緩和ケア病棟入院料 1

緩和ケア病棟入院料 2

精神科救急入院料の注 5 に掲げる看護職員夜間配置加算

精神科救急・合併症入院料の注 5 の看護職員夜間配置加算

一般病棟入院基本料の注 6 に掲げる看護必要度加算 1

一般病棟入院基本料の注 13 に掲げる夜勤時間特別入院基本料

療養病棟入院基本料（注 11 に規定する届出に限る。）
療養病棟入院基本料の注 12 に掲げる夜勤時間特別入院基本料（療養病棟入院基本料 2 に限る。）
結核病棟入院基本料の注 6 に掲げる夜勤時間特別入院基本料
精神病棟入院基本料の注 9 に掲げる夜勤時間特別入院基本料
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 1
専門病院入院基本料の注 3 に掲げる看護必要度加算 1
有床診療所入院基本料の注 11 に掲げる有床診療所在宅復帰機能強化加算
有床診療所療養病床入院基本料の注 11 に掲げる有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
総合入院体制加算 2
急性期看護補助体制加算の注 3 に掲げる夜間看護体制加算
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
看護補助加算の注 2 に掲げる夜間 75 対 1 看護補助加算
看護補助加算の注 3 に掲げる夜間看護体制加算
病棟薬剤業務実施加算 2
退院支援加算 1 又は 3
退院支援加算の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算
退院支援加算の注 5（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合であって、平成 28 年 1 月 1 日において現に旧算定方法別表第一区分番号 A 2 3 8 に掲げる退院調整加算の注 3 に係る届出を行っていないものに限る。）
認知症ケア加算
精神疾患診療体制加算
精神科急性期医師配置加算（精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料又は 13 対 1 入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料又は 13 対 1 入院基本料に限る。）を算定する病棟において届け出る場合に限る。）
小児入院医療管理料の注 4 に掲げる重症児受入体制加算
回復期リハビリテーション病棟入院料の注 5 に掲げる体制強化加算 2
地域移行機能強化病棟入院料

表 2 施設基準の改正により、平成 28 年 1 月 1 日又は平成 2830 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 2830 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

地域歯科診療支援病院歯科初診料（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注 9 に掲げる歯科外来診療環境体制加算 1（平成 30 年 3 月 31 日において、現に旧算定方法別表 A 0 0 0 の注 9 に掲げる歯科外来診療環境体制加算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届出を行っている保険医療機関を除く。）であって、平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注 9 に掲げる歯科外来診療環境体制加算 2（平成 30 年 3 月 31 日において、現に旧算定方法別表 A 0 0 0 の注 9 に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている

る保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関に限る。）であって、平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算 1

一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料 7、地域一般入院基本料 2 及び 3 を除く。）（平成 30 年 10 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（急性期一般入院基本料 4 から 7 までに限る。）（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。）（平成 31 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（平成 30 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 床以上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。）（平成 31 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の注 10 に掲げる在宅復帰機能強化加算（平成 30 年 10 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。）（平成 30 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。）（平成 30 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（平成 30 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 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。）（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。）（平成 31 年 4 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。）（平成 30 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（平成 30 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 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。）（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。）（平成 31 年 4 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（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 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（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 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（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

後発医薬品使用体制加算（4 を除く。）

データ提出加算（1 のロ及び 2 のロに限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料 1、3（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料の注 3 に掲げる救急体制充実加算（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（平成 30 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（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。）（平成 31 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（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料 1（平成 30 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（平成 30 年 10 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（7 対 1 入院基本料に限る。）（平成 28 年 10 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（10 対 1 入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床における一般病床が 200 床以上の病院に限る。）（平成 29 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の注 6 に掲げる看護必要度加算 2 又は 3（平成 28 年 10 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の注 12 に掲げる ADL 維持向上等体制加算

療養病棟入院基本料の注 10 に掲げる在宅復帰機能強化加算（平成 28 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 2（平成 28 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。）（平成 28 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。10 対 1 入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床における一般病床が 200 床以上の病院に限る。）（平成 29 年 4 月 1 日以降に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 2 又は 3（平成 28 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 10 に掲げる ADL 維持向上等体制加算

専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（平成 28 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（10 対 1 入院基本料に限る。）（医療法上の許可病床における一般病床が 200 床以上の病院に限る。）（平成 29 年 4 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 2 又は 3（平成 28 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 9 に掲げる ADL 維持向上等体制加算

総合入院体制加算 1（平成 28 年 1 月 1 日において現に当該点数に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成 29 年 4 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 3（平成 28 年 1 月 1 日において現に旧算定方法別表第一区分番号 A 2 0 0 に掲げる総合入院体制加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関であって、平成 29 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（平成 28 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 12 対 1 配置加算 2（平成 28 年 3 月 31 日において現に旧算定方法別表第一区分

番号A207-4に掲げる看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であつて、平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

後発医薬品使用体制加算

救命救急入院料2又は4(平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特定集中治療室管理料(平成28年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成2830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

急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間25対1急性期看護補助体制加算	→	急性期看護補助体制加算の注2に掲げる夜間30対1急性期看護補助体制加算
病棟薬剤業務実施加算	→	病棟薬剤業務実施加算1
退院調整加算(注3に規定する届出を除く。)	→	退院支援加算2
退院調整加算(注3に規定する届出に限る。)	→	退院支援加算(注5に規定する届出に限る。)
精神科急性期治療病棟入院料の注4に掲げる精神科急性期医師配置加算	→	精神科急性期医師配置加算(精神科急性期治療病棟入院料1を算定する病棟において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の注5に掲げる体制強化加算	→	回復期リハビリテーション病棟入院料の注5に掲げる体制強化加算1
地域包括診療加算	⇒	地域包括診療加算2
一般病棟入院基本料(10対1入院基本料に限る。)	⇒	急性期一般入院基本料7
一般病棟入院基本料(13対1入院基本料に限る。)	⇒	地域一般入院基本料2
一般病棟入院基本料(15対1入院基本料に限る。)	⇒	地域一般入院基本料3
看護職員夜間16対1配置加算	⇒	看護職員夜間16対1配置加算1
退院支援加算	⇒	入退院支援加算
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

- 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。

3 平成30年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟

の場合に限る。) 及び専門病院入院基本料について、全ての病棟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群（7 対 1 入院基本料と 10 対 1 入院基本料の組み合わせに限る。）
ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、第 2 の 4 の規定にか
わらず、同年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満た
しているものとみなす。また、平成 30 年 3 月 31 日において、平成 30 年度改定前における「基
本診療料の施設基準等」の第十一経過措置の十四の規定の適用を受けていた病棟においては、同
年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満たしているも
のとみなす。

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「C 0 0 0」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「C 0 0 2－2」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及び夜間・休日の問い合わせへの対応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。

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 の様式 1 を用いること。

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 (9-7) 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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第●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) の対応を実施している旨を院内掲示し、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又は2の届出を行っていること。

イ 常勤の医師が2名以上配置されていること。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。

ウ 区分番号「B004」に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること。

(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。

ウ 平成 31 年 3 月 31 日までの間、アにおける在宅患者訪問診療料(I)を算定した患者及び在宅患者訪問診療料(II)を算定した患者については、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）における区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定した患者を含めることができる。

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。

3-2 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。

3-2 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）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が、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア 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

イ 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

ウ 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。

(3) 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告については、平成30年12月から適用することとし、平成30年12月までの間は、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告がないことをもって特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料が算定されることはないこととすることから、平成30年4月以降、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。

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) オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、区分番号「B001」の「5」小児科療養指導料、区分番号「B001」の「6」てんかん指導料又は区分番号「B001」の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く。）

(3) 当該保険医療機関において、1月当たりの区分番号「A001」再診料（注9による場合は除く。）、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「A003」オンライン診療料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定回数に占める区分番号「A003」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) 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。

(5) 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。

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及び様式2の8を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。
- (2) 新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。この場合において、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。この場合において、届出の変更により1の(5)に規定する報告を行ったものとみなす。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の5による届け出を行うこと。
- (4) 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様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあつては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

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」（平成28年3月4日保医発 0304 第3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2の8及び様式3を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。

(2) 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。

(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱い、様式2の8について届出を省略して差し支えない。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8による届出を行うこと。

(4) 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様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

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(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。

エ(2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。

オ(3) 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)ア 自動体外式除細動器（AED）

(ロ)イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

(ハ)ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

(ニ)エ 血圧計

(ホ)オ 救急蘇生セット

(ヘ)カ 歯科用吸引装置

カ(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、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。~~

~~キ(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。

~~ク(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) 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。

(3) 平成 30 年 3 月 31 日において、現に歯科診療外来環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 30 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の (1) のイ又は (2) のウ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

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、~~感染症~~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。

第 4 の 2 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、及び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。
- (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(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (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。
- (10) 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)に係る基準を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(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (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。
- (10) 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一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・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・Ⅱの基準を満たせない場合に限り、両病棟の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価を合わせて行い、一般病棟の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・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 入院患者の数には、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 ~~ただし~~、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のみを看護要員の数に算入することができる。

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。

~~(二) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟において、看護職員を2人以上配置している場合~~

~~にあつては、緊急時等やむを得ないときは、看護補助者が夜勤を行うことができる。~~

(ホ二) (イ)から(ニハ)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~~看護職員（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあつては看護要員）~~の月当たり延夜勤時間数は、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）を持つ病院にあつては、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~~（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあつては看護要員）~~の延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~~1~~を算定する病棟の看護~~職員要員~~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~~職員要員~~が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護~~職員要員~~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~~職員要員~~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。

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況（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、及び 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・看護必要度を算定する病棟については、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（一般病棟入院基本料、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）並びに、10 対 1 入院基本料（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。）、及び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~~一般病棟用~~の重症度、医療・看護必要度 I・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、急性期一般入院料 2 又は 3 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。ただし、成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号 A 1 0 0 に掲げる 7 対 1 入院基本料届出を行っている病棟にあつては、平成 32 年 3 月 31 日に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価することも差し支えないこと。ただし、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

