

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

5. 評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。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、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。
ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
DESIGN-R分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
蘇生術の施行がなかった場合をいう。
「あり」
蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。
蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「A-10 人工呼吸器の装着」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワングンツカテールの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6 輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。

携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

8 シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。

「あり」

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。

携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。
「あり」
中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

10 人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

11 輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

1 2 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

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。

1 3 特殊な治療法等（CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 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。

1 4 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

1.5 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。

1.6 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、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。

1.7 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。

1.8 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。

1.9 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動を

した場合は「いいえ」とする。

20 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女	生年月日(明・大・昭・平)	年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左						
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等							
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴							
日常生活自立度: J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M									
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)													
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:			<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:									
	基本動作	立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助											
活動	自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」				訓練時能力:「できる“活動”」							
		自	監	一	全	非	独	監	一	全	非		
		立	視	助	助	実	立	視	助	助	実		
						使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等					使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行					杖・装具:					杖・装具:		
	階段昇降					杖・装具:					杖・装具:		
	廊下歩行					杖・装具:					杖・装具:		
	病棟トイレへの歩行					杖・装具:					杖・装具:		
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)					装具:					装具:		
	車椅子・ベッド間移乗					装具:					装具:		
椅子座位保持					装具:					装具:			
ベッド起き上がり					装具:					装具:			
食事					用具:					用具:			
排尿(昼)					便器:					便器:			
排尿(夜)					便器:					便器:			
整容					移動方法・姿勢:					移動方法・姿勢:			
更衣					姿勢:					姿勢:			
装具・靴の着脱					姿勢:					姿勢:			
入浴					浴槽:					浴槽:			
コミュニケーション													
活動度	日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)				理由								
	日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ												
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事, <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢, <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし, <input type="checkbox"/> 低栄養, <input type="checkbox"/> 低栄養リスク, <input type="checkbox"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可												
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) (職種・業種・仕事内容:)			社会参加(内容・頻度等)									
	経済状況()			余暇活動(内容・頻度等)									
心理	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)			依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)									
環境	同居家族: 親族関係:			家屋 : 家屋周囲: 交通手段:									
第 三 利 者 の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:												

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本シート上段に管理栄養士の氏名も記入)

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含:過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加目標	退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他: 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他: (仕事内容:) 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
活動実況	自宅内歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (装具・杖等:) 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: (種類:) 車椅子 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動 (使用場所:) (駆動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助)(移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助:) 排泄 <input type="checkbox"/> 自立:形態 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 立ち便器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介助: 食事 <input type="checkbox"/> 箸自立 <input type="checkbox"/> フォーク等自立 <input type="checkbox"/> 介助: 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助: 入浴 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽自立 <input type="checkbox"/> 介助: 家事 <input type="checkbox"/> 全部実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: コミュニケーション <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり:	
心身機能	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却:	
環境	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要:	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考
--------------------------------	----

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
- 訓練時能力:「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

患者氏名：		男・女	生年月日(西暦)		年	月	日(歳)	利き手	右・右(矯正)・左		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護	
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：				合併症(コントロール状態)：				リハビリテーション歴：			
日常生活自立度： J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M							

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)					短期目標 (___ヶ月後)	具体的アプローチ	
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS) : <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他:						
	基本動作	寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):					
活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B, I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
	排尿管理	10	5	0			
合計(0~100点)				点			
コミュニケーション	理解						
	表出						

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定) 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先 (<input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他) 復職 (<input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
栄養 (※)	身長 ^{#1} : ()cm、体重:()kg、 BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事、 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢、 <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし、 <input type="checkbox"/> 低栄養、 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養、 <input type="checkbox"/> その他() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量:(目標: kcal) 体重増加/減量:(目標: kg) 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口(<input type="checkbox"/> 食事、 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<input type="checkbox"/> 末梢、 <input type="checkbox"/> 中心) その他:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他: 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要: 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期 :			
退院後のリハビリテーション計画 (種類・頻度・期間):			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:
---------------	--------

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族() 署名:
------------------	----------------------

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、「栄養」欄に必ず記入のこと(シート上段に管理栄養士の氏名も記入)

日常生活機能評価票

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

日常生活機能評価票 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示 項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持

っていくことができるかどうかを評価する項目である。
ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」
評価時間帯を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギブス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3 寝返り 項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」
ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。

「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかませる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

4 起き上がり 項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5 座位保持 項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗 項目の定義

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、ベッドからストレッチャーへ、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1

人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。

車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」

杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」

搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

「介助あり」

口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況进行评估する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほか、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえ、介助は発生しないため「介助なし」とする。

「一部介助」

必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等かの理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」

1人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況进行评估する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場

合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分でやっているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 1 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。
「できる時とできない時がある」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。
「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1 2 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。

医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診察・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.3 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フガナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日； _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

--

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード：) 食事内容 留意事項
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容	実施予定日： 月 日
備考	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価	

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

評価基準	A:適切に行われている、あるいは十分である B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C:不適切である、あるいは行われていない X:判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)
------	---

評価実施日: 年 月 日 評価対象医療機関名:

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1)委員会が定期的開催されている		
	2)病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3)議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織(ICT) ※医師または看護師のうち 1人は専従であること	1)専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2)感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3)感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関わる適切な研修を修了した専任看護師がいる		
	4)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の薬剤師がいる		
	5)3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関わる専任の検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1)感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2)必要に応じて改定がなされている		
2. 教育	1)定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2)講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3)必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4)全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5)外部委託職員に教育を実施している(または適切に指導している)		
3. サーベイランスとインターベンション	1)部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2)サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3)サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		

