

事 務 連 絡
令和4年3月31日

地 方 厚 生（ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添7までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和4年3月4日付官報（号外第46号）に掲載された令和4年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添8のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和4年3月4日保医発 0304 第1号）（別添1）
- ・「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」
（令和4年3月4日保医発 0304 第2号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和4年3月4日保医発 0304 第3号）（別添3）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和4年3月4日保医発 0304 第4号）（別添4）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和4年3月4日保医発 0304 第9号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和4年3月4日保医発 0304 第10号）（別添6）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和4年3月25日保医発 0325 第1号）（別添7）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

<通則>

7 入院期間の計算

(2) (略)

イ 退院の日から起算して 3 月以上 悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 5 条第 1 項に規定する指定難病（同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第 1 項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については 1 月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

第 2 章 特掲診療料

第 1 部 医学管理等

第 1 節 医学管理料等

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

33 生殖補助医療管理料

- (3) 治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成すること。また、当該計画は、採卵術（実施するための準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成すればよい。
- (4) 治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認

した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

B 0 0 5－11 遠隔連携診療料

- (6) 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、オンライン指針厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

- | | |
|--|--------------------------|
| ア イ、ウ及びエ以外の場合 | 別紙様式 11 又は別紙様式 11 の 2 |
| イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等 | 別紙様式 12 から別紙様式 12 の 4 まで |
| ウ 介護老人保健施設又は介護医療院 | 別紙様式 13 |
| エ 保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校 | |

別紙様式 14 の 1 から別紙様式 14 の 3 まで

B 0 1 1－5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

- (1) がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、区分番号 ~~D~~「D 0 0 6－19」がngenゲノムプロファイリング検査を行い、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

B 0 1 5 精神科退院時共同指導料

- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式 51 の 2「療養生活環境の整備に関する支援に関する計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。

第2部 在宅医療

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

C112 在宅気管切開患者指導管理料

- (3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J018」喀痰吸引及び区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。~~C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料~~

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料

- (1)～(2) (略)

第2款 在宅療養指導管理材料加算

C152-2 持続血糖測定器加算

- (1) (略)

イ (略)

- (ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清Cペプチドが0.5~~ng~~mg/mL未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

D206 心臓カテーテル法による諸検査

- (3) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠~~動脈~~血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。ただし、本加算と区分番号「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。
- (4) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠~~動脈~~血流予備能測定検査を実施した場合、「注4」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保険医療材料は算定できない。

第3部 検査

第3節 生体検査料

D239-4 全身温熱発汗試験

- (1) 本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応~~又は換気カプセル法~~を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。

第7部 リハビリテーション

<通則>

4 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式 21 を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上、FIMの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添2」の「様式42の2」に基づき、~~1年間~~に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする（ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。）。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「BI」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由等を記載したものであること。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

(21) (略)

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して別紙様式 51 の 2 に掲げる「療養生活環境の整備に関する支援に関する計画書」（以下この区分において「支援計画書」という。）を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。ただし、初回のカンファレンスについては、区分番号「B 0 1 5」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

I 0 0 6－2 依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからエまでのいずれも満たす場合に算定できる。

第9部 処置

<処置料>

(一般処置)

J 0 4 1－2 血球成分除去療法

(1) 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式に限る。）、クローン病、膿疱性乾癬又は関節症性乾癬患者に対して次のアからカまでのとおり実施した場合に算定できる。

別添 2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第 2 章 特掲診療料

第 10 部 麻 酔

第 1 節 麻酔料

K 0 0 4 歯科麻酔管理料

- (6) 「注 3-5」に規定する周術期薬剤管理加算は、医科点数表の区分番号 L 0 0 9 に掲げる麻酔管理料(I)の「注 5」の例により算定する。

調剤報酬点数表に関する事項

＜調剤技術料＞

区分 0 1 薬剤調製料

(7) 注射薬の無菌製剤処理

イ ~~注射薬~~ 薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。

(11) 自家製剤加算

イ 当該加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し 薬価基準に収載されている市販されている 医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

区分 1 0 の 3 服薬管理指導料

2 服薬管理指導料「1」及び「2」

(5) 指導等に係る留意点

(2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 情報提供等

(ハ) 指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について 薬剤服用歴等に記載記録 すること。

12 服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）

(4) 当該特例を算定する場合は、調剤管理料及び服薬管理指導料の加算は算定できない。

区分 1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(4) 在宅協力薬局

ア～イ （略）

~~ウ 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。~~

(12) 1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

(4) 当該カンファレンスは、~~以下を満たす場合は、~~保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能で機器を用いて参加することができる。ただし、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の1人以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。

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

(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号)

第 2 届出に関する手続き

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

(略)

精神科救急急性期医療入院料~~4~~ (精救~~4~~) 第 号

(略)

第 4 経過措置等

1 (略)

表 1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注 1、再診料の注 1 及び外来診療料の注 1 の規定による情報通信機器を用いた診療

初診料の注 11 及び再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算

初診料の注 12 及び再診料の注 16 に規定する連携強化加算

初診料の注 13 及び再診料の注 17 に規定するサーベイランス強化加算

特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算

急性期充実体制加算

紹介受診重点医療機関入院診療加算

急性期看護補助体制加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算

看護補助加算の注 4 に規定する看護補助体制充実加算

放射線治療病室管理加算

依存症入院医療管理加算 (薬物依存症の患者に対して治療を行う場合に限る。)

栄養サポートチーム加算 (障害者施設等入院基本料を算定する場合に限る。)

感染対策向上加算 3

感染対策向上加算の注 2 に規定する指導強化加算

感染対策向上加算の注 3 に規定する連携強化加算

感染対策向上加算の注 4 に規定するサーベイランス強化加算

重症患者初期支援充実加算

報告書管理体制加算

ハイリスク分娩等管理加算 (地域連携分娩管理加算を算定する場合に限る。)

術後疼痛管理チーム加算

救命救急入院料の注 1 に規定する算定上限日数に関する基準

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 (イを算定する場合に限る。)

救命救急入院料の注 8 に規定する早期離床・リハビリテーション加算

救命救急入院料の注 9 に規定する早期栄養介入管理加算

救命救急入院料の注 11 に規定する重症患者対応体制強化加算
 特定集中治療室管理料の注 1 に規定する算定上限日数に関する基準
~~特定集中治療室管理料の注 5 に規定する早期栄養介入管理加算~~
 特定集中治療室管理料の注 6 に規定する重症患者対応体制強化加算
 ハイケアユニット入院医療管理料の注 3 に規定する早期離床・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 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注 3 に規定する早期離床・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 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 小児特定集中治療室管理料の注 3 に規定する早期離床・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 4 に規定する早期栄養介入管理加算
 総合周産期特定集中治療室管理料の注 3 に規定する成育連携支援加算
 小児入院医療管理料の注 5 に掲げる無菌治療管理加算 1 及び 2
 小児入院医療管理料の注 7 に規定する養育支援体制加算
 小児入院医療管理料の注 8 に掲げる時間外受入体制強化加算 1 及び 2
 精神科救急急性期医療入院料の注 6 に掲げる精神科救急医療体制加算 1、2 及び 3
 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 2 施設基準が改正された入院基本料等