（2）急性期一般入院基本料（急性期一般入院料 7 を除く。）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。）及び専門病院入院基本料の 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~~一般病棟用~~の重症度、医療・看護必要度 I・IIの基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価測定の結果、~~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点以上の患者又はC得点が1点以上の別表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2割5分以上であること。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関（第6に規定する病棟群単位による届出を行わないものに限る。）にあっては、平成30年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が、2割3分以上であること。~~

~~また、結核病棟入院基本料の7対1入院基本料については、従前通り1割以上であること。ただし、急性期一般入院料2及び3においては、平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料届出を行っている病棟にあっては、基準を満たす患者の割合が、本文の規定にかかわらず、別表3の基準以上であること。~~

別表1

<u>A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者</u>
<u>B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者</u>
<u>A得点が3点以上の患者</u>
<u>C得点が1点以上の患者</u>

別表2

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

別表3

	<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合</u>	<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合</u>
<u>急性期一般入院料2</u>	<u>2割7分</u>	<u>2割2分</u>
<u>急性期一般入院料3</u>	<u>2割6分</u>	<u>2割1分</u>

- (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、~~一般病棟用の重症度~~、医療・看護必要度 I・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・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 ~~一般病棟用の重症度~~、医療・看護必要度 I・II の基準を満たせない場合に限り、両病棟の ~~一般病棟用の重症度~~、医療・看護必要度 I・II の評価を合わせて行い、一般病棟における ~~一般病棟用の重症度~~、医療・看護必要度 I・II の基準を満たすことで差し支えないものとする。
- (4) 測定評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、及び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（平成30年厚生労働省告示●号）の別表第二の二十三に該当する患者は、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、測定評価を行ってなくても差し支えない。
- (6) ~~一般病棟用の重症度~~、医療・看護必要度 I・II（IIにあつては、B項目のみ）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。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。~~また、評価者については、所属する保険医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~
- ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- 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検証を行うこと。
- (7) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I あるいは 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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 及び II の基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、II の基準を満たす患者の割合から I の基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。急性期一般入院料 2 及び 3 を届け出する場合の I の基準は、急性期一般入院料 2 が 2 割 9 分、急性期一般入院料 3 が 2 割 8 分とする。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必要であること。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。

(~~8-7~~) 毎年7月において、~~1年間（前年7月から6月までの間）~~直近3月の評価の測定結果を別添7の様式10 ~~の3~~により地方厚生（支）局長に報告すること。

(~~9-8~~) 旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、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7対1入院基本料の経過措置については、平成 ~~28~~30 年3月31日において、現に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。）及び専門病院入院基本料の7対1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（平成 ~~28~~30 年度改定前）の7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、平成 ~~28~~30 年9月30日までは平成 ~~28~~30 年度改定後の別表2の急性期一般入院料1、~~の~~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。

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~~一般病棟入院基本料~~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~~⑤~~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（~~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。）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（~~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。）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、次のア、イいずれにも該当しない患者をいう。

~~ア~~ 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~~1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）~~、有床診療所入院基本料~~（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）~~）及び有床診療所療養病床入院基本料~~（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）~~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。

~~イ~~ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費(I)の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く）に入所した患者

(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。き、(1)のア及びイに該当する患者を含む）

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（~~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。）及び専門病院入院基本料）並びに療養病棟入院基本料（許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。）を算定する病棟~~（10対1入院基本料につい~~

~~ては、医療法上の許可病床における一般病床が200床以上の病院に限る。）~~においては、データ提出加算の届出を行っていること。~~ただし、平成28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（平成28年度改定前）の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の10対1入院基本料の届出を行っている医療機関については、平成29年3月31日までの間、当該基準を満たしているものとする。ただし、平成30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（平成30年度改定前）の許可病床数200床未満の10対1入院基本料（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。）及び専門病院入院基本料）並びに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、平成31年3月31日（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31日）までの間、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。また、当該調査が実施されるまでの間の施設基準の届出については、参加の実績は要しないこと。

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、~~療養病棟入院基本料 2~~、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 ~~（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあつては看護要員）~~ 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、~~療養病棟入院基本料 2~~、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 ~~（療養病棟入院基本料を算定する病棟にあつては看護要員）~~ 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養担当規則第 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 地域一般入院料1、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（~~一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び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、地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）及び 13 対 1 入院基本料（~~一般病棟入院基本料及び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。~~、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による測定の結果、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点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合を基に評価を行っていること。~~なお、10 対 1 入院基本料（~~一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料及び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、評価測定の結果、4の2（2）別表1のいずれかに該当する患者その割合が別表4のとおりであること。~~2割4分以上の場合には看護必要度加算1を算定し、1割8分以上の場合には看護必要度加算2を算定し、1割2分以上の場合には看護必要度加算3を算定するものであること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、看護必要度加算の経過措置については、平成28年3月31日において、現に看護必要度加算1又は2を算定するものにあつては、平成28年9月30日まではそれぞれ平成28年度改定後の看護必要度加算2又は3の要件を満たすものとみなすものであること。ただし、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。~~

別表4

	<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I</u>	<u>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II</u>
<u>看護必要度加算 1</u>	<u>2割7分</u>	<u>2割2分</u>
<u>看護必要度加算 2</u>	<u>2割1分</u>	<u>1割7分</u>
<u>看護必要度加算 3</u>	<u>1割5分</u>	<u>1割2分</u>

- (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（平成30年厚生労働省告示第〇号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外すること。

- (3-2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II（IIにあつては、B項目のみ）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。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。~~また、評価者については、所属する保険医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研~~

~~修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~

ア 国及び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）重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

（ロ）重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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検証を行うこと。

（4）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰあるいは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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前 3 月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の別紙 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。

（5-3）毎年 7 月において、~~1 年間（前年 7 月から 6 月までの間）~~直近 3 月の測定評価の結果を別添 7 の様式 10 の 3 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、平成 30 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、平成 30 年 9 月 30 日まではそれぞれ平成 30 年度改定後の看護必要度加算 1、2 又は 3 の基準を満たすものとみなすものであること。

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（~~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。）及び専門病院入院基本料）又は 10 対 1 入院基本料（~~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。）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「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 4」摂食機能療法、区分番号「H 0 0 5」視能訓練、区分番号「H 0 0 6」難病患者リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7-3」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、又は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「BI」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」（平成2830年3月54日保医発 03054第●3号）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 ~~4.52.5~~ %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「適切な看取りに対する指針」について

「適切な看取りに対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、看

取りに対する指針を定めていることをいう。

- 5 療養病棟入院基本料 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」（平成 2830 年 3 月 4●日保医発 0304 第●3号）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。~~なお、当該判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。~~

- 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発生していた褥瘡に限り、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、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 療養病棟入院基本料の注 4 に規定する褥瘡評価実施加算について~~

~~「基本診療料の施設基準等」の別表第五の四に掲げる状態の患者について、1 日につき 15 点を所定点数に加算する。また、別添 6 の別紙 8 の ADL 区分の判定が 23 点以上の状態の患者は、褥瘡等を特に生じやすい状態であることを踏まえ、現に褥瘡等が発生した患者又は身体抑制を実施せざるを得ない状況が生じた患者については、別添 6 の別紙 10 の「治療・ケアの確認リスト」を用いて現在の治療・ケアの内容を確認すること。また、当該患者に係る「治療・ケアの確認リスト」の写しを診療録に添付し、今後の治療・看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。~~

~~8.9 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④イの⑤及びロの⑤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」（平成 2830 年 3 月 5-4日保医発 03054-第●3号）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。

~~10.9 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) 療養病棟入院基本料 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、届出の際に別途添付の上提出する。）

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 ~~49~~15 以上であること。なお、平成 ~~28~~30 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、平成 ~~28~~30 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する。

~~14~~10 療養病棟入院基本料の注 11 の規定により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。

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 2 を算定する病棟において、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、常時、当該病棟の入院患者の数が ~~25~~20 又は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、平成~~28~~30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料~~1又は2~~を届け出ていた病棟に限り、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~~25~~20又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、平成~~28~~30年3月31日時点で継続して6か月以上療養病棟入院基本料~~1又は2~~を届け出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~~30~~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 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、別に厚生労働大臣が定める基準（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 30 又はその端数を増すごとに1以上であること等）を満たすものとして地方厚生（支）局長に届け出た場合に、平成 30 年 3 月 31 日時点で旧算定方法の別表第一区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っていた病棟に限り、算定できる。

12 療養病棟入院基本料の注 13 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。なお、当該加算の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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

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、具体的な取り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。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。

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

1342 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—14 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、在宅自宅等へ移行すること。「在宅等在宅へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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倒した場合、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に入所した場合を除いたものをいう。また、なお、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—15~~ 「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—16~~ 「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 に規定する指定医療機関

(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。

17 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、12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。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、研修内容については、12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、12の(5)の例による。

18 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(7)までのうち、4項目以上を満たしていること。

(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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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いること。

19 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。

（ロイ） 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。

（ハロ） 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。

（ニハ） 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。

（ホニ） 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。

（ヘホ） 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（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に限る。）、10対1入院基本料（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に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料又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又は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。

（トハ） 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。

（チト） 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。

（リチ） 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。

~~（リ） 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若しくは同法第8条の2第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、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。~~

- (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、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っては「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 割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、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、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 有床診療所療養病床入院基本料の注 4 に規定する褥瘡評価実施加算の施設基準~~

~~別添 2 の第 2 の 8 と同様に取り扱うものであること。~~

~~1918~~ 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。

~~1920~~ 「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」（平成 ~~28~~30 年 3 月 ~~5~~4 日保医発 030~~54~~54 第 ~~●~~3 号）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。

~~2024~~ 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、届出の際に別途添付の上提出する。)

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~~6090~~日以内であること。

2122 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。~~ただし、別添7の様式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。~~なお、別添7の様式10から、様式10の2・3まで、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及び10の3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、~~又は看護必要度加算又はを届け出る場合に用い、別添7の様式10及び10の3については、~~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。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) 平成30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13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、様式13の3の届出を略することができること。
- (4) ~~また、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。))又は専門病院入院基本料に限る。)~~(許可病床数が200床以上の病院に限る。)~~又は療養病棟入院基本料(許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。)~~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) (1)又は(3)において別添7の様式8及び様式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 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、療養病棟入院基本料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。~~ただし、療養病棟入院基本料の療養病棟に係る届出については、いずれの療養病棟も特別入院基本料の算定対象とならない場合に限り、各病棟の入院患者のうち療養病棟入院基本料 1 若しくは 2 を算定する病棟又は療養病棟入院基本料の注 2 若しくは注 12 の規定に基づき届け出る病棟ごとに届出を行うことができる。なお、ただし書きの場合においても、同一区分の届出を行おうとする病棟が 2 以上ある場合には、それらの病棟について包括的に届出を行うものとする。~~

