

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

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） |
|------------|-------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|
| 第1 | 夜間・早朝等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式1 |
| 2 | 時間外対応加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2 |
| 2の2 | 明細書発行体制等加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2の2 |
| 2の3 | 地域包括診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式2の3 |
| 3 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式3 |
| 4 | 歯科外来診療環境体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4 |
| 4の2 | 歯科診療特別対応連携加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式4の2 |
| 5 | 一般病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式5～11 |
| 5 | 療養病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 結核病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 精神病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 特定機能病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 専門病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | 障害者施設等入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式5～11, 19 |
| 5 | 有床診療所入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式5, 5の2, 12～12の6 |
| 5 | 有床診療所療養病床入院基本料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 第1 | 総合入院体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13及び13の2 |
| 2 | 臨床研修病院入院診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14又は14の2 |
| 2の2 | 救急医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式14の3 |
| 3 | 超急性期脳卒中加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式15 |
| 3の2 | 妊産婦緊急搬送入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式16 |
| 4 | 診療録管理体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式17 |
| 4の2 | 医師事務作業補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 18, 18の2 |
| 4の3 | 急性期看護補助体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3 |
| 4の4 | 看護職員夜間配置加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3, 18の3 |
| 5 | 特殊疾患入院施設管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 19, 20 |
| 7 | 看護補助加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式8, 9, 10, 10の3, 13の2, 13の3 |
| 9 | 療養環境加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式22 |
| 10 | 重症者等療養環境特別加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式23, 23の2 |
| 11 | 療養病棟療養環境加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式24, 24の2 |
| 11 | 療養病棟療養環境加算 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |

| 施設基準通知 | 名 称 | 今回届出 | 既届出 | 算定しない | 様式（別添7） |
|--------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------|
| | | | 年 月 | | |
| 11の2 | 療養病棟療養環境改善加算2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | 診療所療養病床療養環境加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式25 |
| 12の2 | 診療所療養病床療養環境改善加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式25 |
| 12の3 | 無菌治療室管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26の2 |
| 13 | 重症皮膚潰瘍管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式26 |
| 14 | 緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 27 |
| 14の2 | 有床診療所緩和ケア診療加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 27の2 |
| 15 | 精神科応急入院施設管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式9, 20, 28 |
| 16 | 精神病棟入院時医学管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式29 |
| 16の2 | 精神科地域移行実施加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式30 |
| 16の3 | 精神科身体合併症管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式31 |
| 17 | 精神科リエゾンチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 32 |
| 17の2 | 強度行動障害入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の2 |
| 17の3 | 重度アルコール依存症入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の3 |
| 17の4 | 摂食障害入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式32の4 |
| 18 | がん診療連携拠点病院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式33 |
| 19 | 栄養サポートチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 34 |
| 20 | 医療安全対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式35 |
| 21 | 感染防止対策加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式35の2, 35の3 |
| 21の2 | 患者サポート充実加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式36 |
| 22 | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式37, 37の2 |
| 22の2 | ハイリスク妊婦管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式38 |
| 23 | ハイリスク分娩管理加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 38 |
| 24 | 退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の2 | 新生児特定集中治療室退院調整加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39 |
| 24の3 | 救急搬送患者地域連携紹介加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の2 |
| 24の4 | 救急搬送患者地域連携受入加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の2 |
| 24の5 | 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の3 |
| 24の6 | 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式39の3 |
| 25 | 総合評価加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40 |
| 26 | 呼吸ケアチーム加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 40の2 |
| 26の2 | 後発医薬品使用体制加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の3 |
| 26の3 | 病棟薬剤業務実施加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 40の4 |
| 26の4 | データ提出加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式40の5～40の8 |
| 27 | 地域歯科診療支援病院入院加算 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式41 |
| 第1 | 救命救急入院料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式13の2, 20, 42 |
| 2 | 特定集中治療室管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 42, 43 |
| 3 | ハイケアユニット入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 44 |
| 4 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 年 月 | <input type="checkbox"/> | 様式20, 45 |

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

※様式21は欠番

様式 1

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 1 診療時間の状況 | |
|-----------|------------------------------|
| 曜日 | 表示している診療時間 (AM00:00~PM00:00) |
| 日曜 | |
| 月曜 | |
| 火曜 | |
| 水曜 | |
| 木曜 | |
| 金曜 | |
| 土曜 | |

| 2 1週間の総診療時間 | 時間 |
|-------------|----|
|-------------|----|

| 3 救急医療の確保に関する協力 | 有・無 |
|-----------------|-----|
|-----------------|-----|

[記載上の注意]

- 「2」については、週により標榜時間が異なる場合には、4週間における1週平均時間を記載すること。
- 「3」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

※ 【他の医療機関との連携について】

時間外対応加算 1 又は時間外対応加算 2 の届出をする場合

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

時間外対応加算 3 の届出をする場合

輪番により連携する医療機関数は 3 以下とする。

(注) 具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと(連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等)。

様式2の2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1 診療所である | 1 はい 2 いいえ |
| 2 レセプト電子請求を行っている | 1 オンライン請求 2 電子媒体による請求 |
| 3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている | 1 はい 2 いいえ |

※) 該当するものに○を記載すること。

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| ① | 診療所名 | |
| ② | 研修を修了した医師の氏名 | |
| ③ | 健康相談を実施している旨を院内掲示している | <input type="checkbox"/> |
| ④ | 院外処方を行う場合の連携薬局名 | |
| ⑤ | 敷地内が禁煙であること | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ | 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している | <input type="checkbox"/> |
| | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している | <input type="checkbox"/> |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供 | <input type="checkbox"/> |
| | 地域ケア会議に年1回以上出席 | <input type="checkbox"/> |
| | 居宅介護支援事業所の指定 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護サービス事業所の併設 | <input type="checkbox"/> |
| | 介護認定審査会に参加 | <input type="checkbox"/> |
| | 所定の研修を受講 | <input type="checkbox"/> |
| | 医師が介護支援専門員の資格を有している | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ | 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している | <input type="checkbox"/> |
| ⑦-2 | ■下記のいずれか一つを満たす | - |
| | 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること | <input type="checkbox"/> |
| | 常勤の医師が3名以上配置されていること | <input type="checkbox"/> |
| | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。②について、平成 27 年 3 月 31 日までは適切な研修を修了したものとみなす。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
2. ⑥-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと
3. ⑦-2 について、確認できる資料の写しを添付のこと

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|-------------------------------|-------------|-------|--------|
| 1 常勤歯科医師・看護職員・ 歯科衛生士の数 年・月 | 常勤歯科 医師数 | 看護職員数 | 歯科衛生士数 |
| 年 月 | 名 | 名 | 名 |

2 次の(1)～(4)のうち、該当するものに記入すること。

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

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

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

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

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)及び(4)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

2 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

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

3 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

| 一般名称 | 装置・器具等の製品名 | 台数（セット数） |
|-----------------------------|------------|----------|
| 自動体外式除細動器（AED） | | |
| 経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター） | | |
| 酸素ポンベ及び酸素マスク | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |
| そ の 他 | | |

4 緊急時の連携保険医療機関

| | |
|----------|-------|
| 医療機関の名称： | 担当医名： |
| 所在地： | 連絡方法： |
| 開設者名： | 搬送方法： |

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

| | |
|------------|---|
| 歯科用ユニット数： | 台 |
| 滅菌器（製品名等）： | |

6 院内掲示の例を添付

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

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

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

(2) 歯科診療所である保険医療機関

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

2 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

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

| 氏名 | 職種等 | 氏名 | 職種等 |
|----|-----|----|-----|
| | | | |

4 緊急時の連絡・対応方法

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

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

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

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

様式 5

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

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

2 院内感染防止対策に係る内容

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

3 医療安全管理体制に係る内容

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

4 褥瘡対策に係る内容

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

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

5 栄養管理体制に係る内容 (病院に限る)

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

| | | |
|--|---|---|
| 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が配置されていない場合 (平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っておらず、栄養管理体制の整備を一部猶予されている保険医療機関として届出を行った保険医療機関に限る。) | | |
| 非常勤の管理栄養士の有無 (どちらかに○) | 有 | 無 |
| 常勤の栄養士の有無 (どちらかに○) | 有 | 無 |

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

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

1 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった日

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

2 常勤の管理栄養士に関する基準が満たせなくなった理由

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

3 非常勤の管理栄養士の有無（どちらかに○）

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

4 3か月以内に常勤の管理栄養士が確保できる見通し
（どちらかに○）

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

5 常勤の管理栄養士の確保が困難な理由
（最も該当するもの一つに○）

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

[記載上の注意]

病院の場合は様式6、診療所の場合は様式12を添付すること。

褥瘡対策に係る報告書

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

[記載上の注意]

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

ADL 維持向上等体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 入院基本料、職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

| □ 7対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料） | | | |
|---|----|------|------|
| □ 10対1入院基本料（□ 一般病棟入院基本料・□ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・□ 専門病院入院基本料） | | | |
| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 研修受講 |
| 医師 | | | □ |
| □理学療法士 □作業療法士 □言語聴覚士 | | | |

2. 入院患者の構成

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

※④、⑤いずれかの要件を満たしていればよく、両方記載する必要はない

3. アウトカム評価

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

| | | |
|--|--|---|
| 調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） ⑨ | | 名 |
| 調査日に褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 ⑩ | | 名 |
| ⑩／⑨（1.5%未満） ⑪ | | % |

※⑧、⑪いずれの要件も満たす必要がある。

[記載上の注意]

1. 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
2. 医師は当該保険医療機関に常勤配置、理学療法士等は病棟専従の常勤配置であること
3. 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
4. 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーション料の届出書の写しを添付すること。
5. 入院患者の構成における③の疾患は、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第 3 条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）を参考にすること。
6. 届出以降、毎年 7 月 1 日の届出報告（別添 7 の様式 5 の 4）に基づき、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること（別添 7 の様式 5 の 4 を用いて、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2 以上）を保有する患者の合計を入院患者数で除して算出すること）。
7. 医師はリハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成 27 年 3 月 31 日までは研修を修了したものとみなす。

- ※ 1日平均入院患者数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※ 平均在院日数の算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 ※ 療養病棟がある場合は、配置図及び平面図を添付すること。
 ※ 1つの特定入院料について、複数の届出を行う場合には、全て別に記載すること。

[記載上の注意]

- 1 今回の届出に係る病棟に関してはこの欄に○を記入すること。
- 2 入院基本料の区分は下表の例により記載すること。

| 入院基本料 | 区分等 |
|-------------|--|
| 一般病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 療養病棟入院基本料 | 1, 2, 特別, 月平均夜勤時間超過減算(1のみ) |
| 結核病棟入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 精神病棟入院基本料 | 10対1, 13対1, 15対1, 18対1, 20対1, 特別, 月平均夜勤時間超過減算 |
| 特定機能病院入院基本料 | |
| 一般病棟 | 7対1, 10対1, |
| 結核病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 精神病棟 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1 |
| 専門病院入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, |
| 障害者施設等入院基本料 | 7対1, 10対1, 13対1, 15対1, 月平均夜勤時間超過減算 |

