

基本診療料の施設基準等に係る届出書

| | | |
|--|--|------------------------|
| 保険医療機関コード 又は保険薬局コード | | 連絡先 担当者氏名： 電話番号： |
| <p>(届出事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前 6 月間において、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> | | |
| <p><u>標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。</u></p> | | |
| <p>令和 年 月 日</p> | | |
| <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p>開設者名</p> <p>殿</p> | | |
| <p>備考 1 <input type="checkbox"/>には、適合する場合「レ」を記入すること。 2 ※は記載する必要がないこと。 3 届出書は、1 通提出のこと。</p> | | |

(参考)

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

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

| 施設基準通知 | 名称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7（又は別添7の2）） |
|--------|---------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| 第1 | 情報通信機器を用いた診療 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1 |
| 1の3 | 機能強化加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の3 |
| 1の4 | 外来感染対策向上加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の4 |
| 1の5 | 連携強化加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の5 |
| 1の6 | サーベイランス強化加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の5 |
| 1の7 | 抗菌薬適正使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の5 |
| 1の9 | 医療DX推進体制整備加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の6 |
| 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 | 看護師等遠隔診療補助加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の7 |
| 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 |
| 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3 |
| 4 | 歯科診療医療安全対策加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4 |
| 4 | 歯科診療医療安全対策加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の1の2 |
| 4の2 | 歯科外来診療感染対策加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4 |
| 4の2 | 歯科外来診療感染対策加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の1の2 |
| 4の2 | 歯科外来診療感染対策加算3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4 |
| 4の2 | 歯科外来診療感染対策加算4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の1の2 |
| 5 | 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の2 | 歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12に規定する施設基準 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の3 |
| 第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 |
| 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 |
| 1の2 | 急性期充実体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7（又は別添7の2）） |
|--------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 2の2 | 救急医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 別添7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9, 10, 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9 |
| 7 | 看護補助加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式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 |
| 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 |
| 12の4 | 放射線治療病室管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26の3 |
| 14 | 緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式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27の2 |
| 14の3 | 小児緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式27の3 |
| 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32 |
| 17の3 | 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 |
| 18の2 | リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式5の5 |
| 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 | 感染対策向上加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1の5, 35の2, 35の3 |
| 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 |
| 21の3 | 重症患者初期支援充実加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式36の2 |
| 21の4 | 報告書管理体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式36の3 |
| 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 |
| 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 | ハイリスク分娩等管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式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 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7（又は別添7の2）） |
|--------|------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 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 |
| 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 | 術後疼痛管理チーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の2の2 |
| 26の2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2の3 | バイオ後続品使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の3の2 |
| 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40の4, 様式40の4の2 |
| 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5の2 | 精神科入退院支援加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の9の2 |
| 26の5の3 | 医療的ケア児（者）入院前支援加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の9の3 |
| 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6の2 | せん妄ハイリスク患者ケア加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 別添7の2 |
| 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 |
| 26の9 | 排尿自立支援加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の14 |
| 26の10 | 地域医療体制確保加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の15, 40の16 |
| 26の11 | 協力対象施設入所者入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の18 |
| 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, 42の3, 42の4, 42の6, 42の7, 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, 42の4, 42の7, 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, 42の3, 42の4, 43, 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, 42の3, 42の4, 45 |
| 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, 42の3, 42の4, 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 |
| 5の2 | 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 | <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, 45の3 |
| 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 |
| 7の2 | 地域包括医療病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20の3, 45の4 |
| 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9, 20, 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, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 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9, 20, 49～49の6(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 |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7（又は別添7の2）） |
|--------|----------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| 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 | 精神科救急急性期医療入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2 (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, 20, 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 |
| 19の2 | 精神科地域包括ケア病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 57の5 |
| 20 | 特定一般病棟入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 10, 20, 50~50の3, 57の2, 57の3 |
| 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, 57の4 |
| 22 | 特定機能病院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9, 20, 49, 49の2, 49の5 |
| | 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 |

※様式2の2, 2の5, 2の8, 5の2, 8, 9の3, 9の4, 10の3, 10の4, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 35の5, 35の6, 39, 39の2, 40, 49の7, 53の2は欠番

様式 1

情報通信機器を用いた診療に係る届出書添付書類

1 診療体制等

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(以下「オンライン指針」という。)に沿って診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 対面診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (3) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。 | <input type="checkbox"/> |

2 医師が保険医療機関外で診療を行う場合

想定している ・ 想定していない (以下も記載すること)

| | |
|--|--|
| ① 別紙2に定める「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るか | <input type="checkbox"/> 該当する ・ <input type="checkbox"/> 該当しない |
| ② 実施場所 | |
| ③ 患者の急病急変時に適切に対応するため、患者が速やかにアクセスできる医療機関において直接の対面診療を行える体制(具体的な内容を記載すること。) | |
| ④ 医療機関に居る場合と同等程度に患者の心身の状態に関する情報を得られる体制(具体的な内容を記載すること。) | |
| ⑤ 物理的に外部から隔離される空間であるかの状況 | |

3 自院以外で緊急時に連携する保険医療機関(あらかじめ定めている場合)

| | |
|----------|--|
| ① 名称 | |
| ② 所在地 | |
| ③ 開設者名 | |
| ④ 担当医師名 | |
| ⑤ 調整担当者名 | |
| ⑥ 連絡方法 | |

4 医師の配置状況

| | 配置医師の 氏名 | 経験等 | 修了証登録番号 | 修了年月日 |
|--------------------------|-------------|---|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 情報通信機器を用いた診療を実施する医師が、オンライン指針に定める「厚生労働省が定める研修」を修了している | | |

〔記載上の注意〕

- 1 「4」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。
- 2 には適合する場合「✓」を記入すること。

3) 医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

| 医師名 | 常勤／ 非常勤 | 情報通信機器を用いた 診療を実施した場所 | 都道府県 | 診療録等、過去の患者の 状態を把握する体制 |
|-----|---|---|------|--|
| | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属 する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他（ ） |

2 情報通信機器を用いた診療の件数

| | 対面診療で実施した 診療の算定件数 | | 情報通信機器を用いた診療の算定件数 | | |
|-----|----------------------|--------------------|--|---|--------------------|
| | 初診料 | 再診料等 (外來診療料を含む) | 初診料 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わ なかった件数) | | 再診料等 (外來診療料を含む) |
| 8月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 9月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 10月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 11月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 12月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談 を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院 にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |

| | | | | | |
|----|---|---|-------------------------------------|---|---|
| 1月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 2月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 3月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 4月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 5月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 6月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |
| 7月 | 件 | 件 | 件 | | 件 |
| | | | (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) | 件 | |
| | | | (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数) | 件 | |

〔記載上の注意〕

- 1 本報告については、前年8月1日又は「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行った日～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。
なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が5名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
- 4 「情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

様式 1 の 3

機能強化加算に係る届出書添付書類

1 診療体制等（適合する全ての□に「✓」を記入すること。）

| 要件 | 該当 |
|--|----|
| ア 地域包括診療加算 1 に係る届出を行っている。 | □ |
| イ 以下のいずれも満たす。 （イ）地域包括診療加算 2 に係る届出を行っている。 （ロ）直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療加算 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 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が 3 人以上 | □ |
| ウ 地域包括診療料 1 に係る届出を行っている | □ |
| エ 以下のいずれも満たす。 （イ）地域包括診療料 2 に係る届出を行っている。 （ロ）直近 1 年間において、次のいずれかを満たしている。 ① 地域包括診療料 2 を算定した患者が 3 人以上 ② 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が 3 人以上 | □ |
| オ 小児かかりつけ診療料 1 又は 2 に係る届出を行っている。 | □ |
| カ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1（1）若しくは（2）に該当する診療所又は第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1（1）若しくは（2）に該当する病院である。 | □ |
| キ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第 9 在宅療養支援診療所の 1（3）に該当する診療所並びに第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1（3）に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 （イ）第 9 在宅療養支援診療所の 1（3）に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ① 第 9 在宅療養支援診療所の 1（1）コに掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績が 3 件以上 ② 第 9 在宅療養支援診療所の 1（1）サに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上 （ロ）第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1（3）に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。 | □ |

| | |
|---|--|
| ① 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) シ①に掲げる過去 1 年間の緊急の往診の実績又は 1 (1) シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近 1 年間で 3 件以上 | |
| ② 第 14 の 2 在宅療養支援病院の 1 (1) スに掲げる過去 1 年間の在宅における看取りの実績が 1 件以上又は過去 1 年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が 1 件以上 | |

2 常勤医師の配置状況（適合する全ての口に「✓」を記入すること。）

| 常勤医師の氏名 | | 該当 |
|---------|--|--------------------------|
| ア | 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている | <input type="checkbox"/> |
| イ | 警察医として協力している | <input type="checkbox"/> |
| ウ | 母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする 1 歳 6 か月、3 歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している | <input type="checkbox"/> |
| エ | 予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 5 条第 1 項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している | <input type="checkbox"/> |
| オ | 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している | <input type="checkbox"/> |
| カ | 「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出席している | <input type="checkbox"/> |
| キ | 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している | <input type="checkbox"/> |

3 地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等

| 掲載状況等 | 該当 |
|--|--------------------------|
| 保険医療機関の見やすい場所に掲示している | <input type="checkbox"/> |
| ホームページ等に掲示している | <input type="checkbox"/> |
| 掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている | <input type="checkbox"/> |

外来感染対策向上加算に係る届出書添付書類

1 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
| | |

2 抗菌薬適正使用のための方策

3 連携保険医療機関名又は地域の医師会

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

4 発熱患者等への対応

| | |
|---|--------------------------|
| 外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有している | <input type="checkbox"/> |
| 受診の有無関わらず発熱患者等の受入れを行う旨が公表されているホームページ： （ ） | |

5 新興感染症の発生・まん延時の対応

| | |
|--|--------------------------|
| 感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関の通知（同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）を締結している | <input type="checkbox"/> |
| 上記について公表されている自治体のホームページ：（ ） | |

[記載上の注意]

- 1 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 2 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者の業務内容が明記された文書を添付すること（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい）。
- 3 「2」は、連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 4 標準予防策及び発熱患者等の受入を行う際の動線分離の方法等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 5 「3」は、連携する感染対策向上加算 1 の医療機関名又は地域の医師会名を記載すること。

**医療DX推進体制整備加算の施設基準
に係る届出書添付書類**

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

| 施設基準 | | |
|------|---|----------------|
| 1 | 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求が実施されている | □ |
| 2 | 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている | □ |
| 3 | オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等を診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、医師等が閲覧及び活用できる体制が整備されている | □ |
| 4 | 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制が整備されている | □ |
| 5 | 電子処方箋を未導入の場合の、導入予定時期 | 令和（ ）年 （ ）月 |
| 6 | 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている | □ |
| 7 | マイナ保険証の利用率が一定割合以上である | □ |
| 8 | 届出時点における、直近の社会保険診療支払基金から報告されたマイナ保険証利用率 | （ ）% |
| 9 | 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している | □ |
| 10 | 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている | □ |

[記載上の注意]

- 1 「5」については、届出時点で電子処方箋を未導入の場合に記載すること
- 2 「6」については、令和7年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。

- 3 「7」及び「8」については、令和6年10月1日以降に届出を行う場合に記載すること。
- 4 「4」については、令和7年3月31日までの間に限り、「6」については、令和7年9月30日までの間に限り、「10」については、令和7年5月31日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- 5 「10」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

様式 1 の 7

看護師等遠隔診療補助加算に係る届出書添付書類

1. へき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定状況

| 要件 | 該当 |
|---|--------------------------|
| (1) 「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の指定を受けていること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 「へき地保健医療対策事業について」に規定するへき地診療所の指定を受けていること。 | <input type="checkbox"/> |

2. へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師の配置

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師の配置 | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 1 には適合する場合「✓」を記入すること。
- 2 「2」については、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管していること。

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書添付書類

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 | ■下記の全てを院内掲示及びホームページ等に掲載している | - |
| | 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨 | □ |
| | 介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨 | □ |
| | 患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨 | □ |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名 | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | □ |
| ⑥ | 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している | □ |
| | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している | □ |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供 | □ |
| | 地域ケア会議に年1回以上出席 | □ |
| | 居宅介護支援事業所の指定 | □ |
| | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供 | □ |
| | 介護サービス事業所の併設 | □ |
| | 介護認定審査会に参加 | □ |
| | 主治医意見書に関する研修会を受講 | □ |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | □ |
| | 「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること | □ |
| ⑦ | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること | □ |
| | 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。 | □ |
| | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療 | □ |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| | 所であること | |
| | ■下記のいずれかを満たすこと | - |
| | サービス担当者会議に参加した実績があること | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ | 地域ケア会議に出席した実績があること | <input type="checkbox"/> |
| | 保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいは ICT 等を用いた相談の機会を設けていること | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ | 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること | <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）

| | | |
|-----|---|--------------------------|
| ⑩ | 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 | <input type="checkbox"/> |
| | 連携医療機関名 | |
| ⑪ | 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 |
| ⑪-2 | 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）

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| ⑫ | 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 | <input type="checkbox"/> |
|---|------------------------------------|--------------------------|

【記載上の注意】

1. 研修受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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、⑩、⑪及び⑪-2 又は⑫のいずれかを選択して記入すること。
6. 本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1. 当年度上半期の妥結率

| | |
|---|---|
| 当年度上半期に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 |
| 当年度上半期に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: center;">(②/①) %</div> | % |

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法 (該当する項目に☑を記入すること。)

- 自施設が卸売販売業者と直接交渉した。
- 法人の本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉した。
- 価格交渉を代行する者に依頼して交渉した。

(2) 価格交渉の状況 (該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

- 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況 (上半期と比較した下半期の取引状況)

- 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。
- 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥

結価格であった。

- 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

- 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品（カテゴリーA）、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬及び覚醒剤
- 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

- 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

- 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2 (1) で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

（該当する項目に☑を記入すること。）

- 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。

- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 本報告書による報告については、報告年度の4月1日から9月30日の実績を同年度の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。

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. 中央滅菌部門において滅菌(病院の場合に限る) 3. 外部の業者において滅菌(業者名:) |
| 1. に該当する場合は以下の事項について記載 | |
| 滅菌器 | 医療機器届出番号 |
| | 製品名 |
| | 製造販売業者名 |
| 滅菌器の使用回数 | 1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上 |

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 (歯科訪問診療の患者を含む) | 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 |

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

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 | 本 |
| 歯科用ユニット数 | 保有数 | 台 |

※ 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である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

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する研修の受講歴等(4年以内の受講について記入すること。)

| 受講者名 (常勤歯科医師名) | 研修名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該研修会の主催者 |
|-------------------|--------------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

[記載上の注意]

○ 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。

様式 2 の 7

〔 歯科点数表の初診料の注 1
 歯科外来診療感染対策加算 2 〕 の施設基準に係る報告書（8月報告）

1 届出を行っている施設基準（該当するものすべてに○）

| | |
|--|---------------------------------|
| | 歯科点数表の初診料の注 1 （2から5までの項目について記載） |
| | 歯科外来診療感染対策加算 2 （6について記載） |

2 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

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

3 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

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策（標準予防策及び新興感染症に対する対策）に関する研修の受講歴等（4年以内の受講について記入すること）

| 受講者名 （常勤歯科医師名） | 研修名 （テーマ） | 受講年月日 | 当該研修会の主催者 |
|-------------------|--------------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |

※ 4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

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及び
 歯科外来診療感染対策加算 4 の施設基準に係る報告書（8月報告）

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

| | | | |
|-----|---------|-------|--------|
| | 常勤歯科医師数 | 看護職員数 | 歯科衛生士数 |
| 年 月 | 名 | 名 | 名 |

2 次の（1）～（5）のうち、該当するものに記入すること。

（1）紹介率

| | | | |
|-----|--------------|---------------------|---------------------|
| 年・月 | 初診の患者 の数① | 文書により紹介され た患者の数② | 紹介率 (=②/①×100) % |
| 年 月 | 名 | 名 | _____ % |

（2）地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件

| 歯科点数表 区分 | 件数 | 歯科点数表 区分 | 件数 | 歯科点数表 区分 | 件数 |
|-------------|----|-------------|----|-------------|----|
| J013の4 | 件 | J039 | 件 | J072 | 件 |
| J016 | 件 | J042 | 件 | J072-2 | 件 |
| J018 | 件 | J043 | 件 | J075 | 件 |
| J031 | 件 | J066 | 件 | J076 | 件 |
| J032 | 件 | J068 | 件 | J087 | 件 |
| J035 | 件 | J069 | 件 | | |
| J036 | 件 | J070 | 件 | | |

（3）別の保険医療機関において初診料の注6又は再診料の注4に規定する
 歯科診療特別対応加算 1、2若しくは3又は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 1、2又は3 _____ 名 |
| | 歯科訪問診療料 _____ 名 |
| | 月平均 _____ 名 |

（4）初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算 1、2
 又は3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）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口
 腔機能管理料（Ⅳ）のいずれかを算定した患者の数

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 | 月平均 _____ 名 |
|-----------|---------|-------------|

（6）回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等口腔機能管理料のいずれか
 を算定した患者の数

| | | |
|-----------|---------|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 | 月平均 _____ 名 |
|-----------|---------|-------------|

3 院内感染防止対策の状況

(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 | 医療機器認証番号 |
| | 製品名 |
| | 製造販売業者名 |
| 滅菌の実施回数 | 1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上 |

(2) 当該保険医療機関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 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 |

(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)

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策 (標準予防策及び新興感染症に対する対策) に関する研修の受講歴等 (4年以内の受講について記入すること。)

| 受講者名 (常勤歯科医師名) | 研修名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該研修会の主催者 |
|-------------------|--------------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |

※ 4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

(5については、歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

5 感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

| | |
|---|---|
| 1年以内に感染経路別予防策（个人防护具の着脱法等を含む。）及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講している。 | □ |
|---|---|

※1年以内の受講を確認できるものを保管すること。

※歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る届出を行っていない場合は記入不要。

[記載上の注意]

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の8月に当該様式により実績について報告すること。

歯科外来診療医療安全対策加算 1
 歯科外来診療感染対策加算 1
 歯科外来診療感染対策加算 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、受理番号を記載すること）

| | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療医療安全対策加算 1（2 及び 4 から 8 までの項目について記載） |
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療感染対策加算 1（2、3、9、10 の項目について記載） |
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療感染対策加算 2（2、3 及び 9 から 13 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) | |

※歯初診の施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 歯科医師又は歯科衛生士の氏名
 （歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと）

| 氏名 | |
|----|--------------|
| 1. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 2. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 3. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 4. | (歯科医師・歯科衛生士) |
| 5. | (歯科医師・歯科衛生士) |

3 院内感染防止対策に係る研修を受けた者の配置状況及び研修の受講歴等
 （□には適合する場合「✓」を記入すること。）

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 院内感染防止対策に係る研修を受けた者を 1 名以上配置している | <input type="checkbox"/> |
| 受講者名 | 講習名（テーマ） |
| | |
| | |
| | |

※ 1 歯科医師又は歯科衛生士以外で研修を受けた者を配置している場合に記入すること。

※ 2 研修については、院内で実施した場合でも差し支えない。

4 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ものを保管すること。

5 医療安全管理者

| | |
|----|----|
| 氏名 | 職種 |
| | |

6 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） | | |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生セット | | |
| その他 | | |

7 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| 緊急時の連絡方法等 | |

8 医療安全対策に係る体制

（①又は②のいずれかを記載すること）

- ① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況

| | |
|---------|-------|
| 登録完了年月日 | 年 月 日 |
|---------|-------|

- ② 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 | |
| | |

9 院内感染管理者

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
| | |

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

10 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

| 一般名称 | 装置の製品名 | 台数（セット数） |
|---------|--------|----------|
| 歯科用吸引装置 | | |

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算2の届出を行う場合に記載すること。

11 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

| 受講者名 （常勤歯科医師名） | 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ものを保管すること。

12 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

（適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。）

| | |
|--|-------|
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である | □ |
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している | □ |
| 新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している | □ |
| 事業継続計画の策定年月日 | 年 月 日 |

13 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| その他 | |

※病院である医科歯科併設の保険医療機関であって、当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、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第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。

歯科外来診療医療安全対策加算2
 歯科外来診療感染対策加算3
 歯科外来診療感染対策加算4

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）

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療医療安全対策加算2（2から7までの項目について記載） |
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療感染対策加算3（2、8、9の項目について記載） |
| <input type="checkbox"/> | 歯科外来診療感染対策加算4（2及び8から12までの項目について記載） |
| 地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____ | |

※病初診の施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

- 2 歯科医師、歯科衛生士又は看護職員の氏名等
（歯科衛生士又は看護職員を○で囲むこと）

| 歯科医師氏名 | 歯科衛生士又は看護職員氏名 |
|--------|-----------------|
| 1. | 1. (歯科衛生士・看護職員) |
| 2. | 2. (歯科衛生士・看護職員) |
| 3. | 3. (歯科衛生士・看護職員) |

- 3 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ものを保管すること。

- 4 医療安全管理者

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
| | |

※歯科の外来診療部門に配置されている医療安全管理者を記載すること。

- 5 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) | | |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生セット | | |
| その他 | | |

6 緊急時の対応体制

| | |
|-------------|--|
| 緊急時の連絡体制方法等 | |
|-------------|--|

7 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 | |

8 院内感染管理者

| | |
|----|----|
| 氏名 | 職種 |
| | |

※歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

9 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

| | | |
|---------|--------|----------|
| 一般名称 | 装置の製品名 | 台数（セット数） |
| 歯科用吸引装置 | | |

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算4の届出を行う場合に記載すること。

10 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

| 受講者名 （常勤歯科医師名） | 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ものを保管すること。

11 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

(適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。)

| | |
|--|-------|
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である | □ |
| 当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している | □ |
| 新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している | □ |
| 事業継続計画の策定年月日 | 年 月 日 |

12 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | |
| 所在地 | |
| その他 | |

※当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 1 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、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第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。

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) 歯科診療特別対応加算を算定している外来患者の月平均患者数が十人以上である保険医療機関

| | | |
|--|---|-------------------|
| | 初診料の注6、再診料の注4の歯科診療特別対応加算1、2又は3を算定している患者の数 | |
| | 届出前3月間 年 月 ~ 年 月 | _____名 (月平均____名) |

(注) 令和6年5月31日以前の算定については、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算の算定回数を合計して差し支えない。

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) | | |
| 経皮的動脈血酸素飽和度測定器(パルスオキシメータ) | | |
| 酸素 | | |
| 救急蘇生セット | | |

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 緊急時に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。

6 連携する歯科診療を担当する他の保険医療機関

| | | |
|-------------|--|--|
| ① 名 称 | | |
| ② 所 在 地 | | |
| ③ 開 設 者 氏 名 | | |
| ④ 担当歯科医師名 | | |
| ⑤ 調整担当者名 | | |
| ⑥ 連 絡 方 法 | | |

様式 4 の 3

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 12 に掲げる
 情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療体制等

| 要件 | 該当 |
|--|--------------------------|
| (1) 「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」 （以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う 体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |
| (2) 対面診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |

2 患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

| | |
|-----------|--|
| ① 名称 | |
| ② 所在地 | |
| ③ 担当歯科医師名 | |

3 歯科医師の配置状況

| 配置歯科医師の 氏名 | 経験等 | 研修修了番号/ 受講番号等 | 研修修了年月日 |
|---------------|--------------------------|--|---------|
| | <input type="checkbox"/> | 情報通信機器を用いた 歯科診療を実施する 歯科医師が、歯科 オンライン指針に定め る「厚生労働省が 定める研修」を修了 している | |

[記載上の注意]

- 1 □には適合する場合「✓」を記入すること。
- 2 「3」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。

様式 4 の 4

歯科点数表の初診料の注 16 及び再診料の注 12 に係る報告書（8 月報告）

| | |
|--|--|
| 保険医療機関名 | |
| 保険医療機関コード <small>（レセプトに記載する 7 桁の数字を記載）</small> | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |
| 報告年月日 | |

1 情報通信機器を用いた診療実施状況

(1) 患者の所在毎の情報通信機器を用いた診療実施状況

| | 診療件数 | そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数 |
|--|------|---|
| 患者の所在が、上記医療機関と同一の市町村又は特別区である場合 (①) | 件 | 件 |
| 患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合 (②) | 件 | 件 |
| 全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合 (②/①+②) | % | |

(2) 患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況（具体的な医療機関名、紹介・連絡・情報提供の方法、事前合意の有無など）

| 市町村又は特別区名 | 直接の対面診療を行える体制の整備状況 |
|-----------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2 情報通信機器を用いた診療の件数

| | 対面診療で実施した 診療の算定件数 | | 情報通信機器を用いた診療の算定件数 | |
|-----|----------------------|-----|-------------------|-----|
| | 初診料 | 再診料 | 初診料 | 再診料 |
| 8月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 9月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 10月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 11月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 12月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 1月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 2月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 3月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 4月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 5月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 6月 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| 7月 | 件 | 件 | 件 | 件 |

〔記載上の注意〕

- 1 本報告については、前年8月1日又は「歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12」に係る届出を行った日～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。
なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「1の(2)患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が8割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い5箇所について記載すること。
- 3 「2 情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

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、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束の基準に適合していることを確認するための入院基本料及び特定入院料届出に係る添付書類

下記について、適合する場合は□に「✓」し、内容を記載すること。

- 当該保険医療機関において、別添6の別紙2及び別紙2の2を参考として入院診療計画を策定し、入院患者に対して説明を行っている。
- 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われ、院内感染防止対策委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

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

- 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備され、安全管理の体制確保のための委員会設置要綱、委員会議事録を作成している。

| | |
|-----------------------------------|-----|
| ①安全管理のための指針の整備状況 | |
| 指針の主な内容 | |
| ②安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度の整備状況 | |
| | |
| ③安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 | |
| 開催回数 | 回／月 |
| 委員会の構成 メンバー | |
| ④安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況 | 年 回 |

| | |
|----------|--|
| 研修の主な内容等 | |
|----------|--|

- 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われ、別添6の別紙3を参考として「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成している。

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

- 当該保険医療機関において、栄養管理体制が整備されている。(病院に限る)

| | | |
|-------------------|------|----|
| 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士 | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 備考 |
| | | |

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

- 適切な意思決定支援に関する指針を定めている。
- 身体的拘束の最小化を行うにつき、十分な体制が整備されている。
※精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む)は、以下①～④の記載は不要。

| | | | |
|--------------|----|----|----|
| ①身体的拘束最小化チーム | | | |
| 氏名 | 職種 | 氏名 | 職種 |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|----------------------------------|-------|-----------|-------|
| ②身体的拘束の実施状況の把握、管理者を含む職員への周知方法の状況 | | | |
| | | | |
| ③身体的拘束を最小化するための指針の整備状況 | | | |
| 指針の主な内容 | | | |
| 指針の策定日 | 年 月 日 | 指針の最新見直し日 | 年 月 日 |
| ④身体的拘束の最小化に関する職員研修の開催状況 | | 年 | 回 |
| 研修の主な内容等 | | | |

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

| | |
|---------|--|
| 保険医療機関名 | |
| 郵便番号 | |
| 住所 | |

1 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった日

| | | |
|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|

2 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった理由

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

3 非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに○）

| | | | |
|--|---|--|---|
| | 有 | | 無 |
|--|---|--|---|

4 3か月以内に常勤の管理栄養士が確保できる見通し
（どちらかに○）

| | | | |
|--|---|--|---|
| | 有 | | 無 |
|--|---|--|---|

5 常勤の管理栄養士の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに○）

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

[記載上の注意]

