

届出施設基準の自己点検結果報告書 送付書 【①一般事項・入院基本料】

1 保険医療機関コード :

2 保険医療機関名 :

3 自己点検結果報告書内容等の照会先 所属等 : 氏名 : 電話番号 :

4 提出する自己点検結果報告書(提出する自己点検結果報告書のみ〇を入力して下さい。)

| | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------|---------------|--|
| 1 一般事項(掲示物の確認) | <input type="radio"/> | 2 療養病棟入院基本料 | 2 特定機能病院入院基本料 | |
| 2 共通①(一般病棟入院基本料等) | <input type="radio"/> | 2 結核病棟入院基本料 | 2 専門病院入院基本料 | |
| 2 共通②(一般病棟入院基本料等) | <input type="radio"/> | 2 精神病棟入院基本料 | 2 障害者施設等入院基本料 | |

5 留意事項

※各シートの項目は、7月1日時点の状況に基づいて点検してください。

※提出いただくのは、この「送付書」及び別シートの届出している施設基準の「自己点検結果報告書」のみです。自己点検結果報告書右側に記載されている「点検に必要な書類等」の提出は不要です。なお、シート1 一般事項 及び シート2 共通①②は、必ず提出してください。

※上記1、2、3は全て入力してください。4については、提出する自己点検結果報告書に係る施設基準について「〇」を選択してください。

※自己点検結果報告書において、「否」となる項目がある場合、否となった「期間」「理由」等を右側余白に記載してください。

なお、内容確認のため、照会先担当者の方へ連絡させていただく場合、追加書類提出等をお願いする場合があります。

※施設基準内の区分・加算について、該当しない又は届出の無い項目については、「適・否」の記載は不要です。

※チェックボックス にチェックが必要な場合もありますので、ご注意願います。

※新型コロナウィルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いにより、従来の施設基準の要件は満たしていないが、届出を辞退する必要はないこととされているものは、「適」として取り扱ってください。

※「基本診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第2号)の一部改正により、経過措置が延長され、従来の施設基準の要件は満たしていないが、届出を辞退する必要はないとされているものは、「適」として取り扱ってください。

※本自己点検については、報告のみであるため、受理通知、結果通知等の発出はありません。

自己点検事項

◇ 掲示物の確認

下記について、院内の見やすい場所に掲示している。

① 入院基本料に関する事項 (適・否)

※ 入院基本料に係る届出内容の概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)

② 施設基準等に関する事項 (適・否)

③ 入院時食事療養等に関する事項 (適・否)

④ 保険外併用療養費に関する事項 (適・否)

※ 入院医療に係る特別の療養環境の提供に当たっては、特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示している。

⑤ 保険外負担に関する事項 (適・否)

⑥ 明細書の発行に関する事項 (適・否)

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 共通①(一般病棟入院基本料等)

※ 届け出ている入院基本料に設けられていない要件については、「□届け出ている入院基本料に当該要件なし。」にチェックしてください。(療養病棟入院基本料における夜勤時間制限等)

【入院基本料の届出状況】(届け出ている入院基本料の□に、チェック(☑)を入力してください。)

| 入院基本料 | 病棟種別 | 届出区分 | 病棟数 | 病床数 |
|---------------|------|------|-----|-----|
| □ 一般病棟入院基本料 | 斜線 | | | |
| □ 療養病棟入院基本料 | 斜線 | | | |
| □ 精神病棟入院基本料 | 斜線 | | | |
| □ 結核病棟入院基本料 | 斜線 | | | |
| □ 特定機能病院入院基本料 | | | | |
| □ 専門病院入院基本料 | 斜線 | | | |
| □ 障害者施設等入院基本料 | 斜線 | | | |

1. 平均入院患者数、平均在院日数

(1) 平均入院患者数を正しく計算している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・病院報告(患者票)

(2) 定数超過入院はない。 (適・否)

(3) 定数超過の場合、適切に減算している。 (適・否)