	4)アウトブレイクに介入している		
	5)検査室データが疫学的に集積され、介入の目安が定められている		
4. 抗菌薬適正使用	1)抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2)抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4)抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5. コンサルテーション	1)病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2)コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6. 職業感染曝露の防止	1)職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2)HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3)結核接触者検診にQFTを活用している		
	4)麻疹、風疹、ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている		
	6)安全装置付きの機材を導入している		
7. ICTラウンド	1)定期的なICTラウンドを実施している		
	2)感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		
C. 外来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1)感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)		
	2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2. 外来診察室	1)診察室に手洗いの設備がある		

	2)各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3)各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3. 外来処置室	1)鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている (廃棄容器の蓋が開いていない、など)		
	2)鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3)検査検体が適切に保管してある		
4. 抗がん化学療法外来	1)薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2)咳エチケットが確実に実施されている		
	3)患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D. 病棟		評価	コメント
1. 病室	1)部屋ごとに手洗い場がある		
	2)床や廊下に物品が放置されていない		
	3)必要なコホーティングが行われている		
	4)隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5)隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6)空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2. スタッフステーション	1)水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2)鋭利器材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3)鋭利器材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4)臨床検体の保存場所が整備されている		
3. 処置室	1)清潔区域と不潔区域を区別している		
	2)滅菌機材が適切に保管され、使用期限のチェックが行われている		
	3)包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4)包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		

4. 薬剤の管理	1) 清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2) 希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3) 薬品保管庫の中が整理されている		
	4) 薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5) 薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6) 保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1. 着衣および環境	1) 入室時に手指衛生を実施している		
	2) 処置者は半そでの着衣である		
	3) 処置者は腕時計をはずしている		
	4) ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5) 手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1. 手洗い	1) 職員の手指消毒が適切である		
	2) 職員の手洗いの方法が適切である		
	3) 手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4) 手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2. 手袋	1) 手袋を適切に使用している		
	2) 手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防護具(PPE)	1) 必要ときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2) マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3) 個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1) 結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		

	2)陰圧個室が整備されている		
	3)麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5)N95マスクが常備してある		
2. 飛沫感染予防対策	1)インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2)風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3)流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)可能ならば個室隔離としている		
	5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6)ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8)飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3. 接触感染予防策	1)MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2)手袋が適切に使用されている		
	3)必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4)処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5)処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6)必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7)シーツやリネン類の処理が適切である		
	* マニュアルの評価項目：連絡体制。感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγ-グロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1)除毛は術直前に行っている		
	2)周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		

	3)必要な場合、抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4)バンコマイシンをルーチンに使用していない(または使用基準がある)		
I. 医療器材の管理		評価	コメント
1. 尿道カテーテル	1)集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2)閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に変換しない		
	3)集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4)尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5)日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6)膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2. 人工呼吸器	1)加湿器には滅菌水を使用している		
	2)気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である		
	3)定期的に口腔内清拭を行っている		
3. 血管内留置カテーテル	1)中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2)中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション(滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布)が行われている		
	3)高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4)輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5)ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6)ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7)末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している		
J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1. 医療器具	1)病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている(計画がある)		
	2)生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3)消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		

	4)乾燥が適切に行われている		
2. 内視鏡	1)内視鏡洗浄・管理が中央化されている(計画がある)		
	2)専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3)用手洗浄が適切に行われている		
	4)管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5)消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6)自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7)自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8)自動洗浄・消毒機のメンテナンスの期日が記録されている		
	9)内視鏡の保管が適切である		
	10)内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1)廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2)感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3)最終保管場所が整備されている		
	4)廃棄物の処理過程が適切である		
L. 微生物検査室		評価	コメント
1. 設備・機器	1)安全キャビネット(クラスⅡ以上)を備えている		
	2)安全キャビネットは定期点検(HEPAフィルターのチェック・交換等)が行われている		
	3)菌株保存庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
	4)検査材料の一時保管場所が定められている		
2. 検査業務	1)安全対策マニュアル等が整備されている		
	2)業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		

3)抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
4)遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
5)感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
6)廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
7)感染防止のための手洗い対策が適正である		
8)感染性廃棄物が適正に処理されている		
9)関係者以外の立ち入りを制限している		

評価実施医療機関名:

(評価責任者名:

[記載上の注意]

- 1) チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
- 2) 評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。
- 3) 評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
- 4) 評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

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

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1の2	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	オンライン診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の8, 3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
6	一般病棟入院基本料（病棟群単位による届出）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
25	総合評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 40の4
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 20, 45

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式2の2, 5の2, 9の2, 9の3, 9の4, 10の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39, 39の2, 53の2は欠番

様式 1

機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行っている入院料について（該当するものに○をつける）

- ・ 地域包括診療加算
- ・ 地域包括診療料
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ 在宅時医学総合管理料
（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）
- ・ 施設入居時等医学総合管理料
（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

2. 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ことの揭示の有無

（ 有 ・ 無 ）

[記載上の注意]

- 1 当該届出は、診療所又は許可病床数が200床未満の病院のみで可能であることに留意すること。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

※ 【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 の届出をする場合

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

時間外対応加算 3 の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は 3 以下とする。

(注) 具体的な内容については「8 備考」欄に記載のこと(連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等)。