様式6を添付すること。

褥瘡対策に係る報告書

| 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況） | | |
|-------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| ① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数） | | 名 |
| ② ①のうち、d 1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数） | | 名 |
| ③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数） | | 名 |
| ④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数 | | 名 |
| ⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 | | |
| | | |
| ⑥ 褥瘡の重症度 | 入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況） | 院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況） |
| d 1 | 名 | 名 |
| d 2 | 名 | 名 |
| D 3 | 名 | 名 |
| D 4 | 名 | 名 |
| D 5 | 名 | 名 |
| DDTI | 名 | 名 |
| DU | 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-R2020 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-R2020 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。

様式5の5

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-------|---|
| 届出病棟名 | |
| 届出病床数 | 床 |

1-①. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合）

| <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"/> 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 | 経験年数 | 研修受講 |
| 医師 | | 時間 | | 年 | <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 | | 時間 | <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 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専任 | | |

1-②. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合）

| <input type="checkbox"/> 地域包括医療病棟入院料 | | | | |
|--------------------------------------|----|------|------|--------------------------|
| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修受講 |
| 医師 | | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |

2. プロセス・アウトカム評価

1) 早期リハビリテーション実施割合

| | |
|---|---|
| (①～⑨についての)算出期間（直近1年間もしくは3月間） （ 年 月 日～ 年 月 日） | |
| ① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ② ①のうち、入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ③ ②／①（8割以上） | % |

2) 土日祝日リハビリテーション実施状況

| | |
|---|------|
| ④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数 | 単位/日 |
| ⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数 | 単位/日 |
| ⑥ ⑤/④ (8割以上) | % |

3) 患者のADL

| | |
|--|---|
| ⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数(死亡退院及び終末期のがん患者を除く) | 名 |
| ⑧ ⑦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 | 名 |
| ⑨ ⑧/⑦ (3%未満) | % |

4) 褥瘡の院内発生率

| | |
|--|---|
| ⑩ 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) | 名 |
| ⑪ 調査日に褥瘡(DSIGN-R2020 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 | 名 |
| ⑫ ⑪/⑩ (2.5%未満) | % |

※ ⑩の入院患者数が80人以下の場合、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

※ ③、⑥、⑨及び⑫(⑩の入院患者数が80人以下の場合⑪)いずれの要件も満たす必要がある。

3. 疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算1の届出等

(地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合は記載不要)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 疾患別リハビリテーション料を届け出ている。 |
| <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1を届け出ている。 |
| <input type="checkbox"/> B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会の年1回以上の開催 |

[記載上の注意]

- には、適合する場合「✓」を記入のこと
- 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は、病棟に専従配置又は専任で配置するものについては該当する□に「✓」を記入のこと。管理栄養士は、専任として配置される病棟は、1名につき1病棟に限ること。
- 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。
- 早期リハビリテーション実施割合、土日祝日リハビリテーション実施状況及び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該当しない。
- 医師はリハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
に係る報告書（8月報告）

| | |
|-------|---|
| 届出病棟名 | |
| 病床数 | 床 |

1) 早期リハビリテーション実施割合

| | |
|---|---|
| (①～⑨についての)算出期間（直近1年間もしくは3月間） （ 年 月 日～ 年 月 日） | |
| ① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ② ①のうち、入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ③ ②／①（8割以上） | % |

2) 土日祝日リハビリテーション実施状況

| | |
|---|------|
| ④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数 | 単位／日 |
| ⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数 | 単位／日 |
| ⑥ ⑤／④（8割以上） | % |

3) 患者のADL（Barthel Index）

| | |
|--|---|
| ⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院及び終末期のがん患者を除く） | 名 |
| ⑧ ⑦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 | 名 |
| ⑨ ⑧／⑦（3%未満） | % |

4) 褥瘡の院内発生率

| | |
|---|---|
| ⑩ 調査日（報告日の前月の初日）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） | 名 |
| ⑪ 調査日に褥瘡（DESIGN-R2020 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 | 名 |
| ⑫ ⑪／⑩（2.5%未満） | % |

【記載上の注意】

- ①～⑨については、前年8月1日（又は届出日）～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。1年間の実績を報告する場合、算出期間について記載する必要はない。
- ⑪については、⑩の患者のうち、DESIGN-R2020 分類 d2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。）。
- ⑩の入院患者数が80人以下の場合は、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

療養病棟入院基本料における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」の施設基準に係る届出書添付書類

「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針」を定めている場合は、□に、「✓」を記入のこと

中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を保険医療機関として定めている。

[記載上の注意]

当該指針に関する資料の添付は不要である。

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書（8月報告）

| 1 届出入院料： | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------|------|----------------|---------|
| 2 当該病院の許可病床数 | | | | | 床 |
| 3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | | | 科 |
| 4 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の 経験年数 | 検査の経験年数 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | 年 | 年 |
| 5 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 6 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 7 連携する保険医療機関の名称： | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 時間 | | | |
| 8 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 9 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数 | | | | | 例 |
| 10 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数 | | | | | 例 |
| うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数 | | | | | 例 |

[記載上の注意]

- 常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

入院栄養管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 区分番号「A246」入退院支援加算の「注7」に掲げる入院時支援加算の届出状況
※該当するものに「✓」を記入すること。

有 ・ 無

2 管理栄養士の配置状況

| 専従の常勤 管理栄養士 | 病棟名 | 氏名 |
|----------------|-----|----|
| | | |
| | | |
| | | |

[記載上の注意]

届出に当たっては、担当する病棟の名称、専従の管理栄養士の氏名を記入する。

経腸栄養管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 栄養管理に係る体制（□に該当する場合「✓」を記入すること）

(1) 栄養サポートチーム加算の届出有無 □ 有 □ 無

(2) 専任の管理栄養士の配置状況

(1日に算定できる患者は、管理栄養士1名につき15人以内に限る)

| | |
|-------------------|--|
| 経腸栄養管理を担当する管理栄養士名 | |
|-------------------|--|

2. 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制

(1) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制

| | |
|-------------------------------------|---------|
| ① 自院で内視鏡下嚥下機能検査を実施できる体制の有無 | □ 有 □ 無 |
| ② 自院で嚥下造影を実施できる体制の有無 | □ 有 □ 無 |
| ③ 他の保険医療機関において内視鏡下嚥下機能検査を実施できる体制の有無 | □ 有 □ 無 |
| ④ 他の保険医療機関において嚥下造影を実施できる体制の有無 | □ 有 □ 無 |

(2) 他の保険医療機関との協力により内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制

| 保険医療機関名 | 標榜科 | 実施可能な検査 |
|---------|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 |
| | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 |
| | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 内視鏡下嚥下機能検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影 |

[記載上の注意]

1. □に該当する場合「✓」を記入すること。

2. 1(1)において、「栄養サポートチーム加算の届出有無」について有に「✓」を記入した場合、1(2)の記載は不要である。

3. 2(1)において、③及び④の無に「✓」をした場合、2(2)の記載は不要である。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。

(適合する場合は、□に「レ」を記入すること。)

| 該 当 に ○ | 入院基本料等 | 今回の届出 | | 届出 区分 | 病棟数 | 病床数 | 入院患者数 | | 平均在 院日数 |
|------------------|------------------------------|-------|-----|----------|-----|-----|-------|---------------|------------|
| | | 病棟数 | 病床数 | | | | 届出時 | 1日平均 入院患者数 | |
| | | | | | | | | | |
| | 総病床数 | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料 | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算) | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 一般病棟入院基本料 (特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 療養病棟入院基本料 | | | | | | | | / |
| | 療養病棟入院基本料 (特別入院基本料) | | | | | | | | / |
| | 結核病棟入院基本料 | | | | | | | | / |
| | 結核病棟入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算) | | | | | | | | / |
| | 結核病棟入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 結核病棟入院基本料 (特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 結核病棟入院基本料 (重症患者割合特別入院基本料) | | | | | | | | / |
| | 精神病棟入院基本料 | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算) | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料 (夜勤時間特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 精神病棟入院基本料 (特別入院基本料) | | | | | | | | |
| | 特定機能病院入院基本料 | | | | | | | | |
| | 一般病棟 | | | | | | | | |
| | 結核病棟 | | | | | | | | / |
| | 精神病棟 | | | | | | | | |
| | 専門病院入院基本料 | | | | | | | | |
| | 障害者施設等入院基本料 | | | | | | | | / |

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算) | | | | | | | | | |
| 救命救急入院料 | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| ハイケアユニット入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | | | | | | | | | |
| 小児特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| 新生児特定集中治療室管理料 | | | | | | | | | |
| 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料(再掲) | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 地域包括医療病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 病棟入院料 | 入院医療管理料 | | | | | | | | |
| 地域包括ケア病棟入院料 | 病棟入院料 | | | | | | | | |
| | 病棟入院料(注9に係る届出) | | | | | | | | |
| | 入院医療管理料 | | | | | | | | |
| 特殊疾患病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 緩和ケア病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 精神科救急急性期医療入院料 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 精神科地域包括ケア病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 特定一般病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 地域移行機能強化病棟入院料 | | | | | | | | | |
| 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 | | | | | | | | | |

※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, 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, 5, 6 |
| 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 |
| 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 |
| 精神科救急急性期医療入院料 | 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として様式6の2を添付すること。
- 7 「1日平均入院患者数」は、直近1年間の数値を用いて、別添2の第2の4に基づき算出すること。
- 8 「平均在院日数の算定期間」は、直近3か月間の数値を用いて、別添2の第2の3に基づき算出すること。

療養病棟入院基本料における医療区分の患者割合一覧表

| | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月～年 月 (直近3か月の合計) |
|---------|-----|-----|-----|-----------------------|
| ① 医療区分1 | | | | |
| ② 医療区分2 | | | | |
| ③ 医療区分3 | | | | |
| ④ 合 計 | | | | |
| ⑤ ②+③ | | | | |
| ⑤ / ④ | | | | |

[記載上の注意]

- ②医療区分2には、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者の延べ日数を記載すること。
- ③医療区分3には、「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者の延べ日数を記載すること。
- 直近3か月の医療区分の患者割合が分かる様式を別に作成している場合は、この様式に替えて提出しても差し支えないこと。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

○専従・専任等の看護職員配置状況

(届出があり、専従・専任の看護職員配置している場合には氏名を記入すること)

| | |
|-----------------|----|
| 褥瘡対策チーム専任看護職員 | 氏名 |
| 身体拘束最小化チーム専任看護師 | 氏名 |

| 区 分 | 看護職員の配置 | 氏 名 |
|--------------|--|-----|
| 外来感染対策向上加算 | 感染防止対策部門内に専任の看護師 | |
| 急性期充実体制加算 | 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師 | |
| 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 | |
| 小児緩和ケア診療加算 | 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従の常勤看護師で、小児患者の看護に従事し経験のある専従の常勤看護師 | |
| | 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の看護師 | |
| 精神科リエゾンチーム加算 | 精神科等の経験を有する、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| がん拠点病院加算 | がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師 | |
| 栄養サポートチーム加算 | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専従の常勤看護師 | |
| | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 医療安全対策加算 1 | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師 | |
| 医療安全対策加算 2 | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師 | |
| 感染対策向上加算 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 | |
| 感染対策向上加算 2 | 感染管理に従事した経験を有する専任の看護師 | |
| 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 | |
| 重症患者初期支援充実加算 | 当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の看護師 | |
| 褥瘡ハイリスク患者ケア加 | 褥瘡ハイリスク患者のケアに従事 | |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| 算 | 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 | |
| 術後疼痛管理チーム加算 | 手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を有し、術後疼痛管理に係る所定の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（入退院支援部門配置） | |
| | 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（入退院支援部門配置） | |
| 入退院支援加算 1 | 入退院支援及び地域連携業務に専従する専任の看護師（病棟配置） | |
| 入退院支援加算 3 | 入退院支援、新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師 | |
| | 入退院支援、新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する専任の看護師 | |
| 入院時支援加算 1・2（入退院支援加算の注 7） | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | 入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 精神科入退院支援加算 | 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（入退院支援部門配置） | |
| | 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（入退院支援部門配置） | |
| | 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師（病棟配置） | |
| 認知症ケア加算 1・2 | 認知症患者の看護に従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 排尿自立支援加算 | 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料の注 2 のイ） | 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 | |
| 早期離床・リハビリテーション加算（救命救急入院料の注 8） | 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 | |
| 重症患者対応体制強化加算（救命救急入院料の注 11） | 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、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師 | |
| 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 | |

| | | |
|---------------------------------------|---|-------------------|
| 重症患者対応体制強化加算 (特定集中治療室管理料の注6) | 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、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師 | |
| 早期離床・リハビリテーション加算(ハイケアユニット入院医療管理料の注3) | 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 | |
| 早期離床・リハビリテーション加算(脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注3) | 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 | |
| 早期離床・リハビリテーション加算(小児特定集中治療室管理料の注3) | 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 | |
| 成育連携支援加算(総合周産期特定集中治療室管理料の注3) | 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 養育支援体制加算(小児入院医療管理料の注7) | 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師 | |
| 地域包括ケア病棟入院料 | 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 | |
| 精神科養育支援体制加算(児童・思春期精神科入院医療管理料の注3) | 20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に充実する専任の常勤看護師 | |
| 特定一般病棟入院料 | 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 | |
| 地域移行機能強化病棟入院料 | 退院支援部署に専従の看護師 | |
| ウイルス疾患指導料 | H I V 感染者の看護に従事した経験を有する専任の看護師 | |
| 喘息治療管理料 | 専任の看護職員 | |
| 糖尿病合併症管理料 | 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有し、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した専任の看護師 | |
| がん患者指導管理料イ・ロ | がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した専任の看護師 | |
| 外来緩和ケア管理料 | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専従の常勤看護師 | |
| | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 移植後患者 | 臓器移植後 | 臓器移植に従事した経験を有し、移植 |

| | | | |
|----------------------------------|----------|--|--|
| 指導管理料 | | 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 | |
| 腎代替療法指導管理料 | | 腎臓病患者の看護の経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 生殖補助医療管理料 | | 患者からの相談に対応する専任の看護師 | |
| 二次性骨折予防継続管理料 | | 専任の常勤看護師 | |
| 慢性腎臓病透析予防指導管理料 | | 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師 | |
| 乳腺炎重症化予防ケア・指導料 | | 乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を有し、医療関係団体等から認証された専任の助産師 | |
| 院内トリアージ実施料 | | 救急医療に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 救急搬送看護体制加算 1・2（夜間休日救急搬送医学管理料の注3） | | 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師 | |
| 外来放射線照射診療料 | | 専従の看護師 | |
| 外来腫瘍化学療法診療料 1・2 | | 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師 | |
| ニコチン依存症管理料 | | 禁煙治療に係る専任の看護職員 | |
| 相談支援加算（療養・就労両立支援指導料の注3） | | 専任の看護師 | |
| 外来排尿自立指導料 | | 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料の注2） | | 呼吸器内科についての経験を有する看護師 | |
| 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 | | 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師 | |
| 外来化学療法加算 | | 化学療法の経験を有する専任の看護師 | |
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） | | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師 | |
| | | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の看護師 | |
| 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） | | 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の看護師 | |
| 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） | | 適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した専従の常勤看護職員 | |
| 摂食嚥下機能回復体制加算 1・2 | | 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験をし、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 摂食嚥下機能回復体制加算 | | 専任の常勤看護師 | |

| | | |
|---------------------------|---|--|
| 3 | | |
| 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 | |
| 児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法) | 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師又は看護師 | |
| 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 | |
| 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) | 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤看護師 | |
| 緊急穿頭血腫除去術 | 救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師 | |
| 麻酔管理料(Ⅱ) | 麻酔中の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(担当医師が実施する一部の行為を麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合) | |
| 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 | |
| ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算 | 放射線治療に専従の常勤の看護師 | |
| 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 | |

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

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

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

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

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

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

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

| 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 新規届出 | 既届出 | 項目名 |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| A101 療養病棟入院基本料 | | | A106 障害施設等入院基本料 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注12 夜間看護加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護補助加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注13 看護補助体制充実加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注10 看護補助体制充実加算1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注13 看護補助体制充実加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注10 看護補助体制充実加算2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注13 看護補助体制充実加算3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注10 看護補助体制充実加算3 |
| A207-3 急性期看護補助体制加算 | | | A207-4 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"/> | 注2 夜間30対1 | A214 看護補助加算 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注2 夜間50対1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注2 夜間100対1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算2 |
| A213 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"/> | 看護配置加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注2 夜間75対1看護体制加算 |
| A304 地域包括医療病棟入院料 | | | A307 小児入院医療管理料 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 25対1看護補助体制加算（5割以上） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護補助加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 25対1看護補助体制加算（5割未満） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注10 看護補助加算体制充実加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 50対1看護補助体制加算 | A308-3 地域包括ケア病棟入院料 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 75対1看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注3 看護職員配置加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注6 夜間30対1看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注4 看護補助者配置加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注6 夜間50対1看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 看護補助体制充実加算1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注6 夜間100対1看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 看護補助体制充実加算2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護職員夜間12対1配置加算1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注5 看護補助体制充実加算3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護職員夜間12対1配置加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注8 看護職員夜間配置加算 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護職員夜間16対1配置加算1 | A311 精神科救急急性期医療入院料 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注9 看護職員夜間16対1配置加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注4 看護職員夜間配置加算 |
| A311-3 精神科救急・合併症入院料 | | | A314 認知症治療病棟入院料 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注4 看護職員夜間配置加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 注2 認知症夜間対応加算 |

3. 入院患者の数及び看護要員の数

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

※小数点以下切り上げ

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

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

③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %

〔月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数 / 1日看護職員配置数〕

④ 平均在院日数 _____日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

⑤ 夜勤時間帯（16時間） _____時 _____分 ～ _____時 _____分

⑥ 月平均夜勤時間数 _____時間 〔(D - E) / B〕 ※小数点第2位以下切り捨て

⑦ 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護職員配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注3）を届け出る場合に記載》

（参考）最小必要数以上の看護職員配置数（必要数）： = 〔 (A / 50) × 3 〕 ※小数点以下切り上げ

⑧ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護補助加算・看護補助体制充実加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10）、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助体制加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注5）、看護補助加算・看護補助体制充実加算（A307 小児入院医療管理料の注9・注10）、看護補助者配置加算・看護補助体制充実加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4）等を届け出る場合に記載》

（参考）1日看護補助者配置数（必要数）： = 〔 (A / 配置区分の数) × 3 〕 ※小数点以下切り上げ

⑨ 月平均1日当たり看護補助者夜間配置数 _____人 ※小数点以下第2位以下切り捨て

《看護補助加算・看護補助体制充実加算（A106 障害者施設等入院基本料の注9・注10）、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対1看護補助加算、夜間看護補助体制加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注6）、看護補助加算・看護補助体制充実加算（A307 小児入院医療管理料の注9・注10）を届け出る場合に記載》

（参考）夜間看護補助者配置数（必要数）： = 〔 A / 配置区分の数 〕 ※小数点以下切り上げ

⑩ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 _____人 〔F / (日数 × 8)〕

※小数点第3位以下切り捨て

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

※小数点第3位以下切り捨て

⑪ 月平均1日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数 _____人

※小数点以下第2位以下切り捨て

《A315 精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合に記載》

(参考) 1日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数配置数(必要数) : =

[(A/13) × 3] ※小数点以下切り上げ

4. 勤務実績表

| 種別※1 | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2 | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数※6 | | | | | 月延べ勤務時間数 | (再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7 | |
|-------|----|-----|----|---------------|------------|--------------|----------|-------------|-----|-----|----|----|----------|---------------------------------|--|
| | | | | | | (該当するつに〇) ※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 | | | | | | | | | |
| その他 | | | | 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 | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|-------|-------------------------------|--------------|-----|
| 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/配置区分の数※11) × 3] | | 月平均1日当たり看護職員配置数 | [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

5. 勤務体制及び申し送り時間

| 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 | (: ~ :) | | (: ~ :) | | (: ~ :) |

〔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×日数×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/配置区分の数 ^{※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 ^{※12} 〕 | 〔G/(日数×8)〕 |
| 夜間看護補助者配置数(必要数) ^{※10} | A/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/(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〕 |

〔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)×3〕 |
| 月平均1日当たり看護職員配置数 | 〔C/(日数×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×日数×8)} / (日数×8)〕 |

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。
- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外(外来等)に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
配置数の上限〔(A/200)×3〕を超える主として事務的業務を行う看護補助者は様式9に記載しないこと。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者(夜勤専従者は含まない)は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務時間を含む)で除して得た数を記入すること。
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。
①夜勤専従者、②急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者(短時間正職員においては12時間未満の者)、③急性期一般入院基本料、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 〔D〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」(月延べ勤務時間数欄の中段)の計である。
- ※9 〔F〕は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数(例えば、急性期一般

入院料1の場合「7」、10対1入院基本料の場合「10」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」をいう。

- ※12 地域包括ケア病棟入院料の注4に掲げる看護補助者配置加算及び注5に掲げる看護補助体制充実加算は、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。
- ※16 精神科地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師は、勤務実績表において「その他」欄に記入すること。

[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・看護補助体制充実加算(A101療養病棟入院基本料の注12・注13)、A207-4看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算(A304地域包括医療病棟入院料の注9、A308-3地域包括ケア病棟入院料の注8、A311精神科救急急性期医療入院料の注4、A311-3精神科救急・合併症入院料の注4)は、常時16対1(A207-4看護職員夜間配置加算及びA304地域包括医療病棟入院料の注9は、12対1の場合も含む。)を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類(様式9の2を参照)を添付すること。

(年 月) 夜間看護職員配置状況

| 病棟名 () | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | 深夜 看護 | |
| () 患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 看護職員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 看護職員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 看護職員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 患者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () 看護職員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【記載上の注意】

- 「患者」は16時から24時まで、「深夜」は0時から8時までを表示し、月の初日の0時から来日の24時までの夜勤記録が確認できるように作成すること。
- 患者数については、各勤務帯の最大の患者数を記載すること。
- 看護職員については、各勤務帯の勤務者数を記載し、遅刻・早退・他部署勤務があった場合は、当該病棟に勤務しなかった時間を別紙等でわかるように添付すること。
- 各病棟の記載欄は、病棟数に応じて適宜追加すること。
- 「①/②」については、小数点以下を切り上げること。
- 2次帯、3次帯以外の交替勤務を行っている場合は、各勤務帯の従事者と看護職員数がわかるように様式を変更すること。
- 勤務帯ごとの患者数と看護職員数がわかる様式を別に作成している場合は、この様式に替えて提出しても差し支えないこと。
- 療養病棟入院基本料の注りに掲げる「夜間看護加算」の届出を行う場合には、「看護職員」と読み替え、看護補助者を含む配置数を記載すること。

様式 10

- 急性期一般入院基本料
- 7 対 1 入院基本料
- 10 対 1 入院基本料
- 地域一般入院料 1
- 看護必要度加算
- 一般病棟看護必要度評価加算
- 総合入院体制加算
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算 1
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 地域包括医療病棟入院料
- 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・8月報告）

（該当するものを○で囲むこと）

1 入院基本料（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（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に限る）

(1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票（該当する欄の口に「✓」を記入のこと。）

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行っている（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由（電子カルテシステムを導入していない）がある場合）

(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○) | 届出病床数 | 入院患者の状況（直近 3 月）（ 年 月 ~ 年 月） | | | | |
|--|-------|-----------------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| | | ア 入院患者延べ 数 | 【基準①】 | | 【基準②】 | |
| | | | イ アのうち A 3 点以上又は C 1 点以上に該 当する患者の 延べ数 | ウ 該当患者割合 (イ/ア) | エ アのうち A 2 点以上又は C 1 点以上に該 当する患者の 延べ数 | オ 該当患者割合 (エ/ア) |
| 急性期一般入院 料 1 | 床 | 名 | 名 | % | 名 | % |
| 特定機能病院入 院基本料（一般 病棟に限る。） (7 対 1) | | | | | | |
| 専門病院入院基 本料 (7 対 1) | | | | | | |

2 入院基本料等（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（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を除く）

(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 ） | | | | |
|---|---|---|-----------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | | | | ア 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 | |
| | | | | | イ アのうち基 準を満たす 患者の延べ 数 | ウ 該当患者割 合 （イ/ア） | エ アのうち基 準を満たす 患者の延べ 数 | オ 該当患者割 合 （エ/ア） |
| 一般病棟 入院基本料 専門病院 入院基本料 （がん・循環 器） 特定機能 病院入院 基本料 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 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 看護補助 加算 1 | 床 | 名 | 名 | % | 名 | % |
| | 7 対 1 10 対 1 13 対 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 ） | | | | |
|--|-----------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | ア 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 | |
| | | | イ アのうち基 準を満たす患者 の延べ数 | ウ 該当患者割 合 （イ/ア） | エ アのうち基 準を満たす患者 の延べ数 | オ 該当患者割 合 （エ/ア） |
| 総合入院体制加算 1 総合入院体制加算 2 総合入院体制加算 3 | 床 | 名 | 名 | % | 名 | % |

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） | | | | |
|--|---|-----------|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | | | ア 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 | |
| | | | | イ アのうち基 準を満たす 患者の延べ 数 | ウ 該当患者割 合 （イ／ア） | エ アのうち基 準を満たす 患者の延べ 数 | オ 該当患者割 合 （エ／ア） |
| 脳卒中ケアユニット 入院医療管理料 地域包括医療病棟 入院料（基準①） 地域包括ケア病棟 入院料 特定一般病棟入院料 特定一般病棟入院 料の注7 | 入院料1 管理料1 入院料2 管理料2 入院料3 管理料3 入院料4 管理料4 一般病棟看護 必要度評価加算 | 床 | 名 | 名 | % | 名 | % |

4 院内研修の実施状況

| | |
|--|-------|
| 一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度に係る 院内研修の実施状況 | 実 施 日 |
| | 年 月 日 |

〔記載上の注意〕

- 1 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、Ⅰ又はⅡを「✓」又は○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、産科及び15歳未満の小児の患者に該当する患者は、対象に含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。重症度、医療・看護必要度Ⅱに当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は含めない。
- 6 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。
- 7 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。
- 8 8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「✓」又は○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

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) 他院の特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 | 名 |
| | (7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室 | 名 |
| | (8) (4)～(7)を除く病院 | 名 |
| ② | 自宅等に退院するものの割合(80%以上) $((1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)) / ①$ | % |

※ 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]

届け出る病棟が複数ある場合には、届け出る全ての病棟について記載すること。

様式 10 の 7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

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

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

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

[記載上の注意]

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、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は精神科入退院支援加算の入退院支援部門に配置されている精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
4. (a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
5. 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) \geq 0.9

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

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

2. 退院患者の状況

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

3. 病床の利用状況

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

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

様式 10 の 9

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料
(精神病棟に限る。)の施設基準に係る届出書添付書類

1 7対1入院基本料及び10対1入院基本料に係る施設基準

| | |
|-------------------------------|---|
| ① 当該病棟の直近3か月の新規入院患者数 | 名 |
| ② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下の患者数 | 名 |
| $② \div ① \times 100$ (50%以上) | % |

2 13対1入院基本料に係る施設基準

| | |
|---|---|
| ① 当該病棟の直近3か月の新規入院患者数 | 名 |
| ② 上記入院患者のうち、GAF 尺度 30 以下又は区分番号「A230-3」に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象の患者数 | 名 |
| $② \div ① \times 100$ (40%以上) | % |

感染症病床を有する一般病棟の病棟単位届出書添付書類

| | 病棟数 | 病床区分 | 病床数 | 入院患者数 | | 平均在院 日数 | | |
|--|-------------------|-------|---------|--------------|---------------|--------------|-------|--------------|
| | | | | 届出時 | 1日平均 入院患者数 | | | |
| 病及 棟 ・ 平 病均 床在 ・ 院 入日 院数 患 者 数 | | 感染症病床 | 床 | 名 | 名 | 日 | | |
| | | 一般病床 | 床 | 名 | 名 | | | |
| | | 一般病棟 | 床 | 名 | 名 | | | |
| | 合計 | 一般病棟 | 合計 | 合計 | 合計 | | | |
| 看及 護 師 ・ 護 准 補 助 者 数 | | | 看護要員現員数 | | | | | |
| | | | 看護師 | | 准看護師 | | 看護補助者 | |
| | | | 病棟勤務 | 病棟以外 との兼任 | 病棟勤務 | 病棟以外 との兼任 | 病棟勤務 | 病棟以外 との兼任 |
| | 感染症病床を有する 一般病棟 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 一般病棟 | | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | 一般病棟 合計 | | 合計 | | 合計 | | 合計 | |

