関東信越厚生局届出事項

2026/10/1現在

【許可病床数55床】　病院名：医療法人慶友会　城東病院　住所：山梨県甲府市城東４丁目１３－１５

1　**病院管理者**

＊ 佐藤仁美

2　**情報通信機器を用いた診療**　（情報通信）　第　16　号

＊ オンライン指針に該当して、事後確認ができる場所での診察をしている。
＊ 対面診療を適切に組み合わせている。
＊ 対面診療の提供が困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応している。
＊ 以下について、当院のウェブサイトに掲示している。
(イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わない旨
(ロ) 当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト
＊ 医療広告ガイドラインを遵守している。当院のウェブサイトを作成する際、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にした。
＊ 向精神薬を処方するに当たり、「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いている。
＊ オンライン指針に沿って診療を行っている。

3　**機能強化加算**　（機能強化）　第　115　号

＊ 許可病床数が200床未満。
＊ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の届を行っている在宅療養支援病院の1(1）。
＊ 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている。
＊ 予防接種法(昭和23年法律第68号)第5条第1項に規定する予防接種(定期予防接種）を実施している。
＊ 地域ケア会議に出席している。
＊ 甲府市が行う一般介護予防事業に協力している。
＊ 地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ、以下のアからオの対応を行っている。また、当該対応を行っていることについて当院の見やすい場所及びホームページに掲示している。
ア 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行っている。
イ 専門医師又は専門医療機関への紹介を行っている。
ウ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じている。
エ 保健・福祉サービスに関する相談に応じている。
オ 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行っている。
＊ かかりつけ医機能をもつ医療機関等、地域の医療機関を検索でき(医療機能情報提供制度)、その旨掲示している。
＊ 「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のためのＢＣＰ作成の手引き」を参考に、業務継続計画を策定し、この計画に従い必要な措置を講じている。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っている。
＊ 当院は健康保険法第68条の２第１項規定「３年以内の期限が付された同法第63条第３項第１号指定診療所」以外の保険医療機関。
＊ 医療機能情報の文書を希望する患者に患者相談窓口で相談対応している。
＊ 次のいずれにも該当する。
*「医療機関（災害拠点病 院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」 等を参考に、医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。
また、定期業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。
* 健康保険法第六十八条の二第一項の規定より三年以内期限が付された同法第六十三条第三項第一号指定受けた診療所以外保険医療機関

4　**電子的診療情報連携体制整備加算2**　（外医DX2）　第　157　号

＊ 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている。
＊ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無償で交付している。
＊ 健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有している。なお、オンライン資格確認の導入に際して、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行っている。
＊ 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合で、社会保険診療報酬支払基金から報告されるもの。以下同じ。）が、30％以上。
＊ 上記について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることがある。
＊ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有している。
＊ 次に掲げる事項について、院内の見やすい場所に掲示している。
ア 医師等が診療を実施する診察室等で、オンライン資格確認等システムより取得した診療情報等を活用し診療実施する保険医療機関。
イ マイナ保険証を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関。
ウ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している。
＊ 上記掲示事項について、ウェブサイトに掲載している。
＊ 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している。

5　**療養病棟入院基本料　1　　・経腸栄養管理加算**　（療養入院）　第　225　号

＊ 病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1名以上配置している。　　・医療区分　2・3　の患者が8割以上
・夜勤を行う看護職員の数は、1名以上　　・看護職員の最小必要数の2割以上が看護師
＊ 医療安全管理体制を整備し安全管理のための委員会を開催している。
＊ 褥瘡対策チームを設置し委員会を開催している。
・専任の医師及び褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する専任の看護師により診療計画対策、評価を行っている。
・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している。
・褥瘡の発生割合などについて継続的に測定を行い、評価をしいる。
＊ 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者。 経腸栄養を行っている場合は、 経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定する。
ア 入院前から又は入院後２週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養 への移行を目的とするもの
イ 経口摂取が不可能となった又 は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始したもの

