

## 入院基本料等加算の施設基準等

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

### 第1 総合入院体制加算

#### 1 総合入院体制加算1に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

- (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000件/年以上
- オ 化学療法 1000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

#### ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

#### イ 人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」

から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

#### ウ 悪性腫瘍手術

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

#### エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K843-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

#### オ 放射線治療（体外照射法）

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

#### カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、G-C S F製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び

内服薬のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開を含む。）とする。

- (5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「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。
- (6) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。
- ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
- イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びに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。
- (7) 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。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
- ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
- エ イの計画には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。
- (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
- (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
- (ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- (ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- (ホ) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置していること。

- (9) 画像診断及び検査を 24 時間実施できる体制を確保していること。
- (10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を 24 時間実施できる体制を確保していること。
- (11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
  - イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
  - ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
  - エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
  - オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。
- (12) 次のいずれにも該当すること。
- ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
  - イ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。
- (13) 総合入院体制加算 1 を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、下記別表 1 のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表 2 のとおりであること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の I あるいは II のいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I あるいは II のいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届

け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、別表2に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表1

B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が2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	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1、2	3割5分	3割
総合入院体制加算3	3割2分	2割7分

(14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入（ⅡにあつてはB項目のみ）は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

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

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

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

## 2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

(1) 総合入院体制加算1の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)から(15)までに限る。）を満たしていること。

(2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等

の定義については、1の(4)と同様である。

- ア 人工心肺を用いた手術 40件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000件／年以上
- オ 化学療法 1000件／年以上
- カ 分娩件数 100件／年以上

- (3) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2000件以上であること。
- (4) 当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
  - ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
  - イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
  - ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
  - エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
  - オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずること。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。
- (5) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
  - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「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
- (6) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制

を含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。

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

イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

### 3 総合入院体制加算3に関する施設基準等

(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ及び(14)に限る。)を満たしていること。

(2) 総合入院体制加算2の施設基準((4)及び(5)に限る。)を満たしていること。

(3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。

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

イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

(4) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。

ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上

イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上

ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上

エ 放射線治療(体外照射法) 4000件/年以上

オ 化学療法 1000件/年以上

カ 分娩件数 100件/年以上

(5) 総合入院体制加算3を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、1の(13)の別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が1の(13)の別表2のとおりであること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示第44号)の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要

度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価の方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、1の(13)の別表2に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

(6) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年3月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

4 総合入院体制加算について、平成30年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、平成30年9月30日までの間、平成30年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

5 総合入院体制加算の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。

## 6 届出に関する事項

(1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。

(2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10、様式13及び様式13の2を用いること。

(3) 毎年7月において、前年度における手術件数等及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13及び様式13の2により届け出ること。なお、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出においては平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月以降の届出においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。

(4) 当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の2の届出を略することができること。

(5) 2の(4)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 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、医療法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
- オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。
- カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

## (2) 協力型の施設基準

- ア 協力型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1の(1)のアからウまで及び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、医療法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第3条第1号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第2号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に付属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に付属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）

であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。) であること。

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

## (2) 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修施設(歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第3号に規定する協力型臨床研修施設をいう。)又は協力型相当大学病院(歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院(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及び管理型相当大学病院を除く。))であって、2の(1)のオからウまでを満たしていること。

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

## 3 届出に関する事項

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

## 第2の2 救急医療管理加算

### 1 救急医療管理加算に関する施設基準

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

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成20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に重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

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

### 2 届出に関する事項

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

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

### 第3 超急性期脳卒中加算

#### 1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-P A適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科の処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
  - ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
  - イ 除細動器
  - ウ 心電計
  - エ 呼吸循環監視装置
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

#### 2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式15を用いること。

### 第3の2 妊産婦緊急搬送入院加算

#### 1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

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

#### 2 届出に関する事項

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

### 第4 診療録管理体制加算

#### 1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

- (1) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・

管理されていること。

- (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成 29 年 5 月厚生労働省）（以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。）に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数 2,000 名ごとに 1 名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち 1 名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ICD10 による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（DPC のコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD（国際疾病分類）上の規定に基づき、4 桁又は 5 桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（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) 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、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