* 1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 * 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、感染症病床を有する一般病棟における感染症病床以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、一般病棟（感染症病床を含む。）を包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、感染症病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数、看護要員現員数の合計を記載すること。
- 4 感染症病床を有する一般病棟について、別添7の様式9を記載し添付すること。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | 区 分 | 病 床 数 | 入 院 患 者 数 | | 備 考 |
|---|-----|-----------|----------------|----------------|----------------------|---|
| | | | | 届 出 時 | 1 日 平 均 入 院 患 者 数 | |
| 入 病 院 床 患 者 及 数 び | 総 数 | | 床 | 名 | 名 | 1 日 平 均 入 院 患 者 数 算 出 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 内 訳 | 一般病床 | 床 | 名 | 名 | |
| | | 療養病床 | 床 | 名 | 名 | |
| 看 護 要 員 数 | | | 看護師・准看護師 | | 看 護 補 助 者 | |
| | | | 入院患者に 対する勤務 | 入院患者以 外との兼務 | 入院患者に 対する勤務 | 入院患者以 外との兼務 |
| | 総 数 | 名 | 名 | 名 | 名 | |
| | 内 訳 | 一般病床 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| | | 療養病床 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 上記以外の勤務 | | 名 | | 名 | | |
| 勤 務 形 態 (該当するものに○印) (時間帯を記入) | | 時 間 帯 区 分 | | | | |
| | | 当直制 | ・ | 交代制 | ・ | その他 |
| | | (: ~ :) | (: ~ :) | (: ~ :) | (: ~ :) | |
| 有床診療所入院基本料の 夜間緊急体制確保加算に 係る夜間の緊急体制確保 の実施の有無 | | (有 ・ 無) | | | | |

[記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には1から6のいずれかを記入する。
- 2 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 3 様式12の2を添付すること。
- 4 注の加算に係る施設基準を届け出る場合には、併せて様式12の3から12の6までを添付すること。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

| | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 形 態 | 勤 務 時 間 |
|------------------|-----|-----|---------|---------|
| 一 般 病 床 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 療 養 病 床 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

[記載上の注意]

- 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
- 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
- 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 及び介護障害連携加算の 施設基準に係る届出書添付書類

有床診療所入院基本料 1、2 又は 3 の施設基準に係る事項

次の該当する項目に○をつけること（（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち 2 つ以上に該当すること）。

| | |
|-----|--|
| （イ） | 過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護予防短期入所療養介護若しくは同法第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供した実績があること、介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院を併設していること、又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。 |
| （ロ） | 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。 |
| （ハ） | 過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。 |
| （ニ） | 有床診療所入院基本料「注 6」に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 |
| （ホ） | 区分番号「A001」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。 |
| （ヘ） | 過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料、13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一 |

| | | |
|--|-----|--|
| | | 般入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあつては区分番号「A 2 0 5」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。 |
| | (ト) | 過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が 2 件以上であること。 |
| | (チ) | 過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。 |
| | (リ) | 区分番号「A 3 1 7」に掲げる特定一般病棟入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。 |
| | (ヌ) | 過去 1 年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。 |
| | (ル) | 過去 1 年間に、区分番号「A 2 0 8」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A 2 1 2」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A 2 2 1 - 2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。 |

有床診療所入院基本料における介護障害連携加算に係る事項

| | |
|-----------------------------|-------|
| 介護障害連携加算届出の有無 (該当するものに○) | 有 ・ 無 |
|-----------------------------|-------|

「介護障害連携加算届出の有無」の有に○をつけた場合には、次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|--|
| | 上記（イ）への該当 |
| | 過去 1 年間に、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又は同法第 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を提供した実績があること。 |
| | 過去 1 年間に、区分番号「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第 8 条の 2 第 5 項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 |
| | 過去 1 年間に、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第 5 条第 8 項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。 |

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式12の4

有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

| No | 保険医登録番号 | 医療機関名 | 氏名 | 担当する曜日・時間帯 |
|----|---------|-------|----|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

〔記載上の注意〕

- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
- 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の 施設基準に係る届出書添付書類

- 1 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

医師配置加算 1 ・ 医師配置加算 2

- 2 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
| | 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。 |
| | 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。 |
| | 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。 |
| | 区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。 |
| | 夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。 |

- 3 医師の名簿（2 名以上）

| No. | 保険医登録番号 | 氏 名 | 勤務の態様 | 週平均 勤務時間数 | 1 日平均 勤務時間数 |
|-----|---------|-----|--------------|--------------|----------------|
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |
| | | | { 常 勤 非常勤 | | |

所定労働時間 時間／週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 6

有床診療所入院基本料の看護配置加算、
夜間看護配置加算、看取り加算又は看護補助配置加算の施設基準に
係る届出書添付書類

1 看護配置加算

(1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

看護配置加算 1 ・ 看護配置加算 2

(2) 氏名の記入一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。

看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

| 看護職員氏名 | |
|--------|------------|
| | (再掲) 看護師氏名 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2 夜間看護配置加算、看取り加算

(1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

①夜間看護配置加算 1 ・ 夜間看護配置加算 2

②看取り加算

(2) 夜間の看護職員の配置数

夜間の看護職員の配置数を記入すること。

なお、夜間看護配置加算 1 を算定する場合は、必要に応じて夜間の看護補助者数
及び当直の看護要員数もあわせて記入すること。

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| 夜間の看護職員数 | 夜間の看護補助者数 | (再掲)当直の看護要員数 |
| 名 | 名 | 名 |

[記載上の注意]

夜間看護職員が1名である場合には、当該職員を当直として計上できないものであること。

3 看護補助配置加算

(1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

看護補助配置加算1 ・ 看護補助配置加算2

(2) 氏名の記入一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

| 看護補助者氏名 | 職種 |
|---------|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

[記載上の注意]

1 看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。

2 看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

例) 看護配置加算算定の欄に、A、B、Cの3名の氏名を記載し、看護補助配置加算算定の欄に、Cの氏名を再度記載することは不可。

有床診療所急性期患者支援病床初期加算
 有床診療所在宅患者支援病床初期加算
 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算
 有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
| | 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30例以上である。 |
| | 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。 |
| | 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。 |
| | 区分番号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。 |
| | 夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。 |

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

| | |
|--|-------------------------------------|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
|--|-------------------------------------|

[届出上の注意]

1又は2において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

栄養管理実施加算の施設基準に係る届出書添付書類
(有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料のみ)

1 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士

| 氏名 | 勤務時間 | 備考 |
|----|------|----|
| | | |

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

| |
|--|
| <p>(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。</p> <p>(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別添 6 の別紙 23 又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。</p> <p>(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に添付すること。</p> <p>(ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。</p> <p>(ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> |
|--|

[記載上の注意]

栄養管理計画に基づき入院患者の栄養管理の実施内容が確認できる文書を添付すること。

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出病床の状況

一般病床数 (床)

2. 退院患者の状況

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の療養病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (70%以上) | % |

3. 病床の利用状況

| | | |
|--|---------------------------------|---|
| 算出期間 (年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ③ | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該3月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む) | 名 |
| ⑥ | (④+⑤) / 2 | 名 |
| ⑦ | 平均在院日数 ③／⑥ (90日以内)(小数点以下は切り上げる) | 日 |

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

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出病床の状況

療養病床数（ 床）

2. 退院患者の状況

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数(再入院患者、死亡退院患者を除く) | 名 |
| (再掲) | (1)在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2)(1)のうち、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できた患者 | 名 |
| | (3)介護老人保健施設 | 名 |
| | (4)同一の保険医療機関の一般病床 | 名 |
| | (5)他の保険医療機関 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (2)／① (50%以上) | % |

3. 病床の利用状況

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| 算出期間 (年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ③ | 当該病床における直近3月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病床における当該3月間の新入院患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病床における当該3月間の新退院患者数(死亡退院を含む) | 名 |
| ⑥ | (④+⑤) / 2 | 名 |
| ⑦ | 平均在院日数 ③／⑥ (365日以内) (小数点以下は切り上げる) | 日 |

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

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 救急救命入院料の「注2」に規定する精神疾患診断初回加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る）（ ）件 |
| 4 全身麻酔による年間手術件数 | （ ）件 |
| 5 手術等の件数 | ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術（40件／年以上）（ ）件 イ 悪性腫瘍手術（400件／年以上）（ ）件 ウ 腹腔鏡手術（100件／年以上）（ ）件 エ 放射線治療（体外照射法）（4,000件／年以上）（ ）件 オ 化学療法（1,000件／年以上）（ ）件 カ 分娩（100件／年以上）（ ）件 アからカのうち基準を満たす要件の数（ ） |
| 6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。 | <input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 2 救命救急センター <input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 5 その他（ ） |
| | <input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している |
| 7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の場合に記載すること。 | 1年間の救急用の自動車等による搬送件数（2,000件／年以上）（ ）件 |
| 8 外来縮小体制 | 1-1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の報告の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ） |

| | |
|---|---|
| | <p>1-2 診療情報提供料等を算定する割合（4割以上） $(②+③) / ① \times 10$ () 割</p> <p>① 総退院患者数 () 件</p> <p>② 診療情報提供料（I）の注「8」の加算を算定する退院患者数 () 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p> |
| <p>9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制</p> | <p>様式 13 の 2 に記載すること。 ※ 直近 8 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p> |
| <p>10 地域連携室の設置</p> | <p>(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> |
| <p>11 24時間の画像及び検査体制</p> | <p>(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> |
| <p>12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制</p> | <p>(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> |
| <p>13 禁煙の取扱</p> <p>※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。</p> | <p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙上を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ()</p> |

| | |
|--|---|
| 14 療養病棟入院基本料の届出等 | <ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料の届出 (<input type="checkbox"/>有・ <input type="checkbox"/>無) ・地域包括ケア病棟入院料の届出 (<input type="checkbox"/>有・ <input type="checkbox"/>無) <p>(地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院の設置 <p>(<input type="checkbox"/>有・ <input type="checkbox"/>無)</p> |
| 15 外部評価について ※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。 | <p>該当するものにチェックすること。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。</p> <p>()</p> |
| 16 急性期充実体制加算の届出 | <p><input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない。</p> |

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1及び2については、総合入院体制加算2又は3の届出を行う場合において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「5」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 3 「6」の「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。
- 4 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 5 様式13の2を添付すること。

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 （□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | |
|---|--|
| 年 月 日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況 | |
| (1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | |
| ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者 | 氏名: _____ 職種: _____ |
| イ 医療従事者の勤務状況の把握等 | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容 | <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 | 開催頻度: _____ 回/年(うち、管理者が出席した回数 _____ 回) 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種(_____) |
| エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 | <input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 |
| オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 _____) |
| (2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容 | |
| (イ)～(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。 | |
| <input type="checkbox"/> (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 | <input type="checkbox"/> 外来診療時間の短縮 ※ 許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。 <input type="checkbox"/> 地域の他の保険医療機関との連携 <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> (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) | <input type="checkbox"/> 夜間帯の保育の実施 <input type="checkbox"/> 病児保育の実施 |
| <input type="checkbox"/> (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減 | |
| <input type="checkbox"/> (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善 | |
| <input type="checkbox"/> (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減 | <input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者: _____ 名 |
| <input type="checkbox"/> (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減 | <input type="checkbox"/> 院内助産 <input type="checkbox"/> 助産師外来 |
| <input type="checkbox"/> (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減 | |

〔記載上の注意〕

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 当該加算の変更の届出に当たり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
 （新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

| 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 | 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 |
|--------------------------|--------------------------|--|-------|--------------------------|--------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (療養病棟入院基本料の注12・注13) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (障害者施設等入院基本料の注9・注10) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間急性期看護補助体制加算 (対1) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 1・2・3 (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間75対1看護補助加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (看護補助加算) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制加算 (対1) ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括医療病棟入院料の注5・注8) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護補助体制加算 (対1) (地域包括医療病棟入院料注6) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 (地域包括医療病棟入院料の注7) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算／看護補助体制充実加算 (小児入院医療管理料注9・注10) | 年 月 日 | <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) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助者配置加算 ／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括ケア病棟入院料の注4・5) (該当するものに○をつけること) | 年 月 日 | <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8) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注5) | 年 月 日 | <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) | 年 月 日 |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況
 (1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

| | |
|--------------------------------|---|
| ア 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者 | 氏名: _____ 職種: _____ |
| イ 看護職員の勤務状況の把握等 | |
| (ア) 勤務時間 | 平均週 _____ 時間 (うち、時間外労働 _____ 時間) |
| (イ) 2交代の夜勤に係る配慮 | <input type="checkbox"/> 勤務後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 <input type="checkbox"/> 16時間未満となる夜勤時間の設定 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) |
| (ウ) 3交代の夜勤に係る配慮 | <input type="checkbox"/> 夜勤後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 | 開催頻度: _____ 回/年 参加人数: 平均 _____ 人/回 参加職種 (_____) |
| エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 | <input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 |
| オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法: _____) |

(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容

| | |
|--------------------------|--|
| ア 業務量の調整 | <input type="checkbox"/> 時間外労働が発生しないような業務量の調整 |
| イ 看護職員と他職種との業務分担 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他(職種) |
| ウ 看護補助者の配置 | <input type="checkbox"/> 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 <input type="checkbox"/> 看護補助者の夜間配置 |
| エ 短時間正規雇用の看護職員の活用 | <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の看護職員の活用 |
| オ 多様な勤務形態の導入 | <input type="checkbox"/> 多様な勤務形態の導入 |
| カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮 | <input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> 夜間保育の実施 <input type="checkbox"/> 夜勤の減免制度 <input type="checkbox"/> 休日勤務の制限制度 <input type="checkbox"/> 半日・時間単位休暇制度 <input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 他部署等への配置転換 |
| キ 夜勤負担の軽減 | <input type="checkbox"/> 夜勤従事者の増員 <input type="checkbox"/> 月の夜勤回数の上限定 |

(3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

① 交代制勤務の種別 (□3交代、 □変則3交代、 □2交代、 □変則2交代)

② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理

| | 1)夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10) | 2)夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注7) | 3)看護職員夜間配置加算(12対1配置1・16対1配置1) | 4)看護補助加算(夜間看護体制加算) | 5)看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5/精神科救急・合併症入院料の注5) | 6) 1)から5)のいずれかの加算を算定する病棟以外 |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|
| ア 11時間以上の勤務間隔の確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ 暦日の休日の確保 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (ア)過去1年間のシステムの運用 | (□) | (□) | (□) | (□) | (□) |
| | (イ)部署間における業務標準化 | (□) | (□) | (□) | (□) | (□) |
| キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク 看護補助者の夜間配置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| コ 夜間院内保育所の設置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 該当項目数 | () | () | () | () | () | |
| (参考)満たす必要がある項目数 | 4項目以上 | 3項目以上 | 4項目以上 | 4項目以上 | 3項目以上 | |

〔記載上の注意〕

- 2(1)イ(ア)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 2(3)①の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに「✓」を記入すること。
- 2(3)②クは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入すること。
- 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5又は精神科救急・合併症入院料の注5に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目のうち□に「✓」を記入したものについて、以下の書類を添付すること。
 - ・アからエについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績(1)、2)又は4)は看護要員、3)又は5)は看護職員)が分かる書類
 - ・オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類
 - ・カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類
 - ・ク及びケについては、様式9
 - ・コについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料
 - ・サについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員(1)、2)又は4)又は看護職員(3)又は5))の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類

- 5 夜間看護体制加算(障害者施設等入院基本料の注10)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1又は看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料の注5又は精神科救急・合併症入院料の注5に限る。)を算定する医療機関は、2(3)②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
- 6 2(3)②の6)は、1)から5)のいずれの加算も届け出ていない病棟における、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理の状況について、口に「✓」を記入すること。
- 7 各加算の変更の届出にあたり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。
ただし、2(3)②の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等1)～5)を届け出る場合を除く。
- 8 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

1 医師の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
 （新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

| 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 | 新規届出 | 既届出 | 項目名 | 届出年月日 |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 医師事務作業補助体制加算1 （対1補助体制加算） | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 医師事務作業補助体制加算2 （対1補助体制加算） | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

年 月 日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

| | | |
|---|---|----------------------|
| ア 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者 | 氏名: | 職種: |
| イ 医師の勤務状況の把握等 | | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | | |
| <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(自己申告) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容 | | |
| <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | |
| (ウ) 勤務時間 | 平均週 _____ 時間 | (うち、時間外・休日 _____ 時間) |
| (エ) 当直回数 | 平均月当たり当直回数 _____ 回 | |
| (オ) その他 <input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> 上記の勤務体系の職員への周知 | | |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 | 開催頻度: _____ 回/年(うち、管理者が出席した回数 _____ 回) | |
| | 参加人数: 平均 _____ 人/回 | |
| | 参加職種(_____) | |
| エ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 | <input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 | |
| オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 _____) | |

(2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容

ア 必ず計画に含むもの

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初診時の予診の実施 <input type="checkbox"/> 入院の説明の実施 <input type="checkbox"/> 服薬指導 | <input type="checkbox"/> 静脈採血等の実施 <input type="checkbox"/> 検査手順の説明の実施 <input type="checkbox"/> その他 |
|---|--|

イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施 |
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。 |
| <input type="checkbox"/> ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮 |
| <input type="checkbox"/> ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施 |
| <input type="checkbox"/> ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用 |

〔記載上の注意〕

- 1 医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 (1)イ(ウ)勤務時間及び(エ)当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 3 各加算の変更の届出にあたり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。
- 4 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

(新規・8月報告)

1. 届出に係る区分（届出を行うものに「✓」を記入すること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 1 <input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算 2 <input type="checkbox"/> 小児・周産期・精神科充実体制加算 <input type="checkbox"/> 精神科充実体制加算 |
|---|

2. 許可病床数

| | |
|-------|---|
| 許可病床数 | 床 |
|-------|---|

3. 急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------|---|--------------|-------------|--|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を算定する病棟を有する保険医療機関である。 <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行っている。 | | | | | | | | |
| 1 手術等に係る実績 | 以下を満たしている。 急性期充実体制加算 1 : <input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしている。 急性期充実体制加算 2 : <input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしている。 | | | | | | | |
| | 以下に年間件数又は許可病床 1 床あたりの年間件数※ ¹ を記入※ ² すること。 ※ ¹ () の許可病床 1 床あたりの記載は、令和 6 年 3 月 31 日時点で急性期充実体制加算に係る届出を行っている許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。 ※ ² 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えないこと。 | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">ア</td> <td style="padding: 5px;"> (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上) </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">(許可病床 1 床あたり</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">件／年 件／年)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;"> うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上) </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">(許可病床 1 床あたり</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">件／年 件／年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：</td> </tr> </table> | ア | (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり | 件／年 件／年) | | うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり |
| ア | (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり | 件／年 件／年) | | | | | |
| | うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり | 件／年 件／年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組： | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------------------|---|---|--|---------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|-----------------------------|-----|
| | <table border="1"> <tr> <td>(ロ)悪性腫瘍手術 (400件/年以上) (1.0件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ハ)腹腔鏡下手術又は胸腔鏡 下手術(400件/年以上) (1.0件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ニ)心臓カテーテル法による 手術(200件/年以上) (0.6件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上)</td> <td>件/年</td> </tr> </table> | (ロ)悪性腫瘍手術 (400件/年以上) (1.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ハ)腹腔鏡下手術又は胸腔鏡 下手術(400件/年以上) (1.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ニ)心臓カテーテル法による 手術(200件/年以上) (0.6件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上) | 件/年 |
| (ロ)悪性腫瘍手術 (400件/年以上) (1.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ハ)腹腔鏡下手術又は胸腔鏡 下手術(400件/年以上) (1.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ニ)心臓カテーテル法による 手術(200件/年以上) (0.6件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | | |
| (ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上) | 件/年 | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">イ</td> <td>(イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> <tr> <td>(ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり 件/年 件/年)</td> </tr> </table> | イ | (イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | (ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | |
| イ | (イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上) | | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | |
| | (ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上) | (許可病床1床あたり 件/年 件/年) | | | | | | | | | | | |
| 2 外来化学療法の実施を推進する体制 | <p>1のアの(ヘ)を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法を実施した患者全体(①)に占める、外来で化学療法を実施した患者(②)の割合(③)が6割以上である。</p> <p>① 化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>② うち、外来で化学療法を実施した実患者数 () 件/年</p> <p>③ ① ÷ ② × 10 = () 割</p> | | | | | | | | | | | | |
| 3 24時間の救急医療提供 | <p>ア 該当するものを記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している</p> <p><input type="checkbox"/> 救急搬送件数(2,000件/年以上)(6.0件/年/床以上) 件/年(許可病床数1床あたり 件/年)</p> <p>イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 (<input type="checkbox"/> 自院 ・ <input type="checkbox"/> 他院) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載 :)</p> | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|---|---|---|---------------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 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 日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の「注 2」に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数の合計（20 件／年以上） 件／年 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウ <input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 高度急性期医療の提供 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 救命救急入院料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料</td> <td>床</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料</td> <td>床</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 | 床 | <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 | 床 | <input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料 |
| <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料 | 床 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 感染対策 | <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1 の届出を行っている。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 24 時間の画像診断及び検査体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 精神科リエゾンチーム加算等の届出 | <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算 1 の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算 2 の届出を行っている。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制 | ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） <ul style="list-style-type: none"> 医師： 専任の看護師： | | | | | | | | | | | | | | | |
| | イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名： | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | エ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日： | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------|--|
| 12 他の入院料の届出状況等 | <input type="checkbox"/> 療養病棟入院基本料又は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。 |
| | <input type="checkbox"/> 以下の③の割合が9割以上であること。 ① 一般病棟の病床数の合計 () 床 ② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、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、精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数 () 床 ③ $① \div ② \times 10 = ()$ 割 |
| | <input type="checkbox"/> 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又介護医療院を設置していない。 |
| | <input type="checkbox"/> 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。 |
| 13 退院に係る状況等 | 以下のいずれも満たすこと。 |
| | <input type="checkbox"/> 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 () 日 (小数点第一位まで) |
| | <input type="checkbox"/> 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満であること。() 割 |
| | <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの届出を行っていること。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算2の届出を行っている。 |
| 14 禁煙の取扱い | <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料にチェックすること。 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 <input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 () |
| | 該当するものにチェックすること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。() <input type="checkbox"/> 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり |
| 15 外部評価 | |

| | |
|----------------|--|
| | 受審予定時期 (令和 年 月) |
| 16 総合入院体制加算の届出 | <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算の届出を行っていない。 |

4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

| | |
|-----------------------------|---|
| 1 異常分娩の件数 | (小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 異常分娩の件数が 50 件/年以上である。 (件/年) |
| 2 6歳未満の乳幼児の手術件数 | (小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 6歳未満の乳幼児の手術件数が 40 件/年以上である。 (件/年) |
| 3 精神病床 | 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数 () 床 |
| 4 精神疾患患者に対する体制 | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。 |
| 5 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。 |
| | <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 (床) (人) |
| | <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 (床) (人) |

〔記載上の注意〕

- 1 「急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「3」のアを記入した場合には、24 時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 2 「急性期充実体制加算 1 及び 2 の施設基準」の「10」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 「4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準」の「4」については、精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 5 様式6を添付すること。
- 6 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付すること。
- 7 手術等に係る実績のうち、許可病床数 300 床未満の保険医療機関の基準については、令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関において、令和8年5月31日までの間に限り適用されるものであること。
- 8 「2」の「外来で化学療法を実施した実患者数」とは、1サイクル（クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す）以上、外来で化学療法を実施した実患者数を指す。
- 9 「3」のウ「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------|
| 専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項 | 医 師 氏 名 | 脳卒中の診断及び治療の経験年数 |
| | | 年 |
| 医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関において、以下の基準を満たしている場合には、上記に代えて次の1～4を記載すること。 | | |
| 1 超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されている | (□には適合する場合「✓」を記入すること。) □ | 連携先保険医療機関名 () |
| 2 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療(テレストローク)ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されている | (□には適合する場合「✓」を記入すること。) □ | |
| 3 配置されている常勤医師 | 医師氏名 () | |
| 4 脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断等について連携先保険医療機関と連携する体制が整備されている | (□には適合する場合「✓」を記入すること。) □ | |
| 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等 | | |
| 救急蘇生装置 | 名称 () | () 台 |
| 除細動器 | 名称 () | () 台 |
| 心電計 | 名称 () | () 台 |
| 呼吸循環監視装置 | 名称 () | () 台 |
| 検査を常時行える体制 (□には適合する場合「✓」を記入すること。) | | |
| CT撮影 | | □ |
| MRI撮影 | | □ |
| 一般血液検査及び凝固学的検査 | | □ |
| 心電図検査 | | □ |

[記載上の注意]

- 1 日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t-P A 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる修了証(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 2 医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関においては、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断等についての連携に係る手順書を添付すること。

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 診療録管理体制加算の届出区分
(該当区分に○をつけること)

加算 1 ・ 加算 2 ・ 加算 3

- 2 中央病歴管理室

| | |
|-----|--|
| 場 所 | |
|-----|--|

- 3 診療録管理部門の有無 (有 ・ 無)

- 4 診療記録管理委員会の設置

| 開催回数 | 参加メンバー |
|------|--------|
| 回/月 | |

- 5 診療記録の保管・管理のための規定の有無 (有 ・ 無)

- 6 診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制 (有 ・ 無)

以下の 7 から 13 までの項目は加算 1 及び 2 を届出する場合に記入すること。

- 7 診療記録の電子的な一覧表の保有等

| | |
|-------------------------|-----------|
| ① 診療記録について電子的な一覧表を有している | 有 ・ 無 |
| ② 一覧表に登録されている患者データの期間 | 年 月 ~ 年 月 |
| ③ 一覧表が作成されているソフトウェアの名称 | |
| ④ 郵便番号 | 有 ・ 無 |
| ⑤ 入退院日・退院日 | 有 ・ 無 |
| ⑥ 担当医氏名 | 有 ・ 無 |
| ⑦ 担当診療科 | 有 ・ 無 |
| ⑧ ICD (国際疾病分類) コード | 有 ・ 無 |
| ⑨ 手術コード(医科診療報酬点数表の区分番号) | 有 ・ 無 |

8 専任の診療録管理者

| 職 種 | 氏 名 | 勤 務 の 態 様 | 勤務時間 |
|-----|-----|--------------------------|------|
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |
| | | { 常 勤 { 専 従 非常勤 { 専 任 | |

| | |
|-----------------|-----------|
| 直近1年間の 退院患者数 | 年 月 ~ 年 月 |
| | 名 |

9 疾病統計に用いる疾病分類

| | | |
|--|---|------------|
| I C D (国際疾病分類) 上の規定に基づく細分類 項目 (4桁又は5桁) | ・ | I C D大分類程度 |
|--|---|------------|

10 全患者に対する退院時要約の作成

| 対象期間 | 年 月 |
|---|-----|
| ① 1月間の退院患者数 | 名 |
| ② ①のうち、退院日の翌日から起算して 14日以内に退院時要約が作成され中央病 歴管理室に提出された患者数 | 名 |
| ② / ① の値 | |

11 患者に対する診療情報の提供

| |
|--|
| |
|--|

12 専任の医療情報システム安全管理責任者の配置の有無 (有 ・ 無)