＊ 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士を1名以上配置し、標準的な栄養評価の手法を活用している。
・入院時に、特別な栄養管理の必要性の有無を確認している。
・退院時を含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけ、行っている。
＊ 療養病棟において経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置し、内視鏡下嚥下機能検査を実施する体制を確保している。
＊ 入院日から7日以内に、入院診療計画書を発行している。
＊ 適切な意思決定支援に関する指針を定めている。
＊ 身体的拘束の最小化について以下の通り整備している。
・身体的拘束を行ってはいけないという規程を設置している。
・身体的拘束最小化の実施体制の整備をしている。

6 **診療録管理体制加算1** (診療録1) 第 15 号

＊ 診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年の看護記録等)の全てを保管・管理している。
＊ 中央病歴管理室を設置し厚生労働省安全管理ガイドラインに準拠した体制をとっている。
＊ 診療録管理委員会を設置し、診療記録の保管・管理のための規程がある。
＊ 年間退院者２千名に対して、診療記録管理者専従常勤1名以上配置しており、他業務と兼業していない。
＊ 入院患者の疾病統計はICD(国際疾病分類)の規定に基づき4桁又は5桁の細分類項目に沿って疾病分類をしている。
＊ 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有した診療記録を保管・管理しており、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出でき、当該データベースは各退院患者の退院時要約を作成した後、速やかに更新している。
また、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンスに基づく管理をしている。
ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号含む) イ 入院日・退院日 ウ 担当医、担当診療科
エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾病名
オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術
＊ 退院時要約が全患者について作成されている。前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された割合が毎月9割以上ある。
＊ 「診療情報の提供等に係る指針の策定について」に基づき、必要に応じ現に診療情報の提供をしている。

7 **電子的診療情報連携体制整備加算1** （入医DX1） 第 6 号

＊ 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている。
＊ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細明細書を患者に無償交付している。
＊ オンライン資格確認を行う体制を有している。オンライン資格確認の導入に際して医療機関等向けポータルサイトで運用開始日登録済。
＊ 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上。
＊ 上記について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数 ベースマイナ保険証利用率に代え、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。
＊ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有している。
＊ 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。
ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している保険医療機関。
イ マイナ保険証を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関。
＊ 上記掲示事項について、ウェブサイトに掲載している。
＊ 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制。
＊ 「安全管理ガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置。また、当該責任者が、職員を対象として、少なくとも年１回、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っている。
＊ 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保。その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管している。また、日次でのバックアップは、数世代（少なくとも３世代）確保する対策を行っている。 なお、ネットワークから切り離したオフラインで保管していることについては、医療情報システム・サービス事業者との契約書等に記載されているか確認し、当該契約書等の記載分についても届出の添付資料としている。
＊ 「安全管理ガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（以下「ＢＣＰ」。） を策定、医療情報システム安全管理責任者の主導の下、少なくとも年１回程度、定期的に当該ＢＣＰに基づく訓練・演習を実施している。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っている。訓練・演習については、診療を中断して実施はないが、より実効性のあるものとするため、必要に応じシステム関連事業者も参加した上で行う。 なお、当該ＢＣＰには「安全管理ガイドライン」の経営管理編「情報セキュリティインシデントへの対策と対応」、企画管理編「非常時（災害、サイバー攻撃、システム障害）対応とＢＣＰ策定」等に記載している事項について含めている。また、作成に当たって関係団体等が作成したマニュアル（医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリ スト）についても参考にしている。

8 **療養病棟療養環境加算 1** （療養 1） 第 10 号

＊ １病室、４床以下。
＊ 病室の床面積は、１人当たり6.4平米以上。
＊ 廊下幅は、内法で片廊下1.8m・中廊下2.7m以上。
＊ 機能訓練室40平米以上。訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具(角度計、握力卦計等)。
＊ 食堂の広さ、１人当たり1平米以上。
＊ 談話室は、食堂と兼用。
＊ 身体の不自由な患者様用の浴室を完備している。
＊ 病棟の床面積は、１人当たり16平米以上。(治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を床面積に算入)

