

認知症ケア加算 1 の施設基準に係る届出書添付書類

1 認知症ケアに係るチームの構成員

区 分	氏 名	備考
ア 専任の常勤医師 ※ 専任の非常勤医師を 組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算	精神科・神経内科 研修受講
	<input type="checkbox"/> 常勤換算	精神科・神経内科 研修受講
イ 専任の常勤看護師		週 時間
ウ 常勤社会福祉士又 は常勤精神保健福祉士		社会福祉士 精神保健福祉士
エ その他の者		理学療法士 作業療法士 薬剤師 管理栄養士

2 認知症ケアに係るカンファレンス等の実施状況

カンファレンスの開催頻度	チームによる回診の頻度
回／週	回／週

3 認知症ケアチームによる認知症患者に関わる職員を対象とした研修の実施回数 回／年

4 病棟看護師等の研修受講状況

① 認知症患者に関 わる全ての病棟の 看護師等の数 (人)	② ①のうち 前々年度以降に研修 を受講した看護師等 の数 (人)	③ ①のうち 今年度中に研修を受 講する予定の看護師 等の数 (人)	④ 受講率 (②+③) / ①
			%

5 認知症ケアに関する手順書 (マニュアル) の作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成／配布	手順書に含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作 成	<input type="checkbox"/> 身体的拘束の実施基準
<input type="checkbox"/> 配 布	<input type="checkbox"/> 鎮静を目的とした薬物の適正使用

[記載上の注意]

1 「1」のア～エについては、次の通りとすること。

ア 精神科もしくは神経内科の医師、あるいは研修を受講した医師のうち、該当する要件を○で囲み、精神科もしくは神経内科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。また、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24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を組み合わせ、認知症ケアチーム業務を実施している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。

イ 認知症患者の看護に5年以上従事した経験を有し、認知症看護に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。また、当該業務に従事する週当たりの勤務時間を記入すること。

ウ 該当する職種を○で囲み、認知症患者又は要介護者の退院調整に係る経験が確認できる文書あるいは介護支援専門員証の写しを添付すること。

エ 該当する者がいる場合に記入し、該当する職種を○で囲むこと。

2 「2」及び「3」については、実施されている又は行われる予定の場合はその回数について、記載すること。

3 「4」について、①には認知症患者に関わる病棟看護師等の数を記載し、②には、①のうち院内あるいは院外の研修を受講した数、③には受講予定数を記載すること。なお、③には②に計上した看護師等の数を含めないこと。

4 認知症ケアチームが当該医療機関において組織上明確な位置づけであることが確認できる文書を添付すること。

様式 40 の 12

精神疾患診療体制加算に係る届出書添付書類

標榜し、入院医療を提供している診療科	内科 (有 ・ 無) 外科 (有 ・ 無)
許可病床数	医療機関全体の許可病床数 (①) 床
	精神病床の許可病床数 (②) 床
	$② \div ① \times 100$ %
24時間の救急医療提供体制	1 第2次救急医療機関 2 救命救急センター 3 高度救命救急センター 4 総合周産期母子医療センター 5 その他 ()

精神科急性期医師配置加算に係る届出書添付書類

精神科急性期医師配置加算を 算定する病棟数の合計 <div style="text-align: right;">病棟</div>	うち、 精神病棟入院基本料算定病棟 <div style="text-align: right;">病棟</div> 精神科急性期治療病棟入院料1算定病棟 <div style="text-align: right;">病棟</div>
---	--

病棟名 病棟種別 病床数	1日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別:			
病床数: 床			
病棟名 病棟種別 病床数	1日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別:			
病床数: 床			
病棟名 病棟種別 病床数	1日平均入院 患者数※	医師氏名	勤務時間
病棟種別:			
病床数: 床			

※ 算出に係る期間を記入 (年 月 日 ~ 年 月 日)

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏 名	職 種 名

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

様式 42

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専任医師		日勤名	当直名	その他名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看護師		日勤名	準夜勤名	その他名
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
装置・器具	配置場所		装置・器具の名称・台数等		
	治療室内	病院内			
救急蘇生装置	<input type="checkbox"/>				
除細動器	<input type="checkbox"/>				
ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心電計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ポータブルエックス線撮影装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
呼吸循環監視装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
人工呼吸装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>				
酸素濃度測定装置	<input type="checkbox"/>				
光線療法器	<input type="checkbox"/>				
微量輸液装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
超音波診断装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心電図モニター装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
自家発電装置		<input type="checkbox"/>			
電解質定量検査装置		<input type="checkbox"/>			
血液ガス分析装置		<input type="checkbox"/>			
救命救急センターに係る事項（該当するものに○をすること。複数該当の場合はいずれにも○をすること。） 1 高度救命救急センターである。 2 充実段階がSである。 3 充実段階がAである。 4 充実段階がBである。 5 新規開設のため、充実度評価を受けていない。					
救命救急入院料3、救命救急入院料4及び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○をすること。） （ ）当該保険医療機関内に、当該保険医療機関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。 （再掲）広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師数 名					
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○をすること。） （ ）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。 （再掲）専任の小児科医師数 名					
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○をすること。） （ ）特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。 （再掲）経験を有する医師数 名 （ ）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。 （□には、適合する場合「✓」を記入すること。）					
氏名		勤務時間		研修	
		週 時間		<input type="checkbox"/>	
		週 時間		<input type="checkbox"/>	
		週 時間		<input type="checkbox"/>	