(4) 平均在院日数を正しく計算している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・平均在院日数の算出の根拠となる書類

□ 届け出ている入院基本料に当該要件なし。

(5) 平均在院日数要件を満たしている。 (適・否)

□ 届け出ている入院基本料に当該要件なし。

医療機関コード

保険医療機関名

2. 看護配置等

(1)届出している入院基本料について、月平均1日あたり配置する看護職員等の数が届出基準の必要数を満たしている。

(適・否)

点検に必要な書類等・(1)(2)(6)~(9)について、様式9、勤務実績表、会議・研修・他部署勤務の一覧表及び病棟管理日誌

(2)看護師比率を満たしている。

(適・否)

※ ただし、看護配置加算を届出している場合は、看護職員の最小必要数の7割以上である。

(3)次の別表2~4の左欄の入院基本料等を届出している場合は、直近3月において入院している患者全体(延べ患者数)に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たす患者(◆)を別表2~4の中欄又は右欄の基準値以上入院させている。

(適・否)

届け出ている入院基本料に当該要件なし。

(◆)次の、いずれかに該当する患者

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

点検に必要な書類等・重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出根拠となる書類

※ 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は、対象から除外する。

また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外すること。

医療機関コード

保険医療機関名

(別表2)

| | 一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅰの割合 | 一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱの割合 |
|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 急性期一般入院料1 | 3割1分 | 2割9分 |
| 急性期一般入院料2 | 2割8分 | 2割6分 |
| 急性期一般入院料3 | 2割5分 | 2割3分 |
| 急性期一般入院料4 | 2割2分 | 2割 |
| 急性期一般入院料5 | 2割 | 1割8分 |
| 急性期一般入院料6 | 1割8分 | 1割5分 |
| 7対1入院基本料(特定機能 病院入院基本料(一般病棟 に限る。)) | - | 2割8分 |
| 7対1入院基本料(専門病院 入院基本料) | 3割 | 2割8分 |
| 7対1入院基本料(結核病棟 入院基本料) | 1割1分 | 0.9割 |

(別表3)

| | 一般病棟用の重症度、医療・看 護必要度Ⅰの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看 護必要度Ⅱの割合 |
|-----------|----------------------------|----------------------------|
| 急性期一般入院料2 | 2割6分 | 2割4分 |
| 急性期一般入院料3 | 2割3分 | 2割1分 |
| 急性期一般入院料4 | 2割 | 1割8分 |

※ 許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料(急性期一般入院料7を除く。)を算定する病棟及び7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている。

※ 許可病床数200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料1又は2の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料2及び3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料3の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料4の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料4の基準を満たす患者の割合が、本文の規定にかかわらず、それぞれ別表3の基準以上である。

※ 旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院基本料(急性期一般入院料4及び7を除く。)及び7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)の経過措置については、令和2年3月31日において、現に急性期一般入院

医療機関コード
保険医療機関名

基本料(急性期一般入院料4及び7を除く。)及び7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和3年9月30日までは令和2年度改定後の別表2又は3の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすこと。

なお、急性期一般入院料4の経過措置については、令和2年3月31日において、現に急性期一般入院料4に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和3年9月30日までは令和2年度改定後の別表2又は3の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすこと。

また、令和2年3月31日時点で急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料(結核病棟に限る。)若しくは10対1入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料の10対1入院基本料の届出を行っている病棟にあっては、令和3年9月30日までの間に限り、令和2年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成30年3月5日保医発第0305第2号)の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

(別表4)

| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 |
|----------|------------------------|------------------------|
| 看護必要度加算1 | 2割2分 | 2割 |
| 看護必要度加算2 | 2割 | 1割8分 |
| 看護必要度加算3 | 1割8分 | 1割5分 |

※ 10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)の病棟において看護必要度加算を算定する場合の基準を満たす患者の割合は別表4の通り。