9 **感染対策向上加算 3 ・連携強化加算 ・サーベイランス強化加算** (感染対策3) 第 2 号

＊ 当院の病床数は300床未満。
＊ 当院は感染症の対応を行う病院として、山梨県と第一種医療機関協定を締結している。
＊ 感染防止対策につき、山梨県立中央病院(感染防止対策加算1)と連携している、第二種協定医療機関。
＊ 感染対策委員会を設置し、組織的に感染防止対策を実施している。
・委員会を月1回程度開催している。
・1週間に1回の感染レポートを作成している。
＊ 以下構成員の感染制御ﾁｰﾑを組織、感染防止に係る日常業務を行う。
(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
(イ) 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

(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～エまでに定める者のうち1名を院内感染管理者として配置している。
＊ 最新のエビデンスに基づき、標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌・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。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂している。
＊ 職員を対象として、年２回、院内感染対策に関する研修を行っている。
＊ 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者及び感染制御チームの具体的な業務内容を整備している。
＊ 年４回程度山梨県立中央病院主催のｶﾝﾌｧﾚﾝｽにビデオ通話などを用いて参加している。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加している。
＊ 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の 保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けている。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っている。
＊ 週１回程度院内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・指導を行っている。
＊ 公益財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。
＊ 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関（山梨県立中央病院）とあらかじめ協議している。
＊ 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関。
＊ 介護保険施設から求めがあった場合には、指導できる体制をとっている。
＊ 新興感染症の発生時等に、感染症患者若しくは疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制又は発熱患者等の診療を実施することを念頭に、発熱患者等の動線を分けることができる体制を有する。
＊ 当院が連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関（山梨県立中央病院）に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている。
＊ JANIS（厚生労働省院内感染症対策サーベイランス事業）に参加している。
＊ J－SIPHE（感染対策連携共通プラットフォーム）に参加している。
＊ 院内感染対策に関する取組事項を提示している。

10 **患者サポート体制充実加算** （患サポ） 第 33 号

＊ 専任の社会福祉士又はその他の医療有資格者が標榜時間内において常時１名以上配置している。
＊ 相談窓口を設置し、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に関する相談等について相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている。
＊ 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、下記の患者支援体制をとっている。
ア 相談窓口と各部門とが十分に連携している。
イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者等が参加している。
ウ 患者支援に係ると取組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、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加している。
エ 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精査し、職員遵守を徹底している。
オ 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、その他患者支援に関する実績を記録している。
カ 定期的に患者支援体制に関する取組の見直しを行っている。
＊ 相談窓口を設置しており、患者等に対する支援のため実施している取組を掲示している。
＊ 患者支援に係る取組の評価を行うカンファレンスを週１回行っている。

11 **身体的拘束最小化推進体制加算** （拘束小） 第 3 号

＊ 病院長及び看護部長等の管理職員が、自らの言葉で、身体的拘束の最小化に向けて病院 全体で取組を行うこと及びそのために入院患者に関わる職員等が安心して身体的拘束の最小化に取り組むための支援を行うことを表明し、入院患者に関わる全ての職員に周知している。
＊ 当院（保険医療機関）において身体的拘束最小化に関する講習は年２回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員（入職後1年以内の者を除く。）が受講している。
＊ 当院では身体拘束は実施していない。
＊ 拘束具は決められた倉庫に保管しているが使用しない。

12 **データ提出加算２及び4** （データ提） 第 61 号

＊ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている。
＊ 入院患者及び外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制をとっている。
＊ 厚生労働省が毎年実施する「ＤＰＣの評価・検証等に係る調査」(以下「ＤＰＣ調査」という。)に適切に参加できる体制をとり、厚生労働省保険局医療課及びＤＰＣ調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を２名指定している。
＊ ＤＰＣ調査に適切に参加し、ＤＰＣ調査に準拠した入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出している。
＊ 診療録管理委員会にて、適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年２回以上、委員会を開催している。