	週 時間	□
	週 時間	□
() 特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されている。		
氏 名	勤 務 時 間	勤 務 経 験 年 数
	週 時間	年
	週 時間	年
	週 時間	年
	週 時間	年
	週 時間	年
() 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。		専任の臨床工学技士数 名

【記載上の注意】

- [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4のいずれか）を記入すること。
- 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 救命救急入院料2又は救命救急入院料4の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 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」の□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」の□に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 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又は2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。
なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式20の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料1又は2の届出を行う場合は、様式20の備考欄へ「5年」と記載すること。
- 特定集中治療室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。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。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。なお、平成32年3月31日までの間において、適切な研修を修了した看護師の配置に代えて特定集中治療室等における6年以上の勤務経験を有する看護師を配置する場合は、当該勤務経験を有する看護師について記載すること。
- 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式 42 の 2

[] の施設基準に係る届出書添付書類

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日勤 名	当直 名	その他 名
	当該病院に勤務する麻酔医		名		
	看 護 師		日勤 名	準夜勤 名	その他 名
当該治療室 の概要	病床面積	病床数	1床当たりの床面積	1日平均取扱患者数	
	平方メートル	床	平方メートル	名	
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等					
直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数(注1)	名		直近1年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数(注1)	件	
直近1年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数(注2)	名				
装置・器具	配 置 場 所		装置・器具の名称・台数等		
	治療室内	病院内			
救急蘇生装置	<input type="checkbox"/>				
除細動器	<input type="checkbox"/>				
ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
心電計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ポータブルエックス線撮影装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
呼吸循環監視装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
人工呼吸装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
新生児用人工換気装置	<input type="checkbox"/>				
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"/>				
酸素濃度測定装置	<input type="checkbox"/>				
光線療法器	<input type="checkbox"/>				
微量輸液装置	<input type="checkbox"/>				
分娩監視装置	<input type="checkbox"/>				
超音波診断装置	<input type="checkbox"/>				
心電図モニター装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
自家発電装置		<input type="checkbox"/>			
電解質定量検査装置		<input type="checkbox"/>			
血液ガス分析装置		<input type="checkbox"/>			

[記載上の注意]

1 [] 内には、届出事項の名称（新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、総合周

産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料）又は新生児治療回復室入院医療管理料のいずれか）を記入すること。

- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 総合周産期特定集中治療室管理料については、母胎・胎児集中治療室管理料と新生児集中治療室管理料を別葉とすること。
- 4 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。
- 5 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 6 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」の口を、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」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。なお、新生児特定集中治療室管理料 1、新生児特定集中治療室管理料 2、又は新生児治療回復室入院医療管理料を届け出る場合は、新生児用呼吸循環装置は当該治療室内に常時備えていること。
- 7 注 1 については、新生児特定集中治療室管理料 1 又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）を届け出る場合のみ記載すること。
- 8 注 2 については、新生児特定集中治療室管理料 2 を届け出る場合のみ記載すること。

**特定集中治療室管理料「注4」に掲げる
早期離床・リハビリテーション加算に係る届出書添付書類**

1 早期離床・リハビリテーション加算に係るチームの構成員

職種	氏 名	経験年数

2 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの作成状況

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成	見直し頻度
□ 作 成	年 回

[記載上の注意]

- 1 職種の欄には、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士と記入すること
- 2 従事者が医師である場合は、経験年数の欄に集中治療に従事した経験年数を記入し、5年以上の集中治療の経験が確認できる文書を添付すること。
- 3 従事者が看護師である場合は、経験年数の欄に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。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 4 従事者が理学療法士又は作業療法士である場合は、経験年数の欄に以下の①を記入すること。なお、①の経験年数が5年に満たない場合は、①と②をそれぞれ記入すること。また、①において5年以上の経験又は①と②併せて5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。
 - ① 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出ている病院における経験年数（異なる治療室等における経験を有する場合は、通算年数を記載すること。）
 - ② 回復期リハビリテーション病棟において専従で勤務した経験年数
- 5 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを添付すること。

