

平成 27 年度

適時調査における 主な指摘事項

近畿厚生局

目 次

1	一般事項	1
2	入院基本料等に関する事項	2
3	入院基本料等加算に関する事項	5
4	特定入院料に関する事項	9
5	特掲診療料に関する事項	10
6	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について	13
7	屋内（敷地内）における禁煙の取扱いについて	13
8	入院時食事療養及び入院時生活療養に関する事項	13
9	施設基準の届出全般に関する事項	14

適時調査における主な指摘事項

1 一般事項

(1) 届出事項

- ① 管理者、診療時間、診療科目、病床種別及び病床数について、変更の都度速やかに届出すること。
- ② 保険医の転入・転出等について、変更の都度速やかに届出すること。
- ③ 保険医の勤務形態に変更が生じた場合、速やかに届出すること。
- ④ 明細書発行について、「正当な理由」に該当しなくなった場合には、速やかに届出すること。

(2) 掲示事項

- ① 保険医療機関である旨を標示すること。
- ② 掲示事項について、届出している施設基準、保険外併用療養費、入院基本料（看護要員の対患者割合等）、入院時食事療養（Ⅰ）、保険外負担、明細書の発行及びDPCに関する事項を法令及び通知に基づく内容とすること。
- ③ 特別療養環境室の各々についてのベッド数、場所及び料金については、保険医療機関内の見やすい場所（受付窓口や待合室等）にも掲示すること。

(3) 保険外併用療養費

ア 次の事項について、実施又は変更の都度速やかに報告すること。

- ① 特別の療養環境の提供に関する事項
- ② 入院期間が180日を超える入院に関する事項

イ 特別の療養環境の提供に関する事項について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 通知で定められている必要な設備に不備がある。
- ② 病床ごとに必要な設備を備えること。

(4) 保険外負担

ア 療養の給付と直接関係ないサービス等に係る費用徴収に係る同意の確認は、徴収に係るサービス内容及び料金等を明示した文書に患者等の署名を受けることにより行うこと。

イ 療養の給付と直接関係ないサービス等の提供及び提供に係る費用の徴収に当たっては、患者の選択に資するよう留意すること。

ウ 療養の給付と直接関係ないサービス等に係る費用徴収について、次の不適切な例が認められたので改めること。

- ① 保険外負担に関する同意の確認文書の内容が掲示内容と相違している。

エ 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行すること。

(5) 領収証及び明細書

- ア 領収証及び明細書について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 領収証について、個別の費用ごとに区分していない。
 - ② 明細書の区分（部）について、領収証の各項目（部）と相違している。
 - ③ 明細書について、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されていない。

2 入院基本料等に関する事項

(1) 入院診療計画

- ア 入院診療計画書について、関係職種が共同して総合的な診療計画を策定すること。
- イ 入院診療計画書について、入院後7日以内に作成し患者に説明すること。
- ウ 入院診療計画書の記載内容について、画一的な表現が多いため、患者の個別性に配慮し、具体的で分かりやすい表現となるよう工夫すること。
- エ 入院診療計画書について、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は、別添6の別紙2の2を参考にすること。
- オ 入院診療計画書について、通知で定められた項目を網羅し、必要事項を適切に記載すること。
- ① 作成年月日、主治医以外の担当者、症状、特別な栄養管理の必要性の有無又は看護計画が記載されていない。
 - ② 病名と症状が同じものがある。
 - ③ 検査内容及び日程に係る項目がない。
- カ 説明に用いた文書は、患者等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付すること。
- キ 異なる入院料種別の病棟（病室）に移動した場合等には、必要に応じ入院診療計画書の内容を見直すとともに、当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行うこと。

(2) 院内感染防止対策

- ア 院内感染防止対策について、通知に定められた職員により委員会を構成すること。
- ① 各部門の責任者でない者が委員となっている。
- イ 院内感染防止対策委員会について、構成委員の参加を徹底すること。
- ウ 院内感染防止対策委員会において、検査部による感染情報レポートが十分に活用される体制の充実を図ること。
- エ 感染情報レポートを週1回程度作成すること。
- ① 感染情報レポートに、入院中の患者からの各種細菌の検出状況又は薬剤感受性成績のパターン等が含まれていない。