13 **認知症ケア加算 2** （認ケア） 第 3 号

＊ 国が主催した、認知症診断について適切な知識・技術等を習得することを目的とした、２日間７時間以上の修了証が交付された専任の常勤医師が1名いる。
＊ 認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置している。
適切研修とは次の事項に該当する研修をいう。
ア 匡又は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)。
イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
ウ 認知症に関わる内容を含む講義及び演習。
エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連の領域に必要な看護実践を含むものであること。
＊ 上記の医師及び看護師は病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対して必要な助言を行っている。
＊ 全ての病棟に認知症患者のアセスメントや看護方法に係る適切な研修を受けた看護師を３名以上配置している。
・上記に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
イ 認知症看護に必要な専門知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修。
ウ 講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものである。
(イ) 認知症の原因疾患と病態・治療
(ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

(ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法
(ニ)行動・心理症状(BPSD)、せん妄の予防と対応法
(ホ)認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

＊ (1)の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把 握し、病棟職員に対して必要な助言等を行う
＊ (1)の医師又は看護師を中心に身体的拘束実施基準や鎮静目的薬物適正使用等内容を盛込んだ認知症ｹｱﾏﾆｭｱﾙを作成、院内周知活用。
＊ 身体拘束はゼロ。
＊ せん妄リスク因子確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策の為のチェックリストを作成済。
＊ 認知症患者のアセスメントや看護方法に係る適切な研修を受けた看護師を中心に少なくとも年１回研修・事例検討会を実施している。

14 **排尿自立支援加算** (排自支) 第 15 号

＊ 院内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」。）が設置されている。
ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を３年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
＊ 上記アに掲げる医師は、３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者である。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師 （３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えなく、また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修。
イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるもの。
ウ 通算して６時間以上のもの。
＊ 上々記イに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修。
イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内 容が含まれるもの。
ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自 己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるもの。
エ 通算して16時間以上のもの。
＊ 排尿ケアチームの構成員は、「Ｂ００５－９」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任できる。
＊ 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、院内に配布するとともに、院内研修を実施いている。
＊ 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たり、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守する。

15 **ニコチン依存症管理料** (ニコ) 第 319 号

＊ 禁煙治療を行っている旨を院内掲示している。 ＊ 禁煙治療経験を有する医師が1名以上勤務している。
＊ 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師1名以上配置している。 ＊ 呼気一酸化炭素濃度測定器(マイクロCOモニター)を備えている。
＊ 敷地内は全面禁煙。 ＊ 厚生省「オンライン診療の適正な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制を有する。
＊ ニコチン依存症管理料に係る報告を地方厚生支局長に報告する。

16 **薬剤管理指導料** (薬) 第 130 号

＊ 常勤の薬剤師を2人以上配置し、薬剤管理指導に必要な体制をとっている。
＊ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っている。
＊ 当院の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っている。
＊ 緊急やむを得ない場合を除き、投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行っている。
＊ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(医薬品情報管理室)があり、院内からの相談に対応できる体制が整備されている。

17 **在宅療養支援病院 (3)** (支援病3) 第 号

＊ 許可病床数が200床未満の病院である。
＊ 往診担当医は、当直体制を担う医師とは、別の医師が担当している。
＊ 患者の求めに応じ24時間往診可能な体制を確保する場合には、担当窓口の連絡先、医師名、看護師名を文書により提供している。
＊ 緊急時入院用の病床を確保している。
＊ 訪問看護ステーションと連携する場合には、あらかじめ患者の同意を得て療養等に必要な情報を文書で提供している。
＊ 患者に関する診療記録管理を行うことについて必要な体制をとっている。
＊ 管理栄養士による訪問栄養食事指導を行うことについて必要な体制をとっている。
＊ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携している。
＊ 年1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況を地方厚生局長等に報告している。
＊ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の適切な意思決定支援に係る指針を作成している。
＊ 「ＢＣＰ策定の手引き」（厚労省）を参考に、当院の実情に応じて、災害等の発生時において、当院において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下「業務継続計画」。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じている。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っている。