様式2の3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	診療所名	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
⑦	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	■下記のいずれか一つを満たす	-
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>

地域包括診療加算 1に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑧	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保している	□
	連携医療機関名	
⑨	直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計	人
⑨-2	直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%

地域包括診療加算 2に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

⑩	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保している	□
---	------------------------------------	---

【記載上の注意】

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑧及び⑨又は⑩のいずれかを選択して記入すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 妥結率

当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額 (①)	円
卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 <div style="text-align: right;">(②/①) %</div>	%

2. 単品単価契約率

卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②の再掲)	円
単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (③)	円
単品単価契約率 <div style="text-align: right;">(③/②) %</div>	%

3. 一律値引き契約の状況

(1) 一律値引き契約の該当の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2)(1)で有とした場合、当該契約における値引き率を取引卸売販売業者ごとに報告すること。

取引卸売販売業者名	値引き率（税込み）
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に記載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。
- 5 一律値引き契約とは、卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。この場合、一定割合以上としては、5割以上とし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。
- 6 値引き率とは、薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。
- 7 1. から3. までの報告については、報告年度の当年4月1日から9月30日の実績を報告年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料により算定されることに留意すること。

様式 2 の 5

オンライン診療料に係る届出書添付書類

1 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

(有 ・ 無)

2 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

(有 ・ 無)

3 オンライン診療料等の算定実績

届出前 1 月の算定実績 (期間: 年 月)		
再診料 (注 9 による場合は除く) の算定回数	①	回
外来診療料の算定回数	②	回
オンライン診療料の算定回数	③	回
在宅患者訪問診療料 (I) の算定回数	④	回
在宅患者訪問診療料 (II) の算定回数	⑤	回
①+②+③+④+⑤		回
③ / (①+②+③+④+⑤)		%

歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

		概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)		1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名:)	
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器届出番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上	

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

		概 要	
1日平均患者数		1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は「2」の記載は、省略して届け出て差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名		概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)		保有数	
歯科用ユニット数		保有数	

※歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

[記入上の注意]

- 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

	概 要
1日平均患者数	1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌器の 使用回数)	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

院内感染予防対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染予防対策に関する研修の受講歴等

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

※4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率			
年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介さ れた患者の数②	紹介率 (= $\frac{\text{②}}{\text{①}} \times 100$) %
年 月	名	名	_____ %

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

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

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

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の数	
年 月 ~ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

3 院内感染予防対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

	概 要
--	-----

滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名 :)	
1. に該当する場合は以下の事項について記載		
滅菌器	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満	2. 1日2回 4. 1日5回以上

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

	概 要	
1日平均患者数	1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満	2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は(2)の記載は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」及び「3の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。

〔 歯科外来診療環境体制加算 1
 歯科外来診療環境体制加算 2 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 までの項目について記載）
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

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

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回/月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	_____ 年 _____ 回
研修の主な内容等	

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)、(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

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

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

(2) 歯科診療所である保険医療機関

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

2 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数(セット数)
自動体外式除細動器(AED)		
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		

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

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

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

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

様式 5

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

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

2 院内感染防止対策に係る内容

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

3 医療安全管理体制に係る内容

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

4 褥瘡対策に係る内容

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

※別添6の別紙3を参考として作成した「褥瘡対策に関する診療計画書」の実施例を添付すること。

5 栄養管理体制に係る内容 (病院に限る)

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士		
氏名	勤務時間	備考

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合		
非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無
常勤の栄養士の有無 (どちらかに○)	有	無

栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった医療機関の
入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	

1 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった理由

	(1) 離職のため
	(2) 出産、育児、介護に伴う長期休暇のため
	(3) その他 ()

3 非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○)

	有		無
--	---	--	---

4 3か月以内に常勤の管理栄養士が確保できる見通し
(どちらかに○)

	有		無
--	---	--	---

5 常勤の管理栄養士の確保が困難な理由
(最も該当するもの一つに○)

	(1) 求人を行っているが応募がないため
	(2) 人件費の確保が困難なため
	(3) 離職が多いため
	(4) その他 ()

[記載上の注意]

様式6を添付すること。

褥瘡対策に係る報告書

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、d 1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d 1	名	名
d 2	名	名
D 3	名	名
D 4	名	名
D 5	名	名
D U	名	名

[記載上の注意]

- ①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入する（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）。
- ②については、①の患者のうち、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。
- ③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 分類 d 1以上を有する患者数を記載する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）。
- ④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入する。
- ⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入する。

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

<input type="checkbox"/> 急性期一般入院基本料（ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料1・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料2・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料3・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料4・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料5・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料6・ <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料7）				
<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料（ <input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ <input type="checkbox"/> 専門病院入院基本料）				
<input type="checkbox"/> 10対1入院基本料（ <input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ <input type="checkbox"/> 専門病院入院基本料）				
職種	氏名	勤務時間	専従・専任	研修受講
医師				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	
<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士			<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任	

2. 入院患者の構成

算出期間（直近1年間）	（ 年 月 日～ 年 月 日）	
当該病棟の新規入院患者数	①	名
①のうち、65歳以上の患者数	②	名
①のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者数	③	名
②／①（8割以上）	④	%
③／①（6割以上）	⑤	%

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

1) 患者のADL

算出期間（直近1年間もしくは3月間）	（ 年 月 日～ 年 月 日）	
当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院を除く） ⑥		名
⑥のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 ⑦		名
⑦／⑥（3%未満）	⑧	%

