本書の内容と構成

本書は、「総説」及び「①看護関連施設基準等と診療報酬」、「②入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬」の２編から成り、それぞれの構成は次の通りとした。

総説

第１部　診療報酬における入院医療と看護技術の評価
第２部　診療報酬における食事及び栄養関連の評価
第３部　診療報酬請求に係る留意点
令和４年度改定に係る経過措置

1　看護関連施設基準等と診療報酬

「基本診療料（入院・看護関連）」と「特掲診療料（看護関連）」とに大別し、それぞれ医科点数表の診療行為項目ごとに、算定のために必要な情報をまとめた。各項目の冒頭で要点を述べ、以下次のような順序で詳細を掲載した。

⑴　施設基準

当該項目の施設基準等のうち、告示で定められている事項を掲載した。

基本診療料の施設基準等（平成20年３月５日厚生労働省告示第62号；今回改正令和４年３月４日厚生労働省告示第55号／最終改正令和４年９月５日厚生労働省告示第270号）

なお、当該箇所の改正履歴を略記した。このうち、**〈平22〉**は平成22年３月５日厚生労働省告示第72号、**〈平24〉**は平成24年３月５日厚生労働省告示第77号、**〈平26〉**は平成26年３月５日厚生労働省告示第58号、**〈平28〉**は平成28年３月４日厚生労働省告示第53号、**〈平30〉**は平成30年３月５日厚生労働省告示第44号、**〈令２〉**は令和２年３月５日厚生労働省告示第58号、**〈令４〉**は上記今回改正に係る告示による改正をそれぞれ示す。その他の告示による改正については、**〈平20告示532〉**のように告示番号も明記している。改正が数次にわたる場合、最初の告示のみに「**平**」「**令**」の表記を行っている。

例：〈平20告示532/22/24〉、〈平22/24/令２/４〉

特掲診療料の施設基準等（平成20年３月５日厚生労働省告示第63号；今回改正令和４年３月４日厚生労働省告示第56号／最終改正令和４年９月５日厚生労働省告示第271号）

なお、当該箇所の改正履歴を略記した。このうち、**〈平22〉**は平成22年３月５日厚生労働省告示第73号、**〈平24〉**は平成24年３月５日厚生労働省告示第78号、**〈平26〉**は平成26年３月５日厚生労働省告示第59号、**〈平28〉**は平成28年３月４日厚生労働省告示第54号、**〈平30〉**は平成30年３月５日厚生労働省告示第45号、**〈令２〉**は令和２年３月５日厚生労働省告示第59号、**〈令４〉**は上記今回改正に係る告示による改正をそれぞれ示す。その他の取扱いについては、基本診療料に係る告示の改正履歴の表記と同様とした。

⑵　取扱い通知

施設基準等及び届出に関する取扱いを整理し、かつ、該当届出様式を収載した。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和４年３月４日保医発0304第２号）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和４年３月４日保医発0304第３号）

なお、必要に応じ、**疑義解釈資料（事務連絡）**を載せた。施設基準等に関係するものには施と付した。

⑶　診療報酬（点数表と留意事項通知）

施設基準の届出保険医療機関において算定できる所定点数・加算点数（告示）と取扱上の留意事項（通知）を整理して載せた。

診療報酬の算定方法（平成20年３月５日厚生労働省告示第59号；今回改正令和４年３月４日厚生労働省告示第54号／最終改正令和４年９月５日厚生労働省告示第269号）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和４年３月４日保医発0304第１号）

※　上記の告示・通知については、令和４年度改定において実質的な変更があった部分には下線（10月改定分については二重下線）を付して示した（全体が新設の場合は新と付した）。

2　入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の算定のために必要な情報をまとめた。また、栄養関連診療報酬に関する諸規定を掲載した。さらに参考通知を付した。

以上のほか、巻末に以下の資料等を掲載した。

①療養担当規則及び関連通知
②看護職員の処遇改善に関する診療報酬上の取扱い
③新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い
④令和４年９月30日を期限とする経過措置の取扱い
⑤索引
⑥地方厚生（支）局・都府県事務所等一覧

●本書は、令和４年（2022年）10月１日段階での法令・通知・事務連絡等に基づき作成した。

目次

総説

第１部　診療報酬における入院医療と看護技術の評価……12
第２部　診療報酬における食事及び栄養関連の評価……84
第３部　診療報酬請求に係る留意点……94
令和４年度改定に係る経過措置……96

基本診療料（入院・看護関連）の施設基準等と診療報酬編

1　基本診療料等の施設基準等（通則事項）……104
2　入院料等の通則と施設基準等……123
2-1　入院・通則７／８　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制……129
〈参考〉入院・通則６　定数超過入院等の入院基本料……140
入院・通則５　特別の関係にある保険医療機関等……145
3　病院の入院基本料の施設基準等（通則事項）……146
3-1　A100 一般病棟入院基本料……193
3-2　A101 療養病棟入院基本料……207
3-3　A102 結核病棟入院基本料……238
3-4　A103 精神病棟入院基本料……244
3-5　A104 特定機能病院入院基本料……253
3-6　A105 専門病院入院基本料……264
3-7　A106 障害者施設等入院基本料……271
4　診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）……286
4-1　A108 有床診療所入院基本料……293
4-2　A109 有床診療所療養病床入院基本料……303
5　入院基本料等加算の施設基準等（概要）……311
5-1　A200 総合入院体制加算……316
5-2　A200-2 急性期充実体制加算……328
5-3　A204-2 臨床研修病院入院診療加算……337
5-4　A205 救急医療管理加算……340
5-5　A205-2 超急性期脳卒中加算……344
5-6　A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算……346
5-7　A206 在宅患者緊急入院診療加算……348
5-8　A207 診療録管理体制加算……350
5-9　A207-2 医師事務作業補助体制加算……355
5-10　A207-3 急性期看護補助体制加算／A207-4 看護職員夜間配置加算／A214 看護補助加算……363

5-11 A210・1 難病患者等入院診療加算……382
5-12 A211 特殊疾患入院施設管理加算……383
5-13 A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算……385
5-14 A213 看護配置加算……388
5-15 A218 地域加算……389
5-16 A218-2 離島加算……393
5-17 A219 療養環境加算……393
5-18 A221 重症者等療養環境特別加算……394
5-19 A222 療養病棟療養環境加算……396
5-20 A222-2 療養病棟療養環境改善加算……399
5-21 A223 診療所療養病床療養環境加算……400
5-22 A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算……401
5-23 A224 無菌治療室管理加算……404
5-24 A225 放射線治療病室管理加算……406
5-25 A226 重症皮膚潰瘍管理加算……408
5-26 A226-2 緩和ケア診療加算……409
5-27 A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算……415
5-28 A228 精神科応急入院施設管理加算……418
5-29 A230 精神病棟入院時医学管理加算……420
5-30 A230-2 精神科地域移行実施加算……421
5-31 A230-3 精神科身体合併症管理加算……422
5-32 A230-4 精神科リエゾンチーム加算……425
5-33 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算……429
5-34 A231-3 依存症入院医療管理加算……431
5-35 A231-4 摂食障害入院医療管理加算……434
5-36 A232 がん拠点病院加算……436
5-37 A233-2 栄養サポートチーム加算……439
5-38 A234 医療安全対策加算……445
5-39 A234-2 感染対策向上加算……450
5-40 A234-3 患者サポート体制充実加算……469
5-41 A234-4 重症患者初期支援充実加算……472
5-42 A234-5 報告書管理体制加算……475
5-43 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算……478
5-44 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算……481
5-45 A237 ハイリスク分娩等管理加算……484
5-46 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
／ A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算……488
5-47 A242 呼吸ケアチーム加算……490
5-48 A242-2 術後疼痛管理チーム加算……493
5-49 A243 後発医薬品使用体制加算……496
5-50 A244 病棟薬剤業務実施加算……499
5-51 A245 データ提出加算……506

5-52 A246 入退院支援加算……516
5-53 A247 認知症ケア加算……529
5-54 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算……536
5-55 A248 精神疾患診療体制加算……538
5-56 A249 精神科急性期医師配置加算……540
5-57 A251 排尿自立支援加算……545
5-58 A252 地域医療体制確保加算……548
6 特定入院料の施設基準等（通則事項）……554
6-1 A300 救命救急入院料……557
6-2 A301 特定集中治療室管理料……569
6-3 A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料……589
6-4 A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料……600
6-5 A301-4 小児特定集中治療室管理料……605
6-6 A302 新生児特定集中治療室管理料……614
6-7 A303 総合周産期特定集中治療室管理料……618
6-8 A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料……623
6-9 A305 一類感染症患者入院医療管理料……627
6-10 A306 特殊疾患入院医療管理料……628
6-11 A307 小児入院医療管理料……633
6-12 A308 回復期リハビリテーション病棟入院料……643
6-13 A308-3 地域包括ケア病棟入院料……671
6-14 A309 特殊疾患病棟入院料……696
6-15 A310 緩和ケア病棟入院料……701
6-16 A311 精神科救急急性期医療入院料……708
6-17 A311-2 精神科急性期治療病棟入院料……724
6-18 A311-3 精神科救急・合併症入院料……729
6-19 A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料……735
6-20 A312 精神療養病棟入院料……739
6-21 A314 認知症治療病棟入院料……746
6-22 A317 特定一般病棟入院料……754
6-23 A318 地域移行機能強化病棟入院料……763
6-24 A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料……772
7 A400 短期滞在手術等基本料……778