18 **在宅医療DX情報活用加算1** (在宅DX) 第 1 号

＊ 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている。
＊ 健康保険法第3条13項に規定するオンライン資格確認等を行う体制をとっており、居宅同意取得型システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制が整っている。
＊ 「電磁処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により処方箋を発行している。
＊ 国等が提供する電子カルテ情報共有ｻｰﾋﾞｽにより取得される診療情報等を活用している。
＊ 医療DX推進体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用し診療を行う旨下記の通り掲示している。
・）医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用し計画的な医学管理のもとに、訪問して診療を実施している保険医療機関。
・）マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるように取り組んでいる保険医療機関。
＊ ウェブサイトに掲載している。 https//www.joto-group.com/joto/cat_ippan/19332 etc

19 **在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料** (在医総管) 第 163 号

＊ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整をおこなう担当者を配置している。
＊ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行っている。
＊ 他の保険医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努め、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供を行っている。

＊ 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えている。

20 **在宅がん医療総合診療料** (在総) 第 136 号

＊ 在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っている。
＊ 居宅で療養を行っている末期悪性腫瘍患者で、通院が困難な者に対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供している。
＊ 定期的に訪問診療及び訪問看護を実施している。
＊ 急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応している。

21 **CT撮影及びMRI撮影** (C・M) 第 183 号

＊ 撮影に使用する機器：16列以上64列未満のマルチスライスCTを設置。

22 **脳血管疾患等リハビリテーション料 （Ⅱ）** (脳Ⅱ) 第 35 号

＊ 専任の常勤医師を1名以上配置している。
＊ （ア）専従の常勤・兼任理学療法士1名以上配置
＊ （イ）専従の常勤・兼任作業療法士1名以上配置 ※ （ア）～（ウ）全て満たしている。
＊ （ウ）専従・兼任の理学療法士・作業療法士、合わせて4名以上配置
＊ 機能訓練室の面積 ： 217.4㎡
＊ リハビリ記録は患者ごとに一元管理し常に医療従事者が閲覧可能。＊定期的に担当多職種参加のカンファレンスを実施している。
＊ 歩行補助具、訓練マット、治療台、重錘バンド、各種測定用器具、血圧計、平行棒、傾斜台姿勢矯正鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具(長・短下肢装具)、歩行訓練用階段、家事用設備各種日常生活動作設備等を整備している。
＊ 外来医療等調査に適切に参加できる体制あり。厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定。
＊ 外来医療等調査に参加、調査に準拠したデータを提出している。
診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全て保管・管理。
＊ 診療記録の保管・管理のための規定を明文化している。
＊ 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類をしている。
＊ 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる
＊ データの提出は、令和９年８月20日、11月22日又は令和10年２月21日までに別添２の様式７の10について、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へ届出する。
＊ 上記の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出する。
＊ 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を担当者宛て電子メールにて受信。この連絡以後、リハビリテ ーションデータ提出加算の届出を行うことが可能。
＊ リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書を下記①②の場合に文書で提供できる体制をとっている。
①要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者で介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定している場合
②他の保険医療機関でリハビリテーションを継続する予定の者でその者の同意を受けて当該他の保険医療機関へ移る場合

23 **運動器リハビリテーション料（Ⅰ）** (運Ⅰ) 第 101 号

＊ 運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師 が１名以上勤務している。
次の（ア）から（イ）のそれぞれを満たしている。
＊ （ア）専任の常勤医師1名以上配置
＊ （イ）専従の常勤理学療法士または、専従の常勤作業療法士合わせて4名以上配置
＊ （ウ）専従の理学療法士・作業療法士、合わせて2名以上配置
＊ ※（ア）に言う「専任の常勤医師」は「運動器リハビリテーションの経験3年、又は適切な運動器リハビリテーションの研修を終了した者が望ましい。」となっている。
＊ その他脳血管疾患等ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料(Ⅱ)施設基準と同じ。

24 **摂食嚥下回復体制加算3** (摂嚥回3) 第 1 号

＊ 当院に、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上勤務している。
＊ 上記医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加している。なお、その他の職種は、必要に応じて参加している。
＊ 当院において、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者における、ア及びイの前年の実績の合計数が２名以上である。
ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテ ーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者
イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者