2) 褥瘡の院内発生率

調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） ⑨		名
調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 ⑩		名
⑩／⑨（2.5%未満）	⑪	%

※⑨の入院患者数が80人以下の場合は、⑩が2人以下であること。この場合、⑪は記載する必要はない。

※⑧及び⑪（⑨の入院患者数が80人以下の場合は⑩）いずれの要件も満たす必要がある。

[記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する口に「✓」を記入のこと。なお、専従及び専任のいずれでもなくとも、当該病棟で6時間以上勤務したことをもって本加算を算定しようとする理学療法士等（上限5名）全員について記入すること。
3. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成27年総務省告示第35号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
6. ADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。
7. 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。

8. 医師はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。

専門病院入院基本料									
障害者施設等入院基本料									
障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)									
救命救急入院料									
特定集中治療室管理料									
ハイケアユニット入院医療管理料									
脳卒中ケアユニット入院医療管理料									
小児特定集中治療室管理料									
新生児特定集中治療室管理料									
総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児 新生児								
新生児治療回復室入院医療管理料									
一類感染症患者入院医療管理料									
特殊疾患入院医療管理料(再掲)									
小児入院医療管理料(5は再掲)									
回復期リハビリテーション病棟入院料									
地域包括ケア病棟入 院料	病棟入院料 入院医療管理料								
特殊疾患病棟入院料									
緩和ケア病棟入院料									
精神科救急入院料									
精神科急性期治療病棟入院料									
精神科救急・合併症入院料									
児童・思春期精神科入院医療管理料									
精神療養病棟入院料									
認知症治療病棟入院料									
特定一般病棟入院料									
地域移行機能強化病棟入院料									

※1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

※1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関しては左端の欄に○を記入すること。
- 2 病棟数及び病床数については、「今回の届出」の欄にのみ記載すること。
- 3 「届出区分」の欄は、下表の例により記載すること。

入院基本料	区分等
一般病棟入院基本料	急1, 急2, 急3, 急4, 急5, 急6, 急7, 地1, 地2, 地3
療養病棟入院基本料	1, 2
結核病棟入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1

精神病棟入院基本料	10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1
特定機能病院入院基本料	
一般病棟	7対1, 10対1,
結核病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
精神病棟	7対1, 10対1, 13対1, 15対1
専門病院入院基本料	7対1, 10対1, 13対1,
障害者施設等入院基本料	7対1, 10対1, 13対1, 15対1

4 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

救命救急入院料	1, 2, 3, 4
特定集中治療室管理料	1, 2, 3, 4
ハイケアユニット入院医療管理料	1, 2
新生児特定集中治療室管理料	1, 2
小児入院医療管理料	1, 2, 3, 4, 5
回復期リハビリテーション病棟入院料	1, 2, 3, 4, 5, 6
地域包括ケア病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料	1, 2, 3, 4
地域包括ケア入院医療管理料	1, 2, 3, 4
特殊疾患病棟入院料	1, 2
緩和ケア病棟入院料	1, 2
精神科救急入院料	1, 2
精神科急性期治療病棟入院料	1, 2
認知症治療病棟入院料	1, 2
特定一般病棟入院料	1, 2

5 栄養管理体制に関する基準（常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること）を満たさないが、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されており、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点減算される対象の保険医療機関である。

該当する	該当しない
------	-------

6 療養病棟入院基本料の届出を行う場合にあつては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料を添付すること。

7 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。

8 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

区 分	看護職員の配置	氏 名
褥瘡対策チーム専任看護職員	氏名	
緩和ケア診療加算	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
精神科リエゾンチーム加算	精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
がん拠点病院加算	がん化学療法看護等ががんの専門看護に精通した看護師	
栄養サポートチーム加算	栄養管理に係る所定の研修を修了した専従の常勤看護師	
	栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
医療安全対策加算 1	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
医療安全対策加算 2	医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 1	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
感染防止対策加算 2	感染管理に従事した経験を有する専任の看護師	
抗菌薬適正使用支援加算（感染防止対策加算の注3）	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専従の看護師	
	感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
患者サポート体制充実加算	患者等からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を有し、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した褥瘡管理者である専従の看護師	
呼吸ケアチーム加算	呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事した経験を有し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した専任の看護師	
入退院支援加算 1・2	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
入退院支援加算 3	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師	
入院時支援加算（入退院支援加算の注7）	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師	
	入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師	
認知症ケア加算 1	認知症患者の看護に従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料の注4）	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を有し、集中治療の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
ウイルス疾患指導料	HIV感染者の看護に従事した経験を有する専従の看護師	
喘息治療管理料	専任の看護職員	

糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
がん患者指導管理料イ・ロ	がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師	
外来緩和ケア管理料	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師	
	悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師	
移植後患者指導管理料	臓器移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
	造血幹細胞移植後	造血幹細胞移植に従事した経験を有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有する専任の助産師	
院内トリアージ実施料	救急医療に関する経験を有する専任の看護師	
救急搬送看護体制加算（夜間休日救急搬送医学管理料の注3）	救急患者の受入への対応に係る専任の看護師	
外来放射線照射診療料	専従の看護師	
ニコチン依存症管理料	禁煙治療に係る専任の看護職員	
相談体制充実加算（療養・就労両立支援指導料の注2）	専任の看護職員	
排尿自立指導料	下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師	
遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注2）	呼吸器科についての経験を有する看護師	
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師	
外来化学療法加算	化学療法の経験を有する専任の常勤看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
	心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の看護師	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員	
難病患者リハビリテーション料	専従の看護師	
障害児（者）リハビリテーション料	障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師	
リンパ浮腫複合的治療料	資格取得後2年以上経過し、リンパ浮腫の複合的治療に関する研修を修了した専任の常勤看護師	
救急患者精神科継続支援料	自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師	
認知療法・認知行動療法2	認知療法・認知行動療法に係る経験を有し、認知療法・認知行動療法についての研修を修了した専任の看護師	
依存症集団療法	専任の看護師	