※ 看護必要度加算の経過措置について、令和2年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものにあっては、令和3年9月30日まではそれぞれ令和2年度改定後の看護必要度加算1、2若しくは3の基準を満たすものとみなすこと。

医療機関コード

保険医療機関名

(4)以下の入院基本料を届け出ている場合は、別添6の別紙7(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I・IIに係る評価票)により、直近3月において入院している全ての患者の状態を継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っている。
(適・否)

- 急性期一般入院料7
- 地域一般入院料1
- 10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)
- 13対1入院基本料(一般病棟看護必要度評価加算を届け出ている専門病院入院基本料に限る。)

(5)重症度、医療・看護必要度I・II(IIにあっては、B項目のみ)に係る評価票の記入は、
院内研修を受けたものにより行われている。ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う
項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。
実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
 届け出ている入院基本料に当該要件なし。
(適・否)

※ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IあるいはIIのいずれを用いて評価を行うかは、
入院基本料の届出時に併せて届け出ること。
※ 評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の別紙10を用いて届け出る必要があること。
ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは4月又は10月(以下「切替月」
という。)のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(6)看護職員等による複数夜勤を行っている。
(適・否)

※ 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料(地域一般入院料3を除く。)、7対1入院基本料、
10対1入院基本料及び13対1入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師1以上を
含む2以上の数の看護職員が行っている。
※ 療養病棟の場合、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上の配置であっても差し支えない。
※ 許可病床数が100床未満の病院については、「夜間看護体制特定日減算」の取扱いに留意すること。

医療機関コード
保険医療機関名

(7)夜勤を行う看護職員(◆)の1人あたりの月平均夜勤時間数が72時間以下である。

(適・否)

(◆)療養病棟入院基本料の届出を行った病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護職員を除く。

※ 夜勤に従事する看護職員の月当たり延べ夜勤時間数を1か月又は4週間で評価している。

※ 月平均夜勤時間数の基準のみを満たせなくなった場合は、月平均夜勤時間超過減算による入院

基本料又は夜勤時間特別入院基本料を適切に届け出している。

(特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を除く。)

(8)主として事務的業務を行う看護補助者を配置している場合、常時、当該病棟の入院患者数が200又は

その端数を増すごとに1以下である。(看護補助者の数を要件としている施設基準について確認)

主として事務的業務を行う看護補助者を配置していない。 (適・否)

※ 院内規程において、看護補助者が行う事務的業務の内容が定められている。

(9)1病棟60床以下(精神70床以下)で看護単位が独立し、看護単位毎に交代制勤務を行っている。

(適・否)

※ 複数階で1看護単位としている場合は、サブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫している。

3. 入院診療計画

(1)医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して総合的な診療計画を策定している。

(適・否)

(2)病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について患者が入院した日から起算して7日以内に説明し、文書を交付している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・看護補助者が行う事務的業務の内容が定められている院内規程

点検に必要な書類等
・入院診療計画書

医療機関コード

保険医療機関名

(3)通知に定められた項目(別紙2又は別紙2の3)を網羅しており、必要事項を記載している。

(適・否)

※ 高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画について、通知に定められた項目(別紙2の2)を網羅しており、必要事項を記載している。

(4)個々の患者の病状に応じて記載している。

(適・否)

(5)入院診療計画の写しを診療録に添付している。

(適・否)

4. 院内感染防止対策

(1)院内感染防止対策委員会を設置している。

(適・否)

(2)院内感染防止対策委員会は、病院長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者
事務部門の責任者、感染対策に關し相当の経験を有する医師等の職員から構成している。

(適・否)

(3)院内感染防止対策委員会を月1回程度、定期的に開催している。

なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(適・否)

(4)検査部により感染情報レポートが週1回程度作成され、委員会において活用できる体制にある。

(適・否)

※ 当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院
又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟から
の拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

点検に必要な書類等
・院内感染防止対策委員会の設置要綱、議事録

点検に必要な書類等
・感染情報レポート

医療機関コード

保険医療機関名

(5)職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底している。 (適・否)

