

看護関連施設基準等に関する講演（説明）

～過去にあった指摘事項について（事例）～

~~~~~

**※本資料は、令和6年度までの適時調査等の指摘事項を基に作成しています。**

北海道厚生局医療課

~~~~~

<凡例>

(略称)

- 「基準告示」 …… 基本診療料の施設基準等
(令和6年 厚生労働省告示第57号)
- 「留意事項通知」 …… 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(令和6年3月5日保医発0305第4号)
- 「取扱い通知」 …… 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
(令和6年3月5日保医発0305第5号)

1 入院基本料等＜病院・有床診療所＞



- (1) 入院診療計画の基準
- (2) 院内感染防止対策の基準
- (3) 医療安全管理体制の基準
- (4) 褥瘡対策の基準
- (5) 栄養管理体制の基準
- (6) 意思決定支援の基準(新基準のため指摘事項等の例なし)
- (7) 身体的拘束最小化の基準(新基準のため指摘事項等の例なし)

2 看護配置基準＜病院＞

3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

4 入院基本料等加算

■入院診療計画の基準

<指摘事項>

- 入院診療計画書の様式に、
 - ・ 必要な項目（「特別な栄養管理の必要性（有・無）」、「在宅復帰支援担当者名、在宅復帰支援計画」など）が含まれていない。
 - ・ 「症状」「検査内容」などを記入していない。
 - ・ 「A D Lの評価」を記入していない（療養病床の場合）。

<根拠規定>

- 参考様式と必要な事項については、通知に定められております。
（取扱い通知 別添6 別紙2～別紙2の3「入院診療計画書」）

<ポイント>

- 電子カルテに必要な情報が組み込まれ、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、これらを活用して説明等が行われている場合は、医療機関が使用している様式で差し支えありません。

■入院診療計画の基準

<指摘事項>

- 入院診療計画書の「主治医以外の担当者名」欄の記入が、
 - ・ 医師に限定されている。
 - ・ 特定の従事者（病棟の看護師長、受け持ちの看護師など）に限定されている。
 - ・ 未記入のまま、患者に交付して説明している。

<根拠規定>

- 入院診療計画は、入院の際に、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、患者に対して説明する必要があります。
（取扱い通知 別添2 第1 1（2））

<ポイント>

- リハビリが必要な患者 … 担当する理学療法士、作業療法士等
- 特別な栄養管理が必要な患者 … 管理栄養士

■入院診療計画の基準

<指摘事項>

- 看護計画が、
 - ・ 画一的なものになっている。
 - ・ 入院診療計画書に記載せずに患者へ交付している。

<根拠規定>

- 看護の実施にあたっては、個々の患者の病状にあった適切な看護が実施される必要があり、効果的な医療提供ができるよう患者ごとに看護計画を策定する必要があります。
(取扱い通知 別添2 第2 4 (6) ウ)

<ポイント>

- システムを利用している場合など、同じ文言（フォーマット）になっていないか。
- 患者にとって、個別・具体的で、分かりやすく立案されているか。

(参考) 入院診療計画書の様式

別紙2

入院診療計画書

一般病棟用

(患者氏名) _____ 殿

年 月 日

病 棟 (病 室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病 名 (他に考え得る病名)	
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	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

・ 医師以外に記入があるか。
(治療に携わる担当者)

看護担当…
薬剤担当…
リハビリ担当
栄養管理担当… など

・ 未記入のまま患者に交付していないか。

・ 項目が不足していないか。

・ 看護計画が画一的になっていないか。

・ 患者にとって分かりやすい計画と
なっているか。

(参考) 入院診療計画書の様式

別紙2の2

入院診療計画書

療養病棟用
(後期高齢者)

(患者氏名) 殿

年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	あ
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	(特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無)
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

別紙2の3

入院診療計画書

精神病棟用

(患者氏名) 殿

年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病名 (他に考え得る病名)	
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	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション等の計画	
退院に向けた取組	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

■ 院内感染防止対策の基準

<指摘事項>

- 院内感染防止対策委員会の
 - ・ 構成員が不足している。
 - ・ 必要なメンバーが出席していない。

<根拠規定>

- 院内感染防止対策委員会は、病院長（診療所長）、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、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等で構成される必要があります（診療所は、兼務可）。
（取扱い通知 別添 2 第 1 2 （3））

<ポイント>

- 病院長が出席しているか。
- 薬剤部門の責任者が出席しているか。

■ 院内感染防止対策の基準

<指摘事項>

- 感染情報レポートを
 - ・ 月1回程度の頻度で作成している。
 - ・ 院内で感染が発生したときのみ作成している。
 - ・ 院内感染防止対策委員会で活用していない。

<根拠規定>

- 「感染情報レポート」は、検査部（病院の場合）において、週1回程度作成する必要があります。
（取扱い通知 別添2 第12（4））

<ポイント>

- 特定の細菌（MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）など）のみではなく、入院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を把握・活用することを目的に作成します。

■ 医療安全管理体制の基準

<指摘事項>

- 医療事故等の院内報告制度について、
 - ・ 各部署から報告書が提出されていない。
 - ・ インシデント等の分析を通じた改善策が実施されていない。
 - ・ 安全管理の指針（インシデント等のレベル分類など）が文書化されていない。