13 職員を対象とした情報セキュリティに関する研修の実施 (有 ・ 無)

以下の 14 から 16 までの項目は加算 1 を届出する場合に記入すること。

14 非常時に備えた医療情報システムのバックアップ等

| 保存対象のシステム | バックアップを複数の方式で確保 | ネットワークから切り離れたオフラインの保管 |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 電子カルテシステム | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> オーダーリングシステム | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| <input type="checkbox"/> レセプト電算システム | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

15 業務継続計画 (BCP) の策定 (有 ・ 無)

16 業務継続計画 (BCP) に基づく訓練・演習の実施 (有 ・ 無)

[記載上の注意]

- 1 中央病歴管理室の平面図を添付すること。
- 2 「3」で有とした場合は、当該診療録管理部門がわかる組織図を添付すること。
- 3 「4」は、「3」で無とした場合に記載すること。
- 4 診療記録の保管・管理のための規定を添付すること。
- 5 「8」の勤務時間は、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 6 「11」は、どのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。
- 7 「12」及び「13」は、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関が記載すること。
- 8 「13」及び「16」は、届出保険医療機関について予定されているものを記載することとよく、少なくとも年 1 回程度、実施されていること。
- 9 「14」のネットワークから切り離れたオフラインの保管で有とした場合は、医療情報システム・サービス事業者との契約書等において当該内容が確認できる記載部分について添付すること。

3. バックアップ保管に係る体制等

| ①保存対象のシステム | ②保管頻度 | ③世代管理 | ④保管方式(複数回答可) |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 電子カルテシステム | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代 | <input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> オフライン <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> オーダーリングシステム | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代 | <input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> オフライン <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> レセプト電算システム | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代 | <input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> オフライン <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 医用画像システム | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代 | <input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> オフライン <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代 | <input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> オフライン <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他() |
| ② システムの有事に備えた体制等について作成しているものを選択してください(複数選択可) | | | <input type="checkbox"/> 体制図 <input type="checkbox"/> 連絡フロー <input type="checkbox"/> ネットワーク構成図 <input type="checkbox"/> システム構成図 <input type="checkbox"/> 業者名簿 |
| ③ 過去1年間で、職員を対象とした情報セキュリティに関する訓練・教育を何回実施したか | | | 訓練： 回 教育： 回 |

4. 業務継続計画(BCP)の策定等に係る取組状況

| | |
|-------------------------------|---|
| ① 業務継続計画(BCP)の策定 | <input type="checkbox"/> 策定済 <input type="checkbox"/> 今年度策定予定 <input type="checkbox"/> 策定予定なし |
| ② ①による訓練・演習の実施 ※①で策定済の場合のみ | <input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 今年度実施予定 |

[記載上の注意]

「1」、「2」、「3」及び「4」について、□に適合する場合「✓」を記入する。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|----------------|----------------|
| 医師事務作業補助体制加算 1 | 医師事務作業補助体制加算 2 |
|----------------|----------------|

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入すること。)

| イ：当該加算の届出を行う病床数 | □：配置基準 | ハ：医師事務作業補助者の数 (うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数) | ニ：医師事務作業補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上 |
|------------------------------|--------|--|---|
| ① 以下の②以外の病床 | 床 対 1 | 名 (名) | □ |
| ② 50対1、75対1又は100対1に限り算定できる病床 | 床 対 1 | 名 (名) | □ |

※ 配置基準は15対1・20対1・25対1・30対1・40対1・50対1・75対1・100対1のうち該当するものを記入(②は50対1・75対1・100対1に限る。)すること。

※ ハで記載した値が、イ/ (口で記載した値) で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※ 医師事務作業補助者の数は1名以上であること。

※ 「自院における3年以上の勤務経験」は、医師事務作業補助者としての勤務経験を指す。

※ 医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、ニが5割以上であること。

2 医師事務作業補助者の配置責任者

| | |
|--------------------|--|
| 医師事務作業補助者の配置責任者の氏名 | |
|--------------------|--|

3 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

| | |
|-------------------------|----------|
| 最低6ヶ月間の研修計画を作成している | はい ・ いいえ |
| 上記研修期間内に32時間の研修を行う計画がある | はい ・ いいえ |

4 院内規程の整備について (満たしているものに○をつける)

| | |
|---|--|
| ① | 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。 |
| ② | 計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。 |
| ③ | 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。 |

| |
|--|
| ④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。 |
| ⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。 |
| ⑥ 医療機関内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、③に規程する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること。）。 |
| <p>電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステムのみ</p> <p><input type="checkbox"/> オーダーリングシステムのみ</p> |

5 医療実績等に関する事項

| | | |
|-------------------------------------|----|---|
| ①第三次救急医療機関 | | |
| ②総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | | |
| ③小児救急医療拠点病院 | | |
| ④年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する医療機関 | 年間 | 名 |
| ⑤災害拠点病院 | | |
| ⑥へき地医療拠点病院 | | |
| ⑦地域医療支援病院 | | |
| ⑧「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する医療機関 | | |
| ⑨年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する医療機関 | 年間 | 名 |
| ⑩年間の全身麻酔による手術件数が 800 件以上の実績を有する医療機関 | 年間 | 件 |
| ⑪年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する医療機関 | 年間 | 名 |
| ⑫年間の緊急入院患者数が 50 名以上の実績を有する医療機関 | 年間 | 名 |

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 様式 18 の 2 「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 「3」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。

- 4 「4」の①については、様式13の4「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の添付を略することができる。
- 5 「4」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。
- 6 「4」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15対1補助体制加算を届け出る場合には「5」の①～④のいずれかを満たすこと。20対1、25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。75対1又は100対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑫のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近1年間の実績を記載すること。
- 9 「5」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことので分かる資料を添付すること。

医師事務作業補助者の名簿

| 氏名 | 勤務曜日と 勤務時間 | 1週間の勤務時 間 | 自院における 3年以上の勤 務経験 |
|----|---|--------------|--|
| | 月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 : | 時間 分 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 : | 時間 分 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 : | 時間 分 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 : | 時間 分 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 月 : 、木 : 火 : 、金 : 水 : 、土 : 日 : | 時間 分 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

[記載上の注意]

1. 医療従事者として勤務している看護職員は医師事務作業補助者として届出することはできない。
2. 「自院における3年以上の勤務経験」は医師事務作業補助者としての勤務経験をいう。

様式 18 の 3

夜間看護加算／看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 12・13）
 看護補助加算／看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注 9・10）
 急性期看護補助体制加算
 看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算の注 4）
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算
 看護補助体制充実加算（看護補助加算の注 4）
 看護補助体制加算／看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注 5・6・7・8）
 看護補助加算／看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料の注 9・10）
 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注 4・5）

に係る届出書添付書類

1 届出区分

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

| 新規届出 | 既届出 | 区分 | 新規届出 | 既届出 | 区分 |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注 13） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <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） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注 10） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 急性期看護補助体制加算 （ 対 1 ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （急性期看護補助体制加算の注 4） （ 1 ・ 2 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護職員夜間配置加算 （12 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ）、 16 対 1 配置加算（ 1 ・ 2 ）） （いずれか該当するものに○をつけること） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （看護補助体制加算の注 4） （ 1 ・ 2 ） （いずれか該当するものに○をつけること） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制加算 （地域包括医療病棟入院料注 5） （ 対 1 ） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 夜間看護体制加算 （地域包括医療病棟入院料注 7） （ 対 1 ） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （地域包括医療病棟入院料の注 8） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助加算 （小児入院医療管理料注 9） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 看護補助体制充実加算 （小児入院医療管理料注 10） |
| <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"/> | 看護補助体制充実加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 5） （ 1 ・ 2 ・ 3 ） （いずれか該当するものに○をつけること） |

6 看護補助者の活用に関する看護職員の研修

| | |
|--|---------------------------|
| 看護補助者の活用に関する院内研修の実施 状況 | 実施日： 月 日 （複数日ある場合は複数日） |
| 研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・ | |

7 3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況

| 該当する加算 | 看護補助者の数 （うち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の数） | 看護補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上 | 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者が100対1以上 |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 （1・2） （療養病棟入院基本料の注13） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 （1・2） （障害者施設等入院基本料の注10） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 （急性期看護補助体制加算の注4） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 （看護補助体制加算の注4） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 （1・2） （地域包括医療病棟入院料の注8） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算 （1・2） （地域包括ケア病棟入院料の注5） | （ 名 名） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価

| | |
|-------------|--------------------------|
| 段階的な評価指標の作成 | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|

9 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

様式 13 の 3 に記載すること。

※ 直近 8 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合、□に「✓」を記入（ただし、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合は省略することができないものであること。）

届出を省略

[記載上の注意]

- 1 「2」の療養病棟における入院患者の状況は、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 12）を届け出る場合のみ記入すること。
- 2 「3」の急性期医療を担う医療機関の体制は、急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合のみ記入すること。
- 3 「3」の 1) の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。
- 4 「3」の 1) の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。
- 5 看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「4」、「5」、「6」、「7」及び「8」の記載は不要である。
- 6 看護補助体制充実加算を届け出る場合は、「4」、「5」及び「6」を記載すること。また、「5」に掲げる看護師長等については、看護補助者の活用に関する所定の研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 7 「7」3年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の配置の状況は、看護補助体制充実加算 1 を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注 13、障害者施設等入院基本料の注 10、地域包括医療病棟入院料の注 8 並びに地域包括ケア病棟入院料の注 5 の看護補助体制充実加算 2 を届け出る場合のみ記入すること。また、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者が 100 対 1 以上」に該当する場合、介護福祉士の資格を有する者であること又は看護補助者として 3 年以上の経験を有し適切な研修を修了していることが確認できる文書（介護福祉士資格の有無、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 8 「8」看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価は、看護補助体制充実加算 1 を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注 13、障害者施設等入院基本料の注 10、地域包括医療病棟入院料の注 8 並びに地域包括ケア病棟入院料の注 5 の看護補助体制充実加算 2 を届け出る場合のみ記入すること。
- 9 看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。（看護職員夜間配置加算を届け出る場合は不要である。）

障害者施設等入院基本料
 特殊疾患入院施設管理加算

 の施設基準に係る届出書添付書類

| 届 出 区 分 (届け出をする項目に○をすること) | | () 障害者施設等入院基本料 | | | |
|------------------------------|-------------------|------------------|---|---|---|
| | | () 特殊疾患入院施設管理加算 | | | |
| 病棟の状況 | 病 棟 名 | | | | |
| | 病 床 種 別 | | | | |
| | 入院基本料区分 | | | | |
| | 病 床 数 | | 床 | 床 | 床 |
| 入院患者の状況 | 1日平均入院患者数 ① | | 名 | 名 | 名 |
| | ①の再掲 重度肢体不自由児等 | | 名 | 名 | 名 |
| | 脊 髄 損 傷 等 | | 名 | 名 | 名 |
| | 重 度 意 識 障 害 | | 名 | 名 | 名 |
| | 筋ジストロフィー | | 名 | 名 | 名 |
| | 神 経 難 病 | | 名 | 名 | 名 |
| | 小 計 ② | | 名 | 名 | 名 |
| | 割 合 ②/① | | % | % | % |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
 なお、有床診療所（一般病床に限る。）については、「病棟の状況」の「病床数」のみ記載すること。
- 2 入院患者の状況は、1日平均入院患者数は直近1年間、特殊疾患の患者数は直近1ヶ月間の実績を用いること。
- 3 届出に係る病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）ごとに様式9を添付すること。
- 4 当該届出を行う病棟の平面図を添付すること。

- 8 従事者が、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること（小児特定集中治療室に係る届出を行う場合に限る。）。
- 9 従事者が、新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については、備考欄へ「5年」と記入し、5年以上の経験が確認できる文書を添付すること（新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に係る届出を行う場合に限る。）。

療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 届出事項 | 病棟数 | 病床数 |
|-----------------|---------------------------|----------------|
| 届出に係る病棟 | (病棟の種別： 病棟) | 床 |
| 病院の全病棟 | (病棟の種別： 病棟) | 床 |
| 届出に係る 病棟の概要 | 病室の総床面積 | 1床当たり 病床面積 |
| | m ² | m ² |
| 医師の数 | (1) 現員数 | _____名 |
| | (2) 医療法における標準の医師の数 | _____名 |
| 看護師及び 准看護師の数 | (1) 現員数 | _____名 |
| | (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 | _____名 |
| 看護補助者の数 | (1) 現員数 | _____名 |
| | (2) 医療法における標準の看護補助者の数 | _____名 |

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 保険医療機関の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等がわかるもの）を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 届出事項 | 届出病床の内訳 | |
|-------------------|--|--------------------------|
| 重症者等療養環境特別加算に係る病床 | 個室 床 | |
| | 2人部屋 ① 合計 床 床 | |
| 入院患者数及び重症者数 | ② 当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床における1日平均入院患者数 名 | (届出前1年間) 年 月 ～ 年 月 |
| | ③ 一般病棟における1日平均重症者数 (当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床に入院している患者に限る。) 名 | (直近1ヶ月間) 年 月 ～ 年 月 |
| | ④ 割合 (①/②) × 100 | % |

[記載上の注意]

- 1 ① ≤ ③、かつ④ < 8% (特別の診療機能を有している場合は④ ≤ 10%)
- 2 様式 23 の 2 を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の平面図 (当該届出に係る病室及びナースステーションが明示されているもの。) を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 期間 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | |
|-----------------------------|----|----|--------|------|----|--|-------------------|---------------------------|----------------------------------|
| No. | 性別 | 年齢 | 主たる傷病名 | 入院期間 | 転帰 | ① 重症者とした 直接の原因 | ② 重症者とした 期間 | ③ 重症者で看護上担 送扱いとした期間 | 療養上の必要から 個室又は2人部屋 に入院させた期間 |
| 備考 | | | | | | | | | |
| 期間中の入院患者の延べ数 | | | | | 人日 | 1 記載に当たっては、重症者についてのみ届出時直近1か月に限って記載すること。 | | | |
| ④ 期間中の重症者の延べ数 | | | | | 人日 | 2 ①の欄には、その原因が手術によるものである場合は手術名、その他の場合は、例えば呼吸不全、肝不全のように記載すること。 | | | |
| ⑤ 期間中の重症者で看護上担送扱いとされた患者の延べ数 | | | | | 人日 | 3 ③の欄には、重症者に該当する者の期間についてのみ記載すること。 4 ②及び③の欄の記載に当たっては、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室に入室していた期間については()内に別掲し、④及び⑤の欄の記入に当たっては、その期間を除いた期間について算定すること。 | | | |

療養病棟療養環境加算・療養病棟療養環境改善加算
の施設基準に係る届出書添付書類

| 届出を行う加算 | 療養病棟療養環境加算 療養病棟療養環境改善加算 (該当するものを○で囲むこと) |
|--------------------------|--|
| 医 師 の 数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名 |
| 看 護 師 及 び 准 看 護 師 の 数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名 |
| 看 護 補 助 者 の 数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名 |

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 届出に係る療養病棟の概要等について、様式 24 の 2 を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

様式 24 の 2

1 届出に係る [] 病棟の概要（病棟ごとに記載すること。）

| | | |
|--------------------|---|------------|
| 病 棟 名 | () 病床数 | 床 |
| 病 室 の 状 況 | 個 室 室 2人室 室 3人室 室 4人室 室 5人室 室 6人室以上 室 〔うち特別の療養環境の 個 室 室 2人室 室〕 提供に関する病室 3人室 室 4人室 室〕 | |
| 病 棟 面 積 | 平方メートル (うち患者1人当たり | 平方メートル) |
| 病室部分に係る 病 棟 面 積 | 平方メートル (うち患者1人当たり | 平方メートル) |
| 廊 下 幅 | 片側室部分 | メートル 両側室部分 |
| 食 堂 | 平方メートル | |
| 談 話 室 | 有 ・ 無 (| と共用) |
| 浴 室 | 有 ・ 無 | |

2 届出に係る病棟設備の概要（精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。）

| | | |
|---------|-------|---------------------------|
| 鉄格子の有無 | 有 ・ 無 | 改造計画 着工予定 年 月 完成予定 年 月 |
| 面 会 室 | 有 ・ 無 | |
| 公 衆 電 話 | 有 ・ 無 | |

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（以下「機能訓練室等」という。）の概要

| | |
|-------------------------|--------|
| 機能訓練室等の床面積 | 平方メートル |
| 機能訓練室等に具備 されている器具・器械 | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病室部分に係る病棟面積の患者1人当たり面積については、最小となる室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

様式 24 の 3

療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画（8月報告）

療養環境の改善計画の概要（病棟ごとに記載すること。）

| | |
|--------------------|----------------------|
| 病棟名 | （ ）病棟 |
| 増築または全面的な改築の予定 | 着工予定 年 月 完成予定 年 月 |
| 増築または全面的な改築の具体的な内容 | |

診療所療養病床療養環境加算・診療所療養病床療養環境改善加算
の施設基準に係る届出書添付書類

1 従事者の概要

| | |
|-----------------|--|
| 医師の数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の医師の数 _____ 名 |
| 看護師及び 准看護師の数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護師及び准看護師の数 _____ 名 |
| 看護補助者の数 | (1) 現員数 _____ 名 (2) 医療法における標準の看護補助者の数 _____ 名 |

[記載上の注意]

- 1 医師、看護師・准看護師及び看護補助者の現員数は届出時の数を記入すること。
- 2 当該届出に係る病床の平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。

2 届出に係る病床の概要

| | |
|-----------------|--|
| 届出を行う加算 | 診療所療養病床療養環境加算 診療所療養病床療養環境改善加算 (該当するものを○で囲むこと) |
| 病床の状況 | 届出に係る病床 床(全病床 床) 〔 特別の療養環境の 個室 室 2人室 室〕 提供に関する病室 3人室 室 4人室 室 |
| 病床部分に係る 病棟面積 | 平方メートル (うち患者1人当たり 平方メートル) |
| 廊下幅 | 片側室部分 メートル 両側室部分 メートル |
| 食堂 | 平方メートル |
| 談話室 | 有 ・ 無 (と共用) |
| 浴室 | 有 ・ 無 |

3 届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室(以下「機能訓練室等」という。)の概要

| | |
|-------------------------|--------|
| 機能訓練室等の床面積 | 平方メートル |
| 機能訓練室等に具備 されている器具・器械 | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。
- 2 面積及び廊下幅については、小数点第1位まで記入すること。
- 3 病床部分に係る面積の患者1人当たり面積については、最小となる病室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画（8月報告）

療養環境の改善計画の概要

| | |
|-------------------|----------------------|
| 増築または全面的な改築の予定 | 着工予定 年 月 完成予定 年 月 |
| 増築または全面的な改築の具体的内容 | |

様式 26 の 2

無菌治療室管理加算
 小児入院医療管理料
「注5」に掲げる無菌治療管理加算

※該当するものに「✓」を記入すること。

の施設基準に係る届出書添付書類

| 届出事項 | 空調設備方式・空気清浄度等 | 病床数 |
|---|---------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 無菌治療室管理加算 1 <input type="checkbox"/> 無菌治療管理加算 1 (小児入院医療管理料「注5」) | | 床 |
| <input type="checkbox"/> 無菌治療室管理加算 2 <input type="checkbox"/> 無菌治療管理加算 2 (小児入院医療管理料「注5」) | | 床 |

[記載上の注意]

- 1 空調設備方式・空気清浄度等の異なる病床が存在する場合は、それぞれの内訳がわかるように記載すること。
- 2 保険医療機関の平面図（当該届出に係る自家発電装置がわかるもの）を添付すること。
- 3 当該届出に係る病棟の平面図（当該届出に係る病室が明記されており、滅菌水の供給場所や空調設備の概要がわかるもの。）を添付すること。

様式 26 の 3

放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病室の区分（該当する病室に「✓」すること。）

(1) 治療用放射性同位元素による治療の場合

放射線治療病室 ・ 特別措置病室

(2) 密封小線源による治療の場合

放射線治療病室 ・ 特別措置病室

2 病室の設備について

| 届出事項 | | 病床数 | 必要な設備等の設置 | |
|------------------------|---------|-----|---------------------------------------|--|
| (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合 | 放射線治療病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線測定器 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線治療病室の掲示の有無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | 特別措置病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線測定器 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに作業衣 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 特別措置病室である旨を掲示 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 密封小線源による治療の場合 | 放射線治療病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線治療病室の掲示の有無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | 特別措置病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 特別措置病室である旨を掲示 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |

[記載上の注意]

- 1 治療用放射性同位元素による治療の場合に係る届出にあたっては、放射線治療病室又は特別措置病室の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、必要な遮蔽物、放射線測定器、汚染除去にかかる器材、洗浄設備及び更衣設備の場所、並びに、放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している場所がわかるもの。）を添付すること。その際、適宜写真等を添付してもよい。
- 2 密封小線源による治療の場合に係る届出にあたっては、放射線治療病室又は特別措置病室の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、当該届出に係る必要な遮蔽物や、放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している場所のわかるもの）を添付すること。その際、適宜写真等を添付してもよい。

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 | 勤務時間 | 常勤・非常勤 | 専従・専任 | 研修受講 | 兼務 |
|--------------------|-----|------|------|--|--|---|---|
| ア・オ 身体症状の緩和を担当する医師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース | <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| イ・カ 精神症状の緩和を担当する医師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース | <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| ウ・キ 緩和ケアの経験を有する看護師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | □ | <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| エ・ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | / | <input type="checkbox"/> 小児緩和ケア <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |

□ 注2に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構 成 メ ン バ ー（氏名・職種） |
|------|--------------------|
| 回／週 | |

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価

イ がん診療の拠点となる病院

ウ ア、イに準じる病院

【記載上の注意】

- 1 「1」のア、イ、オ及びカについては、緩和ケアに関する研修を、ウ及びキについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 2 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 3 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていることが確認できる文書を添付すること。
- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア、イ、オ及びカの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。
- 7 「1」のア及びイの医師が、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師と兼任する場合は、兼務欄の□緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。
- 8 「1」のアからエの構成員が、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□小児緩和ケアに、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の□外来緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 9 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 10 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のオからクについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 | 勤務時間 | 研修受講 |
|-------------------------|-----|------|------|---|
| ア 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師 | | 年 | 時間 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース |
| イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 | | 年 | 時間 | □ |
| ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 | | 年 | 時間 | / |

2 症状緩和に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構成メンバー（氏名・職種） |
|------|---------------|
| 回／週 | |

| 3 夜間の看護職員配置 夜の看護職員数 | 夜間の看護補助者数 | （再掲）当直の看護要員数 |
|------------------------|-----------|--------------|
| 名 | 名 | 名 |

4 患者に対する情報提供

| |
|--|
| |
|--|

〔記載上の注意〕

- 「1」のアは緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
また、イは緩和ケア病棟等における研修の修了の有無が確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。
- 「4」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

小児緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係るチーム（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| 区分 | 氏名 | 経験年数 | 勤務時間 | 常勤・非常勤 | 専従・専任 | 研修受講 | 兼務 |
|------------------------------------|----|------|------|--|--|---|---|
| ア 身体症状の緩和を担当する医師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース | <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| イ 精神症状の緩和を担当する医師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | <input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース | <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟 <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| ウ 緩和ケアの経験を有する看護師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | □ | <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 | | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | | <input type="checkbox"/> 緩和ケア診療 <input type="checkbox"/> 外来緩和ケア |
| オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師 | | | | / | / | / | / |
| カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師 | | | | / | / | / | / |

2 症状緩和に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構成メンバー（氏名・職種） |
|------|---------------|
| 回／週 | |

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

| | |
|----------------------|-------------|
| ア 医療機能評価機構等が行う医療機能評価 | |
| イ がん診療の拠点となる病院 | ウ ア、イに準じる病院 |

【記載上の注意】

- 「1」のア及びイについては、緩和ケアに関する研修を、ウについては、緩和ケア病棟等における研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 「1」は、ア～エのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 小児緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていることが確認できる文書を添付すること。

- 6 「1」の医師、看護師及び薬剤師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師である場合は届出不可なこと。
- 7 「1」のア及びイの医師が、緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師と兼任する場合は、兼務欄の口緩和ケア病棟に「✓」を記入すること。
- 8 「1」のアからエの構成員が、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の口緩和ケア診療に、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は兼務欄の口外来緩和ケアに、それぞれ「✓」を記入すること。
- 9 ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの欄に当該医師の氏名を、ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カの欄に当該看護師の名前を記載すること。

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | |
|--------------------------------|----|---|-----|---|-----|---|
| 応急入院等に係る精神保健指定医 | 日勤 | 名 | 当直 | 名 | その他 | 名 |
| 応急入院等に係る看護師 | 日勤 | 名 | 準夜勤 | 名 | 深夜勤 | 名 |
| 応急入院等に係るその他の者 | 日勤 | 名 | 当直 | 名 | その他 | 名 |
| 応急入院患者等のための病床 | 常時 | 床 | | | | |
| 当該管理のために必要な設備（機器等）の一覧（製品名及び台数） | | | | | | |
| コンピューター断層撮影装置 | | | | | | |
| 脳波計 | | | | | | |
| 酸素吸入装置 | | | | | | |
| 吸引装置 | | | | | | |
| 血液検査のための機器・器具 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 精神保健福祉法第33条の7第1項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知の写しを添付すること。
- 2 当該加算を算定する病室を含む病棟について、様式9を添付すること。
- 3 応急入院に係る精神保健指定医、看護師及びその他の者について、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）を添付すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）を添付すること。

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---------|--------------------|----|
| 医 師 の 数 | (1) 現員数 | 名 |
| | (2) 医療法における標準の医師の数 | 名 |
| | （算定の基礎となる1日平均入院患者数 | 名） |
| | （算定の基礎となる1日平均外来患者数 | 名） |

| | 病 棟 数 | 病 床 数 |
|---------|-------|-------|
| 届出に係る病棟 | 病棟 | 床 |

[記載上の注意]

- 1 医師の現員数は、届出時の数を記入すること。
- 2 医療法における標準の医師数は、医療法施行規則第19条第1項第一号（同号中「精神病床及び療養病床」とあるのは「療養病床」とする。）に定める医師の員数を記入すること（精神病床において16名の入院患者に対して医師1名として計算すること。）。
- 3 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号に定められた精神科救急医療施設であることを示す書類を添付すること。

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

| | |
|-------------------------------|--|
| 当該病棟で算定している入院基本料等 | |
| 地域移行推進室に配置されている精神保健福祉士名（1名以上） | |

2 実績に係る要件

| | |
|---|---|
| ① 当該病院において、1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数 | 人 |
| ② 当該病院において、1月1日において入院期間が5年以上である患者数 | 人 |
| ①/② | % |

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の体制に係る要件

| | |
|--|--|
| 当該病棟で算定している入院基本料等 | |
| 当該保険医療機関に専任の内科又は外科の医師名（1名以上） | |
| 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制 | |

[記載上の注意]

必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること（他の保険医療機関の場合は当該保険医療機関名も併せて記載すること。）。

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム

| 職 種 | 氏 名 | 勤務 時間 | 勤務の態様 | 経験年数 | 研修 受講 |
|-----------------------------------|-----|----------|--|-------------|--------------------------|
| ア精神科医師 | | 時間 | 常勤・非常勤／専従・専任 対診の場合 () | 年 | / |
| イ精神科等の経験 を有する看護師 | | 時間 | 常勤・非常勤／専従・専任 | 年 (入院 年) | <input type="checkbox"/> |
| ウ精神医療の経験 を有する薬剤師 等 (職種) | | 時間 | 常勤・非常勤／専従・専任 ※専任の場合精神科リエゾン チームの診療に従事する時間 週 時間 | 年 | / |

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 1回当たり平均所用時間数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|--------------|------------------|
| 回／週 | 概ね 分 | |

3 精神症状の評価等に係る回診

| 開催頻度 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|------------------|
| 回／週 | |

