

# 看護関係の施設基準

関東信越厚生局千葉事務所

令和元年7月11日

# 入院基本料・特定入院料の基準

・算定するための施設基準として、以下の基準がある。

- ① 入院診療計画
- ② 院内感染防止対策
- ③ 医療安全管理体制
- ④ 褥瘡対策
- ⑤ 栄養管理体制
- ⑥ 看護の実施

入院基本料・特定入院料の基準

## ①入院診療計画書

- ・入院の際、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、文章により、入院後7日以内に説明している。



確認ポイント①

- ・入院後7日以内に説明しているか。  
（日付は説明日か。 作成日か、説明日が別途記録しているか。 ）
- ・主治医以外の担当者名が記載されているか等。  
（看護師、管理栄養士等）

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ①入院診療計画書

・入院診療計画は、別添様式を参考とし、**必要事項が記載されている**。内容は入院中から退院後の生活がイメージできるものである。



#### 確認ポイント②

- ・参考様式（通知）の全ての項目が様式に含まれているか。（クリニカルパスにおいても同様。）  
記載漏れの項目はないか。（一つの欄に複数項目を設けている場合も全ての項目についての記載があるか。）
- ・特別な栄養管理の必要性「有・無」の記載にあたって、医師、看護師、管理栄養士で検討しているか。）
- ・看護計画は患者の病状を反映させたものとなっているか。  
（同じ病棟の全入院患者に対し、同じ文章を用いていないか。）

入院基本料・特定入院料の基準入院料の基準

## ①入院診療計画書

- 入院診療計画書の写しが診療録に添付されている。



確認ポイント③

紙、PC上での保管管理方法等の確認

別紙2の◇、\*等の項目も該当しない場合は斜線等を引き記載漏れと区別すること

# 入院診療計画書の種類

参考資料

## 1. 別添6. 別紙2

- 急性期一般入院基本料
- 地域一般入院基本料
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料  
別紙様式7：地域包括ケア病棟入院診療計画書  
(在宅復帰支援に関する事項)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 等

## 2. 別添6. 別紙2の2

- 療養病棟入院基本料

## 3. 別添6. 別紙2の3

- 精神病棟入院基本料

※上記を参考とし適切な様式とすること

# 入院診療計画書の指摘・指示・助言事項

- 様式が適正でないものを使用している。  
(回復期リハビリテーションや精神病棟で別紙2の2を使用している。)
- 必要事項の記載がなく空欄がある。  
( 症状 検査日程 入院期間 特別な栄養管理の必要性の有無等)  
\*記録を要しない項目については「該当なし」と記載又は斜線を引く等空欄にしない。  
入院期間で「未定」等不適切な表記が見られる事がある。
- 入院後7日以内に説明した根拠となる日付がない。
- 医師と看護職、その他関係職種が共同して診療計画書を策定していない。(主治医以外の担当者欄の記入がない、特別な栄養管理の必要性の有・無の記載が医師のみの判断で記載している。)

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ②院内感染防止対策

- ・院内感染防止対策委員会が設置されている。
- ・院内感染防止対策委員会を月に1回程度定期的に開催している。
- ・院内感染防止対策委員会の構成が適切である。  
(**病院長**又は診療所長、**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の職員)



#### 確認ポイント①

委員会の設置要綱、委員会構成員一覧、委員会議事録で確認する。  
構成員は院長及び各部門の責任者か。 委員会を12回開催している等。



## 入院基本料・特定入院料の基準

### ②院内感染防止対策

▪ 各病棟の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成され、院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制にある。

（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の疫学情報として把握、活用されるものであること。）

#### 確認ポイント②

検査部が作成しているか。 レポートは週1回程度作成されているか（薬剤感受性成績パターン等を含む）。委員会での活用及び今後の感染対策への活用状況を確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ②院内感染防止対策

- 職員等に対し流水による手洗いの励行が徹底されている。
- 各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒薬が設置され、適切に使用されている。

(精神病棟、小児病棟等、消毒薬が設置が適切でない場合は、携帯用速乾式消毒薬で差し支えない。)