※ 各病室には、水道又は速乾式手洗い液等の消毒液を設置し、適切に使用している。

※ 精神病棟、小児病棟等において消毒液の設置が適切でない場合は、携帯用速乾式消毒液でも差し支えない。

5. 医療安全管理体制

(1)安全管理のための指針を整備している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・安全管理のための指針

(2)安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等を文書として作成している。

(適・否)

(3)医療事故、インシデント等を報告し、その内容分析に基づく改善策を実施できる体制を整備している。

(適・否)

(4)安全管理の責任者等で構成する委員会を設置している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・安全管理のための委員会の設置要綱、議事録

(5)安全管理の責任者等で構成する委員会を月1回程度開催している。

なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。 (適・否)

(6)安全管理体制確保のための職員研修を研修計画に基づき、年2回程度実施している。 (適・否)

点検に必要な書類等
・医療安全に関する職員研修の計画、実施状況が確認できる書類

医療機関コード

保険医療機関名

6. 褥瘡対策

(1) 専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員で構成する褥瘡対策チームを設置している。

(適 · 否)

点検に必要な書類等

・褥瘡対策に係る専任の医師、看護職員の名簿、褥瘡対策チームの設置が分かる書類
(設置要綱等)

(2) 日常生活自立度の低い入院患者に対し、褥瘡に関する危険因子の評価を行っている。

(適 · 否)

(3) 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患者について、専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行っている。 (適 · 否)

※ 当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については、褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書がそれぞれ独立した様式となっていても構わない。

(4) 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会を定期的に開催していることが望ましい。

(適 · 否)

(5) 患者の状態に応じて体圧分散式マットレス等を適切に選択し、使用する体制を整備している。

(適 · 否)

医療機関コード

保険医療機関名

7. 栄養管理体制

(1)当該病院である保険医療機関(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算を算定する病棟及び夜勤時間特別入院基本料のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士を1名以上配置している。

(適・否)

(2)管理栄養士、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成している。

(適・否)

(3)入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載している。

(適・否)

(4)入院診療計画書において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成している。

(適・否)

※ 救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定している。

(5)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している。

(適・否)

(6)栄養管理計画書又はその写しを診療録等に添付している。

(適・否)

(7)栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直している。

(適・否)

(8)特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定している場合は上記体制を満たしていることが望ましい。

(適・否)

点検に必要な書類等
・栄養管理手順

点検に必要な書類等
・入院診療計画書

点検に必要な書類等
・栄養管理計画書

医療機関コード
保険医療機関名

8. 看護の実施

(1)当該保険医療機関の看護要員のみで看護が行われており、家族等の付添いは医師の許可を得ている。

(適 · 否)

点検に必要な書類等

・家族の付添いについて医師の許可が確認できる書類(付添許可証等)

(2)各看護単位に看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施されている。

(適 · 否)

(3)各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が実際に受け持っている入院患者数を各病棟内に掲示

している。

(適 · 否)

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

(適 · 否)

点検に必要な書類等

・看護補助者の業務範囲を定めた院内規程

(5)患者ごとに看護計画が立てられ個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されている。

(適 · 否)

点検に必要な書類等

・看護記録(患者個人の経過記録、看護計画)

医療機関コード

保険医療機関名

(6)看護記録について、次の事項を適切に記録している。

(適 ・ 否)

※ 看護に関する記録の作成に際しては、重複した記載を避け、簡潔明瞭な表現となっている。

※ 患者の個人記録(経過記録、看護計画)について

経過記録とは、個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。ただし、病状定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

看護計画に関する記録とは、個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

点検に必要な書類等

- ・看護記録(患者個人の経過記録、看護計画)
- ・病棟管理日誌

□ 看護業務の計画に関する記録(看護業務の管理に関する記録、看護業務の計画に関する記録)

※ 看護業務の管理に関する記録とは、患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

※ 看護業務の計画に関する記録とは、看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 共通②(一般病棟入院基本料等)