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
重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

救命救急入院料（１・２・３・４） 特定集中治療室管理料（１・２・３・４）※該当に○		備考
病床数		床
入室患者の状況	① 入室患者延べ数	名
	② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数	名
	重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 (②/①)	%
		入室患者延べ数の算出期間 (1か月) 年 月

[記載上の注意]

- 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 入室患者延べ数とは、直近1か月において、当該届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入院患者延べ数に含めない。
- 重症度、医療・看護必要度とは、別添6の別紙17の「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」を用いて評価を行い、「モニタリング及び処置等（A項目）」に係る得点が「4点以上」、かつ「患者の状況等（B項目）」に係る得点が「3点以上」である患者をいう。
- 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

小児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

当該治療室 の従事者	専 任 医 師		日 勤 名 当 直 名 そ の 他 名	
	専任医師のうち、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師		名	
	当該病院に勤務する小児科医		名	
	看 護 師		日 勤 名 準 夜 勤 名 そ の 他 名	
当該治療室 の概要	病 床 面 積	病 床 数	1 床 当 た り の 床 面 積	1 日 平 均 取 扱 患 者 数
	平方メートル	床	平方メートル	名
バイオクリーンルームの概要、機器の名称・形式、空気清浄度等				
装置・器具		配 置 場 所		装置・器具の名称・台数等
		治療室内	病院内	
救 急 蘇 生 装 置		<input type="checkbox"/>		
除 細 動 器		<input type="checkbox"/>		
ペ ー ス メ ー カ ー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
心 電 計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ポータブルエックス線撮影装置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
呼 吸 循 環 監 視 装 置		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
対 外 補 助 循 環 装 置		<input type="checkbox"/>		
急性血液浄化療法に必要な装置		<input type="checkbox"/>		
自 家 発 電 装 置			<input type="checkbox"/>	
電 解 質 定 量 検 査 装 置			<input type="checkbox"/>	
血 液 ガ ス 分 析 装 置			<input type="checkbox"/>	
他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数		転院時において前医において算定されていた入院料（注1）		
		救命救急入院料		名
		特定集中治療室管理料		名
		転入時において前医又は当院において算定された診療報酬（注1）		
		救急搬送診療料		名
		24 時間以内に人工呼吸を実施した患者		名

〔記載上の注意〕

- 1 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 2 当該病院に勤務する小児科医については様式 48 を添付すること。
- 3 他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者数については、届出前直近 1 年間の実績を記載すること。該当する患者についての氏名、生年月日、転院日、前医での診療歴については、照会に対し、速やかに回答可能なよう、医療機関で保管すること。
- 4 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。
- 5 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」の口を、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」の口に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。

- 6 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。
- 7 注1については、どちらかを記載すればよい。

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

ハイケアユニット入院医療管理料	1 , 2
専任の常勤医師名	
一般病棟の平均在院日数 (≤ 19 日であること)	日 (算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日)
当該治療室の病床数	床
当該治療室の入室患者の状況	入室患者延べ数の算出期間 (1 か月) 年 月
① 入室患者延べ数	名
② ①のうち重症度、医療・看護 必要度の基準を満たす患者の延 べ数	名
重症度、医療・看護必要度の基準 を満たす患者の割合 ②/①	%
当該治療室の看護師数	名
当該治療室の勤務体制	日勤 名 準夜勤 名 深夜勤 名
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等	
救急蘇生装置	
除細動器	
心電計	
呼吸循環監視装置	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入室した患者の延べ数をいう。退室した日及び短期滞在手術等基本料を算定する患者については入室患者延べ数に含めない。
- 3 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、「モニタリング及び処置等 (A項目)」に係る得点が「3点以上」、かつ「患者の状況等 (B項目)」に係る得点が「4点以上」である患者をいう。
- 4 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類の写しを添付すること。
- 5 当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式20を添付すること。なお、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。

- 6 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

専任の医師名							
当該治療室の病床数		床					
当該治療室の入院患者 の状況		入室患者延べ数の算出期間 年 月 日～ 年 月 日					
入室患者延べ数①		名					
①のうち脳梗塞、脳出血、 くも膜下出血の患者数②		名					
脳梗塞、脳出血、くも膜下 出血の患者の割合(②/①)		%					
当該治療室の 従事者	看護師	日勤	名	準夜勤	名	深夜勤	名
	理学療法士 又は 作業療法士	名					
当該治療室に常設されている装置・器具の名称・台数等							
救急蘇生装置							
除細動器							
心電計							
呼吸循環監視装置							
当該治療室に常設されているCT、MRI、脳血管造影装置の名称・台数等							
CT							
MRI							
脳血管造影装置							
当医療機関におけるリハビリテー ションの施設基準の届出の有無		脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）有・無					