(3) 医療安全管理体制

- ア 安全管理のための指針を整備すること。
- イ 安全管理のための指針に沿って、委員会等の諸活動を行うこと。
- ウ 院内で発生した医療事故、インシデント等の報告の体制に不備がある。
 - ① 医師からの報告が適切に行われていない。
- エ 安全管理の責任者等で構成される委員会を月1回程度開催すること。
- オ 安全管理の責任者等で構成される委員会について、構成委員の参加を徹底すること。
 - ① 一部の委員が恒常的に出席していない。
- カ 院内で発生した医療事故、インシデント等の報告に係る分析を通じた改善策が実施される体制の充実を図ること。
- キ インシデント・アクシデントは安全管理のための委員会で分析、評価又は改善策の検討を行い、その記録を残すこと。
- ク 安全管理のための基本的考え方及び具体的方策を研修計画に基づき、職員に周知徹底を図ること。
- ケ 安全管理の体制確保のための職員研修を通知に基づき適切に開催すること。

(4) 褥瘡対策

- ア 通知に定められた職員により褥瘡対策チームを構成すること。
- イ 褥瘡対策チームの設置を明確にし、日常生活の自立度が低い入院患者について、褥瘡に関する危険因子の評価を適切に行うこと。
- ウ 褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を適切に行うこと。
 - ① 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、診療計画の作成及び評価が適切に行われていない。
 - ② 病名及び症状に応じた計画となっていない。
 - ③ 計画作成日及び褥瘡発生日が記載されていない。
- エ 褥瘡対策チームの専任の医師及び専任の看護職員が適切な診療計画の作成及び評価を行うこと。
- オ 褥瘡対策に関する診療計画書について、通知に定められた項目を網羅し、必要事項を適切に記載すること。
- カ 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、使用できる体制の充実を図ること。

(5) 栄養管理体制

- ア 栄養管理計画書は管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して作成すること。
 - ① 管理栄養士が参画していない。
- イ 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、入院診療計画書に適切に記載すること。

ウ 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）を適切に作成すること。

① 栄養管理計画書は、見直しの都度作成すること。

エ 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は、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適切に作成すること。

① 栄養状態の評価又は再評価の時期が記載されていない。

② 再評価の時期が画一的である。

オ 栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて計画の見直しを行うこと。

カ 栄養管理計画書の写しを診療録に貼付すること。

(6) 看護配置等

ア 入院基本料に係る1日平均入院患者数、看護要員の数、看護師比率、平均在院日数、月平均夜勤時間数について、適正に計算すること。

(ア) 1日平均入院患者数

① 1日平均入院患者数の計算期間が誤っている。

② 1日平均入院患者数について、固定した数値を用いている。

③ 平均入院患者数は直近1年間の延入院患者数を延べ日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げること。

④ 1日平均入院患者数について、原則として直近1年間を算出期間とすること。

(イ) 看護要員の数

① 様式9について、勤務表からの転記誤りがある。

② 勤務表に対応した勤務時間が計上されていない。

③ 他部署勤務、会議又は欠勤等病棟において実際に入院患者の看護に当たっている以外の時間を病棟勤務時間に含めている。

④ 早出、遅出等において夜勤時間帯に勤務している時間について、日勤時間帯に計上していた。

⑤ 病棟勤務時間から外来勤務に従事した時間を控除していない。

(ウ) 平均在院日数

① 入院基本料に係る平均在院日数の対象患者について、通知に基づいた者を対象としていない。

② 平均在院日数について、原則として直近3ヶ月間を算出期間とすること。

(エ) 月平均夜勤時間数

① 様式9について、勤務表からの転記誤りがある。

② 夜勤専従者にかかる取扱いが誤っている。

(オ) 看護師比率

① 看護師国家試験に合格した職員について、看護師籍への登録日前から、看護師として計上していた。

- イ 入院基本料に係る看護配置について、適切に管理すること。
 - ① 毎月、実績が基準を満たしていることを確認していない。
 - ② 病棟勤務時間から会議時間等を控除していない。
 - ③ 勤務計画を変更しているにもかかわらず、変更前の勤務時間を計上している。
 - ④ 看護配置については、4週間ではなく暦月で管理すること。(月平均夜勤時間数のみ、4週間で管理することができる)
- ウ 看護職員の最小必要数に占める看護師が必要な割合を満たしていないので、速やかに変更の届出を行うこと。
- エ 7対1入院基本料、10対1入院基本料又は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を含む2以上の数の看護職員が行うこと。
- オ 夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下となっていないので速やかに変更の届出を行うこと。
- カ 一般病棟入院基本料(15対1)における平均在院日数について、60日以内となっていないので、速やかに変更の届出を行うこと。
- キ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入に当たっては、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検証を行うこと。