機能強化加算

歯科診療特別対応連携加算

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）（許可病床数 200 床以上 400 床未満の保険医療機関に限る。）（令和 5 年 1 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 （許可病床数 200 床以上 400 床未満の保険医療機関を除く。）及び地域一般入院基本料を除く。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対

1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 若しくは 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 6 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注 5 に掲げる看護必要度加算（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難である

ことについて正当な理由があるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

障害者施設等入院基本料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

障害者施設等入院基本料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

有床診療所入院基本料の注3に掲げる有床診療所在宅患者支援病床初期加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

診療録管理体制加算(許可病床数が400床以上の保険医療機関に限る。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)~~総合入院体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)~~

総合入院体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

急性期看護補助体制加算(急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

夜間看護体制加算(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

看護補助加算1(地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は13対1入院基本料に限る。)(令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

感染対策向上加算 1

感染対策向上加算 2

後発医薬品使用体制加算 1

後発医薬品使用体制加算 2

後発医薬品使用体制加算 3

病棟薬剤業務実施加算 1（小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する場合に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

入退院支援加算 1（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科急性期医師配置加算 1（現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号「A 3 1 1」に掲げる精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関~~又は精神科急性期治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関~~において、令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域医療体制確保加算（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料（救命救急入院料 1 又は 3 に限る。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定集中治療室管理料の注 5 に規定する早期栄養介入管理加算（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 4 年 3 月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由が

あるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特殊疾患病棟入院料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

特殊疾患病棟入院料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和6年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

緩和ケア病棟入院料(許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和4年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る。)、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

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

ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料 5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和 6 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（「当該病棟における病床数が 120 床以下であること」の規定を満たすことにより令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和 6 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料を除く。）（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注 7（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

別添 1

初・再診料の施設基準等

第 1 の 3 機能強化加算

2 届出に関する事項

- (1) 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 1 の 3 を用いること。
- (2) 令和 4 年 3 月 31 日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 4 年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)のイの(ロ)、エの(ロ) 及び並びにキ、
- (3) 並びに及び(4)の基準を満たしているものとみなす。

第 1 の 6 サーベイランス強化加算

2 届出に関する事項

サーベイランス強化加算に係る届出は、別添 7 の様式 1 の 5 を用いること。~~なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

第 1 の 2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(15) 次のいずれにも該当すること。

エ 特定の保険薬局との間で不動産~~取引等その他の特別な関係の賃貸借取引~~がないこと。

3 届出に関する事項

(4) 1 の(12)の~~オ~~における院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和 4 年 9 月 30 日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、その場合であっても 1 回目を令和 4 年 9 月 30 日までの間に開催すること。

第 21 感染対策向上加算

2 感染対策向上加算 2 の施設基準

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

3 感染対策向上加算 3 の施設基準

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

(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者~~若しくは又は~~疑い患者を受け入れる体制~~又は若しくは~~発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

(15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者~~若しくは又は~~疑い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を行うことができる体制~~又は若しくは~~発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

7 届出に関する事項

(5) (1)~~及び(4)~~に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

第 21 の 4 報告書管理体制加算

1 報告書管理体制加算に関する施設基準

(4) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第 20 医療安全対策加算の 1 の (1) のアをいうものである。

第 26 の 4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

(1) 区分番号「A 2 0 7」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、特定入院料（区分番号「A 3 1 7」特定一般病棟入院料を除く。）次のアからカのいずれかのみの届出を行う保険医療機関にあっては、区分番号「A 2 0 7」の診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 特殊疾患入院医療管理料

イ 回復期リハビリテーション病棟入院料

ウ 地域包括ケア病棟入院料

エ 特殊疾患病棟入院料

オ 緩和ケア病棟入院料

カ 精神科救急急性期医療入院料

4 届出に関する事項

- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の十一に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第 26 の 8 精神科急性期医師配置加算

2 精神科急性期医師配置加算 1 に関する施設基準

- (4) 当該病棟に常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置されていること。3 精神科急性期医師配置加算 2 のイに関する施設基準

3 精神科急性期医師配置加算 2 のイに関する施設基準

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

別添 4

特定入院料の施設基準等

第 10 小児入院医療管理料

8 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 26 の 2、様式 48 から様式 48 の 3 までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

<特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ>

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料2及び4、並びに特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間

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

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

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

4. 評価対象場所

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

5. 評価対象の処置・介助等

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

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

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

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

6. 評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 輸液ポンプの管理

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」

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

「あり」

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

判断に際しての留意点

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

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

2 動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」

動脈圧測定を実施していない場合をいう。

「あり」

動脈圧測定を実施している場合をいう。

3 シリンジポンプの管理

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」

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

「あり」

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

判断に際しての留意点

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

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

4 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「なし」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。

「あり」

中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワングアンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。

中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

5 人工呼吸器の管理

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

6 輸血や血液製剤の管理 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

7 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル） 項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

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

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）、IMPELLA（経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの））を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

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

B 患者の状況等

B 項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

9 寝返り

項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくこと

によって患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

10 移乗 項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

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

「一部介助」

患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。

「全介助」

1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができる（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

11 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。

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

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

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

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

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1 2 食事摂取 項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。

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

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

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」
介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

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

「全介助」
1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

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

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

。医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.3 衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」

介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。

自助具等を使って行うことができる場合も含む。

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」

評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。

「実施あり」

評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

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

1.4 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行でき

るかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

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

判断に際しての留意点

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

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

1 5 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

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

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

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

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

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

＜特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

2. 評価日及び評価項目

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者

B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項及びB項目の選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。~~なお、当該患者が、直接、評価対象の治療室に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、他の治療室又は病棟に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象の治療室に入院した場合は評価対象に含める。~~
2. 輸血や血液製剤については、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となる。また、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）、50番（手術）の薬剤に限り、評価の対象となる。
3. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

B 患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

日常生活機能評価票 評価の手引き

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1 床上安静の指示 項目の定義

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

選択肢の判断基準

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

判断に際しての留意点

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

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

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持つていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」

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

「できない」

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

判断に際しての留意点

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

3 寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

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

「できない」

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

判断に際しての留意点

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

4 起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

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

「できない」

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

判断に際しての留意点

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

5 座位保持

項目の定義

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

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

選択肢の判断基準

「できる」

支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」

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

「できない」

支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6 移乗

項目の定義

移乗時の介助の状況の評価する項目である。

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

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合

も含む。
「一部介助」
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法 項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

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

8 口腔清潔 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。
「介助あり」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

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

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

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

9 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。

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

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

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

「一部介助」

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

「全介助」

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

判断に際しての留意点

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

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

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

「一部介助」

衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」

衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

1 1 他者への意思の伝達

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「できる」

常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」

患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」

どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1 2 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