- 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~~200~~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、~~病棟全体で一般病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料を算定している病院を除く。~~）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。~~なお、改正前の基本診療料の施設基準等別紙 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であって、平成 28 年 1 月 1 日において現に看護配置が異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っているものは、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限り、なお従前の例によることとすることとする。~~

~~各病棟ごとに届出を行う場合は、別添 7 の様式 9 の 2 を用いること。~~

- 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 ~~又は~~、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け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け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。

~~第6 病棟群単位による届出に関する留意事項~~

~~一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、7対1入院基本料から10対1入院基本料に移行するに当たって、病棟群単位による届出（以下「病棟群届出」という。）を行った場合は、第5の5の規定にかかわらず、以下によるものとする。~~

- ~~1 病棟群届出を利用可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3か月以上の期間一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料を届け出ている保険医療機関であつて、7対1入院基本料を算定する病棟を複数有しているものであること。~~
- ~~2 病棟群届出を利用する保険医療機関は、入院基本料について、全ての病棟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群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組合せに限る。）ごとに届出を行うことができる。~~
- ~~3 病棟群届出は、平成30年3月31日までの間、利用できるものである。また、病棟群届出を利用できる回数は1保険医療機関につき1回に限るものとし、平成29年3月31日までに、病棟群~~

~~届出を利用する旨を地方厚生（支）局長に届け出る必要がある。病棟群届出を過去に行った保険医療機関が、その後全ての病棟で同じ入院料を届出するに至った場合は、再び病棟群届出を行うことはできない。~~

~~4 病棟数が4以上の保険医療機関が病棟群届出を行う場合は、7対1入院基本料の病棟及び10対1入院基本料の病棟の数はいずれも2以上とすること。~~

~~5 病棟群届出を行う保険医療機関は、平成29年4月1日時点においては、7対1入院基本料を算定する病床数を、当該時点における一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の病床数の6割以下とする必要があること。ただし、特定機能病院については、この限りではないこと。~~

~~6 病棟群届出を利用している期間において各病棟群の病床数を変更することは、「4」及び「5」を満たしていれば可能であるが、その際は、新たな病棟群において「7」に定める施設基準の取扱いを満たした上で、地方厚生（支）局長に変更の届出を行う必要があること。~~

~~7 病棟群届出を利用する保険医療機関において、入院基本料、入院基本料の注に掲げる加算等及び入院基本料等加算に係る施設基準は、以下により満たす必要があること。入院基本料、入院基本料の注に掲げる加算等及び入院基本料等加算以外の施設基準の取扱いは、病棟群届出を利用しない保険医療機関と同様であること。~~

~~（1）入院基本料に係る施設基準~~

~~「基本診療料の施設基準等」第五の二の（1）のイ及びロ並びに（2）、第五の五の（1）のイの①及び②並びに第五の六の（2）イ及びロについては、7対1入院基本料を算定する病棟群、10対1入院基本料を算定する病棟群ごとに基準を満たし、それぞれの病棟群ごとに届出を行う必要があること。ただし、「基本診療料の施設基準等」第五の二の（1）のイの⑥、第五の五の（1）のイの④の5及び第五の六の（2）のイの⑥については、7対1入院基本料と10対1入院基本料を算定する病棟群を通じた全ての病棟の平均で7対1入院基本料の要件を満たす必要があること。~~

~~また、平均在院日数の算出に当たっては、7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟群間で転棟した場合については、いずれの病棟群においても、新入棟患者又は新退棟患者として計上することはできないこと。~~

~~（2）入院基本料の注に掲げる加算等及び入院基本料等加算に係る施設基準~~

~~入院基本料の注に掲げる加算等及び入院基本料等加算のうち以下に掲げるもの以外については、病棟群によらず、保険医療機関全体で施設基準を満たした上で届出を行うこと。なお、どちらか一方の病棟群が基準を満たさなくなり、特別入院基本料等を届出するに至った場合は、保険医療機関全体で特別入院基本料等を届け出ること。~~

~~・区分番号「A100」の注6、「A104」の注5又は「A105」の注3に掲げる看護必要度加算については、10対1入院基本料を算定する病棟群において施設基準を満たす場合に届け出ること。~~

~~・区分番号「A100」の注12、区分番号「A104」の注10又は区分番号「A105」の注9に掲げるADL維持向上等体制加算については、病棟ごとに基準を満たす場合に届け出ること。~~

~~・区分番号「A207-3」に掲げる急性期看護補助体制加算及び区分番号「A207-4」に掲げる看護職員夜間配置加算については、7対1入院基本料を算定する病棟群、10対1入院基本料を算定する病棟群のそれぞれにおいて基準の該当性を判断した上、その~~

~~両方で施設基準を満たす場合に、保険医療機関として一つの区分の加算を届け出ること。~~
~~8 病棟群届出を利用するに当たっての届出は、第5の1の例によること。ただし、各届出の様式~~
~~で別添7の様式9を指定している場合は、代わりに別添7の様式9の4を用いて届け出ること。~~

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、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「K 5 4 1」から「K 5 4 4」まで、「K 5 5 1」、「K 5 5 3」、「K 5 5 4」から「K 5 5 6」まで、「K 5 5 7」から「K 5 5 7－3」まで、「K 5 5 8」、「K 5 6 0」、「K 5 6 0－2」、「K 5 6 8」、「K 5 7 0」、「K 5 7 1」から「K 5 7 4」まで、「K 5 7 6」、「K 5 7 7」、「K 5 7 9」から「K 5 8 0」まで、「K 5 8 2」

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」、~~「K667-3」~~、「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」、「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線治療とは、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 3-7「救命救急センター」又は第 4-8「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 7」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~~勤務医~~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、~~病院勤務医~~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 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、~~後述の「病院勤務医医療従事者~~の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する際、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 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、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（客観的な手法を用いることが望ましい。）。~~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。特に、当直翌日の勤務については、医療安全上の観点から、休日とする、業務内容の調整を行う等の配慮を行うこと。また、予定手術の術者については、その手術の前日に当直や夜勤を行わないなどの配慮を行うこと。

~~エウ イに規定する委員会等においての計画は、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病院勤務医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策定し、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) —イの当該計画には次に掲げる項目のうち以下の少なくとも 2 項目以上を含む含んでい~~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病院勤務医の事務作業の負担軽減

(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

(ホ) 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。

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
(~~静脈採血の検査部における実施~~ ○年○月より実施予定、~~病棟における点滴ライン確保を基本的に看護師で行うこと、等~~)

(ロ) ~~当該計画には以下の項目を含むことが望ましいこと。~~

① ~~医師事務作業補助者の配置~~

② ~~短時間正規雇用医師の活用~~

③ ~~地域の他の保険医療機関との連携体制~~

④ ~~交代勤務制の導入(ただし、本規定を準用する、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料注3の加算、小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及び小児入院医療管理料1では必ず本項目を計画に含むこと。)~~

⑤ ~~外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床数が500床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)~~

⑥ ~~予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 等~~

~~オ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画は第三者による評価を受けていることが望ましい。~~

(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においては分煙でも差し支えない。

オ 分煙を行う場合は、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1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による評価測定の結果、A得点が2点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう下記。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歳未満の小児患者及び、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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。また、なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。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あるいは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あるいは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。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、別表2に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表1

<u>B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者</u>
<u>A得点が2点以上の患者</u>

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
総合入院体制加算 3	3 割 2 分	2 割 7 分

- (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 (ⅡにあつてはB項目のみ)

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。~~また、評価者については、所属する医療機関において平成 28 年 9 月 30 日までの間に、平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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検証を行うこと。

- (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。

~~(16) 当該保険医療機関と同一建物内に介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院（以下「介護老人福祉施設等」という。）を設置していないこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に当該施設を設置している場合は、この限りでない。~~

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)(13)~~、~~及びから~~ (15)(16) 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) 当該保険医療機関の屋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屋内が禁煙であること。
 - イ 屋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においては分煙でも差し支えない。
 - オ 分煙を行う場合は、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、措置を講ずること。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。
- (5) 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 第 4「入院を要する（第 2 次）救急医療体制」、第 3 7「救命救急センター」、第 4 8「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周産期医療の確保について」（平成 29 年 3 月 31 日医政発 03310126 第 3 号）の別紙別添 2「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」周産期医療体制整備指針」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
- (6) 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、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「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症ケア加算1の届出を行っていること。

イ 区分番号「A248」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「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」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。

~~(7) 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。~~

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)のイ及び及び(14)及び(16)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)及び(5)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、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「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症ケア加算1の届出を行っていること。

イ 区分番号「A248」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「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」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) 総合入院体制加算3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、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による測定評価の結果、1の(13)の別表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 1の(13)の別表2のとおりであること。A得点が2点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）の割合が2割7分以上

~~であること。~~ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者~~及び~~、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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、~~平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。~~また、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 あるいは 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 あるいは 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、評価の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。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いる場合は、届出前 3 月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 及び II の基準を満たす患者の割合について、1 の（13）の別表 2 に掲げる基準を満たした上で、II の基準を満たす患者の割合から I の基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。

- （6） 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。

~~（7） 当該保険医療機関と同一建物内に介護福祉施設、介護保健施設又は介護医療院を設置していないこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に当該施設を設置している場合は、この限りでない。4~~

~~総合入院体制加算については、平成 30 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っているを算定する保険医療機関にあってもものにあつては、平成 30 年 9 月 30 日までの間は、平成 30 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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 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。

6.4 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） ~~また、~~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

遇の改善病院勤務医の負担の軽減並びに処遇の改善に資する計画に資する計画の取組状況成果を評価するため、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、平成 30 年 7 月の届出においては平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月以降の届出においては、平成 30 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。

(5-3) 2 の (4) の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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。