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

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

ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

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

オ 当該計画には以下の項目を含むこと。

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

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

- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮

⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施

⑥ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

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

- (2) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15 対 1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15 床ごとに 1 名以上、20 対 1 補助体制加算の場合は 20 床ごとに 1 名以上、25 対 1 補助体制加算の場合は 25 床ごとに 1 名以上、30 対 1 補助体制加算の場合は 30 床ごとに 1 名以上、40 対 1 補助体制加算の場合は 40 床ごとに 1 名以上、50 対 1 補助体制加算の場合は 50 床ごとに 1 名以上、75 対 1 補助体制加算の場合は 75 床ごとに 1 名以上、100 対 1 補助体制加算の場合は 100 床ごとに 1 名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週 30 時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。
- (3) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であつて、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算 1 を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、当該業務の内容・場所・時間等が適切に記録されていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
- (4) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから 6 か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6 か月の研修期間内に 32 時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。

と。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認及び問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 33 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）、「健康保険法等の関連法規の概要

イ 個人情報の保護に関する事項

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

エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力

オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）

(5) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

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

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

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

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

## 2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。

ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入

力に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。

(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」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 年間の緊急入院患者数が 200 名以上又は全身麻酔による手術件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

(3) 50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

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

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

(4) 緊急入院患者数とは、救急搬送(特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設若しくは介護医療院に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」(平成 8 年 5 月 10 日児発第 488 号)に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア 吐血、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

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」までに準ずるような重篤な状態

### 3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準

それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

### 4 医師事務作業補助体制加算の病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。

### 5 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) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の4により届け出ること。なお、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月以降の届出においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略することができること。

## 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2(4)と同様に扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。
  - ア 急性期一般入院基本料
  - イ 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
  - ウ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- (4) 急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、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7又は10対1入院基本料を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.7割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第

44号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準をそれぞれ満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表

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

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入(ⅡにあつてはB項目のみ)は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第1の1の(14)と同様であること。
  - (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、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。
  - (7) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の(5)の例による。
  - (8) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
  - (9) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。
- 2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)の施設基準
- (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - (2) 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割以上が看護補助者(みなし看護補助者を除く。)であること。
- 3 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)の施設基準

- (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - (2) 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の5割未満が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
- 4 50対1急性期看護補助体制加算の施設基準  
当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - 5 75対1急性期看護補助体制加算の施設基準  
当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - 6 夜間30対1急性期看護補助体制加算の施設基準  
当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - 7 夜間50対1急性期看護補助体制加算の施設基準  
当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - 8 夜間100対1急性期看護補助体制加算の施設基準  
当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
  - 9 夜間看護体制加算の施設基準
    - (1) 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。
    - (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3項目以上を満たしていること。
      - ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
      - イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
      - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
      - エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
      - オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
      - カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置してい

ること。

- (3) (2)のアからウまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。(2)のオについては、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。(2)のカについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。
- 10 急性期看護補助体制加算について、平成30年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（10対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）にあつては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 11 急性期看護補助体制加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 12 届出に関する事項
- (1) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、9の(2)に掲げる項目のうち3項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、急性期看護補助体制加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の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、第4の2の2(4)と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

ア 急性期一般入院基本料

イ 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

ウ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

- (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において、入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、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7又は10対1入院基本料を算定する病棟においては重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.7割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表

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

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入（ⅡにあつてはB項目のみ）は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第1の1の(14)と同様であること。
- (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12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、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからキまでのうち、4項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- オ 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。
- カ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。
- (9) (8)のアからエまで、カ及びキの留意点については、第4の3の9の(3)と同様であること。

2 看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

1の(1)から(7)までを満たすものであること。

3 看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

(1) 1の(1)から(5)まで及び(7)から(9)までを満たすものであること。

(2) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、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、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(10対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあっては、平成30年9月30日までの間、平成30年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症

度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

- 6 看護職員夜間配置加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。

#### 7 届出に関する事項

- (1) 看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添 7 の様式 8、様式 9、様式 10、様式 13 の 3 及び様式 18 の 3 を用いること。なお、1 の(8)に掲げる項目のうち 4 項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添 7 の様式 8 及び 9 を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について 1 部だけの届出で差し支えない。
- (2) 毎年 7 月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取込状況を評価するため、別添 7 の様式 13 の 3 を届け出ること。なお、看護職員夜間配置加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 7 月の届出において、平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月の届出以降においては、平成 30 年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 3 の届出を略することができること。

### 第 4 の 5 乳幼児加算・幼児加算

#### 1 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

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

#### 2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

### 第 5 特殊疾患入院施設管理加算

#### 1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟(障害者施設等一般病棟に限る。)、精神病棟又は有床診療所(一般病床に限る。)を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所(一般病床に限る。)における直近 1 か月間の入院患者数の概ね 7 割以上が、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。
- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。
  - ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) で II - 3 (又は 30) 以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