精神科ショート・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ケア	専従の看護師	
精神科ナイト・ケア	専従の看護師	
精神科デイ・ナイト・ケア	専従の看護師	
重度認知症患者デイ・ケア料	専従の看護師	
粒子線治療医学管理加算（粒子線治療）	放射線治療に専従する常勤の看護師	
画像誘導密封小線源治療加算（密封小線源治療の注8）	放射線治療を専ら担当する常勤の看護師	

勤 務 体 制						
3交代制	日勤	(: ~ :)	準夜勤	(: ~ :)	深夜勤	(: ~ :)
2交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)		
その他	日勤	(: ~ :)		(: ~ :)		(: ~ :)
申し送り時間						
3交代制	日勤	(: ~ :)	準夜勤	(: ~ :)	深夜勤	(: ~ :)
2交代制	日勤	(: ~ :)	夜勤	(: ~ :)		
その他	日勤	(: ~ :)		(: ~ :)		(: ~ :)

看 護 要 員 の 名 簿

[病棟名等：]

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	当該病棟以外との兼任
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		
			{ 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任		

[記載上の注意]

- 1 入院基本料等の届出を行う場合、届出書に添付すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、看護師、准看護師又は看護補助者と記入すること。
- 4 勤務時間については週当たりの勤務時間を記載すること。
- 5 当該病棟以外との兼任の欄には、外来等と兼務する者について○を記載すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

- 病棟ごとの届出 ※（医医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合に限る）
（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

- 入院基本料等の届出区分の変更なし （□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	新規届出	既届出	項目名
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注13）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注9）
		急性期看護補助体制加算			看護職員夜間配置加算
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25対1（看護補助者5割以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12対1配置加算1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25対1（看護補助者5割未満）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12対1配置加算2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50対1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16対1配置加算1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75対1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16対1配置加算2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間30対1			看護補助加算
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間50対1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間100対1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助加算3
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	夜間75対1看護補助加算
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 （精神科救急入院料の注5）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注4）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注5）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注7）			

3. 入院患者の数及び看護要員の数

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

※小数点以下切り上げ

② 月平均1日当たり看護職員配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)] ※小数点以下第2位以下切り捨て

（参考）1日看護職員配置数（必要数）： = [(A / 配置区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %

[月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数 / 1日看護職員配置数]

夜勤従事職員数の計	[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)	[C]	
月延べ夜勤時間数	[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)	[D] ※8	[E]
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計			[F] ※9	
1日看護職員配置数 (必要数) ※10	$[(A/\text{配置区分の数}^{*11}) \times 3]$	月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	$[(A/200) \times 3]$	月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	$[F / (\text{日数} \times 8)]$	

注1) 1日看護職員配置数 ≤ 月平均1日当たり看護職員配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

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

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	$[C] - [1日看護職員配置数 \times \text{日数} \times 8]$
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助者配置数 (必要数) ※10 [J]	$[(A/\text{配置区分の数}^{*11}) \times 3]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	$[G+H / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K ※12]	$[G / (\text{日数} \times 8)]$
夜間看護補助者配置数 (必要数) ※10	$A / \text{配置区分の数}^{*11}$
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	$[I / (\text{日数} \times 16)]$
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	$[(K/J) \times 100]$

〔看護職員配置加算(地域包括ケア病棟入院料の注3)を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護職員配置数 (必要数) ※10 [L] ※13	$[(A/13) \times 3]$
月平均1日当たり看護職員配置数	$[C / (\text{日数} \times 8)]$
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	$[(C - (L \times \text{日数} \times 8)) / (\text{日数} \times 8)]$

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟

以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。

※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。

①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者

※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。

※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。

※10 小数点以下切り上げとする。

※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料1の場合「7」、10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

※12 地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。

※13 地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、13対1の「13」で計算するが、地域包括ケア病棟入院料の注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。

※14 地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。

※15 特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均1日当たり看護職員配置数」は「月平均1日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「1日看護職員配置数(必要数)」は「1日看護職員及び看護補助者配置数(必要数)」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

- 1 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ本届出を作成すること。
- 2 届出前1か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。
- 3 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 5 夜間看護加算（A101 療養病棟入院基本料の注13）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注7、A311 精神科救急入院料の注5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5）は、常時16対1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12対1の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合）