(7) 看護記録等

- ア 看護記録について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 看護業務の管理に関する記録(病棟管理日誌)について、看護要員の勤務状況が適切に記載されていない。
- イ 入院診療計画と連動する看護計画を個別に立案し、それに基づくケアを実施すること。また、看護計画及び実施計画の評価を行い、適切に見直すこと。

3 入院基本料等加算に関する事項

(1) 臨床研修病院入院診療加算

- ① 当該保険医療機関の全職種職員を対象とした保険診療に関する講習を年2回以上実施すること。

(2) 救急医療管理加算

- ① 診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を適切に確保すること。

(3) 診療録管理体制加算

- ア 全診療科の全患者について、退院時要約を適切に作成すること。
 - ① 長期間未作成なものがある。
 - ② 作成状況が把握されていない。
- イ 中央病歴管理室は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月10日政社発1010第1号)に準拠した体制とすること。

ウ 患者に対する診療情報の提供について、「診療情報提供に関する指針」を参考にすること。

(4) 医師事務作業補助体制加算

- ① 電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、院内規程を文書で整備すること。

(5) 急性期看護補助体制加算

- ① 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者について、通知に定められた院内研修を適切に実施すること。

(6) 看護職員夜間配置加算

- ① 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上配置されていない。

(7) 療養環境加算

- ① 医師数が、医療法に定める標準数を満たしていないため、辞退の届出を行うこと。
- ② 届出病床数の変更が認められたので、変更があった場合は速やかに届出を行うこと。
- ③ 病室に係る病床の床面積について、届出された内容と相違していることが認められたので、届出直しをすること。

(8) 重症者等療養環境特別加算

- ア 重症者等療養環境特別加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① 一般病棟における平均入院患者数に対する重症者等の割合について、管理が不十分である。
 - ② 届出された病床数が1月間の重症者等の平均数を超えている。

(9) 療養病棟療養環境加算

- ア 療養病棟療養環境加算について、次の不適切な例が認められたので改めること。
- ① （加算1）病棟床面積が適切に届出されていない。
 - ② 医師数が、医療法に定める標準数を満たしていない。

(10) 栄養サポートチーム加算

- ① 栄養サポートチームに専従の従事者を適切に配置すること。
- ② 栄養治療実施計画書は患者に対して交付すること。
- ③ 算定対象となる病棟の見やすい場所に、栄養サポートチームによる診療が行われている旨を掲示するなど、患者に対する情報提供を適切に行うこと。

- ④ 栄養治療実施計画書及び栄養治療実施報告書について、所定の様式又は準じた様式で患者に交付すること。
- ⑤ 栄養サポートチームを組織上明確に位置づけること。
- ⑥ 栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、患者に対して当該報告書を交付し説明すること。
- ⑦ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師を配置すること。

(11) 医療安全対策加算

- ① 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容を適切に整備すること。
- ② 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等のすべての部門の専任の職員を配置すること。
- ③ 患者等の相談件数及び相談内容、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こと。
- ④ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスを週1回程度開催すること。
- ⑤ 医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨を掲示するなど、患者に対する情報提供を適切に行うこと。
- ⑥ 患者相談窓口を適切に設置すること。
- ⑦ 医療安全管理部門の設置を明確にすること。

(12) 感染防止対策加算

- ① 組織的に感染防止対策を実施するため感染防止対策部門の設置を明確にすること。
- ② 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をさらに整備すること。
- ③ 院内感染防止対策に関する取組事項を院内の見やすい場所に適切に掲示すること。
- ④ 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。
- ⑤ 感染予防等のマニュアルに抗菌薬適正使用の内容を加えること。
- ⑥ 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を明確にすること。
- ⑦ 感染制御チームは、通知に基づき構成すること。

(13) 患者サポート体制充実加算

- ア 相談窓口において、標榜時間内に常時1名以上の専任の職員が配置されていないので、速やかに変更の届出を行うこと。

イ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスを通知に基づき適切に開催すること。

① 週1回程度開催していない。

ウ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして適切に整備し、職員に遵守させること。

エ 相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績の記録を充実させること。

オ 院内の見やすい場所に、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること及び患者等に対する支援のため実施している取組を適切に掲示すること。