## 2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

## 第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

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

## 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

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

## 3 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 第6の2 看護配置加算

### 1 看護配置加算に関する施設基準

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

## 2 届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8及び様式9を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

## 第7 看護補助加算

### 1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算1を算定する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の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、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0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

#### 別表

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

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入（ⅡにあつてはB項目のみ）は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第1の1の(14)と同様であること。
- (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12の(3)の例による。
  - (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。
  - (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の(5)の例による。
  - (7) 看護補助加算1について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあっては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 2 夜間75対1看護補助加算の施設基準
- 次のいずれかを算定する病棟であること。
- (1) 地域一般入院料1又は地域一般入院料2
  - (2) 専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟及び精神病棟に限る。)の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、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからキまでのうち、4項目以上を満たしていること。
    - ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
    - イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
    - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
    - エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
    - オ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上

の世話であること。

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

キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。

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

4 看護補助加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。

#### 5 届出に関する事項

(1) 看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、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も、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

(2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、看護補助加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準でも差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。

(3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。

#### 第8 地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。

#### 第9 療養環境加算

##### 1 療養環境加算に関する施設基準

(1) 病棟を単位とすること。

(2) 病室に係る病床の面積が、内法による測定で、1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。

(3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養

環境の提供に係る病室を除く。)の総床面積を当該病床数(特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。)で除して得た面積とすること。

- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、本加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (7) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

## 2 届出に関する事項

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

## 第10 重症者等療養環境特別加算

### 1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

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

### 2 届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第10の2 小児療養環境特別加算

### 1 小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準につ

いては、第1の2の(4)と同様であること。

## 2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 第11 療養病棟療養環境加算

### 1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準

#### (1) 療養病棟療養環境加算1に関する施設基準

ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

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

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

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

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

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

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

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

#### (2) 療養病棟療養環境加算2に関する施設基準

(1)のアからキまでを満たしていること。

## 2 届出に関する事項

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

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

## 第11の2 療養病棟療養環境改善加算

### 1 療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

(1) 療養病棟療養環境改善加算 1 に関する施設基準

- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）である。
- エ 療養病棟に係る病床に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

(2) 療養病棟療養環境改善加算 2 に関する施設基準

- ア (1)のエからカまでを満たしていること。
- イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.0 平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。
- エ 当該加算の対象病棟については、平成 24 年 3 月 31 日において、現に療養病棟療養環境加算 4 に係る届出を行っている病棟のみとする。
- オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

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

2 届出に関する事項

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

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

第 12 診療所療養病床療養環境加算

1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。
- (3) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メー

トル以上であること。

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

## 2 届出に関する事項

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

## 第12の2 診療所療養病床療養環境改善加算

### 1 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

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

### 2 届出に関する事項

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

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

### 第12の3 無菌治療室管理加算

#### 1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

##### (1) 無菌治療室管理加算1に関する施設基準

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

##### (2) 無菌治療室管理加算2に関する施設基準

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

#### 2 届出に関する事項

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

### 第13 重症皮膚潰瘍管理加算

#### 1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

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

#### 2 届出に関する事項

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

### 第14 緩和ケア診療加算

#### 1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

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

なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

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

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

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

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

- (3) (1)のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。

- (4) (1)のイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。

- (5) (1)のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

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

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

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

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

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

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (12) 緩和ケア診療加算の注4に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。
- (13) がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成24年9月7日健発0907第2号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。

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

## 2 届出に関する事項

- (1) 緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27を用いること。
- (2) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（常勤・非常勤、

専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

## 第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算

### 1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和と治療を主たる業務とした1年以上の経験を有する者であること。
- (3) (1)に掲げる看護師は、3年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- (4) (1)に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

(医師の研修)

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

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等

(看護師の研修)

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。(2日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの)

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

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) 緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ハ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

- (5) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
- (6) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

### 2 届出に関する事項

- (1) 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式27の2を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)に掲げる医師及び看護師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

## 第15 精神科応急入院施設管理加算

### 1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

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

## 2 届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式 28 を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第 33 条の 7 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

## 第 16 精神科病棟入院時医学管理加算

### 1 精神科病棟入院時医学管理加算の施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の精神科病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年 5 月 26 障発第 0526001 号に従い実施されたい。