保険医療機関名 _____ 病棟名 _____

届出の入院基本料等（当該病棟） _____ （病棟全体の場合） _____

※「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

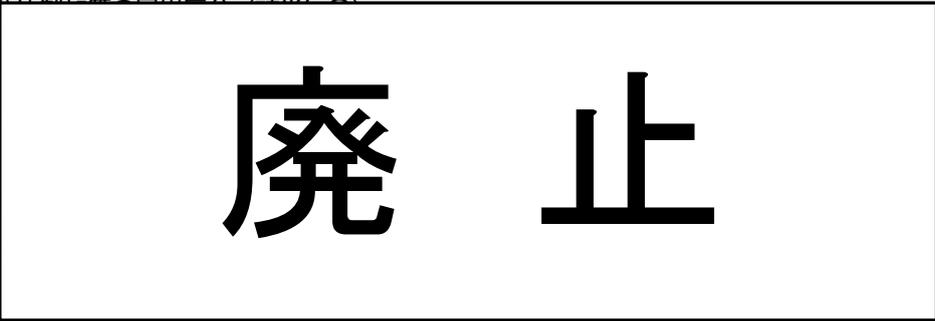
急性期看護補助者配置数（当該病棟）

25 対 1（看護職員）

夜間 30 対 1（看護職員）

看護職員夜間配置数

12 対 1 配置



看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

夜間 75 対 1 看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

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

※小数点以下切り上げ

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人〔C / (日数 × 8)〕

（参考）1日看護配置数（必要数）： = [(A / 届出区分の数) × 3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ %〔月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1日看護配置数〕

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

※小数点以下切り上げ

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

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間〔(D - E) / B〕※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人〔F / (日数 × 8)〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）： = [(A / 200) × 3]

※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「つ」に○) ※4	夜勤従事者数※5	1日 曜	2日 曜	3日 曜	……	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)					[C]	/	
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)					[D] ※8	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F] ※9	/	
1日看護配置数 (必要数) ※10		[(A/届出区分の数※11) × 3]				月平均1日当たり看護配置数			[C/(日数 × 8)]					
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)		[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数			[F/(日数 × 8)]					

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

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

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数 (必要数) ※10 [J]	[(A/届出区分の数※11) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	[G+H / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 (必要数) ※10	A / 届出区分の数※11
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K/J) × 100]

〔記載上の注意〕

※1 届出に係る病棟ごとに記入すること。

看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載する

こと。

看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については記載しないこと。

- ※2 病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1ヶ月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものであるため、看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出書を提出する場合、様式9（一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合）を添付すること。

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

届出入院料等（届出区分） _____

本届出の病棟数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 _____ ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○看護職員配置加算（50対1）の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助者配置加算（25対1）の届出区分（該当に○） 有 ・ 無

○1日平均入院患者数 _____ 月 _____ 日)
※小数点以下切り捨て

① 月平均1日当り看護職員数 _____
(参考) 1日当り看護職員数 _____ (下切り上げ)



② 看護職員中の看護師の比率 _____ % [月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数/1日看護配置数]

③ 夜勤時間帯（16時間） _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

④ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D-E) / B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑤ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人 (看護補助者配置加算を届け出る場合に記載)

⑥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限) : = [(A / 200) × 3]

※ (小数点第3位以下切り捨て)

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						(該当する「つ」に○) ※4	夜勤従事者数※5	1日 曜	2日 曜	3日 曜	…	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)					[C]	/	
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)					[D] ※8	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F] ※9	/	
1日看護配置数 (必要数) ※10		[(A/届出区分の数※11) × 3]				月平均1日当たり看護配置数			[C/(日数 × 8)]					
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)		[(A/200) × 3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数			[F/(日数 × 8)]					

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

1日看護配置数 (必要数) ※10 [G] ※11	[(A / 13) × 3]
月平均1日当たり看護配置数 [H]	[看護職員のみC / (日数 × 8 (時間))]
月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数	[[看護職員のみC] - ([G] × 日数 × 8 (時間)) / (日数 × 8 (時間))]

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [I]	[看護補助者のみのC]
1日看護補助配置数※10 (必要数) [J]	[(A / 25) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者を除く) [K]	[I / (日数 × 8 (時間))]

〔記載上の注意〕

※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該

保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 届出区分の数である13対1の「13」で計算するが、注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。

[届出上の注意]

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類
病棟群単位で届け出る場合（7対1，10対1の病棟群ごとに提出すること）

保険医療機関名 _____ 届出区分 _____
病棟数：当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____
病床数：当該病棟群 _____ 病棟群全体 _____

○急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） ※医療機関全体で1区分を届け出ること

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

夜間30対1

○看護職員夜間配

12対1配置加

○1日平均入院患

※小数点以下切り上げ

廃止

日)

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人 [C / (日数 × 8)]

(参考) 1日看護配置数(必要数) : = [(A / 届出区分) × 3] ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 _____ % [月平均1日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1日看護配置数]

③ 平均在院日数 _____ 日 (算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日) ※小数点以下切り上げ

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

⑤ 月平均夜勤時間数 _____ 時間 [(D - E) / B] ※小数点第2位以下切り捨て

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____ 人

(夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載)

⑦ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____ 人 [F / (日数 × 8)]

(参考) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限) : = [(A / 200) × 3]

※小数点第3位以下切り捨て

勤務実績表

種別 ^{※1}	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態 ^{※2}	看護補助者の業務 ^{※3}	夜勤の有無		日付別の勤務時間数 ^{※6}					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ^{※7}
						(該当する「○」) ^{※4}	夜勤従事者数 ^{※5}	1日 曜	2日 曜	3日 曜	……	日 曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	/	有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数 (上段と中段の計)					[C]	/	
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数 (中段の計)					[D] ^{※8}	[E]	
(再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F] ^{※9}	/	
1日看護配置数 (必要数) ^{※10}	[(A/届出区分の数 ^{※11}) × 3]					月平均1日当たり看護配置数					[C / (日数 × 8)]			
主として事務的業務を行う看護補助者配置数 (上限)	[(A/200) × 3]					月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数					[F / (日数 × 8)]			