#### 確認ポイント③

視察時に手洗い場や職員の手洗い状況。  
速乾式消毒薬の設置場所、病室の消毒薬の消耗状況を確認する。

# 院内感染防止対策の指摘・指示・助言事項

- 院内感染対策委員会が、**病院長**や**各部門の責任者**から構成されていない。1ヶ月に1回程度開催されていない。  
(例：院長・薬剤部門・事務部門等が構成員に含まれていない。スタッフが構成員になっている。)
- 感染情報レポートを週1回程度作成していない。
- 薬剤感受性成績のパターン等の記載がない。
- 病院にある検査部が作成していない。
- 感染情報レポートを院内感染防止対策委員会で十分に活用している事が確認できない。  
(委員会議事録にて確認)

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ③医療安全管理体制

- 安全管理のための指針が整備されている。  
(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が文章化されている。)
- 医療事故等の院内報告制度が整備されている。  
(医療事故、インシデント等が報告され、その分析に基づく改善策が実施される体制である。)



#### 確認ポイント①

指針等の中に、医療事故発生時の流れ、インシデント・アクシデントの報告方法の記載があるか等確認する。自施設に即した表現になっているか。

## 入院基本料・特定入院料の基準 ③医療安全管理体制

安全管理のための委員会が月1回程度開催されていること。

(安全管理の責任者等で構成される必要があるが、資格や役職は規定されていない。)



### 確認ポイント②

委員会規定、委員会構成員一覧、委員会議事録で確認。  
各員が各部署の安全管理の責任者か。 委員会を12回開催しているか等。  
インシデント・アクシデントレポートの報告、対策立案・検討、承認、周知方法等。

入院基本料・特定入院料の基準  
③医療安全管理体制

- 研修計画に基づき、安全管理の体制確保のための職員研修を年2回程度開催している。（安全管理のための基本的な考え方及び具体的方策について周知徹底を図ることを目的とするもの）



確認ポイント③

年間研修計画、研修テーマ、職員の参加率、受講できない職員へのフォロー体制等を確認する。（資料配付のみ等になっていないか）

# 医療安全管理体制の指摘・指示・助言事項

- 指針の整備が不十分。（医療事故発生時の対応が不十分。マニュアルと自施設の体制等との整合性がないものがある。）
- 医療安全管理委員会の実施内容の記録が不十分（報告のみ）。月1回程度開催していない。
- 全職員対象の安全管理の体制確保のための研修を年2回程度開催しているが、出席者が少ない。職種に偏りがある。
- 研修会の出席状況の把握・欠席者に対するフォローをしていない又は不十分（資料配布のみ）。
- インシデント・アクシデントレポートの報告が全体的に少ない。または職種によって非常に少ない。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ④褥瘡対策

- 褥瘡対策に係る専任の医師、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が設置されている。



#### 確認ポイント①

チームの専任医師、専任の看護職員の一覧を確認する。  
専任の看護職員が多数の場合「褥瘡看護に関する臨床経験」の考え方、基準等を確認する。  
褥瘡対策チームの設置要綱を確認する。



入院基本料・特定入院料の基準

## ④褥瘡対策

- 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が定期的に行われている(望ましい)。



確認ポイント②

委員会の議事録等を確認する。  
(開催していない場合は理由を確認する。)

入院基本料・特定入院料の基準  
④褥瘡対策

- 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用できる体制である。



確認ポイント③

体圧分散マットレス、エアーマットレスの総数、使用数、在庫数等の管理状況等。必要時に使用できる状況か等を確認する。  
(リース等を含め)

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ④褥瘡対策

#### 確認ポイント④

- 参考様式（通知）で示している事項が全て様式に記載されているか。
- 「日常生活自立度に低い入院患者」に対し、褥瘡に関する危険因子の評価を行っているか。
- 褥瘡の危険因子がある患者及び褥瘡を有している患者」について、専任の医師及び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か。（褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外でも可）