〈参考〉夜間における看護業務の負担軽減……786
医療従事者の常勤配置に関する要件の緩和……788

特掲診療料（看護関連）の施設基準等と診療報酬編

看護関連医学管理等

1-1　B001・1・注２ ウイルス疾患指導料の注２……792
1-2　B001・13 在宅療養指導料……794
1-3　B001・16・注２ 重度喘息患者治療管理加算……795
1-4　B001・20 糖尿病合併症管理料……797
1-5　B001・23 がん患者指導管理料……799
1-6　B001・24 外来緩和ケア管理料……807
1-7　B001・25 移植後患者指導管理料……812
1-8　B001・27 糖尿病透析予防指導管理料……815
1-9　B001・29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料……821
1-10 B001・31 腎代替療法指導管理料……823
1-11 B001・33・イ 生殖補助医療管理料１……826
1-12 B001・34 二次性骨折予防継続管理料……836
1-13 B001-2-5 院内トリアージ実施料……839
1-14 B001-2-6・注３ 救急搬送看護体制加算……840
1-15 B001-2-8 外来放射線照射診療料……843
1-16 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料……846
1-17 B001-3 生活習慣病管理料……853
1-18 B001-3-2 ニコチン依存症管理料……860
1-19 B001-7 リンパ浮腫指導管理料……864
1-20 B001-9 療養・就労両立支援指導料……865
1-21 B004、B005 退院時共同指導料……870
1-22 B005-1-2 介護支援等連携指導料……875
1-23 B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料……878
1-24 B005-6 がん治療連携計画策定料／ B005-6-2 がん治療連携指導料
／ B005-6-3 がん治療連携管理料……879
1-25 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料……884
1-26 B005-9 外来排尿自立指導料……886
1-27 B005-10、B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料……889
1-28 B006-3 退院時リハビリテーション指導料……893
1-29 B007 退院前訪問指導料……894
1-30 B007-2 退院後訪問指導料……895
1-31 B015 精神科退院時共同指導料……897

看護関連在宅医療

2-1　在宅療養支援診療所……901
2-2　在宅療養支援病院……913
2-3　C003 在宅がん医療総合診療料……944
2-4　在宅療養後方支援病院……950
2-5　C004・注4 重症患者搬送加算……953
2-6　C005 在宅患者訪問看護・指導料／ C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料……957

2-7　C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料……978
2-8　C007 訪問看護指示料……980
2-9　C010 在宅患者連携指導料……984
2-10 C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料……985
2-11 C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料……987
2-12 C103・注２ 遠隔モニタリング加算……992
2-13 C119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料……995
2-14 C152-2・2 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない場合）……997

看護関連検査

３　D235-3・1 長期脳波ビデオ同時記録検査１……1001

看護関連注射

４　G通則６ 外来化学療法加算……1003

看護関連リハビリテーション

5-1　H000 ～ H003 疾患別リハビリテーション……1006
5-2　H003-2 リハビリテーション総合計画評価料……1056
5-3　H003-4 目標設定等支援・管理料……1064
5-4　H004 摂食機能療法……1067
5-5　H006 難病患者リハビリテーション料……1076
5-6　H007 障害児（者）リハビリテーション料……1079
5-7　H007-2 がん患者リハビリテーション料……1083
5-8　H007-4 リンパ浮腫複合的治療料……1088

看護関連精神科専門療法

6-1　I002・注８ 療養生活環境整備指導加算／注９ 療養生活継続支援加算……1091
6-2　I002-2 精神科継続外来支援・指導料……1099
6-3　I002-3 救急患者精神科継続支援料……1101
6-4　I003-2・2 認知療法・認知行動療法２……1104
6-5　I006-2 依存症集団療法……1107
6-6　I008 入院生活技能訓練療法……1111
6-7　I008-2 ～ I010-2 精神科ショート・ケア／デイ・ケア／ナイト・ケア／デイ・ナイト・ケア……1112
6-8　I011 精神科退院指導料……1125
6-9　I011-2 精神科退院前訪問指導料……1126
6-10 I012 精神科訪問看護・指導料……1127
6-11 I012-2 精神科訪問看護指示料……1137
6-12 I015 重度認知症患者デイ・ケア料……1141
6-13 I016 精神科在宅患者支援管理料……1144

看護関連処置

7-1　J001-10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）……1152
7-2　J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ……1154

看護関連手術

8-1　K920-2・注３ 貯血式自己血輸血管理体制加算……1155
8-2　K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算……1157

看護関連麻酔
9　L010 麻酔管理料（Ⅱ）……1159
看護関連放射線治療
10-1 M001-4・注３ 粒子線治療医学管理加算……1163
10-2 M001-5・注３ ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算……1166
10-3 M004・注８ 画像誘導密封小線源治療加算……1169
〈参考〉放射線治療を担当する常勤医師等の配置……1171

〈参考〉特掲診療料に係る諸規定にみる看護師の配置と役割……1172
病室等の面積に関する内法の規定の統一……1176

入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬編

入院時食事療養及び入院時生活療養
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準……1178
入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等……1179
食事の提供たる療養の実際……1181
関係通知……1199

栄養関連診療報酬
入院医療における栄養管理……1211
栄養食事指導……1226

参考通知……1244

保険医療機関及び保険医療養担当規則（抄）……1274
療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて……1276

看護職員の処遇改善に関する診療報酬上の取扱いについて……1279
新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い……1300

令和４年９月30日を期限とする経過措置の取扱い……1341

索引……1348

各地方厚生（支）局・都府県事務所等一覧……1354

総　説

第１部　診療報酬における入院医療と看護技術の評価……12

Ⅰ　看護技術の位置づけ……12

Ⅱ　看護技術と診療報酬点数のしくみ……13

1．入院料等……13

2．看護技術に関連する特掲診療料……17

Ⅲ　入院サービス・看護関連技術評価の変遷……19

1．令和４年度改定の基本方針と今後の課題……19

2．平成28年度改定までの入院サービスと看護技術の評価の変遷……23

3．平成30年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……39

4．令和２年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……55

5．令和４年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……66

第２部　診療報酬における食事及び栄養関連の評価……84

Ⅰ　入院時食事療養・生活療養……84

Ⅱ　食事に係るサービス評価の変遷……86

1．平成18年度改定前まで……86

2．平成18年度改定……87

3．平成28年度改定～令和２年度改定……88

Ⅲ　栄養管理・栄養食事指導に係る診療報酬の変遷……89

1．入院料に関連する栄養管理の項目……89

2．特掲診療料に係る栄養食事指導等、管理栄養士に関連する項目……91

第３部　診療報酬請求に係る留意点……94

令和４年度改定に係る経過措置……96

第１部　診療報酬における入院医療と看護技術の評価

Ⅰ　看護技術の位置づけ

医科点数表は、基本診療料（初・再診料、入院基本料等）と特掲診療料（医学管理等、在宅医療、検査等の医療技術料）から成り立っており、これに薬剤費及び材料費、入院の場合はさらに入院時食事療養費又は入院時生活療養費を合わせて診療報酬となる。

<table>
<tr><td rowspan="7">A 基本診療料</td><td colspan="2">初診料</td><td rowspan="14">特掲診療料</td><td>B 医学管理等</td></tr>
<tr><td colspan="2">再診料</td><td>C 在宅医療</td></tr>
<tr><td rowspan="5">入院料等</td><td>入院基本料</td><td>D 検査</td></tr>
<tr><td>入院基本料等加算</td><td>E 画像診断</td></tr>
<tr><td>特定入院料</td><td>F 投薬</td></tr>
<tr><td rowspan="2">短期滞在手術等基本料</td><td>G 注射</td></tr>
<tr><td>H リハビリテーション</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>I 精神科専門療法</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>J 処置</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>K 手術</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>L 麻酔</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>M 放射線治療</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>N 病理診断</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="2">入院時食事療養及び入院時生活療養</td></tr>
</table>

医科点数表における看護技術の評価形態は、大きく①入院医療、②外来医療、③在宅医療に分けて考えることができる。

①入院医療においては、入院料（寝具類を含む療養環境の提供、看護師等の確保、医学的管理等に関する費用を総合的に評価した「入院基本料」、「入院基本料等加算」、「特定入院料」）として、看護職員の配置の厚さ等を基準とする診療報酬が設定されている。令和元年度でみると、医科診療医療費は国民医療費全体（44兆3,895億円）の72.0％（入院医療費38.1％、入院外医療費33.9％）である。社会医療診療行為別統計では、入院における１日当たり点数のおよそ35.4％が入院料等（入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料。DPC分は含んでいない。）という結果が示されているので、いわゆる入院料は、国民医療費全体の1/7弱（約６兆円）を占めていると推計することができる。

②外来医療については、従来から初・再診料、処置料などにおいて、医師及び看護職員の技術料として包括して評価されている。なお看護職員の技術は、診療の補助サービスとして評価されている。

③在宅医療については、医科点数表における看護技術の新たな評価領域として、急速に拡大しつつある。現に、2025年（令和７年）を目途に構築が進められている地域包括ケアシステムの姿においては、在宅医療及び訪問サービスは重要な位置づけを占めており、看護職員の活躍が必要不可欠である。

一方、入院・入院外の双方で、所定の知識・技術を有する看護師等を専従もしくは専任で配置させてサービスを提供することを評価した診療報酬は定着し、さらに増加傾向にある（入院基本料等加算、