25 **外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5** (外在ベ1注) 第 44 号

＊ 令和８年３月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ている。
＊ 当院は、外来医療・在宅医療を実施している保険医療機関。
＊ 当該医療機関に勤務する職員（医師を除く）がいること。
＊ 当評価料より得られる収入は、対象職員の基本給または決まって支払われる手当など、賃金項目を特定した上で賃金改善に用いる。
＊ 当該医療機関は当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守する。
＊ 対象職員に対して、賃金改善を実施する方法・就業規則等の内容についても周知するとともに、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、書面を用いて説明をすること等により分かりやすく回答する。
＊ 過年度において算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出している。

26 **継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準** (入減免) 第 47 号

＊ 令和８年３月31日時点において入院ベースアップ評価料を届け出ている。

27 **入院ベースアップ評価料 39** (入ベ39) 第 2 号

＊ 当院は外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関。
＊ 常勤換算２名以上の対象職員が勤務している。
＊ 当該保険医療機関において、社会保険診療等に係る収入金額の合計額が総収入１００分の８０を超えている。
＊ その他、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)施設基準に準ずる。

28 **選定療養**は、下記の通り。

＊ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ	(1単位20分)	2,000 円
＊ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ	(1単位20分)	2,000 円
＊ 運動器リハビリテーション料Ⅰ	(1単位20分)	2,000 円

29　**入院時食事療養　(1)**　　(食)　　第　214　号

＊ 管理栄養士により管理された給食を、適時適温にて提供している。
　食事時間　　朝食　8時00分　・　昼食　12時00分　・　夕食　18時00分

30　**救急患者連携搬送料（2）**　　(救患搬)　　第　13　号

＊ 救急患者連携搬送料1の届出を行う他の医療機関とあらかじめ協議を行ったうえで、搬送元の候補となる保険医療機関のリストを作成している。

31　**栄養サポートチーム加算**　　(栄養チ)　　第　24　号

＊ 以下から構成される栄養サポートチームを設置し、この栄養サポートチームにより栄養管理に係る専門的な診療が行われている。
　メンバーはいずれも栄養管理に係る所定の研修を修了した者。
　ア　専任の常勤医師
　イ　専任の常勤看護師
　ウ　専任の常勤薬剤師
　エ　専任の常勤管理栄養士

＊ 所定の研修については以下の通り。
　医師・・・栄養不良がもたらす影響、栄養補給ルートの選択と栄養管理プランニング、中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
　　末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策、経腸栄養法の実施と合併症及びその対策、栄養サポートチームの運営方法と活動の実際。約10時間。
　他職・・・医療関係団体等が認定する教育機関において実施され40時間を要し、当該団体により修了証が交付される研修。
　　栄養障害の抽出・早期対応（スクリーニング法）、栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導、経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘、経静脈輸液適性調剤法の取得、経静脈栄養のプランニングとモニタリング、経腸栄養剤の衛生管理・適性調剤法の指導、経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング、簡易懸濁法の実施と有用性の理解、栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応、栄養療法に関する問題点・リスクの抽出、栄養管理についての患者・家族への説明・指導、在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

＊ 栄養サポートチームは組織上明確に位置付けている。

＊ 算定対象となる医療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の掲示をし患者への情報提供をしている。

入院時の食事に係る標準負担額　（1日3食限度）

一般（70歳未満）	70歳以上の高齢者	標準負担額（1食当たり）	
●一般（下記以外）	●一般（下記以外）	550円	
		（例外）指定難病患者等	330円
●低所得者（住民税非課税）	●低所得者Ⅱ	●過去1年間の入院期間が90日以内	270円
		●過去1年間の入院期間が90日超え	220円
該当なし	●低所得者Ⅰ	130円	

光熱水費　医療病床に入院している65歳以上の方　（1日当たり）

●65歳以上	430円
●指定難病の方 ●老齢福祉年金受給者	0円