※ 本シートの全ての項目について、該当しない場合は下記の□をチェック(□)した上で
ご提出ください。

本シートの全ての項目について、該当するものがない。

1 常勤の医師の数(届け出ている入院基本料の□に、チェック(□)を入力してください。)

急性期一般入院料1
 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。)

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数以上である。

(適・否)

※ 当該病棟の入院患者数が30人未満の場合は、3人以上である。

点検に必要な書類等

・様式10の2を参照

・急性期一般入院料1、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(様式10の2)の算出根拠となる書類

2 在宅復帰・病床機能連携率(届け出ている入院基本料の□に、チェック(□)を入力してください。)

急性期一般入院料1
 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)

当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合(在宅復帰・病床機能連携率)が
8割以上である。

(適・否)

点検に必要な書類等

・様式10の5を参照

・当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合に係る届出書添付書類
(様式10の5)の根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

3 データ提出加算(届け出ている入院基本料の□に、チェック(□)を入力してください。)

- 急性期一般入院基本料
- 7対1入院基本料及び10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)
- 療養病棟入院基本料

データ提出加算の届出を行っている。

(適・否)

※令和2年3月31において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年3月31日までの間令和2年3月31において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとする。

※ 急性期一般入院料7を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4(3)の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなつた日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料7について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

医療機関コード

保険医療機関名

4 急性期一般入院料2、急性期一般入院料3

(1) 厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に
適切に参加している。

(適・否)

5 急性期一般入院基本料(許可病床数400床以上。急性期一般入院料2、急性期一般入院料3 を除く)、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))

(1) 厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に
参加することが望ましい。

(適・否)

医療機関コード

保険医療機関名

6 ADL維持向上等体制加算(届け出ている入院基本料の□に、チェック(□)を入力してください。)

- 急性期一般入院基本料
- 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)
- 10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)

(1)当該病棟に専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士を2名以上配置している。又は専従の理学療法士等が1名、かつ、専任の理学療法士等1名以上が配置されている。

(適・否)

点検に必要な書類等

・専従又は専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の出勤簿

※ 複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。

※ 当該理学療法士等(専従のものに限る。)は、以下を担当する専従者との兼務はできない。

| | |
|--------------------|--------------------|
| ・ 心大血管疾患リハビリテーション料 | ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料 |
| ・ 廃用症候群リハビリテーション料 | ・ 運動器リハビリテーション料 |
| ・ 呼吸器リハビリテーション料 | ・ 摂食機能療法 |
| ・ 視能訓練 | ・ 難病患者リハビリテーション料 |
| ・ 障害児(者)リハビリテーション料 | ・ がん患者リハビリテーション料 |
| ・ 認知症患者リハビリテーション料 | ・ 集団コミュニケーション療法料 |

※ 当該理学療法士等(専従のものに限る。)がADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。

※ 当該病棟内に地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2)当該保険医療機関に、以下のいずれも満たした常勤の医師が1名以上勤務している。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有している。 (適・否)

イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了している。

点検に必要な書類等

・当該届出に係る常勤の医師の出勤簿

医療機関コード

保険医療機関名

(3)当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、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が6割以上である。（適・否）

点検に必要な書類等

・当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者の割合、又は循環器系、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の割合の算出根拠となる書類

(4)アウトカム評価として、以下の基準を全て満たしている。

※ 患者のADLは、基本的日常生活活動度(BI)を用いて評価する。

（適・否）

ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院を除く。)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の割合が3%未満である。

※ 入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満である。

※ その割合は、次の(イ)に掲げる数を(口)に掲げる数で除して算出する。

※ ただし、届出時の直近月の初日(以下この項において「調査日」という。)における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

(イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、

入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(口) 調査日の入院患者数

(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。)

※ なお、届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生したDESIGN-R分類d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査している。

(5)疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っている。

（適・否）

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 療養病棟入院基本料

(1)当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価している。
(適・否)