# 褥瘡対策の指摘・指導・助言事項

- 届出をしている専任医師・看護師が誰なのか現場の職員が認識していない。
- 体圧分散式マットレスの選択方法が明確になっていない。
- 専任医師・看護職員以外の職員で褥瘡対策に関する診療計画書を作成・評価している。
- 専任医師・看護職員が褥瘡対策に関する診療計画書を作成・評価していることが明確でない。
- 危険因子の評価項目が不足している。  
皮膚の脆弱性（スキーンテアの保有、既往）
- 危険因子の評価後の必要患者に関して看護計画が不十分。

入院基本料・特定入院料の基準  
⑤ 栄養管理体制

- 管理栄養士、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備されている。
- 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。



確認ポイント①

栄養管理手順の有無及び各職種が栄養管理計画作成にどのように関わっているか確認をする。

入院基本料・特定入院料の基準  
⑤栄養管理体制

- 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こと。



確認ポイント②

入院診療計画書作成時に医師、看護職員、管理栄養士がどのように関わり記載しているか確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑤ 栄養管理体制

#### 確認ポイント③

- 特別な栄養管理の必要性が有る患者について、栄養管理計画が作成されているか。
- 参考様式（通知）を使用しているか。又は参考様式で示している事項が全て様式に記載されているか。（平成30年度から嚥下調整食の必要性 あり・なしの項目が追加）
- 記載もれの項目はないか。
- 栄養管理計画に基づいた栄養管理を行い、栄養状態を定期的に評価・記録し、必要に応じて栄養管理計画を見直しているか。（計画立案、実施、再評価の流れを確認する）

# 栄養管理体制の指摘・指示・助言事項

- 入院診療計画書の特別な栄養管理の必要性の有無について医師のみで決定している。
- 栄養管理手順書が作成されていない。
- 栄養管理計画書に必要な項目「課題」が記載されていない。
- 栄養状態を定期的に確認していない。またメモ的な記録となっている。
- 栄養管理計画書の写しを診療録に貼付していない。
- 「嚥下調整食の あり・なし」の項目が不足している。



入院基本料・特定入院料の基準  
⑥看護の実施

- 患者の負担による付き添い看護が行われてはならない。
- ただし、患者の病状又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担にならない者が付き添うことは差し支えない。



確認ポイント①

付き添いの理由、医師の許可の有無を付き添い許可書等で確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑥看護の実施

#### 看護に関する記録

- 記録の様式・名称は各病院が適当とする方法で差し支えない。記録の作成に際し、重複を避け簡潔明瞭を旨とする。
- 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。



#### 確認ポイント②

記録は簡潔に記載されているか。

個々の病状・状況に合わせて看護問題（看護診断）、目標、看護計画が記載されているか。

計画を定期的に評価しているか等確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑥看護の実施

#### 経過記録

- 個々の患者について観察した事項及び実施した看護内容を看護要員が記録するもの。ただし、病状安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。



#### 確認ポイント③

観察した事項、行った処置、患者の状況等が書かれているか確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑥看護の実施

#### 看護管理に関する記録

- 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。



#### 確認ポイント④

入退院、重症患者（手術後等）、各勤務帯の勤務者等が病棟管理日誌に記載されているか確認する。

リリース時等に際して、双方の病棟管理日誌に、職種、氏名、時間、部署等が記載されているか。

入院基本料・特定入院料の基準

## ⑥看護の実施

### 看護業務計画に関する記録

- 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合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。



### 確認ポイント⑤

勤務表、看護職員の受け持ち患者の分担表（業務分担表）等を確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑥看護の実施

#### 重症度、医療・看護必要度

- 「一般病棟用の重症、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（Ⅱにあつては、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を行っている。
- 院内研修は、所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修である（望ましい）。