- 3 特定入院料の区分は下表の例により記載すること。

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

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

| | |
|------|-------|
| 該当する | 該当しない |
|------|-------|

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

| | |
|---------------|----|
| 褥瘡対策チーム専任看護職員 | 氏名 |
|---------------|----|

○専従・専任等の看護職員配置状況（届出のある場合には氏名を記入すること）

| 区 分 | 看護職員の配置 | 氏 名 |
|------------------|------------------------------------|------------------------|
| 緩和ケア診療加算 | 緩和ケアの経験を有する専従の常勤看護師 | |
| 緩和ケア診療加算（指定地域） | 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 | |
| 精神科リエゾンチーム加算 | 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| がん診療連携拠点病院加算 | がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師 | |
| 栄養サポートチーム加算 | 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師 | |
| 医療安全対策加算 1 | 医療安全対策に係る専従の看護師 | |
| 医療安全対策加算 2 | 医療安全対策に係る専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 1 | 感染管理に従事した経験のある専従の看護師 | |
| | 感染管理に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 感染防止対策加算 2 | 感染管理に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 患者サポート体制充実加算 | 患者からの相談に対して適切な対応ができる専任の看護師 | |
| 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | 褥瘡管理者である専従看護師 | |
| 退院調整加算 | 退院調整に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | 退院調整に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 新生児特定集中治療室退院調整加算 | 退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専従の看護師 | |
| | 退院調整及び新生児集中治療に関する経験を有する専任の看護師 | |
| 呼吸ケアチーム加算 | 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 | |
| 地域包括ケア病棟入院料 | 専任の在宅復帰支援を担当する看護師 | |
| ウイルス疾患指導料 | HIV感染者の看護に従事した経験が2年以上ある専従看護師 | |
| 喘息治療管理料 | 専任看護師 | |
| 糖尿病合併症管理料 | 糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の常勤看護師 | |
| がん患者指導管理料 1 | がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師 | |
| がん患者指導管理料 2 | がん患者の看護に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 外来緩和ケア管理料 | 悪性腫瘍患者の看護に従事した経験のある常勤看護師 | |
| 移植後患者 | 臓器移植後 造血幹細胞移植後 | 臓器移植に従事した経験のある専任の常勤看護師 |
| 指導管理料 | | |
| 糖尿病透析予防指導管理料 | 糖尿病患者の看護及び療養指導に従事した経験のある専任の看護師 | |
| 院内トリアージ実施料 | 救急医療に関する経験のある専任の看護師 | |
| 外来放射線照射診療料 | 専従看護師 | |
| ニコチン依存症管理料 | 禁煙治療に係る専任看護職員 | |
| 外来化学療法加算 | 当該治療室専任の常勤看護師 | |
| 心大血管疾患リハビリテーション料 | 心大血管疾患リハビリテーション料の経験を有する専従の看護師 | |
| 精神科ショート・ケア | 専従看護師 | |
| 精神科デイ・ケア | 専従看護師 | |

| |
|---------|
| 勤 務 体 制 |
|---------|

| | | | | | | |
|------|----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| 3交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 準夜勤 | (: ~ :) | 深夜勤 | (: ~ :) |
| 2交代制 | 日勤 | (: ~ :) | 夜勤 | (: ~ :) | | |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |
| その他 | 日勤 | | | (: ~ :) | | (: ~ :) |

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算は有無を記入する。
- 2 看護補助加算は下表の例により記載すること。

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 看護補助加算 | ① 看護補助加算 1 , ② 看護補助加算 2 , ③ 看護補助加算 3 |
|--------|--------------------------------------|

- 3 看護師、准看護師及び看護補助者の数は届出時の看護師、准看護師及び看護補助者の数を記載すること。なお、保健師及び助産師の数については、看護師の欄に含めて記載すること。
- 4 病棟勤務欄には病棟看護師長を含めた人数を記載すること。
- 5 「病棟以外との兼任」欄には、治療棟、外来等と兼任の者の数を記載すること。
- 6 外来、手術室・中央材料室等の勤務者数は「病棟勤務」欄に記入し、病棟との兼務は「病棟以外との兼任」欄に人数を記入すること。
- 7 当該保険医療機関の所定の全就業時間を通して勤務する常勤以外の者及び病棟以外の兼任者にあつては、病棟勤務の時間を比例計算し、看護師、准看護師及び看護補助者の数の所定欄に算入し、記載すること。

看 護 要 員 の 名 簿

[病棟名等：]

| No | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 の 態 様 | 勤 務 時 間 | |
|----|-----|-----|------------------------------|---------|--|
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |
| | | | { 常 勤 { 専 従 { 非 常 勤 { 専 任 | | |

[記載上の注意]

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

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病床数 _____

届出区分 _____ 届出時入院患者数 _____ 人

看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

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

夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） 25対1 ・ 50対1 ・ 100対1 ・ 無

看護職員夜間配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

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

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

うち、月平均1日当たり夜間看護配置数 _____ 人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

② 看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 _____ 人）

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

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

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D-E）／B〕 _____ 時間

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

うち、月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 _____ 人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数（常勤換算数） 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

| 種別 ^{※1} | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ^{※2} | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数 ^{※5} | | | | | 月勤務時間数 (延べ時間数) | (再掲) 夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|-------------------------|----|---------------------------------|----|-----------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------|---------|---------|---------------|--------|-------------------|-----------------------------|
| | | | | | (該当するに○) ^{※3} | 夜勤従事者数 ^{※4} | 1日 曜 | 2日 曜 | 3日 曜 | … | 日 曜 | | |
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 夜勤従事職員数の計 | | | | | [B] ^{※4} | 月延べ勤務時間数の計 | | | | | [C] | | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | [D-E] | | 月延べ夜勤時間数の計 | | | | | [D] | [E] | |
| 1日看護配置数 ^{※6} | | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] | | | 月平均1日当たり看護配置数 | | | | | [C/(日数 × 8)] | | | |
| 夜間看護配置数 ^{※6※9} | | A/12 | | | 月平均1日当たり夜間看護配置数 ^{※8} | | | | | [D/(日数 × 16)] | | | |

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

| | |
|---|---------------------------------|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計 [F] | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計 [G] | [C] - [1日看護配置数 × 8 × 日数] |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数 [H] | 看護補助者(みなしを除く)のみの [D] |
| 1日看護補助配置数 ^{※6} [I] | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む) | [F + G / (日数 × 8)] |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く) [J] | [F / (日数 × 8)] |
| 夜間看護補助配置数 ^{※6} | A / 届出区分の数 ^{※7} |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数 | [H / (日数 × 16)] |
| 看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合 (%) | [(J / I) × 100] |

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※2 短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に○を記入すること。
- ※4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には看護補助者の従事者数を記入する必要があるが、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- ※5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※6 小数点以下切り上げとする。
- ※7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補

助体制加算 1 の場合「25」、夜間急性期看護補助体制加算 1 の場合「50」をいう。

※8 月平均 1 日当たり夜間看護配置数は参考値であり、実際には常時 12 対 1 を満たす必要がある。

※9 夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前 1 ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び 2 つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7 対 1 特別入院基本料及び 10 対 1 特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前 1 か月の日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（各病棟毎の場合）

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病棟名 _____

病床数 _____ 届出区分（当該病棟） _____ （病棟全体の場合※）

届出時入院患者数 _____ 人 ※「病棟全体の場合」には、病棟全体で包括的に届出を行った場合の届出区分を記入

看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 無

看護補助加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

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

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

② 看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 人）

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）

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

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D-E）／B〕 _____ 時間

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

看護要員数(常勤換算数) 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

| 種別 ^{※1} | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ^{※2} | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数 ^{※5} | | | | | 月勤務時間数 (延べ時間数) | (再掲) 夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|------------------|----|-----|----|-----------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|---------|---------|-----|--------|-------------------|-----------------------------|
| | | | | | (該当する一つに○) ^{※3} | 夜勤従事者数 ^{※4} | 1日 曜 | 2日 曜 | 3日 曜 | ... | 日 曜 | | |
| 看護師 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------------------------|--|-----------|---------------|--|--|--|--------------|-----|
| 夜勤従事職員数の計 | | | | [B] ※4 | 月延べ勤務時間数の計 | | | | [C] | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | [D-E] | 月延べ夜勤時間数の計 | | | | [D] | [E] |
| 1日看護配置数 ^{※6} | | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] | | | 月平均1日当たり看護配置数 | | | | [C/(日数 × 8)] | |

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

| | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔F〕 | |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔G〕 | 〔C〕 - 〔1日看護配置数×8×日数〕 |
| 1日看護補助配置数 ^{※6} | 〔(A/届出区分の数 ^{※7})×3〕 |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数 | 〔F+G/(日数×8)〕 |

〔記載上の注意〕

- ※1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- ※2 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※3 病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者は、無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務及び非常勤職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。
なお、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。
- ※6 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 小数点以下切り上げとする。
- ※8 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算1の場合「50」)をいう。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1ヶ月の各病棟毎の勤務計画表(勤務実績)及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 当該届出書を提出する場合、様式9(一般病棟入院基本料を算定する病棟全体で包括的に届出を行う場合)を添付すること。

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 _____ 病棟数 _____ 病床数 _____

届出時入院患者数 _____ 人

看護職員配置加算（50対1）の有無（該当に○） 有 ・ 無

看護補助者配置加算（25対1）の届出区分（該当に○） 有 ・ 無

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

① 月平均1日当たり看護配置数 _____ 人

② 看護職員中の看護師の比率 _____ %（月平均1日当たり配置数：看護師 人）

③ 平均在院日数 _____ 日（算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）

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

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D-E）／B〕 _____ 時間

⑥ 月平均1日当たり看護補助者配置数 _____ 人（看護補助者配置加算を届け出る場合に記載）

看護要員数（常勤換算数） 看護師 _____ 人 准看護師 _____ 人 看護補助者 _____ 人

勤務計画表

| 種別 ^{※1} | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態 ^{※2} | 夜勤の有無 | | 日付別の勤務時間数 ^{※5} | | | | | 月勤務時間数 （延べ時間数） | （再掲）夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|-------------------------|----|---------------------------------|----|-----------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------|---------|---|--------|-------------------|----------------------------|
| | | | | | （該当するに○） ^{※3} | 夜勤従事者数 ^{※4} | 1日 曜 | 2日 曜 | 3日 曜 | … | 日 曜 | | |
| 看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 准看護師 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 看護補助者 | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| | | | | 常勤・短時間・非常勤・兼務 | 有・無・夜専 | | | | | | | | |
| 夜勤従事職員数の計 | | | | | [B] ^{※4} | 月延べ勤務時間数の計 | | | | | [C] | | |
| 月延べ夜勤時間数 | | | | [D-E] | | 月延べ夜勤時間数の計 | | | | | [D] | [E] | |
| 1日看護配置数 ^{※6} | | [(A/届出区分の数 ^{※7}) × 3] | | | 月平均1日当たり看護配置数 | | | [C/(日数 × 8)] | | | | | |
| 夜間看護配置数 ^{※6※7} | | A/12 | | | 月平均1日当たり夜間看護配置数 ^{※7} | | | [D/(日数 × 16)] | | | | | |

〔看護職員配置加算を届け出る場合の看護職員数の算出方法〕

| | |
|--|--|
| 1日看護配置数 ^{※6} （基準値）〔F〕 ^{※8} | $[(A/13) \times 3]$ |
| 月平均1日当たり看護配置数（実測値）〔G〕 | $[\text{看護職員のみ}のC / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |
| 月平均1日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数看護職員数 | $[(\text{看護職員のみ}のC) - ([F] \times \text{日数} \times 8 \text{ (時間)}) / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |

〔看護補助者配置加算を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

| | |
|--|--|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計（実測値）〔H〕 | 〔看護補助者のみのC〕 |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計（実測値）〔I〕 | $[\text{看護職員のみ}のC] - [[F]^{\text{※8}} \times \text{日数} \times 8 \text{ (時間)}]$ |
| 〔I〕のうち、看護職員配置加算を届け出る場合 | $- [(A/50) \times 3 \times \text{日数} \times 8 \text{ (時間)}]$ |
| 〔I〕のうち、看護職員配置加算を届け出ない場合 | $[\text{看護職員のみ}のC] - [[F]^{\text{※8}} \times \text{日数} \times 8 \text{ (時間)}]$ |
| 1日看護補助配置数 ^{※6} （基準値）〔J〕 | $[(A/25) \times 3]$ |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者含む） | $[H + I / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者除く）〔K〕 | $[H / (\text{日数} \times 8 \text{ (時間)})]$ |
| 看護補助者（みなし看護補助者を含む）の最小必要数に対する看護補助者（みなし看護補助者を除く）の割合（％） | $[(K/J) \times 100]$ |

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※2 短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に○を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に○、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に○を記入すること。
- ※4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者（夜勤専従者は含まない）は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- ※5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※6 小数点以下切り上げとする。
- ※7 月平均1日当たり夜間看護配置数、夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。
- ※8 届出区分の数である13対1の「13」で計算するが、注2の届出を行う場合にあっては、15対1の「15」で計算すること。

〔届出上の注意〕

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

7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 急性期看護補助体制加算
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算 1

の施設基準に係る患者の重症度、
 医療・看護必要度に係る届出書添
 付書類

| 届出 入院料 | 届出 区分 | 届出 病床数 | 入院患者の状況 | | | 入院患者延べ 数の算出期間 (1ヶ月) |
|---|----------|-----------|--------------|---|---|-------------------------------|
| | | | ①入院患 者延べ数 | ② ①のう ち重症度、医 療・看護必要 度の基準を 満たす患者 の延べ数 | ③ 重症 度、医療・ 看護必要 度の基準 を満たす 患者の割 合 (②/①) | |
| 一般病棟 入院基本料 又は 専門病院 入院基本料 (がん・循環器) 又は 特定機能 病院入院 基本料 | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| 結核病棟 入院基本料 | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |

〔記載上の注意〕

- 1 看護補助加算 1のうち、当該様式の届出を要するのは、13対1入院基本料のみである。
- 2 届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまるほうを○で囲むこと。

- 3 入院患者延べ数とは、算出期間中に7対1入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び15歳未満の小児の患者数は含めない。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 4 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 5 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。
- 6 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

様式 10 の 2

7 対 1 入院基本料における常勤の医師の員数に係る届出書添付書類

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

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

※ 1 算出に係る期間を記入 (年 月 日 ~ 年 月 日)

※ 2 (D) 医師数 ① - ②

① = 当該病院における全体の常勤の医師数 _____ 名

② = 7 対 1 入院基本料以外の病床に係る医師数 _____ 名

(1) 一般病棟又は専門病院入院基本料の場合の②の計算方法

$$\{ \frac{\text{ア} - \text{イ}}{16} + \frac{\text{ウ}}{16} + \frac{\text{エ}}{48} + \frac{\text{オ}}{48} \}$$

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____ 名

イ 7 対 1 入院基本料を算定する病棟に入院する患者数 _____ 名

ウ 結核病床に入院する患者数 _____ 名

エ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

オ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

(2) 結核病棟入院基本料の場合の②の計算方法

$$\{ \frac{\text{ア}}{16} + \frac{\text{イ}}{48} + \frac{\text{ウ}}{48} \}$$

ア 一般病床 (感染症病床も含む。) に入院する患者数 _____ 名

イ 療養病床に入院する患者数 _____ 名

ウ 精神病床に入院する患者数 _____ 名

7 対 1 入院基本料
 10 対 1 入院基本料
 看護必要度加算
 一般病棟看護必要度評価加算
 急性期看護補助体制加算
 看護職員夜間配置加算
 看護補助加算 1

における患者の重症度、医療・看護必要度に係る報告書類

(いずれかを○で囲むこと)

| 届出入院料 | 届出区分 | 届出病床数 | 入院患者の状況 | | | 入院患者延べ数の算出期間 (1ヶ月) |
|-------|------|-------|----------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| | | | ①入院患者延べ数 | ② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | ③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①) | |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |
| | | 床 | 名 | 名 | % | 年 月 |

〔記載上の注意〕

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

- 2 入院患者延べ数とは、算出期間中に7対1入院基本料等の当該届出区分を算定している延べ患者数をいう。なお、①から③の患者数に産科及び15歳未満の小児の患者数は含めない。
- 3 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 4 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができるが、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、別々に計算すること。
- 5 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること

様式 10 の 4

一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

次の区分のいずれかに該当するものを○で囲むこと。

- ① 一般病棟入院基本料（13対1）
- ② 専門病院入院基本料（13対1）

[届出上の注意]

届出に当たっては、様式 10 を添付すること。

7 対 1 入院基本料における自宅等に退院するものの割合に係る

届出書添付書類

| | | |
|------|---|---|
| ① | 直近6月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設 | 名 |
| | (4) 他院の療養病棟 | 名 |
| | (5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | 名 |
| | (6) 他院の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (7) 他院の地域包括ケア病棟又は病室 | 名 |
| | (8) (4)～(7)を除く病院、診療所 | 名 |
| ② | 自宅等に退院するものの割合 $((3)+(5)+(6)+(7)) / ①$ (75%以上) | % |

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日～ 年 月 日)

様式 10 の 6

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

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

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

2. 7 対 1 又は 10 対 1 入院基本料を算定する病棟において、平成 27 年 9 月 30 日までの間、出来高で算定する病室の概要

| | |
|---------|------------|
| 届出を行う病室 | 病棟名：() 病棟 |
| | 病室番号 1：() |
| | 病床数：() 床 |
| | 病室番号 2：() |
| | 病床数：() 床 |

[記載上の注意事項]

届け出る病棟が複数ある場合には、届け出る全ての病棟について記載すること。

様式 10 の 7

精神病棟入院基本料の精神保健福祉士配置加算に係る届出書添付書類

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

| | |
|--|-------|
| 1年前1月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く)(b) | |
| 年 月 (a) | (b) 名 |
| 上記患者のうち、1年以内に退院し在宅へ移行※した患者数(c) | |
| | (c) 名 |
| (c) / (b) = _____ | |

※在宅へ移行とは、退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものを言う(ただし、死亡退院および退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される入院をした場合は除く。)

[記入上の注意]

1. 病棟及び退院支援部署に配置される精神保健福祉士の氏名を氏名欄に記入すること。
2. ②については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。
3. 勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
4. (a) には、届出前月から起算して1年前の年月を記入する。
5. 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) \geq 0.9

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出を行う病棟の状況

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

2. 退院患者の状況

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

3. 病床の利用状況

| | | |
|----------------------|-------------------------------|---|
| 算出期間 (年 月 日～ 年 月 日) | | |
| ③ | 当該病棟における直近3月間の在院患者延べ日数 | 日 |
| ④ | 当該病棟における当該3月間の新入棟患者数 | 名 |
| ⑤ | 当該病棟における当該3月間の新退棟患者数(死亡退院を含む) | 名 |
| ⑥ | 平均在院日数 (④+⑤)／② | 日 |
| ⑦ | 30.4／⑥ (10%以上) | % |

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

[記載上の注意]

療養病棟入院基本料1の届出書の写しを添付すること。

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

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

[記載上の注意]

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

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

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

[記載上の注意]

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

有床診療所入院基本料 1, 2 又は 3 の施設基準に係る 届出書添付書類

有床診療所入院基本料 1, 2 又は 3 の施設基準に係る事項

次の該当する項目に○をつけること（2 項目以上）。

| | |
|--|--|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去 1 年間に訪問診療を実施した実績があること。 |
| | 過去 1 年間の急変時の入院件数が 6 件以上であること。ここでいう、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。 |
| | 有床診療所入院基本料「注 7」に規定する夜間看護配置加算 1 又は 2 の届出を行っていること。 |
| | 区分番号「A001」に掲げる再診料の注 10 に規定する時間外対応加算 1 の届出を行っていること。 |
| | 過去 1 年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が 1 割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、7 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）又は 15 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。 |
| | 過去 1 年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が 2 件以上であること。 |
| | 過去 1 年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。 |
| | 区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める地域に属する有床診療所であること。 |
| | 過去 1 年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 8 項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導、同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防居宅療養管理指導、同法第 8 条第 10 項に規定する短期入所療養介護、同法第 8 条の 2 第 10 項に規定する介護 |

| | |
|--|---|
| | <p>予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は同法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者であること。</p> |
| | <p>過去 1 年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む）が 30 件以上であること。</p> |
| | <p>過去 1 年間に、区分番号「A 2 0 8」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A 2 1 2」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A 2 2 1 - 2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。</p> |

[届出上の注意]

○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

該当する項目が 3 項目以上ある場合は、そのうち 2 項目について○を付せばよい。

有床診療所入院基本料の医師配置加算の 施設基準に係る届出書添付書類

1 医師配置加算 1 に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

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

2 医師の名簿（2 名以上）

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

所定労働時間 _____ 時間／週

[届出上の注意]

「1」について、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 5

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

1 看護配置加算

- ・ 一般病床に係る看護職員の氏名を記入すること。
- ・ 看護配置加算 1 を算定する場合は、看護師の氏名もあわせて記入すること。

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

2 夜間看護配置加算、看取り加算

1) 以下のうち、加算を算定するものを○印で囲むこと。

(1) 夜間看護配置加算 1 ・ 夜間看護配置加算 2

(2) 看取り加算

2) 夜間の看護職員の配置数

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

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

[記載上の注意]

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

3 看護補助配置加算

- ・ 一般病床に係る看護補助者の氏名を記入すること。

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

[記載上の注意]

- 1 看護配置加算の施設基準に定める必要な数を超えて、一般病床に配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができる。
- 2 看護配置加算の施設基準に定める必要な数として記載した職員氏名を、看護補助配置加算算定のため、重複して記載することはできない。

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

様式 12 の 6

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

| | |
|--|---|
| | 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。 |
| | 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30例以上である。 |
| | 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。 |
| | 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。 |
| | 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。 |
| | 夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。 |

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

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

[届出上の注意]

1又は2において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

様式 12 の 8

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

1 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士

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

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、別紙5又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書の写しを診療録に添付すること。

(ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

(ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

[記載上の注意]

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

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

| 項目名 | 届出年月日 | 項目名 | 届出年月日 |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算1 (対1補助体制加算) | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算2 (対1補助体制加算) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること) | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 移植後患者指導管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 糖尿病透析予防指導管理料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 院内トリアージ実施料 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 病棟薬剤師業務実施加算 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 手術・処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1 | 年 月 日 |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画

(i) 必ず計画に含むもの

医師・看護師等の業務分担(医師・助産師の業務分担を含む)

(ii) 計画に含むことが望ましいもの

医師事務作業補助者の配置

短時間正規雇用の医師の活用

地域の他の医療機関との連携体制

交代勤務制の導入(ただし、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料 注3加算、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

外来縮小の取組み(ただし、特定機能病院及び一般病床の届出病床が500床以上の病院の場合は、必ず計画に含むこと。)