(2)当該病棟の入院患者に関する入院基本料区分(A~I)に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録している。
(適・否)

(3)当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。
(適・否)

※「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。

点検に必要な書類等
・意思決定支援に関する指針

(4)中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備している。
(適・否)

ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定している。
イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「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」の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載している。

点検に必要な書類等
・中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針

医療機関コード
保険医療機関名

(5) データ提出加算の届出を行っている保険医療機関である。

(適・否)

※ 令和2年3月31において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、

令和4年3月31までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)

※ 令和2年3月31において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年3月31までの間、令和2年3月31において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとする。

(6) 入院患者のうち「医療区分2の患者」と「医療区分3の患者」の合計が基準を満たしている。

(適・否)

療養病棟入院料1(8割以上)

療養病棟入院料2(5割以上)

※ 療養病棟入院基本料の注1に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料2について、当該基準又は、看護職員配置基準(20対1)若しくは看護補助者配置基準(20対1)のみを満たさない(いずれも満たせなくなった場合を含む。)病棟が下記の基準を満たしている場合には、所定点数の100分の90を算定できる。(注11の届出をしている場合に限る。)

- ・ 療養病棟入院料2の施設基準のうち、「看護職員20対1」を「看護職員25対1」、「看護補助者20対1」を「看護補助者25対1」に読み替えたものを満たす。
- ・ 令和2年3月31時点で旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟である。

点検に必要な書類等
・「医療区分2の患者」と「医療区分3の患者」の割合の算出の根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

【在宅復帰機能強化加算】

当該加算を届け出ていない。

(1)療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関である。 (適・否)

(2)当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上である。 (適・否)

※ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者は14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合は14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録している。

(3)当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(◆)から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。)を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上である。

(適・否)

(◆)当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室は以下のものに限る。

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、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するもの。

【夜間看護加算】

当該加算を届け出ていない。

(1)当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上である。 (適・否)

※ 看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。

※ 当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上である。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できる。

点検に必要な書類等

・当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合の算出根拠となる書類

点検に必要な書類等

・貴病院又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が確認できる書類

点検に必要な書類等

・日々の入院患者数等により看護職員の夜間の配置状況が分かる書類(様式9の2)、勤務実績表、勤務実績表記号等の内容・申し送り時間が分かる一覧表、勤務形態ごとの勤務時間が分かる書類、会議・研修・他部署勤務の一覧

点検に必要な書類等

・病棟管理日誌

医療機関コード

保険医療機関名

(2) 夜間看護加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占めるADL区分3の患者の割合が5割以上である。 (適・否)

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。 (適・否)

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

(4) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している。 (適・否)

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

※ アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えない。

(5) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行っている。 (適・否)

※ 次に掲げる所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましい。

- ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - (イ) 看護補助者の活用に関する制度等の概要
 - (ロ) 看護職員との連携と業務整理
 - (ハ) 看護補助者の育成・研修・能力評価
- (二) 看護補助者の雇用形態と処遇等

点検に必要な書類等
・看護職員の負担軽減に関する書類

点検に必要な書類等
・看護補助者の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)

医療機関コード
保険医療機関名

自己点検事項

◇ 結核病棟入院基本料

患者の適切な服薬を確保するために必要な体制を整備している。 (適・否)

【重症患者割合特別入院基本料】

(1) 7対1入院基本料を算定する病棟である。 (適・否)

(2) 入院患者の数がおおむね30以下の病棟である。 (適・否)

(3) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟である。
(適・否)

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 精神病棟入院基本料

7対1、10対1又は13対1以外の区分を届出している。

(1) 7対1(特定機能病院の精神病棟のみ)又は10対1を届出している病棟にあっては、直近3か月の新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下の患者が5割以上である。 (適 ・ 否)

(2) 13対1を届出している病棟にあっては、直近3か月の新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下である患者又は身体合併症を有する患者(精神科身体合併症管理加算の対象患者)が4割以上である。 (適 ・ 否)