4 1週間当たりの算定患者数 _____ 人

5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
| |

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のアについては、対診の場合は勤務の態様欄の（ ）に主たる勤務先医療機関名を記載すること。また、イについては、精神科リエゾンに係る研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、ウについては、職種欄の（ ）に当該従事者の職種を記載し、専任の場合は精神科リエゾンチームの診療に従事する時間を勤務の態様欄に記載すること。また、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 3 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。

依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | 氏 名 | |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 当該保険医療機関常勤の精神保健指定医の氏名（2名以上） ※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む | | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| 2 治療を行う依存症の種類 | <input type="checkbox"/> アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> 薬物依存症 | |
| 3 依存症に係る研修を修了した医師の氏名 | | | |
| | | 研修 受講 | 研修 受講 |
| 4 看護師の氏名 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 作業療法士の氏名 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 精神保健福祉士又は公認心理師の氏名 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制 | | | |

[記載上の注意]

- 1 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 2 「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。
- 3 「4」、「5」又は「6」のうち、いずれか1名は依存症に係る研修を修了していること。
- 4 「3」及び「4」、「5」又は「6」については、依存症に係る研修を修了していることが確認できる修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 体制に係る要件

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 当該病棟で算定している入院基本料等 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名 | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する公認心理師名 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名 | |

2 実績に係る要件

| | |
|----------------------------|--|
| 当該保険医療機関における前年度の摂食障害の入院患者数 | |
|----------------------------|--|

[記載上の注意]

- 1 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 栄養サポートチームに係る構成員

| 区 分 | 氏 名 | 勤務形態 | 区 分 |
|-----------------------------------|-----|---------|-------|
| ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師 | | 常勤・常勤換算 | 専従・専任 |
| イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師 | | 常勤・常勤換算 | 専従・専任 |
| ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師 | | 常勤・常勤換算 | 専従・専任 |
| エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士 | | 常勤・常勤換算 | 専従・専任 |
| オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載) | | | |
| | | | |

注2に規定する点数を算定する場合

2 栄養管理に係る回診

| | |
|----------------|----|
| 1日当たり 平均症例数 | |
| 概ね | 症例 |

[記載上の注意]

- 1 「1」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写し(研修の名称、実施主体、終了日及び修了者の氏名を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 2 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。
- 3 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 4 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 5 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)の一般病棟において、算定可能である。
- 6 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

| |
|--------------|
| ア 医療安全対策加算 1 |
| イ 医療安全対策加算 2 |

| | 氏 名 | 勤務時間 | 職 種 | 専従・専任 |
|-----------|-----|------|-----|-------|
| 1 医療安全管理者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 2 患者に対する情報提供 | |
|--------------|--|

[記載上の注意]

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲むこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「2」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

感染対策向上加算〔 〕に係る届出書添付書類

1 感染制御チーム（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

| 区分 | 氏 名 | 専従・専任 | 経験年数 | 勤務形態 | 研修 |
|-------------|-----|--|------|--|--------------------------|
| ア 専任の常勤医師 | | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 | / |
| | | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 | / |
| イ 専任の看護師 | | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | | <input type="checkbox"/> |
| 区分 | 氏 名 | | 勤務年数 | 研修 | |
| ウ 専任の薬剤師 | | | 年 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> | |
| エ 専任の臨床検査技師 | | | 年 | <input type="checkbox"/> | |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> | |

2 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
| | |

3 抗菌薬適正使用のための方策

| |
|--|
| |
|--|

4 連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

5 新興感染症の発生・まん延時の体制

| | |
|---|--------------------------|
| 感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第一種協定指定医療機関である | <input type="checkbox"/> |
| 感染症法第 38 条第 2 項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている 第二種協定指定医療機関（第 36 条の 2 第 1 項の規定による通知（同項第 2 号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第 36 条の 3 第 1 | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）である | |
| 上記のいずれかについて公表されている自治体のホームページ：（ ） | |

6 サーベイランス事業の参加状況

| |
|---------|
| 事業名：（ ） |
|---------|

7 届出保険医療機関が評価を実施する連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

8 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

9 抗菌薬適正使用支援チーム

| 区分 | 氏名 | 勤務形態 | 専従・専任 | 経験年数 | 研修 |
|-------------------------------------|----|--|-------|------|--------------------------|
| ア 感染症診療に3年以上の経験を有する専任の常勤医師 | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 | | 年 | / |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 | | 年 | / |
| イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師 | | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師 | | | | 年 | / |
| | | | | 年 | / |
| エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師 | | | | 年 | / |
| | | | | 年 | / |

[記載上の注意]

- 1 感染対策向上加算1を届け出る場合は、「1」から「9」を、感染対策向上加算2又は3を届け出る場合は「1」から「5」を記載すること。
- 2 感染対策向上加算1を届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。感染対策向上加算2を届け出る場合であって、ウ及びエに掲げる薬剤師及び臨床検査技師が適切な研修を修了している場合には、そのことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加

算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)

- 4 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに感染制御チームの業務内容が明記された文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 5 「3」は、感染対策向上加算1及び2を届け出る場合は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。感染対策向上加算3を届け出る場合は、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会からどのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
- 6 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 7 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2又は3を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算2又は3を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。
- 8 「6」は、感染対策向上加算1を届け出ている場合のみ記載し、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。
- 9 「7」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 10 「8」は、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 11 「7」、「8」は、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。
- 12 「9」は、抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。

指導強化加算に係る届出書添付書類

- 1 過去1年間に、届出保険医療機関の感染制御チームの専従医師又は看護師が赴いて院内感染対策に関する助言を行った保険医療機関名

| 助言年月日 | 助言した医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|-----------|------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[記載上の注意]

- 1 「1」には、助言を行った保険医療機関が5つ以上ある場合は、適宜行を追加して記載すること。

医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 に係る届出書添付書類

1 医療安全対策地域連携加算 1

(1) 医療安全管理部門に配置されている医師

| | 氏名 | 経験年数 | 研修 |
|---|----|------|--------------------------|
| 医療安全対策に 3 年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師 | | 年 | <input type="checkbox"/> |

(2) 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

| | 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|------------------------------|-------|------|-----|
| 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関 | | | |
| 医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関 | | | |

(3) 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名 (医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

2 医療安全対策地域連携加算 2

届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名 (医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

[記載上の注意]

- 「1の(1)」の医師について、医療安全対策の経験が3年未満の場合は医療安全対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 「1の(2)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1の(3)」には、医療安全対策地域連携加算 1 に係る連携を行っている保険

医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。

- 4 「2」には、医療安全対策地域連携加算2に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関（医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）について記載すること。
- 5 「1の(2)」、「1の(3)」及び「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。

患者サポート体制充実加算に係る届出書添付書類

1 相談窓口配置される職員（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 研修 | 研修名 |
|----|------|----|----|-----|
| | | | □ | |
| | | | □ | |
| | | | □ | |
| | | | □ | |
| | | | □ | |
| | | | □ | |
| | | | □ | |

2 患者支援に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構成メンバー（氏名、職種） |
|------|---------------|
| 回／週 | |

3 患者に対する情報提供

| |
|--|
| |
|--|

[記載上の注意]

- 1 相談窓口配置されている職員が研修を修了している場合は、確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付し、「研修名」欄に修了した研修の名称を記載すること。なお、研修は必ずしも必要ではなく、修了していない場合であっても届出を行うことはできる。
- 2 相談窓口の設置及び組織上の位置づけが確認できる文書を添付すること。
- 3 患者等からの相談に対応するために整備しているマニュアルを添付すること。
- 4 「3」はどのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

重症患者初期支援充実加算に係る届出書添付書類

1 入院時重症患者対応メディエーター（医療有資格者）

| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 研修受講時期 （もしくは受講 予定時期） | 研修名 |
|----|------|----|----------------------------|-----|
| | | | 年 月 | |
| | | | 年 月 | |
| | | | 年 月 | |

2 入院時重症患者対応メディエーター（1以外の者）

| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 研修受講時期 | 研修名 |
|--|------|----|--------|-----|
| | | | 年 月 | |
| 経験時期： 年 月～ 年 月 経験場所（医療機関・部署名）： 経験概要： | | | | |
| | | | 年 月 | |
| 経験時期： 年 月～ 年 月 経験場所（医療機関・部署名）： 経験概要： | | | | |
| | | | 年 月 | |
| 経験時期： 年 月～ 年 月 経験場所（医療機関・部署名）： 経験概要： | | | | |

3 患者支援に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構成メンバー（氏名、職種） |
|------|---------------|
| 回／月 | |

[記載上の注意]

- 1 研修を修了している場合は、研修の受講のわかる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。なお、医療有資格者である場合には、届出時点で研修は必ずしも必要ではないが、令和5年3月31日までに修了していることが望ましい。
- 2 患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制について整備しているマニュアルを添付すること。

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|------|-----|----|
| 1 標榜診療科 | | | |
| <input type="checkbox"/> 放射線科 ・ <input type="checkbox"/> 病理診断科 | | | |
| 2 医療安全対策加算の届出状況 | | | |
| 医療安全対策加算 1 | | 有・無 | |
| 医療安全対策加算 2 | | 有・無 | |
| 3 画像診断管理加算又は病理診断管理加算の届出状況 | | | |
| 画像診断管理加算 2 | | 有・無 | |
| 画像診断管理加算 3 | | 有・無 | |
| 病理診断管理加算 1 | | 有・無 | |
| 病理診断管理加算 2 | | 有・無 | |
| 4 報告書確認管理者について | | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 所属 |
| | 時間 | | |
| 5 報告書確認管理者の研修の受講状況について | | | |
| 医療安全対策に係る適切な研修の受講の有無 | | 有・無 | |
| 6 報告書確認対策チーム（構成員）について | | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 所属 |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |
| | 時間 | | |

[記載上の注意]

- 1 「4」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「5」について、報告書確認管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了したことを証明する書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 「6」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間については、1と同様に記入すること。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 専従の褥瘡管理者

| 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 所属部署・診療科等 | 専任 |
|----|------|------|-----------|----|
| | 時間 | 年 | | |
| | 時間 | 年 | | |
| | 時間 | 年 | | |

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

- ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。
- イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。
- ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。
- エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。
- オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

[記載上の注意]

- 専従の褥瘡管理者の褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を2人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従でなくても差し支えない。この場合は、「1」の専任欄に○をつけること。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

| 褥瘡対策の実績（報告月の前月の1ヶ月間の実績・状況） | | |
|----------------------------|---|---|
| ① | 入院患者数（報告月の前月の1ヶ月間の入院患者数） | |
| ② | ①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数 | 名 |
| ③ | ②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数 | 名 |
| 褥瘡ハイリスク項目 | 1. ショック状態のもの | 名 |
| | 2. 重度の末梢循環不全のもの | 名 |
| | 3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの | 名 |
| | 4. 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの | 名 |
| | 5. 特殊体位による手術を受けたもの | 名 |
| | 6. 強度の下痢が続く状態であるもの | 名 |
| | 7. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など） | 名 |
| | 8. 医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等） | 名 |
| | 9. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの | 名 |
| ④ | 本加算を算定した人数 | 名 |

[記載上の注意]

- 褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入すること。ただし、1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数えることとする。
- ①については、報告月の前月1ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。
- ②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する（1名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者1名として数える）。
- ③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。
- ③のうち褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。

ハイリスク妊娠管理加算
ハイリスク分娩管理加算
地域連携分娩管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1 標榜診療科

| |
|--|
| |
|--|

2 年間分娩件数

| | |
|--------|---|
| 年間分娩件数 | 件 |
|--------|---|

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

| | 常勤換算 | 氏名 | 診療科 | 勤務時間 | 勤務形態 |
|---|--------------------------|----|-----|------|--------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | | | 時間 | 常勤・非常勤 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | | | 時間 | 常勤・非常勤 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | | | 時間 | 常勤・非常勤 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | | | 時間 | 常勤・非常勤 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | | | 時間 | 常勤・非常勤 |

※ ハイリスク妊娠管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する1名以上の医師を記載すること。

※ ハイリスク分娩等管理加算では、専ら産婦人科又は産科に従事する3名以上の常勤の医師を記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

※ 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

4 常勤の助産師

| | 氏名 | 認証 | 勤務時間 | | 氏名 | 認証 | 勤務時間 |
|---|----|--------------------------|------|----|----|--------------------------|------|
| 1 | | <input type="checkbox"/> | 時間 | 6 | | <input type="checkbox"/> | 時間 |
| 2 | | <input type="checkbox"/> | 時間 | 7 | | <input type="checkbox"/> | 時間 |
| 3 | | <input type="checkbox"/> | 時間 | 8 | | <input type="checkbox"/> | 時間 |
| 4 | | <input type="checkbox"/> | 時間 | 9 | | <input type="checkbox"/> | 時間 |
| 5 | | <input type="checkbox"/> | 時間 | 10 | | <input type="checkbox"/> | 時間 |

※ 勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

※ 地域連携分娩管理加算の届出を行う場合、助産に関する専門の知識や技術を有することを医療関係団体等から認証された助産師が配置されていること。（□には適合する場合に「✓」を記入すること。）また、専門の知識を有することを医療関係団体等から認証された助産師であることが確認できる文書（当該認証の名称、実施主体、終了日及び認証を受けた者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

5 連携先医療機関に関する情報

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

※ 地域連携分娩管理加算の届出を行う場合、記載すること。

6 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書（産科医療補償責任保険加入者証の写し等）を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、6の書類を添付すること。

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

| |
|--|
| <p>1 紹介元医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関の名称 ・連絡先 ・開設者名 ・担当医師名 |
| <p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急急性期医療入院料 ・精神科急性期治療病棟入院料 ・精神科救急・合併症入院料 |

2 受入医療機関

| |
|--|
| <p>1 受入医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関の名称 ・連絡先 ・開設者名 ・担当医師名 |
| <p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神病棟入院基本料 ・児童・思春期精神科入院医療管理料 ・精神療養病棟入院料 ・認知症治療病棟入院料 ・精神科地域包括ケア病棟入院料 |

3 連携保険医療機関

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
| | | |

[記載上の注意]

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸ケアに係る専任チーム

| 区 分 | 氏 名 | 経験年数 |
|---------------------------------|-----|------|
| ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師 | | 年 |
| イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師 | | 年 |
| ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士 | | 年 |
| エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する理学療法士 | | 年 |

2 呼吸ケアチームによる活動状況（年 月～年 月（カ月間））

| | | |
|------------------------|----|-----|
| ①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数 | | 人 |
| ②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数 | | 回 |
| ③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数 | | 人 |
| ④③の患者の1人あたり平均人工呼吸器装着日数 | 平均 | 日／人 |

[記載上の注意]

- 1 イは呼吸ケアに係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 専任チームの看護師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①～④は実績がある場合に記載すること。

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 術後疼痛管理に係る専任チーム

| 区 分 | 氏 名 | 勤務経験 |
|---|-----|------|
| ア 麻酔に従事する常勤の医師 | | 年 |
| イ 手術室または周術期管理センター等の勤務経験が2年以上有する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した看護師 | | 年 |
| ウ 薬剤師としての勤務経験を5年以上有し、かつ、うち2年以上が周術期関連の勤務経験を有する術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した薬剤師 | | 年 |
| エ その他の術後疼痛管理チーム構成員（職種及び職種毎の人数を記載） | | |

2 患者に対する情報提供体制

| |
|--|
| |
|--|

[記載上の注意]

- 1 「1」のイ及びウについて、術後疼痛管理に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付すること。
- 2 「1」のイについて、保険医療機関における年間の麻酔管理症例数（200症例以上）が確認できる文書を添付すること。
- 3 「1」のウの「勤務経験」については、当該薬剤師の周術期関連の勤務経験年数を記入すること。
- 4 専任チームの看護師又は薬剤師が複数名いる場合は、それぞれについて必要な文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 5 術後疼痛管理チームによる術後疼痛管理プロトコルを添付すること。なお、当該プロトコルには実施する術後疼痛管理方法、患者の安全管理、合併症予防、術後疼痛管理計画等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 6 「2」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）90%以上） |
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）85%以上90%未満） |
| <input type="checkbox"/> 後発医薬品使用体制加算 3 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）75%以上85%未満） |

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|-----------------------------------|--|
| 後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順 | |
|-----------------------------------|--|

3. 医薬品の使用状況

| 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合 | |
|----------------------------------|----------|
| 届出前1月の実績（ 年 月） | |
| 全医薬品の規格単位数量（①） | |
| 後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（②） | |
| 後発医薬品の規格単位数量（③） | |
| カットオフ値の割合（④） | （②／①）（%） |
| 後発医薬品の割合（⑤） | （③／②）（%） |

4. 医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制の有無（どちらかに○）

| | | | |
|--|---|--|---|
| | 有 | | 無 |
|--|---|--|---|

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 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。

- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和4年3月4日保医発0304第7号）を参照すること。
- 4 4. の「医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制」とは、医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制のことをいう。

バイオ後続品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. バイオ後続品の使用を促進するための体制の整備

| | |
|-----------------------------------|--|
| バイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報入手・評価する手順 | |
|-----------------------------------|--|

2. バイオ医薬品の使用状況

| | |
|---|--|
| 直近1年の実績（ 年 月～ 年 月） | |
| 直近1年間のバイオ医薬品の使用回数（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）(①) | |
| 施設基準通知の1の(3)のアに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数(②) | |
| ②のうち、バイオ後続品の規格単位数(③) | |
| バイオ後続品の割合(④) $(\text{③} / \text{②}) (\%)$ | |
| 施設基準通知の1の(3)のイに掲げるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）の規格単位数(⑤) | |
| ②のうち、バイオ後続品の規格単位数(⑥) | |
| バイオ後続品の割合(⑦) $(\text{⑥} / \text{⑤}) (\%)$ | |

[記載上の注意]

- 1 バイオ後続品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数とは、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。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

| | |
|-----|--------------|
| () | 病棟薬剤業務実施加算 1 |
| () | 病棟薬剤業務実施加算 2 |

2 病棟薬剤業務の実施体制

| 病棟名 | 当該病棟で算定している入院料 | 専任薬剤師の氏名 |
|-----|----------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

3 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 3 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 4 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 5 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 6 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

[記載上の注意]

- 1 「2」については、届出時点で当該年度において研修を受けている薬剤師の人数を記載すること。
- 2 「3」の（1）については、当該年度における出向先の医療機関、出向する薬剤師数、出向の期間について、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。
- 3 「3」の（2）については、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）の3（5）イで規定に基づき策定した出向に関する具体的な計画を添付した上で、その内容について適合する場合に☑を記載すること。
- 4 「3」の（3）については、前年度の届出施設のみ記載するものであり、前年度4月1日～3月31日の出向実績を、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。

データ提出開始届出書

1. 試行データ作成開始日 (※1)

| |
|-------------------|
| 令和 年 月 日 |
|-------------------|

2. DPC調査事務局と常時連絡可能な担当者

| 事 項 | 担 当 者 1 <small>(※2)</small> | 担 当 者 2 <small>(※2)</small> |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 所 属 部 署 | | |
| 役 職 | | |
| 氏 名 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| F A X 番 号 | | |
| E - m a i l <small>(※3)</small> | | |

〔記載上の注意〕

- ※1 試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和6年5月20日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和6年6月及び7月のデータとなるため、本欄には令和6年6月1日と記載する。）。
- ※2 DPC対象病院又はDPC準備病院である病院の場合は、データ提出に係る連絡担当者として既にDPC調査事務局に登録している担当者と同じ者を記載すること。
- ※3 担当者は必ず2名を設定し、E-mailアドレスについては、可能な限り別々なものを記載すること。

〔届出上の注意〕

- 1 データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- 2 様式40の8の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

| | |
|-----------|--|
| 保険医療機関コード | |
|-----------|--|

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

厚生労働省保険局医療課長 殿

データ提出加算に係る届出書

1. A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。 <input type="checkbox"/> A207診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。（※1） <input type="checkbox"/> 「DPCの評価・検証等に係る調査」に適切に参加できる。 <input type="checkbox"/> 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。 |
|---|

2. 医療法上の許可病床数^(※2)

| | |
|-------|---|
| 一般病床 | 床 |
| 精神病床 | 床 |
| 感染症病床 | 床 |
| 結核病床 | 床 |
| 療養病床 | 床 |
| 計 | 床 |

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）^(※3)

| | |
|-----------|---|
| データ提出加算 1 | <input type="checkbox"/> イ（医療法上の許可病床数が200床以上） |
| データ提出加算 3 | <input type="checkbox"/> ロ（医療法上の許可病床数が200床未満） |
| データ提出加算 2 | <input type="checkbox"/> イ（医療法上の許可病床数が200床以上） |
| データ提出加算 4 | <input type="checkbox"/> ロ（医療法上の許可病床数が200床未満） |

〔記載上の注意〕

- ※1 「A207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、特定入院料（「A317」特定一般病棟入院料を除く。）のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。
- ※2 病床数は、医療法第7条第2項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。
- ※3 入院データを提出する場合は、データ提出加算1及び3のイ又はロを選択すること。
入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算2及び4のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

| | |
|-----------|--|
| 保険医療機関コード | |
|-----------|--|

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

入退院支援加算1、2及び3の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に○を付すこと）

| | |
|-----|--------------------|
| () | 入退院支援加算1 |
| () | 入退院支援加算2 |
| () | 入退院支援加算3 |
| () | 地域連携診療計画加算 |
| () | 入退院支援加算（注5の届出医療機関） |
| () | 入院時支援加算 |
| () | 総合機能評価加算 |

※該当する届出事項を○で囲むこと

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門（入退院支援部門）の設置の有無 | (有 ・ 無) |
|-----------------------------------|-----------|

1 入退院支援部門に配置されている職員（該当する□に「✓」を記入すること。）

| | 氏名 | 専従・専任 | 常勤・非常勤 | 職種 | 経験年数 | 研修 (加算3のみ) | 入院前支援 を行う担当 |
|----------------------|----|-------|--|----|------|--------------------------|--------------------------|
| 入退院支援に関する 経験を有する者 | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 (時間) | | 年 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 退院支援に係る実績等

| | |
|--|--------------------------|
| 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が25以上（該当する場合には「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |
| 連携機関のうち1以上が保険医療機関（該当する場合には「✓」を記入すること） ※急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合のみ記載 | <input type="checkbox"/> |
| 連携機関のうち5以上が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（該当する場合には「✓」を記入すること） ※地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合のみ記載 | <input type="checkbox"/> |
| 連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

| | |
|---|-------|
| ① 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数 | () 回 |
| ② 過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。） | () 回 |
| ③ ①、②の合計 | () 回 |

| | 病棟数 | 病床数 | 基準 |
|---|-----|-----|-----------------|
| ④ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。） | | | 病床数×0.15 () |
| ⑤ 「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。） | | | 病床数×0.1 () |
| ⑥ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。） | | | 病床数×0.05 () |
| ⑦ ④から⑥の「基準」の合計 | | | |

※③が⑦を上回ること。

3 各病棟に配置されている職員

| | 病棟名 | 病床数 | 当該病棟で算定している入院料 | 氏名 | 職種 |
|------------------------|-----|-----|----------------|----|----|
| 入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4. 地域連携に係る体制

| | 直近の協議日 | 連携機関名 |
|----------------------------|--------|-------|
| 直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議 | 月 日 | |

5. 総合機能評価に係る職員（□には該当する場合「✓」を記入すること。）

| | 氏名 | 職種 | 総合的な機能評価の経験年数 | 研修受講 |
|-----------------|----|----|---------------|--------------------------|
| 常勤の医師 又は歯科医師 | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> |
| | | | 年 | <input type="checkbox"/> |

【記載上の注意】

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 入退院支援加算1の届出の場合は「1」から「3」を、入退院支援加算2又は3の届出の場合は「1」を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は「4」も、総合機能評価加算の届出の場合は「5」も記載すること。
- 3 「1」について、非常勤職員を組み合わせ配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、（ ）に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 4 入退院支援加算3の届出について、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する看護師を配置する場合、新生児集中治療及び小児の看護、それぞれの経験年数を枠内に2段に分けて記載すること。
- 5 入退院支援加算3の届出について、「1」に「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」を配置する場合は、「1」の「研修」に「✓」を記入し、当該研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 6 連携機関の職員との面会頻度については、過去1年間の面会状況が分かる文書を添付すること。
- 7 入退院支援加算の注5に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。
- 8 総合機能評価加算の届出について、「5」に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師若しくは歯科医師を記入する場合は、当該研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

認知症ケア加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 認知症ケアに係るチームの構成員

| 区 分 | 氏 名 | 備考 |
|---|-------------------------------|--------------------------|
| ア 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | 精神科・神経内科 経験 年・研修受講 |
| | <input type="checkbox"/> 常勤換算 | 精神科・神経内科 経験 年・研修受講 |
| イ 専任の常勤看護師 | | 経験 年 週 時間 |
| ウ 常勤社会福祉士又 は常勤精神保健福祉士 | | 経験 年 社会福祉士 精神保健福祉士 |
| エ その他の者 | | 理学療法士・作業療法士 薬剤師・管理栄養士 |

2 認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

| カンファレンスの開催頻度 | チームによる回診の頻度 |
|--------------|-------------|
| 回／週 | 回／週 |

3 認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施回数 _____回／年

4 病棟看護師等のチームによる研修又は院外の研修の受講状況

| ① 認知症患者に関 わる全ての病棟の 看護師等の数(人) | ② ①のうち 前々年度以降に研修 を受講した看護師等 の数(人) | ③ ①のうち 今年度中に研修を受 講する予定の看護師 等の数(人) | ④ 受講率 (②+③) / ① |
|------------------------------------|---|--|--------------------|
| | | | % |

5 認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講した看護師の配置状況 (原則全ての病棟に 1 名以上配置が望ましい)

| 届出病棟名 | 氏 名 | 研修の別 (該当するものに「✓」を記入) |
|-------|-----|---|
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |

| | | |
|--|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |
| | | <input type="checkbox"/> 院外研修 <input type="checkbox"/> 院内研修 |

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／配布 | 手順書に含まれている内容 |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 作成 | <input type="checkbox"/> 身体的拘束の実施基準 |
| <input type="checkbox"/> 周知 | <input type="checkbox"/> 鎮静を目的とした薬物の適正使用 |

7 せん妄に関するチェックリストの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| チェックリストの作成状況 |
|--|
| <input type="checkbox"/> せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト |
| <input type="checkbox"/> せん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリスト |

[記載上の注意]

1 「1」のア～エについては、次の通りとすること。

ア 精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせて認知症ケアチーム業務を実施している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

イ 認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。

ウ 該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験がない場合は介護支援専門員証の写しを添付すること。

エ 該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2 「2」及び「3」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3 「4」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含めないこと。

4 「5」について、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書を添付すること。

5 認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。

5 病棟職員を対象とした研修の実施回数： _____ 回／年

6 認知症ケアに関する手順書（マニュアル）の作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| 作成／配布 | 手順書に含まれている内容 |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 作成 | <input type="checkbox"/> 身体的拘束の実施基準 |
| <input type="checkbox"/> 周知 | <input type="checkbox"/> 鎮静を目的とした薬物の適正使用 |

7 せん妄に関するチェックリストの作成状況

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

| チェックリストの作成状況 |
|--|
| <input type="checkbox"/> せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト |
| <input type="checkbox"/> せん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリスト |

[記載上の注意]

- 「2」の医師については、精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした経験が3年未満の場合は適切な研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせている場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」の看護師については、認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 「4」に掲げる看護師については、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修を受講している看護師が含まれる場合は、院内研修の実施状況が分かる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
原則として、届出を行う全ての病棟において、配置されている研修を受けた看護師について記載すること。
- 「5」については、届出の直近1年間において、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、医療機関全体の総数を記載すること。