ア 初診における選定療養の額 _____円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 _____割

予定手術等の術者の当直、夜勤に対する配慮(ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出にあたっては、必ず計画に含むこと。)

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間 (平均週 _____時間(うち、残業 _____時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 _____回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮(当直翌日は休日としている 当直翌日の業務内容の配慮を行っている その他(具体的に: _____))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他

(3) 職員等に対する周知 (有 _____ 無 _____)

具体的な周知方法(_____)

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度 (_____ 回/年)

イ 参加人数 (平均 _____ 人/回) 参加職種(_____)

(5) 勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る責任者 (名前: _____ 職種: _____)

(6) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画について、第三者評価の有無

あり→(第三者評価を行った機関名: _____) なし

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 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及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、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。）で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・7月報告）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況（既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。）

| 項目名 | 届出年月日 | 項目名 | 届出年月日 |
|--|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 （対1） | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 看護補助加算 （対1） | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 夜間急性期看護補助体制加算 （対1） | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 （対1） | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理 料） | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理 料） | 年 月 日 |

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成____年____月____日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

- (1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
- 看護職員と他職種との業務分担（ 薬剤師 リハビリ職種（理学療法士、作業療法士、言語療法士）
 臨床検査技師 臨床工学技士 病棟クラーク その他（職種））
 - 看護補助者の配置
 - 短時間正規雇用の看護職員の活用
 - 多様な勤務形態の導入
 - 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
 - ア 院内保育所 有___無___（夜間保育の実施 有___無___）
 - イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有___無___
 - ウ 子育て中の夜勤の減免制度 有___無___
 - エ 育児短時間勤務 有___無___
 - オ 他部署等への配置転換 有___無___
 - 夜勤負担の軽減 有___無___
 - ア 長時間夜勤の是正 有___無___
 - イ シフト間隔の確保 有___無___
 - ウ 夜勤従事者数の増員 有___無___
 - エ 月の夜勤回数の上限定 有___無___
 - その他
- (2) 看護職員の勤務時間の把握等
- 勤務時間（平均週 時間（うち、残業 時間））
 - 2交代の夜勤に係る配慮（ 勤務後の暦日の休日の確保 夜勤配置する看護職員の増員
 - 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 16時間未満となる夜勤時間の設定
 - その他（具体的に：）
 - 3交代の夜勤に係る配慮（ 夜勤後の暦日の休日の確保 残業が発生しないような業務量の調整
 - 日勤深夜、準夜日勤のシフトの回避
 - その他（具体的に：）
- (3) 職員等に対する周知（有___無___）
具体的な周知方法（）
- (4) 業務分担推進のための委員会又は会議
ア 開催頻度（ 回/年）
イ 参加人数（平均 人/回）参加職種（）
- (5) 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者（労働時間管理者）（名前： 職種：）

〔記載上の注意〕

- 1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し（様式自由）を添付すること。
- 2 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算及び看護補助加算、看護職員配置加算及び看護補助者配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。
- 3 勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|------------------------------------|---|
| 臨床研修病院の種別 (該当するものに○) | 基幹型 協力型 |
| 指 定 年 月 日 (大学病院は不要) | 年 月 日 |
| ① 医療法に定める医師の標準数及び届出時の医師数 | |
| ② 病床数 | 床 (病床数を10で除した数_____) |
| ③ 年間入院患者数 | 人 (年間入院患者数を100で除した数_____) |
| ④ 研修医の数 | 1年目 人、2年目 人、計_____人 |
| ⑤ 指導医の数 (臨床経験が7年目以上の者) | 人 |
| ⑥ 研修医と指導医の比率(④/⑤) | |
| ⑦ 研修管理委員会の設置の有無 | |
| ⑧ 保険診療に関する講習年月日 (協力型臨床研修病院を除く。) | 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 ※以下、実施年月日を同様に記載 |

[記載上の注意]

- 届出前1年間における研修医受け入れ実績(期間、人数)が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降1年間における研修医受け入れ状況(予定期間、予定人数)が確認できる文書を添付すること。
- 基幹型臨床研修病院である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降1年間における講習予定年月を記載すること。

臨床研修病院入院診療加算（歯科診療に係るもの）の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|------------------------------------|--|
| 臨床研修施設の種別 (該当するものに○) | 単独型臨床研修施設・管理型臨床研修施設・協力型臨床研修施設 |
| 指 定 年 月 日 (大学病院は不要) | 年 月 日 |
| ① 医療法に定める歯科医師の標準数及び届出時の歯科医師数 | |
| ② 研修歯科医の数 | 計 人 |
| ③ 指導歯科医の数 | 人 |
| ④ 研修歯科医と指導歯科医の比率 (②/③) | |
| ⑤ 研修管理委員会の設置の有無 | |
| ⑥ 保険診療に関する講習年月日 (協力型臨床研修施設を除く。) | 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 ※以下、実施年月日を同様に記載 |

[記載上の注意]

- 届出前1年間における研修歯科医受け入れ実績(期間、人数)が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、当該届出以降1年間における研修歯科医受け入れ状況(予定期間、予定人数)が確認できる文書を添付すること。
- 単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設である場合には、保険診療に関する講習の実績が確認できる文書を添付すること。ただし、実績がない場合には、「保険診療に関する講習年月日」は、当該届出以降1年間における講習予定年月を記載すること。

救急医療管理加算2に係る報告書(7月報告)

集計期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

| | |
|---------------------------|---|
| ① 1年間の救急医療管理加算1、2の合計算定患者数 | 人 |
| ② うち、救急医療管理加算2の算定患者数 | 人 |
| ③ 救急医療管理加算2の割合(②/①) | % |

| ④ 救急医療管理加算2の算定患者の内訳 | | |
|-------------------------------------|----|-----|
| 疾病コード (※DPCコードの <u>上6桁</u> を用いる) | 名称 | 患者数 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |
| | | 人 |

[記入上の注意]

- 「救急医療管理加算2の算定患者の内訳」については、直近1年間に入院したすべての患者について記載すること。
- 2 疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名をDPCコードで分類し、記載すること。
 - 3 名称については、疾病コードごとに当該DPCコード上6桁の名称を記載する。

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---------|-----------------|
| 専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤医師に係る事項 | 医 師 氏 名 | 脳卒中の診断及び治療の経験年数 |
| | | 年 |
| 薬剤師の常時配置の有無 | 有 ・ 無 | |
| 診療放射線技師の常時配置の有無 | 有 ・ 無 | |
| 臨床検査技師の常時配置の有無 | 有 ・ 無 | |
| 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等 | | |
| 救急蘇生装置 | | 台 |
| 除細動器 | | 台 |
| 心電計 | | 台 |
| 呼吸循環監視装置 | | 台 |
| 当該医療機関に常設されているCT撮影装置、MRI撮影装置、脳血管造影装置の名称・台数等 | | |
| CT撮影装置 | | 台 |
| MRI撮影装置 | | 台 |
| 脳血管造影装置 | | 台 |

[記載上の注意]

- 1 専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験が確認できる文書を添付すること。
- 2 日本脳卒中学会等が行う、脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会等の受講が確認できる文書を添付すること。

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

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

2 分娩室

| | |
|-----|-------|
| 分娩室 | 有 ・ 無 |
|-----|-------|

※ 分娩室は、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。

診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 診療録管理体制加算の届出区分
(該当区分に○をつけること)

| | | |
|------|---|------|
| 加算 1 | ・ | 加算 2 |
|------|---|------|

- 2 中央病歴管理室

| | |
|-----|--|
| 場 所 | |
|-----|--|

- 3 診療録管理部門の有無 (有 ・ 無)

- 4 診療規則管理委員会の設置

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

- 5 診療記録の保管・管理のための規定の有無 (有 ・ 無)

- 6 診療記録が疾病別に検索・抽出できる体制 (有 ・ 無)

以下の項目は加算 1 を届け出ている場合に記入すること

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

7 専任の診療録管理者

| | | | | |
|-----|----|----|-----------------|--------------|
| | 専任 | 専従 | 直近1年間の 退院患者数 | 年 月 ~ 年 月 |
| 常勤 | 名 | 名 | | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | | |

8 疾病統計に用いる疾病分類

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

9 全患者に対する退院時要約の作成（加算1を届け出ている場合に記入すること）

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

10 患者に対する診療情報の提供

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

[記載上の注意]

- 1 中央病歴管理室の配置図及び平面図を添付すること。
- 2 「3」で有とした場合は、当該診療録管理部門がわかる組織図を添付すること。
- 3 「4」は、「3」で無とした場合に記載すること。
- 4 診療記録の保管・管理のための規定を添付すること。
- 5 「7」は、診療記録管理者の氏名及び勤務形態（常勤・非常勤、専任・専従）がわかる文書を添付すること。
- 6 「10」は、どのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

医師事務作業補助体制加算 1、2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 医師事務作業補助体制加算の届出区分 (該当区分に○をつけること。)

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| 医師事務作業補助体制加算 | 1 | ・ | 2 |
| | 15 対 1 ・ 20 対 1 ・ 25 対 1 ・ 30 対 1 ・ 40 対 1 ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 100 対 1 | | |

2 医師事務作業補助者の配置

| | |
|--|-----|
| ① 保険医療機関の届出病床数 (一般病床) ※一般病床のうち許可病床数から届出休床病床数の除いたもの。 | 床 |
| ② 保険医療機関の届出病床数 (精神病床) ※精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料 1、精神科救急・合併症入院料算定病床で届出を行う時には、これら入院料の届出病床数の合計を記載すること。 | 床 |
| ③ 医師事務作業補助者の数 ※①+② / (④で記載した値) で小数点第一位を四捨五入した数以上であること。 | 名 |
| ④ 医師事務作業補助者の配置 | : 1 |

3 医師事務作業補助者の病棟又は外来における勤務状況

| | |
|---------------------------|----|
| ① 延べ勤務時間数 (1週間) | 時間 |
| ② うち病棟又は外来での延べ勤務時間数 (1週間) | 時間 |
| ③ ② / ① (80%以上) | % |

4 医師事務作業補助者の配置責任者

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

5 医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

| | |
|----------------------------|----------|
| 最低 6 ヶ月間の研修計画を作成している | はい ・ いいえ |
| 上記研修期間内に 3 2 時間の研修を行う計画がある | はい ・ いいえ |

6 院内規定の整備について（満たしているものに○をつける）

| | |
|---|---|
| ① | 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。 |
| ② | 院内計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。 |
| ③ | 医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき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。 |
| ④ | 診療記録の記載について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |
| ⑤ | 個人情報保護について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。 |
| ⑥ | 院内に電子カルテシステム又はオーダーリングシステムを導入しており、そのシステム上において、7の③に規定する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、以下の院内体制を整備している（次の事項を満たしている場合に□に✓をつけること）。 |
| | <p>電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき院内規程を文書で整備している。</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）</p> <p><input type="checkbox"/> 電子カルテシステムのみ</p> <p><input type="checkbox"/> オーダリングシステムのみ</p> |

7 急性期医療に関する事項

| | | | |
|---|--------------------------------|----|---|
| ① | 第三次救急医療機関 | | |
| ② | 総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | | |
| ③ | 小児救急医療拠点病院 | | |
| ④ | 年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |
| ⑤ | 災害拠点病院 | | |
| ⑥ | へき地医療拠点病院 | | |
| ⑦ | 地域医療支援病院 | | |
| ⑧ | 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |
| ⑨ | 年間の全身麻酔による手術件数が800件以上の実績を有する病院 | 年間 | 件 |
| ⑩ | 年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院 | 年間 | 名 |