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

選択肢の判断基準

「はい」

診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。

「いいえ」

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

判断に際しての留意点

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

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

1.3 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。

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

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」

過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

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

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

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

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 年間に於いて、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 年間に於いて、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□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	☐
イ	警察医として協力している	☐
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	☐
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	☐
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	☐
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	☐
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	☐

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

<u>掲載状況等</u>	<u>該当</u>
<u>保険医療機関の見やすい場所に掲示している</u>	☐
<u>ホームページ等に掲示している</u>	☐
<u>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</u>	☐

様式 1 の 4

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 都道府県等の要請を受けた新興感染症の発生時等の体制

発熱患者の診療等を実施する体制	☐
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。

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">医療機器届出番号</td><td style="width: 70%;"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">製品名</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">製造販売業者名</td><td></td></tr> </table>	医療機器届出番号		製品名		製造販売業者名	
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	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 1日1回</td><td style="width: 50%;">2. 1日2回</td></tr> <tr> <td>3. 1日3回以上5回未満</td><td>4. 1日5回以上</td></tr> </table>	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		
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)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 10人未満</td><td style="width: 50%;">2. 10人以上20人未満</td></tr> <tr> <td>3. 20人以上30人未満</td><td>4. 30人以上40人未満</td></tr> <tr> <td>5. 40人以上50人未満</td><td>6. 50人以上</td></tr> </table>	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
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。

療養病棟入院基本料の施設基準に係る届出書（7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
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	時間		年	年
	☐	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		
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	時間			
	☐	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〕

- 1 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「A 2 4 6」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~~師~~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。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

□ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全対策、褥瘡対策及び栄養管理体制について、「基本診療料の施設基準等」の第四の基準に適合していること。
(適合する場合は、□に「レ」を記入すること。)

該 当 に ○	入 院 基 本 料 等	今 回 の 届 出		届出 区 分	病棟数	病床数	入 院 患 者 数		平均在 院日数
		病棟数	病床数				届出時	1 日平均 入院患者数	
	総 病 床 数								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	一 般 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 （ 注 11 に 係 る 届 出 ）								
	療 養 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	結 核 病 棟 入 院 基 本 料 （ 重 症 患 者 割 合 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 月 平 均 夜 勤 時 間 超 過 減 算 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 夜 勤 時 間 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	精 神 病 棟 入 院 基 本 料 （ 特 別 入 院 基 本 料 ）								
	特 定 機 能 病 院 入 院 基 本 料								
	一 般 病 棟								
	結 核 病 棟								
	精 神 病 棟								
	専 門 病 院 入 院 基 本 料								

	障害者施設等入院基本料								
	障害者施設等入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)								
	救命救急入院料								
	特定集中治療室管理料								
	ハイケアユニット入院医療管理料								
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料								
	小児特定集中治療室管理料								
	新生児特定集中治療室管理料								
	総合周産期特定集中 治療室管理料	母体・胎児 新生児							
	新生児治療回復室入院医療管理料								
	一類感染症患者入院医療管理料								
	特殊疾患入院医療管理料(再掲)								
	小児入院医療管理料(5は再掲)								
	回復期リハビリテーション病棟入院料								
	地域包括ケア病棟入 院料	病棟入院料 病棟入院料(注 9に係る届出) 入院医療管理料							
	特殊疾患病棟入院料								
	緩和ケア病棟入院料								
	精神科救急急性期医療入院料								
	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								
	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
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
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	

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

該当する	該当しない
------	-------

- 6 療養病棟入院基本料の届出を行う場合にあっては、各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分三の患者」と「医療区分二の患者」との合計の割合、又は各病棟の入院患者のうち「基本診療料の施設基準等」の「医療区分一の患者」の割合が分かる資料として様式 6 の 2 を添付すること。
- 7 「1 日平均入院患者数」は、直近 1 年間の数値を用いて、別添 2 の第 2 の 4 に基づき算出すること。
- 8 「平均在院日数の算定期間」は、直近 3 か月間の数値を用いて、別添 2 の第 2 の 3 に基づき算出すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____

1. 入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分） _____

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

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

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

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

2. 看護要員の配置に係る加算の届出

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

新規 届出	既 届出	項目名	新規 届出	既 届出	項目名
☐	☐	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	☐	☐	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注 9）
☐	☐	看護補助体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	☐	☐	看護補助体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注 9）
☒	☒	急性期看護補助体制加算	☒	☒	看護職員夜間配置加算
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割以上）	☐	☐	12 対 1 配置加算 1
☐	☐	25 対 1（看護補助者 5 割未満）	☐	☐	12 対 1 配置加算 2
☐	☐	50 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 1
☐	☐	75 対 1	☐	☐	16 対 1 配置加算 2
☐	☐	夜間 30 対 1			看護補助加算
☐	☐	夜間 50 対 1	☐	☐	看護補助加算 1
☐	☐	夜間 100 対 1	☐	☐	看護補助加算 2
☐	☐	看護配置加算	☐	☐	看護補助加算 3
			☐	☐	夜間 75 対 1 看護補助加算
☐	☐	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 3）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急急性期医療入院料の注 5）
☐	☐	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 4）	☐	☐	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注 5）
☐	☐	看護補助体制充実加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 4）	☐	☐	認知症夜間対応加算 （認知症治療病棟入院料の注 3）
☐	☐	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注 7）			

3. 入院患者の数及び看護要員の数

① 1 日平均入院患者数〔A〕 _____ 人（算出期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日）
※小数点以下切り上げ

② 月平均 1 日当たり看護職員配置数 _____ 人〔C／（日数× 8）〕※小数点以下第 2 位以下切り捨て
（参考）1 日看護職員配置数（必要数）： = 〔（A／配置区分の数）× 3〕※小数点以下切り上げ

③ 看護職員中の看護師の比率 _____ %

〔月平均1日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／1日看護職員配置数〕

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）、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、看護補助者配置加算・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）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）、A207-3 夜間急性期看護補助体制加算、A214 夜間75対1看護補助加算を届け出る場合に記載》

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

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

※小数点第3位以下切り捨て

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

※小数点第3位以下切り捨て

4. 勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	（再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まれない者の夜勤時間数 ※7
						（該当する一 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							
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

〔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〇を記入すること。
- ※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」に〇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。

〔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）、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注 7、A311 精神科救急急性期医療入院料の注 5、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注 5）は、常時 16 対 1（A207-4 看護職員夜間配置加算は、12 対 1 の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式 9 の 2 を参照）を添付すること。

