

[ ] の施設基準に係る届出書添付書類

|  |              |                          |   |                          |
|--|--------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 当該治療室<br>の従事者                                      | 専 任 医 師      |                          | 日勤の時間帯 名  |                          |
|  |              |                          | 日勤以外の時間帯 名                                      |                          |
|  |              |                          | <input type="checkbox"/> 宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 (※) |                          |
|  | 当該病院に勤務する麻酔医 |                          | 名   |                          |
|  | 看 護 師        |                          | 日勤 名  | 準夜勤 名                    |
| 当該治療室<br>の概要                                       | 病床面積         | 病床数                      | 1床当たりの床面積                                       | 1日平均取扱患者数                |
|  | 平方メートル       | 床                        | 平方メートル  | 名                        |
| 装置・器具  |              | 配置場所                     |   | 装置・器具の名称・台数等             |
|  |              | 治療室内                     | 病院内   |                          |
| 救急蘇生装置   |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 除細動器   |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| ペースメーカー  |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 心電計  |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| ポータブルエックス線撮影装置                                     |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 呼吸循環監視装置   |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 人工呼吸装置   |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置                       |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 酸素濃度測定装置   |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 光線治療器  |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 微量輸液装置   |              | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| 超音波診断装置  |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 心電図モニター装置  |              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                        |                          |
| 自家発電装置   |              |                          |   | <input type="checkbox"/> |
| 電解質定量検査装置  |              |                          |   | <input type="checkbox"/> |
| 血液ガス分析装置   |              |                          |   | <input type="checkbox"/> |
|  |              |                          |   |                          |
| 救命救急センターに係る事項 (該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。) |              |                          |   |                          |
| 1 高度救命救急センターである。                                   |              |                          |   |                          |
| 2 充実段階がSである。                                       |              |                          |   |                          |
| 3 充実段階がAである。                                       |              |                          |   |                          |
| 4 充実段階がBである。                                       |              |                          |   |                          |
| 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。                            |              |                          |   |                          |



( ) 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。

特定集中治療室管理料5又は6を算定する他の保険医療機関に対する情報通信機器を用いた特定集中治療室管理に係る支援に係る事項  
(支援を実施している又は受けている場合のみ記載し、支援側医療機関においては「支援側医療機関の場合」欄について、被支援側医療機関においては「被支援側医療機関の場合」欄について、それぞれ施設基準に該当する場合に○をすること。)

|             |   |
|-------------|---|
| 支援側医療機関の場合  | ( ) 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っている。  |
|             | ( ) 支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれる。(被支援側医療機関名： )  |
|             | ( ) 特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行っている。また、モニタリングを行う職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が30又はその端数を増すごとに1以上である。 |
|             | ( ) 特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されている。  |
|             | ( ) 被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行っている。   |
|             | ( ) 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有している。   |
| 被支援側医療機関の場合 | ( ) 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っている。  |
|             | ( ) 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っている保険医療機関から支援を受けている。(支援側医療機関名： )  |
|             | ( ) 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けている。   |
|             | ( ) 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有している。   |

[記載上の注意]

※ 救命救急入院料並びに特定集中治療室管理料に係る事項

1 [ ] 内には、届出事項の名称(救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6のいずれか)を記入すること。

2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。

3 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。

4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の口を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。

5 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前1か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表(勤務実績)により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。

なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式20の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。

6 特定集中治療室1、2、5又は6の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。記載にあたっては、以下の点に留意すること。

- ・ 勤務時間は、1週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。
- ・ 専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。
- ・ 経験年数の欄は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。

- ・ 適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
  - ・ 特定集中資料室5又は6の届出を行う治療室については、令和8年5月31日までの間においては、適切な研修を修了した看護師の配置の規定に該当するものとみなす。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。