医学管理等、在宅医療等)。国民医療費全体への影響を勘案しつつ保険診療で確保することがふさわしい医療について、体制、技術力（有用性及び普及性)、難易度、時間帯を踏まえた診療報酬上の評価を議論した結果、看護職員によるいくつかの指導や管理等の技術については、経済効率を見込んだ上でも必要かつ適切な診療行為として、新たな評価が行われるようになっている。

こうした診療行為のほとんどは、特定の技術者によって単独でなされるというのではなく、必要なことをそれぞれの技術を有する者が持ち寄って、診療行為が安全確実に実施され、また、より効率よく提供されるように、各保険医療機関において適切にチームを組み、あるいは組織上の位置づけを明確にするなどの体制整備を行った上で、保険医療機関の責任で提供される。従って各医療関係者は、病棟や外来といった各々の配属先で求められる業務のみならず、その保険医療機関が目指す医療全体の質の確保を担う一員として業務を行っていることを十分に認識することが必要であり、それがひいては、個々の患者への最大限のきめ細かなサービスの提供につながることとなる。

前述のような診療報酬体系の変化に伴って、看護師等の働き方も多様化している。例えば、医療安全管理者や褥瘡管理者のように、専従とする業務分野については施設全体を活動の拠点とする働き方が可能となり、他方、自分の働きたい時間・働ける時間に勤務する短時間夜勤に専従する非常勤職員や産休、育児・介護休業の制度の活用等の例も増えてきた。さらに、多様化への対応として、現場の負担の軽減や人材の確保の必要性が高まっている。診療報酬においては、看護職員の負担軽減、処遇改善を念頭に現場の実態を踏まえ、体制整備の要件化、専従要件の緩和、兼務した場合の取扱いの見直しなどを行ってきた。

個々の患者へのケアを安全確実に提供するためには、組織全体の経営理念や人材育成を含む質・量両面からの計画的な確保･充実が今後いっそう求められることとなる。本書をご利用なさる方々には、そうした観点から、入院医療、外来医療、在宅医療の領域での看護技術の評価体系、専従配置又は専任配置として位置づけられた看護技術の評価のあり方を読み解いていただきたい。

Ⅱ　看護技術と診療報酬点数のしくみ

1．入院料等

保険医療機関が入院患者に係る入院基本料等の入院料を算定するためには、あらかじめ所在地の地方厚生（支）局長に対して、一定様式による届出書を提出しなければならない（実際の提出地は、巻末参照)。地方厚生（支）局長は、その届出書を基に基本診療料の施設基準等に適合しているかどうかを審査し、届出受理の可否を決定する。受理された保険医療機関は、入院基本料と入院基本料等加算又は特定入院料の算定が認められ、入院患者１人１日当たりで請求し、支払基金等から診療報酬として支払われることとなる。

(1) 入院基本料及び特定入院料の算定要件（通則）

届出においては、看護実質配置、看護師比率、平均在院日数が核となる基準であるが、これらとは別に算定に際しての前提として、次の要件を満たすことが必要である。

1　入院診療計画

・総合的な診療計画を医師、看護師等が共同で策定し、患者に対し文書により説明すること。
・説明に用いた文書の写しを診療録に貼付すること。

2　院内感染防止対策

・院内感染防止対策委員会（病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されること）が定期的に開催されていること。
・病院の疫学情報として把握･活用する目的で、検査部で週１回程度の感染情報レポートを作成し、充分に活用される体制であること。
・職員等の流水による手洗い励行を徹底し、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。

３　医療安全管理体制

・安全管理のための指針が整備され、文書化されていること。
・安全管理のための医療事故等の院内報告制度（報告、分析、改善策実施）が整備されていること。
・安全管理の責任者等で構成される安全管理のための委員会が、月１回開催されていること。
・安全管理の体制確保のための計画的職員研修が、年２回程度開催されていること。

４　褥瘡対策

・褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。また、褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されることが望ましい。
・日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、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き、褥瘡対策チームの医師及び看護師が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。
・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する体制が整えられていること。
・毎年７月に褥瘡患者数等を届け出ること。

５　栄養管理体制

・当該病院である保険医療機関に常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。
　＊管理栄養士を確保できない場合、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保していれば、入院の所定点数から１日当たり40点控除した点数で算定できる。
　＊栄養管理体制は、診療所の入院基本料の要件とされていない。（栄養管理実施加算あり。）
・管理栄養士、医師、看護師等で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成すること。
・入院時に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患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院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作成していること。
・当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
・当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

（2）入院基本料

入院基本料は、医療機関及び病棟の機能に着目して病院７種類（一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料）、診療所２種類（有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料）が設定されている。算定は病棟単位あるいは患者単位で行われる。

入院基本料は通常必要とされる療養環境（寝具を含む）の提供、看護、医学的管理に要する費用を

含んでいるが、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料では、さらに検査、投薬、注射及び病理診断並びに一部の画像診断及び処置を含んだものとなっている。

各入院基本料は、看護職員実質配置、看護師比率（病院のみ）、平均在院日数（療養病棟、結核病棟、障害者施設等、診療所を除く）、看護補助者配置（療養病棟、有床診療所療養病床のみ）、重症度、医療・看護必要度の測定（療養病棟、障害者施設等、診療所を除く）という基準指標によって細かく区分されている（基準指標は他にもあり、例えば急性期一般入院料１については、在宅復帰・病床機能連携率及び医師配置の基準がある）。当該区分の入院基本料を届け出るためには、定められている基準全てを満たさなければならない。例えば、一般病棟において、看護職員実質配置と看護師比率は急性期一般入院料１を算定できる基準を満たしているが、平均在院日数基準（18日以内）を下回る場合には、その平均在院日数が満たすことになる下位の区分（21日以内ならば急性期一般入院料２～４、24日以内ならば地域一般入院基本料１、等）の入院基本料となる。

（3）入院基本料等加算

入院基本料等加算は71種類設定されているが、大多数の加算には施設基準があり、その算定単位は医療機関単位、病棟単位、病室単位、患者単位のいずれかに決められている。

看護関連の入院基本料等加算

加算名	看護師等の要件の概要
A200-2急性期充実体制加算★	院内迅速対応チームに救急又は集中治療の経験を有し、研修を修了した専任の看護師が必要
A207-3急性期看護補助体制加算	昼夜の看護補助者の数が、常時、入院患者一定数に対して1人以上
A207-4看護職員夜間配置加算	夜勤看護職員数が、常時、入院患者12人又は16人ごとに1人以上
A211特殊疾患入院施設管理加算	1日に看護等を行う看護職員又は看護補助者の人数が、常時、入院患者一定数に対して1人以上（有床診療所の場合、正看比率要件あり）
A213看護配置加算	病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師
A214看護補助加算	昼夜の看護補助者の数が、常時、入院患者一定数に対して1人以上（曜日や時間帯で傾斜配置可能）
A219療養環境加算	看護要員の人数が、医療法に定める標準を満たす
A221重症者等療養環境特別加算	重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置
A222療養病棟療養環境加算 A222-2療養病棟療養環境改善加算 A223診療所療養病床療養環境加算	医療法施行規則に定める員数以上の看護師等の人数を配置
A223-2診療所療養病床療養環境改善加算	長期にわたる療養を行うにつき十分な看護師等の配置
A226-2緩和ケア診療加算	緩和ケアチームに緩和ケアの経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師が必要
A226-3有床診療所緩和ケア診療加算	緩和ケアの経験を有する常勤看護師の配置 夜間の看護職員１名以上必要
A228精神科応急入院施設管理加算	医師、看護師等3人以上が、適時、応急入院患者等の診療応需態勢、また、1日に看護等を行う看護職員及び看護補助者の人数が、常時、入院患者一定数に対して1人以上（正看比率要件あり）
A230-4精神科リエゾンチーム加算	精神科リエゾンチームに精神科等の経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師が必要
A231-3依存症入院医療管理加算	医師、看護師等の配置（研修修了者含む）
A233-2栄養サポートチーム加算	栄養サポートチームに研修を修了した専任の常勤看護師が必要
A234医療安全対策加算	加算１は専従、加算２は専任で研修を修了した薬剤師、看護師等の配置が必要

A234-2感染対策向上加算	感染管理の経験を有し、研修を修了した専任の看護師の配置が必要（加算２は研修修了要件なし）（加算３は経験要件なし・研修修了が望ましい）
A234-3患者サポート体制充実加算	相談窓口に専任の看護師（又は他の医療有資格者等）の配置
A234-4重症患者初期支援充実加算★	入院時重症患者対応メディエーターとして専任の看護師（又は他の医療有資格者等）の配置
A236褥瘡ハイリスク患者ケア加算	褥瘡管理者として、褥瘡ハイリスク患者のケアの経験を有し、研修を修了した専従の看護師等の配置
A237ハイリスク分娩等管理加算	常勤の助産師３人以上の配置
A242呼吸ケアチーム加算	呼吸ケアチームに呼吸ケアの経験を有し、研修を修了した専任の看護師が必要
A242-2術後疼痛管理チーム加算★	術後疼痛管理チームに、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を２年以上有し、術後疼痛管理に係る研修を修了した専任の看護師
A246入退院支援加算	入退院支援等に関する経験を有する専従又は専任の看護師の配置
A247認知症ケア加算	加算１　認知症ケアチームに認知症ケアの経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師が必要 加算２　加算１と同様の要件の看護師を配置（医師と代替可）＋原則として、全ての病棟に研修を受けた看護師を３名以上配置 加算３　原則として、全ての病棟に研修を受けた看護師を３名以上配置
A251排尿自立支援加算	排尿ケアチームに、下部尿路機能障害を有する患者の看護の経験を有し研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要（排尿ケアチームの構成員は、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も可）