<根拠規定>

- 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されている必要があります。
（取扱い通知 別添 2 第 1 3（2）及び（3））

<ポイント>

- 看護部以外から報告書が提出されているか。
- 委員会が月 1 回程度開催されているか。

■ 医療安全管理体制の基準

<指摘事項>

- 職員研修の
 - ・ 出席者が少数である。
 - ・ 特定の部署が出席していない。
 - ・ 年1回程度の頻度で開催している。
- ・ 各部署の出席者を把握していない。

<根拠規定>

- 職員研修は、安全管理のための基本的考え方・具体的方策について、職員に周知徹底を図ることを目的に、研修計画に基づき、年2回程度開催する必要があります。
(取扱い通知 別添2 第12(5))

<ポイント>

- 開催日程、研修内容等が検討され、全職員が出席可能なものになっているか。
- 欠席者への対応は、適切に行われているか。
- 資料の配布のみとなっていないか。

■褥瘡対策の基準

<指摘事項>

- 褥瘡対策チームの、
 - ・ 構成員（専任の医師・看護職員）が不明である。
 - ・ 院内規程が未整備であり、チームの設置が不明確である。
 - ・ 活動内容が明記されていない。

<根拠規定>

- 褥瘡対策に係る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から構成される褥瘡対策チームを設置する必要があります。
（取扱い通知 別添2 第14（2））

<ポイント>

- 褥瘡対策の診療計画の作成・評価は、褥瘡対策チームの構成員（専任）が行う必要があります。

■ 褥瘡対策の基準

<指摘事項>

- 褥瘡の状態を、
 - ・ DESIGN-R（日本褥瘡学会）で評価していない（様式が異なっている）。
 - ・ 専任以外の看護職員が評価している。
- 褥瘡対策に関する診療計画書を受け持ちの看護師（専任以外）が作成している。

<根拠規定>

- 危険因子のある患者は、褥瘡対策チームの専任の医師・看護職員が、褥瘡対策の診療計画の作成・評価を行う必要があります。
（取扱い通知 別添 2 第 1 4 （3））
※褥瘡対策の実施は、専任以外の者でも差し支えありません。

<ポイント>

- 計画書が旧様式となっていないか。（R 4 改定にて薬学的管理、栄養管理に関する事項が追加）
- 専任の者によって作成・評価が行われているか。

(参考) 褥瘡対策に関する診療計画書の様式

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（１）

氏名 _____ 殿 男 女
年 月 日 生 (歲)

病棟

記入医師名

記入看護師名

計画作成日 . .

褥瘡発生日 . .

褥瘡の有無

1. 現在	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())
2. 過去	なし	あり	(仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)				できる	できない
(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる	できない
・病的骨突出				なし	あり
・関節拘縮				なし	あり
・栄養状態低下				なし	あり
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)				なし	あり
・皮膚の脆弱性(浮腫)				なし	あり
・皮膚の脆弱性(スキナーケアの保有、既往)				なし	あり

危険因子の評価

「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する

(次ページへ続く)

(◎適切な例) 専任の医師・看護職員（褥瘡対策チーム）が作成している。

(×誤りの例) 専任以外の受け持ち看護師作成している。

○必要な看護計画が立案されているか。

○DESIGN-Rで評価しているか。

○「深さ」を合計点に含めていないか。

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞										両括弧内は点数（※1）	
褥瘡の状態の評価 （DESIGN-R2020）	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(※)深さ判定が不能の場合	合計点	
	滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない		(3)中等量:1日1回の交換		(6)多量:1日2回以上の交換				
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上			
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(3C) (※3) 臨界的定着疑い (創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)		(3) (※3)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)		(9)全身的影響あり (発熱など)		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)		(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない			
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり						
	ポケット(cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上			

(前ページの続き)

○ブレーデンスケールのみの評価になっていないか。

(参考) 褥瘡対策に関する診療計画書の様式

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書 (2)

氏 名 _____ 殿 (男 ・ 女) _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (_____ 歳)

＜薬学的管理に関する事項＞ ☐ 対応の必要無し

褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用

☐ 無 ☐ 有 (催眠鎮静剤、抗不安剤、麻薬、解熱鎮痛消炎剤、利尿剤、腫瘍用薬、副腎ホルモン剤、免疫抑制剤、その他())

薬学的管理計画

＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 ☐ 無 ☐ 有

＜栄養管理に関する事項＞ ☐ 対応の必要無し ☐ 栄養管理計画書での対応

栄養評価

評価日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

体重 _____ kg(測定日 /)

BMI _____ kg/m²

体重減少 (無 ・ 有)

身体所見 浮腫 (無 ・ 有 (胸水 ・ 腹水 ・ 下肢) ・ 不明)

検査等

検査している場合に記載

☐ 測定無し
Alb値 () g/dL
測定日 (/)

☐ 測定無し
Hb値 () g/dL
測定日 (/)

☐ 測定無し
CRP () mg/dL
測定日 (/)

栄養補給法

経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈

栄養補助食品の使用 (無 ・ 有)