様式 13

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届 出 ※該当するものにチェックすること。	☐ 総合入院体制加算 1 ☐ 総合入院体制加算 2 ☐ 総合入院体制加算 3
2 標榜し入院医療を提供している診療科	該当するものに「✓」すること。 ☐ 1 内科 ☐ 2 精神科 ☐ 3 小児科 ☐ 4 外科 ☐ 5 整形外科 ☐ 6 脳神経外科 ☐ 7 産科又は産婦人科
3 精神科医師が 24 時間対応できる体制 ※総合入院体制加算 1 は、5・6 の記載は不要。 ※総合入院体制加算 2 及び 3 は、3・4 の記載は不要。	1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： () 2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称 () ・ 担当精神科医師名 () 3 医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床数 () 床 4 届出を行っている入院料に「✓」し、届出時点における当該病棟の入院患者数を記載すること。 ☐ 精神病棟入院基本料 () 人 ☐ 精神科救急急性期医療入院料 () 人 ☐ 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 ☐ 精神科救急・合併症入院料 () 人 ☐ 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 ☐ 地域移行機能強化病棟入院料 () 人 5 次の届出している加算に○をつけること。 ☐ 精神科リエゾンチーム加算 ☐ 認知症ケア加算 1 6 1 年間の算定実績 ☐ 精神疾患診療体制加算 2 () 件 ☐ 入院精神療法（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件

	☐ 救急救命入院料の「注２」に規定する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。	☐ 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()
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（ ☐ 有 ・ ☐ 無） １－２ 診療情報提供料等を算定する割合（４割以上） （②＋③）／①×１０（ ）割 ① 総退院患者数（ ）件 ② 診療情報提供料（Ⅰ）の注「８」の加算を算定する退院患者数（ ）件

	③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数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 ☐ 2 紹介受診重点医療機関である。
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	様式 13 の 2 に記載すること。 ※ 直近 7 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 ☐ 届出を省略
10 地域連携室の設置	(☐ 有 ・ ☐ 無)
11 24 時間の画像及び検査体制	(☐ 有 ・ ☐ 無)
12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	(☐ 有 ・ ☐ 無)
13 禁煙の取扱	該当するものに「✓」すること。 ☐ 敷地内禁煙 ☐ 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。 ☐ 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。
※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。	☐ 緩和ケア病棟入院料、☐ 精神病棟入院基本料、☐ 精神科救急急性期医療入院料、☐ 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、☐ 精神科急性期治療病棟入院料、☐ 精神科救急・合併症入院料、☐ 精神療養病棟入院料、☐ 地域移行機能強化病棟入院料 ☐ 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 ()
14 療養病棟入院基本料の届出等	・療養病棟入院基本料の届出 (☐ 有 ・ ☐ 無) ・地域包括ケア病棟入院料の届出 (☐ 有 ・ ☐ 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む) ・同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 (☐ 有 ・ ☐ 無)

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・7月報告）

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

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

〔記載上の注意〕

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 当該加算の変更の届出に当たり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

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・7月報告)

1. 許可病床数

許可病床数	床
-------	---

2. 急性期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。

☐ 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。 ☐ 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	以下のいずれかを満たしている。 ☐ アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち4つ以上を満たしている。 ☐ イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)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、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のみの記入で差し支えない		
	ア	(イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件／年以上) (6.5 件／年／床以上)	件／年 (許可病床 1 床あたり 件／年)
		うち、緊急手術 (350 件／年以上) (1.15 件／年／床以上)	件／年 (許可病床 1 床あたり 件／年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：
		(ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件／年以上) (1.0 件／年／床以上)	件／年 (許可病床 1 床あたり 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)	件／年 (許可病床 1 床あたり 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)		件／年 (許可病床 1 床あたり 件／年)	

	<table border="1"> <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 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>	(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)	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)							
(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)																
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	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。 ☐ 外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている。 ☐ 化学療法のレジメンが委員会により承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4 割以上のレジメンが外来で実施可能である。																
3 24 時間の救急医療提供	ア 該当するものを記載すること。 ☐ 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 ☐ 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) イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 (☐ 自院 ・ ☐ 他院) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載：) ・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																
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>☐ 救命救急入院料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 特定集中治療室管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ ハイケアユニット入院医療管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 小児特定集中治療室管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 新生児特定集中治療室管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 総合周産期特定集中治療室管理料</td><td>床</td></tr> <tr> <td>☐ 新生児治療回復室入院医療管理料</td><td>床</td></tr> </table>	☐ 救命救急入院料	床	☐ 特定集中治療室管理料	床	☐ ハイケアユニット入院医療管理料	床	☐ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床	☐ 小児特定集中治療室管理料	床	☐ 新生児特定集中治療室管理料	床	☐ 総合周産期特定集中治療室管理料	床	☐ 新生児治療回復室入院医療管理料	床
☐ 救命救急入院料	床																
☐ 特定集中治療室管理料	床																
☐ ハイケアユニット入院医療管理料	床																
☐ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床																
☐ 小児特定集中治療室管理料	床																
☐ 新生児特定集中治療室管理料	床																
☐ 総合周産期特定集中治療室管理料	床																
☐ 新生児治療回復室入院医療管理料	床																
5 感染対策	☐ 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	(☐ 有 ・ ☐ 無)																

7 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	(☐ 有 ・ ☐ 無)
8 精神科リエゾンチーム加算等の届出	☐ 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 ☐ 認知症ケア加算 1 の届出を行っている。 ☐ 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。） ・ 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： <u>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。</u> ☐ <u>エウ</u> 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： <u>うち、イの責任者の出席日：</u> <u>オエ</u> 院内講習の開催日（開催予定日）： 1 回目 月 日 2 回目 月 日
10 外来縮小体制	ア 該当するものを記入すること。 ☐ ・ 初診に係る選定療養の報告届出を行って実費を徴収している。 ・ 紹介割合の実績が 50% 以上かつ逆紹介割合の実績が 30% 以上 ・ 令和 4 年度に逆紹介割合又は逆紹介割合が、基準を満たしていない場合に、令和 5 年度の届出を実施可能とするために予定している、確実な取組： 院内で設定している数値目標： ☐ 紹介受診重点医療機関である。 イ 前年度 1 年間の初診・再診の患者数を記入すること。 ① 初診の患者数 () 名 ② 再診の患者数 () 名 ③ 紹介患者数 () 名 ④ 逆紹介患者数 () 名 ⑤ 救急患者数 () 名

	⑥ 紹介割合 () %
	⑦ 逆紹介割合 () ‰
11 処置の休日加算 1 等の届出	☐ 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っている。 ☐ 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の届出を行っていない。 ・届出を行っていない理由： ・今後の届出予定について： ☐ 予定あり 令和 年 月頃 ☐ 届出を行う見込みがない ・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由： ・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：
12 他の入院料の届出状況等	以下のいずれも満たすこと。 ☐ 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。 ☐ 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 ÷ ② × 10 = () 割 ☐ 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 ☐ 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。 ☐ 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) ☐ 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% ☐ 以下のいずれかの届出を行っていること。 ☐ 入退院支援加算 1 の届出を行っている。

〔記載上の注意〕

- 1 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」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 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」の「5」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 「3. 精神科充実体制加算の施設基準」の「2」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 「2」の化学療法のレジメンについて、がん腫・レジメンのリスト及びレジメンごとの年間実施実患者数（入院・入院外別）の集計表を添付すること。