★令和４年度改定において新設

※この表は概要を示したものであり、各項目の具体的な施設基準・算定要件は、告示、通知及び事務連絡（疑義解釈資料）により規定されている。本書311頁以降におけるそれぞれの項目の内容を参照されたい

※「**経験**」　配置する看護師について、「経験」の要件が定められている場合、その経験とは、一般的な医療従事経験ではなく、項目に特有のものが規定されている（例：緩和ケア診療加算→「５年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験」）

※「**研修**」　項目ごとに適切とされる内容が規定されている

（4）特定入院料

特定入院料は特定の機能又は患者特性に着目して設けられ、その包括範囲はリハビリテーションのみを出来高評価とする回復期リハビリテーション病棟入院料、精神科専門療法のみを出来高評価とする精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、一部加算を除いて包括評価する特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料など、機能特性に応じて設定されている。

一般、精神、感染症病床の病床区分で24種類（いずれも病院）があるが、それぞれ看護配置基準を含む施設基準が設けられている。算定は、病棟単位、治療室単位、病室単位あるいは患者単位で行われる。

（5）短期滞在手術等基本料

短期滞在手術等基本料は、日帰り又は４泊５日までで行うことが可能な手術や検査について、必要とされる職員、設備、フォローアップ体制等の施設基準が定められており、基本診療料、検査、画像診断、麻酔等の費用を包括している。日帰り手術の場合は、専用の回復室と看護師の配置が必要である。４泊５日の場合は、５日分の入院基本料が含まれている。算定は患者単位で行われる。

2．看護技術に関連する特掲診療料

看護職の特性に着目した診療報酬は、医学管理等や在宅医療を中心に、特掲診療料の中にも数多く設定されている。項目によっては、その専門性を担保するために、施設基準が設けられている。施設基準の内容は、従事者について、経験年数や研修修了を要件とするものや、専従あるいは専任での配置を要件とするものが主なものである。なお、看護職員の負担軽減、処遇改善、さらには人材確保の観点から、非常勤職員の常勤職員換算や兼任可能の措置が拡大してきている。

例えば、令和４年度改定後の現在、特掲診療料では、次の項目について、看護職員の配置基準が専従レベルで設定されている（他職種が専従であれば専任でも可、等の設定も含む）。

項目名	看護師等の要件の概要
B001-2-8外来放射線照射診療料	専従の看護師1人以上の勤務が必要
H000心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従看護師の勤務が必要（他職種の配置状況や算定区分により異なる。他職種に代替可能の場合あり）（Ⅰは常勤要件もあり、非常勤看護師の常勤換算可、ⅠⅡとも一部兼任可）
H006難病患者リハビリテーション料	専従の看護師の勤務が必要（一部兼任可）
H007障害児（者）リハビリテーション料	看護師が従事する場合は、障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師が常勤・専従であることが必要（非常勤看護師の常勤換算可、一部兼任可）
I008-2～I010-2精神科ショート･ケア（大規模）／デイ・ケア（大規模）／ナイト・ケア／デイ・ナイト・ケア	専従の看護師の配置が必要（作業療法士の代替となる看護師は精神科ショート・ケア等の経験を有することが必要）（ケアの種類・規模により他職種に代替可能）（各々兼任可）
I008-2精神科ショート・ケア（小規模）／I009精神科デイ・ケア（小規模）	専従の看護師の配置が必要（精神科ショートケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい）（各々兼任可）
I015重度認知症患者デイ・ケア料	専従の看護師の配置が必要（精神保健福祉士又は公認心理師の代替となる看護師は精神科病棟に勤務した経験を有することが必要）（兼任可の場合あり）
M001-4注３粒子線治療医学管理加算	専従の常勤看護師１名以上の配置が必要（外来放射線照射診療料と兼任不可）

※この表は概要を示したものであり、各項目の具体的な施設基準・算定要件は、告示、通知及び事務連絡（疑義解釈資料）により規定されている。本書791頁以降におけるそれぞれの項目の内容を参照されたい

また、次の項目では、看護職員の専任レベルでの配置が求められている。

項目名	看護師等の要件の概要
B001・1ウイルス疾患指導料（注２の加算）	HIV感染者の看護経験を有する専任看護師１人以上の配置が必要
B001・16喘息治療管理料 注２重度喘息患者治療管理加算	専任の看護職員の常時1人以上の配置が必要
B001・20糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変患者の看護の経験を有し、研修を修了した専任の看護師の配置が必要
B001・23がん患者指導管理料（イ、ロ）	がん患者の看護の経験を有し研修を修了した専任の看護師１人以上の配置が必要
B001・24外来緩和ケア管理料	緩和ケアチームに緩和ケアの経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師が必要
B001・25移植後患者指導管理料	臓器移植等に従事した経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要

B001・27糖尿病透析予防指導管理料	透析予防診療チームに糖尿病指導経験を有する専任の看護師又は保健師が必要（看護師は経験期間によっては研修修了も要件）
B001・31腎代替療法指導管理料	５年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について３年以上の経験を有する専任の常勤看護師の配置が必要
B001・33・1生殖補助医療管理料１★	看護師等の患者からの相談に対応する専任の担当者の配置が必要
B001・34二次性骨折予防継続管理料★	専任の常勤看護師の配置が必要
B001-2-5院内トリアージ実施料	救急医療の経験を有する専任の看護師の配置が必要（専任の医師が行う場合は不要）
B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料 注３救急搬送看護体制加算	救急患者の受入への対応に係る専任の看護師の配置が必要（B001-2-5院内トリアージ実施料に係る専任の看護師と兼務可能）
B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料★	化学療法実施時間帯に化学療法の経験を有する専任の看護師の勤務が必要 患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制として、専任の看護師等の院内に常時１人以上配置が必要
B001-3-2ニコチン依存症管理料	禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師１人以上の配置が必要
B001-9療養・就労両立支援指導料 注３相談支援加算	研修を修了した専任の看護師の配置が必要（社会福祉士で代替可）
B005-9外来排尿自立指導料	排尿ケアチームに、下部尿路機能障害を有する患者の看護の経験を有し研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要（排尿ケアチームの構成員は、排尿自立支援加算に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任でも可）
C004救急搬送診療料 注４重症患者搬送加算★	重症患者搬送チームに看護師の配置が必要（経験を有し、研修を修了した専任の看護師であることが望ましい）
C119在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護の経験を有する専任の看護師の配置が必要
G通則６外来化学療法加算	化学療法実施時間帯に、化学療法の経験を有する専任の看護師の勤務が必要
H004摂食機能療法 注３摂食嚥下機能回復体制加算	摂食嚥下機能障害を有する患者の看護の経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要
H007-4リンパ浮腫複合的治療料	リンパ浮腫の症例経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要（他職種代替可）（非常勤看護師の常勤換算可）
I002通院・在宅精神療法 注９療養生活継続支援加算★	経験を有し、研修を修了した専任の看護師の配置が必要（精神保健福祉士で代替可）
I002-3救急患者精神科継続支援料	研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要（他職種代替可）
I003-2認知療法・認知行動療法２	治療に係る面接に同席や面接を実施等の経験を有し、研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要
I006-2依存症集団療法	研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要（他職種代替可）
I016精神科在宅患者支援管理料	精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師又は看護師の配置が必要（訪問看護ステーションとの連携可）
J001-10静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	専任の常勤看護師の配置が必要
L010麻酔管理料（Ⅱ）（常勤看護師が実施する場合）	研修を修了した専任の常勤看護師の配置が必要

★令和４年度改定において新設

※この表は概要を示したものであり、各項目の具体的な施設基準・算定要件は、告示、通知及び事務連絡（疑義解釈資料）により規定されている。本書791頁以降におけるそれぞれの項目の内容を参照されたい

※「**経験**」　配置する看護師について、「経験」の要件が定められている場合、その経験とは、一般的な医療従事経験ではなく、項目に特有のものが規定されている（例：外来緩和ケア管理料→「５年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験」）。ただし、腎代替療法指導管理料については、一般的な医療従事経験の要件もあわせて規定されている。また、リンパ浮腫複合的治療料については、特有の経験のほか、資格取得後２年以上経過が要件として規定されている

※「**研修**」　項目ごとに適切とされる内容が規定されている

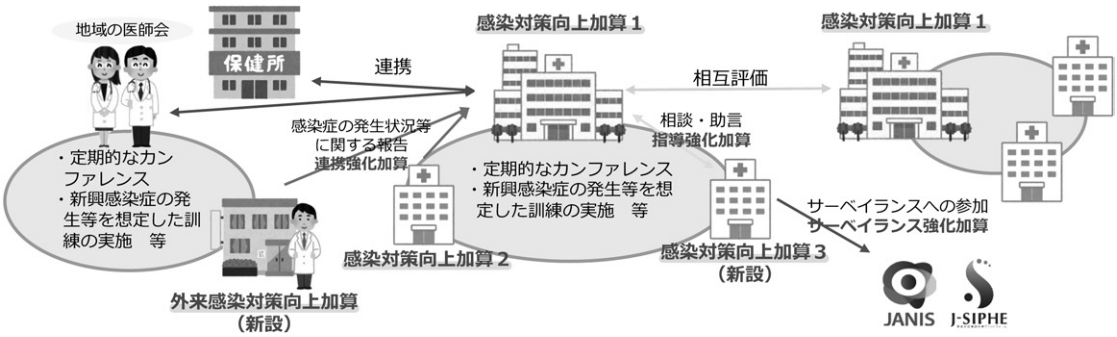
5-39 A234-2 感染対策向上加算

感染対策向上加算は、令和４年改定において、これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ 、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、名称を改めるとともに、要件の見直しが行われたものである。