### 2 届出に関する事項

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

## 第 16 の 2 精神科地域移行実施加算

### 1 精神科地域移行実施加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神科病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料及び 20 対 1 入院基本料に限る。）、区分番号「A 1 0 4」特定機能病院入院基本料（15 対 1 精神科病棟入院基本料に限る。）、区分番号「A 3 1 2」精神療養病棟入院料のいずれかを算定

している病棟であること。

- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が5年を超える入院患者数のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1月から12月までの1年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の4月1日から翌々年の3月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。  
ア 1月1日において入院期間が5年以上である患者のうち、1月から12月までの間に退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）数  
イ 1月1日において入院期間が5年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って1年間における退院に係る実績が5%以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が5年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

## 2 届出に関する事項

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

### 第16の3 精神科身体合併症管理加算

#### 1 精神科身体合併症管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び

15 対 1 入院基本料に限る。)、区分番号「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。)、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料、区分番号「A 3 1 1-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

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

## 2 届出に関する事項

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

## 第 17 精神科リエゾンチーム加算

### 1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 3 名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。

ア 5 年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。)

イ 精神科等の経験を 3 年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師。(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従の常勤薬剤師、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 国及び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あって、修了証が交付されるもの)。

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

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。

(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

(ロ) 精神症状の病因・病態、治療

(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

(ホ) 患者・家族の支援、関係調整

(ヘ) ケアの連携体制の構築(他職種・他機関との連携、社会資源の活用)

(ト) ストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

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

- (3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。
- (4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- (5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
- (6) 平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

## 2 届出に関する事項

- (1) 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32を用いること。
- (2) 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

## 第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

### 1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

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

### 2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

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

### 3 届出に関する事項

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

## 第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

### 1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。なお、週3日

以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより、当該常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師 1 名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ 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。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

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

- (イ) アルコール精神医学
- (ロ) アルコールの公衆衛生学
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) 再飲酒防止プログラム
- (ホ) アルコール関連問題の予防
- (ヘ) アルコール内科学及び生化学
- (ト) 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症者の心理
- (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
- (ニ) アルコール依存症と家族
- (ホ) アルコールの内科学
- (ヘ) 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・公認心理師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
- (ヘ) 病棟実習

- (4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

- (5) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該

当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

## 2 届出に関する事項

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

## 第 17 の 4 摂食障害入院医療管理加算

### 1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が 10 人以上であること。

(2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ 1 名以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

(4) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

## 2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 の 4 を用いること。

## 第 18 がん拠点病院加算

### 1 がん拠点病院加算の 1 のイに関する施設基準

(1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

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

### 2 がん拠点病院加算の 1 のロに関する施設基準

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

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

### 3 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

- (1) 「小児がん拠点病院の整備について」（平成24年9月7日健発0907第2号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。
- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

### 4 がん拠点病院加算の「注2」に掲げる加算に関する施設基準

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（平成29年12月25日健発1225第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。

### 5 届出に関する事項

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

## 第19 栄養サポートチーム加算

### 1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。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。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

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

ア 栄養不良がもたらす影響

イ 栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ 栄養補給ルートを選択と栄養管理プランニング

エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

(3) (1)のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

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

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

(イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）

(ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導

(ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・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20 医療安全対策加算

### 1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

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

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構

築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

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

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

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

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

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

## （2）医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

## （3）医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

## 2 医療安全対策加算2に関する施設基準

### （1）医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

### （2）1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

## 3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

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

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

- (3) 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 1 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、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 1 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- (4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

- (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、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

#### 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、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算 2 に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- (3) (2)に係る評価については、3 の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

#### 5 届出に関する事項

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

## 第 21 感染防止対策加算

### 1 感染防止対策加算 1 の施設基準

- (1) 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第 20 の 1 の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (2) (1)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
  - ア 感染症対策に 3 年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
  - イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
  - ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
  - エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち 1 名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第 2 部通則 7 に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
  - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
  - イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
  - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
    - (イ) 感染予防・管理システム
    - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
    - (ハ) 感染防止技術
    - (ニ) 職業感染管理
    - (ホ) 感染管理指導
    - (ヘ) 感染管理相談
    - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (2)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

- (6) (2)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。
- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。
- イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。
- ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。
- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。
- イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (10) ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (13) (2)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

## 2 感染防止対策加算 2 の施設基準

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

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

イ 5 年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3 年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3 年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

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

- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。  
なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年 2 回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添 2 の第 1 の 3 の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年 4 回程度、感染防止対策加算 1 に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算 1 に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年 1 回程度参加し、合わせて年 4 回以上参加していること。
- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(3)のアからエ及び 1 の(2)のアからエの構成員それぞれ 1 名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、ビデオ通話を用いて参加することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、1 の(10)の例による。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ (3)に掲げるチームと1の(2)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