(4) 平成 28 年 1 月 1 日において現に総合入院体制加算 1 又は 2 に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 29 年 3 月 31 日までの間に限り、それぞれ改正後の総合入院体制加算 1 又は 3 の基準を満たしているものとみなす。

~~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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たしているものとみなすものであること。~~

~~6 総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準について、平成 30 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、平成 30 年 9 月 30 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たしているものとみなすものであること。~~

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、医療法に定める基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力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付属する病院（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付属する病院（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付属する病院（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 若しくは又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~~7~~年 5~~10~~月 26~~27~~日 障健医発第 05260011321~~号~~）厚生省保健医療局長通知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。

また、救急医療管理加算2を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添7の様式14の3により毎年7月に地方厚生（支）局長に報告すること。

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) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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

- （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。

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~~²⁵ 年 ~~5~~¹⁰ 月 ~~10~~¹⁰ 厚生労働省 ~~早~~^政社発 ~~1010~~^{第 1} 号）（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ドライン」（平成 ~~29~~²⁰¹⁶ 年 ~~4~~¹² 月 ~~14~~²⁴ 日（個人情報保護委員会、厚生労働省医政発第 1224001 号等））「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ドライン」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

こと。

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) 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、次の体制をが整備されていること。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、病院勤務医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、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（客観的な手法を用いることが望ましい）。
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、「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。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。

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、院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

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 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。

当該体制については、第 1 の 1 の (7) と同様であること。

(2) 院内計画に基づき、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及び診療録の代行入力に限っては、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病院勤務医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） 院内に次の診療体制がとられ、院内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、院内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ドライン」（平成 18 年 4 月 21 日医政発第 0421005 号）等に準拠した体制であり、当該体制について、院内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、院内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及び診療録の代行入力に限っては、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」周産期医療の確保について」の別添 2「周産期医療体制整備指針」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災害拠点病院整備事業の実施について」
(平成 ~~24~~~~8~~ 年 ~~3~~~~5~~ 月 ~~21~~~~10~~ 日 医政健政発第 0321 第 2435 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 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又は通院する患者、介護老人保健施設若しくは介護医療院に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。）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 その他、「ア」から「ケ」までに準ずるような重篤な状態

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 医師事務作業補助体制加算の病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 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。

5-4 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 2~~13 の 4、様式 18 及び様式 18 の 2 を用いること。

(2) また、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に資する計画の取組状況を評価等するため、別添7の様式 ~~13の2~~ 13の4により届け出ること。なお、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月以降の届出においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。

(3) 当該加算の変更の届出に当たり、病院勤務医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。

~~5 医師事務作業補助体制加算の病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たしているものとみなすものであること。~~

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」-「周産期医療の確保について」の別添2「周産期医療体制整備指針」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一般病棟入院基本料

イ、特定機能病院入院基本料（一般病棟）又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。

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による測定評価の結果、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。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点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）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歳未満の小児患者及び、短期滞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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度

診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、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あるいは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あるいは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。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準をそれぞれ満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表

<u>A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者</u>
<u>B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者</u>
<u>A得点が3点以上の患者</u>
<u>C得点が1点以上の患者</u>

- (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 (ⅡにあつてはB項目のみ) 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、第1の1の(14)と同様であること。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。また、評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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検証を行うこと。

- (6) 急性期看護補助体制加算を算定する保険医療機関については、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修を開催する必要がある。また、当該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、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。

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~~

- (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、~~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。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の（5）の例による。

~~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~~

- (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) 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制をとって、次の体制が整備されてしていること。当該体制については、別添2の第2の12の（3）の例による。
なお、総合入院体制加算や医師事務作業補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制又は病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該体制と合わせて整備して差し支えない病院勤務医に関する体制については、第1の1の（7）と同様とし、看護職員に関する体制については、これに準じること。

~~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、当該病院に菌ムル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「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、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。~~

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、ア及びウからカまでのうち、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。

オ 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。

カ 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いること。

- (3) (2)のアからウまでについては、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)のオについては、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)のカについては、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。

- 10 急性期看護補助体制加算について~~は~~、平成~~3028~~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を算定する

保険医療機関もの(10 対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあつては、平成~~3028~~年9月30日までの間は、平成~~3028~~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 急性期看護補助体制加算の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、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、平成30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。

1244 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10の3、様式13の2、様式13の3及び様式18の3~~を用いること。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つて、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) ~~また、~~毎年7月において、前年度における病院勤務医及び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成果を評価するため、別添7の~~様式13の2及び~~様式13の3を届け出ること。なお、急性期看護補助体制加算の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、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。

- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制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こと。

~~—12—急性期看護補助体制加算の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、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たしているものとみなすものであること。~~

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」「周産期医療の確保について」の別添2「周産期医療体制整備指針」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 一般病棟入院基本料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）又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は又は10対1入院基本料を算定する病棟であること。

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による測定評価の結果、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。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点以上の患者又はC得点が1点以上の患者をいう。）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歳未満の小児患者及び、短期滞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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、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あるいは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あるいは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。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上

で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。

別表

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
B 項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A 得点が 1 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 (Ⅱにあつては B 項目のみ)

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、第 1 の 1 の (14) と同様であること。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。また、評価者については、所属する医療機関において平成 28 年 9 月 30 日までの間に、平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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検証を行うこと。

(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) 病院勤務医及び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 されていること。病院勤務医に関する体制については、第 1 の 1 の (7) と同様とし、看護職員に関する体制については、これに準じること。当該体制については、別添 2 の第 2-4 の 12 の 3 の 1 の (3-9) の例によと同様である。

(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、ア及びウからキまでのうち、4 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。

オ 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。

カ 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。

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いること。

(9) (8) のアからエまで、カ及びキの留意点については、第 4 の 3 の 9 の (3) と同様であること。

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) まで及び (7) から (9) 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、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、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、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。

5-4 看護職員夜間配置加算については、平成 2830 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 (10 対 1 入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。) にあつて算定するものにあつては、平成 2830 年 9 月 30 日までの間は、平成 2830 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 看護職員夜間配置加算の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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 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。

7-5 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 10 の 3、様式 13 の 2、~~様式 13 の 3 及び様式 18 の 3 を用いること。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。

~~また、~~

(2) 毎年 7 月において、前年度における~~病院勤務医及び~~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成果を評価するため、別添 7 の~~様式 13 の 2 及び~~様式 13 の 3 を届出ること。なお、看護職員夜間配置補助加算の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、平成 30 年 7 月の届出において、平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては、平成 30 年度改定後の基準で届け出ること。

(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 の届出を略すことができること。

~~6 看護職員夜間配置加算の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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たしているものであること。~~

第 4 の 5 乳幼児加算・幼児加算

1 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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 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。) の配置図及び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

- 1 超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) 入院診療加算に関する保険医療機関の基準
保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。
- 2 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。

3 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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 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。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~~一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料~~の病棟においては、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・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による測定評価の結果、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。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点以上の患者又はC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歳未満の小児患者及び、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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、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あるいは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あるいは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。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I及びIIの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、IIの基準を満たす患者の割合からIの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者

B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1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 (ⅡにあつてはB項目のみ) 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、第1の1の(14)と同様であること。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。また、評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成28年10月1日以降も当該加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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検証を行うこと。

- (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 をが整備し ~~され~~ ていること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による ~~1の1の(7)に準~~ じること。

- (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。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。

- (6-5) 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。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の(5)の例による。

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(7) 看護補助加算1について、平成30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(13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあっては、平成30年9月30日までの間は、平

成 30 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。）の一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料の 13 対 1 入院基本料を算定する病棟であること。

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、ア及びウからキまでのうち、4 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。

オ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者 のが、看護補助業務の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講しており、かつ、看護補助業務のうち 5 割以上が療養生活上の世話であること。

カ 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。

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いること。

(3) (2) のアからエまで、カ及びキの留意点については、第 4 の 3 の 9 の (3) と同様であること。

~~(4) (2) のオにおける院内研修は、第 4 の 3 の 1 の (6) に規定する内容を含むこと。~~

4 看護補助加算の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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 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。

5-4 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、~~及び~~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、~~様式10の3~~も用いること。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) ~~また、~~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計画の成果を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、看護補助加算の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、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準でも差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (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こと。

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、本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配置図及び平面図（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一般病棟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、一般病棟における平均入院患者数の 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配置図及び平面図（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 10 の 2 小児療養環境特別加算

1 小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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 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、当該病棟の配置図及び平面図（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、当該病棟の配置図及び平面図（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、当該診療所の配置図及び平面図（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、当該診療所の配置図及び平面図（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配置図及び平面図（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配置図及び平面図（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 専従 のチーム（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。なお、ア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

—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。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 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、悪性腫瘍患者に係る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)のアに掲げる医師は、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者であること。

- (4) (1)のイに掲げる医師は、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。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、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 ~~「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」~~（平成20年4月1日付は健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）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

- (6) (1)のウに掲げる看護師は、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 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（~~6月以上かつ~~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)のア及びイ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保険医、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悪性腫瘍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 3 年以上栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る 3 年以上の従事した経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。なお、当該管理栄養士については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。
- ~~(13)(2)~~ 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 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 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 ~~24~~26 年 ~~9~~2 月 ~~7~~5 日健発 ~~09070205~~第 ~~2~~4 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

- (1) 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。
- (2) 1 の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1 の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（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。

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と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。
- (3) (1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍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は以下のいずれか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を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

(医師の研修)

- ア 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

(看護師の研修)

- ア 国及び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
- (5) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
 - (6) 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
- (1) 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。
 - (2) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
 - (3) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の勤務の態様（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。

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配置図及び平面図（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 精神科病棟入院時医学管理加算

1 精神科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科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10月26日 障日健発第05260014321号 厚生省保健医療局長通知に従い）
を実施されたい。

2 届出に関する事項

精神科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「A103」精神科病棟入院基本料（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「A104」特定機能病院入院基本料（15対1精神科病棟入院基本料に限る。）、区分番号「A312」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「A 3 1 4」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。（ただし、平成 29 年 4 月 1 日以降は、精神科等の経験は入院患者の看護の経験 1 年以上を含むことものに限る。）

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臨床心理技術者のうち、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臨床心理技術者のうち、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 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（6 月以上かつ 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) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。~~