[主な改正経緯]

平成22年改定	A234医療安全対策加算の加算項目として新設
平成24年改定	⑴医療安全対策加算とは別の評価体系へ ⑵感染防止対策チームの人員要件を緩和した加算２を新設、加算１を算定している医療機関との連携を要件とする ⑶感染防止対策地域連携加算の新設（加算１を算定する医療機関同士の連携）
平成26年改定	加算１について、JANIS等への参加を必須化
平成28年改定	感染制御チームによる定期的（１週間に１回程度）な院内巡回を要件化
平成30年改定	抗菌薬適正使用支援加算の新設（薬剤耐性（AMR）対策の推進、特に抗菌薬の適正使用推進の観点から、抗菌薬適正使用支援チームの組織等の体制を評価）
令和２年改定	抗菌薬適正使用支援チームに求められる活動について、モニタリングを行うべき広域抗菌薬の拡充、病院の外来における抗菌薬適正使用に関する支援を追加する等の見直し
令和４年改定	「感染防止対策加算」から「感染対策向上加算」へと改称 ⑴加算１、加算２の評価を引き上げるとともに、加算３を新設 ⑵加算１の保険医療機関が、加算２、加算３または外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設（指導強化加算） ⑶加算２、加算３について、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設

[感染対策向上加算、外来感染対策向上加算を軸とした保険医療機関間の連携]



[参考・感染対策向上加算と外来感染対策向上加算、その連携]

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">A234-2感染対策向上加算（入院基本料等加算）</th><th rowspan="2">外来感染対策向上加算
（❹）</th></tr>
<tr><th>加算１（❶）</th><th>加算２（❷）</th><th>加算３（❸）</th></tr>
<tr><td>点数</td><td>710点（入院初日）</td><td>175点（入院初日）</td><td>75点（入院初日＋90日超毎１回）</td><td>６点（月１回）</td></tr>
<tr><td>届出基準</td><td>❹の届出なし</td><td colspan="2">一般病床数300床未満を標準（❹の届出なし）</td><td>診療所（❶～❸の届出なし）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">人員</td><td colspan="3">感染制御チームを設置（各職種とも専任が要件）</td><td rowspan="3">院内感染管理者を配置（医師、看護師、薬剤師その他の医療有資格者）</td></tr>
<tr><td colspan="2">常勤医師（感染症対策の経験が３年以上）
看護師（感染管理の経験５年以上、❶はさらに研修修了）</td><td rowspan="2">常勤医師
看護師
いずれも適切な研修の修了が望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="2">薬剤師
臨床検査技師
（病院勤務経験３年以上
❷は適切な研修を修了でも可）</td></tr>
<tr><td>医師・看護師のうち１名は専従（必要時に❷～❹に派遣の場合、専従時間に含めて可）</td><td colspan="4">－</td></tr>
<tr><td rowspan="4">連携</td><td>⑴保健所、地域の医師会と連携し、❷や❸と合同で、年４回以上カンファレンスを実施（うち１回は新興感染症等の発生を想定した訓練）</td><td colspan="2">⑴年４回以上、❶が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）</td><td colspan="2">⑴年２回以上、❶または地域の医師会が主催するカンファレンスに参加（訓練への参加は必須）</td></tr>
<tr><td>⑵a.❷～❹に対し、必要時に助言を行う体制を確保</td><td colspan="4">⑵a.新興感染症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、❶等とあらかじめ協議</td></tr>
<tr><td>⑵b.過去１年間に４回以上、❷～❹に赴き院内感染対策に関して助言→指導強化加算・30点</td><td colspan="4">⑵b.❶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場合
連携強化加算　❷❸＝30点　　❹＝３点</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">新興感染症の発生時等の対応</td><td>「感染症患者」の受入体制を確保</td><td>「感染症患者」または「疑い患者」の受入体制を確保</td><td>❷と同様
または
❹と同様</td><td>「発熱患者」の診療等を実施</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記は都道府県等の要請を受けて行われるもの。自治体ホームページで公開</td></tr>
<tr><td>上記を念頭に置いた体制整備</td><td colspan="2">汚染区域や清潔区域のゾーニングを行える体制を確保</td><td>❶❷と同様
または
❹と同様</td><td>発熱患者の動線を分けられる体制を確保</td></tr>
<tr><td>サーベイランス</td><td>参加が必須</td><td colspan="3">参加している場合、サーベイランス強化加算
❷❸＝５点　　❹＝１点</td></tr>
<tr><td rowspan="3">抗菌薬の適正使用</td><td colspan="2" rowspan="3">抗菌薬の適正使用を監視するための体制を確保</td><td colspan="2">抗菌薬の適正使用について、❶又は地域の医師会から助言を受ける</td></tr>
<tr><td colspan="2">細菌学的検査を外部委託する場合は、「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」に沿って対応</td></tr>
<tr><td>－</td><td>「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に取組を実施</td></tr>
</table>

❶は令和４年改定前の感染防止対策地域連携加算および抗菌薬適正使用支援加算の要件を要件とする

施設基準　第八・二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等〈平22/26/28/30/令2/4〉

⑴　**感染対策向上加算１の施設基準**

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師（感染防止対策に関する研修を受けたものに限る。）並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。

ホ　他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

ヘ　抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。

⑵　**感染対策向上加算２の施設基準**

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

⑶　**感染対策向上加算３の施設基準**　㊐

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

⑷　**指導強化加算の施設基準**　㊐

他の保険医療機関（感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。

⑸　**連携強化加算の施設基準**　㊐

他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。

⑹　**サーベイランス強化加算の施設基準**　㊐

地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

取扱い通知　別添3　第21　感染対策向上加算

1　感染対策向上加算１の施設基準

⑴　感染防止対策部門を設置していること。この場合において、第20の１の⑴のイ【→446頁】に規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

⑵　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

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（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ　５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

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

アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７【→129頁】に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、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　感染管理のための専門的な知識・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　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ)　感染予防・管理システム

(ロ)　医療関連感染サーベイランス

(ハ)　感染防止技術

(ニ)　職業感染管理

(ホ)　感染管理指導

(ヘ)　感染管理相談

(ト)　洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

(4)　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が整備されていること。

(5) (2)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、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こと。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (2)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(5)【→134頁】に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) (2)のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも１回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。

(8) (7)に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(9)　ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(10) (2)のチームにより、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。

(11)　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。

(12) (2)のチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、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・指導を行うこと。

(13)　当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(14)　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ことが望ましい。

(15)　院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や

別紙24

感染対策向上加算1チェック項目表

評価基準	A：適切に行われている、あるいは十分である B：適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C：不適切である、あるいは行われていない X：判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)

評価実施日：　　年　　月　　日　　評価対象医療機関名：

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1）委員会が定期的に開催されている		
	2）病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3）議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織(ICT) ※医師または看護師のうち1人は専従であること	1）専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2）感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3）5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任看護師がいる		
	4）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がいる		
	5）3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1）感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2）必要に応じて改訂がなされている		
2. 教育	1）定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2）講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3）必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4）全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5）外部委託職員に教育を実施している（または適切に指導している）		
3. サーベイランスとインターベンション	1）部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2）サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3）サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		
	4）アウトブレイクに介入している		
	5）検査室データが疫学的に集積され，介入の目安が定められている		
4. 抗菌薬適正使用	1）抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2）抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3）抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4）抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5. コンサルテーション	1）病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2）コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3）迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6. 職業感染曝露の防止	1）職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2）HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3）結核接触者検診にQFTを活用している		
	4）麻疹，風疹，ムンプス，水痘に関する職員の抗体価を把握し，必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5）針刺し、切創事例に対する対応，報告システムが整っている		
	6）安全装置付きの機材を導入している		
7. ICTラウンド	1）定期的なICTラウンドを実施している		
	2）感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3）病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		
C. 外 来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1）感染性の患者を早期に検出できる（ポスターなど）		
	2）感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3）感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2. 外来診察室	1）診察室に手洗いの設備がある		
	2）各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3）各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3. 外来処置室	1）鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている（廃棄容器の蓋が開いていない、など）		
	2）鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3）検査検体が適切に保管してある		
4. 抗がん化学療法外来	1）薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2）咳エチケットが確実に実施されている		
	3）患者および職員の手指衛生が適切に行われている		
D. 病 棟		評価	コメント
1. 病室	1）部屋ごとに手洗い場がある		
	2）床や廊下に物品が放置されていない		
	3）必要なコホーティングが行われている		
	4）隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5）隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6）空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2. スタッフステーション	1）水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2）鋭利機材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3）鋭利機材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4）臨床検体の保存場所が整備されている		
3. 処置室	1）清潔区域と不潔区域を区別している		
	2）滅菌機材が適切に保管され，使用期限のチェックが行われている		
	3）包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4）包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		
4. 薬剤の管理	1）清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2）希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3）薬品保管庫の中が整理されている		