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

(該当区分に○をつけること。)

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に数値を記入すること。)

イ：当該加算の届出を行う病床数		ロ：配置基準	ハ：医師事務作業補助者の数 (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及び③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／(ロで記載した値)で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※ 医師事務作業補助者の数は 1 名以上であること。

※ 「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 3 2 時間の研修を行う計画がある	はい ・ いいえ

4 院内規程規定の整備について(満たしているものに○をつける)

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

④ 診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
⑤ 個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
⑥ 医療機関内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、 7 の③に規定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。）。
電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。 ☐ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。） ☐ 電子カルテシステムのみ ☐ オーダーリングシステムのみ

5 医療実績等に関する事項

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

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

〔記載上の注意〕

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

- 4 「4」の①については、様式13の4「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の添付を略することができる。
- 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分かる資料を添付すること。

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		□専従 □専任	年	□常勤 □常勤換算	
		□専従 □専任	年	□常勤 □常勤換算	
イ 専任の看護師		□専従 □専任	年		□
		□専従 □専任	年		□
区分	氏 名		勤務年数	研修	
ウ 専任の薬剤師			年	□	
			年	□	
エ 専任の臨床検査技師			年	□	
			年	□	

2 院内感染管理者

氏 名	職 種

3 抗菌薬適正使用のための方策

--

4 連携保険医療機関名

医療機関名	開設者名	所在地

5 都道府県等の要請を受けた新興感染症の発生時等の体制

感染症患者を受け入れる体制	□
疑い患者を受け入れる体制	□

発熱患者の診療等を実施する体制	☐
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		☐ 常勤 ☐ 常勤換算		年	
		☐ 常勤 ☐ 常勤換算		年	
イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師				年	☐
				年	☐
ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染症診療にかかわる専任の薬剤師				年	
				年	
エ 3年以上の病院勤務経験をもつ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師				年	
				年	

〔記載上の注意〕

- 1 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 「6-5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。
- 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。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出に係る病棟薬剤業務実施加算の区分（届出を行うもの全てに○を付す）

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

2 病棟薬剤業務の実施体制

病棟名	当該病棟で算定している入院料	専任薬剤師の氏名

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

--

4 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

5 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

--

6 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

--

[記載上の注意]

- 「2」については、当該加算を算定する入院料（障害者施設等入院基本料 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。
- 「3」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 「4」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 「5」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 「6」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 上記「3」から「6」に係る業務手順書を添付すること。

データ提出加算に係る届出書

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

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

2. 医療法上の許可病床数（※2）

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

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）（※3）

データ提出加算 1 データ提出加算 3	☐ イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	☐ ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）
データ提出加算 2 データ提出加算 4	☐ イ（医療法上の許可病床数が200床以上）
	☐ ロ（医療法上の許可病床数が200床未満）

〔記載上の注意〕

※1 「A207 診療録管理体制加算に係る施設基準の要件を満たしている。」の欄は、特定入院料（「A317」特定一般病棟入院料を除く。）回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関のみ、チェックをすること。

※2 病床数は、医療法第7条第2項に規定する病床（医療法上の許可病床数）の種別ごとに数を記載すること。

※3 入院データを提出する場合は、データ提出加算1及び3のイ又はロを選択すること。

入院データ及び外来データを提出する場合は、データ提出加算2及び4のイ又はロを選択すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

5 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合の理由及び今後の届出予定

理由：急性期充実体制加算の届出様式 14 のうち、満たしていない項目に✓すること。		
☐ 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	☐ 3. 24 時間の救急医療提供
☐ 4. 高度急性期医療の提供	☐ 5. 感染対策	☐ 6. 24 時間の画像診断及び検査体制
☐ 7. 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	☐ 8. 精神科リエゾンチーム加算等の届出	☐ 9. 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制
☐ 10. 外来縮小体制	☐ 11. 処置等の休日加算 1 等の届出	☐ 12. 他の入院料の届出状況等
☐ 13. 退院に係る状況等	☐ 14. 禁煙の取扱い	☐ 15. 外部評価
☐ 16. 総合入院体制加算の届出		
今後の届出予定： 年 月 日		

〔記載上の注意〕

- 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 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 1 割 5 分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で 6 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動 にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。
- 4 令和 5 年 3 月 31 日までの経過措置期間に限り、区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合、5 を記載し、併せて急性期充実体制加算の届出様式 14 を添付すること。
- 5 1 のウについて、受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。

様式 43 の 2

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

当 該 治 療 室 の 従 事 者	専 任 医 師		日 勤 名 当 直 名 そ の 他 名	
	専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師		名	
	当該病院に勤務する小児科医		名	
	看 護 師		日 勤 名 準 夜 勤 名 そ の 他 名	
当 該 治 療 室 の 概 要	病 床 面 積	病 床 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数
	平方メートル	床	平方メートル	名
装 置 ・ 器 具		配 置 場 所		装 置 ・ 器 具 の 名 称 ・ 台 数 等
		治 療 室 内	病 院 内	
救 急 蘇 生 装 置		☐		
除 細 動 器		☐		
ペ ー ス メ ー カ ー		☐	☐	
心 電 計		☐	☐	
ポータブルエックス線撮影装置		☐	☐	
呼 吸 循 環 監 視 装 置		☐	☐	
体 外 補 助 循 環 装 置		☐		
急性血液浄化療法に必要な装置		☐		
自 家 発 電 装 置			☐	
電 解 質 定 量 検 査 装 置			☐	
血 液 ガ ス 分 析 装 置			☐	
他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数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。
- 5 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用するものが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 6 当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注 1 については、いずれかを記載すればよい。

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		☐
	看護補助者配置加算に係る届出		☐
	看護補助体制充実加算に係る届出		☐
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐
	「注2」に規定する点数の届出		☐
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置			☐
適切な意思決定支援に係る指針を定めていること			☐
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			☐ 該当 ☐ 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			☐ 該当 ☐ 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		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	名
		(3) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%	
医 療 機 関 の 状 況	☐ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 ☐ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 ☐ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		
	廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月
			完成予定 年 月

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

入院料 2・4 に係る要件（いずれか 1 つ）	（療養病床の場合） 記載する（必ず全て）	⑦ 直近 3 月間における当該病棟の 入院患者延べ数 （算出期間 年 月 日～ 年 月 日）		名
		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
		☐	自宅等から入棟した患者の占める割合 （⑧／⑦）	%
		☐	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	☐	直近 3 月間における在宅患者訪問診療料の 算定回数	回
		☐	直近 3 月間における当該医療機関での在宅 患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪 問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導 料Ⅰの算定回数	回
		☐	直近 3 月間における同一敷地内又は隣接す る敷地内の訪問看護ステーションでの訪問 看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療 養費の算定回数	回
		☐	直近 3 月間における在宅患者訪問リハビリ テーション指導管理料の算定回数	回
		☐	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテー ション、介護予防訪問看護又は介護予防訪 問リハビリテーションを提供している施設 が同一の敷地内又は隣接する敷地内にある こと。 （直近 3 月間における提供実績を記載）	訪問介護 回 訪問看護 回 訪問リハビリテー ション 回 介護予防訪問看護 回 介護予防訪問リハ ビリテーション 回
		☐	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 入院患者延べ数 （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☑）		☐ 既届出 ☐ 今回届出		
入退院支援加算 1		☐ 既届出 ☐ 今回届出 ☐ 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〕

