

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第1 急性期総合体制加算

1 通則

- (1) 急性期病院一般入院基本料（急性期総合体制加算1、2、3又は4においては急性期病院A一般入院料に限る。）を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔による手術

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち「L008」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管管理料を除く。）をいう。

イ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）。

ウ 腹腔鏡下手術及び胸腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K740-3」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、

「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K843-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

胸腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K488-3」、「K488-4」、「K494-2」、「K496-2」、「K496-4」、「K501-3」、「K502-3」、「K502-5」、「K504-2」、「K513」、「K513-2」から「K513-4」まで、「K514-2」、「K524-2」、「K528-3」、「K529-2」、「K539-3」、「K554-2」、「K555-3」、「K562-2」、「K594」の「4」の「ロ」をいう。

エ 心臓カテーテル法による手術

心臓カテーテル法による手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K546」から「K550-2」まで、「K555-2」、「K556-2」、「K559-2」、「K559-3」、「K562」の「1」、「K567-2」、「K570-2」から「K570-4」まで、「K573」の「1」、「K574-2」、「K574-3」、「K594」の「4」の「ハ」、「K595」、「K595-2」、「K602-2」をいう。

オ 心臓胸部大血管の手術

心臓胸部大血管手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K541」から「K544」まで、「K551」から「K555-2」の「1」及び「2」まで、「K555-3」、「K556」、「K557」から「K559」まで、「K560」の「1」から「5」まで、「K560-2」、「K561」の「2」の「イ」、「K562」の「2」、「K562-2」から「K567」まで、「K568」から「K570」まで、「K571」、「K572」、「K573」の「2」、「K574」、「K575」から「K593」まで、「K594」の「1」から「3」まで、「4」の「イ」、「ロ」、「K594-2」、「K603」、「K603-2」、「K604-2」の「1」、「K605」から「K605-4」までをいう。

カ 消化管内視鏡による手術

消化管内視鏡による手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K520」の「4」、「K526-2」から「K526-4」まで、「K530-3」、「K647-3」、「K653」、「K653-5」、「K653-6」、「K682-3」、「K682-4」、「K685」から「K688」まで、「K699-2」、「K705」の「1」、「K707」の「1」、「K708-3」、「K721-4」、「K721-5」、「K722」、「K730」の「3」、「K731」の「3」、「K735-2」、「K735-4」、「K739-2」をいう。

キ 脳神経外科手術

脳神経外科手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、「K149」の

「1」から「K149-2」まで、「K151-2」から「K154-2」まで、「K154-4」から「K160-2」まで、「K162」、「K164」、「K164-3」、「K165」から「K173」まで、「K175」、「K176」、「K177」、「K178」、「K178-3」、「K178-4」、「K179」、「K180」の「3」、「K181」、「K181-4」から「K181-6」まで、「K182-2」、「K182-3」の「2」から「K187」まで、「K188-3」、「K190」の「1」、「K190-2」から「K190-4」まで、「K190-7」、「K191」、「K192」、「K196」の「1」をいう。

ク 放射線治療（体外照射法）

放射線治療とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

ケ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開術を含む。）とする。

コ 6歳未満の乳幼児の手術

医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）のうち、6歳未満の乳幼児に対して行ったもの。

(3) 外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 次の(イ)並びに(ロ)又は(ハ)のいずれにも該当すること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 地域の他の保険医療機関との連携のもと、「B009」診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない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が、直近1か月間の総退院患者数（外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来及びHIV等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4割以上であること。

(ハ) 「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する紹介割合・逆紹介割合について、紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関（医療法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）であること。

(4) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改

善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、医療従事者の夜勤を含む現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも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（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。）

(ハ) 医師事務作業補助者の配置による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) 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定にする指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減

(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

(ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

(チ) ICT、AI、IoT等の活用による職員の負担軽減

オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

(5) 「A246」入退院支援加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。

(6) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

(7) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。

(8) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 「A103」精神病棟入院基本料、「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、「A310」緩和ケア病棟入院料、「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料、「A312」精神療養病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と

協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

(9) 次のいずれにも該当すること。

ア 「A101」療養病棟入院基本料又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、急性期総合体制加算5においては、平成26年3月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合及び別紙4に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大である医療機関（以下「地域最多救急病院」という）である場合には、当該基準は適用しない。

イ 「A304」地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護医療院を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。

(10) 急性期総合体制加算を算定するものであって、急性期病院一般入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表2の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表3に示す一定程度高い基準（以下「基準②」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表3のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表4の基準以上であること。ただし、以下に掲げる患者は測定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、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、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

- (イ) 別添1第2の4の2(7)において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
- (ロ) 「結核患者収容モデル事業の実施について」(平成4年12月10日健医発1415号)の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
- (ハ) 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

別表1

A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準 ①割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準 ①割合指数
急性期総合体制加算1	3割3分	3割2分
急性期総合体制加算2	3割2分	3割1分
急性期総合体制加算3	3割	2割9分
急性期総合体制加算4	2割9分	2割8分
急性期総合体制加算5	2割8分	2割7分

別表3

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準 ②割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準 ②割合指数
急性期総合体制加算1	4割	3割9分
急性期総合体制加算2	3割9分	3割8分
急性期総合体制加算3	3割7分	3割6分
急性期総合体制加算4	3割6分	3割5分
急性期総合体制加算5	3割5分	3割4分

- (11) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うものであること。ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
- (12) 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がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関

係がないものとみなす。

2 急性期総合体制加算 1 に関する施設基準等

- (1) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。

なお、精神科については、24 時間対応できる体制を確保し、医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床を有していること。また、「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料、「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料、「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

- (2) 全身麻酔による手術件数が年 2,000 件以上であること。また、以下のうち、アからキまでのうち 6 つ以上並びにク及びケを全て満たしていること。

ア 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上

イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上

ウ 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上

エ 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上

オ 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上

カ 脳神経外科手術について、50 件／年以上

キ 放射線治療（体外照射法）について、200 例／年以上

ク 分娩件数について、100 件／年以上

ケ 6 歳未満の乳幼児の手術件数について、40 件／年以上

- (3) 24 時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める第 3 「救命救急センター」又は第 4 「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。

- (4) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、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を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という。）を設置すること。院内迅速対応チームが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を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、24 時間対応できる体制を確保しておくこと。

① 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師 1 名

② 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 1 名

イ 当該保険医療機関内に、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

者の対応状況に関して、当該対応等の改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

ウ 院内迅速対応チームの対応内容も含めた、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をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

エ 当該保険医療機関内に、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について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価するとともに、必要に応じて院内迅速対応チームの対応体制及び報告体制のマニュアルの見直しを行うこと。また、当該マニュアルの見直しを行う場合等、必要に応じて委員会等を開催することとし、イの責任者が年1回以上出席していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における医療安全管理委員会等を活用することとして差し支えない。

オ 院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、当該保険医療機関内に周知するとともに、年2回程度の院内講習を開催すること。

カ 院内迅速対応チームの対応状況等必要な実績を記録していること。

(5) 次のいずれにも該当すること。

ア 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

なお、平均在院日数の算出方法については、入院基本料等における算出方法にならうものとする。

イ 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。

なお、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は、直近3か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近3か月に当該病棟から退棟した患者の数で除して算出するものであること。

(6) 「A234-2」に掲げる感染対策向上加算1の届出を行っていること。

(7) 高度急性期医療の提供として、特定入院料のうち「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ていること。

(8) 「A100」一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料に限る。）、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、「A305」一類感染症患者入院医療管理料及び「A307」小児入院医療管理料（以下この項目において「一般病棟」という。）の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から「A102」結核病棟入院基本料、「A103」精神病棟入院基本料、「A106」障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る）、「A311」精神科

救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料及び「A318」地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数の9割以上であること。

- (9) 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

3 急性期総合体制加算2に関する施設基準等

- (1) 2(1)及び(3)から(9)を満たしていること。
- (2) 全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、以下のアからキまでのうち4つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしていること。
- ア 悪性腫瘍手術について、400件/年以上
 - イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上
 - ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上
 - エ 心臓胸部大血管の手術について、60件/年以上
 - オ 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上
 - カ 脳神経外科手術について、50件/年以上
 - キ 放射線治療(体外照射法)について、200例/年以上
 - ク 分娩件数について、100件/年以上
 - ケ 6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件/年以上

4 急性期総合体制加算3に関する施設基準等

- (1) 2(4)から(9)を満たしていること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。なお、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。
- ア 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は「A247」の「1」認知症ケア加算1の届出を行っていること。
 - イ 「A248」の「2」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における「I001」入院精神療法若しくは「A300」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が合計で年間20件以上であること。
- (3) 全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、次のアからキのうち5つ以上を満たすものであること。
- ア 悪性腫瘍手術について、400件/年以上
 - イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上

- ウ 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
- エ 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
- オ 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
- カ 脳神経外科手術について、50 件／年以上
- キ 放射線治療（体外照射法）について、200 例／年以上

(4) 24 時間の救急医療提供として、救急時医療情報閲覧機能を有していること。また、以下のいずれかを満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」（以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。）による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

5 急性期総合体制加算4に関する施設基準等

(1) 2(4)から(9)を満たしていること。

(2) 以下のアからキまでのうち3つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしていること。

- ア 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
- イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
- ウ 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
- エ 心臓胸部大血管の手術について、60 件／年以上
- オ 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
- カ 脳神経外科手術について、50 件／年以上
- キ 放射線治療（体外照射法）について、200 例／年以上
- ク 分娩件数について、100 件／年以上
- ケ 6歳未満の乳幼児の手術件数について、40 件／年以上

(3) 4(2)及び(4)を満たしていること。

6 急性期総合体制加算5に関する施設基準等

(1) 4の(4)を満たしていること。

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。

ア 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は「A247」の「1」認知症ケア加算1の届出を行っていること。

イ 「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内にお

ける「I001」入院精神療法若しくは「A300」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が合計で年間20件以上であること。

- (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。(地域最多救急病院を除く。)
- (4) 以下のアからケまでの2つ以上を満たしていること。ただし、地域最多救急病院においては、カは、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術及び超急性期脳卒中加算の年間合計算定回数が10件/年以上を満たすことで差し支えない。
 - ア 悪性腫瘍手術について、400件/年以上
 - イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上
 - ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上
 - エ 心臓胸部大血管の手術について、60件/年以上
 - オ 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上
 - カ 脳神経外科手術について、50件/年以上
 - キ 放射線治療(体外照射法)について、200例/年以上
 - ク 分娩件数について、100件/年以上
 - ケ 医療提供機能連携確保加算の届出(地域最多救急病院であって、外来・在宅診療体制の確保に係る診療実績を当該保険医療機関が所在する二次医療圏において満たしている場合に限る。)

7 届出に関する事項

- (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。
- (2) 急性期総合体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10、様式13及び様式13の2を用いること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の2の届出を略することができること。
- (4) 地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したものであり、差し支えない。
- (5) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1若しくは2又は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ついては、令和8年9月30日までの間に限り、1の(1)の基準を満たしているものとみなす。
- (6) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、1の(1)のうち急性期総合体制加算5に係る基準を満たしているものとみなす。
- (7) 令和8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ついては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(4)の基準を満たしているものとみなす。
- (8) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、1の(5)の基準を満たしているものとみなす。