- (9) 当該保険医療機関又は感染防止加算1に係る届出を行った医療機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

- (10) 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)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

- (12) 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) 地域や全国のサーベイランスに参加していることが望ましい。

### 3 感染防止対策地域連携加算の施設基準

- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。

- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と感染防止対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

### 4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

- (1) 感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である。

- (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、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症診療にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、1の(3)に掲げる研修である。

(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。

イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録に記載する。

ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。

エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。

オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。

カ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

キ 1の(11)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

(5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。

## 5 届出に関する事項

(1) 感染防止対策加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。

(2) 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること

(3) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の5を用いること。

(4) (1)から(3)まで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、当該窓口は区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1)における相談窓口配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
  - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
  - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
  - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。
  - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
  - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
  - カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

### 2 届出に関する事項

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

## 第 22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

### 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を 5 年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

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

- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。
- (3) 別添 6 の別紙 16 の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- (8) 毎年 7 月において、褥瘡患者数等について、別添 7 の様式 37 の 2 により届け出ること。

## 2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

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

## 3 届出に関する事項

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

## 第 22 の 2 ハイリスク妊娠管理加算

#### 1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(5)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

### 第23 ハイリスク分娩管理加算

#### 1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、当該常勤の医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち2名までに限る。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。
- (3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び助産師の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)並びに勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 1の(5)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

### 第24 削除

## 第 24 の 2 削除

## 第 24 の 3 削除

## 第 24 の 4 削除

## 第 24 の 5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

### 1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料、区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

### 2 届出に関する事項

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

## 第 24 の 6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

### 1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

### 2 届出に関する事項

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

## 第 25 総合評価加算

### 1 総合評価加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が 1 名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
  - ア 医療関係団体等が実施するものであること。
  - イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、

終末期医療等の内容が含まれているものであること。

ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。

- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること。

## 2 届出に関する事項

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

## 第26 呼吸ケアチーム加算

### 1 呼吸ケアチーム加算の施設基準

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

ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師

イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師

ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士

エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

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

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

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

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

(ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療

(ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）

(ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

(ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）

(ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）

(ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

(チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(リ) コンサルテーション方法

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

- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人

工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

- (5) 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。
- (6) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。
- (2) 1の(6)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 第26の2 後発医薬品使用体制加算

### 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準

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

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

- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあつては60%以上70%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤((4)に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
  - ア 経腸成分栄養剤
    - エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーゴ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤
  - イ 特殊ミルク製剤
    - フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」
  - ウ 生薬(薬効分類番号510)
  - エ 漢方製剤(薬効分類番号520)
  - オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)
- (5) 入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでい

る旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

## 2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

### 第26の3 病棟薬剤業務実施加算

#### 1 病棟薬剤業務実施加算1の施設基準

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

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

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

(3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があってはならないこと。

(4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

(6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第68条の10第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第68条の10第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報

(後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)

- (7) 医薬品安全性情報等((6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
  - (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
  - (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
  - (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
  - (11) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
  - (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。
- 2 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準
- (1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。
  - (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。
  - (3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない治療室があってはならないこと。
  - (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
  - (5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、1の(6)のAからUまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
  - (6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。
  - (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式20を用いて提出すること。
  - (3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載する。
  - (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

## 第 26 の 4 データ提出加算

### 1 データ提出加算 1 及び 2 の施設基準

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

ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、区分番号「A 2 0 7」の診療録管理体制加算 1 又は 2 の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の届出のみを行う保険医療機関

- (2) 厚生労働省が毎年実施する「D P C 導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「D P C 調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険医療課及び D P C 調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず 2 名指定すること。

- (3) D P C 調査に適切に参加し、D P C 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 にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算 2 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（D P C 対象病院又は D P C 準備病院である病院を除く）は、平成 30 年 5 月 21 日、8 月 20 日、11 月 20 日、平成 31 年 2 月 20 日、5 月 20 日、8 月 20 日、11 月 20 日又は平成 32 年 2 月 20 日までに別添 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 月分のデータ（例として、平成 30 年 7 月に届出を行った場合は、平成 30 年 8 月 20 日の期限に合わせた届出となるため、試行データは平成 30 年 9 月及び 10 月の 2 月となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、D P C 導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定

められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに厚生労働省がD P C調査の一部事務を委託するD P C調査事務局（以下「D P C調査事務局」という。）へ提出すること。

- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（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 提出データ評価加算に関する事項

- (1) データ提出加算2の届出を行っていること。  
(2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当する場合であること。

ア 当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がないこと。

イ 当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータ及び提出データと同じ期間における医科の全ての診療報酬明細書（D P C対象病院においては、入院、入院外及びD P Cを、D P C対象病院以外の病院においては、入院及び入院外）（以下、この項において、「医科の全ての診療報酬明細書」という。）の未コード化傷病名の割合が全ての月で1割未満であること。

- (3) (2)のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、D P C調査事務局宛てに提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。（以下、第26の4において、同じ。）

- (4) 未コード化傷病名の割合が1割未満とは、次のいずれにも該当する場合をいう。

ア 調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満

イ 調査実施説明資料において定められた外来E Fファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満

ウ 医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満

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

### 4 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、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2を届け出ること。なお、データ提

出加算 1 の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを提出するものとしてデータ提出加算 2 の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算 2 の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算 1 へ届出を変更することはできない。

- (3) 各調査年度において、累積して 3 回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3 回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめる場合、1 の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添 7 の様式 40 の 8 を用い、その理由等を届出すること。なお、当該届出内容は必要に応じて中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。
- (5) (4) の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、2 の手続きより開始することとする。
- (6) データ提出加算 1 のロ又は 2 のロの規定については、平成 30 年 3 月 31 日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができることとされているため、その間において、変更の届出は不要であるが、平成 31 年 4 月 1 日以降も、引き続き、許可病床数が 200 床以上である場合には、変更の届出が必要である。

## 第 26 の 5 入退院支援加算

### 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下第 26 の 5 において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が 1 名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。（ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第 26 の 5 において同じ。）
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は 1 人につき 2 病棟、計 120 床までに限る。なお、20 床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、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 20 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年 3 回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。

(5) (4)に規定する連携機関の職員との年 3 回の面会は、対面で行うことが原則であるが、やむを得ない事情により対面で面会することができない場合は、当該 3 回中 1 回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、DPC 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該 3 回中 3 回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第 21 の 1 の (10) の例による。

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

ア 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計  
イ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

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

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

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

## 2 入退院支援加算 2 に関する施設基準

(1) 1 の(1)及び(2)の施設基準を満たしていること。

(2) 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が 1 名以上配置されていること。

## 3 入退院支援加算 3 に関する施設基準

(1) 1 の(1)の施設基準を満たしていること。

(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師又は入退院支援及び 5 年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専

任の看護師並びに専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は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。

#### 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 5」に規定する施設基準

- (1) 1 の(1)の施設基準を満たしていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。

#### 6 入院時支援加算に関する施設基準

- (1) 入退院支援加算 1 又は 2 を届け出ている場合にあつては 1 の(2)で、入退院支援加算 3 を届け出ている場合にあつては 3 の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が 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。ただし、許可病床数が 200 床未満の病院にあつては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が 1 名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算 1 又は 2 を届け出ている場合にあつては 1 の(2)で、入退院支援加算 3 を届け出ている場合にあつては 3 の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

#### 7 届出に関する事項

- (1) 入退院支援加算及び入院時支援加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 9 を用いること。
- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 12 を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 12 の 2 に準じた様式を用いること。

### 第 26 の 6 認知症ケア加算

#### 1 認知症ケア加算 1 の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。
  - ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、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5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神科の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(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、保険医療機関内に配布し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

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

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

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

## 2 認知症ケア加算2の施設基準

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

(2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

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

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

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患と病態・治療

(ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

(ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

(ニ) 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法

(ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

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

(4) (1)の看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

## 3 届出に関する事項

(1) 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の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。

また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

## 第 26 の 7 精神疾患診療体制加算

### 1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準

- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の 50%未満であること。
- (3) 24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
  - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第 2 「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 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準

- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。
- (2) 区分番号「A103」精神科病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）及び区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神科病棟の 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。
  - ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が 100 床（「基本診療料の施設基準等」別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては 80 床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
  - イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当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科病棟が 2 病棟以下であること。
  - ウ 24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
    - (イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第 2 「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
    - (ロ) (イ)と同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
  - エ 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
  - オ 当該病棟の直近 3 か月間の新規入院患者の 5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
  - カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する

市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、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。

(3) 区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

## 2 届出に関する事項

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

## 第27 地域歯科診療支援病院入院加算

### 1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

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

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

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。

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

### 2 届出に関する事項

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