- ~~(6-5)~~ 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3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。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

- (1) 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13の2及び~~様式32を用いること。
- (2) 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様（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。

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24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臨床心理技術者がそれぞれ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臨床心理技術者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・公認心理師臨床心理技術者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・公認心理師臨床心理技術者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 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。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臨床心理技術者がそれぞれ 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 24 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 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。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

(1)(1) 「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の指定を受けていること。なお、がん診療連携拠点病院については、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) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。

2 がん拠点病院加算の 1 のロに関する施設基準

(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けて

いること。

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

3 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

- (1) 「小児がん拠点病院の整備について」（平成~~24~~~~26~~年~~9~~~~2~~月~~7~~~~5~~日健発~~09070205~~第~~2~~~~4~~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。
- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる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」（平成29年12月25日健発1225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の指定を受けていること。

4.5 届出に関する事項

がん拠点病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人は専任であること。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。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師

エ 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

(3) (1)のイ、ウ及びエ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。

~~(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。~~

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 ~~及び様式13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。

~~また、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成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。~~

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) 国及び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 時間以上又は5日程度のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・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、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。

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 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、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として、

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

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員医療従事者への周知（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) 当該対策改善策等に関する遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における実際の医療安全対策の実施状況に関する取組

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 <http://www.〇〇〇.html> (P) 」を参考にされたいすること。

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当該加算 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 医療安全管理部門の活動状況として、

(イ) 医療安全に係る状況の把握・分析、改善策の策定

(ロ) 医療従事者への周知、研修の実施

(ハ) 改善策等に関しての遵守状況の把握

イ 医療機関内の各部門における実際の医療安全に関する取組

具体的な評価方法及び評価項目については、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(P)」を参考にすること。

5.3 届出に関する事項 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「A 2 3 4」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。

(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 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（~~6月以上かつ~~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、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。

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、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に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

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 感染制御チームの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。

(11-8) (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。

(12-9) 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。

(13-10) (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。

(14-11) 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。

(15-12) 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。

(16-13) 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、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、ビデオ通話を用いて参加することができる。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に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

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。

(10-8) 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。

(11-9) (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。

(12-10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示してい

ること。

(1344) 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。

(1442) 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) 感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である。

(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つては、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。

(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 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 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回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。

カ 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。

キ 1の(11)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、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。

5.4 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。

~~なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

(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。

~~なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

(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。

(4) (1)～(3)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。

~~なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

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「A234」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 国及び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時間以上通算して6か月程度の研修

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保険医、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保険医、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保険医と連携して、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。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 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。
- (2) 1の(5)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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24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

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) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。~~
- ~~(5-4)~~ 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。
- ~~(6-5)~~ 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 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13の2及び~~別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- ~~(3) 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成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。~~
- ~~(4-3)~~ 1の~~(6-5)~~の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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24 削除

第24の2 削除

第24の3 削除

第24の4 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「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A312」精神療養病棟入院料又は区分番号「A314」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 総合評価加算

1 総合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又は歯科医師が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時間以上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。

2 届出に関する事項

総合評価加算の施設基準に係る届出に関しては別に別添7の様式40を用いること。

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 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（~~6月以上かつ~~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）

(ヘ) 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) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。~~

- ~~(6-5)~~ 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。

- ~~(7-6)~~ 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

- (1) 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及び様式13の2を用いること。

~~また、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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。~~

- (2) 1の(6-7)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、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 8570%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては 8060%以上 8570

%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては 7050%以上 860%未満、後発医薬品使用体制加算4にあつては60%以上70%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、エネーゴ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

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・破倫除去ミルク配合散「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。

~~(6) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。~~

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。なお、

当該加算の届出については実績を要しない。

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人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。
- (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「A106」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「A106」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、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (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) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様であること。~~

(4211) 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。

(4312) 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。
~~。また、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成果を評価するため、別添7の様式13の2により届け出ること。~~
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 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。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

第 26 の 4 データ提出加算

1 データ提出加算 1 及び 2 の施設基準

- (1) 区分番号「A 2 0 7」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「A 2 0 7」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届出のみを行う保険医療機関

- (2) ~~標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め、~~厚生労働省が毎年実施する「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「D P C 調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険医療課及び D P C 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) D P C 調査に適切に参加し、~~D P C データの作成対象病棟（第 1 節の入院基本料（区分番号「A 1 0 8」有床診療所入院基本料及び区分番号「A 1 0 9」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）~~、第 3 節の特定入院料及び第 4 節の短期滞在手術等基本料（区分番号「A 4 0 0」の短期滞在手術等基本料 1 を除く。）に係る病棟）に入院する全ての患者について、D P C 調査に準拠した~~D P C フォーマットデータ（以下「D P C データ」という。）~~を提出すること。なお、データ提出加算 1 にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算 2 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) ~~D P C~~ データの提出を希望する保険医療機関（D P C 対象病院又は D P C 準備病院である病院を除く）は、平成 ~~30~~²⁸ 年 5 月 ~~21~~²⁰ 日、8 月 20 日、11 月 20 日、平成 ~~31~~²⁹ 年 2 月 20 日、~~—~~ 5 月 20 日、8 月 20 日、11 月 20 日又は平成 32 年 2 月 20 日又は 8 月 20 日までに別添 7 の様式 40 の 5 について、を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長 へに届出すること。~~（平成 29 年 8 月 20 日後の届出は別途、厚生労働省保険局医療~~

課より通知する。）。。

- (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、平成 3028 年7月に届出を行った場合は、平成 3028 年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは平成 3028 年9月及び10月の2月となる。)(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通知(以下「データ提出事務連絡通知」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場合であること。

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)(以下、この項において、「医科の全ての診療報酬明細書」という。)の未コード化傷病名の割合が全ての月で1割未満であること。

- (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) 未コード化傷病名の割合が1割未満とは、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1割未満

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1割未満

ウ 医科の全ての診療報酬明細書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1割未満

(5) (4)については、(4)のア及びウの基準を満たしていれば、平成 31 年 3 月分のデータまでの期間に限り、当該基準を満たしているものと見なす。

4-3 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。とし、原則と

してデータ提出通知の写しを併せて届け出ること。

(2) データ提出加算については、病院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、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 を届け出ること。なお、データ提出加算 1 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 の届出を行うことは可能である。が、ただし、この場合、平成 24 年 3 月 31 日時点で D P C 対象病院又は D P C 準備病院であつた病院を除き、データ提出通知の写しを併せて届け出ること。また、データ提出加算 2 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 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。

なお、遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータが D P C 調査事務局宛てに発送されていない場合（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の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべきものと異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が送付された場合を含む。）をいう。

(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 を用い、その理由等を届出すること。なお、当該届出内容は必要に応じて中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。

(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とする。

(6) データ提出加算 1 のロ又は 2 のロの規定については、平成 30 年 3 月 31 日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができるとされているため、その間において、変更の届出は不要であるが、平成 31 年 4 月 1 日以降も、引き続き、許可病床数が 200 床以上である場合には、変更の届出が必要である。

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。）

- (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、~~又は~~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「連携保険医療機関等」という。）~~（特別の関係にあるものを除く。）~~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連携保険医療機関等の職員が年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、目的及び連携機関連携保険医療機関等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、やむを得ない事情により対面で面会することができない場合は、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。

- ~~(6-5)~~ 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を乗じた数の合計を上回ること。

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。

また、平成29年度の介護支援等連携指導料の算定回数については、「介護支援等連携指導料」を「介護支援連携指導料」と読み替えること。

- (7-6) 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する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並びに専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は専任の社会福祉士は、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。

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、連携機関連携保険医療機関等と共有されていること。
- (2) 連携機関連携保険医療機関等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1又は退院支援加算3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。ただし、許可病床数が200床未満の病院にあつては、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。

7-6 届出に関する事項

- (1) 入退院支援加算及び入院時支援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。

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、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

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5年以上有する医師、神経内科の経験を5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24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5年以上有する医師、神経内科の経験を5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。については、当該医師の実労働時間を常勤換算することができる

- (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。（~~6か月以上かつ~~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、保険医療機関内に配布し活用すること。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に実施すること。

(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）。

(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。

~~(8) 病院勤務医及び看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、第1の1の(7)と同様とし、看護職員に関する体制については、これに準じること。~~

2 認知症ケア加算2の施設基準

(1) 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複数名配置すること。

(2) (1)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 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

~~(3-3)~~ 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、保険医療機関内に配布し活用すること。

~~(4-4)~~ (1)の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。

3 届出に関する事項

~~(1-2)~~ ~~2の(1)の研修を受けた看護師の配置については、平成29年3月31日までの間は、1名の配置で複数名の配置とみなす。~~

~~(1-2)~~ 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、~~様式13の2及び13の3~~を用いること。

~~(2-3)~~ 認知症ケア加算2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~~2-4~~「入院を要する（第二-2次）救急医療体制」、第~~3-7~~「救命救急センター」、第~~4-8~~「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」~~「周産期医療の確保について」の別添2「周産期医療体制整備指針」~~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 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (1) 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) 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。
 - ア 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 6 の 2 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。
 - イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が、~~当~~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。
 - ウ 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。
 - (イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第 ~~2-4~~「入院を要する（第二~~2~~次）救急医療体制」、第 ~~3-7~~「救命救急センター」、第 ~~4-8~~「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」~~「周産期医療の確保について」の別添 2「周産期医療体制整備指針」~~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
 - (ロ) (イ)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
 - エ 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。
 - オ 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。
 - カ 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）診療していること。
- (3) 区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料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。
 - ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び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。）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、在宅自宅等へ移行すること。「在宅自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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倒した場合、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。

イ 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。

2 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―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
	愛知県大 阪府	刈谷市、豊田市 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。

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
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
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
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
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

~~備考—平成 28 年 3 月 31 日において A218 地域加算の対象地域であったが、同年 4 月 1 日以降人事院規則九—四九第 2 条に規定する地域及び人事院規則で定める地域に準じる地域のいずれにも該当しない地域（神奈川県山北町、大井町、岐阜県海津市、愛知県稲沢市、奈良県安堵町、河合町、福岡県篠栗町）については、平成 30 年 3 月 31 日までの間に限り、7 級地とみなす。~~