#### 確認ポイント⑥

院内研修受講者リスト、院内研修資料。  
所定の研修の修了者リスト・修了証等を確認する。

## 入院基本料・特定入院料の基準

### ⑥看護の実施

#### 重症度、医療・看護必要度

- 正確に測定されているか定期的に院内で検証されている。
- A項目、B項目、C項目の評価の根拠について、診療録及び看護記録等に記載がある。



#### 確認ポイント⑦

検証方法、頻度。  
評価の根拠を記録から確認する。

## 看護の実施の指摘・指示・助言事項

①

- 病棟管理日誌、看護管理日誌において看護要員の職種を区分して記載していない。
- 病棟管理日誌、手術室日誌、外来日誌等で看護要員等の勤務状況が確認できない。
- 病棟管理日誌の記録に、兼務や応援勤務をした職員が未記載であったり不十分なものがある。（職種・氏名・場所・時間）
- 看護管理日誌に外来看護要員の勤務状況や外来患者数の記載がない。
- 看護業務の計画に関する記録で、勤務帯毎の受け持ち割り当て表を白板に1日ごとに記載し消去している。  
(受け持ち割り当て表が記録として残ってない)



## 看護の実施の指摘・指示・助言事項

- 重症度、医療・看護必要度の評価の根拠となる記録が不十分である。(主にB項目)
- 重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか、定期的に院内で検証が行われていない。
- 看護計画が個々の病状、症状等を踏まえた計画になっていない。評価時期も明確でない。

# 入院基本料等加算

## I .感染防止対策加算

1. 感染防止対策加算 1. 2
2. 感染防止対策地域連携加算
3. 抗菌薬適正使用支援加算

## II .医療安全対策加算

1. 医療安全対策加算 1. 2
2. 医療安全対策地域連携加算

# I .感染防止対策加算

入院基本料等加算

# 1. 感染防止対策加算1.2

## 感染防止対策加算（取り扱い通知）

①

（１）感染防止に係わる部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。

（２）感染防止対策部門に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係わる日常業務を行うこと。

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

イ ５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係わる**適切な研修を終了した専任の看護師**（加算１）

５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（加算２）

ウ ３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ ３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

□ **アの医師又はイの看護師のうち１名は専従であること**（加算１）

□ アからエのうち１名が院内感染管理者として配置されていること

※感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

(3) 感染管理に係わる適切な研修とは、国及び医療関係団体等が主催する研修であること。

(600時間以上の研修期間で修了証が交付されるもの)

(4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(5) 最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、・・・・・・抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。

(6) 感染制御チームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

- (7) 感染制御チームにより、感染防止対策加算1と2に係わる届出をおこなった医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。
- (8) **カンファレンスは、感染制御チームの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、・・・・・・・・リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いて参加できる。**（追加）
- (9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係わる届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合は、・・・・・・・・ビデオ通話が可能な機器を用いて参加できる。  
（追加）

- (10) ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報<sup>①</sup>を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む・・・カンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。(追加)
- (11) 感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。(加算1)
- (12) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、**届出制又は許可制の体制をとること。**



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

#### 疑義解釈資料

- 院内巡回は感染制御チーム全員で行うのが望ましく、少なくとも2名以上で行うこと。
- 各病棟は毎回巡回することとするが、耐性菌の発生状況や広域抗生剤の使用状況等から、病棟毎の院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的実施している場合には、少なくともリスクの高い病棟を毎回巡回し、それ以外の病棟についても巡回を行っていない月がないこと。患者に侵襲的な手術、検査等を行う部署においても、2月に1回以上巡回していること。

(14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取り組み事項を掲示していること。

(15) 公益社団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(16) 院内感染対策サーベイランス (JANIS) 等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。 (加算1)

# 感染防止対策加算の指摘・指導・助言事項

①

- 感染防止対策部門の設置がない。
- 保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取り組みを掲示していない。
- 1週間に1回程度、院内を巡回した際の院内感染防止対策の実施状況の把握、及び指導内容等の記録がない又は不十分。（時間の記載がない）
- 院内巡回を1週間に1回程度行っていない。
- ICTメンバーの2人以上で巡回をしていない。
- 1週間に1回程度巡回しているが、各病棟を毎週巡回していない。  
（病棟毎の院内感染や耐性菌の発生リスクの評価を定期的には実施していない場合）
- 手術室、検査室等を巡回していない。（最低2月に1回以上巡回していない）