- (9) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算2又は3の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、1の(8)の基準を満たしているものとみなす。
- (10) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、1の(9)のイの基準を満たしているものとみなす。
- (11) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は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ついては、1の(10)のうち急性期総合体制加算1から5に係る基準を、現に総合入院体制加算2の届出を行っている保険医療機関については1の(10)のうち急性期総合体制加算3から5に係る基準を、現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については1の(10)のうち急性期総合体制加算5に係る基準を令和8年9月30日までの間に限り満たしているものとみなす。
- (12) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、2の(4)から(7)、3の(1)のうち2の(4)から(7)に係る基準、4の(1)のうち2の(4)から(7)に係る基準、5の(1)のうち2の(4)から(7)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (13) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は2の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、3の(1)のうち2の(8)に係る基準及び5の(1)のうち2の(8)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (14) 令和8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ついては、令和9年5月31日までの間に限り、4の(2)、5の(3)のうち4の(2)に係る基準及び6の(2)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (15) 令和8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ついては、令和10年5月31日までの間に限り、4の(2)のただし書きに係る基準、5の(3)のうち4の(2)のただし書きに係る基準及び6の(2)のただし書きに係る基準を満たしているものとみなす。
- (16) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は急性期充実体制加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、3の(2)のうちアからケに係るもの、4の(3)のうちアからキに係るもの、5の(2)及び6の(4)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (17) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算2又は急性期充実体制加算2の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、5の(2)及び6の(4)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (18) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限り、6の(4)に係る基準を満たしているものとみなす。
- (19) 令和8年5月31日までに実施した全身麻酔による手術件数に係る実績については、令和8年度改定前の医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち「L008」に掲げるマスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術件数の実績により届け出ることによって差し支えない。
- (20) 令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1又は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ついては、2の(2)、3の(2)及び4の(3)のうち、それぞれ全身麻酔による手術件数に係るもの並びに6の(3)に係る基準を、令和8年3月31日において現に総合入院体制加算2又は3の届出を行っている保険医療機関については6の(3)に係る基準を、令和9年5月31日までの間に限り満たしているものとみなす。

- (21) 当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に地域最多救急病院であった病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、1(9)、6(3)及び(4)に係る基準について、地域最多救急病院であるものとみなす。

第2 臨床研修病院入院診療加算

1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

(1) 基幹型の施設基準

- ア 指導医は臨床経験を7年以上有する医師であること。
- イ 研修医2.5人につき、指導医1人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
- オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。
- カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

(2) 協力型の施設基準

- ア 協力型（I）臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院のうち、他の病院と共同して3月以上の臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1の(1)のアからウまで及びカを満たしていること。
- イ 研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

(1) 単独型又は管理型の施設基準

- ア 指導歯科医は歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。
- イ 研修歯科医2人につき、指導歯科医1人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める基準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が

設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第3条第1号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第2号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

（2）協力型の施設基準

ア 協力型（Ⅰ）臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第3号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して3月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、2の（1）のアからウまでを満たしていること。

イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の2 包括期充実体制加算

1 包括期充実体制加算の施設基準

- （1）許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること。
- （2）「A304」地域包括医療病棟入院料又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- （3）「A100」一般病棟入院基本料のうち急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない保険医療機関であること。
- （4）地域において高齢者の緊急に入院を要する患者を受け入れ、在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制として、当該保険医療機関が次のアからエまでのいずれにも該当していること。ただし、当該保険医療機関が在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関のいずれにも該当しない場合には、ア及びイに該当していること。

ア 次のいずれかを満たしていること。

(イ) 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

(ロ) 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。

イ 当該保険医療機関で受入が可能な疾患や病態について、地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行っていること。協議を踏まえ、連携する他の保険医療機関における救急患者の転院体制に係る受入先の候補としてリストに掲載されていることが望ましい。

ウ 協力対象施設入所者入院加算を届け出ていること。

エ 地域において、原則として3以上の介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）の協力医療機関として定められていること。ただし、当該保険医療機関の半径10キロメートル以内の介護保険施設等が、既に全ての施設において別の保険医療機関を協力医療機関としている又は3未満しか存在しない場合には、連携する介護保険施設等の数は3未満でも差し支えない。

(5) 当該保険医療機関の「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A308-3」地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟又は病室（以下、この項において「加算対象病棟」という。）における在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績の合計が、次のアからエまでのいずれにも該当していること。

ア 加算対象病棟における、自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で15人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

イ 加算対象病棟において、直近3か月間の入院患者に占める、救急搬送後の患者及び他の保険医療機関で「C004-2」に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者を合計した数の割合が8分以上であること。

ウ 次のいずれかを満たしていること。

① 加算対象病棟において、前年度の入院患者に占める、「A206」在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数の合計が12件以上であること。（在宅患者緊急入院診療加算1及び2の合計が4件以上あることが望ましい。）

② 加算対象病棟において、前年度の入院患者に占める、「A253」協力対象施設入所者入院加算1及び2の算定回数の合計が4件以上であること。

エ 加算対象病棟において「B005」退院時共同指導料2及び「B005-1-2」介護支援等連携指導料2の算定回数の合計が直近3か月間で3回以上であること。

(6) 「A246」入退院支援加算1の届出を行っている保険医療機関であること。

(7) 「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当該保険医療機関の職員が年1回以上出席していることが望ましい。

2 届出に関する事項

(1) 包括期充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の3の2を用いること。

(2) 届出時及び届出開始の当年度から翌年度までにおける、1の(5)のウの件数については、

①は直近3か月で4件以上、②は直近3か月で1件以上として差し支えない。

第2の3 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算の注1本文に関する施設基準

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほか重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。

3 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

第3 超急性期脳卒中加入

1 超急性期脳卒中加入に関する施設基準

(1) 次のいずれかを満たしていること。

ア 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。

イ 次のいずれも満たしていること。

(イ) 「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であって、超急性期脳卒中加入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こと。

(ロ) 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こと。

(ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。

- (二) 関係学会の定める指針に基づき、(1)のアを満たすものとして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間で、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における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。
- (2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。
- (3) (1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (5) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式15を用いること。

第3の2 妊産婦緊急搬送入院加算

1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。
- (3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2 届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4 診療録管理体制加算

1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、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」（以下単に「安全管理ガイドライン」という。）に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。

- (4) 診療記録の保管・管理のための規程が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数 2,000 名ごとに 1 名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち 1 名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10 による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPC のコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4 桁又は 5 桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。
 - ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）
 - イ 入院日、退院日
 - ウ 担当医、担当診療科
 - エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名
 - オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して 14 日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月 9 割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後 30 日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」（平成 15 年 9 月 12 日医政発第 0912001 号）を参考にすること。

2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準

- (1) 1 の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。
- (2) 1 名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD 大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

3 届出に関する事項

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 17 を用いること。

第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算、地域医療体制確保加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

エ ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

オ 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、医療機関内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。

カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

キ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する方法で公開すること。

(2) (1)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該

加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

(3) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。

(4) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に医師の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認及び問題点に対する改善の取組を行うこと。

ア 医師法、医療法、医薬品医療機器等法、健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

また、当該責任者は、医師事務作業補助者に対する教育システムを作成していることが望ましい。

(5) 医療機関内に次の診療体制がとられ、規程を整備していること。

ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等

での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和 63 年 5 月 6 日総第 17 号）等に沿った体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

2 ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算入方法

(1) 医師事務作業補助体制加算の届出を行う保険医療機関において、次のアからエまでのいずれにも該当する場合には、医師事務作業補助者の配置人数は、オ又はカに定めるところにより算入することができる。

ア 医師事務作業補助者が行う事務業務に関して、次に掲げるもののうち、①を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用することにより、業務の効率化が顕著に図られていること。

- ① 生成 A I を活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的に行い、当該業務を大幅に効率化する医療文書等の文書作成補助システム
- ② 診療録、退院時要約、診断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う医療文書の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）
- ③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）
- ④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する 10 種類以上の患者向け説明動画

イ アの①から④までのうち、電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、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」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。

ウ アの①から④までのうち、生成 A I その他の A I 技術を用いる製品・サービスについては、経済産業省及び総務省が公表する「A I 事業者ガイドライン」に基づき、適切なリスク対策等を講じている事業者が提供しているものであること。

エ アの①から④までについて、当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、

操作方法及び生成A I の適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該I C T機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。

オ アからエまでの要件を全て満たす場合には、医師事務作業補助者1人を1.2人として配置人数に算入することができる。

カ オに加え、アの②から④までに掲げるもののうち少なくとも1種類以上を広く活用している場合には、医師事務作業補助者1人を1.3人として配置人数に算入することができる。

(2) (1)のオ又はカの算入方法により新たに届け出る場合(オの算入方法とカの算入方法を相互に変更する場合を除く。)には、当該届出を行う直近3月以上の期間において、当該算入方法を用いずに、当該配置区分又はこれを上回る配置区分について、引き続き算定していること。

(3) (2)により届け出る保険医療機関は、I C T機器等の導入前後における医師事務作業補助者の業務内容、業務量及び業務時間並びに医師の事務作業時間及び負担感等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施するとともに、その結果を労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。

3 医師事務作業補助体制加算1の施設基準

当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

(1) 15対1補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

イ 年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院であること。

(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月21日医政発0321第2号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

ウ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であること。

エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

(3) 50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「(1) 15対1補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20対1、25対1、30対1及び40対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ 年間の緊急入院患者数が 100 名以上（75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算については 50 名以上）の実績を有する保険医療機関であること。

- (4) 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策事業等の実施について」（平成 21 年 3 月 30 日医政発第 0330011 号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ 蘇生術を必要とする重篤な状態

シ 「ア」から「サ」までに準ずる状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

4 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準

3 の(1)から(3)までのいずれかの基準を満たす保険医療機関において、医師事務作業補助者がそれぞれの配置区分ごとに、配置されていること。

5 届出に関する事項

(1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 13 の 4、様式 18 及び様式 18 の 2 を用いること。

(2) 当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近 1 年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の届出を略することができること。

(3) 届出は、保険医療機関において、全病棟包括的に行うこと。ただし、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行うことができること。この場合において、医師事務作業補助体制加算 1 の届出と医師事務作業補助体制加算 2 の届出を併せて行うことはできないこと。

第 4 の 3 急性期看護補助体制加算

1 通則

(1) 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

緊急入院患者数については、第4の2の3の(4)と同様に取り扱うものであること。

- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

ア 急性期病院一般入院基本料

イ 急性期一般入院基本料

ウ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

エ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

- (4) 急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料6又は10対1入院基本料を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、以下に掲げる患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、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、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

(イ) 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

(ロ) 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、別添3の第1の1の(11)と同様であること。
- (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、研修内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。

- (7) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。
 - (8) 当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添2の第2の11の（6）の例による。
 - (9) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
 - (10) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の（3）の例による。
- 2 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の施設基準
- (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
 - (2) 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
- 3 25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）の施設基準
- (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
 - (2) 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の5割未満が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
- 4 50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- 5 75対1急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- 6 夜間30対1急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- 7 夜間50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- 8 夜間100対1急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- 9 夜間看護体制加算の施設基準
- (1) 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。

- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。また、当該3項目以上にケが含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
- オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
- カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
- ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。
- (3) (2)のアからエまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。(2)のキについては、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではない。(2)のケについては、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について、1年に1回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと。

10 看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること。
- イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業

務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。

エ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイ及びウを満たすものであること。

11 急性期看護補助体制加算について、令和8年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和8年9月30日までの間は、令和8年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