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
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	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
	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
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
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
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
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
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
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）
	北信	中野市、飯山市、下高井郡（山ノ内町、木島平村、野沢温泉村）、下水内郡（栄村）
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
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	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）
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、檮原町、津野町、四万十町
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
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
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 6-3、地域包括ケア病棟入院料 1、2、3 及び 4-2（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、~~一及び~~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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。なお、平成 30 年 3 月 31 日において、現に救命救急入院料 1 の届出を行っている保険医療機関については、平成 30 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。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。また、評価者については、所属する保険医療機関において平成 30 年 9 月 30 日までの間に、院内研修を受講すること。

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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。

(3) 平成 30 年 3 月 31 日において、現に救命救急入院料 3 の届出を行っている保険医療機関については、平成 30 年 9 月 30 日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。

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021第1号平成21年3月31日医政指発第0331001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AS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。病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(7)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。

~~6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準~~

~~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。~~

~~6-7~~ 救命救急入院料の「注4-5」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8-4に規定する高度救命

救急センターであること。

~~7-8~~ 救命救急入院料の「注6-7」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。

~~8-9~~ 届出に関する事項

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。

~~また、「注3」に掲げる加算の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。~~

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。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であること。

~~(2-3)~~ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。

~~(2-4)~~ 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。

~~(4-5)~~ 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

~~(5-6)~~ 新生児用の特定集中治療室にあつては、~~(4-5)~~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

~~(6-7)~~ 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。

~~(7-8)~~ 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。

~~(8-9)~~ 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。

~~(9-10)~~ 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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前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ても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬

~~改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。~~

- (4011) 「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。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。~~また、評価者については、所属する医療機関において平成 28 年 9 月 30 日までの間に、平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~

ア 国及び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) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

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(45)から(98)まで及び(110)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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。~~なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前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ても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。~~

- (5) 「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。なお、院内研修は、第 2 の 1 の(11)と同様である。

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 1の(2)及び6の(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を修了した専任の常勤看護師」の規定については、平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。また、平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該基準を満たしているものとする。

~~6 1から4までに掲げる「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」の規定については、平成28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、平成28年9月30日まで当該規定を満たしているものとする。~~

~~8-7~~ 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。

9-8 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。

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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

- (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。なお、院内研修は、第 2 の 1 の (11) と同様である。~~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。また、評価者については、所属する医療機関において平成 28 年 9 月 30 日までの間に、平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~

~~ア 国及び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）重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法~~

~~（ロ）重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法~~

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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前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測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。

- (2) 「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。なお、院内研修は、第 2 の 1 の (11) と同様である。

- ~~(3-2)~~ 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

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。

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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。なお、平成30年3月31日において、現に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保険医療機関については、平成30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する。
- (10) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」の記入は、院内研修を受けたものを行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の(11)と同様である。評価者については、所属する保険医療機関において平成30年9月30日までの間に院内研修を受講すること。

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。

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。

~~(9) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(7)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。~~

- 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

~~(1)~~ 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) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。~~

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、~~一~~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)~~「周産期医療の確保について」~~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。

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。

~~ケ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添 3 の第 1 の 1 の(7)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。~~

(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)~~「周産期医療の確保について」~~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。

~~エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添 3 の第 1 の 1 の(7)と同様である。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。~~

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

~~(1) 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。~~

~~(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に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。なお、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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。~~

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24時間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 8、様式 9 及び様式 4 6 を用いること。

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。また、当該病棟の配置図及び平面図 (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 24 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。少なくとも所定労働時間が週 24 時間程度の勤務を行っている複数の小児科又は小児外科の医師を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と同じ時間医師を配置する場合には、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなす。ただし、小児入院医療管理料 1 を算定する病棟において、小児科の常勤の医師が配置されているものとみなすことができるのは、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、以下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「A301」特定集中治療室管理料、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又は区分番号「A303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

~~エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(7)と同様であること。ただし、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画に交代勤務制の導入に向けての計画を含むこと。~~

- (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、以下次に掲げる要件を全て満たしていること。

~~ア 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。~~

~~イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。当該体制については、別添3の第1の1の(7)と同様であること。~~

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48から様式48の3までを用いること。

~~小児入院医療管理料1又は2の施設基準のうち病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る届出は、別添7の様式13の2を用いること。また、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成果を評価するため、別添7の様式13の2を届け出ること。~~

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) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価及び継続的な医学的処置の必要性については、別添6の別紙21 ~~及び別添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におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)(以下この項目において「看護必要度評価票A項目」という。)~~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(平成30年厚生労働省告示第●号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。~~ただし、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、当該日常生活機能評価票及び看護必要度評価票A項目の記入は、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。さらに、評価者については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診~~

~~療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要であるが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。~~

ア 日常生活機能評価を測定する場合

~~(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1 日程度）~~

~~イ (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること~~

~~(イ) ① 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) ② 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法~~

~~イ 看護必要度評価票 A 項目を測定する場合~~

~~(イ) 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1 日程度）~~

~~(ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること~~

~~① 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法~~

~~② 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法~~

(7) 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」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第●号）別添 1 の A 3 0 8 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。）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及び死亡退院した患者を除く。）
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~~別途~~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」（平成30年3月●日保医発0305第●号）別添1第1章第2部第3節A308（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。）

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24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1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月に算定したリハビリテーション実績指数が37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、毎月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。

- (2-4) 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。）

- ~~(3) 当該入院料を算定するものとして届け出ている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の看護必要度評価票A項目を用いて測定し、その結果、当該病床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による測定の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が0.5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。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成28年10月1日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。~~

~~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を除く。）のうちの当該基準を満たす患者数~~

~~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。）~~

(5-4) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であつて、入院時の判定で重症であつたもの(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点以上改善していること。

(6-5) 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。

(7-6) 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。

(8-7) 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病棟では、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算定したリハビリテーション実績指数が37以上であること。

~~(8) 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看護必要度A項目の得点について、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。~~

(10) データ提出加算の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、平成30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に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日(許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31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ものであること。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料~~2及び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24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。

(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月に算定したリハビリテーション実績指数が37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A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、A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A及びイについては、毎月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、A及びイのいずれも満たす場合からA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A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。

~~(2-4)~~ 回復期リハビリテーション病棟入院料~~2、3又は4~~を算定しようとする病棟では、以下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又は5を算定しようとする病棟では、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算定したリハビリテーション実績指数が30以上であること。

(6) データ提出加算の届出を行っている保険医療機関（回復期リハビリテーション料5及び6にあつては、許可病床数が200床以上のものに限る。）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、平成30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に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31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~~2又は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~~ リハビリテーション充実加算の施設基準

- ~~(1) 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日当たりのリハビリテーション提供単位数は平均6単位以上であること。計算式は第11の1の(8)に示した式を用いること。~~
- ~~(2) 以下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」（平成28年3月4日保医発0304第3号）別添1第1章第2部第3節A308(12)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。）~~

~~6-5~~ 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、以下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、下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。

7.6 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。

8.7 届出に関する事項

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8、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。

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~~1~~及び地域包括ケア入院医療管理料~~1~~の施設基準

~~（1）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）~~ (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っては、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。ただし、看護職員の配置については、同一の入院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) 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割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.8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（平成30年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者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（Ⅱにあっては、B項目のみ）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。なお、院内研修については第2の1の(11)と同様である。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰあるいは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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。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。

- (3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が1名以上配置されていること。

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24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) 心臓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。~~

- ~~(5) (4)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。~~

~~(4) 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。~~

~~(5) 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。~~

~~(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。~~

~~(6) 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。~~

~~(7.8) 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。~~

~~(8.9) 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。~~

~~(9) 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 による測定の結果、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 1 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、当該看護必要度評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、~~

~~院内研修については、第11の1の(6)と同様である。~~

(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) 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、イ及びウ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（療養病棟入院基本料1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、有床診療所入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者~~

~~イ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)、ユニット型介護保健施設サービス費（I）の(ii)若しくは(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものを除く。）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（療養病棟入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病棟を除く。）への転棟患者~~

~~(12) 当該病棟又は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、当該病棟又は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。）~~

~~(13) 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。~~

~~(14) 地域包括ケア入院医療管理料1については、許可病床200床未満の保険医療機関に限る。~~

2 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2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6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては240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。なお、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3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20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100回以上、又は同一敷地内の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500回以上であること。

ウ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で10回以上であること。

エ 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法第4項に規定する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当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。

(9) 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、看取りに対する指針を定めていること。

(10) 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。

~~1の施設基準のうち、(6)並びに(11)及び(12)に規定する割合を除く、全ての基準を満たしていること。なお、地域包括ケア入院医療管理料2については、許可病床数200床未満の保険医療機関に限る。~~

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3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。なお、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3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)、(8)及び(9)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。

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(9)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)、(8)及び(9)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。

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。

3-10 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が整備しされていること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の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、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。第1の1の(7)に準じること。

4-11 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が整備しされていること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。第1の1の(7)に準じること。なお、当該加算の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、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

(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。ただし、院内研修を受講していない場合にあつては、平成31年3月31日までに受講予定であれば差し支えないものとする。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の12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12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。なお、看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院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) 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（平成 30 年厚生労働省告示●号）の別表第二の二十三に該当する患者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 12 の（3）の例による。なお、当該加算の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、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

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。

5-14 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、~~9 の 3、10、~~20、50 から 50 の 3 までを用いること。また、1 の~~(7、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。

~~また、「注 3」、及び「注 4」及び「注 7」に規定する看護職員配置加算、及び看護補助者配置加算及び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 8、様式 9、様式 13 の 3 及び様式 18 の 3を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者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 月において当該様式を届け出ること。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ことができ、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。

また、急性期一般入院料 1 又は 7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は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（14）及び（2）又は 3 の及び（14）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。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)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 若しくは又は 2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、許可病床数が500床以上の保険医療機関 若しくは又は (4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関 又は平成30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って、許可病床数が400床以上の保険医療機関 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6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては240床) 未満の保険医療機関であって、地域包括ケア入院医療管理料1 又は、2、3又は4の届出を行う場合
- (3) 許可病床数が 500400床以上の病院であって、地域包括ケア病棟入院料1 又は、2、3又は4の届出を行う場合
- (4) 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又は区分番号「A301-4」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って、地域包括ケア病棟入院料1 又は、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。
 - 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
 - ア 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 43 条の 3 に規定する肢体不自由児施設
- (ロ) 児童福祉法第 43 条の 4 に規定する重症心身障害児施設
- (ハ) 児童福祉法第 7 条第 6 項に規定する国立高度専門医療研究センター
- (ニ) 児童福祉法第 7 条第 6 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。また、当該病棟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。