算の医療安全対策部門と併せての添付でもよい。）
4　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感染制御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。）
5　「３」は、感染対策向上加算１及び２を届け出る場合は、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。感染対策向上加算３を届け出る場合は、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どのような助言を受けているかを簡潔に記載すること。
6　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。
7　「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又は３を算定する医療機関名を記載し、感染防止対策加算２又は３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。
8　「６」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。
9　「７」は、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関のうち、当該保険医療機関が評価を実施する保険医療機関について記載すること。
10　「８」は、感染対策向上加算１に係る届出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。
11　「７」、「８」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。
12　「９」は、抗菌薬適正使用支援チームの業務内容が明記された文書を添付すること。

様式 35 の３

指導強化加算に係る届出書添付書類

1　過去１年間に、届出保険医療機関の感染制御チームの専従医師又は看護師が赴いて院内感染対策に関する助言を行った保険医療機関名

助言年月日	助言した医療機関名	開設者名	所在地

［記載上の注意］
1　「１」には、助言を行った保険医療機関が５つ以上ある場合は、適宜行を追加して記載すること。

様式１の５

連携強化加算・サーベイランス強化加算に係る届出書添付書類

1　以下のうち、届出を行う加算を○印で囲むこと。

連携強化加算　・　サーベイランス強化加算

2　過去１年間に、感染症の発生状況等について報告を行った感染対策向上加算１の保険医療機関名

報告年月日	報告した医療機関名	開設者名	所在地

3　サーベイランスの参加状況

事業名：（　　）

［記載上の注意］
1　「２」は、連携強化加算を届け出る場合のみ記載すること。
2　「３」は、サーベイランス強化加算を届け出る場合のみ記載すること。また、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。

疑義解釈資料（事務連絡）

令和４年改定

その１（令和４年３月31日・事務連絡〈別添１・医科〉）

【外来感染対策向上加算、感染対策向上加算】

問８　区分番号「A234-2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

答　現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関が該当する。　施

問９　区分番号「A234-2」の「２」感染対策向上加算２の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて･･･疑い患者を受け入れる体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

答　現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る協力医療機関が該当する。　施

問10　区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算（以下単に「外来感染対策向上加算」という。）並びに区分番号「A234-2」の「３」感染対策向上加算３の施設基準における「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて･･･発熱患者の診療等を実施する体制」について、具体的にはどのような保険医療機関が該当するか。

答　現時点では、新型コロナウイルス感染症に係る診療・検査医療機関が該当する。　施

問11　外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて（中略）診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること」とされているが、

①　「新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制」等を有する保険医療機関について、現時点では新型コロナウイルス感染症に係る重点医療機関、協力医療機関及び診療・検査医療機関が該当することとされているが、自治体のホームページにおいて、それぞれどのような情報を公開する必要があるか。

②　診療の体制を有しているにもかかわらず、自治体のホームページの更新がなされていない等の理由により、当該要件が満たせない場合について、どのように考えればよいか。

答　それぞれ以下のとおり。

①　重点医療機関及び協力医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地及び確保病床数を、診療・検査医療機関については、少なくとも保険医療機関の名称、所在地、電話番号及び診療・検査医療機関として対応可能な日時を公開する必要がある。

②　自治体のホームページにおいて公開されるまでの間、当該保険医療機関のホームページ等において公開していることをもって、当該要件を満たしているものとして差し支えない。　施

問12　区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。

答　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。 施

問13　区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、これらの保険医療機関が主催するカンファレンス全てに参加する必要があるか。

答　感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合でも、これらの保険医療機関が主催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回以上参加する必要があるが、これらの保険医療機関が合同でカンファレンスを主催している場合には、合同開催のカンファレンスに参加することをもって、それぞれの保険医療機関のカンファレンスに１回ずつ参加したこととして差し支えない。 施

問14　外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算におけるカンファレンスについて、書面により持ち回りで開催又は参加することは可能か。

答　不可。 施

問15　外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の届出医療機関間の連携について、以下の場合においては届出可能か。

①　特別の関係にある保険医療機関と連携している場合

②　医療圏や都道府県を越えて連携している場合

答　それぞれ以下のとおり。

①　可能。

②　医療圏や都道府県を越えて所在する場合であっても、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に適切に連携することが可能である場合は、届出可能。 施

問16　区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、

①　感染対策向上加算２及び感染対策向上加算３の施設基準において、「当該保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする」とされているが、300床未満とは、医療法上の許可病床数をいうのか、診療報酬上の届出病床数をいうのか。

②　一般病床の数が300床未満の保険医療機関が、感染対策向上加算１の届出を行うことは可能か。

答　それぞれ以下のとおり。

①　医療法上の許可病床数をいう。なお、300床以上である場合であっても、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の施設基準を満たしていれば、届出を行って差し支えない。

②　可能。 施

問17　区分番号「A234-2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準において、「他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年１回程度、（中略）感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること」とされているが、

①　複数の保険医療機関が、同一の保険医療機関の「感染防止対策に関する評価」を行うことは可能か。

②　「感染防止対策に関する評価」は、当該加算に係る感染制御チームが行う必要があるか。

③ 当該評価は対面で実施する必要があるか。

答　それぞれ以下のとおり。

①　可能。

②　感染制御チームを構成する職種（医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師）のうち、医師及び看護師を含む２名以上が評価を行うこと。

③　リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。 施

問18　外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあっては、院内感染管理者。以下本問において同じ。）により、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること」とされているが、当該研修は、必ず感染制御チームが講師として行わなければならないのか。

答　感染制御チームが当該研修を主催している場合は、必ずしも感染制御チームが講師として行う必要はない。

ただし、当該研修は、以下に掲げる事項を満たすことが必要であり、最新の知見を共有することも求められるものであることに留意すること。

・　院内感染対策の基礎的考え方及び具体的方策について、当該保険医療機関の職員に周知徹底を行うことで、個々の職員の院内感染対策に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能の向上等を図るものであること。

・　当該保険医療機関の実情に即した内容で、職種横断的な参加の下に行われるものであること。

・　保険医療機関全体に共通する院内感染対策に関する内容について、年２回程度定期的に開催するほか、必要に応じて開催すること

・　研修の実施内容（開催又は受講日時、出席者、研修項目）について記録すること。

なお、研修の実施に際して、ＡＭＲ臨床リファレンスセンターが公開している医療従事者向けの資料（※）を活用することとして差し支えない。

※ http://amr.ncgm.go.jp/medics/2-8-1.html 施

問20　区分番号「A000」初診料の注13、区分番号「A001」再診料の注17及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の注４に規定するサーベイランス強化加算並びに区分番号「A234-2」の「１」感染対策向上加算１の施設基準において、「院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること」とされているが、

①　対象となるサーベイランスには、JANIS及びJ-SIPHE以外にどのようなものがあるか。

②　JANISに参加する場合にあっては、JANISの一部の部門にのみ参加すればよいのか。

答　それぞれ以下のとおり。

①　現時点では、JANIS及びJ-SIPHEとするが、市区町村以上の規模でJANISの検査部門と同等のサーベイランスが実施されている場合については、当該サーベイランスがJANISと同等であることが分かる資料を添えて当局に内議されたい。

②　少なくともJANISの検査部門に参加している必要が

患者等を受け入れることを想定した基本的な感染症対策に係るものであり、参加医療機関の感染症対策等の状況も踏まえて決定することが望ましい。

なお、令和４年度地域保健総合推進事業「院内感染対策ネットワークと保健所の連携推進事業」による「院内感染対策等における病院と保健所の連携事例集について―中間報告―」（令和４年６月）事例５において、対象者のレベルや役割に応じて、基本知識の習得や感染症病棟での実地訓練が実施されていることが掲げられていることを参照されたい。 施

その23（令和４年８月24日・事務連絡〈別添１・医科〉）

【感染対策向上加算】

問１　区分番号「A234-2」の「２」感染対策向上加算２の施設基準において求める薬剤師及び臨床検査技師の「適切な研修」並びに区分番号「A234-2」の「３」感染対策向上加算３の施設基準において求める医師及び看護師の「適切な研修」については、「疑義解釈資料の送付について（その１）」（令和４年３月31日事務連絡）別添１の問23において「現時点では、厚生労働省の院内感染対策講習会③（受講証書が交付されるものに限る。）が該当する。」とされたが、令和４年度以降に実施される厚生労働省の院内感染対策講習会②（受講証書が交付されるものに限る。）は該当するか。

答　該当する。なお、令和４年度以降の院内感染対策講習会①、③及び④は該当しない。

診療報酬（点数表と留意事項通知）

A 234-2 感染対策向上加算（入院初日）

1	感染対策向上加算１	710点
2	感染対策向上加算２	175点
3	感染対策向上加算３	75点

注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）それぞれ所定点数に加算する。

留意事項通知

(1)　感染対策向上加算は、第２部通則７【→127頁】に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことによる医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制等の確保を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２は入院初日、感染対策向上加算３は入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回算定する。90日を超えるごとの計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは、第２部通則５【→127頁】に規定する入院期間中の入院のことをいい、感染対策向上加算１及び２については入院期間が通算される再入院の場合は算定できず、感染対策向上加算３については通算した入院期間から算出し算定する。