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：

年 月 日～ 年 月 日）

[記載上の注意]

- 1 届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。
- 2 「3」については、様式18の2「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。
- 3 「5」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。
- 4 「6」の①については、様式13の2「病院勤務医の負担軽減に対する体制」及び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写しを添付すること。
- 5 「6」の②から⑤については、計画書及び院内規程文書の写しを添付すること。
- 6 「6」の⑥については、院内規程文書の写しを添付し、併せて、院内における電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。
- 7 15対1又は20対1補助体制加算を届け出る場合には「7」の①～④のいずれかを満たすこと。25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には、①～⑨のいずれかを満たすこと。50対1、75対1又は100対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。
- 8 年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近1年間の実績を記載すること。
- 9 「7」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。

| | | | |
|----|---------|--|--|
| | 月 : 木 : | | |
| | 火 : 金 : | | |
| | 水 : 土 : | | |
| | 日 : | | |
| | 月 : 木 : | | |
| | 火 : 金 : | | |
| | 水 : 土 : | | |
| | 日 : | | |
| | 月 : 木 : | | |
| | 火 : 金 : | | |
| | 水 : 土 : | | |
| | 日 : | | |
| 合計 | — | | |

[記載上の注意]

1. 医療従事者として勤務している看護職員は医師事務作業補助者として届出することはできない。
2. 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。
3. 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。

様式 18 の 3

急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|---|-----|
| 区分 | 急性期看護補助体制加算 ， 看護職員夜間配置加算 | |
| 1 次の区分のいずれかに該当する病院 （該当する区分の全てに○をつけること。） | | |
| 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 期 間 : 年 月～ 年 月 緊急入院患者数 : 名 | | |
| ② 総合周産期母子医療センターを有する医療機関 | | |
| 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受入人数 | | 人／年 |
| うち入院患者数 | | 人／年 |
| 3 急性期看護補助体制加算等の区分 | 25 対 1 ， 50 対 1 ， 75 対 1, 看護職員夜間配置加算 | |
| 4 急性期看護における適切な看護補助の あり方に関する院内研修の実施状況 | 実施日： 月 日（複数日ある場合は複数日） | |
| 研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・ | | |

[記載上の注意]

- 「1」の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急入院患者数が分かる資料を添付すること。
- 「1」の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたこと分かる資料を添付すること。
- 「4」の急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修の実施状況（院内研修の実施日、研修内容、参加者名簿等）について具体的な内容が確認できる書類を添付すること。
- 看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。
- 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる書類を添付すること。

障害者施設等入院基本料
 特殊疾患入院施設管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

療養環境加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 届出事項 | 届出病床の内訳 | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 重症者等療養環境特別加算に係る病床 | 個室 床 | |
| | 2人部屋 床 | |
| 入院患者数及び重症者数 | ①一般病棟における1日平均入院患者数 名 | (届出前1年月) 年月 ～年月 |
| | ②一般病棟における1日平均重症者数 名 | (直近1ヶ月間) 年月 ～年月 |
| | 割合 (②/①) × 100 % | |

[記載上の注意]

- 1 様式 23 の 2 を添付すること。
- 2 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及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

期間 年 月 日 ~ 年 月 日

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

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

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

[記載上の注意]

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

様式 24 の 2

1 届出に係る [] 病棟の概要 (病棟ごとに記載すること。)

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

2 届出に係る病棟設備の概要 (精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。)

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

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

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

[記載上の注意]

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

様式 24 の 3

療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画（7月報告）

療養環境の改善計画の概要（病棟ごとに記載すること。）

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

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

1 従事者の概要

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

[記載上の注意]

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

2 届出に係る病床の概要

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

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

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

[記載上の注意]

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

様式 25 の 2

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画（7月報告）

療養環境の改善計画の概要

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

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|--|--|
| 1 標榜診療科 | |
| 2 重症皮膚潰瘍管理を行う、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師氏名 | |

| | | |
|--|---------|--|
| 褥瘡対策の実施状況 | | |
| ①褥瘡対策チームの設置状況等 | | |
| 従事者 | 専任医師名 | |
| | 専任看護職員名 | |
| 活動状況（施設内での指導状況等） | | |
| ②褥瘡に関する危険因子の評価の実施状況 （日常生活の自立度が低い入院患者対象） | | |

[記載上の注意]

- 1 「1」の標榜診療科は、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科のいずれかであること。
- 2 褥瘡対策については届出前1か月の状況を記載すること。

様式 26 の 2

無菌治療室管理加算の施設基準に係る届出添付書類

| 届 出 事 項 | 空調設備方式・空気清浄度等 | 病 床 数 |
|----------------------|---------------|-------|
| 無菌治療室管理加算 1 に係る病床 | | 床 |
| 無菌治療室管理加算 2 に係る病床 | | 床 |

[記載上の注意]

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

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区 分 | 氏 名 | 専従・専任 | 研修受講 |
|--------------------|-----|-------|------|
| 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常勤医師 | | | □ |
| ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 | | | □ |
| エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 | | | □ |

□ 注2に規定する点数を算定する場合

2 症状緩和に係るカンファレンス

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

3 患者に対する情報提供

4 外部評価について（該当するものに○を付ける。）

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

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のア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年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了していること、イは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及び緩和ケアに関する研修の修了していることが確認できる文書を添付すること。
また、ウは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ことが確認できる文書を添付すること。
研修受講とは医師については緩和ケアに関する研修の受講をいい、看護師については緩和ケア病棟等における研修の受講をいう。
- 2 「3」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 3 緩和ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 4 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又はがん診療の拠点となる病院若しくはそれらに準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 5 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。なお、「1」のア及びイの医師は、基本的には緩和ケア病棟入院料を算定する病棟内で緩和ケアを担当する医師とは兼任できないことから、当該担当する医師とは異なる医師であることがわかるように備考欄に記載すること。また、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームと兼任する場合は、その旨がわかるように備考欄に記載すること。
- 6 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 7 注2に規定する点数を算定する場合は、「1」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区 分 | 氏 名 | 研修受講 |
|-------------------------|-----|------|
| ア 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師 | | □ |
| イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師 | | □ |
| ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師 | | |

2 症状緩和に係るカンファレンス

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

3 夜間の看護職員配置

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

4 患者に対する情報提供

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

〔記載上の注意〕

- 「1」のア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1年以上の経験及び緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。
また、イは3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の有無が確認できる文書を添付すること。
研修受講とは緩和ケアに関する研修の受講をいう。
- 「4」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

〔記載上の注意〕

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

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

[記載上の注意]

- 1 医師の現員数は、届出時の数を記入すること。
- 2 医療法における標準の医師数は、医療法施行規則第19条第1項第一号（同号中「精神病床及び療養病床」とあるのは「療養病床」とする。）に定める医師の員数を記入すること。
（精神病床において16名の入院患者に対して医師1名として計算すること。）
- 3 平成7年9月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に定められた精神科救急医療施設であることを示す書類を添付すること。

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

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

2 実績に係る要件

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

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の体制に係る要件

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

[記載上の注意]

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

様式 3 2

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| 区 分 | 氏 名 | 常勤・非常勤 | 研修受講 |
|---|-----|--------|------|
| ア 精神科の医師 | | | |
| イ 精神科等の経験を有する常勤看護師 | | | □ |
| ウ 精神医療に経験を有するその他の者 （薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者） | | | |

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

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

3 精神症状の評価等に係る回診

| 開催頻度 | 1日当たり 平均症例数 | 構成メンバー及び 職種毎の参加人数 |
|------|----------------|----------------------|
| 回／週 | 概ね 症例 | |

4 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
| |

[記載上の注意]

- 「1」のアは精神科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは3年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については該当する職種に○をし、3年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」及び「3」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 「4」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 様式13の2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する区分を○で囲うこと。

| 区分 |
|---|
| ア 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 43 条の 4 に規定する重症心身障害児施設 |
| イ 児童福祉法第 7 条第 6 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 |
| ウ 児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定する病棟 |

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

届出書添付書類

| | 氏名 | 研修受講 |
|--|----|--------------------------|
| 1 当該保険医療機関常勤の精神保健指定医師の氏名（2名以上） | | |
| 2 アルコール依存症に係る研修を修了した医師の氏名 | | |
| 3 看護師の氏名 | | <input type="checkbox"/> |
| 4 作業療法士の氏名 | | <input type="checkbox"/> |
| 5 精神保健福祉士又は臨床心理技術者の氏名 | | <input type="checkbox"/> |
| 6 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制 | | |

[記載上の注意]

- 1 「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。
- 2 「3」、「4」又は「5」のうち、いずれか1名はアルコール依存症に係る研修を修了していること。
- 3 「2」及び「3」、「4」又は「5」については、アルコール依存症に係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 体制に係る要件

| | |
|---------------------------------|--|
| 当該病棟で算定している入院基本料等 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する医師名 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する臨床心理技術者名 | |
| 当該保険医療機関において摂食障害治療を担当する管理栄養士名 | |

2 実績に係る要件

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

[記載上の注意]

実績に係る要件の患者数は届出前 1 年間の患者数を記載すること。

様式 33

がん診療連携拠点病院加算・がん治療連携管理料
の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---------|---|
| 届出を行う加算 | がん診療連携拠点病院加算 がん治療連携管理料 (該当するものを○で囲むこと) |
| 指定年月日 | 年 月 日 |

[記載上の注意]

「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号) に定められたがん診療連携拠点病院であることを示す書類を添付すること。

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 基本情報

| 入院基本料の区分 | 看護配置 | 稼働病床数 |
|----------------------|---|-------|
| 一般病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15対1入院基本料 | 床 |
| 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合) | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料 | 床 |
| 専門病院入院基本料 | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 | 床 |
| 療養病棟入院基本料 | <input type="checkbox"/> 20対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 25対1入院基本料 | 床 |

注2に規定する点数を算定する場合

2 栄養サポートチームに係る構成員

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

3 栄養管理に係るカンファレンス

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

4 栄養管理に係る回診

| 開催頻度 | 1日当たり 平均症例数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|----------------|------------------|
| 回/週 | 概ね 症例 | |

5 患者に対する情報提供体制

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

6 保険医等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
| |

7 他チームとの合同カンファレンスの実施状況

| チーム | 開催頻度 | 構成メンバー |
|--------------|-----------|--------|
| 褥瘡対策チーム | 概ね 回/月 | |
| 感染対策チーム | 概ね 回/月 | |
| 緩和ケアチーム | 概ね 回/月 | |
| 摂食・嚥下対策チーム | 概ね 回/月 | |
| その他()チーム | 概ね 回/月 | |

[記載上の注意]

- 1 「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。
- 2 3及び4については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 3 「5」「6」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にカンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出に当たり必須ではない。
- 5 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 6 第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
- 7 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 8 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く)の一般病棟において、算定可能
- 9 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

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

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

[記載上の注意]

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

感染防止対策加算〔 〕に係る届出書添付書類

1 感染防止対策チーム（□には適合する場合「V」を記入すること。）

| 区分 | 氏 名 | 専従・専任 | 経験年数 | 研修 |
|-----------------------------------|-----|-------|------|----|
| 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 | | | 年 | / |
| | | | 年 | / |
| イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師 | | | 年 | □ |
| | | | 年 | □ |
| 区分 | 氏 名 | | 勤務年数 | |
| ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師 | | | 年 | |
| | | | 年 | |
| エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師 | | | 年 | |
| | | | 年 | |