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔急性期看護補助体制加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [G]	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [H]	[C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数]
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [I]	看護補助者(みなしを除く)のみの [D]
1日看護補助配置数 (必要数) ^{※10} [J]	[(A/届出区分の数 ^{※11}) × 3]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を含む)	[G+H / (日数 × 8)]
月平均1日当たり看護補助者配置数 (みなし看護補助者を除く) [K]	[G / (日数 × 8)]
夜間看護補助配置数 (必要数) ^{※10}	A / 届出区分の数 ^{※11}
月平均1日当たり夜間看護補助者配置数	[I / (日数 × 16)]
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%)	[(K / J) × 100]

〔記載上の注意〕

- 1 病棟数と病床数は、届出に係る病棟群と病棟群全体の両方を記載すること。7対1入院基本料と10対1入院基本料の病棟数又は病床数を合わせた数を、病棟群全体の数としてそれぞれ記載すること。
- 2 急性期看護補助体制加算と看護職員夜間配置加算は、両方の病棟群でそれぞれ基準を満たした上で、病院全体でひとつの区分を届け出ること。どちらかの病棟群のみで当該加算を届け出ることにはできない。
- 3 1日平均入院患者数、月平均1日当たり看護配置数、看護職員中の看護師の比率、平均在院日数、月平均夜勤時間数、月平均1日当たり看護補助者配置数、事務的業務を行う看護補助者配置数については、それぞれ病棟群ごとに計算すること。
- 4 勤務実績表について
 - ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
 - ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
 - ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
 - ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
 - ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
 - ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
 - ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
 - ①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
 - ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
 - ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
 - ※10 小数点以下切り上げとする。
 - ※11 「届出区分の数」とは、当該区分における看護配置密度（例えば10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1か月の各病棟の勤務実績表及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 4 看護職員夜間配置加算は、常時12対1又は16対1を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式 10

急性期一般入院基本料
 7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 地域一般入院料 1
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 総合入院体制加算
 急性期看護補助体制加算
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算 1
 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 地域包括ケア病棟入院料
 特定一般病棟入院料の注 7

の施設基準に係る患者の重症度、
 医療・看護必要度に係る届出書
 添付書類（新規・7月報告）

（該当するものを○で囲むこと）

1 入院基本料等

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）
- (2) 届出事項（該当に○）
 （ 入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更 ）
- (3) 直近 3 月の実績

届出 入院料 （該当に ○）	届出 区分 （該当に ○）	届出の 加算 （該当に ○）	届出 病床数	入院患者の状況（直近3月）（ 年 月 ～ 年 月）					
				① 入院患者 延べ数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II		⑥ ⑤から③ を差し引 いた値
					② ①のうち 基準を満 たす患者 の延べ数	③ 該当患者 割合 （②／①）	④ ①のうち 基準を満 たす患者 の延べ数	⑤ 該当患者 割合 （④／①）	
一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料 （がん・循環 器） 又は 特定機能 病院入院 基本料 又は 結核病棟入 院基本料 （7対1）	急性期一般入院料 1 急性期一般入院料 2 急性期一般入院料 3 急性期一般入院料 4 急性期一般入院料 5 急性期一般入院料 6 急性期一般入院料 7 地域一般入院料 1	看護必要 度加算 一般病棟 看護必要 度評価加 算 急性期看 護補助体 制加算 看護職員 夜間配置 加算	床	名	名	%	名	%	
	7 対 1 10 対 1 13 対 1	看護補助 加算 1							

2 総合入院体制加算

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）
 (2) 届出事項（該当に○）
 （ 入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更 ）
 (3) 直近3月の実績

届出の 加算 (該当に○)	届出 病床数	入院患者の状況（直近3月）（ 年 月 ～ 年 月）					
		① 入院患 者延べ 数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II		⑥ ⑤から③を 差し引いた 値
			② ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	③ 該当患者割 合 (②/①)	④ ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	⑤ 該当患者割 合 (④/①)	
総合入院体制加算 1	床	名	名	%	名	%	
総合入院体制加算 2							
総合入院体制加算 3							

3 特定入院料

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当に○）（ I ・ II ）
 (2) 届出事項（該当に○）
 （ 入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更 ）
 (3) 直近3月の実績

届出 入院料 (該当に○)	届出 区分 (該当に ○)	届出 病床数	入院患者の状況（直近3月）（ 年 月 ～ 年 月）					
			① 入院患者 延べ数	重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II		⑥ ⑤から③を 差し引 いた値
				② ①のうち 基準を満 たす患者 の延べ数	③ 該当患者 割合 (②/①)	④ ①のうち 基準を満 たす患者 の延べ数	⑤ 該当患者 割合 (④/①)	
脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 又は 地域包括ケア 病棟入院料 又は 特定一般病棟 入院料 又は 特定一般病棟 入院料の注7	入院料 1 管理料 1 入院料 2 管理料 2 入院料 3 管理料 3 入院料 4 管理料 4 一般病棟看護 必要度評価加算	床	名	名	%	名	%	