(2)　感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア　感染制御チームは、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、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･指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ　感染制御チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２の届出を行っている保険医療機関にあっては、バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関にあっては、感染対策向上加算１を算定する他の保険医療機関又は地域の医師会とのカンファレンス等により助言を受け、適切に抗MRSA薬及び広域抗菌薬等が使用されているか確認する。

ウ　感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の

	研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。 エ　感染制御チームは緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、日常的な相互の協力関係を築く。なお、その際、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関の感染制御チームが中心的な役割を担う。 オ　感染制御チームは保健所や地域の医師会と適切な連携体制を構築する。
注２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、**指導強化加算**として、**30点**を更に所定点数に加算する。	⑶「注２」に規定する指導強化加算は、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関が感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は区分番号「A000」の「注11」若しくは区分番号「A001」の「注15」に掲げる外来感染対策向上加算を算定する他の保険医療機関に対し、院内感染対策等に係る助言を行っている場合に算定する。
注３　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、**連携強化加算**として、**30点**を更に所定点数に加算する。	⑷「注３」に規定する連携強化加算は、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関に対し、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場合に算定する。
注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、**サーベイランス強化加算**として、**５点**を更に所定点数に加算する。	⑸「注４」に規定するサーベイランス強化加算は、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

1-11 B001・33・イ 生殖補助医療管理料１

子どもを持ちたいという希望に対して有効で安全な不妊治療を提供する観点から、不妊治療に係る医療技術等が令和４年改定で新たに保険適用され、生殖補助医療に係る医学管理料として、生殖補助医療管理料が新設された。生殖補助医療の実施に当たり必要な医学的管理及び療養上の指導等を行った場合、月１回算定する。女性が43歳未満の場合、対象となる。看護師等は、患者からの相談に対応する専任担当者として配置する。

なお、特定治療支援事業の指定実施医療機関は、令和４年（2022年）10月１日以降も算定する場合、届出が必要である。

[主な施設基準]

産科、婦人科、産婦人科、泌尿器科	
常勤医師（産科、婦人科、産婦人科を合わせて５年以上または泌尿器科を５年以上経験かつ生殖補助医療を２年以上経験） 常勤医師（日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植登録施設で生殖補助医療を１年以上経験） 配偶子・胚の管理に係る責任者	
患者からの相談に対応する専任担当者（看護師、公認心理師等） 保健医療・福祉サービスとの連携調整担当者（社会福祉士等）	
日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植登録施設※	
採卵専用室（緊急事態に対応するための装置・器具等を保有）※ 培養を行う施錠可能な専用室※ 凍結保存を行う施錠可能な専用室※	同一でも差し支えない
安全管理体制・指針　医療事故等の院内報告制度 安全管理の責任者等で構成する委員会を月１回程度開催 安全管理の体制確保のための職員研修を定期的に開催	
配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤医師または配偶子・胚の管理責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制 時間外・夜間救急体制 胚移植術実施患者の出産に係る経過について把握する体制 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制	

※当面の間、他の保険医療機関との連係によることでも要件を満たす（他の生殖補助医療管理料１または２届出保険医療機関と契約しているまたは特別の関係にある場合）

施設基準　第三・二　特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

(21)　生殖補助医療管理料の施設基準〈令4〉　新

イ　生殖補助医療管理料１の施設基準

①　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

②　当該保険医療機関内に生殖補助医療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。

③　生殖補助医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

④　生殖補助医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

取扱い通知　別添1　第４の12　生殖補助医療管理料　新

１　生殖補助医療管理料１に関する施設基準

(1)　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

(2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る２年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

⑶　当該保険医療機関内に、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る１年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
⑷　当該保険医療機関内に、配偶子・胚の管理に係る責任者が１名以上配置されていること。
⑸　当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が１名以上配置されていることが望ましい。
⑹　日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のARTオンライン登録へのデータ入力を適切に実施すること。
⑺　採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するための以下の装置・器具等を有していること。ただし、採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は、同一のものであって差し支えない。
ア　酸素供給装置
イ　吸引装置
ウ　心電計
エ　呼吸循環監視装置
オ　救急蘇生セット
⑻　培養を行う施錠可能な専用の室を備えていること。
⑼　凍結保存を行う施錠可能な専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
⑽　当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
⑾　安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
⑿　安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
⒀　安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
⒁　安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催されていること。
⒂　配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
⒃　緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されていること又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていること。
⒄　胚移植術を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
⒅　胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。
⒆　以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい。
ア　精巣内精子採取術【K838-2】に係る届出を行っていること。
イ　精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
⒇　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
(21)　以下の体制を有していること。
ア　看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
イ　社会福祉士等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を配置していること。
ウ　他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
(22)　令和４年３月31日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、⑵から⒇の基準を満たしているものとする。なお、**当面の間**、⑹から⑼の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

３　届出に関する事項

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の**様式５の12**【→828頁】を用いること。また、**毎年７月**において、前年度における症例数等について、別添２の**様式５の12の２**【→829頁】により届け出ること。

様式5の 12

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出
（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

生殖補助医療管理料1	□
生殖補助医療管理料2	□

2　標榜診療科
（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

標榜診療科	□ 産科　□ 婦人科　□ 産婦人科　□ 泌尿器科

3　体外受精・胚移植に関する登録等
（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

体外受精・胚移植に関する登録施設	□ 登録あり □ 登録なし	
特定治療支援事業の実施機関の指定 （令和4年3月 31 日時点）	□ 指定あり □ 指定なし	指定年月日 ＿＿＿年　＿＿月　＿＿日

4　人員配置
（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

4－1　常勤医師の配置

氏名	週当たり勤務時間	診療科	左記診療科の経験年数	生殖補助医療に係る経験年数	登録施設※における経験年数
	＿＿時間	□ 産科 □ 婦人科 □ 産婦人科 □ 泌尿器科	＿＿＿年	＿＿＿年	＿＿＿年
	＿＿時間	□ 産科 □ 婦人科 □ 産婦人科 □ 泌尿器科	＿＿＿年	＿＿＿年	＿＿＿年

※　登録施設：公益社団法人日本産科婦人科学会「体外受精・胚移植に関する登録施設」

4－2　配偶子・胚の管理に係る人員の配置

	氏名	職種	関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修の受講の有無
配偶子・胚の管理に係る責任者			□ 有（研修名:　　） □ 無
配偶子・胚の管理を行う者			□ 有（研修名:　　） □ 無
配偶子・胚の管理を行う者			□ 有（研修名:　　） □ 無

5　医療機関の設備等
（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

	設備（詳細）	その他
① 採卵を行う専用の室	□ 酸素供給装置 □ 吸引装置 □ 心電計 □ 呼吸循環監視装置 □ 救急蘇生セット	□ 準備室を附設している □ 清潔な手洗いの設備を附設している □ 清浄度クラスⅡ以上である
② 培養を行う専用の室	□ 施錠可能である	
③ 凍結保存を行う専用の室	□ 施錠可能である	
④ 兼用の有無	（以下のいずれかに「✓」を記入すること。 □ ①②③全て独立している □ ①②が兼用である □ ①③が兼用である □ ②③が兼用である □ ①②③全て兼用である	

（参考）
○　医療法施行規則（昭和２３年厚生省令第５０号）
第２０条第３号　手術室は、なるべく準備室を附設しじんあいの入らないようにし、その内壁全部を不浸透質のもので覆い、適当な暖房及び照明の設備を有し、清潔な手洗いの設備を附属して有しなければならない。
○　清浄度クラス

清浄度クラス	名称	該当室	室内圧	微生物濃度
Ⅰ	高度清潔区域	バイオクリーン手術室など	陽圧	10 CFU/m3 以下
Ⅱ	清潔区域	手術室	陽圧	200 CFU/m3 以下
Ⅲ	準清潔区域	ＩＣＵ、ＮＩＣＵ、分娩室	陽圧	200-500 CFU/m3
Ⅳ	一般清潔区域	一般病室、診察室、材料部など	等圧	(500 CFU/m3 以下)
Ⅴ	汚染管理区 拡散防止区域	細菌検査室など トイレなど	陰圧 陰圧	(500 CFU/m3 以下)

6　医療に係る安全管理を行う体制

安全管理のための指針の整備	□ 有 □ 無	
医療事故等の院内報告制度の整備	□ 有 □ 無	
安全管理の責任者	氏名 （　　）	職種（　　）
委員会の開催	□ 有 □ 無	開催頻度（　　）
安全管理の体制確保のための職員研修	□ 有 □ 無	実施頻度（　　）

7　配偶子・胚の管理に係る体制

配偶子・胚の管理に係る責任者	氏名 （　　）	職種（　　）
配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制の整備	配偶子・胚の操作時のダブルチェックの実施 （□ 有　□ 無） その他実施事項 （　　）	

8　緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外・夜間救急体制	□ 有 □ 無	
他の保険医療機関との連携による時間外・夜間救急体制の整備	□ 有 □ 無	連携先の保険医療機関 名称（　　） 所在地（　　）

9　患者の治療経過の把握に係る体制

胚移植術を実施した患者の出産に係る経過を把握する体制	□ 有 □ 無
胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制	□ 有 □ 無

10　精巣内精子採取術に係る体制

精巣内精子採取術に係る届出	□ 有 □ 無	
精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の医療機関との連携	□ 有 □ 無	連携先の保険医療機関 名称（　　） 所在地（　　）

