

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日勤の時間帯 名	
			日勤以外の時間帯 名	
			<input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 (※)	
	当該病院に勤務する麻酔医		名	
	看 護 師		日 勤 名	準夜勤 名
			その他 名	
当該治療室 の概要	病 床 面 積	病 床 数	1 床当たりの床面積	1 日平均取扱患者数
	平方メートル	床	平方メートル	名
装置・器具		配 置 場 所		装置・器具の名称・台 数等
		治療室内	病院内	
救 急 蘇 生 装 置		<input type="checkbox"/>		
除 細 動 器		<input type="checkbox"/>		
ペ ー ス メ ー カ ー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心 電 計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ポータブルエックス線撮影装置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
呼 吸 循 環 監 視 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
人 工 呼 吸 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置		<input type="checkbox"/>		
酸 素 濃 度 測 定 装 置		<input type="checkbox"/>		
光 線 治 療 器		<input type="checkbox"/>		
微 量 輸 液 装 置		<input type="checkbox"/>		
超 音 波 診 断 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心 電 図 モ ニ タ ー 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
自 家 発 電 装 置				<input type="checkbox"/>
電 解 質 定 量 検 査 装 置				<input type="checkbox"/>
血 液 ガ ス 分 析 装 置				<input type="checkbox"/>
救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。)				
1 高度救命救急センターである。				
2 充実段階がSである。				
3 充実段階がAである。				
4 充実段階がBである。				
5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。				

医療安全対策加算に係る事項（該当する場合に○をすること。）																									
<input type="checkbox"/> 医療安全対策加算1に係る届出を行っている																									
救命救急入院料にかかる事項（施設基準に該当する場合○をすること。） （令和7年4月1日以降に届出を行う場合に限る。）																									
<input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している																									
救命救急入院料3及び4並びに特定集中治療室管理料2、4及び6に係る事項 （施設基準に該当する場合○をすること。）																									
<input type="checkbox"/> 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。）																									
<input type="checkbox"/> 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。）																									
<input type="checkbox"/> 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																									
<input type="checkbox"/> 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時院内に勤務している。																									
専任の臨床工学技士数 名																									
特定集中治療室管理料1、2、5又は6に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）																									
<input type="checkbox"/> 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">氏名</th> <th style="width: 20%;">勤務時間</th> <th style="width: 20%;">経験年数</th> <th style="width: 40%;">研修</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">週 時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">週 時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">週 時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">週 時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">週 時間</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </tbody> </table>		氏名	勤務時間	経験年数	研修		週 時間	年	□		週 時間	年	□		週 時間	年	□		週 時間	年	□		週 時間	年	□
氏名	勤務時間	経験年数	研修																						
	週 時間	年	□																						
	週 時間	年	□																						
	週 時間	年	□																						
	週 時間	年	□																						
	週 時間	年	□																						
特定集中治療室管理料1又は2に係る事項																									
① 直近1年間における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室1又は2を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可	名 (期間： 年 月 日～ 年 月 日)																								
② ①のうち、入室日のSOFASコアが5以上の者	名																								
③ 入室日のSOFASコアが5以上の者の割合 (②/①)	%																								
特定集中治療室管理料3又は4に係る事項																									
① 直近1年間における新規入室患者数 ※ 特定集中治療室3又は4を新たに届け出る際は、直近3か月以上で可	名 (期間： 年 月 日～ 年 月 日)																								
② ①のうち、入室日のSOFASコアが3以上の者	名																								
③ 入室日のSOFASコアが3以上の者の割合 (②/①)	%																								
上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）																									
<input type="checkbox"/> 当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。																									
<input type="checkbox"/> 当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。																									

() 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。

特定集中治療室管理料 5 又は 6 を算定する他の保険医療機関に対する情報通信機器を用いた特定集中治療室管理に係る支援に係る事項（支援を実施している又は受けている場合のみ記載し、支援側医療機関においては「支援側医療機関の場合」欄について、被支援側医療機関においては「被支援側医療機関の場合」欄について、それぞれ施設基準に該当する場合に○をすること。）

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

[記載上の注意]

※ 救命救急入院料並びに特定集中治療室管理料に係る事項

1 [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3、特定集中治療室管理料 4、特定集中治療室管理料 5 又は特定集中治療室管理料 6 のいずれか）を記入すること。

2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

3 救命救急入院料 2 又は救命救急入院料 4 の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。

4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。

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

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

6 特定集中治療室 1、2、5 又は 6 の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。記載にあたっては、以下の点に留意すること。

- ・ 勤務時間は、1 週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。
- ・ 専任の常勤看護師を 2 名組み合わせることにより、当該治療室内に週 20 時間以上配置しても差し支えないが、当該 2 名の勤務が重複する時間帯については 1 名についてのみ計上すること。
- ・ 経験年数の欄は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。

- ・ 適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
 - ・ 特定集中資料室5又は6の届出を行う治療室については、令和8年5月31日までの間においては、適切な研修を修了した看護師の配置の規定に該当するものとみなす。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。