様式 40 の 12

精神疾患診療体制加算に係る届出書添付書類

| | |
|--------------------|---|
| 標榜し、入院医療を提供している診療科 | 内科 (有 ・ 無) 外科 (有 ・ 無) |
| 許可病床数 | 医療機関全体の許可病床数 (①) 床 |
| | 精神病床の許可病床数 (②) 床 |
| | $② \div ① \times 100$ % |
| 24時間の救急医療提供体制 | 1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他 () |

1 実績に係る要件

(外来診療数、入院件数、入院患者数、クロザピン新規導入件数は直近1年間の数値を記載すること)

(1) 当該保険医療機関における精神疾患に係る実績

(以下の①～⑭に数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

(当該加算1、2のロ、3では、以下のいずれも満たすこと)

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 時間外、休日又は深夜における年間の外来診療（電話等再診を除く）の件数 | |
| ① () 件 | <input type="checkbox"/> ① (≥20件) |
| 時間外、休日又は深夜における年間の入院件数 | |
| ② () 件 | <input type="checkbox"/> ② (≥8件) |

(2) 当該病棟における実績、届け出る当該加算の種別

(該当する場合又は括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

(a)は当該加算すべてにおいて満たすこと。(b)は当該加算1において満たすこと。)

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 病棟名： | | |
| 当該加算種別： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2のイ <input type="checkbox"/> 2のロ <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 常勤の医師数 | 常勤の精神保健指定医数 | 1日平均の入院患者数 |
| ③ () 名 | ④ () 名 | ⑤ () 名 |
| 年間のクロザピン新規導入件数：⑥ () 件 | | |
| (a) <input type="checkbox"/> ③÷⑤ (≥0.0625) | (b) <input type="checkbox"/> ④ (≥2) | 当該加算1の場合 <input type="checkbox"/> ⑥ (≥6) 当該加算3の場合 <input type="checkbox"/> ⑥ (≥3) |
| 病棟名： | | |
| 当該加算種別： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2のイ <input type="checkbox"/> 2のロ <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 常勤の医師数 | 常勤の精神保健指定医数 | 1日平均の入院患者数 |
| ⑦ () 名 | ⑧ () 名 | ⑨ () 名 |
| 年間のクロザピン新規導入件数：⑩ () 件 | | |
| (a) <input type="checkbox"/> ⑦÷⑨ (≥0.0625) | (b) <input type="checkbox"/> ⑧ (≥2) | 当該加算1の場合 <input type="checkbox"/> ⑩ (≥6) 当該加算3の場合 <input type="checkbox"/> ⑩ (≥3) |
| 病棟名： | | |
| 当該加算種別： <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2のイ <input type="checkbox"/> 2のロ <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 常勤の医師数 | 常勤の精神保健指定医数 | 1日平均の入院患者数 |
| ⑪ () 名 | ⑫ () 名 | ⑬ () 名 |
| 年間のクロザピン新規導入件数：⑭ () 件 | | |
| (a) <input type="checkbox"/> ⑪÷⑬ (≥0.0625) | (b) <input type="checkbox"/> ⑫ (≥2) | 当該加算1の場合 <input type="checkbox"/> ⑭ (≥6) 当該加算3の場合 <input type="checkbox"/> ⑭ (≥3) |

2 精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料の算定病棟について届け出る場合

| | | | |
|------------------|---|--|-------|
| 標榜している 診療科 | 1 内科 2 外科 3 耳鼻科 4 眼科 5 整形外科 6 精神科 | | |
| 許可病床数 | 医療機関全体の許可病床数 (①) | | () 床 |
| | うち、精神病床の許可病床数 (②) | | () 床 |
| | ②÷①×100 | | () % |
| 精神病棟の数 | () 病棟 | | |
| 24時間の 救急医療体制 | 1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他 () | | |
| 精神科リエゾ ンチーム加算 | 届出 (有 ・ 無) | | |

| | |
|--|-------|
| 当該病棟における直近3ヶ月間の入院患者の数 (③) | () 人 |
| うち、入院時に精神科身体合併症管理加算を算定した患者の数 (④) | () 人 |
| ④÷③×100 | () % |
| 身体疾患等と精神症状を併せ持つ救急搬送患者のうち、 到着後12時間以内に当該保険医療機関の精神科医が診察した患者数 (直近3か月間におけるひと月あたりの平均患者数) | () 人 |

[記載上の注意]

1. 精神科急性期医師配置加算を算定する場合、算定する病棟数を記入すること。
2. 1日平均入院患者数については、算出に係る期間を※に記入すること。
3. 配置される医師数は、(1日平均入院患者数÷16)を超える人員数であること。
4. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。

排尿自立支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 区 分 | 氏 名 | 備考 |
|------------------------------|-----|---|
| ア 医師 | | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 |
| イ 専任の常勤看護師 | | <input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 |
| ウ 専任の常勤理学療法士 又は専任の常勤作業療法士 | | <input type="checkbox"/> 経験 (有 ・ 無) |

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 作成／周知 | マニュアルに含まれている内容 |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 作 成 <input type="checkbox"/> 周 知 | <input type="checkbox"/> スクリーニングの方法 <input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法 |

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 実施 | 内容 |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 実 施 <input type="checkbox"/> 実施予定 | 実施日 () 実施予定日 () |

〔記載上の注意〕

- 1 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、適切な研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。イに掲げる看護師については、所定の研修を修了したことが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験の有無を記載すること。
- 2 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|----------------------------|---|--------|-----|
| 1 当該加算の届出を行う病棟の種別及び病床数 | 入院基本料又は特定入院料 | 病棟（室）数 | 病床数 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | | 棟（室） | 床 |
| | 合計 | — | 床 |
| 2 救急用の自動車等による搬送実績 | 期間：（ ）年度 4 月～3 月 | | |
| | 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数： （ ）件 | | |
| 3 届出状況 | <input type="checkbox"/> 「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。） <input type="checkbox"/> 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A301-4」小児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A302」新生児特定集中治療室管理料 | | |
| 4 指定状況 | <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター | | |
| 5 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 様式 40 の 16 に記載すること。 | | |

〔記載上の注意〕

- 「1」については、「病棟（室）数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟（室）数を、「病床数」欄には同一区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。
- 「2」については、届出を行う年度の前年 1 年間（2024 年度に届け出る場合は、2023 年 4 月～2024 年 3 月の 1 年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
- 様式 40 の 16 を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規）

新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

(1) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

| | | |
|---|----------------------------------|-----------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 (令和 年 月 日時点) | 常勤: ()名 | 非常勤: ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師数: ()名(うち非常勤()名) | |
| *1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること | | |
| イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和 年 月分) | | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | | |
| <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間 <input type="checkbox"/> その他、客観的な記録方法 (具体的に:) | | |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 | | |
| <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | | |
| *2 前年度の実績を記載。 | | |
| *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者 | | |
| (ウ) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握 | | |
| <input type="checkbox"/> 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 | | |
| (エ) その他(自由記載・補足等) | | |
| ウ 前年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について | | |
| 1,785時間超 ()名 | | |
| 1,710時間超 ()名 | | |
| <input type="checkbox"/> 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。 | | |
| ※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。 | | |

(2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 (※初届出時は、ア及びイについては届出後3か月以内、ウ及びエについては届出後6か月以内に提出すること。)

| | | |
|---------------------------------|--|-----|
| ア 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者 | 氏名: | 職種: |
| イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 | 開催頻度: _____ 回/年 | |
| | 参加人数: 平均 _____ 人/回 | |
| | 参加職種() | |
| ウ 医師労働時間短縮計画 | <input type="checkbox"/> 計画策定 (初回の策定年月日: 年 月 日) | |
| | (直近の更新年月日: 年 月 日) | |
| | <input type="checkbox"/> 都道府県への提出 (初回の提出年月日(又は提出予定日): 年 月 日) | |
| | ※ 特定労務管理対象機関である場合に記入。 | |
| | <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 | |
| エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 | |
| | (具体的な公開方法) | |

(3) 医師労働時間短縮計画の具体的な取組内容

(ア)～(ス)の項目について、医師労働時間短縮計画への実績及び目標等の記載の有無

- | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| (ア) 労働時間管理方法 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (イ) 宿日直許可の有無を踏まえた時間管理 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (ウ) 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続き等 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (エ) 労使の話し合い、36協定の締結 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (オ) 衛生委員会、産業医の活用、面接指導の実施体制 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (カ) 追加的健康確保措置の実施(記載は任意) | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (キ) 意識改革・啓発 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (ク) 策定プロセス | <input type="checkbox"/> 記載あり | | |
| (ケ) タスクシフト・シェア | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (コ) 医師の業務の見直し | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (サ) その他の勤務環境改善 | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (シ) 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理(該当者がいる場合) | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |
| (ス) C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化(該当者がいる場合) | <input type="checkbox"/> 実績 | <input type="checkbox"/> 年度目標 | <input type="checkbox"/> 計画終了年度の目標 |

[記載上の注意]

当該保険医療機関の「医師労働時間短縮計画」を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（8月報告）

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

(1) 地域医療体制確保加算の算定状況

算定開始時点(年 月)

備考※()

※ 算定開始後、当該加算を辞退した年月などがあれば具体的に記載すること。

(2) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

(令和6年8月1日時点)

| | | |
|----------------|-------------------------------|-----------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤: ()名 | 非常勤: ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師()名(うち非常勤()名) | |

*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和4年6月分)

(ア) 勤務時間の具体的な把握方法 タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
 その他、客観的な記録方法
(具体的に:)

(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容
 年次有給休暇取得率 時短勤務実施者(*3)数
 育児休業・介護休業の取得率 その他
(具体的に:)

*2 前年度の実績を記載。
*3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)

| | |
|-------------|----------------------|
| 平均: ()時間/月 | 80時間/月以上の者の人数: ()名 |
| 最大: ()時間/月 | 155時間/月以上の者の人数: ()名 |
| 最小: ()時間/月 | |

*4 常勤医における値を記載。
*4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和

(エ) 宿日直(回/月)

| |
|------------|
| 平均: ()回/月 |
| 最大: ()回/月 |
| 最小: ()回/月 |

連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回

(オ) その他(自由記載・補足等)

ウ 令和5年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

| | |
|----------|------|
| 1,785時間超 | ()名 |
| 1,710時間超 | ()名 |

医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

(令和5年7月1日時点)

| | | |
|----------------|-------------------------------|-----------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤: ()名 | 非常勤: ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師()名(うち非常勤()名) | |

*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和3年6月分)

(ア) 勤務時間の具体的な把握方法 タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
 その他、客観的な記録方法
(具体的に:)

(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容
 年次有給休暇取得率 時短勤務実施者(*3)数
 育児休業・介護休業の取得率 その他
(具体的に:)

*2 前年度の実績を記載。
*3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

| | |
|--|--|
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(* 4) | |
| 平均: ()時間/月 | 80時間/月以上の者の人数: ()名 |
| 最大: ()時間/月 | 155時間/月以上の者の人数: ()名 |
| 最小: ()時間/月 | |
| * 4 常勤医における値を記載。 * 4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 | |
| (エ) 宿日直(回/月) | 平均: ()回/月 最大: ()回/月 最小: ()回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回 |
| (オ) その他(自由記載・補足等) | |
| ウ 令和5年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について | |
| 1,785時間超 | ()名 |
| 1,710時間超 | ()名 |
| <input type="checkbox"/> 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。 | |
| ※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。 | |

(令和4年7月1日時点)

| | | |
|--|---|-----------|
| ア 医療機関に勤務する医師数 | 常勤: ()名 | 非常勤: ()名 |
| | 宿日直(*1)を担当する医師数: ()名(うち非常勤()名) | |
| * 1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること | | |
| イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和2年6月分) | | |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法 | <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間 <input type="checkbox"/> その他、客観的な記録方法 (具体的に:) | |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 | <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) | |
| * 2 前年度の実績を記載。 * 3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者 | | |
| (ウ) 超過勤務時間(時間/月)(* 4) | | |
| 平均: ()時間/月 | 80時間/月以上の者の人数: ()名 | |
| 最大: ()時間/月 | 155時間/月以上の者の人数: ()名 | |
| 最小: ()時間/月 | | |
| * 4 常勤医における値を記載。 * 4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和 | | |
| (エ) 宿日直(回/月) | 平均: ()回/月 最大: ()回/月 最小: ()回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数: ()名・のべ()回 | |
| (オ) その他(自由記載・補足等) | | |
| ウ 令和5年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について | | |
| 1,785時間超 | ()名 | |
| 1,710時間超 | ()名 | |
| <input type="checkbox"/> 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。 | | |
| ※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。 | | |

(3) B水準・C水準等に相当する医師の働き方改革に向けた具体的な取組(実施している取組にチェックし、開始年月を回答)

| |
|---|
| 1 短時間勤務正規雇用医師の活用 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】短時間勤務正規雇用医師を常勤医師20人につき1人以上雇用していること。 |
| 2 オンコール体制の構築 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】医療機関全体で、医師60人(常勤換算)あたり1人以上オンコール医師がいること。 オンコール医師が所属する診療科の医師は、同じ日に宿日直をしていないこと。 |
| 3 複数主治医制の実施 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)のうち半数以上で複数主治医制を導入していること。 |
| 4 特定行為研修終了看護師の活用 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】急性期医療に係る以下の各領域のすべてについて、それぞれ日勤帯には院内に常時特定行為研修終了者があり、特定行為を行っていること。 ・外科手術後管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科系基本領域 ・集中治療領域 ・救急領域 |
| 5 医師事務作業補助者の活用 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】○対1の割合で医師事務作業補助者を配置していること。 (対1) |
| 6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 <input type="checkbox"/> (年 月) |
| 【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。 ア 診療放射線技師 ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 ・下部消化管検査(CTコノグラフィ検査を含む。)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 ・上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 ・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査 イ 臨床検査技師 ・直腸肛門機能検査(バルーン及びトランスデューサーの挿入(バルーンへの空気の注入を含む。))並びに抜去を含む。) ・持続皮下グルコース検査(当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。) ・運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極(針電極を含む。)の装着及び脱着 ・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 ・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 ・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 ・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為 ウ 臨床工学技士 ・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 ・心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用する行為、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 ・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為 エ 救急救命士 ・医療機関に搬送されるまでの間(病院前)に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とされた行為 ※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す |

協力対象施設入所者入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 平時からの連携体制を構築している介護保険施設等

| 介護保険施設等の名称 | ICTを用いた 情報共有の有 | 情報共有に使用する サービスの名称（主なもの） | カンファレンスを行った日（最新のもの） |
|------------|-------------------|----------------------------|---------------------|
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |
| | (有・無) | | 年 月 日 |

2 当該医療機関における24時間直接連絡を受ける体制（該当するものについて、□に「✓」を記入し、担当者名、連絡先を記載すること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 担当者を固定している場合 <input type="checkbox"/> (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。） |
| ・担当者名： ・連絡先： |

3 緊急時の入院受入体制（該当するものについて、□に「✓」を記入すること。）

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> (1) 当該医療機関において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。 <input type="checkbox"/> (2) 介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。また、当該介護保険施設と、入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。 <input type="checkbox"/> (3) 介護保険施設の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。 |
|--|

〔記載上の注意〕

- 1 平時からの連携体制を構築している介護保険施設等について、当該医療機関が協力医療機関として定められている介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームの名称等を記載すること。
- 2 24時間の直接連絡を受ける体制について、連携介護保険施設等に交付する文書を添付すること。
- 3 介護保険施設等に協力病院として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力病院として定められている介護保険施設等の名称について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。

精神科入退院支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門 （入退院支援部門）の設置の有無 | （ 有 ・ 無 ） |
|---------------------------------------|-----------|

1 入退院支援部門に配置されている職員（該当する□に「✓」を記入すること）

| | 氏名 | 専従 ・ 専任 | 常勤 ・ 非常勤 | | 職種 | 経験 年数 |
|--------------------------|----|---------------|-----------------------------|-----------------------------------|----|----------|
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | |
| 入退院支援に 関する経験を 有する者 | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 | <input type="checkbox"/> 非常勤（ 時間） | | 年 |

2 退院支援に係る実績等

| | | |
|--|--|--------------------------|
| (1) | 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機関の数の合計が10以上（該当する場合は「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |
| | 連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |
| | 連携先（連携を有している場合には「✓」を記入すること） | |
| | ① 他の保険医療機関 | <input type="checkbox"/> |
| | ② 一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助又は就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者 | <input type="checkbox"/> |
| | ③ 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等 | <input type="checkbox"/> |
| ④ 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又は施設サービス事業者 | <input type="checkbox"/> | |
| ⑤ 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署 | <input type="checkbox"/> | |
| (2) | 1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上（該当する場合には「✓」を記入すること） | <input type="checkbox"/> |

3 各病棟に配置されている職員

| | 病棟名 | 病床数 | 当該病棟で 算定している 入院料 | 氏名 | 職種 |
|------------------------------------|-----|-----|------------------------|----|----|
| 入退院支援及び 地域連携業務に 専従に従事する 者 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 「1」について、非常勤職員を組み合わせ配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、()に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 3 「2」について、(1)又は(2)を満たすこと。(1)を満たす場合は、①から⑤までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
- 4 連携機関の職員との面会に係る実績については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

様式 40 の9の3

医療的ケア児(者)入院前支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------|--|
| 保険医療機関名 | |
| 住所 | |

| | |
|---|---|
| 直近1年間の医療的ケア判定スコア 16 点以上入院患者数 (算出期間 年 月 日～算出期間 年 月 日) | |
| | 名 |

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

| 氏 名 | 職 種 名 |
|-----|-------|
| | |
| | |
| | |

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

| | | |
|-----|-----------|--|
| (1) | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| | 開 設 者 氏 名 | |
| | 歯 科 医 師 名 | |
| | 電 話 番 号 | |

| | | |
|-----|-----------|--|
| (2) | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| | 開 設 者 氏 名 | |
| | 歯 科 医 師 名 | |
| | 電 話 番 号 | |

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|------------------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 (※) | |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | |
| | 看 護 師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |
| | | | その他 名 | |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床 数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 装置・器具 | | 配置場所 | | 装置・器具の名称・台数 等 |
| | | 治療室内 | 病院内 | |
| 救急蘇生装置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 除細動器 | <input type="checkbox"/> | | | |
| ペースメーカー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 心電計 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 呼吸循環監視装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 人工呼吸装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 酸素濃度測定装置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 光線療法器 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 微量輸液装置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 超音波診断装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 心電図モニター装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 自家発電装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 電解質定量検査装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 血液ガス分析装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | |
| 救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。) | | | | |
| 1 高度救命救急センターである。 | | | | |
| 2 充実段階がSである。 | | | | |
| 3 充実段階がAである。 | | | | |
| 4 充実段階がBである。 | | | | |
| 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。 | | | | |

| 救命救急入院料にかかる事項（施設基準に該当する場合○をすること。） （令和7年4月1日以降に届出を行う場合に限り。） （ ）救急時医療情報閲覧機能を有している | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------|------|------|----|--|------|---|---|--|------|---|---|--|------|---|---|--|------|---|---|--|------|---|---|
| 救命救急入院料3及び4並びに特定集中治療室管理料2、4及び6に係る事項6 （施設基準に該当する場合○をすること。） （ ）当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。 （再掲）広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。） （ ）当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 （再掲）専任の小児科医師数 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料1又は2に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。） （ ）特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 （再掲）経験を有する医師数 名 （ ）当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料1、2、5又は6に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。） （ ）集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>勤務時間</th> <th>経験年数</th> <th>研修</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>週 時間</td> <td>年</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週 時間</td> <td>年</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週 時間</td> <td>年</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週 時間</td> <td>年</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週 時間</td> <td>年</td> <td>□</td> </tr> </tbody> </table> | | 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修 | | 週 時間 | 年 | □ | | 週 時間 | 年 | □ | | 週 時間 | 年 | □ | | 週 時間 | 年 | □ | | 週 時間 | 年 | □ |
| 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 週 時間 | 年 | □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 週 時間 | 年 | □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 週 時間 | 年 | □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 週 時間 | 年 | □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 週 時間 | 年 | □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料1又は2に係る事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 直近12か月における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可 | 名 (期間： 年 月 日～ 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② ①のうち、入室日のSOFASコアが5以上の者 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 入室日のSOFASコアが5以上の者の割合（②/①） | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定集中治療室管理料3又は4に係る事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 直近12か月における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可 | 名 (期間： 年 月 日～ 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② ①のうち、入室日のSOFASコアが3以上の者 | 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 入室日のSOFASコアが③以上の者の割合（②/①） | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること） （ ）当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。 （ ）当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。 （ ）当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

特定集中治療室管理料 5 又は 6 を算定する他の保険医療機関に対する情報通信機器を用いた特定集中治療室管理に係る支援に係る事項
(支援を実施している又は受けている場合のみ記載すること。)

| | |
|-------------|---|
| 支援側医療機関の場合 | <p>() 特定集中治療室管理料 1 又は特定集中治療室管理料 2 の届出を行っている。</p> <p>() 支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれる。(被支援側医療機関名：)</p> <p>() 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行っている。また、モニタリングを行う職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であることを満たしている。</p> <p>() 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されている。</p> <p>() 被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行っている。</p> <p>() 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有している。</p> |
| 被支援側医療機関の場合 | <p>() 特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 の届出を行っている。</p> <p>() 特定集中治療室管理料 1 又は特定集中治療室管理料 2 の届出を行っている保険医療機関から支援を受けている。(支援側医療機関名：)</p> <p>() 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けている。</p> <p>() 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有している。</p> |

【記載上の注意】

※ 救命救急入院料並びに特定集中治療室管理料 1、2、3 及び 4 に係る事項

- 1 [] 内には、届出事項の名称(救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3、特定集中治療室管理料 4、特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 のいずれか)を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 救命救急入院料 2 又は救命救急入院料 4 の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 5 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表(勤務実績)により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 6 特定集中治療室 1、2、5 又は 6 の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。記載にあたっては、以下の点に留意すること。
 - ・ 勤務時間は、1 週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。
 - ・ 専任の常勤看護師を 2 名組み合わせることにより、当該治療室内に週 20 時間以上配置しても差し支えないが、当該 2 名の勤務が重複する時間帯については 1 名についてのみ計上すること。
 - ・ 経験年数の欄は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。
 - ・ 適切な研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
 - ・ 特定集中資料室 5 又は 6 の届出を行う治療室については、令和 8 年 5 月 31 日までの間においては、適切な研修を修了した看護師の配置の規定に該当するものとみなす。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|------------------|-------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日勤の時間帯 名 | | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 (※) | | |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | | |
| | 看 護 師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 | その他 名 |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床 数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 | |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 | |
| 装置・器具 | | 配置場所 | | 装置・器具の名称・台数 等 | |
| | | 治療室内 | 病院内 | | |
| 救急蘇生装置 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 除細動器 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ベースメーカー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 心電計 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 呼吸循環監視装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 人工呼吸装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 酸素濃度測定装置 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 光線療法器 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 微量輸液装置 | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 超音波診断装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 心電図モニター装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 自家発電装置 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 電解質定量検査装置 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 血液ガス分析装置 | | <input type="checkbox"/> | | | |
| 救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。) | | | | | |
| 1 高度救命救急センターである。 2 充実段階がSである。 3 充実段階がAである。 4 充実段階がBである。 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。 | | | | | |

| | | | | |
|--|------|--------------------------|----|--|
| 救命救急入院料3及び4並びに特定集中治療室管理料2、4及び6に係る事項6 (施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。 (再掲) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名 | | | | |
| 小児加算に係る事項 (小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 (再掲) 専任の小児科医師数 名 | | | | |
| 特定集中治療室管理料1又は2に係る事項 (施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | |
| () 特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 (再掲) 経験を有する医師数 名 | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名 | | | | |
| 特定集中治療室管理料1、2、5又は6に係る事項 (施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | |
| () 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。 (□には、適合する場合「✓」を記入すること。) | | | | |
| 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修 | |
| | 週 時間 | 年 | □ | |
| | 週 時間 | 年 | □ | |
| | 週 時間 | 年 | □ | |
| | 週 時間 | 年 | □ | |
| | 週 時間 | 年 | □ | |
| 特定集中治療室管理料1又は2に係る事項 | | | | |
| ① 直近12か月における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可 | | 名 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) | | |
| ② ①のうち、入室日のSOFASコアが5以上の者 | | 名 | | |
| ③ 入室日のSOFASコアが5以上の者の割合 (②/①) | | % | | |
| 特定集中治療室管理料3又は4に係る事項 | | | | |
| ① 直近12か月における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可 | | 名 (期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) | | |
| ② ①のうち、入室日のSOFASコアが3以上の者 | | 名 | | |
| ③ 入室日のSOFASコアが③以上の者の割合 (②/①) | | % | | |
| 上限日数延長に係る事項 (施設基準に該当する場合○をすること) | | | | |
| () 当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。 | | | | |
| () 当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。 | | | | |
| () 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。 | | | | |

特定集中治療室管理料 5 又は 6 を算定する他の保険医療機関に対する情報通信機器を用いた特定集中治療室管理に係る支援に係る事項
(支援を実施している又は受けている場合のみ記載すること。)

| | |
|--|---|
| <p>支 援 側 医 療 機 関 の 場 合</p> | <p>() 特定集中治療室管理料 1 又は特定集中治療室管理料 2 の届出を行っている。</p> <p>() 支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれる。(被支援側医療機関名：)</p> <p>() 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行っている。また、モニタリングを行う職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であることを満たしている。</p> <p>() 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されている。</p> <p>() 被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行っている。</p> <p>() 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有している。</p> |
| <p>被 支 援 側 医 療 機 関 の 場 合</p> | <p>() 特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 の届出を行っている。</p> <p>() 特定集中治療室管理料 1 又は特定集中治療室管理料 2 の届出を行っている保険医療機関から支援を受けている。(支援側医療機関名：)</p> <p>() 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けている。</p> <p>() 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有している。</p> |

【記載上の注意】

※ 救命救急入院料並びに特定集中治療室管理料 1、2、3 及び 4 に係る事項

- 1 [] 内には、届出事項の名称(救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3、特定集中治療室管理料 4、特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 のいずれか)を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 救命救急入院料 2 又は救命救急入院料 4 の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 5 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表(勤務実績)により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
 なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 6 特定集中治療室 1、2、5 又は 6 の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。記載にあたっては、以下の点に留意すること。
 - ・ 勤務時間は、1 週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。
 - ・ 専任の常勤看護師を 2 名組み合わせることにより、当該治療室内に週 20 時間以上配置しても差し支えないが、当該 2 名の勤務が重複する時間帯については 1 名についてのみ計上すること。
 - ・ 経験年数の欄は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。
 - ・ 適切な研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
 - ・ 特定集中資料室 5 又は 6 の届出を行う治療室については、令和 8 年 5 月 31 日までの間においては、適切な研修を修了した看護師の配置の規定に該当するものとみなす。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。

様式 42 の 2

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|-----------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | |
| | 看 護 師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 新生児特定集中治療室重症児対応 体制強化管理料（注2） | | 床 | | |
| 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数（注3） | | | | 名 |
| 直近1年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数（注3） | | | | 件 |
| 直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数（注4） | | | | 名 |
| 直近1年間の出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数（注2） | | | | 名 |
| 直近1年間の経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数（注2） | | | | 名 |
| 装置・器具 | 配 置 場 所 | | 装置・器具の名称・台数等 | |
| | 治療室内 | 病院内 | | |
| 救 急 蘇 生 装 置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 除 細 動 器 | <input type="checkbox"/> | | | |
| ベ ー ス メ ー カ ー | <input type="checkbox"/> | | | |
| 心 電 計 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 呼 吸 循 環 監 視 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 人 工 呼 吸 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 新 生 児 用 人 工 換 気 装 置 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 酸 素 濃 度 測 定 装 置 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 光 線 療 法 器 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 微 量 輸 液 装 置 | <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--|
| 分娩監視装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 超音波診断装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 心電図モニター装置 | <input type="checkbox"/> | | |
| 自家発電装置 | | <input type="checkbox"/> | |
| 電解質定量検査装置 | | <input type="checkbox"/> | |
| 血液ガス分析装置 | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | |

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）

| |
|--|
| () 新生児の集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと (再掲) 経験を有する医師数 名 |
| () 当該保険医療機関に常勤の臨床工学技士が配置されており、緊急時には常時対応出来る体制が取られている。 常勤の臨床工学技士 名 |
| () 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。 常勤の公認心理師 名 |

[記載上の注意]

- [] 内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別葉とすること。
- 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工学技士、公認心理師、臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、専任医師のうち、新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師については様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。なお、看護師の配置状況については、届出を行う病床の入院患者数等のうち当該管理料の算定対象患者数等がわかるものを併せて添付すること。
- 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、当該管理料の届出を行う病床の区域を明示した平面図を併せて添付すること。
- 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。なお、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、又は新生児治療回復室入院医療管理料を届け出る場合は、新生児用呼吸循環装置は当該治療室内に常時備えていること。
- 注1については、新生児特定集中治療室1、母体・胎児集中治療室管理料（保険医療機関内に常時2人の医師が勤務している場合を除く。）及び新生児集中治療室管理料を届け出る場合のみ記載すること。
- 注2については、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を届け出る場合のみ記載すること。
- 注3については、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 注4については、新生児特定集中治療室管理料2を届け出る場合のみ記載すること。
- 新生児特定集中治療室管理料1又は新生児集中治療室管理料と新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を同時に届出を実施する場合は、1つの届出にまとめて差し支えない。

[]の早期離床・リハビリテーション加算
に係る届出書添付書類

1 早期離床・リハビリテーション加算に係るチームの構成員

| 職種 | 氏 名 | 経験年数 |
|----|-----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

| 作成 | 見直し頻度 |
|------|-------|
| □作 成 | 年 回 |

[記載上の注意]

- 1 []内には、該当する届出事項の名称（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のいずれか）を記入すること。
- 2 職種の欄には、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と記入すること
- 3 従事者が医師である場合は、経験年数の欄に集中治療に従事した経験年数を記入すること。（小児特定集中治療室管理料の場合は、経験年数の欄に小児の特定集中治療に従事した経験年数を記入すること。）
- 4 従事者が看護師である場合は、経験年数の欄に集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 5 従事者が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士である場合は、経験年数の欄に以下の①を記入すること。なお、①の経験年数が5年に満たない場合は、①と②をそれぞれ記入すること。
 - ① 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料を届け出ている病院における経験年数（異なる治療室等における経験を有する場合は、通算年数を記載すること。）
 - ② 回復期リハビリテーション病棟において専従で勤務した経験年数
- 6 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを添付すること。

[] の「注」
に掲げる早期栄養介入管理加算に係る届出書添付書類

1 早期栄養介入管理加算の専任の管理栄養士の氏名

| 氏 名 | 栄養サポートチーム での経験年数 | 集中治療を必要とする患者の 栄養管理に係る経験年数 |
|-----|---------------------|------------------------------|
| | 年 | 年 |
| | 年 | 年 |
| | 年 | 年 |

2 栄養管理に係る手順書

| | |
|---------------|--------------------------|
| 栄養管理に係る手順書の作成 | <input type="checkbox"/> |
|---------------|--------------------------|

[記載上の注意]

- [] には、救命救急入院料の「注9」、特定集中治療室管理料の「注5」、ハイケアユニット入院医療管理料の「注4」、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注4」又は小児特定集中治療室管理料の「注4」のいずれかを記入すること。
- 届出に当たっては、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験かつ集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る経験を3年以上有すること。
- には、適合する場合「レ」を記入すること。

様式 42 の 5

早期栄養介入管理加算に係る報告書（8月報告）

報告年月日： 年 8 月 日

（期間： 年 月 日～ 年 月 日）

| | |
|----------------------|---|
| 治療室の入室総患者数 | 名 |
| 当該加算のために介入した患者数 | 名 |
| 48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数 | 名 |

| | |
|-------------------------|---|
| 48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった理由 | ① |
| | ② |
| | ③ |
| | ④ |
| | ⑤ |

[記載上の注意点]

- 1 治療室に入室し、早期栄養介入管理加算の対象となる患者の総数とする。
- 2 当該加算のために介入した患者とは、算定の有無にかかわらず、栄養スクリーニング、栄養アセスメント等を実施した患者数とする。
- 3 48 時間以内に経腸栄養を開始した患者数とする。なお、全ての栄養摂取を経腸栄養で実施する必要はなく、必要栄養量の一部を経腸栄養により摂取した患者数とする。
- 4 患者数は、前年度の 4 月 1 日から 3 月 31 日までとする。ただし、新規に当該加算の届出を行うなど、1 年に満たない場合は、その届出日以降から同年度の 3 月 31 日までの期間とする。
- 5 栄養スクリーニング、栄養アセスメントを実施したが、48 時間以内に経腸栄養を開始できなかった場合は、その主な理由を最大 5 つまで記載する。

救命救急入院料の「注2」精神疾患診断治療初回加算の「イ」に掲げる
施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の常勤医師に係る要件

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

| 常勤 換算 | 氏名 | 適切な研修の受講 |
|--------------------------|----|----------|
| <input type="checkbox"/> | | あり ・ なし |
| <input type="checkbox"/> | | あり ・ なし |

2 専任の常勤看護師等

| 氏名 | 職種 | 適切な研修の受講 |
|----|----|----------|
| | | あり ・ なし |
| | | あり ・ なし |
| | | あり ・ なし |
| | | あり ・ なし |
| | | あり ・ なし |

[記載上の注意]

- 「1」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「1」及び「2」の適切な研修とは、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を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいう。適切な研修を修了していることがわかる修了証(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。

[記載上の注意]

- 1 1のアに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 1のウに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を修了していること又は受講中であることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 3 特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定する治療室に入院している全ての患者の状態を、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、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること。

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の施設基準に係る
 重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

1 救命救急入院料（2・4）、特定集中治療室管理料（1・2・3・4・5・6）
 （該当に○）

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------|--------------------------------------|
| 病 床 数 | | 床 | 入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月 |
| 入室患者の状況 | ① 入室患者延べ数 | 名 | |
| | 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ | | |
| | ② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | 名 | |
| ③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合（②／①） | | % | |
| 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況 | | 実施年月日 年 月 日 | |

2 救命救急入院料（1・3）、ハイケアユニット入院医療管理料（1・2）
（該当に○）

- (1) 届出事項（入院料等の届出の変更・評価表の変更）（該当に○）
 (2) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度（I・II）（該当に○）
 (3) 入室患者の状況等

| 病 床 数 | | 床 | 入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月 | |
|--------------------------|---|--|--|---|
| 入室患者の状況 | ① 入室患者延べ数 | 名 | | |
| | ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度 | | | |
| | I | ②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・人工呼吸器の管理 ・肺動脈圧測定 ・中心静脈圧測定 ・輸血や血液製剤の管理 ・特殊な治療法等 | 名 | |
| | | ③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①） | % | |
| | | ④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数 | 名 | |
| | | ⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①） | % | |
| | | II | ②【割合①】①のうち重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、以下のいずれかに該当する患者の延べ数 ・蘇生術の施行 ・人工呼吸器の管理 ・肺動脈圧測定 ・中心静脈圧測定 ・輸血や血液製剤の管理 ・特殊は治療法等 | 名 |
| | ③【割合①】重症度、医療・看護必要度のA項目のうち、②のいずれかに該当する患者の割合（②／①） | | % | |
| | ④【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の延べ数 | | 名 | |
| | ⑤【割合②】重症度、医療・看護必要度のA項目のいずれかに該当する患者の割合（④／①） | | % | |
| 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況 | | | 実施年月日 年 月 日 | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、当該届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入室患者延べ数に含めない。
- 3 救命救急入院料2、4又は特定集中治療室管理料の届出を行う場合は、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行うこと。なお、この場合の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、「モニタリング及び処置等(A項目)」に係る得点が「2点以上」である患者をいう。
- 4 救命救急入院料1、3又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行う場合は、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行うこと。

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------|---|--------------|
| 当該治療室 の従事者 | 専任医師 | | 日勤の時間帯 名 | |
| | | | 日勤以外の時間帯 名 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 | |
| | 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師 | | 名 | |
| | 当該病院に勤務する小児科医 | | 名 | |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 |
| 装置・器具 | | 配置場所 | | 装置・器具の名称・台数等 |
| | | 治療室内 | 病院内 | |
| 救急蘇生装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 除細動器 | | <input type="checkbox"/> | | |
| ペースメーカー | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 心電計 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 呼吸循環監視装置 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 体外補助循環装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 急性血液浄化療法に必要な装置 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 自家発電装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 電解質定量検査装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 血液ガス分析装置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数及び人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者数 | 転院時において前医において算定されていた入院料（注1） | | | |
| | 救命救急入院料 | | | 名 |
| | 特定集中治療室管理料 | | | 名 |
| | 転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注1） | | | |
| | 救急搬送診療料 | | | 名 |
| | | | 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 | 名 |
| 人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期管理が行われた患者（注1） | | | 名 | |

[記載上の注意]

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師については、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 5 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装

置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使うことが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。

- 6 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注1については、いずれかを記載すればよい。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| ハイケアユニット入院医療管理料 | 1、2 | |
| 専任の常勤医師名 | | |
| 一般病棟の平均在院日数 (≤ 19 日であること) | 日 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | |
| 当該治療室の病床数 | 床 | |
| 当該治療室の看護師数 | 名 | |
| 当該治療室の勤務体制 | 日勤 | 名 |
| | 準夜勤 | 名 |
| | 深夜勤 | 名 |
| 当該治療室に常設されている装置・台数・器具の名称等 | | |
| 救急蘇生装置 | | |
| 除細動器 | | |
| 心電計 | | |
| 呼吸循環監視装置 | | |
| 診療録管理体制加算の届出 | 有 ・ 無 | |

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入室患者延べ数に含めない。
- 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------|
| 専任の医師 | | 名 |
| 当該治療室の病床数 | | 床 |
| 当該治療室の入院患者の状況 | 入室患者延べ数の算出期間 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 入室患者延べ数① | | 名 |
| ①のうち脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者数② | | 名 |
| 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者の割合(②/①) | | % |
| 当該治療室の従事者 | 看護師 | 日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名 |
| | 理学療法士 又は 作業療法士 | 名 |
| 当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等 | | |
| 救急蘇生装置 | | |
| 除細動器 | | |
| 心電計 | | |
| 呼吸循環監視装置 | | |
| 当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等 | | |
| CT | | |
| MRI | | |
| 脳血管造影装置 | | |
| 当医療機関におけるリハビリテーションの施設基準の届出の有無 | 脳血管疾患等リハビリテーション(I・II・III)有・無 | |

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、専任の医師の神経内科又は脳神経外科の経験年数及び専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士の脳血管疾患等リハビリテーションの経験年数を備考欄に記載すること。
- 届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類及び当該保険医療機関における専任の医師の配置状況がわかる書類を添付すること。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|------------------------------------|-----------|---|---|
| 1 病棟名及び治療回復室（番号） | | | |
| 病 床 数 | | 床 | 床 |
| 専任の小児科の常勤医師数 | | | 名 |
| 専任の小児科の非常勤医師数 （週3日以上かつ22時間以上勤務） | | | 名 |
| 看 護 師 現 員 数 | 治 療 室 勤 務 | 人 | 人 |
| | 治療室以外との兼任 | 人 | 人 |
| | 合 計 | 人 | 人 |

| | |
|---|-----------------|
| 2 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況 届出を行っているものに○をすること。 | |
| | 新生児特定集中治療室管理料 |
| | 総合周産期特定集中治療室管理料 |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該非常勤医師数を記入すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

総合周産期特定集中治療室管理料「注3」に掲げる
成育連携支援加算に係る届出書添付書類

1 成育連携チームの構成員

| 常勤換算 | 氏名 | 職種 | 専任 | 経験年数 |
|--------------------------|----|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | 年 |

〔記載上の注意〕

- 1 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定の労働時間が週22時間以上の勤務を行っている、非常勤の当該加算における専任の看護師、社会福祉士又は公認心理師（以下、「看護師等」という。）を組み合わせ配置している場合には、当該看護師等の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 2 職種の欄には医師（診療科まで記載すること）、助産師、看護師、社会福祉士又は公認心理師と記入すること。
- 3 専任として配置している場合には、「専任」の口に「✓」を記入すること
- 4 従事者が当該加算における専任の看護師である場合は、新生児の集中治療に係る業務の経験年数を記入すること。

地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|----------------|
| 当該病棟 | 病棟名 | | |
| | 病床数 | 床 | |
| | 看護補助体制加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 夜間看護補助体制加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 夜間看護体制加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助体制充実加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護職員夜間配置加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | 専従者① (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | (専従となった年月: 年 月) | |
| | 専従者② (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | (専従となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟専任の管理栄養士 | (専任となった年月: 年 月) | | |
| 当該病棟の病室部分の面積 | (1床当たり面積 | m ²) | m ² |
| 床面積の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 | 着工予定 | 年 | 月 |
| | 完成予定 | 年 | 月 |
| 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 | 着工予定 | 年 | 月 |
| | 完成予定 | 年 | 月 |

| 入院患者における割合 | | |
|------------|---|---|
| ア | 当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| イ | アのうち、重症度、医療看護必要度の基準② (入院初日のB得点が3点以上)を満たす患者の数 | 名 |
| | 重症度、医療・看護必要度の基準②を満たす患者の割合 (割合②) イ/ア | % |
| ウ | 当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) ※ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者及び短期 滞手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く。 | 名 |
| エ | ウのうち、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者 | 名 |
| | 同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の割合 エ/ウ | % |
| オ | アのうち、救急搬送後の患者で、入院初日から当該病棟に 入院した患者 ※ 14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟(回復期リハ ビリテーション病棟入院料を算定している病棟を除く)に 転棟した患者を除く。 ※ 他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し、当該 保険医療機関に搬送された患者を含む。 | 名 |
| | 救急搬送後の患者の割合 オ/ア | % |
| 退院患者における割合 | | |
| ア | 当該病棟における直近6月間における退院患者数 (死亡退院を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| 内 訳 | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) うち、在宅強化型(超強化型を含む) 及び基本型(加算型を含む) | 名 |
| | (4) 有床診療所 | 名 |
| | (5) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床 | 名 |
| | (6) (1)、(2)及び(4)を除く病院 | 名 |
| | (7) うち、回復期リハビリテーション病棟 入院料を算定する病床 | 名 |
| イ | 当該病棟における直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| | (8) うち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病 床 | 名 |
| | 在宅等へ退出した患者の割合 ((1) + (3) + (5) + (7) + (8)) / (ア + イ) | % |

| ADLが低下した患者の割合 | |
|---|--|
| ア 当該病棟における直近1年間における退院・転棟患者数 (死亡退院及び終末期のがん患者を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| イ アのうち、ADLが入院時と比較して低下した患者数 | 名 |
| ADLが低下した患者の割合 イ/ア | % |
| 第二次救急医療機関 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |
| 救急患者への対応 | 検査 <input type="checkbox"/> 常時対応可能 |
| | CT撮影 <input type="checkbox"/> 常時対応可能 |
| | MRI撮影 <input type="checkbox"/> 常時対応可能 |
| データ提出加算の届出 (適合する場合☑) | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 |
| 疾患別リハビリテーションの届出(該当に○) | 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ) |
| 入退院支援加算1 | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし |
| 休日を含めすべての日にリハビリテーションを実施できる体制 | <input type="checkbox"/> 備えている |
| Barthel Indexの測定に関わる職員を対象とした研修会の年1回以上の実施 | <input type="checkbox"/> 実施 |

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9、様式10及び様式20を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 当該病棟の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助体制充実加算、看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式9、様式13の3及び様式18の3を添付すること。

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-------|--|
| 指定年月日 | |
|-------|--|

[記載上の注意]

- 1 様式 9 に合わせ日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 2 感染症法第 6 条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | |
|--------------|------------------|----------|---|---|--|---|
| 病棟の状況 | 病棟名 及び病室名(番号) | | | | 備考 1日平均 入院患者数 算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 入院基本料区分 | | | | | |
| | 病床数 | 床 | 床 | 床 | | |
| | 1日平均入院患者数 ① | 名 | 名 | 名 | | |
| 当該病室の入院患者の状況 | 1日平均入院患者数 ② | 名 | 名 | 名 | | |
| | ② の 再 掲 | 脊髄損傷等 | 名 | 名 | | 名 |
| | | 重度意識障害 | 名 | 名 | | 名 |
| | | 筋ジストロフィー | 名 | 名 | | 名 |
| | | 神経難病 | 名 | 名 | | 名 |
| | | 小計 ③ | 名 | 名 | | 名 |
| | 特殊疾患の割合 ③/② | % | % | % | | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 1日平均入院患者数は直近1年間、脊髄損傷等の患者数は直近1月間の実績を用いること。
- 3 当該届出病室を含む病棟ごとに様式9を記載し添付すること。

の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

小児入院医療管理料 4 の施設基準に係る届出書添付書類

| | 病棟数 | 病床区分 | 病床数 | 入院患者数 | | 平均在院日数 |
|--|----------------|----------------|---------|---------|------------------|--------|
| | | | | 届出時 | 1 日 平 均 入院患者数 | |
| 及 び 平 均 在 院 日 数 及 入 院 患 者 数 | 当 該 病 棟 | 小児入院医 療管理病室 | 床 | 名 | 名 | 日 |
| | | 一般病床 | 床 | 名 | 名 | |
| | | 小 計 | 床 | 名 | 名 | |
| | そ の 他 の 病 棟 | 一般病棟 | 床 | 名 | 名 | |
| | 合 計 | 一般病棟 | 合計 床 | 合計 名 | 合計 名 | |

* 1日平均入院患者数（直近1年間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

* 平均在院日数（直近3月間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
- 4 当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式9を記載し添付すること。

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る加算の区分（届出を行う加算に○を付す）

- () 注2に規定する加算（ア 保育士1名の場合）
 () 注2に規定する加算（イ 保育士2名以上の場合）
 () 注4に規定する加算（ア 重症児受入体制加算1）
 () 注4に規定する加算（イ 重症児受入体制加算2）
 () 注7に規定する加算（養育支援体制加算）
 () 注8に規定する加算（時間外受入体制強化加算）

2. 「注2」及び「注4」に規定する加算に係る事項

| 区 分 | 病 棟 名 | 保 育 士 名 | 常 勤 ・ 非 常 勤 | プレイルーム 面積 (㎡) |
|-----|-------|---------|--|------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 | |

[記載上の注意]

- 注2の「イ 保育士2名以上の場合」及び注4の「イ 重症児受入体制加算2」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤保育士を2名以上組み合わせることにより、常勤保育士と同じ時間帯にこれらの非常勤保育士が配置されている場合には、当該基準を満たしているときとみなすことができる。ただし、常勤換算し常勤保育士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。
- プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の平面図を添付すること。
- プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。

3. 「注4」重症児受入体制加算に係る事項

| 当該病棟における直近1年間の実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日) | |
|---|---|
| 転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料等を算定した転院患者の人数 | 名 |
| 15歳未満の超重症児又は準超重症児の入院患者数 | 名 |

[記載上の注意]

- 診療実績等については、重症児受入体制加算の届出を行う場合にのみ記入すること。
 なお、新生児特定集中治療室管理料等とは、A302 新生児特定集中治療室管理料又はA303 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を指す。また、超重症児又は準超重症児の患者数については、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含み、入院期間が通算される入院患者を除く。

4. 「注7」養育支援体制加算に係る事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

(1) 養育支援チームの構成員

| 職種 | 氏名 | 勤務形態 |
|----|----|---|
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |

(2) プロトコルの整備

| 作成 | 見直し頻度 |
|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 作成 | 年 回 |

[記載上の注意]

- 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定の労働時間が週22時間以上の勤務を行っている、非常勤の当該加算における専任の医師、看護師又は社会福祉士を組み合わせ配置している場合には、当該医師等の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 職種の欄には、医師、看護師又は社会福祉士と記入すること。
- 養育支援に関するプロトコルを添付すること。

5. 「注8」時間外受入体制強化加算に係る事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

(1) 届け出ている入院料

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1 | <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料2 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

(2) 時間外緊急入院患者の受入実績

| | |
|-----------------|---|
| 年間の小児時間外緊急入院患者数 | 名 |
|-----------------|---|

(3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| ア 11時間以上の勤務間隔の確保 | <input type="checkbox"/> |
| イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ) | <input type="checkbox"/> |
| ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで | <input type="checkbox"/> |
| エ 暦日の休日の確保 | <input type="checkbox"/> |
| オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫 | <input type="checkbox"/> |
| カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築 | <input type="checkbox"/> |
| (ア)過去1年間のシステムの運用 | (<input type="checkbox"/>) |
| (イ)部署間における業務標準化 | (<input type="checkbox"/>) |
| キ 夜間院内保育所の設置 | <input type="checkbox"/> |
| ク ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 1 (3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目のうち□に「✓」を記入したものについて、以下の書類を添付すること。
 - ・アからエについては、届出前1か月の当該病棟の勤務実績が分かる書類。
 - ・オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類。
 - ・カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類。
 - ・キについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料。
 - ・クについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕、回復期リハビリテーション入院医療管理料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|-----------|---|------------------|-----|
| 入院患者の構成 | 平均数算出期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | ① 当該病棟（回復期リハビリテーション入院医療管理料を届出する場合にあっては当該病室）の1日平均入院患者数 | 名 | |
| | ② 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態 | 名 | |
| | ③ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態 | 名 | |
| | ④ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態 | 名 | |
| | ⑤ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷の状態 | 名 | |
| | ⑥ 股関節又は膝関節の置換術後の状態 | 名 | |
| | ⑦ 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態 | 名 | |
| | ⑧ ②～⑦に準ずるもの | 名 | |
| | ⑨ 小計（②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧） | 名 | |
| | 入院患者の比率 ⑨／① | % | |
| | 脳血管疾患等の患者の比率 ②／① | % | |
| | 常勤従事者 | 職 種 | 氏 名 |
| 医 師 | | | |
| 理学療法士 | | | |
| 作業療法士 | | | |
| 言語聴覚士 | | | |
| 管理栄養士 | | | |
| 社会福祉士 | | | |
| リハビリテーション | | | |

| | | |
|--|--|---------|
| 実績指数 | | |
| 前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施 | (あり ・ なし) | |
| 病棟の種別 (一般・療養) | 病棟名 | |
| | 病床数 | 床 |
| 病棟の面積 | 平方メートル (1床当たり面積 | 平方メートル) |
| 病室部分の面積 | 平方メートル (1床当たり面積 | 平方メートル) |
| 病室に隣接する廊下幅 | メートル | |
| 疾患別リハビリテーションの届出 (該当の区分に○) | 心大血管疾患リハビリテーション料 (I) 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (II) (III) 運動器リハビリテーション料 (I) (II) 呼吸器リハビリテーション料 (I) | |

[記載上の注意]

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 3 常勤従事者のうち、管理栄養士及び社会福祉士について、配置されていない場合は、「氏名」及び「専従・専任」の欄に「-」を記入すること。
- 4 リハビリテーション実績指数については、前月までの6か月間について算出した値を記入すること。前月までの6か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合、記入は不要であること。
- 5 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。
- 6 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 7 「脳血管疾患等の患者の比率」については、回復期リハビリテーション入院管理料の届出を行う場合のみ記入すること。
- 8 当該届出に係る病棟の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 9 様式5から9及び様式20を添付すること。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2
- 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|-------------|--|---|
| ① | 直近6か月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) (1) | 他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (1)／① | % |
| ③ | 直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数 | 名 |
| ④ | 上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下であった患者数 | 名 |
| ⑤ | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③ | % |
| ⑥ | 直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下であった患者 | 名 |
| ⑦ | 上記⑥のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上又はFIM総得点が12点以上改善していた患者 | 名 |
| ⑧ | 日常生活機能評価が4点以上又はFIM総得点が12点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥ | % |

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

| | |
|---|--------------|
| 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置 | 配置あり 配置なし |
|---|--------------|

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | 休日 | 休日以外 |
|--------------------|---|----|------|
| ⑨ | 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数 | 日 | 日 |
| ⑩ | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v) | 単位 | 単位 |
| 再掲 | i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iv 運動器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | v 呼吸器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| ⑪ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑩/⑨) | 単位 | 単位 |
| 算出期間における休日・休日以外の日数 | | 日 | 日 |

(算出期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

4. 院内研修の実施状況

| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況 | 実施日 : 年 月 日 |
| FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会の実施状況 | 実施日 : 年 月 日 |

5. 院外の保険医療機関を対象とした研修の実施状況 (特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に限る。)

| | |
|-----------|--------------------|
| 院外研修の実施状況 | 直近1ヶ月間の実施回数 : 回 |
|-----------|--------------------|

[記載上の注意]

- 1 「1の①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 2 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。
- 3 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士及び常勤社会福祉士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 4 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。
- 5 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士及び常勤社会福祉士の配置については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせて配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

回復期リハビリテーション病棟入院料3、4又は回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| ① | 直近6か月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) (1) | 他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (1)／① | % |
| ③ | 直近6か月間に当該病棟又は病室に新たに入院した患者数 | 名 |
| ④ | 上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数 | 名 |
| ⑤ | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③ | % |
| ⑥ | 直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者 | 名 |
| ⑦ | 上記⑥のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者 | 名 |
| ⑧ | 日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥ | % |
| 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況 | 実施日： 年 月 日 | |
| FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会の実施状況 | 実施日： 年 月 日 | |

6. 周辺の医療機関の回復期リハビリテーション病棟の届出状況 (回復期リハビリテーション入院医療管理料に限る。)

| | |
|--|----|
| 当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の回復期リハビリテーション病棟入院料1から5の届出数(当該病院を含む)： 回 | 病棟 |
|--|----|

[記載上の注意]

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟又は病室を有する病棟以外の病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)へ転院した患者及び他の保険医療機関に転院した患者(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟又は病室を有する病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイのイ)に該当するものに限る。)を算定する病床を除く。)へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。

- 2 「⑥」について、区分番号「A 2 4 6」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に係る報告書

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1、2又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している場合

| | |
|--|---|
| ① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| ② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はF I M総得点が55点以下の重症患者の数 | 名 |
| ③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が4点以上又はF I M総得点が16点以上改善した人数 | 名 |
| ④ 重症患者回復率(③/②) | % |
| ⑤ 在宅復帰率 | % |

2 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定している場合

| | |
|--|---|
| ① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| ② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はF I M総得点が55点以下の重症患者の数 | 名 |
| ③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が3点以上又はF I M総得点が12点以上改善した人数 | 名 |
| ④ 重症患者回復率(③/②) | % |
| ⑤ 在宅復帰率 | % |

[記載上の注意]

1、2における「①」について、算定期間は前年の8月1日から当年の7月31日までとする。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
 におけるリハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | |
|----|--|----|
| ① | 直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数 | 日 |
| ② | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v) | 単位 |
| 再掲 | i 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ③ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①) ※2単位以上であること。 | 単位 |

(算出期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

回復期リハビリテーション病棟入院料「注2」に掲げる
休日リハビリテーション提供体制加算に係る届出書添付書類

1. 当該病棟における休日の従事者の体制について

| | |
|---|-------------------|
| 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置 | 配置あり ・ 配置なし |
|---|-------------------|

2. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | 休日 | 休日以外 |
|--------------------|---|----|------|
| ① | 直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数 | 日 | 日 |
| ② | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v) | 単位 | 単位 |
| 再掲 | i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iv 運動器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | v 呼吸器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| ③ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①) | 単位 | 単位 |
| 算出期間における休日・休日以外の日数 | | 日 | 日 |