① 標榜時間内において相談窓口を設置していることが明示されていない。

② 相談窓口の案内に不備がある。

カ 入院患者に対し、入院時に文書等を用いて相談窓口について説明を行うこと。

キ 相談窓口に配置される職員の標榜時間内の対応体制を明確にすること。

(14) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

① 褥瘡リスクアセスメント実施件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録すること。

(15) 退院調整加算

① 退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士を1名以上適切に配置すること。

② 専従者の業務に退院調整以外の業務が見受けられたので改めること。

(16) 総合評価加算

① 高齢者の総合的な機能評価のための職員研修について、計画的に実施すること。

(17) 後発医薬品使用体制加算

① 後発医薬品の使用を積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所へ適切に掲示すること。

(18) 病棟薬剤業務実施加算

① 病棟専任の薬剤師の氏名を病棟内に適切に掲示すること。

② 病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が、合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟が認められたので、適切に管理すること。

③ 「医薬品業務手順書」に安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催に関する事項を定めること。

④ 病棟薬剤業務の実施時間を適切に管理すること。

(19) データ提出加算

- ア コーディング委員会について、通知で定められた職員により構成すること。
 - ① 薬剤師が構成員に含まれていない。
- イ 適切なコーディングに関する委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記するとともに、適切なコーディングに関するテーマで委員会を開催すること。
- ウ コーディングに関する委員会の開催記録を整備すること。

4 特定入院料に関する事項

(1) 通則事項

- ア 特定入院料の施設基準は、病棟ごとに要件を満たすこと。
 - ① 同一の特定入院料を届け出た複数の病棟を包括的に管理していた。

(2) 救命救急入院料

- ア 救命救急入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① ポータブルエックス線撮影装置について、常時治療室内に備え付けられていない。

(3) 特定集中治療室管理料

- ① 特定集中治療室を行うにふさわしい専用の治療室の広さについて、内法による測定で、1床当たり20㎡以上であることに留意すること。

(4) 総合周産期特定集中治療室管理料

- ① 当該治療室における助産師及び看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上配置されていない。

(5) 小児入院医療管理料

- ① 看護要員の数及び平均在院日数について、適正に計算すること。

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料

- ア 回復期リハビリテーション病棟入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 看護職員等の数について、常時、当該病棟の入院患者の数が必要数以上となっていない月がある。
 - ② リハビリテーション充実加算について、1日当たりのリハビリテーション提供単位数が届出基準の必要数を満たしていない月がある。

(7) 地域包括ケア病棟入院料1

- ア 退院患者に占める在宅等に退院するものの割合を適正に計算すること。

イ 看護補助者配置加算における看護補助者の数について、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、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以上となっていないので、速やかに変更の届出を行うこと。

ウ 当該入院料を算定している全ての患者の状態について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）を用いて測定した結果、当該病棟へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者の割合が1割以上であることの確認を適切に行うこと。

（8）緩和ケア病棟入院料

ア 当該病棟に係る病室床面積について、届出内容に誤りがあったため訂正すること。

イ 従事者の異動に伴う届出漏れが認められたので、従事者の異動があった場合は速やかに届出を行うこと。

（9）精神療養病棟入院料

ア 精神療養病棟入院料について、次の不適切な例が認められたので改めること。

① 病棟の床面積が適切に届出されていない。

5 特掲診療料に関する事項

（1）院内トリアージ実施料

① 院内トリアージの実施基準を適切に定めること。

② 院内トリアージ実施基準を、定期的に見直すこと。

③ 院内トリアージの実施に関する事項を、院内の見やすい場所に掲示すること。

（2）地域連携診療計画退院時指導料

① 計画管理病院と連携する保険医療機関との間で定期的開催される、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に年3回程度参加すること。

② 連携する保険医療機関の変更に伴う届出漏れが認められたので、変更があった場合は速やかに届出すること。

（3）ハイリスク妊産婦共同管理料

① ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を見やすい場所に掲示すること。

（4）薬剤管理指導料

① 医薬品情報管理室は、医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用の施設であることに留意すること。