12 届出に関する事項

(1) 急性期看護補助体制加算、看護補助体制充実加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、9の(2)に掲げる項目のうちア又はウを含む3項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。

(2) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、「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を除き様式13の3の届出を略することができること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

(1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、別添3の第4の2の3の(4)と同様に取り扱うものであること。

(2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

(3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

ア 急性期病院一般入院基本料

イ 急性期一般入院基本料

ウ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

エ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において、入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け

出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料6又は10対1入院基本料を算定する病棟においては重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、以下に掲げる患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、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、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

(イ) 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

(ロ) 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、別添3の第1の1の(11)と同様であること。
- (6) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。
- (7) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。
- (8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上にコが含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
 - イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
 - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
 - エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
 - オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
 - カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
 - キ 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。
 - ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
 - ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
 - コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。
- 2 看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準
1の(1)から(7)までを満たすものであること。
- 3 看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準
(1) 1の(1)から(5)まで、(7)及び(8)を満たすものであること。
(2) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。
- 4 看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準
(1) 1の(1)、(2)、(5)及び(7)並びに3の(2)を満たすものであること。
(2) 急性期一般入院料2から6までのいずれかを算定する病棟であること。
- 5 看護職員夜間配置加算について、令和8年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間、令和8年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 6 届出に関する事項
(1) 看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、1の(8)に掲げる項目のうちア又はウを含む4項

目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみ届出で差し支えない。

- (2) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、「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を除き様式13の3の届出を略すことができること。

第4の5 電子的診療情報連携体制整備加算

1 電子的診療情報連携体制整備加算1に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無償で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (4) 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (5) (4)について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
- (6) マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関であること。
 - イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。
- (9) 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
- (10) 「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。
- (11) 専任の医療情報システム安全管理責任者は、情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい。
- (12) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。また、例えば、日次でバックアップを行う場合、数世代（少なくとも3世代）確保する等の対策を行うこと。

なお、ネットワークから切り離れたオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか確認し、当該契約書等の記載部

分についても届出の添付資料とすること。

- (13) 「安全管理ガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（以下単に「BCP」という。）を策定し、医療情報システム安全管理責任者の主導の下、少なくとも年1回程度、定期的に当該BCPに基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。訓練・演習については、診療を中断して実施する必要はないが、より実効性のあるものとするために、必要に応じてシステム関連事業者も参加した上で行うこと。

なお、当該BCPには「安全管理ガイドライン」の経営管理編「情報セキュリティインシデントへの対策と対応」、企画管理編「非常時（災害、サイバー攻撃、システム障害）対応とBCP策定」等に記載している事項について含める必要がある。また、作成に当たっては関係団体等が作成したマニュアル（医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト）についても参考にすること。

2 電子的診療情報連携体制整備加算2に関する施設基準

1の（1）から（11）までの基準を満たすこと。

3 届出に関する事項

- (1) 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式18の4を用いること。
- (2) 電子的診療情報連携体制整備加算1の届出を行う場合については、第4の5の1の(12)に示す「当該契約書等の記載部分」について添付すること。

第5 特殊疾患入院施設管理加算

1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近1か月間の入院患者数の7割以上が、重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由児（者）でなかった患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。

ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ

橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病(ウイルス動脈輪閉塞症)に罹患している患者をいう。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式19及び様式20を用いること。

第6 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算に規定する状態

- 1 超重症児(者)とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。
- 2 準超重症児(者)とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児(者)に準ずる状態であること。
- 3 「基本診療料の施設基準等」における超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準による判定スコアについては、別添6の別紙14を参照のこと。

第6の2 看護配置加算

1 看護配置加算に関する施設基準

- (1) 地域一般入院料3、障害者施設等入院基本料15対1入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

2 届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定するものとして届け出た病床(地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。)に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度I又はIIに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が重症度、医療・看護必要度Iで0.4割以上、重症度、医療・看護

必要度Ⅱで0.3割以上であること。ただし、以下に掲げる患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、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、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

(イ) 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

(ロ) 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、別添3の第1の1の(11)と同様であること。
- (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。
- (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の1の(4)の例による。
- (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。
- (7) 当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。
- (8) 看護補助加算1について、令和8年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間、令和8年度改定後の看護補助加算

1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

2 夜間75対1看護補助加算の施設基準

次のいずれかを算定する病棟であること。

- (1) 地域一般入院料1又は地域一般入院料2
- (2) 専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）の13対1入院基本料

3 夜間看護体制加算の施設基準

- (1) 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上にコが含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。

ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

4 看護補助体制充実加算の施設基準

- (1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること。

イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講したものであること。なお、研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること及び当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更が無い場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。

エ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

- (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準
(1)のイ及びウを満たすものであること。

5 届出に関する事項

- (1) 看護補助加算及び看護補助体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3及び様式18の3を用いるが、地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は13対1入院基本料を算定する病棟において看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10も用いること。なお、3の(2)に掲げる項目のうちア又はウを含む4項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。

第7の2 看護・多職種協働加算

1 看護・多職種協働加算の施設基準

- (1) 急性期病院B一般入院料又は急性期一般入院料4を算定する病棟であること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 当該病棟において、1日に病棟業務を行う当該加算により配置される看護職員を含む多職種の数、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- (4) 看護・多職種協働加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度における別表1に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の(3)に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表2の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、

医療・看護必要度における別表3に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表3のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、別添2の第2の4の2の（3）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表4の基準以上であること。

ただし、以下に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、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、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）

（イ） 「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成4年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

（ロ） 医療法施行規則第10条第5号により感染症病床に入院する場合

別表1

A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
基準①割合指数	2割8分	2割7分

別表3

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合指数
基準②割合指数	3割5分	3割4分

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、別添3の第1の1の(11)と同様であること。
- (6) 平均在院日数が16日以内であること。
- (7) 看護・多職種協働加算に係る自宅等に退院するもの及び当該病棟から退院した患者数に占

める自宅等に退院するものの割合は、別添2の第2の4の4の例によること。

- (8) 常勤の医師の員数の計算方法については、別添2の第2の4の3の(2)のウの(イ)の例によること。
 - (9) 多職種の協働により業務を行う際には、医療機関において多職種で相談したうえで、多職種協働の目標、各医療職種が主に行う業務内容、各医療職種で協働・連携して行う業務内容、情報共有や記録等の方法について文書により整理すること。併せて、当該加算により配置される多職種間で当該文書を共有すること。当該病棟における各医療職種の業務については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和8年3月5日保医発0305第6号）別添1第1章第2部第2節A215(3)アからエまでに規定する内容を参考にする事。
 - (10) 医療機関において、当該加算により配置される医療職種の業務内容及び業務範囲について、半年に1回以上見直しを行い、文書により共有すること。
 - (11) 当該病棟の全ての看護職員及び当該加算により配置される他の医療職種は、(9)に規定する文書の内容を踏まえて業務を実施すること。
 - (12) 当該加算による看護職員を含む多職種の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
 - (13) 当該病棟で実際に配置を必要とした看護職員数の合計（入院料及び看護・多職種協働加算に規定する看護職員及び多職種職員を合計した最小必要数から、看護職員以外の多職種職員の実際の配置数を差し引いた数）の7割以上が看護師であること。
 - (14) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添3の第1の1の(4)の例による。
- 2 令和8年3月31日において、現に急性期一般入院料1又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和8年9月30日までの間は、1の(4)に規定する重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

3 届出に関する事項

- (1) 看護・多職種協働加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式9、様式10、様式10の2、様式10の5及び様式13の2を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式9を用いる場合は、1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 当該加算の変更の届出にあたり、病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近1年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の2の届出を略すことができること。

第8 地域加算

- 1 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。
- 2 令和9年5月31日までの間、級地の調整を行う地域については、別紙1-2のとおりであること。

第9 療養環境加算

- 1 療養環境加算に関する施設基準

- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が、内法による測定で、1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。
- (3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に附属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、当該加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (7) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10 重症者等療養環境特別加算

1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。
- (2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。
 - ア 個室又は2人部屋であること。
 - イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされていること（心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）。
 - ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されていること。
 - エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。
- (3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等（重症者等療養環境特別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。）の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の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の平均入院患者数の8%未満とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、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の平均入院患者数の10%を超えないこと。

2 届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーション

が明示されているもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10の2 産科管理加算

1 産科管理加算1に関する施設基準

(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、分娩を実施しており、妊娠期から産褥期にかけて母体、胎児及び新生児を管理する病棟（産科の患者及び当該患者が分娩した新生児を受け入れる病棟に、他科の患者を併せて受け入れる場合を含む。以下「産科病棟」という。）を有する保険医療機関であること。

(2) 母子の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境として、次のア又はイを満たすこと。

ア 産科の患者及び当該患者が分娩した新生児のみ（産科病棟内で産後ケア事業を実施している場合は、その妊産婦や乳児を含む。）を受け入れる病棟である場合は、当該病棟が届出を行っている入院基本料等における看護職員配置を満たすとともに、当該病棟において、看護職員の最小必要数の5割以上が助産師であり、かつ、当該病棟に助産師が常時1人以上配置されていること。また、母子の安定・安全の確保を行うに当たって適切な管理を行うことができる助産師数を配置すること。

イ 産科の患者及び当該患者が分娩した新生児を受け入れる病棟に、他科の患者を併せて受け入れる病棟である場合は、当該病棟が届出を行っている入院基本料等における看護職員配置を満たすとともに、当該病棟に助産師が常時1人以上配置されていること。また、産科区域の特定を行うとともに母子（産科区域内で産後ケア事業を実施している場合は、その妊産婦や乳児を含む。）の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域に配置すること。産科区域の特定に当たっては、構造上、病棟内のその他の病室等との間に扉を設ける等の区分がされている、又は少なくとも他科の患者等が通常立ち入ることのないよう区域が区分されていることが明確になるような設備を設けていること。この場合、産科区域に配置する助産師数も当該病棟の看護職員数に含むことができる。なお、産科区域に配置する助産師が産科区域以外の業務を併せて行うことは差し支えないが、産科区域とそれ以外の区域のいずれの患者にも必要な看護が提供できるよう病棟に適切な看護職員数が確保されるよう配慮すること。

(3) 当該保険医療機関内に、助産、産科患者・新生児のケア及び母子保健や福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。

(4) 当該保険医療機関内において、助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導が実施されていること。また、当該産科病棟または産科区域に、当該保険医療機関内の産科外来等において、妊婦健康診査や保健指導等の妊娠期にかかるケア及び指導を行う助産師が配置されていること。

なお、妊婦健康診査等に当該産科病棟に配置されている助産師が従事する場合は、当該産科病棟の看護職員としての勤務時間数に1日あたり病棟全体で4時間まで含むことができる。

(5) 当該保険医療機関内に、院内助産が開設されていることが望ましい。

(6) 育児期までの切れ目のない継続したケアの実施を行うために、当該病棟、保険医療機関又

は関連する医療機関において産後ケア事業が実施されていることが望ましい。

2 産科管理加算2に関する施設基準

(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であって、分娩を実施しており、妊娠期から産褥期にかけて母体、胎児及び新生児を管理する有床診療所であること。