- 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で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。
- 8 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 3 号)

第 4 経過措置等

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

外来栄養食事指導料（注 3 に掲げるがん専門管理栄養士が栄養食事指導を行う場合）
一般不妊治療管理料
生殖補助医療管理料 1
生殖補助医療管理料 2
二次性骨折予防継続管理料 1
二次性骨折予防継続管理料 2
二次性骨折予防継続管理料 3
下肢創傷処置管理料
小児かかりつけ診療料 2
外来腫瘍化学療法診療料 1
外来腫瘍化学療法診療料 2
外来腫瘍化学療法診療料の注 6 に規定する連携充実加算
外来データ提出加算
こころの連携指導料（Ⅰ）
こころの連携指導料（Ⅱ）
禁煙治療補助システム指導管理加算
在宅データ提出加算
救急搬送診療料の注 4 に規定する重症患者搬送加算
在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算
染色体検査の注 2 に規定する絨毛染色体検査
抗アデノ随伴ウイルス 9 型（AAV9）抗体
前立腺針生検法（MR I 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）
口腔細菌定量検査
肝エラストグラフィ加算
リハビリテーションデータ提出加算
摂食嚥下機能回復体制加算 3
療養生活継続支援加算
依存症集団療法 3
導入期加算 3
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対する LDL アフ

エリシス療法

移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法

自家脂肪注入

緊急整復固定加算及び緊急挿入加算

内視鏡下脳腫瘍生検術

内視鏡下脳腫瘍摘出術

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

舌下神経電気刺激装置植込術

角結膜悪性腫瘍切除手術

緑内障手術（流出路再建術（眼内法））

緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術

耳管用補綴材挿入術

経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）

経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）

不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）

内視鏡的逆流防止粘膜切除術

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

内視鏡的小腸ポリープ切除術

腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法

腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）

埋没陰茎手術

陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

精巣内精子採取術

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術

臍帯穿刺
体外式膜型人工肺管理料
周術期栄養管理実施加算
周術期薬剤管理加算
ホウ素中性子捕捉療法
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算
調剤基本料 3 ハ
地域支援体制加算 2
地域支援体制加算 3
連携強化加算
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
在宅中心静脈栄養法加算

表 2 施設基準の改正された特掲診療料

がん患者指導管理料イ（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
小児かかりつけ診療料 1
~~小児かかりつけ診療料 2~~
在宅療養支援診療所（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
在宅療養支援病院（令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
がんゲノムプロファイリング検査
BRCA1／2 遺伝子検査 （令和 4 年 4 月 1 日以降に前立腺癌患者に対して「1」腫瘍細胞を検体とするものを算定する場合又は令和 4 年 4 月 1 日以降に前立腺癌患者若しくは膀胱癌患者に対して「2」血液を検体とするものを算定する場合に限る。）
画像診断管理加算 3（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
血流予備量比コンピューター断層撮影
外来後発医薬品使用体制加算 1
外来後発医薬品使用体制加算 2
外来後発医薬品使用体制加算 3
摂食嚥下機能回復体制加算 1 （令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
摂食嚥下機能回復体制加算 2 （令和 4 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
~~摂食嚥下機能回復体制加算 3~~
救急患者精神科継続支援料（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 並びに歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則の 6 に掲げる処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
導入期加算 2（令和 5 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術

在宅療養支援歯科診療所1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算4

後発医薬品調剤体制加算1

後発医薬品調剤体制加算2

後発医薬品調剤体制加算3

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 4 の 12 生殖補助医療管理料

1 生殖補助医療管理料 1 に関する施設基準

- (22) 令和 4 年 3 月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間に限り、(2)から(20)の基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(6-7)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料 1 又は 2 に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

2 生殖補助医療管理料 2 に関する施設基準

- (2) 令和 4 年 3 月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年 9 月 30 日までの間に限り、1 の(2)から(20)までの基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(6-7)から(9)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料 1 又は 2 に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との関係により要件を満たすものとして差し支えない。

第 4 の 13 二次性骨折予防継続管理料

1 二次性骨折予防継続管理料に関する施設基準

- (5) 二次性骨折予防継続管理料 2 については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

第 29 の 3 センチネルリンパ節生検（片側）

1 センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

- (3) ~~常勤の麻酔に従事する医師（医療法第 6 条の 6 第 1 項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）~~が配置されていること。

第 29 の 4 の 3 口腔細菌定量検査

1 口腔細菌定量検査に関する施設基準

- (2) 当該保険医療機関内に口腔細菌定量分析装置を備えていること。

第 47 の 3 の 2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

- (1) (略)

ウ リンパ浮腫の複合的治療について記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、座学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。

第 57 の 2 人工腎臓

5 届出に関する事項

- (2) 導入期加算 1、2 ~~→~~ 及び 3 の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 2 の 2 を用いること。

第 60 の 2 の 5 角結膜悪性腫瘍切除手術

1 角結膜悪性腫瘍切除手術に関する施設基準

- (1)～(4) (略)

2 届出に関する事項

角結膜悪性腫瘍切除手術に係る届出は、別添 2 の様式 87 の 50 を用いること。

第 72 の 8 の 3 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

- (5) 当該保険医療機関において、総胆管拡張症に係る手術（区分番号「K 6 7 4」又は「K 6 7 4 - 2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含む。）が 1 年間に合わせて 210 例以上実施されていること。

第 81 の 2 麻酔管理料(Ⅱ)

2 周術期薬剤管理加算の施設基準

当該加算の要件については、第 81 の 2 と同様である。

第 88 調剤基本料

2 調剤基本料の施設基準に関する留意点

- (3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。

第 92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

イ 地域支援体制加算 2

- (イ) (略)

- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が 40 回以上である こと。

第 94 調剤基本料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

- 1 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を 5 点減算する。ただし、処方箋受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除くものとする。

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。

第 100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

2 届出に関する事項

- ~~(1)~~ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 90 を用いること。

麻酔管理料(Ⅰ)「注5」周術期薬剤管理加算
 麻酔管理料(Ⅱ)「注2」周術期薬剤管理加算
歯科麻酔管理料「注3」周術期薬剤管理加算

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 周術期薬剤管理の実施体制

専任薬剤師の氏名

2 周術期薬剤管理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

3 病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と周術期薬剤管理業務を行う薬剤師の情報共有の方法

--

4 薬剤の安全使用に関する手順書の作成状況

(□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]