② 常勤の薬剤師が2名以上配置されていないので、速やかに変更の届出（辞退届）を行うこと。

- ③ 入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、当該記録に基づく患者指導を適切に行うこと。

(5) 医療機器安全管理料

- ① (加算1) 医療安全管理部門を設置すること。
- ② 医療安全管理部門の設置を明確にすること。

(6) 在宅療養支援病院

- ① 24時間連絡を受ける担当者を、患者等に提供する文書に明示すること。
- ② 24時間往診が可能な体制を適切に確保すること。
- ③ 往診担当医の氏名、担当日等を患者等に提供する文書に明示すること。
- ④ 往診を担当する医師は、当直体制を担う医師とは別にすること。

(7) 在宅療養後方支援病院

- ① 連携医療機関との間で行われる患者の診療情報の交換については、ファクシミリ等を用いた情報交換についても記録を残すこと。

(8) コンタクトレンズ検査料

- ① コンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、通知に基づき適切に掲示すること。

(9) CT撮影及びMRI撮影

- ① MRI撮影装置の保守管理計画を適正に立てること。

(10) 外来化学療法加算

- ① 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、常時治療室に勤務していることに留意すること。
- ② (加算1) 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、承認する委員会は、通知で定められた職員で構成すること。
- ③ 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、承認する委員会が開催されておらず、施設基準の要件を満たしていないため、速やかに変更の届出を行うこと。

(11) 疾患別リハビリテーション料

- ア 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスを開催すること。
- イ 疾患別リハビリテーション料について、次の不適切な例が認められたので改めること。
 - ① 機能訓練室の床面積が適切に届出されていない。
 - ② 初期加算について、リハビリテーション科の常勤医師が配置されていない。

(12) 心大血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）

- ① 循環器科又は心臓血管外科を標榜すること。

(13) 認知症患者リハビリテーション料

- ① 専従の理学療法士が、当該リハビリテーションの実施時間内に疾患別リハビリテーション料の専従者を兼ねている例が認められたので改めること。

(14) 精神科ショート・ケア「小規模なもの」

- ① 専用の施設の床面積を適切に届出すること。

(15) 精神科デイ・ケア「小規模なもの」

- ① 専用の施設の床面積を適切に届出すること。

(16) 処置・手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1

- ① 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を院内掲示等により、職員に周知徹底すること。
- ② 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、予定手術前日における当直を行った日が年間 12 日を超えているため、速やかに変更の届出をすること。

(17) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術

ア 当該手術について、以下の手術件数を院内掲示していない。

- ① 急性心筋梗塞に対するもの
- ② 不安定狭心症に対するもの
- ③ その他のもの

(18) 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6（歯科点数表第 2 章第 9 部手術の通則 4 を含む。）に掲げる手術】

ア 当該手術について、区分ごとに前年 1 月から 12 月の手術件数を院内の見やすい場所に適切に掲示すること。

- ① 実施していない手術を含めて当該施設基準に係る手術全ての件数が掲示されていない。

イ 手術を受ける全ての患者に対する説明内容について、文書で交付するとともに、診療録への添付を徹底すること。

(19) 透析液水質確保加算

- ① 透析機器安全管理委員会が設置されていることを明確にすること。

(20) 胃瘻造設術

- ① 胃瘻造設術を実施した症例数については、前年の1月から12月までの一年間の実績をもって施設基準の適合性を確認すること。

(21) 輸血管理料

- ① (管理料1) 輸血部門において、臨床検査技師を常時配置すること。
- ② 輸血部門による輸血用血液製剤の一元管理を徹底すること。
- ③ 輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存を徹底すること。

(22) 輸血適正使用加算

- ① 輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液等の使用割合については、前年の1月から12月までの一年間の実績をもって施設基準の適合性を確認すること。

(23) 画像誘導放射線治療加算

- ① 画像誘導放射線治療 (IGRT) に関する手法と機器の精度管理に関する指針に不備があるので改めること。

(24) クラウン・ブリッジ維持管理料

- ① 当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービスの内容について、院内の見やすい場所に掲示すること。

6 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について

- ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の位置付けを明確にすること。
- ② 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた計画を策定し、適切に実施すること。

7 屋内（敷地内）における禁煙の取扱いについて

- ① 屋内（敷地内）禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示すること。

8 入院時食事療養及び入院時生活療養に関する事項

- ① 夕食について、午後6時以降に提供すること。
- ② 入院時食事療養の食事の提供たる療養を担当する部門の組織化を適切にし、責任者を常勤の管理栄養士とすること。

9 施設基準の届出全般に関する事項

- ① 施設基準の届出について、届出要件に充分留意し、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、速やかに届出すること。