

1 人員の配置状況（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

2 重症患者への看護実施のための院内研修の実施状況

3 要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師

4 「特殊な治療法等」に該当する患者割合

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る 評価票の「特殊な治療法」に該当する患者割合	%
---	---

5 急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合の理由及び今後の届出予定

理由：急性期充実体制加算の届出様式 14 のうち、満たしていない項目に✓すること。		
<input type="checkbox"/> 1. 手術等に係る実績	<input type="checkbox"/> 2. 外来化学療法の実施を推進する体制	<input type="checkbox"/> 3. 24 時間の救急医療提供
<input type="checkbox"/> 4. 高度急性期医療の提供	<input type="checkbox"/> 5. 感染対策	<input type="checkbox"/> 6. 24 時間の画像診断及び検査体制
<input type="checkbox"/> 7. 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	<input type="checkbox"/> 8. 精神科リエゾンチーム加算等の届出	<input type="checkbox"/> 9. 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制
<input type="checkbox"/> 10. 外来縮小体制	<input type="checkbox"/> 11. 処置等の休日加算 1 等の届出	<input type="checkbox"/> 12. 他の入院料の届出状況等
<input type="checkbox"/> 13. 退院に係る状況等	<input type="checkbox"/> 14. 禁煙の取扱い	<input type="checkbox"/> 15. 外部評価
<input type="checkbox"/> 16. 総合入院体制加算の届出		
今後の届出予定： 年 月 日		

〔記載上の注意〕

- 1 のアに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する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。
- 2 のウに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を修了していること又は受講中であ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。
- 3 特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定する治療室に入院している全ての患者の状態を、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が 1 割 5 分以上であること。ただし、該当患者の割合については、暦月で 6 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動 にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。
- 4 令和 5 年 3 月 31 日までの経過措置期間に限り、区分番号「A 2 0 0 - 2」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合、5 を記載し、併せて急性期充実体制加算の届出様式 14 を添付すること。
- 5 1 のウについて、受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。