栄養管理計画

■ 栄養管理体制の基準

<指摘事項>

- 特別な栄養管理の必要性（有・無）を、
 - ・ 入院診療計画書に記載していない。
 - ・ 医師のみで確認している。

<根拠規定>

- 入院時、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する必要があります。
（取扱い通知 別添 2 第 1 5（3）及び（4））

<ポイント>

- 特別な栄養管理が必要な患者について、栄養管理計画が作成されているか。

■ 栄養管理体制の基準

<指摘事項>

- 栄養管理計画について、
 - ・ 様式が異なっている。
 - ・ 診療録に貼付されていない。
 - ・ 定期的に記録・評価していない。

<根拠規定>

- 共同で作成した計画書（又はその写し）は、診療録に貼付し、定期的に記録・評価し、必要に応じて計画を見直す必要があります。
（取扱い通知 別添2 第15（5）～（6））

<ポイント>

- 栄養状態の定期的な記録が管理されているか。

(参考) 栄養管理計画書の様式

栄養管理計画書

計画作成日 _____

氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 病棟 _____

入院日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (歳) _____

担当医師名 _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

【GLIM基準による評価 (□非対応) ※】判定: □ 低栄養非該当 □ 低栄養 (□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養)

該当項目: 表現型 (□ 体重減少、□ 低BMI、□ 筋肉量減少) 病因 (□ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/炎症)

※ GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標			
栄養補給に関する事項			
栄養補給量		栄養補給方法 □経口 □経腸栄養 □静脈栄養	
・エネルギー kcal	・たんぱく質 g	嚥下調整食の必要性	
・水分	・	□なし □あり (学会分類コード:)	
・	・	食事内容	
		留意事項	
栄養食事相談に関する事項			
入院時栄養食事指導の必要性 □なし□あり (内容		実施予定日: 月 日	
栄養食事相談の必要性 □なし□あり (内容		実施予定日: 月 日	
退院時の指導の必要性 □なし□あり (内容		実施予定日: 月 日	
備考			
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項			
栄養状態の再評価の時期		実施予定日: 月 日	
退院時及び終了時の総合的評価			

計画作成が遅れていないか。

(救急患者、休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合は、入院後7日以内に策定する必要があります。)

栄養状態の評価が行われているか。

(特別な栄養管理が必要な患者)

患者ごとに、

・栄養状態・摂食機能・食形態が考慮されたものになっているか。

必要な事項が記載されているか。

評価の間隔が記載されているか。

・定期的に記録されているか。
・必要に応じ見直しをしているか。

診療録に貼付されているか。

1 入院基本料等＜病院・有床診療所＞

2 看護配置基準＜病院＞

- (1) 勤務時間数の管理
- (2) 夜勤の留意点
- (3) 特定入院料

3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

4 入院基本料等加算

■勤務時間数の管理

<指摘事項>

- 病棟の勤務実績表（様式 9）の病棟勤務時間数に、
 - ・ 外来勤務、手術室勤務の時間数を算入している。
 - ・ 年次休暇、育児休暇の時間数を算入している。
- 必要な勤務時間数を把握していない。

<根拠規定>

- 勤務時間数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている者の時間数を計上する必要があります。
（取扱い通知 別添 2 第 2 4（2）ウ）

<ポイント>

- 夜間の急患（外来）の対応など、病棟勤務として扱っていないか。
- 兼務する場合は、実際の病棟勤務の時間のみを算入します。
- 就業規則どおりの勤務形態となっているか。

■勤務時間数の管理

(参考) 勤務時間への算入の可否

- 食事・休憩時間 … ◎計上可能（勤務時間に含まれる）。
- 残業時間 … ×含まない。
- 院内感染防止対策委員会・安全管理のための委員会・
安全管理の体制確保のための職員研修・褥瘡対策委員会に参加する時間
身体的拘束最小化チームに係る業務・身体的拘束最小化に関する職員研修
… ◎計上可能（各基準を満たすために必要なもの）。

- ・ 院内感染防止対策の基準
- ・ 医療安全管理体制の基準
- ・ 褥瘡対策の基準
- ・ 身体的拘束最小化の基準

■勤務時間数の管理

<様式9への計上方法>

(例1) 保険医療機関が定める夜勤時間帯 … 16:30 ~ 8:30 (16時間)

- ・ 看護師 A (日勤) さんのシフト 8:30 ~ 17:00まで勤務
- ・ 看護師 B (夜勤) さんのシフト 16:30 ~ 翌日9:00まで勤務
- ・ 申し送り時間 ①夕方 16:30~17:00 (0.5時間)
②朝 8:30~9:00 (0.5時間)

(2交代制勤務、他部署で兼務せず、すべて病棟で勤務する場合。)

(記入例)

勤務実績表

Aさん … 8:30~16:30(8.0h)を計上。

Aさん→Bさんの申し送り(16:30~17:00)は、含めません(申し送る側)。

種別	番号	病棟名	氏名	(略)	日付別の勤務時間数			(略)
					1日	2日	3日	
看護師			A	…	曜	曜	曜	…
					8.00	8.00		
看護師			B	…				…
					7.50	8.50		
					7.50	8.50		