2 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
| | |

3 抗菌薬適正使用のための方策

4 連携保険医療機関名

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

5 サーベイランス事業の参加状況

事業名：（ ）

[記載上の注意]

- 1 「1」のアに掲げる医師の感染症対策に係る3年以上の経験が確認できる文書、感染防止対策加算1の届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 3 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに院内感染防止対策チームの業務内容が明記された文書を添付すること。(医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。)
- 4 「3」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。
- 5 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 6 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2を算定する医療機

関名を記載し、感染防止対策加算2を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。

7 「5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。

感染防止対策地域連携加算に係る届出書添付書類

1 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

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

2 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

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

[記載上の注意]

- 「1」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「2」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1」、「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。ただし、実施保険医療機関の変更があった場合には改めて届出を行うこと。

患者サポート体制充実加算に係る届出書添付書類

1 相談窓口配置される職員（□には、適合する場合「V」を記入すること。）

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

2 患者支援に係るカンファレンス

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

3 患者に対する情報提供

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

[記載上の注意]

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

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 専従の褥瘡管理者

| 氏 名 | 勤 務 時 間 | 所属部署・診療科等 | 専任 |
|-----|---------|-----------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。

イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。

ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。

エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。

オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

[記載上の注意]

- 1 専従の褥瘡管理者の5年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
- 2 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を2人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 3 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 4 注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従でなくても差し支えない。

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

| 褥瘡対策の実績（報告月の前月の1ヶ月間の実績・状況） | | |
|----------------------------|---|-----------------------|
| ① 入院患者数（報告月の前月の1ヶ月間の入院患者数） | | |
| ② ①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数 | | 名 |
| ③ ②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数 | | 名 |
| 褥瘡ハイリスク項目 | 1. ショック状態のもの | 名 |
| | 2. 重度の末梢循環不全のもの | 名 |
| | 3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの | 名 |
| | 4. 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの | 名 |
| | 5. 特殊体位による手術を受けたもの | 名 |
| | 6. 強度の下痢が続く状態であるもの | 名 |
| | 7. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など） | 名 |
| | 8. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの | 名 |
| ④ ③の患者の褥瘡の重症度 | | |
| | 入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況） | 院内発生した褥瘡（③の患者の発見時の状況） |
| d1 | 名 | 名 |
| d2 | 名 | 名 |
| D3 | 名 | 名 |
| D4 | 名 | 名 |
| D5 | 名 | 名 |
| DU | 名 | 名 |
| ⑤ 本加算を算定した人数 | | 名 |

[記載上の注意]

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

数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。

5 ④については、③の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の入院時の褥瘡の重症度及び院内発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

{
}
 ハイリスク妊娠管理加算
 ハイリスク分娩管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

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

2 年間分娩件数

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

[記載上の注意]

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

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

| | 氏名 | 診療科 | 勤務形態 |
|---|----|-----|--------|
| 1 | | | 常勤・非常勤 |
| 2 | | | 常勤・非常勤 |
| 3 | | | 常勤・非常勤 |
| 4 | | | 常勤・非常勤 |
| 5 | | | 常勤・非常勤 |

※ ハイリスク妊娠管理加算では、1名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、3名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

4 常勤の助産師

| | 氏名 |
|---|----|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

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

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

| | |
|---|---------------------|
| 退院調整加算 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2 新生児特定集中治療室退院調整加算 3 | の施設基準に係る 届出書添付書類 |
|---|---------------------|

※該当する届出事項を○で囲むこと

| | |
|-----------------------------|--------------|
| 退院に係る調整及び支援に 関する部門の設置の有無 | (有 無) |
|-----------------------------|--------------|

1. 退院調整に従事する職員

| | 氏 名 | 専従・専任 | 職 種 | 経験年数 |
|---------------------|-----|-------|-----|------|
| 退院調整に関する 経験を有する者 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料（1、2又は3） |
| <input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター |
| <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター |

〔記入上の注意〕

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を認める文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。

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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

| | |
|--|---------|
| 1 紹介元医療機関について | |
| ・ 保険医療機関の名称 | ・ 連絡先 |
| ・ 開設者名 | ・ 担当医師名 |
| 2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ A 205 救急医療管理加算 ・ A 300 救命救急入院料 ・ A 301 特定集中治療室管理料 ・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 ・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・ A 301-4 小児特定集中治療室管理料 | |

2 受入医療機関

| | |
|--------------|---------|
| 1 受入医療機関について | |
| ・ 保険医療機関の名称 | ・ 連絡先 |
| ・ 開設者名 | ・ 担当医師名 |

3 連携保険医療機関

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

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式39の3

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

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

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

2 受入医療機関

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

3 連携保険医療機関

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

[記載上の注意]

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

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

総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

常勤医師の氏名等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

| | 常勤医師の氏名 | 高齢者の診療に関する経験年数 | 研修受講 | ワークショップ受講 |
|------|---------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 合計人数 | | 名 | | |

[記載上の注意]

- 1 高齢者の診療に関する経験年数については、介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数を記載すること。
- 2 総合評価加算に係る研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。なお、届け出に当たっては、当該研修を修了していることを確認できる文書を添付すること。

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 呼吸ケアに係る専任チーム

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

2 呼吸ケアチームによる活動状況 (年 月 ~ 年 月 (カ月間))

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

[記載上の注意]

- 1 「1」のア、ウ、エはそれぞれの経験が確認できる文書を添付すること。
また、イは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ていることが確認できる文書を添付すること。
- 2 専任チームの医師、看護師、臨床工学技士または理学療法士が複数名いる場合は、それぞれについて全て必要な文書を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①~④は実績がある場合に記載すること。

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

| | |
|-----|---------------------------|
| () | 後発医薬品使用体制加算 1（30%以上） |
| () | 後発医薬品使用体制加算 2（20%以上30%未満） |

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

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

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

| | | |
|-------------------------|--|----|
| ① 全ての医薬品の採用品目数 （②+③） | | 品目 |
| ② 後発医薬品の採用品目数 | | 品目 |
| ③ 後発医薬品以外の採用品目数 | | 品目 |
| 後発医薬品の採用割合 （②/①） | | % |

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表3の②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表3の③に該当する品目の一覧表）を添付すること。
 なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。
 また、上表3の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成24年3月5日（保医発0305第14号）を参照すること。
- 3 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格A列4番の用紙1枚当たり、50品目程度を目安に記載して添付すること。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟薬剤業務の実施体制

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

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

3 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

4 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

5 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「1」については、入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院基本料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 別添7の様式20により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導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 「2」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 4 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 5 「4」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 6 「5」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 7 上記「2」から「5」に係る業務手順書を添付すること。
- 8 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

D P Cデータ提出開始届出書

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

- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- 「D P C導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。
- D P Cデータ作成対象病棟のデータを提出する体制を整備したこと。

2. 病床数^(※2)

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

3. データ作成開始日^(※3)

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

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

| 事 項 | 担 当 者 1 ^(※4) | 担 当 者 2 ^(※4) |
|-------------|-------------------------|-------------------------|
| 保険医療機関名 | | |
| 所 属 部 署 | | |
| 役 職 | | |
| 氏 名 | | |
| 電 話 番 号 | | |
| F A X 番 号 | | |
| E - m a i l | | |

(注意事項)

※1 施設基準を全て満たした上で届出を行う病院は、データ作成を開始する月の前月の20日までに地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

なお、平成26年3月31日までに当該加算の届け出を行っている病院が、DPCデータ作成対象病棟(第1節の入院基本料、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術基本料(A400短期滞在手術等基本料1を除く。))のデータを提出する場合には当該届出書を提出すること。

※2 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。

※3 データ作成開始日は、データ作成開始月の初日を記載すること。

※4 担当者2名について、DPC対象病院及びDPC準備病院は、「DPC導入の影響調査に関する調査」に係る連絡担当者としてDPC調査事務局に登録している担当者を記載すること。

D P C フォーマットデータ提出開始届出書 (別紙)

保険医療機関名 :

所在地住所 :

1. A207 診療録管理体制加算に関する施設基準 (要件を満たしていない項目をチェックすること。)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> (1) 診療記録 (過去 5 年間の診療録並びに過去 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。<input type="checkbox"/> (2) 中央病歴管理室が設置されていること。<input type="checkbox"/> (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。<input type="checkbox"/> (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。<input type="checkbox"/> (5) 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。<input type="checkbox"/> (6) 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。<input type="checkbox"/> (7) 入院患者についての疾病統計には、I C D 大分類程度以上の疾病分類がされていること。<input type="checkbox"/> (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。<input type="checkbox"/> (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、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。 |
|--|

2. 上記要件を満たすための計画

| | |
|----------------------|----------|
| | |
| A207 診療録管理体制加算の届出予定日 | 平成 年 月 日 |

(注意事項)

- ※ 1 計画の達成期限及びA207 診療録管理体制加算の届出予定日を必ず記載すること。
- ※ 2 計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。
- ※ 3 A207 診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

データ提出加算に係る届出書

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

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

「DPC導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 病床数^(※1)

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

3. 届出を行う項目^(※2)

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> データ提出加算1 | <input type="checkbox"/> イ（200床以上） |
| | <input type="checkbox"/> ロ（200床未満） |
| <input type="checkbox"/> データ提出加算2 | <input type="checkbox"/> イ（200床以上） |
| | <input type="checkbox"/> ロ（200床未満） |

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(注意事項)

- ※1 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。
- ※2 入院データを提出する場合はデータ提出加算1、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算2を届け出ること。
- ※3 厚生労働省保険局医療課より通知された区分について通知された文書（写）を本届出書に添付すること。
なお、当該加算を平成26年3月31日までに届け出ている場合は、通知された文書（写）の添付は不要であること。

データ提出加算に係る辞退届

(辞退理由)

当院は、上記理由により、データ提出加算に係る届出を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先) 担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※ 本退出届は、必要に応じて中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。
- ※ 本届出を行った翌月の初日より1年間は、再度データ提出加算の届出はできない。
- ※ 1年経過した後に再度データ提出を行う場合にあつては、様式40の5「DPCデータ提出開始届出書」に加え、データを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

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

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

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

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

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|--|--------------|-------|-------------------|-------------------|---------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日 勤 名 | 当 直 名 | そ の 他 名 |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | | |
| | 看 護 師 | | 日 勤 名 | 準 夜 勤 名 | そ の 他 名 |
| 当該治療室 の 概 要 | 病 床 面 積 | 病 床 数 | 1 床 当 た り の 床 面 積 | 1 日 平 均 取 扱 患 者 数 | |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 | |
| バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等 | | | | | |
| 当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの) | | | | | |
| 救 急 蘇 生 装 置 | | | | | |
| 除 細 動 器 | | | | | |
| ペ ー ス メ ー カ ー | | | | | |
| 心 電 計 | | | | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | | | | |
| 呼 吸 循 環 監 視 装 置 | | | | | |
| 人 工 呼 吸 装 置 | | | | | |
| 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 | | | | | |
| 酸 素 濃 度 測 定 装 置 | | | | | |
| 光 線 療 法 器 | | | | | |
| 微 量 輸 液 装 置 | | | | | |
| 超 音 波 診 断 装 置 | | | | | |
| 心 電 図 モ ニ タ ー 装 置 | | | | | |
| * 自 家 発 電 装 置 | | | | | |
| * 電 解 質 定 量 検 査 装 置 | | | | | |
| * 血 液 ガ ス 分 析 装 置 | | | | | |
| 救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。) | | | | | |
| 1 高度救命救急センターである。 | | | | | |
| 2 充実段階がAである。 | | | | | |
| 3 充実段階がBである。 | | | | | |
| 4 新規開設のため、充実度評価を受けていない。 | | | | | |
| 救命救急入院料3、救命救急入院料4及び特定集中治療室管理料2に係る事項 (施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している。 (再掲) 広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名 | | | | | |
| 小児加算に係る事項 (小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。 (再掲) 専任の小児科医師数 名 | | | | | |
| 特定集中治療室管理料1又は2に係る事項 (施設基準に該当する場合○をすること。) | | | | | |
| () 特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 (再掲) 経験を有する医師数 名 | | | | | |
| () 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。 専任の臨床工学技士数 名 | | | | | |