- 「2」については、周術期薬剤管理に関するプロトコルを添付すること。
- 「3」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」については、薬剤の安全使用に関する手順書を添付すること。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料（調剤基本料の「注 2」）
2 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う新規届出（遡及指定が認められる場合を除く）	
	指定日	令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 （医療資源の少ない地域に所在する保険薬局）		☐ あり （様式 87 の 2 の添付が必要） ☐ なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無（特別調剤基本料関係）		
特別な関係を有する保険医療機関名※ ¹		名称：
※ ¹ アからエまでのいずれかで「あり」に☑がある場合に記載		☐ 病院 ☐ 診療所
ア	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	☐ なし ☐ あり※ ²
イ	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	☐ なし ☐ あり※ ²
ウ	保険薬局が所有する設備の貸与	☐ なし ☐ あり
エ	保険医療機関による開局時期の指定	☐ なし ☐ あり※ ²
※² 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間でア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局（同一建物内に診療所が所在している場合を除く。）との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。 また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3関係）	
ア 薬局グループへの所属の有無	☐ 所属していない（個店） →「6」へ ☐ 所属している
イ 所属するグループ名	
ウ 同一グループの保険薬局数（①）	
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	☐ なし ☐ あり
6 処方箋の受付回数及び集中率等	
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）	
(1) 全処方箋受付回数等	
ア 全処方箋受付回数（④）	回
イ アのうち、主たる保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回
ウ 主たる保険医療機関名	
エ 処方箋集中率（％）（⑥）	％
(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	☐ なし →「(3)」へ ☐ あり
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑦）	施設
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑧）	回
(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2関係）	
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局の有無	☐ なし →記載終了 ☐ あり
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数（⑨）	施設
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑩）	回
エ ⑤と⑩を合計した処方箋受付回数（⑪）	回

(参考)

調剤基本料の区分については、以下の A から E に基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料 1 に該当

該当しない → B へ

B 特別調剤基本料への該当性

- ・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でいずれも「なし」に☑）

→ C へ

- ・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のいずれかの「あり」に☑）、かつ、処方箋集中率（表の⑥）が 70% を超える

該当 → 特別調剤基本料に該当

該当しない → C へ

C 調剤基本料 3 への該当性

- (1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ D-1 へ

- (2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300 以上 → C-3 へ

・ 300 未満 → (3) へ

- (3) 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3 万 5 千回以下 → D-1 へ

・ 3 万 5 千回を超え、4 万回以下 → C-1 へ

・ 4 万回を超え、40 万回以下 → C-2 へ

・ 40 万回を超える → C-3 へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：3 万 5 千回を超え、4 万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に☑）

- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 95% を超える

- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の 1 月当たりの処方箋受付回数：4 万回を超え、40 万回以下

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「☒」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は
グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 ロに該当
- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のエの「あり」に「☒」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性①

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性②

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の(2)のアの「なし」に「☒」）
→ D-3 へ
- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の(2)のアの「あり」に「☒」）
- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑧/③）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性③

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の(3)のアの「なし」に「☒」）
→ D-4 へ
- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の(3)のアの「あり」に「☒」）
- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑪/③）：4,000 回を超える
該当 → 調剤基本料 2 に該当
該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性④

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 2 に該当
1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

- ・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える
- ・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える
- ・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

いずれにも該当しない → E-1 へ

E 調剤基本料 3 のハへの該当性

(1) 薬局グループに所属していない(表の「5」のアの「所属していない(個店)」に☑)

→ 調剤基本料 1 に該当

(2) 同一グループの保険薬局数(表の①)が、

・ 300 以上 → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 300 未満 → (3) へ

(3) 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数(表の②)が、

・ 40 万回を超える → 調剤基本料 3 のハに該当

・ 40 万回 以下未満 → 調剤基本料 1 に該当

[記載上の注意]

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和4年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和4年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第3号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の第90により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年2月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のエについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の第88の2の（9）により判断する。
- 8 「6」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④にて算出する。
- 11 「6」の⑦について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑧については、⑤を含めて記載する。

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 4 号)

第 4 経過措置等

1 (略)

表 1 新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費

24 時間対応体制加算（業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいて、2 つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合に限る。）

専門管理加算

遠隔死亡診断補助加算

表 2 (略)

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 9 号)

- I 診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項
- 3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い

133 血管内手術用カテーテル

(10) 体温調節用カテーテル

ウ 体温管理型は、目標体温を 36.35℃以下として体温管理を行った場合に限り算定できる。

174 植込型骨導補聴器

(2) 植込型骨導補聴器は、以下のいずれにも該当する患者に対して使用した場合に算定する。

ア 両側外耳道閉鎖症、両側耳硬化症、両側真珠腫又は両側耳小骨奇形等で、既存の手術による治療及び既存の骨導補聴器を使用しても改善がみられない患者。

(別添 6)

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う
特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について
（令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 10 号）

（別紙 1）

材料料

M010-4 根面被覆（1 歯につき）

1 根面板によるもの

(1) 金銀パラジウム合金（金 12%以上）

イ 大臼歯 379 点

ロ 小臼歯・前歯 258 点

(2) 銀合金

イ 大臼歯 22 点

ロ 小臼歯・前歯 14 点

2 レジン充填によるもの

~~11 点~~

(1) 複合レジン系

11 点

(2) グラスアイオノマー系

イ 標準型

8 点

ロ 自動練和型

9 点

(別添 7)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(令和 4 年 3 月 25 日保医発 0325 第 1 号)

別添 1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号)の
一部改正について

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによるレセプト表示 文言	令 和 4 年 4 月 1 日適用
8	A 101	療養病棟入院 基本料の急性 期患者支援療 養病床初期加 算又は在宅患 者支援療養病 床初期加算	<u>(入院元が介護保健施設、介護医療院、 居住系施設等又は自宅である場合)</u> <u>直近の入院医療機関名及び退院日を記載 すること。(記載例 2 参照)</u> <u>[記載例 2]</u> <u>入院元は自宅である。本患者は XXX 病院 から○年○月○日に退院後、自宅療養し ていた。</u>	830100015	直近の入院医療機関名及び退院年 月日(在宅患者支援療養病床初期 加算) ; *****	
46	A300	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の新 生児集中治療室管理料及び新生児治療回 復室入院医療管理料と合計して 22 日以 上算定した場合) 出生時体重について、「1,500 g 以上」、 「1,000 g 以上 1,500 未満」、「1,000 g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して 記載すること。	820100027	出生時体重 1, 5 0 0 g 以上	
				820100028	出生時体重 1, 0 0 0 g 以上 1, 5 0 0 g 未満	
				820100029	出生時体重 1, 0 0 0 g 未満	
				820101040	出生時体重 5 0 0 g 以上 7 5 0 g 未満	※
				820101041	出生時体重 5 0 0 g 未満	※
48	A303 の 2	総合周産期特 定集中治療室 管理料 2 新生児集 中治療室管理 料	(新生児特定集中治療室管理料及び新生 児治療回復室入院医療管理料と合計して 22 日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500 g 以上」、 「1,000 g 以上 1,500 未満」、「1,000 g 未満」、「500g 以上 750g 未満」又は「500g 未満」の中から該当するものを選択して	820100027	出生時体重 1, 5 0 0 g 以上	
				820100028	出生時体重 1, 0 0 0 g 以上 1, 5 0 0 g 未満	
				820100029	出生時体重 1, 0 0 0 g 未満	
				820101040	出生時体重 5 0 0 g 以上 7 5 0 g 未満	※