上段…日勤時間帯

中段…夜勤時間帯において
当該病棟で勤務した時間数

下段…夜勤時間帯において
当該病棟以外で勤務した時間
を含む総夜勤時間数

Bさん … 16:30~0:00(7.5h)、0:00~8:30(8.5h)を計上。

Bさん→Aさんの申し送り(8:30~9:00)は、含めません(申し送る側)。

■勤務時間数の管理

<様式9への計上方法>

(例2) 保険医療機関が定める夜勤時間帯 … 16:30 ~ 8:30 (16時間)

- ・ 看護師 A (日勤) さんのシフト 9:00 ~ 17:00まで勤務
- ・ 看護師 B (夜勤) さんのシフト 17:00 ~ 翌日9:00まで勤務
- ・ 申し送り無し

(2交代制勤務、他部署で兼務せず、すべて病棟で勤務する場合。)

(記入例)

勤務実績表

種別	番号	病棟名	氏名	(略)	日付別の勤務時間数			(略)
					1日	2日	3日	
					曜	曜	曜	
看護師			A	…	7.50			…
					0.50			
					0.50			
看護師			B	…		0.50		…
					7.00	8.50		
					7.00	8.50		

日勤時間帯の勤務時間数を計上
Aさん…9:00~16:30(7.5h)

夜勤時間帯の勤務時間数を計上
Aさん…16:30~17:00(0.5h)

夜勤時間帯の勤務時間数を計上
Bさん…17:00~0:00(7.0h)

夜勤時間帯の勤務時間数を計上
Bさん…0:00~8:30(8.5h)

日勤時間帯の勤務時間数を計上
Bさん…8:30~9:00(0.5h)

■勤務時間数の管理

<様式9への計上方法>

(例3) 夜勤時間帯に看護要員が**病棟勤務**と**外来勤務**を**兼務**する場合

・保険医療機関が定める夜勤時間帯 … 16:30 ~ 8:30 (16時間)

・**看護師C (夜勤) さんのシフト** 16:30 ~ 8:30まで勤務

うち、外来勤務… 16:30~20:30

うち、病棟勤務… 20:30~8:30

・申し送り無し

(記入例)

種別	番号	病棟名	氏名	(略)	日付別の勤務時間数			(略)
					1日	2日	3日	
					曜	曜	曜	
看護師			C	...				...
					3.50	8.50		
					7.50	8.50		

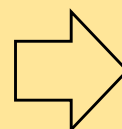
実際に病棟で勤務した時間を計上。
Cさん…20:30~0:00(3.5h)

総夜勤時間数を計上。
Cさん…16:30~0:00(7.5h)

兼務する場合の月平均夜勤時間数の実人員数は、①／②。

①病棟で勤務した月当たり延べ夜勤時間数

②月当たりの延べ夜勤時間数 (病棟と病棟以外の勤務時間)



月平均夜勤時間数の実人員数
(例) Cさんが月4回の勤務

① $(3.50+8.50) \times 4 = 48.0h$

② $(7.50+8.50) \times 4 = 64.0h$

①／② = 0.75 (人)

■夜勤の留意点

<指摘事項>

- 夜勤を、
 - ・ 准看護師 2 名のみで行っている
(急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料 (3 は除く)、
7 対 1、10 対 1、13 対 1)。
 - ・ 2 名以上で行っていない。

<根拠規定>

- 病棟における夜勤は、看護師 1 名を含む看護職員 2 名以上が行う必要があります。
(急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料 (3 は除く、7 対 1 入院基本料、
10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料)
(基準告示 第 5 1 通則 (7))

<ポイント>

- 夜間の急患 (外来) の対応が常態化し、1 名の夜勤体制となっていないか。
- 療養病棟は、看護職員 1 名と看護補助者 1 名の計 2 名以上でも差し支えありません。

■夜勤の留意点

<指摘事項>

- 勤務時間数の計上に誤りがあり、正しく計算したところ、
 - ・過去に遡って、月平均夜勤時間数が72時間を超過していた。

<根拠規定>

- 夜勤を行う看護職員の1人あたりの月平均夜勤時間数は、72時間以下であるなど、労働時間が適切なものである必要があります。
(基準告示 第5 1 通則 (6))
(療養病棟入院基本料及び特別入院基本料を算定する場合を除く。)

<ポイント>

- 夜勤時間帯とは … 22:00～5:00を含む連続する16時間です。
(例 日勤 8:30～16:30 夜勤 16:30～8:30) ※各保険医療機関で定めます。

■夜勤の留意点

(参考) 看護職員 1 人当たり月平均夜勤時間数の算出方法

【一般病棟の場合】

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯に従事した実人員数}} \quad (\text{小数点第 2 位以下切り捨て})$$

- 夜勤専従者は、実人員数・延夜勤時間数に含みません。

※夜勤専従者は、勤務計画表に日勤が組み込まれていない者であって、日勤の看護職員の急病時などの真に緊急やむを得ない場合に月に 1 回を限度に日勤を行うことが認められている。

- 夜勤時間帯に従事した実人員数は、夜勤時間帯に、病棟と外来等を兼務する場合は、病棟勤務の時間数を当該看護要員の延夜勤時間数（病棟以外を含む）で除した数を算入します。

→「勤務時間数の管理」（記入例：例 3 参照）

- 急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 は、夜勤時間数が 16 時間未満 の者は、含みません。