[記載上の注意]

- [] 内には、届出事項の名称 (救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4のいずれか) を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。

- 4 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。

なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。

- 5 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 42 の 2

[] の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|--|--------------|---|-----------|-----------|-------|
| 当該治療室 の従事者 | 専 任 医 師 | | 日勤 名 | 当直 名 | その他 名 |
| | 当該病院に勤務する麻酔医 | | 名 | | |
| | 看 護 師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 | その他 名 |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 | |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 | |
| バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等 | | | | | |
| 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数(注1) | 名 | 直近1年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数(注1) | 件 | | |
| 直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数(注2) | 名 | | | | |
| 当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの) | | | | | |
| 救 急 蘇 生 装 置 | | | | | |
| 除 細 動 器 | | | | | |
| ペ ー ス メ ー カ ー | | | | | |
| 心 電 計 | | | | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | | | | |
| 呼吸循環監視装置 | | | | | |
| 人工呼吸装置 | | | | | |
| 新生児用人工換気装置 | | | | | |
| 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置 | | | | | |
| 酸素濃度測定装置 | | | | | |
| 光線療法器 | | | | | |
| 微量輸液装置 | | | | | |
| 分娩監視装置 | | | | | |
| 超音波診断装置 | | | | | |
| 心電図モニター装置 | | | | | |
| * 自家発電装置 | | | | | |
| * 電解質定量検査装置 | | | | | |
| * 血液ガス分析装置 | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 [] 内には、届出事項の名称(新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料)又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか)を記入すること。

- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別業とすること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 6 注 1 については、新生児特定集中治療室管理料 1 又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 7 注 2 については、新生児特定集中治療室管理料 2 を届け出る場合のみ記載すること。

特定集中治療室管理料の
施設基準に係る届出書添付書類

| 治療室名 | | | 備考 |
|---------|--------------------------|---|------------------------------|
| 病床数 | | 床 | 入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月 |
| 入室患者の状況 | ① 入室患者延べ数 | 名 | |
| | ② ①のうち重症者、医療・看護必要度の延べ数 | 名 | |
| | 重症者、医療・看護必要度の割合 (②/①) | % | |

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病棟ごとに作成すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入室患者延べ数に含めない。
- 3 重症者、医療・看護必要度とは、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、かつ患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 4 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | |
|--|--------------------------------|-----|-----------|-----------|------|
| 当該治療室 の従事者 | 専任医師 | | 日勤名 | 当直名 | その他名 |
| | 専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師 | | 名 | | |
| | 当該病院に勤務する小児科医 | | 名 | | |
| 当該治療室 の概要 | 病床面積 | 病床数 | 1床当たりの床面積 | 1日平均取扱患者数 | |
| | 平方メートル | 床 | 平方メートル | 名 | |
| バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等 | | | | | |
| 当該治療室に常時設置されている装置・器具の名称・台数等 (*は当該病院内に設置されているもの) | | | | | |
| 救急蘇生装置 | | | | | |
| 除細動器 | | | | | |
| ペースメーカー | | | | | |
| 心電計 | | | | | |
| ポータブルエックス線撮影装置 | | | | | |
| 呼吸循環監視装置 | | | | | |
| 対外補助循環装置 | | | | | |
| 急性血液浄化療法に必要な装置 | | | | | |
| * 自家発電装置 | | | | | |
| * 電解質定量検査装置 | | | | | |
| * 血液ガス分析装置 | | | | | |
| 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数 | 転院時において前医において算定されていた入院料(注1) | | | | |
| | 救命救急入院料 | | | 名 | |
| | 特定集中治療室管理料 | | | 名 | |
| | 転入時において前医において算定された診療報酬(注1) | | | | |
| 救急搬送診療料 | | | 名 | | |
| 24時間以内に人工呼吸を実施した患者 | | | 名 | | |

[記載上の注意]

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 勤務医の負担軽減策の検討状況として、様式 13 の 2 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図(面積等がわかるもの。)を添付すること。
- 6 注 1 については、どちらかを記載すればよい。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ハイケアユニット入院医療管理料 | 1 , 2 |
| 専任の常勤医師名 | |
| 一般病棟の平均在院日数 (≤ 19 日であること) | 日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日) |
| 当該治療室の病床数 | 床 |
| 当該治療室の入院患者の状況 | 入室患者延べ数の算出期間 (1 カ月) 年 月 |
| 入室患者延べ数① | 名 |
| ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者延べ数 ② | 名 |
| 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 ②/① | % |
| 当該治療室の看護師数 | 名 |
| 当該治療室の勤務体制 | 日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名 |
| 当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等 | |
| 救急蘇生装置 | |
| 除細動器 | |
| 心電計 | |
| 呼吸循環監視装置 | |

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院し、当該入院料を算定した患者の延べ数をいう。また、退院した日については、入院患者延べ数に含めない。
- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、モニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」、かつ患者の状況等に係る得点が「7点以上」である患者をいう。
- 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。

- 5 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式 20 を添付すること。なお、届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 6 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出書の写しを添付すること。
- 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、届出前1か月の各治療室の勤務計画表(勤務実績)及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|----------------------------|-----------|---|---|
| 1 病棟名及び治療回復室（番号） | | | |
| 病 床 数 | | 床 | 床 |
| 専任の小児科の常勤医師数 | | 名 | |
| 看 護 師 現 員 数 | 治 療 室 勤 務 | 人 | 人 |
| | 治療室以外との兼任 | 人 | 人 |
| | 合 計 | 人 | 人 |

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

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務計画表（勤務実績）及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

- 1 様式 5 から 9 を添付すること。なお、様式 9 に合わせ日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 2 感染症法第 6 条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

小児入院医療管理料 4 の施設基準に係る届出書添付書類

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

* 1日平均入院患者数（直近1年間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

* 平均在院日数（直近3月間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

[記載上の注意]

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

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 区分 | 病棟名 | 保育士名 | プレイルーム面積(m ²) |
|----|-----|------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[記載上の注意]

- 1 プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 2 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|------------|---|--------------|---------|
| 入院患者の構成 | 平均数算出期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| | 当該病棟の1日平均入院患者数 ① | | 名 |
| | 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ② | | 名 |
| | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③ | | 名 |
| | 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④ | | 名 |
| | 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤ | | 名 |
| | 股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥ | | 名 |
| | ②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦ | | 名 |
| | 小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧ | | 名 |
| | 入院患者の比率 ⑧／① | | % |
| 常勤従業者 | 職 種 | 氏 名 | 専従・専任 |
| | 医 師 | | |
| | 理学療法士 | | |
| | 作業療法士 | | |
| | 言語聴覚士 | | |
| | 社会福祉士等 | | |
| 病棟の面積 | 平方メートル（1床当たり面積 | | 平方メートル） |
| 病室部分の面積 | 平方メートル（1床当たり面積 | | 平方メートル） |
| 病室に隣接する廊下幅 | メートル | | |

[記載上の注意]

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 4 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写しを添付すること。
- 5 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 6 様式5から9及び様式20を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6か月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) | (1) 在宅 | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) 他の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (4) (3)を除く病院、有床診療所 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (1)／① | % |
| ③ | 直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数 | 名 |
| ④ | 上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数 | 名 |
| ⑤ | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③ | % |
| ⑥ | 上記③のうち、入院時の看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者の延べ数 | 名 |
| ⑦ | 新規入院患者における看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合 ⑥／③ | % |
| ⑧ | 直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者 | 名 |
| ⑨ | 上記⑧のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者 | 名 |
| ⑩ | 日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 ⑨／⑧ | % |

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

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

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | 休日 | 休日以外 |
|--------------------|---|----|------|
| ⑪ | 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数 | 日 | 日 |
| ⑫ | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv) | 単位 | 単位 |
| 再掲 | i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iii 運動器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| | iv 呼吸器リハビリテーション総単位数 | 単位 | 単位 |
| ⑬ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑫/⑪) | 単位 | 単位 |
| 算出期間における休日・休日以外の日数 | | 日 | 日 |

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 「①」の「(1) 在宅」とは「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」中の区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(3)ア及びイに掲げる施設等と同様である。
- 「⑧」について、地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票における院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。
- 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|------|--|---|
| ① | 直近6か月間における退院患者数 | 名 |
| (再掲) | (1) 在宅 | 名 |
| | (2) 介護老人保健施設 | 名 |
| | (3) 他の回復期リハビリテーション病棟 | 名 |
| | (4) (3)を除く病院、有床診療所 | 名 |
| ② | 在宅復帰率 (1)／① | % |
| ③ | 直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数 | 名 |
| ④ | 上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数 | 名 |
| ⑤ | 新規入院患者における重症者の割合 ④／③ | % |
| ⑥ | 直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者 | 名 |
| ⑦ | 上記⑤のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者 | 名 |
| ⑧ | 日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥ | % |

[記載上の注意]

- 「①」の「(1) 在宅」とは「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」中の区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(3)ア及びイに掲げる施設等と同様である。
- 「⑥」について、地域連携診療計画管理料を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価として見なす。
- 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟〔 〕に係る報告書

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している場合

| | |
|---|---|
| ① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日) | 名 |
| ② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数 | 名 |
| ③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が4点以上改善した人数 | 名 |
| ④ 重症患者回復率(③/②) | % |
| ⑤ ①のうち、入院時に一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA項目の得点が1点以上の患者の数 | 名 |
| ⑥ 在宅復帰率 | % |

2 回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3を算定している場合

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

[記載上の注意]

1、2における「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料における
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

| | | |
|----|---|----|
| ① | 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数 | 日 |
| ② | 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv) | 単位 |
| 再掲 | i 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | ii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| | iv 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数 | 単位 |
| ③ | 1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①) | 単位 |

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)

2. 「注3」に掲げるリハビリテーション充実加算の届出

| | |
|--------|--------|
| ① 届出あり | ② 届出なし |
|--------|--------|

[記載上の注意]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が2単位以上であること。

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

1. 当該病棟における休日の従事者の体制について

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

2. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

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

(算出期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 2 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

| 区分 | | 氏名 | 勤務時間 | 研修受講 |
|----|-------|----|------|------|
| ① | 医師 | | 時間 | □ |
| ② | 社会福祉士 | | 時間 | |

[記載上の注意]

- ①はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。平成27年3月31日までは研修を修了したものとみなす。
- ②は退院調整に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。
- 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