(2) 母子の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境として、次のア又はイを満たすこと。

ア 産科の患者及び当該患者が分娩した新生児のみ（有床診療所内で産後ケア事業を実施している場合は、その妊産婦や乳児を含む。）を受け入れる有床診療所である場合は、当該有床診療所が届出を行っている入院基本料等における看護職員配置を満たすとともに、当該有床診療所において母子の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を配置すること。

イ 他科の患者を併せて受け入れる有床診療所である場合は、可能な限り産科区域の特定を行うとともに母子（有床診療所内で産後ケア事業を実施している場合は、その妊産婦や乳児を含む。）の安定・安全の確保を行うにあたって適切な管理を行うことができる助産師数を当該産科区域に配置すること。

(3) 1の(3)、(5)及び(6)の施設基準を満たしていること。

(4) 当該保険医療機関内において、助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導が実施されていること。

3 届出に関する事項産科管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23の3を用いること。

第11 療養病棟療養環境加算

1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境加算1に関する施設基準

ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

オ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

(2) 療養病棟療養環境加算2に関する施設基準

(1)のアからキまでを満たしていること。

2 届出に関する事項

(1) 療養病棟療養環境加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(2) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第11の2 療養病棟療養環境改善加算

1 療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境改善加算1に関する施設基準

ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。

ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

エ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。

(2) 療養病棟療養環境改善加算2に関する施設基準

ア (1)のエからカまでを満たしていること。

イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。

ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。

エ 当該加算の対象病棟については、平成24年3月31日において、現に療養病棟療養環境加算4に係る届出を行っている病棟のみとすること。

オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。

- (3) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 24 及び様式 24 の 2 を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 24 の 3 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 8 月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第 12 診療所療養病床療養環境加算

1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行うこと。
- (2) 当該療養病床に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- (3) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- (4) 当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- (5) 当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。
- (6) 療養病床に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- (7) 当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、(6)に定める食堂と兼用であっても差し支えない。
- (8) 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

2 届出に関する事項

- (1) 診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 25 を用いること。また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 12 の 2 診療所療養病床療養環境改善加算

1 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行うこと。
- (2) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- (3) 当該診療所に機能訓練室を有していること。
- (4) 当該加算を算定できる病床については、平成24年3月31日時点で診療所療養病床療養環境加算2を算定している病床のみとすること。
- (5) 当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。
- (6) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとすること。

2 届出に関する事項

診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添7の様式25の2に準じて策定し、届け出るとともに、毎年8月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12の3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

(1) 無菌治療室管理加算1に関する施設基準

- ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
- イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
- ウ 個室であること。
- エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上であること。
- オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

(2) 無菌治療室管理加算2に関する施設基準

- ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上であること。
- イ (1)のア及びイを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 無菌治療室管理加算1及び無菌治療室管理加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式26の2を用いること。
- (2) 当該保険医療機関の平面図（当該届出に係る自家発電装置が分かるもの）を添付すること。
- (3) 当該届出に係る病棟の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要が分かるもの）を添付すること。

第 12 の 4 放射線治療病室管理加算の施設基準

1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

- (1) 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が 1 週間につき 1 ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。
- (2) 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、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を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。
- (3) 当該病室が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こと。

2 密封小線源による治療の場合の施設基準

密封小線源による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

- (1) 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が 1 週間につき 1 ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。
- (2) 当該病室が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こと。

3 届出に関する事項

- (1) 放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 3 を用いること。
- (2) 当該病室の平面図を添付すること。

第 13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

- (1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- (2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

- イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、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。

また、緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、以下の4名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

- オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- カ 精神症状の緩和を担当する医師
- キ 緩和ケアの経験を有する看護師
- ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームの構成員及び外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。

- (3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。

- ア 指定介護老人福祉施設
- イ 指定地域密着型介護老人福祉施設
- ウ 介護老人保健施設
- エ 介護医療院
- オ 指定特定施設入居者生活介護事業所
- カ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- キ 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
- ク 指定認知症対応型共同生活介護事業所
- ケ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
- コ 指定障害者支援施設
- サ 指定共同生活援助事業所
- シ 指定福祉型障害児入所施設

- (4) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者を対象とする場合には、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者をそれぞれ対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年

以上の経験を有する者であっても差し支えない。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（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者を対象とする場合には、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者をそれぞれ対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。））を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(5) (1)のイ又はカに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、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専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(6) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アからウまでのいずれかの研修を修了している者であること。さらに、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

(7) (1)のウ又はキに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

- (へ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
 - (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
 - (チ) コンサルテーション方法
 - (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (8) (1)のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
 - (9) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
 - (10) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
 - (11) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
 - (12) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
 - (13) 緩和ケア診療加算の注4に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。
 - (14) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（いずれも特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院（いずれも特例型を含む。））又は「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院）をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。

第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状

緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

- (3) (1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師のいずれかが所定の研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療又は看護を行う場合は、この限りではない。
- (5) (4)に掲げる「所定の研修を修了している」とは次のとおりであること。
- ① (1)に掲げる医師については、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了していること。
- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
- ② (1)に掲げる看護師については、次の事項に該当する研修を修了していること。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）。
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (6) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
- (7) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の2を用いること。

第14の3 小児緩和ケア診療加算

1 小児緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- 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

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、オの要件は満たしていることとする。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、カを満たしていることとする。

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、小児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。

- (2) 小児緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。

- (3) (1)の小児緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等及び指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、小児緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。

- (4) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。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（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。））を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が小児緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。なお、アに掲げる医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有し、オの要件を満たしている場合においては、悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有すること。

- (5) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、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専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が小児緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (6) (1)のア、イに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全

症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アからウまでのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

(7) (1)のウに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(8) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

(9) (1)のア、イに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、小児緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

(10) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、小児緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。

(11) 当該医療機関において小児緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(12) 院内の見やすい場所に小児緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(13) 小児緩和ケア診療加算の注2に規定する点数を算定する場合には、小児緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。なお、当該管理栄養士は、緩和ケア診療加算の注4に規定する個別栄養管理加算に係る管理栄養士と兼任できる。

- (14) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（いずれも特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院（いずれも特例型を含む。））又は「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院）をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

小児緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の3を用いること。

第15 精神科応急入院施設管理加算

1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第1項の規定による指定を受けた精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、精神保健福祉法第33条の4第1項及び第34条第1項から第3項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。
- (2) 当該病院の病床について、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の8割以上であり、かつ、看護職員の2割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に1床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福

祉法第33条の7第1項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第16 精神病棟入院時医学管理加算

1 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

2 届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式29を用いること。

第16の2 精神科地域移行実施加算

1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 「A103」精神病棟入院基本料（15対1入院基本料、18対1入院基本料及び20対1入院基本料に限る。）、「A104」特定機能病院入院基本料（15対1精神病棟入院基本料に限る。）、「A312」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、「A103」精神病棟入院基本料の「注7」等に規定する退院支援部署及び「A246-2」精神科入退院支援加算に規定する入退院支援部門と兼務することができ、地域移行推進室は、退院支援部署又は入退院支援部門と同一でも差し支えない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年を超える入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1月から12月までの1年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の4月1日から翌々年の3月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
ア 1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数
イ 1月1日において入院期間が5年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って1年間における退院に係る実績が5%以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所

定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。

- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式30を用いること。

第16の3 精神科身体合併症管理加算

1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 「A103」精神病棟入院基本料(10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。)、「A311」精神科救急急性期医療入院料、「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、「A311-3」精神科救急・合併症入院料及び「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること。

2 届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

第17 精神科リエゾンチーム加算

1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。
 - ア 5年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。)
 - イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師(精神科等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。)
 - ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。

なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第 37 条の 2 第 2 項第 5 号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。

（イ）精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

（ロ）精神症状の病因・病態、治療

（ハ）精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

（ニ）精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

（ホ）患者・家族の支援、関係調整

（ヘ）ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）

（ト）ストレスマネジメント

（チ）コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。

(4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。

(5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。

2 届出に関する事項

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 を用いること。

第 17 の 1 の 2 精神科慢性身体合併症管理加算

1 精神科慢性身体合併症管理加算の施設基準

(1) 精神科を標榜する病院の精神病棟であって、当該病棟に内科の医師が 1 名以上配置されていること。

(2) 「A 1 0 3」精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。）、「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（精神病棟である 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。）、「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料、「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料又は「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

(3) 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療提供体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

(4) 当該保険医療機関において、一般血液検査が常時行える体制を有していること。

(5) 糖尿病患者について眼科・歯科等への紹介を行う体制を有していること。

2 届出に関する事項

精神科慢性身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の2を用いること。

第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

(1) 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第6条の2の2第3項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添6の別紙14の2を参照のこと。

3 届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17の3 依存症入院医療管理加算

1 依存症入院医療管理加算の施設基準

(1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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2名以上組み合わせることにより、当該常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

(3) アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

(イ) アルコール精神医学

(ロ) アルコールの公衆衛生学

(ハ) アルコール依存症と家族

(ニ) 再飲酒防止プログラム

(ホ) アルコール関連問題の予防

- (へ) アルコール内科学及び生化学
 - (ト) 病棟実習
- イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。
- (イ) アルコール依存症の概念と治療
 - (ロ) アルコール依存症者の心理
 - (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
 - (ニ) アルコール依存症と家族
 - (ホ) アルコールの内科学
 - (へ) 病棟実習
- ウ 精神保健福祉士・公認心理師等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・公認心理師等の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。
- (イ) アルコール依存症の概念と治療
 - (ロ) アルコール依存症のインテーク面接
 - (ハ) アルコール依存症と家族
 - (ニ) アルコールの内科学
 - (ホ) アルコール依存症のケースワーク・事例検討
 - (へ) 病棟実習
- (4) 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師 1 名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか 1 名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（14 時間以上の研修時間であるもの）
- イ 研修内容に以下の内容を含むものであること
- (イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
 - (ロ) 依存症患者の精神医学的特性
 - (ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応
 - (ニ) 依存症に関連する社会資源
 - (ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応
 - (へ) 集団療法患者に対する入院対応上の留意点
 - (ト) デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク
- (5) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 の 3 を用いること。

第 17 の 4 摂食障害入院医療管理加算

1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が1人以上であること。
 - (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ1名以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。
 - (4) 必要に応じて、摂食障害全国支援センター、摂食障害支援拠点病院又は精神保健福祉センターと連携すること。
- 2 届出に関する事項
- 摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の4を用いること。

第18 がん拠点病院加算

1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院等又は特定領域がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん拠点病院加算の1のロに関する施設基準

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

3 「基本診療料の施設基準等」第八の二十七の（2）に規定する施設基準

イ がん拠点病院加算の1のイの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及び特例領域がん診療連携拠点病院のいずれかの特例型の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

ロ がん拠点病院加算の1のロの場合

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院（特例型）の指定を受けていること。

4 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

「小児がん拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

5 がんゲノム拠点病院加算に関する施設基準

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指

定を受けていること。

6 届出に関する事項

がん拠点病院加算又はがんゲノム医療拠点病院の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1に関する施設基準

- (1) 急性期病院一般入院基本料、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。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- (2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されていること。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に「A308」に規定する回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
- (4) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。
- (5) (4)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。
 - ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）
 - イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

- ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）
 - エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）
 - オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）
 - カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて
 - キ 心臓疾患（CCU でのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて
 - ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
 - ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
 - コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICU でのリハビリテーションを含む。）
 - サ 急性期における栄養状態の評価（GLIM 基準を含む。）、栄養療法について
 - シ 急性期における口腔状態の評価、口腔ケア、医科歯科連携について
- (6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
- ア 直近1年間に、当該病棟への入棟後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から、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を除した割合が8割以上であること。
 - イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が8割以上であること。
 - ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
 - エ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。
 - (イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数
 - (ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)若しくは(III)及び運動器リハビリテーション料(I)若しくは(II)に係る届け出を行っていること。
- (8) 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- (9) 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診

療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

- (10) 当該保険医療機関において、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を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定に関する内容も含むことが望ましい。

2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。
- (2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が2名以上配置されていること。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等(専従のものに限る。)は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児(者)リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料(以下「疾患別リハビリテーション等」という。)を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に「A308」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2における専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算及び「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。

- (3) プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。

ア 1の(6)のア及びエを満たすこと。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除いた割合が7割以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(B Iの合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。

3 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のアからウまで及び2の(3)のアからウまで(1の(6)のエに係るものを除く。)の実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しな

い。

第 19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか 1 人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が 1 日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注 2 に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。

- オ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- カ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師
- キ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師
- ク 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

- (2) (1) のア及びオにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした 10 時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- ア 栄養不良がもたらす影響
- イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
- ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング
- エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
- カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
- キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

また、(1) のア又はオに掲げる常勤医師については、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専任の非常勤医師（栄養管理に係る所定の研修を修了した医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が栄養サポートチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (1) のイからエまで及びカからクまでにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

- ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
 - (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導
 - (ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘
 - (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
 - (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
 - (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
 - (チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解
 - (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
 - (ヌ) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
 - (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
 - (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導
- (4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第19の2 口腔管理連携加算

1 口腔管理連携加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関が以下の要件のいずれにも該当し、歯科診療を行う別の保険医療機関と連携体制を構築していること。
- ア 歯科診療を提供していない保険医療機関であること
 - イ 口腔状態に係る課題があり、入院中に歯科受診を要すると医師等が判断した患者が生じた場合に、連携する歯科医療機関（以下、この項において「連携歯科医療機関」という。）へ歯科訪問診療を依頼するための方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について文書により提供を受けていること
- (2) 当該保険医療機関とは別の歯科医療機関と連携体制を構築しており、必要時は入院中に歯科訪問診療が行われる場合があること、及び連携歯科医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (3) (2)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。
- (4) 次の項目に関する前年度の実績をいずれも有すること。
- ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が3件以上
 - イ 退院時に「B009」の注14に規定する歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上
- (5) 当該医療機関の入院患者に対し、適切な口腔管理を提供するとともに、入院中に治療が必

要な口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて連携歯科医療機関へ歯科訪問診療を依頼する体制が整備されていること。

(6) 口腔状態に係る課題がある患者に対しては、入院中に歯科受診を要すると判断しなかった場合においても、退院後に歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すことが望ましい。

(7) 全ての入院患者について、入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制が整備されていることが望ましい。

2 届出に関する事項

口腔管理連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34の2を用いること。なお、1の(4)に規定する実績については、令和9年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。なお、(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。

(ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

キ 当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。なお、ここでいう適切な研修とは、医療事故調査・支援センター、医療事故

調査等支援団体等連絡協議会又は医療事故調査等支援団体が実施しているものに限る。

(2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項

- ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
- ウ 各部門における医療安全推進担当者への支援を行うこと。
- エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。
- キ 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

- ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
- イ 医療安全管理委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
- ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- エ 「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」（令和8年2月13日医政地発第3号）で別表2として示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告及び必要な対策を実施する体制を整備すること。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

- ア 以下のいずれかの体制を有していること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。
 - (イ) 当該保険医療機関内に、医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了した、専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。
 - (ロ) 当該保険医療機関内に、医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。
- イ 1の(1)のイからキまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)のアからウまでの基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

- (2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のアに規定された専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

- (3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、特定機能病院においては、医療法施行規則第9条の20の2第1項第10号に規定する特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めないこと。また、感染対策向上加算1を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算1に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

- (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理委員会の活動状況

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

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、「医療安全相互チェックシート」（独立行政法人国立病院機構作成）及び「医療安全地域連携シート」（平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「医療安全における医療機関の連携による評価に関する研究」）を参考にされたい。

- (5) (3)において連携を行っている他の医療安全対策加算1及び2に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要時に医療安全対策に関する助言を行う体制を有すること。

4 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

- (1) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。

- (2) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染対策向上加算1を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算2に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

- (3) (2)に係る評価については、3の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

- (4) (2)において連携を行っている他の医療安全対策地域連携加算1に係る届出を行っている

保険医療機関に対し、必要に応じて医療安全対策に関する相談を行う体制を有すること。

5 届出に関する事項

- (1) 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35を用いること。
- (2) 医療安全対策地域連携加算1及び医療安全対策地域連携加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の4を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第21 感染対策向上加算

1 感染対策向上加算1の施設基準

- (1) 感染防止対策部門を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、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専任の非常勤医師（感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。
- イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) 感染予防・管理システム
 - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
 - (ハ) 感染防止技術
 - (ニ) 職業感染管理
 - (ホ) 感染管理指導
 - (ヘ) 感染管理相談
 - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (2)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (2)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (2)のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも1回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。
- (8) (7)に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- (9) (2)のチームにより、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (2)のチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-

S I P H E) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

- (15) 感染症法第 38 条の第 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こと。
- (16) 新興感染症の発生時等に、感染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を行うことができる体制を有すること。
- (17) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 他の保険医療機関（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に限る。）と連携し、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添 6 の別紙 24 又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、他の保険医療機関（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に限る。）から当該評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算 1 又は 2 を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- (19) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア 感染症の診療について 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

アからエのうちいずれか 1 人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月 16 時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

また、アに掲げる常勤医師については、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専任の非常勤医師（感染症の診療について 3 年以上の経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (20) (19) のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、(3) に掲げる研修をいう。

- (21) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア 抗 MR S A 薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

- イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を記録する。
- ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- オ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
- カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回実施する。なお、当該院内研修については、感染対策向上加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容を含めること。
- キ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
- ク (10)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

(22) 抗菌薬適正使用支援チームが、他の保険医療機関（感染対策向上加算1に係る届出を行っていない保険医療機関に限る。）から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の保険医療機関に周知すること。

(23) 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての現地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と合同で実施することが望ましい。

2 感染対策向上加算2の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (4) (3)のウ及びエにおける適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。
 - イ 医療機関における感染防止対策の推進を目的とした研修であること。
 - ウ 講義により、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 標準予防策と経路別予防策
 - (ロ) 院内感染サーベイランス
 - (ハ) 洗浄・消毒・滅菌
 - ニ 院内アウトブレイク対策
 - ホ 行政（保健所）との連携
 - ヘ 抗菌薬適正使用
- (5) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (6) (3)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (7) (3)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (8) (3)のチームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年4回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年1回以上参加していること。
- (9) (8)に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話を用いて実施しても差し支えない。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (3)のチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 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

療機関であること。

- (15) 新興感染症の発生時等に、感染症患者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を有すること。
- (16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、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等とあらかじめ協議されていること。
- (17) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- (18) 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と合同で実施することが望ましい。

3 感染対策向上加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第 20 の 1 の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 専任の看護師

当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第 20 の 1 の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

- (4) (3)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (5) (3)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添 2 の第 1 の 3 の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (6) (3)のチームは、少なくとも年 4 回程度、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った保険医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算 1 に係る届出を行った複数の保険医療機関と連携する場合は、当該複数の保険医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回参加し、合わせて年 4 回以上参加していること。また、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が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年 1 回以上参加していること。
- (7) 院内の抗菌薬の適正使用について、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助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託して

いる場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。

- (8) (3)のチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (9) 2の(4)、(5)(9)、(12)、(13)及び(16)から(18)までを満たしていること。
- (10) 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又は同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。)であること。
- (11) 新興感染症の発生時等に、感染症患者若しく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発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有すること。

4 指導強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去1年間に4回以上、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること。

5 微生物学的検査体制加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有しており、1の(10)、(14)及び(21)に係る業務等に活用していること。

6 連携強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関が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に対し、過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

7 サーベイランス強化加算の施設基準

- (1) 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3に係る届出を行っていること。
- (2) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

8 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。

9 届出に関する事項

- (1) 感染対策向上加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。

- (2) 指導強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること。
- (3) 微生物学的検査体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。
- (4) 連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。
- (5) サーベイランス強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。
- (6) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。
- (7) (1)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2 患者サポート体制充実加算

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話推進者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
 - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組の見直しを行っていること。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

2 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

第 21 の 3 重症患者初期支援充実加算

1 重症患者初期支援充実加算の施設基準

- (1) 「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、特に重篤な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体制として、以下の体制が整備されていること。
 - ア 当該保険医療機関内に、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担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。
 - イ 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下の(イ)に掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了していることが望ましいこと。
 - (イ) 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者
 - (ロ) (イ)以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者
 - ウ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月 1 回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。
 - エ 当該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をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、「A 2 3 4 - 3」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。
 - オ 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。
 - カ 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

2 届出に関する事項

重症患者初期支援充実加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 36 の 2 を用いること。

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

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 「A 2 3 4」医療安全対策加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 第 4 部通則 5 に規定する画像診断管理加算 2、3 若しくは 4 又は「N 0 0 6」病理診断管理加算 1 若しくは 2 の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (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。

(5) 当該保険医療機関内に、以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。

ア (4)の報告書確認管理者

イ 専ら画像診断を行う医師もしくは専ら病理診断を行う医師

ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者

(6) 報告書確認管理者が行う業務に関する事項

ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。

イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。

エ 報告書作成から概ね2週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。

オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。

(7) 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項

ア 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成すること。

イ 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。

ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。

エ 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

2 届出に関する事項

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36の3を用いること。

第21の5 身体的拘束最小化推進体制加算

1 身体的拘束最小化推進体制加算の施設基準

(1) 病院長及び看護部長等の管理職員が、自らの言葉で、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取組を行うこと及びそのために入院患者に関わる職員等が安心して身体的拘束の最小化に取り組むための支援を行うことを表明し、入院患者に関わる全ての職員に周知していること。

(2) 当該保険医療機関において身体的拘束最小化に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員（入職後1年以内の者を除く。）が受講