（ただし、短時間正職員については、12 時間以上を含む。）

※短時間正職員と育児・介護休業法による短時間勤務は異なる。

- 急性期一般入院基本料、7 対 1 及び 10 対 1 以外は、夜勤時間数が 8 時間未満 の者は含みません。

■夜勤の留意点

(参考) 看護職員 1 人当たり月平均夜勤時間数の算出方法

【一般病棟の場合】 (様式 9)

勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無	日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	(再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数□※7
						(該当する夜勤従事者に○)※4	数※5	1日曜	2日曜	3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	事務的業務	有・無・夜専							
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専							
夜勤従事職員数の計						[B]	月延べ勤務時間数(上段と中段の計)					[C]	
月延べ夜勤時間数						[D-E]	月延べ夜勤時間数(中段の計)					[D]※8	[E]
(再掲) □主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計												[F]※9	
1日看護配置数(必要数)※10		[(A/届出区分の数※11)×3]				月平均1日当たり看護配置数						[C/(日数×8)]	
主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)		[(A/200)×3]				月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数						[F/(日数×8)]	

月平均夜勤時間数 =

月延夜勤時間数

夜勤時間帯の従事者数

(72時間以下)

(例)

夜勤従事者 23人 (8+11+4)

8人×72時間 = 576時間(a)

11人×64時間 = 704時間(b)

4人×40時間 = 160時間(c)

(a)~(c)の合計 1,440時間

1,440時間 ÷ 23人 = 62.6時間

■ 特定入院料

<指摘事項>

- 各勤務帯の入院患者数に対し、必要な看護配置数が不足している。
- 治療室の入院患者数が、届出した病床数を超過したため、看護配置数が不足した。

<根拠規定>

- (例) 特定集中治療室管理料 1
… 治療室における看護師の数は、常時、2 : 1以上であることが必要です。
(基準告示 第9 3 (1) イ④)

<ポイント>

- 1日の中でも、日中や夜間などの各時間帯によって、患者の人数が異なる場合には、治療室内に必要な看護配置数が異なります。(常時 2 : 1 以上)
<例 患者数 … 深夜4名、日中4名、準夜6名 → 配置数 … 深夜2名、日中2名、準夜3名>
- 入退室の時刻の記録があり、必要な管理が行われているか。
- 様式 9 - 2 を参考に適切に看護配置を管理すること。

1 入院基本料等＜病院・有床診療所＞

2 看護配置基準＜病院＞

3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

4 入院基本料等加算

■重症度、医療・看護必要度

<指摘事項>

- 評価票の記入・測定の結果が、
正確に行われているか、確認されていない。

<根拠規定>

- 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する必要があります。
(取扱い通知 別添2 第2 4の2 (8) 及び別添6の別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」8. 評価の根拠)

<ポイント>

- 記入は、院内研修を受けた者が行う必要があります。

1 入院基本料等＜病院・有床診療所＞

2 看護配置基準＜病院＞

3 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

4 入院基本料等加算

- (1) 急性期看護補助体制加算・看護補助加算
- (2) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制の整備
- (3) 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算
- (4) 看護補助体制充実加算
- (5) 医療安全対策加算
- (6) 感染対策向上加算
- (7) 連携強化加算（感染対策向上加算の注3）
- (8) 入退院支援加算 ※地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）

■急性期看護補助体制加算・看護補助加算

<指摘事項>

- 看護職員と看護補助者との業務範囲について、
 - ・ 個別の業務内容を、文書（院内規程）で整備していない。
 - ・ 見直しが行われていない。

<根拠規定>

- 院内規程を定め、年1回以上見直しを行う必要があります。
（取扱い通知 別添3 第4の3 1通則（7）及び第7 1（6））

<ポイント>

- 役割分担の具体的内容は、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」に記載します。

■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備

<指摘事項>

- 「多職種からなる役割分担推進のための委員会」（会議）が、
・ 設置されていない。
- 同委員会で、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を、
・ 策定していない、評価していない。

<根拠規定>

- 委員会（会議）を設置した上で、計画の作成、達成状況の評価等を行う体制を整備する必要があります。
（取扱い通知 別添2 第2 11（3）イ）

<ポイント>

- 議事録など、多職種による開催の記録があるか。
- 看護職員等の労働時間管理を行う責任者は配置されているか。

■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備

<指摘事項>

- 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」について、
 - ・ 計画を職員に周知していない。

<根拠規定>

- 計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めて策定し、職員に周知徹底する必要があります。
(取扱い通知 別添 2 第 2 11 (3) ウ)

<ポイント>

- 各職種の役割分担が、具体的な内容となっているか。
(静脈採血の検査部における実施 ○年○月より実施予定 など)

■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備

<指摘事項>

- 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善」に関する取組事項の[院内掲示](#)がない。

<根拠規定>

- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に[掲示する等の方法で公開](#)すること。
(取扱い通知 別添2 第2 11 (3) 工)

<ポイント>

- 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善」に関する取組事項の院内掲示等の方法で公開しているか。

■ 看護職員の負担軽減・処遇改善に資する体制の整備

<計画の例>

平成〇〇現在の勤務状況		目標				
1. 職員数 常勤____名 非常勤____名 2. 平均業務時間 平均 時間(最大〇時間、最小〇時間) 3. 夜勤回数 4. 育児支援制度利用者		...。				

分野	現状	平成〇〇年度までの 目標	目標達成のために 必要な手順	達成項目のチェック		備考
				平成〇〇年3月	平成〇〇年3月	
〇〇〇〇	○.....			☐ %	☐ %	
	○.....					
	○.....					
	○.....					
〇〇〇〇	○.....					
	○.....					
	○.....					
	○.....					
	○.....					
	○.....					
〇〇〇〇	○.....					
	○.....					
	○.....					
〇〇〇〇	○.....					
	○.....					
	○.....					

