

救命救急入院料・特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                                                  |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 届出を行う区分<br>(該当するいずれか1つを選択すること。)                                                  |                                                                                                                                                       | 1：救命救急入院料1<br>2：救命救急入院料2<br>3：特定集中治療室管理料1<br>4：特定集中治療室管理料2<br>5：特定集中治療室管理料3 |                                  |
| 当該治療室の従事者                                                                        |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|                                                                                  | 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<br>(救命救急入院料及び特定集中治療室管理料1に係る事項)  |                                  |
|                                                                                  | 当該病院に勤務する麻酔医                                                                                                                                          | 名                                                                           |                                  |
|                                                                                  | 看護師数                                                                                                                                                  | 名                                                                           |                                  |
|                                                                                  | 看護師の勤務体制                                                                                                                                              |                                                                             |                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | 日勤                                                                          | 名                                |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | 準夜勤                                                                         | 名                                |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | 深夜勤                                                                         | 名                                |
| 当該治療室の概要                                                                         |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|                                                                                  | 病床面積                                                                                                                                                  | 平方メートル                                                                      |                                  |
|                                                                                  | 病床数                                                                                                                                                   | 床                                                                           |                                  |
|                                                                                  | 1床当たりの床面積                                                                                                                                             | 平方メートル                                                                      |                                  |
|                                                                                  | 1日平均取扱患者数                                                                                                                                             | 名                                                                           |                                  |
| 装置・器具                                                                            |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|                                                                                  | 救急蘇生装置(気管挿管セット、人工呼吸装置等)                                                                                                                               |                                                                             | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置 |
|                                                                                  | 除細動器                                                                                                                                                  |                                                                             | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置 |
|                                                                                  | ペースメーカー                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
|                                                                                  | 心電計                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
|                                                                                  | ポータブルエックス線撮影装置                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
|                                                                                  | 呼吸循環監視装置                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
|                                                                                  | 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"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  | 酸素濃度測定装置                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  | 光線治療器                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 治療室内に配置                                            |                                  |
|                                                                                  | 自家発電装置                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
|                                                                                  | 電解質定量検査装置                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                             |                                  |
| 血液ガス分析装置                                                                         | <input type="checkbox"/> 病院内に配置                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
| 救命救急センターに係る事項                                                                    |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|                                                                                  | 高度救命救急センターに該当するか。<br>(該当するいずれか1つを選択すること。)                                                                                                             | 1：該当する<br>2：該当しない                                                           |                                  |
|                                                                                  | 救命救急センターの評価基準に基づく評価<br>(該当するいずれか1つを選択すること。)                                                                                                           | 1：充実段階がSである<br>2：充実段階がAである<br>3：充実段階がBである<br>4：上記以外                         |                                  |
| 特定集中治療室管理料に係る事項(施設基準に該当する場合記入すること。当該病院の状況について記載すること。年間の件数については、直近1年間の実績を記載すること。) |                                                                                                                                                       |                                                                             |                                  |
|                                                                                  | 年間の救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数                                                                                                                        | 件                                                                           |                                  |
|                                                                                  | 年間の全身麻酔による手術件数                                                                                                                                        | 件                                                                           |                                  |
|                                                                                  | 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在するか。(該当するいずれか1つを選択すること。)                                                                                                | 1：所在する<br>2：所在しない                                                           |                                  |
|                                                                                  | 小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料1から3までの届出病床数を合計した病床数が占める割合が5割以上の病院に該当するか。(該当するいずれか1つを選択すること。) | 1：該当する<br>2：該当しない                                                           |                                  |