(3) 13対1を届出している病棟にあっては、身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科医師以外の医師が治療を行う体制を確保している。 (適 ・ 否)

【重度認知症加算】

当該加算を届け出ていない。

重度認知症加算を算定している病棟にあっては、1日に看護を行う看護職員の数は常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である。 (適 ・ 否)

※ 該当患者は重度認知症の状態であり、日常生活を送るうえで介助が必要な状態である。

【精神保健福祉士配置加算】

当該加算を届け出ていない。

(1) 専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置している。 (適 ・ 否)

(2) 保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置している。 (適 ・ 否)

点検に必要な書類等

・新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下の患者が占める割合の算出根拠となる書類

点検に必要な書類等

・新規入院患者のうち、GAF尺度による判定が30以下の患者又は精神科身体合併症管理加算の対象患者が占める割合の算出根拠となる書類

点検に必要な書類等

・様式9、勤務実績表、会議・研修・他部署勤務の一覧表及び病棟管理日誌

点検に必要な書類等

・病棟管理日誌

点検に必要な書類等

・病棟及び退院支援部署に配置している精神保健福祉士の出勤簿

医療機関コード

保険医療機関名

(3)措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で入院となった者を除いた入院患者のうち、9割

以上が入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行している。 (適・否)

※ 当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できない。

※ 「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。

なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

点検に必要な書類等

・1年前から起算して過去6月間の当該病棟への延べ入院患者数(措置入院、鑑定入院及び医療観察法入院で入院となった患者を除く)のうち、入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行した患者数が占める割合の算出根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 特定機能病院入院基本料

【病棟種別】(届け出ている入院基本料の□に、チェック(☑)を入力してください。)

| | 入院基本料 | 届出区分 | 病棟数 | 病床数 |
|--------------------------|-------|------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> | 一般病棟 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 結核病棟 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 精神病棟 | | | |

※一般病棟のみ届け出ている場合は、以下点検の必要はありません。このままご提出ください。

1. 結核病棟

患者の適切な服薬を確保するために必要な体制を整備している。

届け出ている入院基本料に当該要件なし。 (適・否)

2. 精神病棟

(1) 7対1入院基本料(特定機能病院の精神病棟のみ)又は10対1入院基本料を算定する病棟にあっては、直近3か月の新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下の患者が5割以上である。

届け出ている入院基本料に当該要件なし。 (適・否)

(2) 13対1入院基本料を届出している病棟にあっては、直近3か月の新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下である患者又は身体合併症を有する患者(精神科身体合併症管理加算の対象患者)が4割以上である。

届け出ている入院基本料に当該要件なし。 (適・否)

3. 重度認知症加算

※ 該当患者は重度認知症の状態であり、日常生活を送るうえで介助が必要な状態である。

届け出ている入院基本料に当該要件なし。 (適・否)

点検に必要な書類等
・新規入院患者のうちGAF尺度による判定が30以下の患者が占める割合の算出根拠となる書類

点検に必要な書類等
・新規入院患者のうち、GAF尺度による判定が30以下の患者又は精神科身体合併症管理加算の対象患者が占める割合の算出根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 専門病院入院基本料

※次のいずれかの□にチェックしてください。

- 悪性腫瘍に係る専門病院である。
- 循環器疾患に係る専門病院である。

(1) 悪性腫瘍に係る専門病院にあっては、以下の基準を満たしている。 (適・否)

- ア 一般病床を200床以上有している。
- イ 一般病棟(◆)に勤務する常勤の医師の員数が許可病床数に100分の6を乗じた数以上である。
- ウ リニアック等の機器を設置している。
- エ 一般病棟(◆)の入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者である。
- オ 外来患者の3割以上が紹介患者である。