(参考 1) 「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号厚生労働省医政局長通知)

(参考 2) 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に係る計画の策定について」

(平成22年 3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)

■看護職員夜間配置加算

<指摘事項>

- 夜間の入院患者数に対し、必要な看護配置数が不足している。

<根拠規定>

- 看護職員夜間配置加算は、各病棟に3名以上の配置に加えて、常時12対1又は16対1を満たす必要があります。
(基準告示 第8 7の4 (1) イ又は(3) イ)

<ポイント>

- 日々の入院患者数によって、夜間の看護配置数（必要数）が異なります。
- 夜間の緊急入院に対応している場合、時間帯ごとに看護配置数は足りているか。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ 夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の…

ア 勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻 → 11時間以上の間

イ 3交代制勤務（変則3交代制勤務）の勤務開始時刻
→ 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

ウ 連続して行う夜勤の数 → 2回以下

エ 看護職員の夜勤後の歴月の休日が確保されていること

オ 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されていること

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ 保険医療機関において…

カ 所属部署以外の部署を一時的に支援するため、夜勤時間帯を含む各部署の業務量を把握・調整するシステムを構築し、部署間で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 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話をしていること

ク 看護補助者の夜間配置

ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率 → 5割以上

コ 夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置している

サ I C T、A I、I o T等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。(取り組むことが望ましい。)

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ 満たす必要がある項目数

	夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11)	夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注7)	看護職員夜間配置加算 (12対1配置1・16対1配置1(地域包括医療病棟入院料の注9を含む))	看護補助加算 (夜間看護体制加算)	看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注4/精神科救急・合併症入院料の注4)
ア	☐	☐	☐	☐	☐
イ	☐	☐	☐	☐	☐
ウ	☐	☐	☐	☐	☐
エ	☐	☐	☐	☐	☐
オ	☐	☐	☐	☐	☐
カ	☐	☐	☐	☐	☐
キ	☐			☐	
ク			☐		
ケ	☐	☐	☐	☐	
コ	☐	☐	☐	☐	☐
サ	☐	☐	☐	☐	☐
	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ 留意点

- ・ ア～エについて、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。
- ・ ケについて、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ものとみなす。
- ・ 院内保育所の保育時間は、夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれていること。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ その他留意点 ～開始時刻・終了時刻～（疑義解釈資料より）

（問１）ア及びイの開始時刻・終了時刻は、超過勤務した時間を含めるのか。

（答）含める。

（問２）イの「概ね24時間後以降」とは、例えば、日勤（８－17時）をした翌日が早出（７－16時）の場合は、要件を満たすか。

（答）直近の勤務の開始時刻の23時間後以降であれば、要件を満たす。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ その他留意点 ～夜勤の数え方～（疑義解釈資料より）

（問３）ウの夜勤の数え方について。

①例えば16時間夜勤の場合、1回の夜勤と数えるのか。

それとも、準夜・深夜と考え2回と数えるのか。

②夜勤と夜勤の間に休日を挟む場合は、連続しないと考えてよいか。

（答）①始業時刻から終業時刻までの一連の夜勤を1回と考える。

この場合、1回と数える。

②よい。暦日の休日を挟んだ場合は、休日前までの連続して行う夜勤回数を数える。

（問４）ウの夜勤の数について、早出、遅出など一部夜勤時間帯を含む勤務形態についても、当該項目の夜勤の連続回数の対象となるか。

（答）勤務時間に午後10時から翌日5時までの時間帯が一部でも含まれる場合は当該加算の項目の夜勤の連続回数の対象として計上する。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ その他留意点 ～各部署の業務量を把握・調整するシステム～（疑義解釈資料より）

（問５）**工【現・力】**の「各部署の業務量を把握・調整するシステム」について、

- ① どのようなシステムか。
- ② 各部署の業務量は把握しているが、既に適切な配置をしており病棟間の応援等の実績がない場合は、要件を満たさないのか。
- ③ 「各部署」は、当該加算を算定している病棟のみか。

- （答）① 例えば、「重症度、医療・看護必要度」を活用して各病棟の業務量を一括で把握し、業務量に応じ一時的に所属病棟以外の病棟へ応援にいく等のシステムである。
- ② 常に、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組んだ上で応援等は必要ないと判断したのであれば、運用実績があるとみなす。
- ③ 特に限定していない。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ その他留意点 ～院内保育所～（疑義解釈資料より）

（問 6）院内保育所について、

- ① 毎日開所していないと該当しないのか。
- ② 院内ではなく、同一敷地内に設置、道路を挟んだビルを賃貸して運営又は近隣の認定保育所と定員の一部を契約している等の場合は該当するか。
- ③ 病児保育のみを実施している場合は、該当するか。