## 感染防止対策加算の指摘・指導・助言事項

②

- 加算1と2の届出施設が開催する合同カンファレンスに、各職種が1名ずつ参加していない。又、参加者の名簿管理ができていない。
- 届出制の用紙はあるが、形式的で継続的な監視体制がない。
- 職員を対象とした、院内感染対策に関する研修の参加率が低い。  
(不参加者へのフォロー体制が資料配付のみ)
- マニュアルに必要な感染予防策の項目・内容が不足している。  
抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んでいない。  
ICTの具体的な業務内容が不十分である。
- 定期的に新しい知見を取り入れ改訂していない。

感染防止対策加算、入院支援加算、退院時共同指導料1、精神科在宅患者支援管理料、精神科重症患者支援管理連携加算…等におけるカンファレンスや面会、共同指導について、やむを得ない事情により対面が難しい場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオを 통화）が可能な機器を用いた場合とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいのか。



①天候不良により会場への手段がない場合や、急患に対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定の確保が難しい場合などをいう。

②リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

## 感染防止対策加算

感染防止対策加算における加算算定医療機関間の年4回のカンファレンスについて、例えば、感染制御チームを医師2名、看護師3名、薬剤師1名、臨床検査技師1名で組織をしているようなチームメンバーの職種が複数名の場合、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いてカンファレンスに参加することが可能な者をどう考えればよいか。



- 「4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること」とは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師がそれぞれ1名以上が直接対面するカンファレンスに参加していればよい。
- 「感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること」とは例えば医師の場合、医師2名のいずれかが4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していればよく、必ずしも両名の医師が直接対面するカンファレンスに参加しなくてもよい。

入院基本料等加算

## 2.感染防止対策地域連携加算

# 感染防止対策地域連携加算に関する施設基準

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

## ※疑義解釈資料

感染制御チームを構成する各々の職種（医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）のうち、医師及び看護師を含む2名以上で評価をおこなうこと。

入院基本料等加算

### 3. 抗菌薬適正使用支援加算



# 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

(取り扱い通知)

- (1) 感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である。
- (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係わる業務を行うこと。

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する常勤歯科医師)
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を終了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師

※アからエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。

(3) 感染管理に係わる研修とは、国及び医療関係団体が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で修了証が交付されるもの)

(4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

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

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

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

- エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。  
また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- カ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
- キ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

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

# 抗菌薬適正使用支援加算

問

広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者。免疫不全状態等の特定の患者集団については、感染症早期からのモニタリングを実施する患者として設定することが必要か。



施設基準で上げている患者は例示であり、各医療機関で診察を行う患者の特性等を踏まえ施設の状況に応じて設定を行えばよい。

# 抗菌薬適正使用支援加算

問

抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修とは、誰を対象としておこなうのか。



医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など、抗菌薬に関わる業務に従事する職員を対象とする。

# 抗菌薬適正使用支援加算

問

抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修は、感染防止対策加算の要件となっている院内感染対策に関する研修とは別に行う必要がある。



双方の内容を含む場合については、併せて行ってよい。

## 抗菌薬適正使用支援加算

問

抗菌薬適正使用支援チームにおける「3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師」について、院内に細菌検査室がなく、微生物検査を外注している病院においては、微生物検査の外注管理を行っている院内の臨床検査技師は、微生物検査にかかわる臨床検査技師に該当すると考えてよいか。



よい

## Ⅱ. 医療安全対策加算



入院基本料等加算

# 1.医療安全対策加算1.2

①

## 医療安全対策加算に関する施設基準（取扱い通知）

- (1) 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師、その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。（加算1）

適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。

（加算2）

※適切な研修

- ・ 国及び医療関係団体等が主催するもの
- ・ 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること 等（5日程度削除となる）

## 医療安全対策加算に関する施設基準（取扱い通知）

- (2) 医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）を設置していること。
- (3) 医療安全管理部門に診療部門、看護部門、薬剤部門、事務部門等全ての部門の専任の職員が配置されていること。