〔記載上の注意〕

- 1 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、Ⅰ又はⅡを○で囲むこと。
- 2 届出事項について、「入院料等の届出の変更」、「入院料等の届出及び評価方法の変更」又は「評価方法の変更」のいずれかを○で囲むこと。
- 3 看護補助加算1のうち、当該様式の届出を要するのは、地域一般入院料1又は2若しくは13対1入院基本料であること。
- 4 届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを○で囲むこと。
- 5 入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、①の患者数に、産科、15歳未満の小児の患者、短期滞在手術等基本料及び基本診療料の施設基準等（平成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含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。
- 6 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。
- 7 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。
- 8 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。
- 9 7月報告時には、評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、Ⅰ又はⅡを○で囲むこと。なお、Ⅱを選択する場合には、直近3月の実績に関する報告は不要であること。

様式 10 の 2

〔急性期一般入院料 1
7 対 1 入院基本料〕 における常勤の医師の員数に係る
届出書添付書類

届出する入院基本料の欄にチェックし、(A) ~ (D) に係る事項について記載すること。

欄	届出入院料	(A) 病棟数	(B) 病床数	(C) 1日平均 入院患者数 ※1	(C) × (10/100)	(D) 医師数※2
	一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料					
	結核病棟 入院基本料					

※1 算出に係る期間を記入 (年 月 日 ~ 年 月 日)

※2 (D) 医師数 ① - ②

①=当該病院における全体の常勤の医師数 _____名

②=急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料以外の病床に係る医師数 _____名

(1) 一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の②の計算方法

{(ア-イ) / 16 + ウ / 16 + エ / 48 + オ / 48}

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____名

イ 急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数 _____名

ウ 結核病床に入院する患者数 _____名

エ 療養病床に入院する患者数 _____名

オ 精神病床に入院する患者数 _____名

(2) 結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法

{ア / 16 + イ / 48 + ウ / 48}

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____名

イ 療養病床に入院する患者数 _____名

ウ 精神病床に入院する患者数 _____名

7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 急性期看護補助体制加算

における患者の重症度、医療・看護必要度に係る報告書類

(該当するものを○で囲むこと)

看護 無

廃止

届出入院料	届出区分	届出病床数	①入院患者延べ数	重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数	医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①)	入院患者延べ数の算出期間 (1ヶ月)
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月
		床	名	名	%	年 月

〔記載上の注意〕

- 1 看護補助加算 1 のうち、当該様式の届出を要するのは、13 対 1 入院基本料のみである。

- 2 入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、①の患者数に、産科、15歳未満の小児の患者及び短期滞在手術等基本料を算定する患者は含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。
- 3 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等（A項目）に係る得点が「2点以上」かつ、患者の状況等（B項目）に係る得点が「3点以上」、モニタリング及び処置等（A項目）に係る得点が「3点以上」、又は手術等の医学的状況（C項目）に係る得点が「1点以上」である患者をいう。
- 4 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。
- 5 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること
- 6 病棟群単位による届出の場合には、7対1及び10対1の病棟群ごとに基準を満たす患者の割合を算出し、病棟群ごとに記載すること。

急性期一般入院料 1 及び 7 対 1 入院基本料における
自宅等に退院するものの割合に係る届出書添付書類

①	直近6月間における退院患者数	名
(再掲)	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
	(2) 介護老人保健施設	名
	(3) 有床診療所	名
	(4) 他院の療養病棟	名
	(5) 他院の回復期リハビリテーション病棟	名
	(6) 他院の地域包括ケア病棟又は病室	名
	(7) (4)～(6)を除く病院	名
②	自宅等に退院するものの割合(80%以上) $((1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6)) / ①$	%

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

様式 10 の 6

一般病棟入院基本料の「注 11」に規定する
90 日を超えて入院する患者の算定に係る届出書

90 日を超えて入院している患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟
の概要

届出を行う病棟	病棟名：() 病棟 病床数：() 床
---------	---

[記載上の注意事項]

届け出る病棟が複数ある場合には、届け出る全ての病棟について記載すること。

様式 10 の 7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

区分	氏名	勤務時間
① 病棟に配置されている精神保健福祉士		
② 退院支援部署に配置されている精神保健福祉士		

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)	
年 月～ 年 月 (a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数(c)	
	(c) 名
(c) / (b) = _____	

※自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう(ただし、死亡退院及び退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。)。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記入上の注意]

1. 病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。
2. ②については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
4. (a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
5. 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) ≥ 0.9

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

届出を行う病棟	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床
	病棟名	()病棟	病床数	床

2. 退院患者の状況

①	直近6月間における退院患者数(他病棟から当該病棟に転棟した患者のうち当該病棟での入院期間が1月未満の患者、再入院患者及び死亡退院患者を除く)	名
(再掲)	(1)在宅	名
	(2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者	名
	(3)介護老人保健施設	名
	(4)同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟	名
	(5)他の保険医療機関	名
②	在宅復帰率 (2)÷① (50%以上)	%

3. 病床の利用状況

算出期間(直近1年間) (年 月 日～ 年 月 日)		
③	当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。)から当該病棟に入院した患者であって、1年間に在宅に退院した患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1月以内に退院した患者は除く。)	名
④	当該病棟の直近1年間における1日平均入院患者数(小数点以下は切り上げる) ※1年間の延入院患者数を1年間の日数で除したもの	名
⑤	③÷④ (0.15以上)	

※病床の利用状況について、別添6の別紙4「平均在院日数の算定方法」1から4を参考にすること。

[記載上の注意]

療養病棟入院料1の届出書の写しを添付すること。