

## 栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 基本情報

| 入院基本料の区分             | 看護配置  | 稼働病床数 |
|----------------------|---|-------|
| 一般病棟入院基本料            | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料<br><input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15対1入院基本料 | 床     |
| 特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合) | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料  | 床     |
| 専門病院入院基本料            | <input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料<br><input type="checkbox"/> 13対1入院基本料                                    | 床     |
| 療養病棟入院基本料            | <input type="checkbox"/> 20対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 25対1入院基本料   | 床     |

注2に規定する点数を算定する場合

### 2 栄養サポートチームに係る構成員

| 区 分                               | 氏 名 | 区 分   |
|-----------------------------------|-----|-------|
| ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師           |     | 専従・専任 |
| イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師          |     | 専従・専任 |
| ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師          |     | 専従・専任 |
| エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士        |     | 専従・専任 |
| オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載) |     |       |

### 3 栄養管理に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 1回当たり<br>平均所要時間数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|------------------|------------------|
| 回/週  | 概ね      分        |                  |

### 4 栄養管理に係る回診

| 開催頻度 | 1日当たり<br>平均症例数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|----------------|------------------|
| 回/週  | 概ね      症例     |                  |

### 5 患者に対する情報提供体制

|  |
|--|
|  |
|--|

### 6 保険医等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
|    |

### 7 他チームとの合同カンファレンスの実施状況

| チーム          | 開催頻度      | 構成メンバー |
|--------------|-----------|--------|
| 褥瘡対策チーム      | 概ね    回/月 |        |
| 感染対策チーム      | 概ね    回/月 |        |
| 緩和ケアチーム      | 概ね    回/月 |        |
| 摂食・嚥下対策チーム   | 概ね    回/月 |        |
| その他(    )チーム | 概ね    回/月 |        |

#### [記載上の注意]

- 1 「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。
- 2 3及び4については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 3 「5」「6」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にかンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出にあたり必須ではない。
- 5 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 6 第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
- 7 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 8 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く)の一般病棟において、算定可能
- 9 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。

医療安全対策加算の施設基準に係る届出書添付書類

|              |
|--------------|
| ア 医療安全対策加算 1 |
| イ 医療安全対策加算 2 |

|              | 氏 名 | 勤務時間 | 職 種 | 専従・専任 |
|--------------|-----|------|-----|-------|
| 1<br>医療安全管理者 |     |      |     |       |
|              |     |      |     |       |
|              |     |      |     |       |
|              |     |      |     |       |
|              |     |      |     |       |

|              |  |
|--------------|--|
| 2 患者に対する情報提供 |  |
|--------------|--|

[記載上の注意]

- 1 医療安全対策加算 1 又は医療安全対策加算 2 のいずれか届出を行うものを○で囲うこと。
- 2 医療安全管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を終了していることが確認できる文書を添付すること。
- 3 医療安全管理者を 2 名以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 4 医療安全管理部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。
- 5 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の業務内容が明記された文書を添付すること。
- 6 「2」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。

## 感染防止対策加算〔 〕に係る届出書添付書類

### 1 感染防止対策チーム（□には適合する場合「V」を記入すること。）

| 区分                                | 氏 名 | 専従・専任 | 経験年数 | 研修 |
|-----------------------------------|-----|-------|------|----|
| 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        |     |       | 年    | /  |
|                                   |     |       | 年    | /  |
| イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する看護師          |     |       | 年    | □  |
|                                   |     |       | 年    | □  |
| 区分                                | 氏 名 | 勤務年数  |      |    |
| ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師 |     | 年     |      |    |
|                                   |     | 年     |      |    |
| エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師         |     | 年     |      |    |
|                                   |     | 年     |      |    |

### 2 院内感染管理者

| 氏 名 | 職 種 |
|-----|-----|
|     |     |

### 3 抗菌薬適正使用のための方策

### 4 連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

### 5 サーパーバイランス事業の参加状況

事業名：（  ）

#### [記載上の注意]

- 1 「1」のアに掲げる医師の感染症対策に係る3年以上の経験が確認できる文書、感染防止対策加算1の届け出る場合は、イに掲げる看護師が、感染防止対策に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 感染防止対策部門の設置及び組織上の位置付けが確認できる文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）
- 3 感染防止対策部門の業務指針及び院内感染管理者並びに院内感染防止対策チームの業務内容が明記された文書を添付すること。（医療安全対策加算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）
- 4 「3」は、院内の抗菌薬の適正使用を監視するにあたってどのような方策をとっているかを簡潔に記載すること。
- 5 標準予防策等の内容を盛り込んだ手順書を添付すること。
- 6 「4」は、感染防止対策加算1を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算2を算定する医療機