[記載上の注意]

- 1 届出に係る治療室ごとに記入すること。
- 2 入室患者延べ数とは、直近1か月において、届出を行う治療室に入院した延べ患者数をいう。
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出書の写しを添付すること。
- 4 当該届出の要件を満たす医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士について、様式20を添付すること。なお、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。
- 5 神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の作業療法士であることが確認できる文書を添付すること。

新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟名及び治療回復室（番号）			
病 床 数		床	床
専任の小児科の常勤医師数			名
専任の小児科の非常勤医師数 （週3日以上かつ24時間以上勤務）			名
看 護 師 現 員 数	治 療 室 勤 務	人	人
	治療室以外との兼任	人	人
	合 計	人	人

2 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出状況 届出を行っているものに○をすること。	
	新生児特定集中治療室管理料
	総合周産期特定集中治療室管理料

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 届出に係る専任の小児科の常勤医師及び当該治療室内に常時備えている新生児治療回復室入院医療管理を行うために必要な装置等について、様式 42 の 2 を添付すること。
- 3 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 24 時間以上の勤務を行っている小児科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該非常勤医師数を記入すること。
- 4 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。

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

指定年月日	
-------	--

[記載上の注意]

- 1 様式 5 から 9 を添付すること。なお、様式 9 に合わせ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。
- 2 感染症法第 6 条第 12 項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第 6 条第 13 項に規定する第一種感染症指定医療機関であることがわかる書類を添付すること。
- 3 当該届出に係る治療室の配置図及び平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟の状況	病棟名 及び病室名(番号)				備考
	入院基本料区分				1日平均 入院患者数 算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	病床数	床	床	床	
	1日平均入院患者数 ①	名	名	名	
当該病室の入院患者の状況	1日平均入院患者数 ②	名	名	名	
	② の 再 掲	脊髄損傷等	名	名	名
		重度意識障害	名	名	名
		筋ジストロフィー	名	名	名
		神経難病	名	名	名
		小計 ③	名	名	名
特殊疾患の割合 ③/②	%	%	%		

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室ごとに記入すること。
- 2 1日平均入院患者数は直近1年間、脊髄損傷等の患者数は直近1月間の実績を用いること。
- 3 当該届出病室を含む病棟ごとに様式9を記載し添付すること。

小児入院医療管理料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科					
2 小児科又は小児外科の医師の氏名					
常勤 換算	氏名	勤務の形態	常勤 換算	氏名	勤務の形態
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤	<input type="checkbox"/>		常勤・非常勤
3 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う年間手術件数 _____ 件					
4 年間小児緊急入院患者数 _____ 例					

[記載上の注意]

- 「2」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24時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、常勤医師及び当該非常勤医師の経歴（小児科又は小児外科担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 小児入院医療管理料1の届出の際には新生児又は小児の集中治療を行う体制が確認できる書類を添付すること。また、様式9に合わせ日々の入院患者数等により、夜間の看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
- 小児入院医療管理料2の届出の際には24時間365日小児救急医療の提供をしていることが確認できる書類を添付すること。

- 4 小児入院医療管理料 5 の届出に係る結核病棟又は精神病棟については、当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であり、看護職員の最小必要数の 4 割以上が看護師であることが確認できる、入院基本料の届出の写しを添付すること。

小児入院医療管理料 4 の施設基準に係る届出書添付書類

	病棟数	病床区分	病床数	入院患者数		平均在院日数
				届出時	1 日平均入院患者数	
及び平均在院日数	当該病棟	小児入院医療管理病室	床	名	名	日
		一般病床	床	名	名	
		小計	床	名	名	
	その他の病棟	一般病棟	床	名	名	
	合計	一般病棟	合計 床	合計 名	合計 名	

* 1日平均入院患者数（直近1年間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

* 平均在院日数（直近3月間）の算出期間

年 月 日～ 年 月 日

[記載上の注意]

- 1 一般病床とは、小児入院医療管理料を算定する病室を有する一般病棟における小児入院医療管理料を算定する病室以外の病床をいう。
- 2 「平均在院日数」の欄には、小児入院医療管理料に係る病室を含む病棟と他の一般病棟とを包括した平均在院日数を記載すること。
- 3 「合計」の欄には、小児入院医療管理料を算定する病床、一般病床及び一般病棟の病床数、入院患者数の合計を記載すること。
- 4 当該届出に係る病棟及び入院基本料届出について、それぞれ様式 9 を記載し添付すること。