|                                                                                                     |                                                |                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|-------|
| 医療安全対策加算に係る事項                                                                                       | <input type="checkbox"/> 医療安全対策加算 1に係る届出を行っている |                               |       |
| 救命救急入院料に係る事項                                                                                        | <input type="checkbox"/> 救急時医療情報閲覧機能を有している     |                               |       |
| 特定集中治療室管理料 1 又は 2 に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。複数の専任の看護師が該当する場合には、主な看護師について 2 名以内で記載すること。）               |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 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配置されている |                                                |                               |       |
| 看護師 1                                                                                               |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | 氏名                            |       |
|                                                                                                     |                                                | 勤務時間（週当たり）                    | 時間    |
|                                                                                                     |                                                | 経験年数                          | 年     |
| <input type="checkbox"/> 研修の受講                                                                      |                                                |                               |       |
| 看護師 2                                                                                               |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | 氏名                            |       |
|                                                                                                     |                                                | 勤務時間（週当たり）                    | 時間    |
|                                                                                                     |                                                | 経験年数                          | 年     |
| <input type="checkbox"/> 研修の受講                                                                      |                                                |                               |       |
| 特定集中治療室管理料 1 に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）                                                              |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 特定集中治療の経験を 5 年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師が 2 名以上専任の医師に含まれている                |                                                |                               |       |
| 医師 1                                                                                                |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | 氏名                            |       |
| <input type="checkbox"/> 研修の受講                                                                      |                                                |                               |       |
| 医師 2                                                                                                |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | 氏名                            |       |
| <input type="checkbox"/> 研修の受講                                                                      |                                                |                               |       |
| ① 直近 1 年間における新規入室患者数                                                                                |                                                |                               | 名     |
| 特定集中治療室管理料 1 を新たに届け出る場合<br>（該当する場合、直近 3 か月以上の期間の実績でも可）                                              |                                                | <input type="checkbox"/> 該当する |       |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）開始年月日              | 年 月 日 |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）終了年月日              | 年 月 日 |
| ② ①のうち、入室日の S O F A スコアが 5 以上の者                                                                     |                                                | 名                             |       |
| ③ 入室日の S O F A スコアが 5 以上の者の割合（②／①）                                                                  |                                                | %                             |       |
| <input type="checkbox"/> 専任の臨床工学技士が常時院内に勤務している                                                      |                                                |                               |       |
| 特定集中治療室管理料 2 に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）                                                              |                                                |                               |       |
| ① 直近 1 年間における新規入室患者数                                                                                |                                                | 名                             |       |
| 特定集中治療室管理料 1 を新たに届け出る場合<br>（該当する場合、直近 3 か月以上の期間の実績でも可）                                              |                                                | <input type="checkbox"/> 該当する |       |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）開始年月日              | 年 月 日 |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）終了年月日              | 年 月 日 |
| ② ①のうち、入室日の S O F A スコアが 3 以上の者                                                                     |                                                | 名                             |       |
| ③ 入室日の S O F A スコアが 3 以上の者の割合（②／①）                                                                  |                                                | %                             |       |
| 上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）                                                                     |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている                                        |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている                                              |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 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                                    |                                                |                               |       |
| 小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合記入すること。）                                                                  |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている                                               |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）専任の小児科医師数          | 名     |
| 広範囲熱傷管理加算に係る事項（広範囲熱傷管理加算の施設基準に該当する場合記入すること。）                                                        |                                                |                               |       |
| <input type="checkbox"/> 当該保険医療機関内に、広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している                                    |                                                |                               |       |
|                                                                                                     |                                                | （上記に該当する場合）上記の医師数             | 名     |

|                                                                                                                                                                                |             |                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 特定集中治療室管理料2又は3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<br>(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記入すること。) |             |                                                                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                | 支援側医療機関の場合  | <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料1の届出を行っている。                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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。 |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料2又は特定集中治療室管理料3の届出を行っている。                                                                                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料1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                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                |             | <input type="checkbox"/> 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]
- 届出に係る治療室ごとに記入すること。当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
  - 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「治療室内に配置」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「病院内に配置」を選択すること。
  - 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。
  - 特定集中治療室管理料1の届出を行う場合は、特定集中治療の経験を5年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師について記載すること。記載に当たっては、以下の点に留意すること。
    - 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。
  - 特定集中治療室管理料1又は2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。記載に当たっては、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。
  - 特定集中治療室管理料2の届出を行う治療室については、令和10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。
  - 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。