関名を記載し、感染防止対策加算2を届け出る場合は、連携する感染防止対策加算1の医療機関名を記載すること。

7 「5」は、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。

## 感染防止対策地域連携加算に係る届出書添付書類

### 1 届出保険医療機関が直接赴いて評価を実施する連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

### 2 届出保険医療機関の評価を実施する連携保険医療機関名

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

#### [記載上の注意]

- 「1」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が直接赴いて評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「2」には、感染防止対策地域連携加算に係る連携を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関の評価を実施する保険医療機関について記載すること。
- 「1」、「2」については、届出保険医療機関について予定されているものを記載することでよく、少なくとも年1回程度、実施されていればよい。ただし、実施保険医療機関の変更があった場合には改めて届出を行うこと。

## 患者サポート体制充実加算に係る届出書添付書類

1 相談窓口配置される職員（□には、適合する場合「V」を記入すること。）

| 氏名 | 勤務時間 | 職種 | 研修 | 研修名 |
|----|------|----|----|-----|
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |
|    |      |    | □  |     |

2 患者支援に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 構成メンバー（氏名、職種） |
|------|---------------|
| 回／週  |               |

3 患者に対する情報提供

|  |
|--|
|  |
|--|

[記載上の注意]

- 1 相談窓口配置されている職員が研修を修了している場合は、確認できる文書を添付し、「研修名」欄に修了した研修の名称を記載すること。なお、研修は必ずしも必要ではなく、修了していない場合であっても届出を行うことはできる。
- 2 相談窓口の設置及び組織上の位置づけが確認できる文書を添付すること。
- 3 患者等からの相談に対応するために整備しているマニュアルを添付すること。
- 4 「3」はどのような情報提供方法をとっているか簡潔に記載すること。

## 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 専従の褥瘡管理者

| 氏名 | 勤務時間 | 所属部署・診療科等 | 専任 |
|----|------|-----------|----|
|    |      |           |    |
|    |      |           |    |
|    |      |           |    |

### 2 その他（次の要件を満たす項目に○をつけること。）

- ア 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録している。
- イ 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録している。
- ウ 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加している。
- エ 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施している。
- オ 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は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入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されている。

#### [記載上の注意]

- 専従の褥瘡管理者の5年以上の褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験及び褥瘡等の創傷ケアに係る専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
- 褥瘡ハイリスク患者ケアに従事する専従の褥瘡管理者を2人以上配置する場合は、それぞれについて必要事項を記載すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者について、専従でなくても差し支えない。

## 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

| 褥瘡対策の実績（報告月の前月の 1 ヶ月間の実績・状況） |   |                       |
|------------------------------|---|-----------------------|
| ① 入院患者数（届出前月の 1 ヶ月間の入院患者数）   |   |                       |
| ② ①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数       |   | 名                     |
| ③ ②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数     |   | 名                     |
| 褥瘡ハイリスク項目                    | 1. ショック状態のもの                                | 名                     |
|                              | 2. 重度の末梢循環不全のもの                             | 名                     |
|                              | 3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの                | 名                     |
|                              | 4. 6 時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの                  | 名                     |
|                              | 5. 特殊体位による手術を受けたもの                          | 名                     |
|                              | 6. 強度の下痢が続く状態であるもの                          | 名                     |
|                              | 7. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）               | 名                     |
|                              | 8. 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの | 名                     |
| ④ ③の患者の褥瘡の重症度                |   |                       |
|                              | 入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）                         | 院内発生した褥瘡（③の患者の発見時の状況） |
| d1                           | 名   | 名                     |
| d2                           | 名   | 名                     |
| D3                           | 名   | 名                     |
| D4                           | 名   | 名                     |
| D5                           | 名   | 名                     |
| DU                           | 名   | 名                     |
| ⑤ 本加算を算定した人数                 |   | 名                     |

## [記載上の注意]

- 褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入すること。ただし、1 名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者 1 名として数えることとする。
- ①については、報告月の前月 1 ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。
- ②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する（1 名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者 1 名として数える）。
- ③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人

数を記入する（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）。

褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする（複数回答）。

5 ④については、③の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の入院時の褥瘡の重症度及び院内発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