小児入院医療管理料における加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る加算の区分（届出を行う加算に○を付す）

<p>() 注2に規定する加算</p> <p>() 注4に規定する加算（重症児受入体制加算）</p>
--

2. 病棟における体制の整備

区分	病棟名	保育士名	プレイルーム面積(m ²)

3. 病棟における診療実績等

当該病棟における直近1年間の実績 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)	
転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料等を算定した転院患者の人数	名
15歳未満の超重症児又は準超重症児の入院患者数	名

[記載上の注意]

- 1 プレイルームの面積については、内法による測定での面積を記載すること。
- 2 当該加算の対象となるプレイルームのある病棟の配置図及び平面図を添付すること。
- 3 プレイルーム内にある遊具及び玩具のリストを添付すること。
- 4 「3」の診療実績等については、重症児受入体制加算の届出を行う場合にのみ記入すること。なお、新生児特定集中治療室管理料等とは、A302 新生児特定集中治療室管理料又は A303 総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を指す。また、超重症児又は準超重症児の患者数については、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含み、入院期間が通算される入院患者を除く。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の構成	平均数算出期間	年 月 日～ 年 月 日	
	当該病棟の1日平均入院患者数 ①		名
	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症、義肢装着訓練を要する状態又は手術後2か月以内（再掲） ②		名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折の発症、二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後等2か月以内（再掲） ③		名
	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後2か月以内（再掲） ④		名
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後1か月以内（再掲） ⑤		名
	股関節又は膝関節の置換術後1か月以内（再掲） ⑥		名
	②～⑥に準ずるもの（再掲） ⑦		名
	小計（②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦） ⑧		名
	入院患者の比率 ⑧／①		%
常勤従業者	職 種	氏 名	
	医 師		専従・専任
	理学療法士		
	作業療法士		
	言語聴覚士		
	社会福祉士等		
リハビリテーション実績指数			
前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の	(あり ・ なし)		

実施	
病棟の面積	平方メートル（1床当たり面積 平方メートル）
病室部分の面積	平方メートル（1床当たり面積 平方メートル）
病室に隣接する廊下幅	メートル

[記載上の注意]

- 1 入院患者の構成は、直近1か月の実績について記載すること。
- 2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 3 リハビリテーション実績指数については、前月までの6か月間について算出した値を記入すること。前月までの6か月間についてのリハビリテーションの実績がない場合は記入は不要であること。
- 4 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。
- 5 病室部分の1床当たりの面積は、1床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 6 入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 7 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）から（Ⅲ）まで、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出書の写しを添付すること。
- 8 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。
- 9 様式5から9及び様式20を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の施設基準に係る届出書添付書類

1. 施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑥のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

2. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

3. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
⑪	直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
⑫	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑬	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (⑫/⑪)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 平成 年 月 日～平成 年 月 日)

[記載上の注意]

1 「1の①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転院した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。

2 「⑧」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

3 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

4 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。

5 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

6 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、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24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4の施設基準に係る届出書添付書類

①	直近6か月間における退院患者数	名
(再掲)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率 (1)／①	%
③	直近6か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合 ④／③	%
⑥	直近6か月間における退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者	名
⑦	上記⑤のうち、退院時(転院時を含む。)の日常生活機能評価が、入院時に比較して3点以上改善していた患者	名
⑧	日常生活機能評価が3点以上改善した重症者の割合 ⑦／⑥	%

[記載上の注意]

- 「①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。)を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイのイ)に該当するものに限る。)を算定する病床を除く。)へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。
- 「⑥」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定す患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。
- 日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況が確認できる書類を添付すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料〔 〕に係る報告書

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日)		名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数		名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が4点以上改善した人数		名
④ 重症患者回復率(③/②)		%
⑤ 在宅復帰率		%

2 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は6を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (年 月 日～ 年 月 日)		名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数		名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が3点以上改善した人数		名
④ 重症患者回復率(③/②)		%
⑤ 在宅復帰率		%

[記載上の注意]

1、2における「①」について、算定期間は前年の7月1日から当年の6月30日までとする。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入すること。

回復期リハビリテーション病棟入院料における
リハビリテーション提供単位数に係る届出書添付書類

1日当たりリハビリテーション提供単位数

①	直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位
再掲	i 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v 直近1ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)

[記載上の注意]

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合にあっては、③が2単位以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料「注2」に掲げる
休日リハビリテーション提供体制加算に係る届出書添付書類

1. 当該病棟における休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の休日における配置	配置あり ・ 配置なし
---	-------------------

2. 1日当たりリハビリテーション提供単位数

		休日	休日以外
①	直近1ヶ月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数	日	日
②	直近1ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 (i + ii + iii + iv + v)	単位	単位
再掲	i 心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii 脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii 廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv 運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v 呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
③	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (②/①)	単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数		日	日