地域包括ケア病棟入院料1・2（どちらかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|--|---|--|--------------------------|---|
| 当該病棟 〔一般・療養〕 | 病棟名 | | | |
| | 病床数 | | 床 | |
| | 看護職員配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助者配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 「注2」に規定する点数の届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| 当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名 | | | (専任となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 | | (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | (専従となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟の状況 | 当該病棟の病室部分の面積 | | (1床当たり面積 m^2) | |
| | ③ 当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間(1か月) 年 月) | | 名 | |
| | ④ ③のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | | 名 | |
| | 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (④/③) | | 名 | |
| | ⑤ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | |
| | 内訳 | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | | 名 |
| | | (2) 介護老人保健施設 | | 名 |
| | | (3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設 | | 名 |
| | | (4) 他院の療養病棟 | | 名 |
| | | (5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | | 名 |
| | | (6) (1)～(5)を除く病院、診療所 | | 名 |
| | ⑥ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | |
| | 内訳 | (7) 自院の療養病棟 | | 名 |
| | | (8) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | | 名 |
| 在宅等へ退出した患者の割合 (① + ③) + ⑤ + ⑧ / ⑤ + ⑥ | | % | | |

| | |
|---------|---|
| 医療機関の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 |
| | 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 |

着工予定 年 月

完成予定 年 月

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9の3を記載し添付すること。
- 3 データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 4 当該病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）において、届出が可能である。
- 7 看護職員配置加算又は看護補助者配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

地域包括ケア病棟入院医療管理料1・2（どちらかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | |
|---|---|--|---------------------------|---|
| 当該病床届出病棟 〔一般・療養〕 | 病棟名 | | | |
| | 病床数 | 当該入院医療管理 病床数及び病室番号 | (号室) | |
| | | 病床数（上記を含む） | 床 | |
| | 看護職員配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 看護補助者配置加算に係る届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 「注2」に規定する点数の届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| | A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出 | | <input type="checkbox"/> | |
| 許可病床数 | | | 床 | |
| 当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名 | | | (専任となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい) | | (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | (専従となった年月: 年 月) | |
| 当該病棟・入院医療管理届出病床の状況 | 当該入院医療管理病室部分の面積 | | (1床当たり面積 m ²) | |
| | ③ 当該病室の入院患者延べ数 (算出期間(1か月) 年 月) | | 名 | |
| | ④ ③のうち一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数 | | 名 | |
| | 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (④/③) | | 名 | |
| | ⑤ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | |
| | 内訳 | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等) | | 名 |
| | | (2) 介護老人保健施設 | | 名 |
| | | (3) うち、在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っている施設 | | 名 |
| | | (4) 他院の療養病棟 | | 名 |
| | | (5) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | | 名 |
| | | (6) (1)～(5)を除く病院、診療所 | | 名 |
| | ⑥ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 名 | |
| | 内訳 | (7) 自院の療養病棟 | | 名 |
| | | (8) うち、在宅復帰機能強化加算の届出を行っている病棟 | | 名 |
| 在宅等へ退出した患者の割合 ((1) + (3) + (5) + (8)) / (⑤ + ⑥) | | | % | |

| | |
|-------------|---|
| 医療機関の 状況 | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 |
| | 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 |

着工予定 年 月

完成予定 年 月

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9の3を記載し添付すること。
- 3 データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 4 当該入院医療管理病床の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）において、届出が可能である。
- 7 A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の口に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

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

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

特殊疾患病棟入院料 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | | | | | |
|---------------|------------------------|-----------------------|------|------------------------------------|-------------|------------|------------------|
| 入院患者の状況 | 当該病棟の1日平均入院患者数 | | 名 | 算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| | 内 訳 | 悪性腫瘍 | 名 | | | | |
| | | 後天性免疫不全症候群 | 名 | | | | |
| 医師数 | 病院全体の医療法標準数 （届出日時点） | | 名 | 従事医師数 （届出日時点） | 名 | 配置割合 | % |
| | 当該病棟勤務医師数 | | 常勤者数 | 名 | 非常勤者数（常勤換算） | | 名 |
| 常勤医師名 | | | | 研修の有無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| | | | | 有 ・ 無 | | | |
| 病室の状況 | 当 該 病 棟 総 数 | 病室数 | 病床数① | 特別の療養環境の提供に係る病室 | | ②/① （%） | |
| | | 病室数 | 病床数② | 病室数 | 病床数② | | |
| | 内 訳 | 個 室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 2 人 室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 3 人 室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 4 人 室 | 室 | 床 | 室 | 床 | |
| | | 5 人 室 以上 | 室 | 床 | | | |
| 当 該 病 棟 の 面 積 | | m ² （1床当たり | | | | | m ² ） |
| 病 室 部 分 の 面 積 | | m ² （1床当たり | | | | | m ² ） |
| 家 族 の 控 え 室 | | m ² | | | | | |
| 患 者 専 用 台 所 | | m ² | | | | | |
| 面 談 室 | | m ² | | | | | |
| 談 話 室 | | m ² | | | | | |

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

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

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

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近1か月の1日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式5から9及び様式20を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

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・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|--|--|---|
| | 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ② | 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③ |
| 年 月 ① | 日 | 日 |
| ② / (② + ③) = (ア) | | |
| 3 月前の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く）⑤ | | |
| 年 月 ④ | 名 | |
| 上記の患者のうち、3 月以内に退院し在宅へ移行※した患者数 ⑥ | | |
| 名 | | |
| ⑤ / ⑥ = (イ) | | |

※ 在宅へ移行とは、退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう（ただし、死亡退院および退院後に医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される入院した場合は除く。）。

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の 3 月前の年月を記入する。例えば①が平成 18 年 7 月であれば、④は平成 18 年 4 月となる。平成 18 年 4 月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち 3 月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 4 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(1) 精神科救急入院料 1、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟に限る）
(イ) ≥ 0.6
(2) 精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟を除く）、精神科救急・合併症入院料
(イ) ≥ 0.4
- 5 当該届出に係る病棟について、様式 9 を記載し添付すること。
- 6 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

様式 53 の 2

精神科急性期治療病棟入院料の医師配置加算に係る届出書添付書類

| | |
|----------------------|--|
| 精神科急性期医師配置加算を算定する病棟数 | |
|----------------------|--|

| 病棟名 | 病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
|-----|-----|------------|------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 病棟名 | 病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 病棟名 | 病床数 | 1日平均入院患者数※ | 医師氏名 | 勤務時間 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※ 算出に係る期間を記入（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

[記載上の注意]

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

精神科救急入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

| | | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| 当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（5名以上） | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制 | | 有 | 無 |

2 実績に係る要件

| | | | | |
|--|----------|---|-----------|---|
| ① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数 | | 人 又は 人 /万人 | | |
| ② 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数 | | 人 | | |
| ③ 当該病棟の新規患者数 | | 人 | | |
| (③の再掲) | ④ 措置入院 | 人 | ⑤ 緊急措置入院 | 人 |
| | ⑥ 医療保護入院 | 人 | ⑦ 応急入院 | 人 |
| | ⑧ 鑑定入院 | 人 | ⑨ 医療観察法入院 | 人 |
| ⑩ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数 | | 人 | | |
| $\frac{\text{④} + \text{⑤} + \text{⑥} + \text{⑦} + \text{⑧} + \text{⑨}}{\text{③}}$ | (a) % | $\frac{\text{④} + \text{⑤} + \text{⑦}}{\text{⑩}}$ | (b) % | |

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) $\geq 60\%$ (b) $\geq 25\%$ 又は、 $\text{④} + \text{⑤} + \text{⑦} \geq 20$ 人
- 4 ⑨については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

| | | | |
|--|--|---|---|
| 当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（3名以上） | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制 | | 有 | 無 |

2 実績に係る要件

| | | | | |
|--|----------|---------------------|-----------|---|
| ① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数 | | 人 又は 人 /万人 | | |
| ② 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数 | | 人 | | |
| ③ 当該病棟の新規患者数 | | 人 | | |
| (③の再掲) | ④ 措置入院 | 人 | ⑤ 緊急措置入院 | 人 |
| | ⑥ 医療保護入院 | 人 | ⑦ 応急入院 | 人 |
| | ⑧ 鑑定入院 | 人 | ⑨ 医療観察法入院 | 人 |
| ⑩ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数 | | 人 | | |
| $\frac{④+⑤+⑥+⑦+⑧+⑨}{③}$ | (a) % | $\frac{④+⑤+⑦}{⑩}$ | (b) % | |
| ⑪ 合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合 | | % | | |

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) $\geq 60\%$ (b) $\geq 25\%$ 又は、④+⑤+⑦ ≥ 20 人
- 4 ⑨については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。
- 5 ⑪の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第16の2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

| | | |
|-----|---|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設 |
| | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設 |
| (2) | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≥4件) |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≥10件) |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。) | 件 |
| (3) | ③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数 | 回(≥6回) |
| | ④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数 | 回(≥1回) |

2 退院調整加算に係る要件

| | |
|--------------|-------|
| 退院調整加算の届出の有無 | 有 ・ 無 |
|--------------|-------|

3 退院支援部署に係る構成員

| 区分 | 氏名 |
|--|----|
| ア 精神保健福祉士 | |
| イ 該当する□に「V」を記入すること。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 臨床心理技術者 | |

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

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

1年前1月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く)(b)

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

上記患者のうち、1年以内に退院し在宅へ移行※した患者数(c)

| |
|-------|
| (c) 名 |
|-------|

(c) / (b) = _____

※在宅へ移行とは、退院のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものを言う(ただし、死亡退院および退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される入院をした場合は除く。)

5 退院支援相談員に係る要件

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

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

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、届出前月から起算して1年前の年月を記入する。

4. 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。

$$(c) / (b) \geq 0.7$$

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

様式56

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-------|--|
| 標榜診療科 | |
|-------|--|

| | |
|---------|--|
| 精神科医師氏名 | |
|---------|--|

| | |
|---------|--|
| 作業療法士氏名 | |
|---------|--|

| | |
|--------------|-----------|
| 退院調整加算の届出の有無 | (有 ・ 無) |
|--------------|-----------|

退院支援部署に係る構成員

| 区分 | 氏名 | |
|------------------------------------|----|----|
| ア 精神保健福祉士 | | |
| イ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者 | 氏名 | 職種 |
| | | |

[記載上の注意]

退院支援部署に係る構成員のイについて、備考欄に職種を記載すること。

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

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

[記載上の注意]

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

様式 57 の 3

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

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

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

短期滞在手術基本料の施設基準に係る届出書添付書類

| 当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医 | | | | |
|-----------------------------------|----------------|------|----------------|---------|
| 氏名 | 麻酔科標榜許可書 | | 勤務開始日 | |
| | 許可年月日 | 登録番号 | | |
| | 年月日 | | 年月日 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 自院における緊急対応 | 可・不可 | | | |
| (不可の場合、密接に提携している保険医療機関名) _____ | | | | |
| 当該回復室 の概要 | 回復室の面積 | 病床数 | 1床当たり床面積 | 1日平均患者数 |
| | m ² | 床 | m ² | 名 |
| 当該回復室 の従事者 | 看護師 | | 日勤 名 | 準夜勤 名 |

[記載上の注意]

- 1 当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術基本料1に係る届出の場合のみ記入すること。
- 2 当該届出に係る回復室ごとに、病院については様式9を、診療所については看護職員の配置状況がわかる書類を添付すること。
- 3 入院基本料の届出書の写しを添付すること。(短期滞在手術基本料2の届出の場合に限る。)