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 以下次 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、~~医師、看護師等により当該病棟の患者の入退棟の判定が行われ~~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) がん診療の拠点となる病院は、別添 3 の第 14 の (12) 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。

(12) 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。

(13) 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。

イ 当該病棟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

ウ 直近1年間に於いて、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

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(11)までを満たしていること。

2.3 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。また、当該病棟の配置図及び平面図（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) 当該病院には、精神保健指定医が5名以上常勤していること。
- (3) 当該病院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。ただし、CT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。

~~(11) 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万対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。~~

- ~~(1211)~~ 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。
- ~~(1312)~~ 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、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が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、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

~~(14) 精神科救急入院料1の施設基準~~

- ~~(1) 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万対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万対 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、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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、在宅自宅等へ移行すること。「自宅等在宅へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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退院した場合及び介護老人保健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。） なお、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 精神科救急入院料2に関する施設基準等

(1) 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万対 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万対 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、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(15) 精神科救急入院料2の施設基準

(2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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、在宅自宅等へ移行すること。「自宅等在宅へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、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。

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、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) 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、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、ア及びウからカまでのうち、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。

オ 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。

カ 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 12 の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 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、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

2-5 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 8、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。また、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。「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 8、様式 9 様式、13 の 3 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。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。

（2）平成30年3月31日において現に精神科救急入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、それぞれ平成30年度改定後の精神科救急入院料1又は2の基準を満たしているものとみなす。

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

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。

イ 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。

ウ 当該病院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。

エ 当該各病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は公認心理師臨床心理技術者が常勤している。

オ 当該病院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、当該病院の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該病院の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下である。

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。

ク 当該病棟に隔離室がある。

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。

コ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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、在宅自宅等へ移行すること。「在宅自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでの「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に入所した場合を除いたものをいう。また、~~なお~~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 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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。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。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
 - (ロ) 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。
- (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。
- (11) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法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、自宅等在宅へ移行すること。「自宅等在宅へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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に入所した場合を除いたものをいう。また、~~なお~~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を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万対 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。ただし、同一の入院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) 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、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、ア及びウからカまでのうち、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。

オ 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。

カ 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12の(3)の例による。なお、当該加算の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、平成30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、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

2-3 届出に関する事項

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、~~また、~~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。「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8、様式9、様式13の3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。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。

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~~臨床心理技術者~~公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 病院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3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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 及び様式 57 を用いること。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 以上である場合~~（平成 30 年 3 月 31 日までは、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 30 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。

(6) 当該病院には、精神保健福祉士又は~~臨床心理技術者~~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、以下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) 当該病院に、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3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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以下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、他の医療機関救命救急センター、一般医療機関、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）等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、他の医療機関救命救急センター、一般医療機関、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。

(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、社会福祉士又は臨床心理技術者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3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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、自宅等在宅へ移行すること。「自宅等在宅へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設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に入所した場合を除いたものをいう。
また、なお、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。また、当該病棟の配置図及び平面図（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) 医療法第70条に規定する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臨床心理技術者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つては、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、社会福祉士又は臨床心理技術者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3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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。またとし、当該病棟の配置図及び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、「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、認知症夜間対応加算の届出については、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、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、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、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数は、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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票I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、第2の1の(11)と同様である。

(4-5) 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数は、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 24 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 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おいて、専任の在宅復帰支援を担当する者が 1 名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号 A 2 4 6 に掲げる入退院支援加算に規定する退院支援職員を兼ねることができる。
- 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。
- 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 による評価測定の結果、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 割以上又は重症度、医療・看護必要度

Ⅱで 0.8 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、及び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（平成 30 年厚生労働省告示第●号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。なお、平成 28 年 9 月 30 日までの間は、平成 28 年度診療報酬改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定しても差し支えないが、平成 28 年 10 月 1 日以降も当該入院料の届出を行う場合には、少なくとも平成 28 年 9 月 1 日より平成 28 年度診療報酬改定後の評価票で測定する必要があることに留意すること。また、当該看護必要度一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ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。なお、院内研修については、第 141 の 1 の(7-6)と同様である。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰあるいは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。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前 3 月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について当該入院料の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。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。

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「A 2 0 6」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（療養病棟入院基本料 1（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）、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。在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（在宅復帰機能強化加算を算定するものに限る。）を算定する病床病棟及び病室を除く。）に転院した患者
- ② 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加

~~算の届出を行っているものを除く。）~~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3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。なお、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3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20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100回以上、又は同一敷地内の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500回以上であること。

③ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で10回以上であること。

④ 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を提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。

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、看取りに対する指針を定めていること。

テ 許可病床240床未満の保険医療機関であること。

~~(5-6)~~ 特定一般病棟入院料（地域包括ケア2）の施設基準等

~~(4.5)のホ並びにコ及びサに規定する割合を除く、全て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。

(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。

(3-2) 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。

(4-3) 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 7 の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。

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っては看護要員、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臨床心理技術者公認心理師が配置されていること。
- (8) 当該病棟に 2 名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は 3 名以上）の専従の常勤精神保健福祉士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 を超える場合であって、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、2 名の専従の常勤精神保健福祉士と、1 名の専従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、社会福祉士又は臨床心理技術者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「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。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、以下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、以下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(a)又は(b)いずれか小さい値を(c)で除して算出される数値が0.9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0.9以上としても差し支えないこと。

(a)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

(b)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

(c)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1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設、特別養護老人ホーム又は介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）、ユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）の（ii）若しくは（iv）又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているもの）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退院した場合及び介護老人保健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1.5%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5分の1×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5分の1×当該病棟の算定月数÷12）

- (18) 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。

- (19) 平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、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以下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) 以下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、他の医療機関救命救急センター、~~一般医療機関~~、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）等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、他の医療機関救命救急センター、~~一般医療機関~~、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従の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために2名の専従の常勤精神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、当該届出は平成32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。

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、別添 6 の別紙 22「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、~~一~~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 日現在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、~~別添 6 の別紙 22 を参考として~~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 9 及び~~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、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

平成 年 月 日

[illegible]

醫師氏名 印

患者氏名						性別	男	・	女
患者住所									
電話番号									
生年月日	明・大・昭・平	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

平成 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

平成 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

平成 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)

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。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、患者の状況等及び手術等の医学的状況の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

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況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況に関する評価の記録。

別紙 7

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、 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	なし		あり
				A 得点

B	患者の状況等	0 点	1 点	2 点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15	危険行動	ない		ある
				B 得点

C	手術等の医学的状況	0 点	1 点
16	開頭手術(7 日間)	なし	あり
17	開胸手術(7 日間)	なし	あり

18	開腹手術（４日間）	なし	あり
19	骨の手術（５日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（３日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（２日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（２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
			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、
- ・ 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、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。
 - ・ Cについては、評価日において実施された手術等の合計点数を記載する。

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、 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
				A 得点

B	患者の状況等	0 点	1 点	2 点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15	危険行動	ない		ある
				B 得点

C	手術等の医学的状況	0 点	1 点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり

18	開腹手術（４日間）	なし	あり
19	骨の手術（５日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（３日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（２日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（２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
			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、
- ・ A 及び C については、評価日において、別表●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、「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」に基づき評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

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（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。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。

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項目共通事項並びにC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項目及びC項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。評価においては、後日、第三者が検証を行う際に、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。

項目ごとの記録を残す必要はなく、モニタリング及び処置等（A項目）や患者の状況等（B項目）、手術等の医学的状況（C項目）等について診療録及び看護記録等に記載すること。

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。

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、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。

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。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用は、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、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。
注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。
抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休薬中は含めない。
ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、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、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護職員等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。
内服の管理が発生しており、特別な内服管理を要する患者に対し、看護職員等によるその管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。
看護職員等により、患者に対して、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。
抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬の使用は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。

④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【定義】

麻薬の内服、貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服、貼付、坐剤を使用した場合で、看護職員等による内服、貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。

看護職員による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生しており、特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。

看護職員等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服、貼付、坐剤の使用の確認、及び内服、貼付、坐剤の使用後の副作用の確認をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服、貼付、坐剤の使用の確認、内服、貼付、坐剤の使用後の副作用の観察をしていれば含める。

麻薬を内服した当日、貼付が行われている日、又は坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

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、エックス線表在治療、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

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護職員等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

内服については、看護職員等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

看護職員等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護職員が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤の使用は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。

昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤の使用は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り抗不整脈剤の使用の対象に含める。

抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬、血小板凝固阻害薬、血栓溶解薬等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していたすべての日を評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

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、救命救急病棟、ICU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、翌日まで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. 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。
4. 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。
5. 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。

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。

10 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。

1 1 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。

1 2 食事摂取

項目の定義

食事介助の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

「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に、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。

13 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

「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. 第2章第10部第1節第1款から第11款に掲げる手術を実施した場合、又は、経皮的血管内治療としてt-PA療法を実施した場合であって、各項目の定義に該当する場合について評価する項目である。手術等の実施が当該医療機関内であれば、評価の対象場所を含める。
2. 第2章第3部に掲げる検査又は第9部に掲げる処置に引き続きC項目の定義に該当する手術等を実施した場合は評価の対象となるが、検査又は処置のみを実施した場合には評価の対象とはならないものであること。
3. C項目の評価については、医師又は看護職員の判断により行われるものであること。
4. 同一入院中の同一日に複数の手術等を実施し、該当項目が複数となる場合は、主たる病名に起因する該当項目で評価を行うこと。
5. 同一入院中に複数の手術等を実施し、実施日が異なる場合には、それぞれの手術日から起算して評価が可能であるものであること。ただし、同一疾患に起因した一連の再手術の場合は、初回の手術のみ評価の対象とすること。
6. 手術領域が複数にわたる場合には、主たる領域で評価を行うものであること。
7. 選択肢の判断基準に示された術当日からの期間については、術当日を含む日数であること。