(算出期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

[記載上の注意]

- 1 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務状況がわかる書類を添付すること。
- 2 当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。
- 3 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の配置については、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24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせ配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

体制強化加算 1
体制強化加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと

1. 病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

区分		氏名	勤務時間	研修受講	病棟外業務 (加算2のみ)
①	医師		時間	□	□
	医師		時間	□	□
②	社会福祉士		時間		

2. 体制強化加算2の要件等

前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施（あり・なし）

病棟外業務を行う専従常勤医師の氏名	病棟の業務に従事する曜日・時間等
上記の医師のうち少なくとも1名が従事している時間（実時間）： 時間	

[記載上の注意]

- 「1」の①はリハビリテーション医療に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。また研修受講した修了証の写しを添付すること。専従の常勤医師が3名以上いる場合は、適宜行を追加して記載すること。
- 「1」の②は退院調整に関する3年以上の経験を確認できる文書を添付すること。
- 「1」の勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「2」の病棟外業務を行う医師の氏名には、「1」で挙げた専従常勤医師の氏名をそれぞれ記入し、当該医師が病棟の業務に従事する曜日・時間等を記入すること。

地域包括ケア病棟入院料 1・2・3・4（いずれかに○）の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟 〔一般・療養〕	病棟名		
	病床数	床	
	看護職員配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	看護補助者配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	看護職員夜間配置加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	「注2」に規定する点数の届出	<input type="checkbox"/>	
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名		(専任となった年月: 年 月)	
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		(いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 (専従となった年月: 年 月)	
当該病棟の状況	当該病棟の病室部分の面積	(1床当たり面積 m ²)	
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)	名	
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)	名	
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)	%	
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名	
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2) 介護老人保健施設	名
		(3) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名		
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)	%		
医療機関の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定 年 月 完成予定 年 月	

入院料1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数		名
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数		名
	医療機関の状況(いずれか2つ)	<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における同一敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数	回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における開放型病院共同指導料(I)又は(II)の算定回数	回
<input type="checkbox"/>	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内にあること。			

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 当該病棟の配置図及び平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
- 看護職員配置加算、看護補助者配置加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。

地域包括ケア入院医療管理料1・2・3・4（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病床届出病棟 〔一般・療養〕	病 棟 名		
	病床数	当該入院医療管理 病床数及び病室番号	(号室)
		病床数（上記を含む）	床
	看護職員配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>
	看護補助者配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>
	看護職員夜間配置加算に係る届出		<input type="checkbox"/>
	「注2」に規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>
A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出		<input type="checkbox"/>	
許 可 病 床 数			床
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			(専任となった年月: 年 月)
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)		(いずれかに○) 理 学 療 法 士 作 業 療 法 士 言 語 聴 覚 士	(専従となった年月: 年 月)
当該病棟・ 入院医療管理届出 病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		m ² (1床当たり面積 m ²)
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合(②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2) 介護老人保健施設	名
		(3) 有床診療所	名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名
		(5) (1)～(4)を除く病院、診療所	名
④ 直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
在宅等へ退出した患者の割合 ((1)+(4))/(③+④)		%	
医療機関の	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出 <input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 <input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		

廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定		着工予定	年	月	
		完成予定	年	月	
入院料1・3に係る要件	当該病棟の状況	⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者延べ数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)		名	
		⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数		名	
		自宅等から入棟した患者の占める割合 (⑥/⑤)		%	
		直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数		名	
	医療機関の状況(いずれか2つ)	<input type="checkbox"/>	直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数		回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数		回
			直近3月間における同一敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数		回
		<input type="checkbox"/>	直近3月間における開放型病院共同指導料(I)又は(II)の算定回数		回
		<input type="checkbox"/>	訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内にあること。		

〔記載上の注意〕

- 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、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24時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- データ提出加算及び疾患別リハビリテーションの届出の写しを添付すること。
- 当該入院医療管理病床の配置図及び平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
- A317特定一般病棟入院料の注7に係る病室の届出を行う場合は、『A317 特定一般病棟入院料の「注7」に規定する点数の届出』の□に「レ」を記入し、『「注2」に規定する点数の届出』は記入しないこと。

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

①	直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数	名	
②	直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数	日	
③	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi)	単位	
再掲	i	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位
	ii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位
	iii	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位
	iv	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位
	v	直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位
	vi	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	単位
④	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)	単位	

(算出期間 : 平成 年 月 日~平成 年 月 日)