〔ハイリスク妊娠管理加算  
ハイリスク分娩管理加算〕 の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

|  |
|--|
|  |
|--|

2 年間分娩件数

|        |   |
|--------|---|
| 年間分娩件数 | 件 |
|--------|---|

[記載上の注意]

年間分娩件数は、前年1年間（1月～12月）に行われた分娩件数であり、院内に掲示した分娩件数と同じ数字を用いること。

3 専ら産婦人科又は産科に従事する医師

|   | 氏名 | 診療科 | 勤務形態   |
|---|----|-----|--------|
| 1 |    |     | 常勤・非常勤 |
| 2 |    |     | 常勤・非常勤 |
| 3 |    |     | 常勤・非常勤 |
| 4 |    |     | 常勤・非常勤 |
| 5 |    |     | 常勤・非常勤 |

※ ハイリスク妊娠管理加算では、1名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する医師、ハイリスク分娩管理加算では、3名以上の専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師を記載すること。

4 常勤の助産師

|   | 氏名 |
|---|----|
| 1 |    |
| 2 |    |
| 3 |    |
| 4 |    |
| 5 |    |

5 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している旨の文書(産科医療補償責任保険加入者証の写し等)を添付すること。

※ ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出のみを行う場合には、1及び3のみを記載し、5の書類を添付すること。

退院調整加算  
 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 及び 2  
 新生児特定集中治療室退院調整加算 3

の施設基準に係る届出書添付書

※該当する届出事項を○で囲むこと

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| 退院に係る調整及び支援に関する部門の設置の有無 | ( 有      無 ) |
|-------------------------|--------------|

**1. 退院調整に従事する職員**

|                     | 氏 名 | 専従・専任 | 職 種 | 経験年数 |
|---------------------|-----|-------|-----|------|
| 退院調整に関する<br>経験を有する者 |     |       |     |      |
|                     |     |       |     |      |
|                     |     |       |     |      |
|                     |     |       |     |      |
|                     |     |       |     |      |
|                     |     |       |     |      |

**2. 当該施設の状況（該当するものに「レ」記入すること）**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料（1、2又は3）<br><input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター<br><input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター |
|--|

〔記入上の注意〕 □

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 退院調整加算の届出の場合は、退院調整に関する経験を確認できる文書を添付すること。
- 3 新生児特定集中治療室退院調整加算の届出の場合は、看護師については退院調整及び新生児集中治療に係る業務の経験、社会福祉士については退院調整に係る業務の経験を認める文書を添付すること。
- 4 職種に関して確認できる文書を添付すること。
- 5 当該施設の状況については、指定内容や届出状況がわかる文書を添付すること。

〔救急搬送患者地域連携紹介加算  
救急搬送患者地域連携受入加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

|   |
|---|
| <p>1 紹介元医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険医療機関の名称</li> <li>・ 連絡先</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 担当医師名</li> </ul>  |
| <p>2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 205 救急医療管理加算</li> <li>・ A 300 救命救急入院料</li> <li>・ A 301 特定集中治療室管理料</li> <li>・ A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料</li> <li>・ A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料</li> <li>・ A 301-4 小児特定集中治療室管理料</li> </ul> |

2 受入医療機関

|   |
|---|
| <p>1 受入医療機関について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険医療機関の名称</li> <li>・ 連絡先</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 担当医師名</li> </ul> |
|---|

3 連携保険医療機関

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

[記載上の注意]

- 1 救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。
- 2 「3」については救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

様式39の3

〔 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算  
精神科救急搬送患者地域連携受入加算 〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 紹介元医療機関

|  |        |
|--|--------|
| 1 紹介元医療機関について  | ・連絡先   |
| ・保険医療機関の名称   | ・担当医師名 |
| ・開設者名  |        |
| 2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急入院料</li> <li>・精神科急性期治療病棟入院料</li> <li>・精神科救急・合併症入院料</li> </ul> |        |

2 受入医療機関

|  |        |
|--|--------|
| 1 受入医療機関について   | ・連絡先   |
| ・保険医療機関の名称   | ・担当医師名 |
| ・開設者名  |        |
| 2 以下のうち届出を行っている項目を○で囲むこと。  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神病棟入院基本料</li> <li>・児童・思春期精神科入院医療管理料</li> <li>・精神療養病棟入院料</li> <li>・認知症治療病棟入院料</li> </ul> |        |

3 連携保険医療機関

| 医療機関名 | 開設者名 | 所在地 |
|-------|------|-----|
|       |      |     |

[記載上の注意]