(算出期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 2 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。
- 3 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

地域包括ケア病棟入院料1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|--|--|---|
| 当該病棟 〔一般・療養〕 | 病棟名 | | |
| | 病床数 | 床 | |
| | 看護職員配置加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助者配置加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助体制充実加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護職員夜間配置加算に係る届出 | <input type="checkbox"/> | |
| | 「注2」に規定する点数の届出 | <input type="checkbox"/> | |
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 | | <input type="checkbox"/> | |
| 第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | | (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 (専従となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟の状況 | 当該病棟の病室部分の面積 | ㎡ (1床当たり面積 ㎡) | |
| | ① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | 名 | |
| | ② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | 名 | |
| | 認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | % | |
| | ③ 直近6月間における退院患者数(※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 | |
| | 内訳 | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | | (2) 介護老人保健施設(在宅強化型(超強化型を含む)に限る。) | 名 |
| | | (3) (2)以外の介護老人保健施設 | 名 |
| | | (4) 有床診療所 | 名 |
| | | (5) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床 | 名 |
| (6) (1)～(5)を除く病院 | | 名 | |
| ④ 直近6月間における転棟患者数(※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 | | |
| 在宅等へ退出した患者の割合 (① + ③) / (① + ③ + ④) | % | | |
| 医療機関の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること | | |
| | 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 | 着工予定 年 月 完成予定 年 月 | |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|-----------------|---|---|
| 入院料 1・3 に係る要件 | 当該病棟の状況 | ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 (※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | | |
| | | ⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から 入棟した患者数 | | 名 | | |
| | | 自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤) | | % | | |
| | | 直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の 受入患者数 | | 名 | | |
| | 医療機関の状況(いずれか2つ) | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における在宅患者訪問診療料の 算定回数 | | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における当該医療機関での在宅 患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪 問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導 料I、介護保険に基づく訪問看護費及び介 護予防訪問看護費の算定回数 | | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における同一敷地内又は隣接す る敷地内の訪問看護ステーションでの訪問 看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療 養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介 護予防訪問看護費の算定回数 | | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料の算定回数 | | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 訪問介護、訪問リハビリテーション又は介 護予防訪問リハビリテーションを提供して いる施設が同一の敷地内又は隣接する敷地 内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載) | 訪問介護 | | 回 |
| | | | | 訪問リハビリテー ション | | 回 |
| <input type="checkbox"/> | 直近3月間における退院時共同指導料2又 は外来在宅共同指導料1の算定回数 | | 回 | 回 | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 入院料 2・4 に係る要件（いずれか 1 つ） | （療養病床当該病棟の状況記載すること） | ⑦ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数（※） （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） | 名 |
| | | ⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数 | 名 |
| | | <input type="checkbox"/> 自宅等から入棟した患者の占める割合 （⑧／⑦） | % |
| | | <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数 | 名 |
| | 医療機関の状況 | <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の算定回数 | 回 |
| | | <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰ、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 |
| | | <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 |
| <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数 | | 回 | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 （直近 3 月間における提供実績を記載） | | 訪問介護 訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション | |
| <input type="checkbox"/> 直近 3 月間における退院時共同指導料 2 又は外来在宅共同指導料 1 の算定回数 | | 回 | |
| 許可病床数 200 床以上に係る要件 | 当該病棟の状況 | ⑨ 直近 3 月間における当該病棟の入院患者数（※） （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） | 名 |
| | | ⑩ ⑨のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数 | 名 |
| | | 同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合 （⑩／⑨） | % |
| データ提出加算の届出 （適合する場合☑） | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 | | |
| 入退院支援加算 1 | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし | | |
| 疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○） | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） がん患者リハビリテーション料 | | |

〔記載上の注意〕

- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。
 - 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
 - 2 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
 - 3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
 - 4 当該病棟の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
 - 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
 - 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
 - 7 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

地域包括ケア入院医療管理料1・2・3・4（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 当該病床届出病棟 〔一般・療養〕 | 病棟名 | | | |
| | 病床数 | 当該入院医療管理 病床数及び病室番号 | (号室) | |
| | | 病床数（上記を含む） | 床 | |
| | 看護職員配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助者配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助体制充実加算 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護職員夜間配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 「注2」に規定する点数の届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出 | | <input type="checkbox"/> | | |
| 許可病床数 | | | 床 | |
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 | | | <input type="checkbox"/> | |
| 第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 | | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること | | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい) | | (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | (専従となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟・入院医療管理届出病床の状況 | 当該入院医療管理病室部分の面積 | | m ² (1床当たり面積 m ²) | |
| | ① | 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | 名 | |
| | ② | ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | 名 | |
| | 認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ) | | % | |
| | ③ | 直近6月間における退院患者数(※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 | |
| | 内訳 | (1) | 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | | (2) | 介護老人保健施設(在宅強化型(超強化型を含む)に限る。) | 名 |
| | | (3) | (2)以外の介護老人保健施設 | 名 |
| | | (4) | 有床診療所 | 名 |
| | | (5) | うち、別添2の第3の5の(1)のイのイ)に該当する病床 | 名 |
| (6) | | (1)～(5)を除く病院、診療所 | | |
| ④ | 直近6月間における転棟患者数(※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名 | | |
| 在宅等へ退出した患者の割合 ((1) + (3) / 2 + (5)) / (③ + ④) | | % | | |
| 医療機関の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること | | | |
| | 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 | | 着工予定 年 月 完成予定 年 月 | |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|-----------------|---|
| 入院医療管理料 1・3に係る要件 | 当該病棟の状況 | ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者数 (※) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | |
| | | ⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から 入棟した患者数 | | 名 | |
| | | 自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤) | | % | |
| | | 直近3月間における自宅等からの緊急入院患 者の受入患者数 | | 名 | |
| | 医療機関の状況(いずれか2つ) | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における在宅患者訪問診療料 の算定回数 | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における当該医療機関での在 宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住 者訪問看護・指導料又は精神科訪問看 護・指導料I、介護保険に基づく訪問看 護費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における同一敷地内又は隣接 する敷地内の訪問看護ステーションでの 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護 基本療養費、介護保険に基づく訪問看護 費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における在宅患者訪問リハビ リテーション指導管理料の算定回数 | 回 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 訪問介護、訪問リハビリテーション又は 介護予防訪問リハビリテーションを提供 している施設が同一の敷地内又は隣接す る敷地内にあること。 (直近3月間における提供実績を記載) | 訪問介護 | 回 |
| | | | | 訪問リハビリ テーション | 回 |
| <input type="checkbox"/> | 直近3月間における退院時共同指導料2 又は外来在宅共同指導料1の算定回数 | 回 | | | |
| | | 介護予防訪問リ ハビリテーショ ン | 回 | | |

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|---|---|
| 入院医療管理料2・4に係る要件（いずれか1つ） | （療養病床当該病棟の場合には必ず全て記載すること） | ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者数（※） （算出期間 年 月 日～ 年 月 日） | | 名 |
| | | ⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数 | | 名 |
| | | <input type="checkbox"/> | 自宅等から入棟した患者の占める割合 （⑧／⑦） | % |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数 | 名 |
| | 医療機関の状況 | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における在宅患者訪問診療の算定回数 | 回 |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰ、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 |
| | | <input type="checkbox"/> | 直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数 | 回 |
| <input type="checkbox"/> | | 直近3月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数 | 回 | |
| <input type="checkbox"/> | | 訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。 （直近3月間における提供実績を記載） | 訪問介護 訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション 回 回 回 | |
| <input type="checkbox"/> | 直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数 | 回 | | |
| データ提出加算の届出（適合する場合☑） | | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 | | |
| 入退院支援加算1 | | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし | | |
| 疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○） | | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） がん患者リハビリテーション料 | | |

〔記載上の注意〕

- ※ 短期滞手術等基本料3を算定する患者及び短期滞手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。
- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
 - 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
 - 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「（常勤換算）」と記入すること。
 - 当該入院医療管理病床の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
 - 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
 - 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。
 - A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の□に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。
 - 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出の場合は様式13の3を添付すること。

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

| | | |
|----|---|----|
| ① | 直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数 | 名 |
| ② | 直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数 | 日 |
| ③ | 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi) | 単位 |
| 再掲 | i 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | v 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | vi 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ④ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②) | 単位 |

(算出期間 : 年 月 日～ 年 月 日)

特殊疾患病棟入院料 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

| | | 病棟数 | 病床数 | 1日平均入院患者数 | 備 考 | |
|--------------|---|------------|-----|-----------|--------------------------------------|---|
| 病棟・病床及び入院患者数 | 総 病 棟 | 病棟 | 床 | 名 | 1日平均入院患者数算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 内 訳 | 一 般 病 棟 | 病棟 | 床 | | 名 |
| | | 精 神 病 棟 | 病棟 | 床 | | 名 |
| | | 療 養 病 棟 | 病棟 | 床 | | 名 |
| | | その他 () 病棟 | 病棟 | 床 | | 名 |
| | 特殊疾患病棟の届出に係る病棟 (再掲) | | 病棟 | 床 | | 名 |
| | | 入 院 患 者 数 | | | | |
| 入院患者数の構成 | 当該届出に係る病棟① | | 名 | | | |
| | 脊 髄 損 傷 等 (再掲) ② | | 名 | | | |
| | 重 度 意 識 障 害 (再掲) ③ | | 名 | | | |
| | 筋ジストロフィー (再掲) ④ | | 名 | | | |
| | 神 経 難 病 (再掲) ⑤ | | 名 | | | |
| | 小 計 (②+③+④+⑤) ⑥ | | 名 | | | |
| | 重 度 肢 体 不 自 由 児 (者) ⑦ * 日常生活自立度のランク B 以上 | | 名 | | | |
| | 入 院 患 者 の 比 率 (⑥/①又は③+⑦/①) | | % | | | |

[記載上の注意]

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照すること。
- 2 ①には、直近1年間の当該病棟の1日平均入院患者数を、②~⑤及び⑦には、直近1月間のそれぞれの1日平均入院患者数を記載すること。
- 3 当該届出に係る病棟ごとに様式9及び様式20を記載し添付すること。
- 4 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | |
|---------|------------------------|-----------------------|-----------------|------------------------------------|-------------|------|------------------|
| 入院患者の状況 | 当該病棟の1日平均入院患者数 | | 名 | 算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| | 内 訳 | 悪性腫瘍 | 名 | | | | |
| | | 後天性免疫不全症候群 | 名 | | | | |
| 医師数 | 病院全体の医療法標準数 （届出日時点） | | 名 | 従事医師数 （届出日時点） | 名 | 配置割合 | % |
| | 当該病棟勤務医師数 | | 常勤者数 | 名 | 非常勤者数（常勤換算） | | 名 |
| 常勤医師名 | | | | | | | 研修の有無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| | | | | | | | 有 ・ 無 |
| 病室の状況 | 病室数 | 病床数① | 特別の療養環境の提供に係る病室 | | ②/① （%） | | |
| | | | 病室数 | 病床数② | | | |
| | 当該病棟総数 | | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | 内 訳 | 個室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 2人室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 3人室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 4人室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| 5人室以上 | | 室 | 床 | | | | |
| 当該病棟の面積 | | m ² （1床当たり | | | | | m ² ） |
| 病室部分の面積 | | m ² （1床当たり | | | | | m ² ） |
| 家族の控え室 | | m ² | | | | | |
| 患者専用台所 | | m ² | | | | | |
| 面談室 | | m ² | | | | | |
| 談話室 | | m ² | | | | | |

| | | |
|------|---------------------------------------|-------|
| 連携体制 | 連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無 | 有 ・ 無 |
| | 連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無 | 有 ・ 無 |
| | 連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無 | 有 ・ 無 |

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

| | |
|------------------------|-------------|
| ア 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 | |
| イ がん診療の拠点となる病院 | ウ ア、イに準じる病院 |

緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項

| | |
|---------------------------------------|---|
| ア 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均 | 日 |
| イ 退院患者のうち、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合 | % |

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 11 緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」の別添 4 の第 14 の 1 に基づき記載すること。

緩和ケア病棟入院料 1 に係る報告書

報告年月日： 年 8 月 日

1. 前年度に当該病棟に入院した患者について、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均

| |
|---|
| 日 |
|---|

2. 前年度に当該病棟から退院した患者について、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合

| | | |
|---|---|---|
| 前年度に当該病棟から退院した全患者数 | ① | 人 |
| 転院又は転棟のため退院した患者数 | ② | 人 |
| 死亡のため退院した患者数 | ③ | 人 |
| 前年度に当該病棟から退院した患者について、 転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の 患者の割合 ((①-②-③) / ①) | | % |

精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び
精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|--|---|
| | ② 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 | ③ 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 |
| ① 年 月 | () 日 | () 日 |
| ② / (② + ③) = (ア) () | | |
| ⑤ 3月前の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く） | | |
| ④ 年 月 | () 名 | |
| ⑥ 上記の患者のうち、3月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数 | | |
| () 名 | | |
| ⑥ / ⑤ = (イ) () | | |

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

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の3月前の年月を記入する。例えば①が令和4年7月であれば、④は令和4年4月となる。令和4年4月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 4 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 - (1) 精神科救急・合併症入院料並びに精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合を除く）
(イ) ≥ 0.4
 - (2) 精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合）を算定する場合
(イ) ≥ 0.6
- 5 当該届出に係る病棟について、様式9を記載し添付すること。

精神科救急急性期医療入院料の施設基準に係る届出書添付書類（新規・8月報告）

1 病棟の体制に係る要件

(1) 当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

(当該入院料を算定する病棟常勤の精神保健指定医の場合は□に✓を記入すること。)

| 精神保健指定医の氏名 | 指定医番号 | 病棟常勤の精神保健指定医 |
|------------|-------|--------------|
| | | □ |
| | | □ |
| | | □ |
| | | □ |
| | | □ |
| | | □ |
| | | □ |

(2) 必要な検査、CTが必要に応じて実施できる体制の確保

(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者については「既届出」欄の□に✓を記入すること。)

| 新規届出 | 既届出 | |
|------|-----|----------------------------|
| □ | □ | 無 |
| □ | □ | 有（自保険医療機関内で速やかに実施可能） |
| □ | □ | 有（他の保険医療機関との連携により速やかに実施可能） |

2 実績に係る要件

(1) 届出病棟数・病床数

以下の①～③の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| | |
|---|--------------|
| ① 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病棟数 | 病棟 |
| ② 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病床数 | 床 |
| ③ 当該病院における精神科救急急性期医療入院料及び精神科急性期治療病棟入院料届出病床数 | 床 □(≦300) |

(2) 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の④～⑫の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| | | 当該病院における実績 | 要件 | |
|---|------------------------|-------------------|--------------------------|---|
| ④ 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数 | | ④ 件 | □(≧30) 又は □(≧0.37) | |
| ⑤ ④のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合 | | ⑤ 件 又は 割 | □(≧6) 又は □(≧2割) | |
| ⑤ の 再 掲 | ⑥ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口 | 件 | ⑦ 救急医療情報センター | 件 |
| | ⑧ 他の医療機関 | 件 | ⑨ 都道府県・市町村 | 件 |
| | ⑩ 保健所 | 件 | ⑪ 警察 | 件 |
| | ⑫ 消防（救急車） | 件 | | |

(3) 当該病棟における新規入院患者に係る実績

| | | | |
|---|---|--------------------------|----------|
| ⑬ 当該入院料を算定する全病棟の新規患者数 | | 人 | |
| ⑭ 措置入院 | 人 | ⑮ 緊急措置入院 | 人 |
| ⑯ 医療保護入院 | 人 | ⑰ 応急入院 (うち、特定医師によるもの) | 人 (人) |
| ⑱ 鑑定入院 | 人 | ⑲ 医療観察法入院 | 人 |
| ⑳ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数 | | 人 | |

以下の (a) 及び (b) 又は (c) の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| | | | |
|-----------------------|--|------------------------------|--|
| $\frac{⑭+⑮+⑯+⑰+⑱}{⑬}$ | <input type="checkbox"/> (a) % (≥ 6割) | $\frac{⑭+⑮+⑰}{⑳}$ | <input type="checkbox"/> (b) % (≥ 2割5分) |
| 又は | | | |
| $⑭+⑮+⑰$ | | <input type="checkbox"/> (c) | 人 (≥ 20人) |

[記載上の注意]

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は4名以上であり、①の病棟数以上の病棟に常勤する精神保健指定医が確保されていること。
- 2 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 3 「2の③」の病床数は300床以下であること。
- 4 実績に係る要件の件数及び患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 5 当該入院料を算定する病院は、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の④」の件数が30件以上又は0.37件/万人以上
 - ・ 「2の⑤」の件数が6件以上又は「2の⑤」の割合が2割以上
- 6 当該入院料を算定する病棟は、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の(a)」の数値が6割以上
 - ・ 「2の(b)」の数値が2割5分以上又は「2の(c)」の人数が20人以上
- 7 ⑳については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、都道府県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該保険医療機関に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

| 精神保健指定医氏名 | 指定医番号 |
|-----------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2 当該加算を届け出る病棟と病床数（合計）

| 病 棟 数 | 病 床 数（合計） |
|-------|-----------|
| 病棟 | 床 |

3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の①～⑨の数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| | 当該病院における実績 | 複数の病棟を届け出る場合 | 要件を満たす場合、□に✓を記載 | |
|--|------------------------------------|--|-------------------------|---|
| ① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数 | ① () 件 又は () 件/万人 | ①÷届出病棟数 () 件 又は () 件/万人 | □(≥40) 又は □(≥0.5) | |
| ② ①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数及び①に対する割合 | ② () 件 又は () 割 | ②÷届出病棟数 () 件 | □(≥8) 又は □(≥2割) | |
| ②の再掲 | ③ 精神科救急情報センター | 件 | ④ 精神医療相談窓口 | 件 |
| | ⑤ 救急医療情報センター | 件 | ⑥ 他の医療機関 | 件 |
| | ⑦ 都道府県・市町村 | 件 | ⑧ 保健所 | 件 |
| | ⑨ 警察 | 件 | ⑩ 消防署（救急車） | 件 |

4 当該病棟における新規入院患者の自宅等への移行について

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 当該病棟において新規入院患者（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除く。）のうち、6割以上が入院日から起算して3月以内に、退院し、自宅等へ移行していること。 |
|--------------------------|--|

※満たしている場合に、□に✓を記入すること

5 施設類型に係る事項

次の該当する項目のいずれかに○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（平成20年5月26日障発0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）（以下「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」という。）における身体合併症救急医療確保事業に規定された精神科救急医療施設として指定を受けている。 |
| | 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された常時対応型の精神科救急医療施設として指定を受けている。 |
| | 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された病院群輪番型の精神科救急医療施設として指定を受けている。 |

[記載上の注意]

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は5名以上であること。
- 2 実績に係る要件の件数及び患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 「2」において、届出病床数が120床を超えて有する保険医療機関にあつては、令和4年9月30日までの間に、都道府県等からの意見書を添付すること。
- 4 「4」の「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

| | | | |
|---|--|---|---|
| 当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号（2名以上） | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制 | | 有 | 無 |

2 実績に係る要件

| | | |
|--|-----------|---|
| ① 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数 | | 人 |
| ② 当該病棟の新規患者数 | | 人 |
| (②の再掲) | ③ 措置入院 | 人 |
| | ④ 緊急措置入院 | 人 |
| | ⑤ 医療保護入院 | 人 |
| | ⑥ 応急入院 | 人 |
| | ⑦ 鑑定入院 | 人 |
| | ⑧ 医療観察法入院 | 人 |
| ⑨ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数 | | 人 |
| $\frac{\text{③} + \text{④} + \text{⑤} + \text{⑥} + \text{⑦} + \text{⑧}}{\text{②}}$ | (a) % | $\frac{\text{③} + \text{④} + \text{⑥}}{\text{⑨}}$ (b) % |
| ⑩合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合 | | % |

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。
 - ・ $\text{③} + \text{④} + \text{⑥} \geq 5$ 人
- 4 ⑨については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。
- 5 ⑩の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第16の2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 重症者加算1に係る要件

| | | |
|-----|---|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関 <input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 |
| | 精神科救急医療確保事業において輪番対応型施設として指定を受けている医療機関 | |
| (2) | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≥4件) |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≥10件) |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む)。 | 件 |
| (3) | ③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数 | 回(≥6回) |
| | ④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数 | 回(≥1回) |

2 精神保健福祉士配置加算に係る要件

| 区分 | 氏名 | 勤務時間 |
|------------------|----|------|
| 病棟配置の精神保健福祉士 | | 時間 |
| 退院支援部署配置の精神保健福祉士 | | 時間 |

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く)(b)

| | |
|----------------|-------|
| 年 月～ 年 月(a) | (b) 名 |
|----------------|-------|

上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数(c)

| |
|-------|
| (c) 名 |
|-------|

(c) / (b) = _____

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

[記載上の注意]

1. 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制確保事業の輪番型対応施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
2. 「2」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は精神科入退院支援加算の入退院支援部門に配置されている精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
3. 「2」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
4. 「2」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) ≥ 0.75

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

退院支援相談員に係る要件

| | |
|-------------------|--|
| 精神療養病棟入院料を算定する病棟数 | |
| 精神療養病棟入院料を算定する病床数 | |

| 退院支援相談員氏名 | 職種 | 経験年数 |
|-----------|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[記載上の注意]

1. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

様式 56

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------|--|
| 標榜診療科 | |
| 精神科医師氏名 | |
| 作業療法士氏名 | |

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 病棟の体制及び実績に係る要件

| 病棟（又は治療室）名 | | | | | 備考 |
|-------------------------|---------------------------------------|---|---|---|--|
| 病 床 数 | | 床 | 床 | 床 | 1日平均 入院患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 入院患者の 状況 | ① 1日平均入院患者数 | 名 | 名 | 名 | |
| | ② ①のうち当該加算の 算定対象となる患者数 | 名 | 名 | 名 | |
| | 入院患者の比率 (②/①) | % | % | % | |
| 当該病棟 (又は治療室) の従事者 | 小児医療及び児童・思春 期の精神医療の経験を有 する常勤の医師 | 名 | 名 | 名 | |
| | うち精神保健指定医 | 名 | 名 | 名 | |
| | 常勤の精神保健福祉士 | 名 | 名 | 名 | |
| | 常勤の臨床心理技術者 | 名 | 名 | 名 | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。
- 2 当該加算を算定する病棟又は治療室を有する病棟ごとに様式9を添付すること。
- 3 当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。
- 4 当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。

2. 「注3」精神科養育支援体制加算に係る事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

(1) 精神科養育支援チームの構成員

| 職種 | 氏名 | 勤務形態 |
|----|----|---|
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |
| | | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤換算 |

(2) プロトコルの整備

| 作成 | 見直し頻度 |
|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 作成 | 年 回 |

[記載上の注意]

- 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定の労働時間が週22時間以上の勤務を行っている、非常勤の当該加算における専任の医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師を組み合わせ配置している場合には、当該医師等の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 職種の欄には、医師、看護師、精神保健福祉士又は公認心理師と記入すること。
- 精神科養育支援に関するプロトコルを添付すること。

特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------------|--|
| 届 出 | <input type="checkbox"/> 特定一般病棟入院料 1 <input type="checkbox"/> 特定一般病棟入院料 2 |
| 保 険 医 療 機 関 名 | |
| 住 所 | |
| 病 床 数 | 床 |

[記載上の注意]

- 1 当該届出を行う保険医療機関は、別紙 2 に定められた地域に所在する保険医療機関のうち 1 病棟（一般病棟に限る。）で構成される病院であること。
- 2 様式 5 から 9 を添付すること。
- 3 地域包括ケア入院医療管理に係る病室の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までを用いること。
- 4 当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料 1 の例により算定を行う病棟については、別添の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。

特定一般病棟入院料の「注 12」に規定する
90 日を超えて特定一般病棟入院料を算定する病棟
に入院している患者の算定に係る届出書

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

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

5 重症者加算1に係る要件

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型として指定を受けている医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 |
| 精神科救急医療確保事業において輪番対応型施設として指定を受けている医療機関 | | |
| (2) | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≥4件) |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≥10件) |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。) | 件 |
| (3) | ③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数 | 回(≥6回) |
| | ④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数 | 回(≥1回) |

[記載上の注意]

- 「3」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められている週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。また、当該病棟に専任の常勤の者については、□に「✓」を記入すること。
- 「5」について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

精神科地域包括ケア病棟入院料の届出書添付書類

1 届出病床数

以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| | |
|----------------------------------|---------------|
| (1) 当該病院における精神科地域包括ケア病棟入院料の届出病床数 | 床 |
| (2) 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病床数 | 床 □ (≦120) |
| (3) 当該病院における精神科急性期治療病棟入院料の届出病床数 | 床 |
| (1)～(3)の合計 | 床 □ (≦200) |

2 精神科救急に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

| | | |
|-----|---|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 |
| (2) | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において輪番対応型施設として指定を受けている医療機関 | |
| | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≧4件) |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数 | 件(≧1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≧10件) |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。) | 件 |

3 在宅医療に係る要件（要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

| | | |
|-----|---|---|
| (1) | 当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）の算定回数が直近3か月間で60回以上 | □ |
| (2) | 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上 | □ |
| (3) | 当該保険医療機関において精神科退院時共同指導料の算定回数が直近3か月間で3回以上 | □ |
| (4) | 当該保険医療機関において通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上 | □ |
| (5) | 当該保険医療機関において精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上 | □ |

4 精神保健指定医の公務員としての業務に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

| | | |
|--|---------------------------|--------|
| 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数（指定医氏名：_____） | | 回(≥1回) |
| うち、 | ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察 | 回 |
| | ② 医療保護入院および応急入院のための移送時の診察 | 回 |
| | ③ 精神医療審査会における業務 | 回 |
| | ④ 精神科病院への立ち入り検査での診察 | 回 |
| | ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務 | 回 |

5 届出等に係る要件（要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。）

| | |
|---|---|
| 当該保険医療機関がクロザリル患者モニタリングサービスの登録医療機関であること。 | □ |
| 精神科入退院支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 | □ |
| データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 | □ |

6 当該病棟における新規入院患者の自宅等への移行に係る要件

| | |
|---|-------|
| 届出前月の6月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、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数(c) | |
| | (c) 名 |
| (c) / (b) = _____ | |

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

[記載上の注意]

1. 実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
2. 「2」について、当該保険医療機関において、(1)又は(2)のいずれかの要件を満たすこと。
3. 「3」について、当該保険医療機関において、(1)又は(2)及び(3)から(5)までのいずれかを満たしていること。
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6月前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば令和6年6月からの届出の場合、令和5年6月～令和5年11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) ≥ 0.7
 ただし、当該保険医療機関において精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上である場合は、以下の条件を満たしていることが必要である。
 (c) / (b) ≥ 0.6

短期滞在手術等基本料 1 の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|-----------------|---------|----------------|---------|
| 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等のうち、 検査のみを実施する保険医療機関 | | | 該当・非該当 | |
| 当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医 | | | | |
| 氏 名 | 麻 酔 科 標 榜 許 可 書 | | 勤務開始日 | |
| | 許 可 年 月 日 | 登 録 番 号 | | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 自院における緊急対応 | | 可・不可 | | |
| (不可の場合、密接に提携している保険医療機関名) _____ | | | | |
| 当該回復室 | 回復室の面積 | 病床数 | 1床当たり床面積 | 1日平均患者数 |
| の概要 | m ² | 床 | m ² | 名 |
| 当該回復室 | 看護師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |
| の従事者 | | | | |

[記載上の注意]

- 「短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等のうち、検査のみを実施する保険医療機関」に該当する場合、当該項目以降の記載は不要であること。
- 麻酔科標榜医は全身麻酔を伴う手術等を行う場合のみ記入すること。