11　患者からの相談対応等に係る体制
（１において生殖補助医療管理料１に「✓」を記入した場合にのみ記載すること。）

患者からの相談に対応する専任の担当者	氏名 （　　）	職種（　　）
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	氏名 （　　）	職種（　　）

［記載上の注意］
1　医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
2　「８」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「８」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
3　「10」の精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の医療機関との連携について、「有」にチェックがついた場合は、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

〔食事の提供たる療養の実際〕

1　入院時食事療養及び入院時生活療養の趣旨

食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

また、生活療養の温度、照明及び給水に関する療養環境は医療の一環として形成されるべきものであり、それぞれの患者の病状に応じて適切に行われるべきものである。

（令２.３.５　保医発0305第14号）１の⑴

〔解　説〕

平成６年７月に行われた医療保険制度の改正により、食事に関する給付が、療養の給付の一部から入院時食事療養費に改編されることとなった。

食事の提供は、医療の重要な一部門であり、保険医療機関が入院患者の病状に応じて適切な食事を提供し、栄養状態の改善を図るとともにその治癒あるいは病状回復の促進を図ることは当然である。

このうち、厚生労働大臣が定める基準を満たしているものとして地方厚生局長等に届け出て、当該基準による食事療養（以下解説中、入院時生活療養に係る食事の提供たる療養を含む）を行ったときには、それぞれ入院時食事療養（Ⅰ）、入院時生活療養（Ⅰ）を算定するものである。

2　食事療養部門及び食事療養担当者

患者への食事提供については病棟関連部門と食事療養部門との連絡が十分とられていることが必要である。

（令２.３.５　保医発0305第14号）１の⑶

〔解　説〕

食事療養は医療の重要な部門の１つであり、食事療養を担当する部門が独立し、病棟における栄養管理など他部門との連絡が十分取られることが、食事療養を行う上で必要なことである。

（参　考）

1　食事療養を担当する部門の業務としては次のようなものが考えられる。

ア．食事療養業務の企画、運営、実施に関すること。

イ．食事療養施設、人事、事務等の管理に関すること。

ウ．食事療養施設、食品、器具、環境等の衛生に関すること。

エ．栄養指導に関すること。

オ．食事療養の効果判定に関すること。

カ．他部門との連絡に関すること。

キ．その他の食事療養に関すること。

2　平成14年４月に栄養士法の一部改正法が施行され、栄養士法において管理栄養士の業務が「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食

管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者」と明確化された。

また、平成15年５月に施行された健康増進法第21条第１項の規定により都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長）により指定された「医学的な管理を必要とする者に食事を供給する特定給食施設であって、継続的に１回300食以上又は１日750食以上の食事を供給する」施設にあっては、管理栄養士を置かなければならないことが規定されている。指定施設以外の特定給食施設にあっても、当該特定給食施設に栄養士又は管理栄養士を置くように努めることが規定されている。

健康増進法において、特定給食施設は、適切な栄養管理を行わなければならない規定が設けられ、その省令において、栄養管理の基準が定められている。

（参　考）

健康増進法施行規則

（栄養管理の基準）

第９条　法第21条第３項の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

一　当該特定給食施設を利用して食事の供給を受ける者（以下「利用者」という。）の身体の状況、栄養状態、生活習慣等（以下「身体の状況等」という。）を定期的に把握し、これらに基づき、適当な熱量及び栄養素の量を満たす食事の提供及びその品質管理を行うとともに、これらの評価を行うよう努めること。

二　食事の献立は、身体の状況等のほか、利用者の日常の食事の摂取量、嗜好等に配慮して作成するよう努めること。

三　献立表の掲示並びに熱量及びたんぱく質、脂質、食塩等の主な栄養成分の表示等により、利用者に対して、栄養に関する情報の提供を行うこと。

四　献立表その他必要な帳簿等を適正に作成し、当該施設に備え付けること。

五　衛生の管理については、食品衛生法（昭和22年法律第233号）その他関係法令の定めるところによること。

〔解　説〕

なお、食事療養を担当するには何人位が適当であるかは保険医療機関の実情、すなわち入院患者数、厨房等の設備、機械器具の状況、特別食の数等から導き出され、一概にいえるものではない。標準的な規模の医療機関の一般食の提供の場合と比べて、規模が小さくなるほど相対的な必要数は増え、特別食の提供を行う施設にあっても、増員が必要となってくる。

病院である保険医療機関にあっては入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養を担当する部門が組織化されており、常勤の管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の責任者となっていること。また、診療所にあっては管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の指導を行っている。

（令２.３.５　保医発0305第13号）別添の２⑴

〔解　説〕

入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行う保険医療機関では、さらに、食事療養を担当する部門は独立したものであって、その組織が診療部門系統の組織の中に位置づけられ、責任者には食事療養に深い経験を有し、かつ栄養管理の知識に富む管理栄養士又は栄養士を当てることが求められている。

また、従来の基準給食では、病院である保険医療機関のみが対象とされていたが、入院時食事療養費

の創設に伴い、入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の基準を満たす診療所においても、その費用を算定することができることとなった。

病院と診療所における要件の相違は、診療所は病院に比べ規模が小さく、食事療養の部門を組織化するまでに至らないことが多いことを勘案したものである。

食事療養の指導は、医療機関による医療の一環として、患者に対する適切な医療を提供する観点から、保険医療機関の職員である管理栄養士又は栄養士が行う必要がある。

なお、平成24年改定において、入院料の算定要件として、常勤の管理栄養士の配置（有床診療所は非常勤も可）が必須（経過措置あり）となった。平成26年改定では、見直しが行われ、病院については非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士を配置の場合は入院料を減算（平成26年７月から）、有床診療所については常勤の管理栄養士の配置は加算により評価されることになった。

3　食事提供業務の委託

食事の提供に関する業務は保険医療機関自らが行うことが望ましいが、保険医療機関の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事療養の質が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができる。なお、業務の委託にあたっては、医療法（昭和23年法律第205号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定によること。食事提供業務の第三者への一部委託については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成５年２月15日健政発第98号厚生省健康政策局長通知）の第３及び「病院診療所等の業務委託について」（平成５年２月15日指第14号厚生省健康政策局指導課長通知）に基づき行うこと。　（令２.３.５　保医発0305第14号）１の⑵

〔解　説〕

平成８年３月26日医療法施行規則の一部改正により、病院給食の院外調理方法が認められることになった。

4　食事療養業務

⑴　一般食における栄養補給量

入院患者の栄養補給量は、本来、性、年齢、体位、身体活動レベル、病状等によって個々に適正量が算定されるべき性質のものである。従って、一般食を提供している患者の栄養補給量についても、患者個々に算定された医師の食事箋による栄養補給量又は栄養管理計画に基づく栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、次により算定する。なお、医師の食事箋とは、医師の署名又は記名・押印がされたものを原則とするが、オーダリングシステム等により、医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認める。

ア　一般食患者の推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンＡ、ビタミンB_1、ビタミンB_2、ビタミンＣ、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）の食事摂取基準については、健康増進法（平成14年法律第103号）第16条の２に基づき定められた食事摂取基準の数値を適切に用いる。

なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮する。

また、推定エネルギー必要量は治療方針にそって身体活動レベルや体重の増減等を考慮して

適宜増減することが望ましい。

イ　アに示した食事摂取基準についてはあくまでも献立作成の目安であるが、食事の提供に際しては、病状、身体活動レベル、アレルギー等個々の患者の特性について十分考慮する。

（令２.３.５　保医発0305第14号）１の⑷

〔解　説〕

一般食とは、特別食以外で患者に提供される食事である。特別食の対象となっている疾病以外の患者においても、患者個々人の疾病、栄養状態、摂食・嚥下の状態等を把握し、適切な栄養補給量の提供と食形態への配慮が必要である。したがって、一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者の栄養状態等の把握に基づいた、患者個々に算定された医師の食事箋又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることが原則となる。

これによらない場合には、「日本人の食事摂取基準」を用いることになるが、推定エネルギー必要量は身体活動レベルや体重の増減を考慮して使用することとされている。

さらに、「日本人の食事摂取基準」を用いる場合でも、あくまで献立作成の目安であり、食事の提供に際しては、病状、身体活動レベル、栄養状態、アレルギー等の個々の患者特性について考慮する必要がある。

なお、「日本人の食事摂取基準」の数値等については、算定根拠等を理解して適切に活用する必要があり、「日本人の食事摂取基準（2020年版）」（令和２年１月21日厚生労働省告示第10号〔食事による栄養摂取量の基準〕）に解説されている。この2020年版は、令和２年度から令和６年度の５年間にわたり使用することとされ、その概要は厚生労働省のウェブサイトに掲載されている。

参考〈一般食〉

一般食とは、特別食以外の患者食で、その食形態により常食、軟食、流動食等に区分する。

a　常　食

常食は、おおむね普通の社会生活を営むことができる程度の患者を対象とする食事であり、米飯又は軟飯とこれに相当する副食が用いられる。

b　軟　食

軟食とは、全粥、７分粥食、５分粥食、３分粥食、等がある。このうち、一般に用いられる軟食は、３分粥、５分粥、全粥で、例えば、３分粥食は、主食は重湯７、全粥３の割合に、副食は消化器系統に機械的刺激が少なく、かつ消化吸収の容易なものである。

c　流動食

流動食とは、流動体のもので構成され、残渣あるいは不消化物、刺激性調味料を含まず、かつ機械的刺激がないものである。