## 医療安全対策加算に関する施設基準（取扱い通知）

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

### ①医療安全管理者の行う業務に関する事項

- ・安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- ・定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し医療安全確保のために必要な対策を推進すること。
- ・医療安全対策の体制確保のための各部門との調整。
- ・医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施。
- ・各部門における医療事故防止担当者への支援。
- ・相談窓口等の担当者と密な連携を図り、医療安全対策に係る患者、家族の相談に適切に応じる等。

# 医療安全対策加算に関する施設基準（取扱い通知）

## ②医療安全管理部門が行う業務に関する基準

- 各部門における医療安全対策の**実施状況の評価に基づき**、医療安全確保のための**業務改善計画書を作成**し、それに基づく医療安全対策の**実施状況及び評価結果を記録**していること。
- 医療安全管理対策**委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等からの相談の件数及び相談内容、相談後の取り扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録**していること。
- 医療安全対策に係る**取組みの評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催**されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理担当者が参加していること。

## 医療安全対策加算に関する施設基準（取扱い通知）

- (5) 医療安全管理者が安全管理のための委員会（医療安全管理対策委員会）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。
- (6) 保険医療機関の見やすい場所に、**医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示**をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

## 医療安全対策加算の指摘・指導・助言事項

- 安全管理者が適切な研修を修了していない。
- 医療安全管理部門の設置がない。
- 医療安全管理部門に診療部門、看護部門、薬剤部門、事務部門等全ての部門の専任の職員を配属していない。
- 安全管理部門業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が不十分である。医療安全管理者が通知に示された業務を適切に実施していない。
- 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行っていない。

## 医療安全対策加算の指摘・指導・助言事項

②

- 定期的に安全管理者が院内を巡回していない。記録がない。各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保ために必要な業務改善等の具体的な対策を推進していない。
- 医療安全管理者の活動実績等の記録がない。（時間管理の記載がない。年間での実績を纏めており、日々の活動が見えない。）
- 医療安全対策に係る取組みの評価等を行うカンファレンスの記録がない。
- 保険医療機関の見やすい場所に、医療安全管理者による相談及び支援等が受けれる旨等の掲示をしていない。



入院基本料等加算

## 2. 医療安全対策地域連携加算1.2

## 医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準

(取り扱い通知)

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算 1 の届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する**専任の医師**又は医療安全対策に係る適切な研修を終了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。

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

# 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

②

(取り扱い通知)

(4) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている医療機関及び医療安全対策加算2に係る届け出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告していること。

また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策連携加算1に係る評価と併せて実施しても差し支えない。

# 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

③

(取り扱い通知)

(5) (4)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善の具体的な対策の推進

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

# 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

④

(取り扱い通知)

- イ 当該保険医療機関の各部門における医療安全対策の実施状況、具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。
- その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

## 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

(取り扱い通知)

- (1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (2) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。
- (3) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。

## 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

②

(取り扱い通知)

なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策連携加算2に係る評価と併せて実施しても差し支えない。

- (4) (3)に係る評価については、医療安全対策地域連携加算1の(5)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

# 医療安全対策地域連携加算

問

医療安全対策地域連携加算 1 の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算 1 の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼務は可能か。



兼任可能。



## 医療安全対策地域連携加算

問

医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算1の専任の医師と兼任は可能か。



兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

# 医療安全対策地域連携加算

## 疑義解釈

医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算1の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算2の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、連携する医療機関が1対1ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。



よい

特掲診療料

外来化学療法加算

# 外来化学療法加算1に関する施設基準

①

(取り扱い通知)

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

②

- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回以上開催されるものとする。

# 外来化学療法加算2に関する施設基準

①

(取り扱い通知)

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

## 外来化学療法加算の指摘・指示・助言事項

- 外来化学療法を実施している時間帯において、専任の常勤看護師が常時当該治療室に勤務していることが確認できる記録等がない。
- 化学療法の委員会が化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上の代表者）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されていない。



ご清聴ありがとうございました