（答）① 院内保育所の保育時間に夜勤時間帯のうち4時間以上含まれる日が週5日以上ある場合は該当する。

なお、4時間以上とは、連続する4時間ではなく、夜勤時間帯の中で保育時間が重複する時間の合計が4時間以上の場合も該当する。

- ② 運営形態は問わないが、設置者が当該医療機関であること。
また、保育料の補助のみ等の実際に保育所を設置・運営していない場合は、含まない。
- ③ 該当しない。

■ 看護職員夜間配置加算・夜間看護体制加算

＜夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備＞

○ その他留意点 ～看護補助者の夜間配置～（疑義解釈資料より）

（問 7）看護補助加算の夜間看護体制加算について、
看護補助者を夜勤時間帯に配置とあるが、

- ① この夜勤時間帯とは、病院が設定した夜勤時間帯でよいか。
また、看護補助者の勤務時間が夜勤時間帯に一部含まれる場合は
該当するか。
- ② 毎日配置していなければならないか。

- （答）① 保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上、看護補助者（みなし
看護補助者を除く。）を配置していればよい。
- ② 週3日以上配置していればよい。

■ 看護補助体制充実加算

<指摘事項>

- 当該保険医療機関において **3年以上**の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者を **5割以上**配置していない（看護補助体制充実加算1）。

<根拠規定>

- 当該保険医療機関において **3年以上**の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者を **5割以上**配置する必要があります。
（取扱い通知 別添3 第4の3 10（1）ア、第7 4（1）ア等）

<ポイント>

- 当該保険医療機関において **3年以上**の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者を**入院料及び加算に係る病棟**において **5割以上**配置。
- **常勤換算後**の人数を用いて算出する。
- **みなし看護補助者は含めない。**

■ 医療安全対策加算

<指摘事項>

- 医療安全管理者の
 - ・ 具体的な業務内容が不明である。
 - ・ 活動実績等が記録されていない。

<根拠規定>

- 具体的な業務内容を整備する必要があります。
(取扱い通知 別添 3 第20 1 (1) ウ、(2) 及び (3))

<ポイント>

- 医療安全管理者が、医療安全管理部門の業務の企画立案・評価を行っているか。

■ 医療安全対策加算

<医療安全管理者が行う業務>

- 安全管理部門の業務に関する企画立案・評価を行う。
- 定期的に院内を巡回し、各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析する。
- 医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進する。
- 各部門の医療事故防止担当者を支援する。
- 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行う。
- 職員研修を企画・実施する。
- 相談窓口等の担当者と密接な連携を図る。
- 患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援する。

■ 医療安全対策加算

<指摘事項>

- 医療安全管理部門の
 - ・ 業務指針が不明である。
 - ・ カンファレンスの記録がない。
 - ・ 各部門における医療安全対策に係る実施状況の評価が行われていないので、適切に評価を実施し、業務改善計画書を作成すること。

<根拠規定>

- 部門の業務指針を整備し、業務改善計画書の作成など、医療安全管理者の活動実績を記録し、カンファレンスを週1回程度開催する必要があります。
(取扱い通知 別添3 第20 1 (1) ウ及び(3))

■ 医療安全対策加算

<医療安全管理部門が行う業務>

- 部門には、全ての部門の職員（診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等）を専任で配置する。
- 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、
 - ・ 医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、
 - ・ それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録する。
- 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数、相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録する。
- カンファレンス（医療安全対策に係る取組の評価等を行う）を週1回程度開催し、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加している。

■ 感染対策向上加算

<指摘事項>

- 具体的な業務内容が整備されていない。
- 院内の巡回について、1週間に1回程度、各病棟の巡回が行われていない。
- 院内の巡回について、院内感染事例の把握及び院内感染防止対策の実施状況の把握及び指導が行われていない。

<根拠規定>

- 必要な院内規程を整備する必要があります。
- 感染事例を把握するため、1週間に1回程度の院内巡回が必要です。
(取扱い通知 別添3 第21 1 (11)、2 (11) 及び3 (8))

<ポイント>

- 具体的な業務内容が整備されているか。
- 感染制御チームの院内の巡回の状況、感染事例の把握・対策の実施状況などが記録されているか。

■ 感染対策向上加算

<指摘事項>

- マニュアルに、抗菌薬の適正使用の内容が含まれていない。
- 職員研修が行われていない。

<根拠規定>

- 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成する必要があります。
（取扱い通知 別添 3 第21 1（5）、2（6）及び3（4））
- 職員研修は、感染制御チームによって、年2回程度開催する必要があります。
（取扱い通知 別添 3 第21 1（6）、2（7）及び3（5））

<ポイント>

- 抗菌薬の使用状況を、どのようにチームが把握するのかをマニュアルにしているか。
特に、特定抗菌薬は届出制又は許可制の体制をとる必要があります。
- チームによる研修は、医療安全管理体制に係る研修とは、別に行う必要があります。

■ 感染対策向上加算

<感染制御チーム>

通則に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことを評価するもの。

○ 構成員について

感染対策向上加算 1

- ・ 専任の常勤医師（3年以上の感染症対策の経験）
- ・ 専任の看護師（5年以上の感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了している）
- ・ 専任の薬剤師（3年以上の病院勤務の経験を有し、感染防止対策にかかわる）
- ・ 専任の臨床検査技師（3年以上の病院勤務の経験）