していること。

- (3) 身体的拘束の廃止等を達成している保険医療機関や介護保険施設等の職員等による講演や、身体的拘束の廃止等を達成している医療機関との相互訪問による取組の評価や意見交換を行うことが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関において、別添2の第1の7の(5)に規定する身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具及び当該用具が使用されている状況を次のアからウにより一元的に管理すること（精神病床を除く。）。
 - ア 身体的拘束に使用する用具の全てが、病院内（病棟内を除く。）のあらかじめ決められた場所にまとめて管理され、使用後には管理場所に戻されていること。管理場所は原則として1箇所とするが、許可病床数が400床以上の保険医療機関においては、概ね400床ごとに1箇所を設定することで差し支えない。
 - イ 当該保険医療機関における身体的拘束に使用する用具を使用している病棟及び患者、患者の状態、身体的拘束を実施している理由及び期間、代替策の使用を含めた身体的拘束の解除に向けた検討状況等を把握し、当該保険医療機関内で共有すること。
 - ウ イにより把握した情報に基づき、必要に応じて、身体的拘束の解除に向けた提案を行うこと。
- (5) 当該保険医療機関において、身体的拘束の実施状況を踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上開催していること。
- (6) 当該保険医療機関において身体的拘束が行われている患者がいる場合、身体的拘束最小化チームによる病棟の巡回が定期的に行われ、その結果を踏まえ、病棟の職員とともに、身体的拘束の解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が行われていること。当該巡回は、身体的拘束について課題のある病棟を中心として、1週につき1～数病棟を対象とするなど、現場で十分な検討が行えるようなスケジュールを組むこととし、一度の巡回で全ての病棟を回る必要はないこと。
- (7) 当該保険医療機関において、身体的拘束を行わずにケアするための用具等を積極的に導入すること。身体的拘束を行わずにケアするための用具とは、例えば、低床ベッドや床マット、ティルト・リクライニング車椅子、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等をいう。なお、これらの用具の導入を入院患者に関わる職員が提案できる仕組みや、提案を当該保険医療機関として積極的に導入する仕組みを有すること。
- (8) 当該加算を算定する病棟において、認知症の患者、せん妄や転倒等のリスクのある患者、その他身体的拘束を検討する可能性がある患者の入棟を制限していないこと。また、これらの患者の入院時に、当該保険医療機関が原則として身体的拘束を行わない方針であること、身体的拘束最小化のために実施している取組、身体的拘束を行うことのリスク及び身体的拘束を行わないリスクについて、患者又はその家族等に説明し、身体的拘束に関する意向を十分に聴取すること。
- (9) (8)の説明について、入院患者に関わる職員が実施しやすいよう、当該職員等が適切な資材を容易に活用できる体制を有していること。
- (10) 当該加算を算定する病棟の入院患者の治療及びケアにあたっては「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第2部第2節A235(2)ウからキまでに規定する身体的拘束の最小化に係る取組を実施していること。

- (11) 当該病棟において、直近3か月における当該加算を算定することのできる入院料を算定した日数のうち、身体的拘束を実施した日数を、当該入院料を算定した日数で除して得た割合が3%以下（当該加算の届出時及び届出から1年間に限り、5%以下）であること。
なお、当該割合は同一の区分番号の入院料を算定する病床全体（同一の区分番号の入院料を算定する複数の病棟及び病室を持つ病院にあっては、当該複数の病棟及び病室を合わせた全体）を対象として算出すること。
- (12) 以下のアからウまでに該当する場合、(11)に規定する割合の計算における身体的拘束を実施した日に含めない。ただし、これらの方法を用いる場合であっても、常に代替の方法を検討し、身体的拘束の最小化に努めること。
- ア 衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合
- イ 処置時や移動時に、本人又は家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、使用している間、常に職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合
- ウ 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又は家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合。（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合を除く。）
- (13) 当該保険医療機関の見やすい場所に、当該保険医療機関が原則として身体的拘束を行わない方針であること、身体的拘束最小化のために実施している取組及び身体的拘束の実施状況（(11)に掲げる実施率の推移を含む。）を掲示していること。
- (14) (13)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

2 届出に関する事項

身体的拘束最小化推進体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36の4を用いること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修（修了証の交付があるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修であること。
- イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。
- (3) 別添6の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2) (1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4) (1)から(3)までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う医師と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第22の2 ハイリスク妊娠管理加算

1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。

- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第23 ハイリスク分娩等管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週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2名以上組み合わせることにより、当該常勤の医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち2名までに限る。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、かつ、その実施件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 地域連携分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 1の(1)及び(4)を満たしていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、そのうち1名以上が、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された助産師であること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、かつ、その実施件数、配置医師数、配置助産師数及び連携している保険医療機関を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。

3 届出に関する事項

ハイリスク分娩等管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第24 から第24の4まで 削除

第24の5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 「A103」精神病棟入院基本料の「1」、「A311」精神科救急急性期医療入院料、

「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は「A311-3」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の3を用いること。

第24の6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

(1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。

(2) 「A103」精神病棟入院基本料の「2」、「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料、「A312」精神療養病棟入院料又は「A314」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の3を用いること。

第25 削除

第26 呼吸ケアチーム加算

1 呼吸ケアチーム加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師

イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師

ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士

エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

(2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

- (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
- (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
- (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
- (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
- (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
- (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
- (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (リ) コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
 - (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
 - (5) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。
- 2 届出に関する事項
- 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。

第26の2 術後疼痛管理チーム加算

1 術後疼痛管理チーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される術後疼痛管理のための術後疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。
 - ア 麻酔に従事する常勤の医師（以下「麻酔科医」という。）
 - イ 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
 - ウ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の薬剤師
 なお、アからウまでのほか、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
- (2) (1)のイの専任の看護師は、年間200症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること。
- (3) (1)のウの専任の薬剤師は、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しているものであること。
- (4) (1)に掲げる臨床工学技士は、手術室、周術期管理センター又は集中治療部門の勤務経験を3年以上有しているものであること。
- (5) (1)に掲げる術後疼痛管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。
 - ア 医療関係団体等が主催する26時間以上の研修であって、当該団体より修了証が交付される研修であること。
 - イ 術後疼痛管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び臨床工学技士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものである

こと。

- (イ) 術後疼痛に関係する解剖、生理、薬理学
 - (ロ) 術後疼痛発症例の抽出・早期対応
 - (ハ) 術後疼痛に対する鎮痛薬の種類と説明・指導
 - (ニ) 硬膜外鎮痛法、末梢神経ブロックのプランニングとモニタリング
 - (ホ) 患者自己調節式鎮痛法のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 術後鎮痛で問題となる術前合併症・リスクの抽出
 - (ト) 術後鎮痛法に伴う合併症の予防・発症時の対応
 - (チ) 在宅術後疼痛・院外施設での術後疼痛管理法の指導
 - (リ) 手術別各論
- (6) 当該保険医療機関において、術後疼痛管理チームが組織上明確に位置づけられていること。
- (7) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2の2を用いること。

第26の2の2 地域支援・医薬品供給対応体制加算

1 地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- 有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算1にあつては90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算2にあつては85%以上90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 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が整備されていること。
- (5) (4)の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (3)及び(5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

2 届出に関する事項

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。

第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算

1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準

- (1) 病院では、薬剤部門においてバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等でバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師がバイオ後続品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえバイオ後続品の採用を決定する体制が整備されていること。

- (2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも1つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。

ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ80%以上であること。

- (イ) エポエチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド
- (ホ) ラニビズマブ
- (ヘ) インスリングルルギン
- (ト) ダルベポエチン
- (チ) フィルグラスチム

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ 50%以上であること。

- (イ) ソマトロピン
- (ロ) インフリキシマブ
- (ハ) エタネルセプト
- (ニ) アガルシダーゼベータ
- (ホ) ベバシズマブ
- (ヘ) インスリンリスプロ
- (ト) インスリンアスパルト
- (チ) アダリムマブ
- (リ) アフリベルセプト
- (ヌ) ウステキヌマブ
- (ル) ペグフィルグラスチム
- (ヲ) トシリズマブ

- (3) 入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

2 届出に関する事項

- (1) バイオ後続品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 3 の 2 を用いること。
- (2) 令和 8 年 3 月 31 日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、1 の (2) のアの (ホ) から (チ) まで及びイの (リ) から (ヲ) までに掲げる成分について、1 の (2) のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの (イ) から (ニ) まで及びイの (イ) から (チ) までのうち少なくとも 1 つ以上の成分について、直近 1 年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が 50 以上である必要がある。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2 名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。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非常勤薬剤師を 2 名組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち 1 名までに限る。

- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（「A106」障害者施設等入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「A307」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。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び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。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（「A106」障害者施設等入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料又は「A307」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。）を算定する病棟を除く。）があつてはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、「A307」小児入院医療管理料の「注6」に規定する退院時薬剤情報管理指導連携加算、「B008」薬剤管理指導料及び「B014」退院時薬剤情報管理指導料の算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報（以下「医薬品安全性情報等」という。）を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、医薬品安全性情報等及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
- ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）
- イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第68条の10第2項の規定による報告の対象となる副作用をいう。なお、同条第1項の規定による報告の対象となる副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報
- ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報を含む。）
- (7) 医薬品安全性情報等のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必

要な情報が提供されていること。

- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
 - (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
 - (11) 「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
 - (12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。
 - (13) 当該保険医療機関において「A250」薬剤総合評価調整加算の算定回数が、直近3か月間で10回以上であること。
 - (14) 当該保険医療機関において「B014」退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が、直近3か月間で退院患者のうち4割以上であること。
- 2 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準
 - 1の(1)～(12)を満たすこと。
 - 3 病棟薬剤業務実施加算3の施設基準
 - (1) 病棟薬剤業務実施加算1又は2に係る届出を行っていること。
 - (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない治療室があってはならないこと。
 - (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、「B008」薬剤管理指導料及び「B014」退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
 - (5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、医薬品安全性情報等を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
 - (6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
 - 4 薬剤業務向上加算の施設基準
 - (1) 病棟薬剤業務実施加算1又は2に係る届出を行っていること。
 - (2) 「免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修」とは、次に掲げる体制を整備する保険医療機関が実施するものをいう。
 - ア 当該保険医療機関は研修を計画的に実施するために、次のいずれも満たしていること。
 - (イ) 当該研修における責任者を配置すること。
 - (ロ) 研修の計画や実施等に関して検討するために、(イ)の責任者及び当該保険医療機関の医師、薬剤師等の多職種から構成される委員会が設置されていること。
 - イ 薬剤師として十分な病院勤務経験を有し、研修内容に関して指導能力を有する常勤の薬剤師が、当該研修を受ける薬剤師（以下「受講薬剤師」という。）の指導に当たっていること。

ウ 受講薬剤師の研修に対する理解及び修得の状況などを定期的に評価し、その結果を当該受講薬剤師にフィードバックすること。また、研修修了時に当該受講薬剤師が必要な知識及び技能を習得しているかどうかについて、評価が適切に実施されていること。

エ 無菌製剤処理を行うための設備及び医薬品情報管理室等の設備が整備されていること。

オ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施していること。なお、研修プログラムを医療機関のウェブサイトで公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施する体制を有していること。

(3) (2)のオの研修プログラムは、以下の内容を含むものであること。

ア 内服・外用・注射剤の調剤（医薬品（麻薬・毒薬・向精神薬）の管理、処方鑑査を含む。）

イ 外来患者の薬学的管理（外来化学療法を実施するための治療室における薬学的管理等）

ウ 入院患者の薬学的管理（薬剤管理指導、病棟薬剤業務、入院時の薬局との連携を含む。）

エ 無菌製剤処理（レジメン鑑査を含む）

オ 医薬品情報管理

カ 薬剤の血中濃度測定の結果に基づく投与量の管理

キ 手術室及び集中治療室等における薬学的管理

(4) (2)及び(3)に関しては、「医療機関における新人薬剤師の研修プログラムの基本的考え方」（一般社団法人日本病院薬剤師会）並びに「薬剤師の卒後研修カリキュラムの調査研究」（令和3年度厚生労働科学研究費補助金健康安全確保総合研究分野医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究）における薬剤師の卒後研修プログラム骨子案及び薬剤師卒後研修プログラム評価票案を参考にすること。

(5) 「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」とは、地域医療に係る業務を一定期間経験させるため、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署と連携して、自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）に出向させる体制として、以下の要件のいずれも満たすこと。