点検に必要な書類等

- ・イについて一般病棟に勤務する常勤の医師の員数が確認できる書類
- ・エについて、一般病棟の入院患者のうち悪性腫瘍患者の割合の算出根拠となる書類
- ・オについて、外来患者のうち紹介患者の割合の算出根拠となる書類

(2) 循環器疾患に係る専門病院にあっては、以下の基準を満たしている。 (適・否)

- ア 特定集中治療室管理料を届出している。
- イ 一般病棟(◆)の入院患者の7割以上が循環器疾患患者である。
- ウ 一般病床を200床以上有している。
- エ 一般病棟(◆)に勤務する常勤の医師の員数が許可病床数に100分の6を乗じた数以上である。
- オ 外来患者の3割以上が紹介患者である。

点検に必要な書類等

- ・イについて、一般病棟の入院患者のうち循環器疾患患者の割合の算出根拠となる書類
- ・エについて、一般病棟に勤務する常勤の医師の員数が確認できる書類
- ・オについて、外来患者のうち紹介患者の割合の算出根拠となる書類

(◆)障害者施設等入院基本料及び特定入院料(救命救急入院料、特定集中治療室管理料、

緩和ケア病棟入院料を除く。)を算定する病棟を除く。

医療機関コード

保険医療機関名

自己点検事項

◇ 障害者施設等入院基本料

当該入院基本料を届出している病棟にあっては、以下のいずれかに該当する一般病棟である。

ア 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設又は同法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関。 (適・否)

イ 次のいずれにも該当する一般病棟である。

- ① 重度肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている病棟である。
- ② 当該病棟において、1日に看護を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上である。

点検に必要な書類等

- ・イ①について、様式19を参照
- ・イ①について、様式19の算出根拠となる書類
- ・イ②について、様式9、勤務実績表、会議・研修・他部署勤務の一覧表
- ・イ②について、病棟管理日誌

【7対1入院基本料】

(1)以下のいずれかに該当する。 (適・否)

ア 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設

イ 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関

(2)当該病棟の入院患者のうち、超重症の状態の患者と準超重症の状態の患者との合計が3割以上である。 (適・否)

点検に必要な書類等

- ・入院患者のうち、超重症の状態の患者と準超重症の状態の患者の割合の算出根拠となる書類

【看護補助加算】

(1)当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上である。 (適・否)

点検に必要な書類等

- ・様式9、勤務実績表、会議・研修・他部署勤務の一覧表及び病棟管理日誌

医療機関コード

保険医療機関名

(2) 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上である。
(適・否)

※ 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。
(適・否)

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

(4) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講している。
(適・否)

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

※ アについては、内容に変更がない場合は、2年目以降の受講は省略して差し支えない。

点検に必要な書類等
・看護職員の負担軽減に関する書類

点検に必要な書類等
・看護補助者の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

医療機関コード
保険医療機関名

(5)当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行っている。

(適 ・ 否)

※ 次に掲げる所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が

配置されていることが望ましい。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 看護補助者の活用に関する制度等の概要

(ロ) 看護職員との連携と業務整理

(ハ) 看護補助者の育成・研修・能力評価

(二) 看護補助者の雇用形態と待遇等

【夜間看護体制加算】

(1)次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目のうち4項目以上を満たしている。

(適 ・ 否)

※ 当該加算を算定する病棟が、2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、イを除く項目のうち4項目以上

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

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

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

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

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

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、

点検に必要な書類等
・勤務実績表

・看護職員の負担の軽減及び待遇の改善に対する体制(様式13の3)及び夜間における看護業務の負担の軽減に資する業務管理等の体制が確認できる書類

医療機関コード

保険医療機関名

かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績がある。

- キ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上である。
- ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
※院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日については、この限りではない。
- コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

※使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、1年に1回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと。

※ アからエまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。

※ キについては、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。

※ ケについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではない。

※ コについては、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、1年に1回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと。

(2)「障害者施設等入院基本料の注9の看護補助加算」の届出を行った病棟である。

(適 · 否)

医療機関コード

保険医療機関名