特殊疾患病棟入院料 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

		病棟数	病床数	1日平均入院患者数	備 考	
病棟・病床及び入院患者数	総 病 棟	病棟	床	名	1日平均入院患者数算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	内 訳	一 般 病 棟	病棟	床		名
		精 神 病 棟	病棟	床		名
		療 養 病 棟	病棟	床		名
		その他 () 病棟	病棟	床		名
	特殊疾患病棟の届出に係る病棟 (再掲)		病棟	床		名
		入 院 患 者 数				
入院患者数の構成	当該届出に係る病棟①		名			
	脊 髄 損 傷 等 (再掲) ②		名			
	重 度 意 識 障 害 (再掲) ③		名			
	筋ジストロフィー (再掲) ④		名			
	神 経 難 病 (再掲) ⑤		名			
	小 計 (②+③+④+⑤) ⑥		名			
	重 度 肢 体 不 自 由 児 (者) ⑦ *日常生活自立度のランクB以上		名			
	入 院 患 者 の 比 率 (⑥/①又は③+⑦/①)		%			

[記載上の注意]

- 1 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照すること。
- 2 ①には、直近1年間の当該病棟の1日平均入院患者数を、②~⑤及び⑦には、直近1月間のそれぞれの1日平均入院患者数を記載すること。
- 3 当該届出に係る病棟ごとに様式9及び様式20を記載し添付すること。
- 4 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

入院患者の状況	当該病棟の1日平均入院患者数		名	算出期間（直近1年間） 年 月 日 ～ 年 月 日			
	内 訳	悪性腫瘍	名				
		後天性免疫不全症候群	名				
医師数	病院全体の医療法標準数 （届出日時点）		名	従事医師数 （届出日時点）	名	配置割合	%
	当該病棟勤務医師数		常勤者数	名	非常勤者数（常勤換算）	名	
常勤医師名						研修の有無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
病室の状況		当該病棟総数	病室数	病床数①	特別の療養環境の提供に係る病室		②/① （%）
					病室数	病床数②	
	内 訳	個 室	室	床	室	床	
		2 人 室	室	床	室	床	
		3 人 室	室	床	室	床	
		4 人 室	室	床	室	床	
		5 人 室 以上	室	床			
当該病棟の面積			m ² （1床当たり				m ² ）
病室部分の面積			m ² （1床当たり				m ² ）
家族の控え室			m ²				
患者専用台所			m ²				
面談室			m ²				
談話室			m ²				

連携体制	連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無	有 ・ 無
	連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対する研修の実施の有無	有 ・ 無

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

ア 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	
イ がん診療の拠点となる病院	ウ ア、イに準じる病院

緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項

ア 直近 1 年間の当該病棟における入院日数の平均	日
イ 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均	日
ウ 退院患者のうち、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合	%

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関する研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 11 緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項については、「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（通知）」の別添 4 の第 14 の 1 に基づき記載すること。

様式 53

精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料・精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
年 月 ①	日	日
② / (② + ③) = (ア)		
3 月前の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く）⑤		
年 月 ④	名	
上記の患者のうち、3 月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数 ⑥		
名		
⑥ / ⑤ = (イ)		

※ 自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- 1 ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- 2 ④には、①の3 月前の年月を記入する。例えば①が平成 18 年 7 月であれば、④は平成 18 年 4 月となる。平成 18 年 4 月の延べ新規患者数（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3 月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 3 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 4 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 - (1) 精神科救急入院料 1、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟に限る）
(イ) ≥ 0.6
 - (2) 精神科救急入院料 2、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算を算定する病棟を除く）、精神科救急・合併症入院料
(イ) ≥ 0.4

- 5 当該届出に係る病棟について、様式9を記載し添付すること。
- 6 入院基本料の届出書の写しを添付すること。

精神科救急入院料 1 又は 2 の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（5 名以上）			
必要な検査、CT 撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

2 実績に係る要件

① 当該病院における精神科救急入院料の届出病棟数		病棟		
② 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の診療件数 又は、当該圏域における人口 1 万人当たりの時間外・休日・深夜の診療件数（いずれも電話等再診を除く。）		件 又は 件 ／万人		
③ ②のうち、初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数及び②に対する割合		件 割		
④ 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数 又は、当該圏域における人口 1 万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数		件 又は 件 ／万人		
⑤ ④のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合		件 割		
⑤の再掲	⑥ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口	件	⑦ 救急医療情報センター	件
	⑧ 他の医療機関	件	⑨ 都道府県・市町村	件
	⑩ 保健所	件	⑪ 警察	件
	⑫ 消防（救急車）	件		
⑬ 当該入院料を算定する全病棟の新規患者数		人		
⑬の再掲	⑭ 措置入院	人	⑮ 緊急措置入院	人