ア 出向先について、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における保険医療機関に勤務する薬剤師の需要と供給の状況を踏まえ、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関を選定していること。なお、薬剤師が不足している地域とは、「薬剤師確保計画ガイドラインについて」（令和5年6月9日付薬生総発0609第2号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）及び「薬剤師偏在指標等について」（令和5年6月9日付厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務連絡）等に基づいて都道府県により判断されるものであること。

イ アにおいて選定した出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、次の要件を満たす具体的な計画が策定されていること。なお、具体的な計画には、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、出向先の保険医療機関を選定した理由を記載するとともに、都道府県と協議したことがわかる内容を記載又は計画書へ添付しておくこと。

(イ) 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師であり、その後、出向元の保険医療機関に戻って勤務すること。

(ロ) 出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたものであること。

ウ ア及びイに基づき現に出向を実施していること。

(6) 医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院又は「A200」急性期総合体制加算1から4までのいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。

5 届出に関する事項

- (1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。
- (2) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- (3) 薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4の2を用いること。
- (4) 新規届出の場合は、4（5）に基づき当該保険医療機関において出向に関する具体的な計画が策定された時点で届出を行うことができる。また、現に出向を開始した月から算定を開始すること。
- (5) 令和8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ついては、令和8年9月31日までの間に限り、4の（6）の基準を満たしているものとみなす。

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) 「A207」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（「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にあつては、「A207」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。
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPCの評価・検証等に係る調査」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局（以下「DPC調査事務局」という。）と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査の退院患者調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会の

ことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。

2 データ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関（DPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除く）は、令和8年5月20日、8月20日、11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日までに別添7の様式40の5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へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2か月分のデータ（例として、令和8年7月に届出を行った場合は、令和8年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和8年9月及び10月の2か月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までにDPC調査事務局へ提出すること。
- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を1の(2)の担当者宛てに電子メールにて発出する。

なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

3 届出に関する事項

- (1) データ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いること。
- (2) 入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算1及び3、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2及び4を届け出ること。
なお、データ提出加算1及び3の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを提出するものとしてデータ提出加算2及び4の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算2及び4の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算1及び3へ届出を変更することはできない。
- (3) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめる場合、1の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添7の様式40の8を提出すること。なお、様式40の8を提出しデータ提出加算に係る届出を辞退した場合、当該加算の届出が施設基準の1つとなっている入院基本料等も算定できなくなること。
- (5) (4)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2の手続きより開始すること。

- (6) 基本診療料の施設基準等第十一の二十三及び二十四に掲げる、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5 入退院支援加算

1 入退院支援加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下この項において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 入院中の患者とその家族等との面会は、患者の尊厳の保持及び療養生活の質の向上に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合にあっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。

なお、これらを踏まえ、面会に関する規程を策定するとともに、当該規程について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

- (3) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること（ただし、「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下この項において同じ。）。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士（以下この項において「看護師等」という。）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専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
- (4) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (5) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下

「連携機関」という。)の数が25以上であること。なお、急性期病院一般入院基本料、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は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関(特定機能病院、「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関及び「A200」急性期総合体制加算に関する届出を行っている保険医療機関は除く)であること。また、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は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

加えて、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。

- (6) 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

ア 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」及び「ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ハ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計

イ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数

なお、相談支援専門員との連携は、相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援や、当該地域において提供可能な障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援等の情報を提供すること。

- (7) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 入退院支援加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(3)までの施設基準を満たしていること。
(2) 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

3 入退院支援加算3に関する施設基準

- (1) 1の(1)及び(2)の施設基準を満たしていること。
(2) 当該入退院支援部門に入退院支援、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(3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。)又は入退院支援、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専任の看護師（3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、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専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉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みなすことができる。

(3) (2)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ 小児の在宅移行支援に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 小児の在宅療養に係る社会資源に関する知識

(ロ) 医療的ケア児とその家族への援助技術

(ハ) 家族や多職種との調整やコミュニケーション方法

(ニ) 在宅移行支援に伴う倫理的問題への対応方法

4 地域連携診療計画加算に関する施設基準

(1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されていること。

(2) 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

(3) 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

5 入退院支援加算の「注6」に規定する施設基準

(1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。

(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、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専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉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みなすことができる。

6 入院時支援加算に関する施設基準

(1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては1の(3)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専従の看護師については、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専従の非常勤看護師（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関にあつては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては1の(3)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。

- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

7 総合機能評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
 - ア 医療関係団体等が実施するものであること。
 - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。
 - ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
 - エ 研修期間は通算して16時間程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

8 届出に関する事項

- (1) 入退院支援加算、地域連携診療計画加算、入院時支援加算及び総合機能評価加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9を用いること。
- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、特掲診療料施設基準通知の別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。

第26の5の2 精神科入退院支援加算

1 精神科入退院支援加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下この項において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師及び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精神保健福祉士が配置されていること。
 - イ 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。

当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）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専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を有する場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。

(3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師等が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。

(4) 次のア又はイを満たすこと。

ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、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（以下「連携機関」という。）の数の合計が10以上であること。ただし、

(イ) から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上の連携を有していること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。

(イ) 他の保険医療機関

(ロ) 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

(ハ) 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等

(ニ) 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

(ホ) 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

イ 直近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20項に規定する地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の同条第16項に規定する自立生活援助若しくは同条第21項に規定する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人以上であること。

- (5) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 届出に関する事項

精神科入退院支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9の2を用いること。

第26の5の3 医療的ケア児（者）入院前支援加算

1 医療的ケア児（者）入院前支援加算の施設基準

当該保険医療機関における直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上であること。

2 医療的ケア児（者）入院前支援加算の注ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

(1) 医療的ケア児（者）入院前支援前加算に係る届出は、別添7の様式40の9の3を用いること。

(2) 情報通信機器を用いた入院前支援を行う場合の施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、情報通信機器を用いた入院前支援を行う場合として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の6 認知症ケア加算

1 認知症ケア加算1の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、別添2の第1の7の(5)に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。

ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

(2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、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（精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が

認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

(ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

(ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

(ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

(ホ) コミュニケーションスキル

(ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状（BPSD）への対応

(ト) ケアマネジメント（各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法）

(チ) 家族への支援・関係調整

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

エ せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及び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を作成していること。

オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。

(6) 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあつてはこの限りではない）。また、原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精

神病床は除く。)に、2の(4)に掲げる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けた看護師を1名以上配置することが望ましい。

(7) 当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。

2 認知症ケア加算2の施設基準

(1) 当該保険医療機関に、認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。

(2) (1)に掲げる医師については、1の(2)を満たすものであること。また、(1)に掲げる認知症看護に係る適切な研修については、1の(3)の例による。

(3) 原則として、全ての病棟(小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。)に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を3名以上配置すること。

(4) (3)に掲げる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とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、(3)に掲げる3名以上の看護師のうち1名については、次の事項に該当する研修を受けた看護師が行う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の受講をもって満たすものとして差し支えない。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(修了証が交付されるもの)。

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患と病態・治療

(ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

(ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

(ニ) 行動・心理症状(BPSD)、せん妄の予防と対応法

(ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

(5) (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対して必要な助言等を行うこと。

(6) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

(7) (1)の医師又は看護師を中心として、せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及び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を作成していること。

(8) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

3 認知症ケア加算3の施設基準

(1) 2の(3)及び(4)の施設基準を満たしていること。

(2) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

- (3) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及び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を作成していること。
- (4) 2の(3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

4 届出に関する事項

- (1) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10を用いること。
- (2) 認知症ケア加算2又は3の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

第26の6の2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

1 せん妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

- (1) 「A100」一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料に限る。）、「A104」特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は「A317」特定一般病棟入院料を算定する病棟であること。
- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及び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を作成していること。

2 届出に関する事項

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係る届出は別添7の2を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準

- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

2 届出に関する事項

精神疾患診療体制加算に係る届出は別添7の様式40の12を用いること。

第26の8 精神科急性期医師配置加算

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以

上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算 1 に関する施設基準

- (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」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。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、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。また、「A 3 1 1-2」精神科急性期治療病棟入院料においては、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、移行した者として計上しない。
- (2) 当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去5年間に15件又は過去1年間に3件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する患者数が年間に6人以上であること。
- (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。
- (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

「A 1 0 3」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に限る。）及び「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

- (1) 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 - イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (4) 「A 2 3 0-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
- (5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に「A 2 3 0-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。

4 精神科急性期医師配置加算 2 のロに関する施設基準

2の(1)及び(3)を満たすものであること。

5 精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準

- (1) 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いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して4月以内に退院した場合も、3月以内に退院したものと同様として本号を適用する。また、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であること。
- (2) 当該保険医療機関においてクロザピンを新規に導入した実績が過去5年間に10件又は過去1年間に2件以上であり、かつ、入院又は外来においてクロザピンを使用する実患者数が年間に4人以上であること。
- (3) 2の(3)を満たすものであること。

6 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

第26の9 排尿自立支援加算

1 排尿自立支援加算に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 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3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 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を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
 - ウ 通算して6時間以上のものであること。
- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。
 - ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。
 - エ 通算して16時間以上のものであること。

- (4) 排尿ケアチームの構成員は、「B005-9」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (6) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2 届出に関する事項

当該加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の14を用いること。

第26の10 地域医療体制確保加算

1 地域医療体制確保加算1に関する施設基準

- (1) 「A100」一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、「A102」結核病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料であって精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合に限る。）、「A104」特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料であって精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合に限る。）、「A105」専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、「A304」地域包括医療病棟入院料、「A305」一類感染症患者入院医療管理料、「A307」小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）、「A311」精神科救急急性期医療入院料又は「A311-3」精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。
- (2) 以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
 - イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、「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。）若しくは「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算、医師事務作業補助体制加算又は急性期看護補助体制加算等

を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

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を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

- (4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「特定対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない特定対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を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した場合は、その限りでないこと。

ア 令和8年度においては、1635時間以下

イ 令和9年度においては、1560時間以下

- (5) (2)の救急医療に係る実績は、4月から翌年3月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年度の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 地域医療体制確保加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(5)までを満たしていること。

- (2) 「A104」特定機能病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）又は「A200」急性期総合体制加算を届け出ていること。

- (3) 全国的に若手の医師数が減少傾向にある消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を3つ以内で特定し、特定した診療科（以下「特定診療科」という。）の医師及び医療提供体制の確保に関し以下の特別な配慮を行っていること。なお、実態として消化器外科、心臓血管外科又は小児外科を含む場合であって、当該診療科を他の外科系診療科と区別することが困難な場合には、外科系診療科全体を特定することとして差し支えないものとし、その場合にあっては、外科系診療科全体を2診療科として特定したものとする。

ア 手術及び高度な医療に関する機能分化並びに集約による地域医療の確保について、地域の他の保険医療機関と協議していること

イ 臨床研修終了後の研修(医師法第16条の10に規定する計画に定められた研修を含む。)

を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働して医師の育成を図るための取組を実施していること

ウ 特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮（休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等の毎月決まって支給されない手当を含まず、特定診療科の医師のみを対象として毎月決まって支給されるものに限る。）を行っていること

(4) 特定診療科において、ア又はイの取組及びウ又はエの取組を実施していること。

ア 交代勤務制を導入しており、以下の（イ）から（ホ）までのいずれも実施していること。

（イ） 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。

（ロ） 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。

（ハ） 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

（ニ） 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保すること。

（ホ） 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行っても良い。

イ チーム制を導入しており以下の（イ）から（ハ）までのいずれも実施していること。

（イ） 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、2名以上（当該診療科に配置されている医師の数が5名未満の場合は1名以上）の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