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出る場合は「1」及び「3」、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出る場合は「2」及び「3」を記載すること。

2 「3」については精神科救急搬送患者地域連携紹介・受入について連携している保険医療機関名を記入すること。

## 総合評価加算の施設基準に係る届出書添付書類

常勤医師の氏名等（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

|      | 常勤医師の氏名 | 高齢者の診療に関する経験年数 | 研修受講                     | ワークショップ受講                |
|------|---------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| 1    |         |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2    |         |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3    |         |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4    |         |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5    |         |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 合計人数 | 名       |                |                          |                          |

## [記載上の注意]

- 1 高齢者の診療に関する経験年数については、介護保険の要介護認定に係る「主治医意見書」作成に携わった年数を記載すること。
- 2 総合評価加算に係る研修については、高齢者の総合的な機能評価に関する内容を含むものであること。なお、届け出に当たっては、当該研修を修了していることを確認できる文書を添付すること。

## 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 呼吸ケアに係る専任チーム

| 区 分                             | 氏 名 | 経験年数 |
|---------------------------------|-----|------|
| ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師        |     | 年    |
| イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する看護師        |     | 年    |
| ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士  |     | 年    |
| エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する理学療法士 |     | 年    |

### 2 呼吸ケアチームによる活動状況 ( 年 月～ 年 月 ( カ月間))

|                        |        |
|------------------------|--------|
| ①呼吸ケアチームによる診療を行った患者数   | 人      |
| ②呼吸ケアチームによる診療の延べ回数     | 回      |
| ③①の患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数 | 人      |
| ④③の患者の1人あたり平均人工呼吸器装着日数 | 平均 日/人 |

#### [記載上の注意]

- 1 「1」のア、ウ、エはそれぞれの経験が確認できる文書を添付すること。  
また、イは5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 2 専任チームの医師、看護師、臨床工学技士または理学療法士が複数名いる場合は、それぞれについて全て必要な文書を添付すること。
- 3 呼吸ケアチームによる診療計画書を添付すること。なお、当該計画書には人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容が含まれていれば、その様式は問わない。
- 4 「2」の①～④は実績がある場合に記載すること。

## 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| ( ) | 後発医薬品使用体制加算 1（30%以上）      |
| ( ) | 後発医薬品使用体制加算 2（20%以上30%未満） |

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

|   |  |
|---|--|
| 後発医薬品の品質、<br>安全性、安定供給体<br>制等の情報を入手・<br>評価する手順 |  |
|---|--|

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

|                         |  |    |
|-------------------------|--|----|
| ① 全ての医薬品の採用品目数<br>（②+③） |  | 品目 |
| ② 後発医薬品の採用品目数           |  | 品目 |
| ③ 後発医薬品以外の採用品目数         |  | 品目 |
| 後発医薬品の採用割合<br>（②/①）     |  | %  |

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表3の②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表3の③に該当する品目の一覧表）を添付すること。  
 なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。  
 また、上表3の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成24年3月5日（保医発0305第14号）を参照すること。
- 3 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格A列4番の用紙1枚当たり、50品目程度を目安に記載して添付すること。

病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟薬剤業務の実施体制

| 病棟名 | 当該病棟で算定している入院基本料 | 専任薬剤師の氏名 |
|-----|------------------|----------|
|     |                  |          |
|     |                  |          |
|     |                  |          |

2 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況、副作用等の情報を把握し、収集した情報を関係する医療従事者に速やかに提供する方法

3 医薬品情報管理室の薬剤師と病棟薬剤業務を行う薬剤師の情報共有の方法

4 医薬品情報管理室で管理している情報を医療従事者が容易に入手する方法

5 迅速に適切な措置を講じることができる体制の概要

[記載上の注意]

- 1 「1」については、入院基本料（障害者施設等入院基本料を除く。）を算定しているすべての病棟の名称、算定している入院基本料及び専任の薬剤師の氏名（複数の場合は全ての氏名）を記載すること。
- 2 別添7の様式20により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、医薬品情報管理室に配置されている常勤の薬剤師であることがわかるように備考欄に記載するとともに、その他の薬剤師についても、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。
- 3 「2」については、医薬品ごとの使用患者数、使用量、投与日数等の情報の把握方法及び発生した医薬品の副作用等の情報を積極的に収集するための体制について、具体的に記載するとともに、医薬品情報管理室から医療従事者に提供した情報の例を添付すること。
- 4 「3」については、共有する情報の内容及び情報共有の頻度についても記載すること。
- 5 「4」については、データベースの概要等、医療従事者が情報を容易に入手できることが分かる資料を添付すること。
- 6 「5」については、重大な副作用等の情報を得た際に迅速な措置を講じるための組織の体制及び情報伝達の流れが分かる資料を添付すること。
- 7 上記「2」から「5」に係る業務手順書を添付すること。
- 8 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を添付すること。