			記載すること。	820101041	出生時体重 500g未満	※
50	A300-2	新生児治療回復室入院医療管理料	(新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合) 出生時体重について、「1,500g以上」、「1,000g以上1,500g未満」、「1,000g未満」、「500g以上750g未満」又は「500g未満」の中から該当するものを選択して記載すること。	820100027	出生時体重 1,500g以上	
				820100028	出生時体重 1,000g以上1,500g未満	
				820100029	出生時体重 1,000g未満	
				820101040	出生時体重 500g以上750g未満	※
				820101041	出生時体重 500g未満	※
54	A308-3	地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算又は在宅患者支援病床初期加算	<u>(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)</u> <u>直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照)</u> <u>[記載例2]</u> <u>入院元は自宅である。本患者はXXX病院から〇年〇月〇日に退院後、自宅療養していた。</u>	830100040	直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援病床初期加算) ;*****	
55 505	K884-2	人工授精	(略)	(略)	(略)	

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項 番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによるレセプト表示文言
7	アレセンサカプセル 150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”
				850600009	ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd”日”

別表Ⅲ ~~検査値記載を求める診療行為等に係る~~診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (検査値)

項 番	区分等	診療行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによるレセプト 表示文言	別表 Ⅰ・Ⅱ	重複するレ セプト電算 処 理 シ ス テ ム 用 コー ド
14	医薬品	ソリリス点 滴 静 注 3 0 0 m g	(「全身型重症筋無力症（免疫グ ロブリン大量静注療法又は血液 浄化療法による症状の管理が困 難な場合に限る。）」又は「視神 経脊髄炎スペクトラム障害（視神 経脊髄炎を含む。）の再発予防」 の場合） 本製剤を投与するに当たって、投 与以前に抗アセチルコリン受容 体抗体検査を実施した場合は、測 定結果を記載すること。また、測 定した年月日を記載すること。	880100050	検査実施年月日及び抗アセチ ルコリン受容体抗体検査値 （ソリリス点滴静注300mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd” 日” 検査値：*****		
			<u>（視神経脊髄炎スペクトラム障 害（視神経脊髄炎を含む）の再発 予防の場合）</u> 本製剤を投与するに当たって、投 与以前に抗アクアポリン4（AQP4） 抗体検査を実施した場合は、測定 結果を記載すること。また、測定 した年月日を記載すること。	880100090	検査実施年月日及び抗アクア ポリン4（AQP4）抗体検査値 （ソリリス点滴静注300mg）；（元号）yy”年”mm”月”dd” 日” 検査値：*****		

官報掲載事項の一部訂正

【令和 4 年 3 月 4 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 54 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 A 3 0 8 回復期リハビリテ ーション病棟入院料 注 3	3 診療に係る費用（注 2 及び注 4 に規定する加算、当該患者に 対して行った <u>第 2 章第 1 部医学 管理等の区分番号 B 0 0 1 の 10</u> に掲げる入院栄養食事指導料 （回復期リハビリテーション病 棟入院料 1 を算定するものに限 る。）、第 2 部在宅医療、第 7 部 リハビリテーションの費用（別 に厚生労働大臣が定める費用を 除く。）、（中略）並びに除外薬 剤・注射薬の費用を除く。）は、 回復期リハビリテーション病棟 入院料に含まれるものとする。	3 診療に係る費用（注 2 及び注 4 に規定する加算、当該患者に 対して行った区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導 料（回復期リハビリテーション 病棟入院料 1 を算定するものに 限る。）及び <u>区分番号 B 0 0 1 の 34 に掲げる二次性骨折予防継続 管理料（ロに限る。）、</u> 第 2 部在 宅医療、第 7 部リハビリテーシ ョンの費用（別に厚生労働大臣 が定める費用を除く。）、（中略） 並びに除外薬剤・注射薬の費用 を除く。）は、回復期リハビリテ ーション病棟入院料に含まれる ものとする。
別表第一 A 3 0 8－3 地域包括ケア 病棟入院料 注 6	6 診療に係る費用（注 3 から注 5 まで及び注 7 に規定する加 算、第 2 節に規定する臨床研修 病院入院診療加算（中略）並びに 排尿自立支援加算、第 2 章第 2 部在宅医療（中略）並びに除外薬 剤・注射薬の費用を除く。）は、 地域包括ケア病棟入院料 1、地 域包括ケア入院医療管理料 1、 地域包括ケア病棟入院料 2、地 域包括ケア入院医療管理料 2、 地域包括ケア病棟入院料 3、地 域包括ケア入院医療管理料 3、 地域包括ケア病棟入院料 4 及び 地域包括ケア入院医療管理料 4 に含まれるものとする。	6 診療に係る費用（注 3 から注 5 まで及び注 7 に規定する加 算、第 2 節に規定する臨床研修 病院入院診療加算（中略）並びに 排尿自立支援加算、 <u>区分番号 B 0 0 1 の 34 に掲げる二次性骨折 予防継続管理料（ロに限る。）、</u> 第 2 章第 2 部在宅医療（中略）並 びに除外薬剤・注射薬の費用を 除く。）は、地域包括ケア病棟入 院料 1、地域包括ケア入院医療 管理料 1、地域包括ケア病棟入 院料 2、地域包括ケア入院医療 管理料 2、地域包括ケア病棟入 院料 3、地域包括ケア入院医療 管理料 3、地域包括ケア病棟入

		院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。
別表第一 第４章 経過措置	３ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第５４号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１０１の注１及び注１１の規定については、令和４年３月３１日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年９月３０日までの間に限り、なお従前の例による。	３ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第５４号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１０１の注１の規定については、令和４年３月３１日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年９月３０日までの間に限り、なお従前の例による。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第５５号）

該当箇所	誤	正
第八 入院基本料等加算の施設基準等 三十五の五 データ提出加算の施設基準 (1)のイ／(2)のイ	イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 <u>回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方</u> のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。	イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、 <u>特定入院料（特定一般病棟入院料を除く。）</u> のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
第九 特定入院料の施設基準等 二 救命救急入院料の施設基準等 (9)のロ 四 ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準 (3)のロ 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 (10)のロ	ロ <u>心大血管リハビリテーション料</u> 、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。	ロ <u>心大血管疾患リハビリテーション料</u> 、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

五の二 小児特定集中治療室 管理料の施設基準 (6)の ロ		
第十一 経過措置 二十二	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)の<u>ホ</u>に該当するものとみなす。	二十二 令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)の二又は(8)の<u>ニ</u>に該当するものとみなす。