（ロ） 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）。

（ハ） 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第123条第1項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第123条第1項及び第2項に規定されているものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第3項に規定されているものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

ウ 医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該加算において配置することとされている医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来等に配置されていること。

エ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。

3 届出に関する事項

地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の15及び様式40の16を用いること。

第26の11 協力対象施設入所者入院加算

1 協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び入院受入

体制等を確保していること。

- ア 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関（以下この項において「協力医療機関である保険医療機関」という。）であること。なお、協力医療機関である保険医療機関は、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等において、当該介護保険施設等の医師又は当該保険医療機関若しくはその他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として当該保険医療機関が受け入れる体制を確保していることについて、当該介護保険施設等と取り決めを行っていること。
- イ 協力医療機関である保険医療機関において、24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して、提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該保険医療機関の24 時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を明示すること。
- ウ 当該保険医療機関において、緊急時に介護保険施設等に入所する患者が入院できる病床を常に確保していること。ただし、当該保険医療機関が確保している病床を超える複数の患者の緊急の入院が必要な場合等、やむを得ない事情により当該保険医療機関に入院させることが困難な場合は、当該保険医療機関が当該患者に入院可能な保険医療機関を紹介すること。

(2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次のいずれにも該当していること。

- (イ) 介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該患者の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。
- (ロ) 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
- イ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における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。ただし、当該介護保険施設等において入院の必要性が認められた入所者の入院を、年に2件以上（当該加算を算定する場合に限る。）受け入れた場合には、カンファレンスの実施は年に1回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、入退院に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

(3) (2) のアの(ロ)及び(2)のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが別添3の第26の5の1の(5)に規定する入退院支援加算1における連携機関との面会を兼ねることは差し支えない。

- (4) 介護保険施設等に協力医療機関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当該介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (5) (4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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。

2 届出に関する事項

協力対象施設入所者入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の18を用いること。

第26の12 医療提供機能連携確保加算

1 医療提供機能連携確保加算

- (1) 別紙3に掲げる人口の少ない地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、以下のいずれかのうち2つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。
 - ア 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上であること。
 - イ 当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に4日以上であること。
 - ウ 当該地域において、巡回診療を実施した日数の合計が、直近1年間に20日以上であること。
 - エ 当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近1年間に40日以上であること。
- (2) (1)のア若しくはイに定める他の保険医療機関から紹介を受けた患者又は(1)のウ若しくはエによる診療を受けた日から3か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、前年度において3件以上実施していること。
- (3) 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。
- (4) 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又は地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有若しくは閲覧できるネットワークを活用する体制を有することが望ましい。

2 届出に関する事項

医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の19を用いること。

第26の13 精神科地域密着多機能体制加算

1 通則

- (1) 当該保険医療機関における許可病床数が350床以下であること。
- (2) 当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、6割5分以上であること。
- (3) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医のうち2名以上がそれぞれ以下のいずれかを満

たすこと。

ア 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、（イ）から（ホ）までのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行うこと。

（イ） 措置入院及び緊急措置入院時の診察

（ロ） 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

（ハ） 精神医療審査会における業務

（ニ） 精神科病院への立入検査での診察

（ホ） その他都道府県の依頼による公務員としての業務

イ 保健所の精神科嘱託医を務めていること。

ウ 市町村の障害者総合支援法における支援区分に係る審査委員会の委員を務めていること。

(5) 当該保険医療機関は次のいずれかの要件を満たすこと。

ア 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又は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であること。

イ 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。

（イ） 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下イにおいて同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。

（ロ） 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

(6) 「A246-2」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。

(7) 「I002」注8の療養生活継続支援加算を過去3か月間で月平均3回以上算定していること。

(8) 当該保険医療機関の開設者が令和8年4月1日以降、半径10キロメートル以内に別の病院（精神病床を有するものに限る）を新たに開設していないこと。また、当該保険医療機関は、令和8年4月1日以降、半径10キロメートル以内の別の病院（精神病床を有するものに限る）の開設者によって新たに開設されていないこと。

2 精神科地域密着多機能体制加算1の施設基準

(1) 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が100床以下であること。

(2) 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が150日以内であること。
なお、当該平均在院日数の算定にあたっては、特定入院料を算定する患者も計算に含めること。

(3) 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A312」精神療養病棟入院料又は「A314」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が3割以下であること。

(4) 当該保険医療機関における精神病床において、措置入院患者、鑑定入院患者又は医療観察法

入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた、令和8年1月1日以降に新たに入院となった患者のうち6割以上が、当該保険医療機関に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」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。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、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。また、退院後に、第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

- (5) 次に掲げる項目のうちア又はイ及びウからカまでのいずれかを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において「I012」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回以上であること。
 - イ 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回以上であること。
 - ウ 当該保険医療機関において「B015」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回以上であること。
 - エ 当該保険医療機関において「I002」通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上であること。
 - オ 当該保険医療機関において「I016」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回以上であること。
 - カ 当該保険医療機関において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の合計算定回数が直近3か月間で10回以上であること。
- (6) 次のいずれかを満たすこと。
- ア 当該保険医療機関の開設者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10キロメートル以内に、障害福祉サービス事業所等を開設していること。
 - イ 当該保険医療機関の代表者が、当該保険医療機関の所在する市区町村内または、当該保険医療機関から半径10キロメートル以内に所在する障害福祉サービス事業所等の代表者を務めていること。
- (7) 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士が2名以上配置されていること。ただし、病棟に配置されている精神保健福祉士（専任の場合を除く。）は当該要件で求めている精神保健福祉士に含めることができない。
- (8) 当該保険医療機関に常勤の作業療法士が1名以上配置されていること。ただし、病棟に配置されている作業療法士（専任の場合を除く。）は当該要件で求めている作業療法士に含めることができない。
- (9) 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が1名以上配置されていること。ただし、病棟に配置されている公認心理師（専任の場合を除く。）は当該要件で求めている公認心理師に含めることができない。
- (10) 当該保険医療機関において、過去6か月間の「I002」通院・在宅精神療法、「I003-2」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数が36以上であること。

3 精神科地域密着多機能体制加算 2 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が 150 日以内であること。
なお、当該平均在院日数の算定にあたっては、特定入院料を算定する患者も計算に含めること。
- (2) 次のいずれかを満たすこと。
 - ア 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 101 床以上 150 床以下であること。
 - イ 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 151 床以上 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。
 - (イ) 以下で算出される値が 0.95 以下であること。
$$\frac{\text{届出前月末日時点での精神病床の許可病床数} / \text{届出前月から 3 年前の日の属する年度の 1 日当たりの精神病床における入院料算定患者数}}{\text{届出から 1 年が経過するごとに以下で算出される数値が 0.95 以下であること。}}$$
 - (ロ) 届出から 1 年が経過するごとに以下で算出される数値が 0.95 以下であること。
$$\frac{\text{当該月の末日時点での精神病床の許可病床数} / \text{当該月の末日から 3 年前の日の属する年度の 1 日あたりの精神病床における入院料算定患者数}}{\text{当該月の末日時点での精神病床の許可病床数} / \text{当該月の末日から 3 年前精神病床の許可病床数}}$$
- (3) 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が 3 割以下であること。
- (4) 2 の (4) から (10) を満たしていること。

4 精神科地域密着多機能体制加算 3 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が 250 日以内であること。
なお、当該平均在院日数の算定にあたっては、特定入院料を算定する患者も計算に含めること。
- (2) 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が 250 床以下であり、以下を全て満たすこと。
 - ア 以下で算出される値が 0.97 以下であること。
$$\frac{\text{届出前月末日時点での精神病床の許可病床数} / \text{届出前月から 3 年前の日の属する年度の 1 日当たりの精神病床における入院料算定患者数}}{\text{届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から 1 年が経過するごとに以下で算出される数値が 0.95 以下であること。}}$$
 - イ 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から 1 年が経過するごとに以下で算出される数値が 0.95 以下であること。
$$\frac{\text{当該月の末日時点での精神病床の許可病床数} / \text{当該月の末日から 3 年前精神病床の許可病床数}}{\text{届出時の精神病床の許可病床数}}$$
- (3) 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料を算定する病床数の割合が 3 割以下であること。
- (4) 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師が合計 2 名以上配置されていること。ただし、病棟に配置されている精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師（専任の場合を除く。）は当該要件で求めている精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師に含めることができない。
- (5) 当該保険医療機関において、過去 6 か月間の「I 0 0 2」通院・在宅精神療法、「I 0 0 3-2」認知療法・認知行動療法を算定する患者の延べ診療月数を、当該保険医療機関の精神病床の許可病床数で除した数が 27 以上であること。
- (6) 2 の (5) または (6) を満たしていること。

5 届け出に関する事項

精神科地域密着多機能体制加算の施設基準に係る届出は、様式 40 の 20 を用いること。

第 27 地域歯科診療支援病院入院加算

1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

(1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注 2 に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の「A000」初診料の「注 6」又は「A002」再診料の「注 4」に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を 1 名以上配置していること。

(2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 41 を用いること。

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九一四九第 2 条に規定する地域

級地区分	都 道 府 県	地 域
1 級地	東京都	特別区
2 級地	茨城県	つくば市
	東京都	特別区以外の地域
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市
	大阪府	大阪市、吹田市
3 級地	茨城県	取手市、守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市以外の地域
	静岡県	裾野市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
4 級地	宮城県	仙台市、多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市
	埼玉県	川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市
	千葉県	市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市
	静岡県	静岡市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	全域
	兵庫県	神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市
	5 級地	北海道
茨城県		つくば市、取手市、守谷市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市以外の地域
栃木県		全域
群馬県		前橋市、高崎市、太田市
埼玉県		さいたま市、志木市、和光市、川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市以外の地域

千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市以外の地域
富山県	富山市
石川県	金沢市
山梨県	甲府市
長野県	長野市、松本市、塩尻市
岐阜県	岐阜市
静岡県	裾野市、静岡市以外の地域
三重県	四日市市、鈴鹿市以外の地域
滋賀県	大津市、草津市、栗東市以外の地域
兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市以外の地域
奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市以外の地域
和歌山県	和歌山市、橋本市
岡山県	岡山市、倉敷市
広島県	広島市以外の地域
香川県	高松市
福岡県	福岡市、春日市、福津市以外の地域

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、令和7年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
3級地	埼玉県	蕨市
	千葉県	習志野市、我孫子市
	愛知県	日進市
	京都府	長岡京市
4級地	埼玉県	狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市
	千葉県	八千代市、四街道市
	兵庫県	高砂市
5級地	宮城県	富谷市

この表の「地域」欄に掲げる地域については、「人事院規則で定める地域」において該当する級地区分に関わらず、この表に定める級地区分に該当することとして扱う。

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、令和7年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後

におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙 1 - 2

令和 9 年 5 月 31 日までの間、級地の調整を行う地域

令和 9 年 5 月 31 日 までの 級地区分	令和 9 年 6 月 1 日 以降の 級地区分	都道府県	地 域
3 級地	2 級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	4 級地	愛知県	大府市
4 級地	3 級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村	
	5 級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		滋賀県	大津市、草津市、栗東市
		兵庫県	川西市、猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
		広島県	府中町
5 級地	4 級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市