## D P Cデータ提出開始届出書

1. A245データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）<sup>(※1)</sup>

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

「D P C導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

D P Cデータ作成対象病棟のデータを提出する体制を整備したこと。

2. 病床数<sup>(※2)</sup>

|       |   |
|-------|---|
| 一般病床  | 床 |
| 精神病床  | 床 |
| 感染症病床 | 床 |
| 結核病床  | 床 |
| 療養病床  | 床 |
| 計     | 床 |

3. データ作成開始日<sup>(※3)</sup>

平成    年    月    日

上記のとおり届出を行います。

平成    年    月    日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

| 事 項         | 担 当 者 1 <sup>(※4)</sup> | 担 当 者 2 <sup>(※4)</sup> |
|-------------|-------------------------|-------------------------|
| 保険医療機関名     |                         |                         |
| 所 属 部 署     |                         |                         |
| 役 職         |                         |                         |
| 氏 名         |                         |                         |
| 電 話 番 号     |                         |                         |
| F A X 番 号   |                         |                         |
| E - m a i l |                         |                         |

(注意事項)

- ※1 施設基準を全て満たした上で届出を行う病院は、データ作成を開始する月の前月の20日までに地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。  
 なお、平成26年3月31日までに当該加算の届け出を行っている病院が、DPCデータ作成対象病棟(第1節の入院基本料、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術基本料(A400短期滞在手術等基本料1を除く。))のデータを提出する場合には当該届出書を提出すること。
- ※2 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。
- ※3 データ作成開始日は、データ作成開始月の初日を記載すること。
- ※4 担当者2名について、DPC対象病院及びDPC準備病院は、「DPC導入の影響調査に関する調査」に係る連絡担当者としてDPC調査事務局に登録している担当者を記載すること。

## D P C フォーマットデータ提出開始届出書 (別紙)

保険医療機関名 :

所在地住所 :

1. A207 診療録管理体制加算に関する施設基準 (要件を 満たしていない項目 をチェックすること。)

|   |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> (1) 診療記録 (過去 5 年間の診療録並びに過去 3 年間の手術記録、看護記録等) の全てが保管・管理されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 中央病歴管理室が設置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 1 名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。</p> <p><input type="checkbox"/> (7) 入院患者についての疾病統計には、I C D 大分類程度以上の疾病分類がされていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。</p> <p><input type="checkbox"/> (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。</p> |
|---|

2. 上記要件を満たすための計画

|                      |          |
|----------------------|----------|
|                      |          |
| A207 診療録管理体制加算の届出予定日 | 平成 年 月 日 |

(注意事項)

- ※ 1 計画の達成期限及びA207 診療録管理体制加算の届出予定日を必ず記載 すること。
- ※ 2 計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。
- ※ 3 A207 診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要。

## データ提出加算に係る届出書

1. A245 データ提出加算に関する施設基準（該当する項目にチェックをすること。）

A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。

「DPC導入の影響評価に関する調査」に適切に参加できる。

適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

2. 病床数<sup>(※1)</sup>

|       |   |
|-------|---|
| 一般病床  | 床 |
| 精神病床  | 床 |
| 感染症病床 | 床 |
| 結核病床  | 床 |
| 療養病床  | 床 |
| 計     | 床 |

3. 届出を行う項目<sup>(※2)</sup>

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> データ提出加算1 | <input type="checkbox"/> イ（200床以上） |
|                                   | <input type="checkbox"/> ロ（200床未満） |
| <input type="checkbox"/> データ提出加算2 | <input type="checkbox"/> イ（200床以上） |
|                                   | <input type="checkbox"/> ロ（200床未満） |

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(注意事項)

- ※1 病床数は、許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する病床数を記載すること。
- ※2 入院データを提出する場合はデータ提出加算1、入院データ及び外来データを提出する場合はデータ提出加算2を届け出ること。
- ※3 厚生労働省保険局医療課より通知された区分について通知された文書(写)を本届出書に添付すること。  
なお、当該加算を平成26年3月31日までに届け出ている場合は、通知された文書(写)の添付は不要であること。