

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
<input type="checkbox"/>	一般病棟入院基本料				
<input type="checkbox"/>	療養病棟入院基本料				
<input type="checkbox"/>	精神病棟入院基本料				
<input type="checkbox"/>	結核病棟入院基本料				
<input type="checkbox"/>	特定機能病院入院基本料				
<input type="checkbox"/>	専門病院入院基本料				
<input type="checkbox"/>	障害者施設等入院基本料				

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)

(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)

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。

点検に必要な書類等 ・ 病院報告(患者票)

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

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)

(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

※ 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。

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

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

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つては、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つては、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つては、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ものであること。

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ものであること。

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つては、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つては、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ものであること。

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。

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

(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

・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、感染対策に関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、定期的を開催している。
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)

(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)

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)

点検に必要な書類等

・「褥瘡対策に関する診療計画書」

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)
- (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)
- (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 ・ 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)

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

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。

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。

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。

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

医療機関コード

保険医療機関名