⇒ 医師又は看護師のうち、1名は専従。

⇒ 上記に定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されている必要がある。

■ 感染対策向上加算

感染対策向上加算 2

- ・ 専任の常勤医師（3年以上の感染症対策の経験）
- ・ 専任の看護師（5年以上の感染管理に従事した経験）
- ・ 専任の薬剤師（3年以上の病院勤務の経験又は適切な研修を修了している）
- ・ 専任の臨床検査技師（3年以上の病院勤務の経験又は適切な研修を修了している）

⇒ 上記に定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されている必要がある

感染対策向上加算 3

- ・ 専任の常勤医師
- ・ 専任の看護師

⇒ 上記に定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されている必要がある

■ 感染対策向上加算

＜感染制御チーム＞

○ 業務内容について

- ・ 1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、感染事例の把握、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。
- ・ 感染対策向上加算2、3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の医療機関に対し、必要時に感染対策に係る助言を行う。
- ・ 感染事例、感染発生率に関するサーベイランス等の情報を分析・評価する。
- ・ 院内感染の増加が確認された場合、病棟ラウンドの所見・サーベイランスデータ等を基に、改善策を講じる。
- ・ 巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。
- ・ 微生物学的検査を利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。
- ・ バイコマイシン等（抗MRSA薬）、広域抗菌薬等の使用を、届出制又は許可制とし、投与量、投与期間の把握を行い、投与方法の適正化を図る。
- ・ 院内感染対策に関する職員研修の実施（年2回程度）
- ・ 手順書（マニュアル）の作成・改訂、遵守状況の確認（巡回時） など

■感染対策向上加算

<感染制御チーム>

○ 院内の巡回について

- ・ 1週間に1回程度、巡回します（定期的）。
- ・ 各病棟は、毎回巡回します。（少なくとも2名以上で）
(病棟ごとの院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的に行っている場合は、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟は、巡回を行っていない月がないことが必要です。)
- ・ 必要性に応じて、各部署を巡回します。
- ・ 患者に侵襲的な手術・検査等を行う部署は、2月に1回以上の巡回が必要です。

○ 研修について

- ・ 個々の従業員の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上などを図るもの。（疑義解釈その1問18（令和4年3月31日事務連絡）を参照）
- ・ 職種横断的な参加の下で行うもの。・ 全体に共通する院内感染に関するもの。
- ・ 研修の実施内容（開催、受講日時、出席者、研修項目）を記録する。
- ・ 最新の知見の共有が求められ、単なる勉強会は不可。

■ 感染対策向上加算

<合同カンファレンス>

- 感染対策向上加算 1 を届け出た医療機関の感染制御チームは、
 - ・ 感染対策向上加算 2 又は 3 を届け出た医療機関と合同で、
 - ・ 少なくとも年 4 回程度、定期的にカンファレンスを行います。
- 参加メンバー … 原則、感染制御チームの各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）が少なくとも 1 名ずつで、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
- 内容（例）
 - ・ 薬剤耐性菌等の検出状況
 - ・ 感染症患者の発生状況
 - ・ 院内感染対策の実施状況
（アルコール製剤の使用量、感染経路別予防策の実施状況等）
 - ・ 抗菌薬の使用状況等の情報の共有
 - ・ 参加しているサーベイランス事業からのデータの共有
 - ・ 意見交換等

最新の知見を
共有する。

■ 連携強化加算（感染対策向上加算の注 3）

<指摘事項>

- 直近 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていない。

<根拠規定>

- 当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算 1 に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去 1 年間に 4 回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。

（取扱い通知 別添 3 第21 5（2））

■ 連携強化加算（感染対策向上加算の注 3）

- 直近 1 年間とは、1 月～12 月まで又は 4 月～ 3 月までの期間ではなく、
確認月に応じて、スライドして確認する必要があります。
- 届出以降は、毎月、適切に報告回数を確認する必要があります。

年4回以上の報告が必要

<確認月>	R5/11月	R5/12月	R6/1月	R6/2月	R6/3月	R6/4月	R6/5月	R6/6月	R6/7月	R6/8月	R6/9月	R6/10月	R6/11月	R6/12月
R6/11月	←													
R6/12月		←												
R7/1月			←											

■ 入退院支援加算及び地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）

<指摘事項>

- 入退院支援部門に配置されている専従の看護師又は専従の社会福祉士が
 - ・ 病棟や外来において、看護業務に従事している
 - ・ 病棟に専任で配置されている（入退院支援加算 1 のみ）

<根拠規定>

- 入退院支援部門に経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を配置。
（取扱い通知 別添 3 第26の5 1（2）、別添 4 第12 1（3））
- 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、各病棟に専任で配置。
（取扱い通知 別添 3 第26の5 1（3））

<ポイント>

- 入退院支援部門の専従者が、入退院支援部門以外の業務に従事することはできない。
- 病棟専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援及び地域連携業務以外の業務に従事することはできない（入退院支援加算 1 のみ）。

■ 入退院支援加算及び地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）