1 6 開頭手術 項目の定義

開頭手術は、開頭により頭蓋内に達する方法により手術が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術日より7日間を超えた場合をいう。

「あり」
当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術日より7日間のことをいう。

判断に際しての留意点

穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含めない。

1 7 開胸手術 項目の定義

開胸手術は、胸壁を切開し胸腔に達する方法（胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む）により手術が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術日より7日間を超えた場合をいう。

「あり」
当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術日より7日間のことをいう。

判断に際しての留意点

胸腔鏡下に行われた手術は含めない。

1 8 開腹手術

項目の定義

開腹手術は、腹壁を切開し腹腔・骨盤腔内の臓器に達する方法（腹膜を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む）により手術が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より5日間を超えた場合をいう。

「あり」

当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より4日間のことをいう。

判断に際しての留意点

腹腔鏡下に行われた手術は含めない。

19 骨の手術

項目の定義

骨の手術は、骨切り若しくは骨の切除・移植を要する手術（指（手、足）の手術は除く）、関節置換・骨頭挿入に係る手術、下肢・骨盤の骨接合に係る手術（指（足）は除く）、脊椎固定に係る手術又は骨悪性腫瘍に係る手術が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より5日間を超えた場合をいう。

「あり」

当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より5日間のことをいう。

20 胸腔鏡・腹腔鏡手術

項目の定義

胸腔鏡・腹腔鏡手術は、胸腔鏡下に胸腔に達する手術（縦隔に達するものも含む）又は腹腔鏡下に腹腔・骨盤腔内の臓器に達する手術（後腹膜腔の臓器に達する場合も含む）が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より3日間を超えた場合をいう。

「あり」

当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より3日間のことをいう。

21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術

項目の定義

全身麻酔・脊椎麻酔の手術は、16 から 20 の定義に該当しないもので、全身麻酔下又は脊椎麻酔下に手術が行われた場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

当該項目の定義に該当する手術が実施されなかった場合及び当該手術当日より2日間を超えた場合をいう。

「あり」

当該項目の定義に該当する手術が実施された場合に、術当日より2日間のことをいう。

2.2 救命等に係る内科的治療

項目の定義

救命等に係る内科的治療は、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のいずれかの緊急性が高くかつ侵襲性の高い内科的治療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」

項目の定義に該当する治療が実施されなかった場合及び当該治療当日より2日間を超えた場合をいう。

「あり」

項目の定義に該当する治療が実施された場合に、当該治療当日より2日間のことをいう。

選択肢の判断

救命等に係る内科的治療に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 経皮的血管内治療

【定義】

経皮的血管内治療は、経皮的な脳血管内治療、t-PA療法、冠動脈カテーテル治療、胸部若しくは腹部のステントグラフト挿入術又は選択的血管塞栓による止血術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

検査のみの場合は含めない。

② 経皮的心筋焼灼術等の治療

【定義】

経皮的心筋焼灼術等の治療は、経皮的心筋焼灼術、体外ペースメーカー術、ペースメーカー移植術又は除細動器移植術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含めない。また、体外ペースメーカー術については、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う項目である。

③ 侵襲的な消化器治療

【定義】

侵襲的な消化器治療は、内視鏡による胆道・膵管に係る治療、内視鏡的早期悪性

腫瘍粘膜下層剥離術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法又は緊急時の内視鏡による消化管止血術が行われた場合に評価する項目である。

【留意点】

検査のみの場合、内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜切除術又は内視鏡的ポリープ切除術を実施した場合は含めない。また、緊急時の内視鏡による消化管止血術は、緊急に内視鏡下で消化管止血を実施した場合に評価を行う項目であり、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行った場合、同一病変について1入院中に再止血を行う場合や、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含めない。

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。

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つて、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つて、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

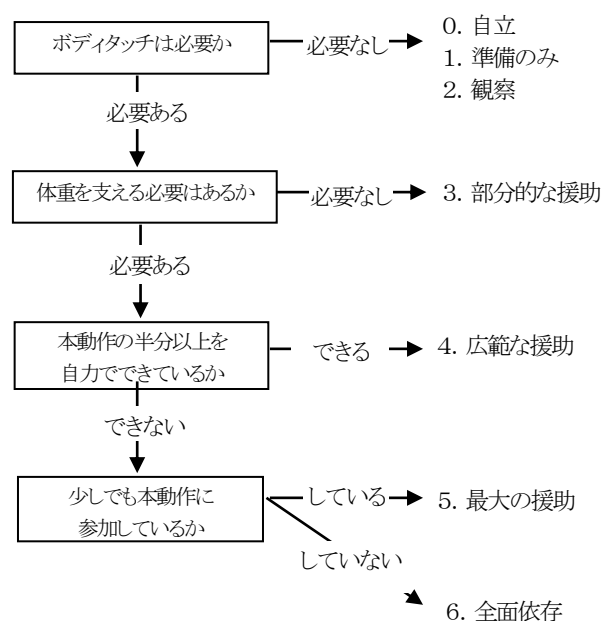
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、医療区分3に該当する状態を除く。すなわち、安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態(肺炎等急性増悪により点滴治療を要した状態(点滴を実施した日から 30 日間までに限る。)及び NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態を除く。)をいう。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

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。

別紙 10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日） 患者氏名（_____）（__才）☐男性 ☐女性
評価日（__年__月__日） 評価日の医療区分（__） 評価日のADL区分（__）
記載者サイン（☐医師 ☐看護師 ☐看護補助者 サイン_____）

（1）褥瘡の状態（部位毎に記載）

- 1 部位（_____） 大きさ（_____） 数（_____） ステージ※（_____）
2 部位（_____） 大きさ（_____） 数（_____） ステージ※（_____）
3 部位（_____） 大きさ（_____） 数（_____） ステージ※（_____）

（2）圧迫（_____）の実施 ☐なし

（3）スキ（_____） ☐なし

（4）栄養治療の実施 ☐あり（具体策：_____） ☐なし

（5）リハビリテーションの実施 ☐あり（_____単位／日） ☐なし

（6）次回評価予定日 （__年__月__日）

* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

（7）褥瘡の状態の変化（当月評価日時点での比較）

☐改善した ☐悪化した ☐どちらともいえない

（8）前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
（_____）

※褥瘡のステージ

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

尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日） 患者氏名（_____）（__才）☐男性 ☐女性
評価日（__年__月__日） 評価日の医療区分（__） 評価日のADL区分（__）
記載者サイン（☐医師 ☐看護師 ☐看護補助者 サイン_____）

（１）診断名

- ☐急性膀胱炎
☐急性腎盂腎炎
☐慢性膀胱炎

☐

☐

（２）診断

☐

☐

☐

廃止

（３）診断時の症状（__月__日）

- ①自覚症状 ☐排尿時痛 ☐残尿感 ☐腎部の自発痛
☐その他（_____）

- ②バイタルサイン：血圧（____／____） 脈拍（____）
呼吸数（____） 体温（____）

③検査値等

ア）血液検査：（__月__日）： 主な所見（_____）

イ）尿検査：（__月__日） 主な所見（_____）

ウ）尿グラム染色：（__月__日）主な所見（_____）

エ）尿培養：（__月__日）

オ）起炎菌： ☐大腸菌 ☐緑膿菌 ☐腸球菌 ☐セラチア菌

☐その他（_____）

（４）実施した治療・ケア

①抗生剤の投与：薬剤名（_____）を（__月__日）から（__）日間

②水分補給： ☐経口（____ml/日） ☐点滴（____ml/日）

身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日） 患者氏名（_____）（__才）☐男性 ☐女性
評価日（__年__月__日） 評価日の医療区分（__） 評価日のADL区分（__）
記載者サイン（☐医師 ☐看護師 ☐看護補助者 サイン_____）

（１）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- ☐ 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
- ☐ ミ
- ☐ 自

廃止

（２）身体

- ①要件への該当状況 ☐あり ☐なし
- ②該当状況に関する記録 ☐あり ☐なし

（３）本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 ☐ 文書のみ
☐ 口頭のみ
☐ 文書と口頭の両方

② 説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- ☐ 実施した身体抑制の行為
- ☐ 目的（_____）
- ☐ 理由（_____）
- ☐ 抑制の時間帯および時間（時間帯：_____）
（抑制時間：_____）
- ☐ 実施する期間（概ね_____日間を予定）

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／日以上での頻回の吸引	= 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。

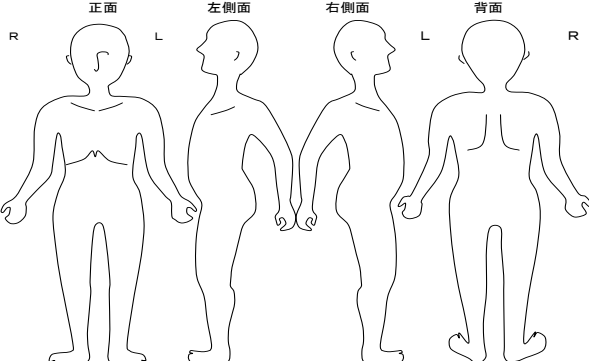
5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (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	0 点	1 点	2 点
10	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
11	移乗	介助なし	一部介助	全介助
12	口腔清潔	介助なし	介助あり	
13	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
15	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
16	危険行動	ない		ある
				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、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

<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（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った場合は、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。退室日の評価は行いが、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。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。

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。評価においては、後日、第三者が検証を行う際に、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。

項目ごとの記録を残す必要はなく、モニタリング及び処置等（A項目）や患者の状況等（B項目）について診療録及び看護記録等に記載すること。

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。

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. 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。
4. 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。
5. 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。

10 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。

1 1 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。

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、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。

1.3 食事摂取

項目の定義

食事介助の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

「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に、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。

1.4 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

「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 (スワンガンツカテーテル)	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	0 点	1 点	2 点
14	寝返り	できる	何かにつか まればでき る	できない
15	移乗	介助なし	一部介助	全介助
16	口腔清潔	介助なし	介助あり	
17	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
18	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
19	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
20	危険行動	ない		ある
				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、評価日の患者の状況等に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜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。