	⑯ 医療保護入院	人	⑰ 応急入院	人
	⑱ 鑑定入院	人	⑲ 医療観察法入院	人
⑳ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、 緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数				人
$\frac{\text{⑭} + \text{⑮} + \text{⑯} + \text{⑰} + \text{⑱}}{\text{⑬}}$	(a)	%	$\frac{\text{⑭} + \text{⑮} + \text{⑰}}{\text{㉑}}$	(b) %

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 精神科救急入院料1については、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の②」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が150件以上又は1.87件／万人以上
 - ・ 「2の③」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が30件以上又は「2の③」の割合が2割以上
 - ・ 「2の④」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が40件以上又は0.5件／万人以上
 - ・ 「2の⑤」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が8件以上又は「2の⑤」の割合が2割以上
- 4 精神科救急入院料2については、以下のいずれも満たすこと。
 - ・ 「2の②」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が120件以上又は1.5件／万人以上
 - ・ 「2の③」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が25件以上又は「2の③」の割合が2割以上
 - ・ 「2の④」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が30件以上又は0.37件／万人以上
 - ・ 「2の⑤」の件数を「2の①」の病棟数で除した数が6件以上又は「2の⑤」の割合が2割以上
- 5 当該入院料を算定する病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) $\geq 60\%$ (b) $\geq 25\%$ 又は、 $\text{⑭} + \text{⑮} + \text{⑰} \geq 20$ 人
- 6 ㉑については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神科を担当する医師の氏名及び保険医登録番号（5名以上）と、当該病棟に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定番号（3名以上）			
必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制		有	無

2 実績に係る要件

① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の受診患者数 又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の受診患者数		人	又は	人
② 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数		人		
③ 当該病棟の新規患者数		人		
③の再掲	④ 措置入院	人	⑤ 緊急措置入院	人
	⑥ 医療保護入院	人	⑦ 応急入院	人
	⑧ 鑑定入院	人	⑨ 医療観察法入院	人
⑩ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数				人
$\frac{\text{④} + \text{⑤} + \text{⑥} + \text{⑦} + \text{⑧} + \text{⑨}}{\text{③}}$	(a)	%	$\frac{\text{④} + \text{⑤} + \text{⑦}}{\text{⑩}}$	(b)
				%
⑪ 合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合				%

[記載上の注意]

- 1 CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有に○をするとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。
- 2 実績に係る要件の患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a) $\geq 60\%$ (b) $\geq 25\%$ 又は、 $\text{④} + \text{⑤} + \text{⑦} \geq 20$ 人
- 4 ⑩については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。
- 5 ⑪の身体合併症患者とは、特定入院料の施設基準第16の2(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

1 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

2 退院調整加算に係る要件

退院調整加算の届出の有無	有 ・ 無
--------------	-------

3 退院支援部署に係る構成員

区分	氏名
ア 精神保健福祉士	
イ 該当する□に「V」を記入すること。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 臨床心理技術者	

4 精神保健福祉士配置加算に係る要件

区分	氏名	勤務時間
病棟配置の精神保健福祉士		
退院支援部署配置の精神保健福祉士		

届出前月の1年前から起算して過去6月間の当該入院料に係る病棟への延べ入院患者数(措置

入院、鑑定入院及び医療観察法入院で当該保険医療機関へ入院となった患者を除く) (b)	
年 月～ 年 月 (a)	(b) 名
上記患者のうち、1年以内に退院し自宅等へ移行※した患者数 (c)	
(c) 名	
(c) / (b) = _____	

※自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう(ただし、死亡退院及び退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。)。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- 重症者加算1を届け出る場合、当該保険医療機関又は当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、当該保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業のいずれかの施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、③又は④の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 「4」の精神保健福祉士配置加算に係る要件の、退院支援部署配置の精神保健福祉士については、精神療養病棟入院料の退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室の精神保健福祉士と同一でも良い。また、勤務時間については就業規則等に定める所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」の(a)には、算出に係る期間を記入する。算出に係る期間とは、届出前月の1年前から起算して過去6月間の期間を言う。例えば平成26年4月からの届出の場合、平成24年10月～平成25年3月となる。
- 「4」を届け出る場合、当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(c) / (b) ≥ 0.7

様式55の3

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

退院支援相談員に係る要件

精神療養病棟入院料を算定する病棟数	
精神療養病棟入院料を算定する病床数	

退院支援相談員氏名	職種	経験年数

[記載上の注意]

1. 退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。

様式56

認知症治療病棟入院料1、2の施設基準に係る届出書添付書類

標榜診療科	
-------	--

精神科医師氏名	
---------	--

作業療法士氏名	
---------	--

退院調整加算の届出の有無	(有 ・ 無)
--------------	-----------

退院支援部署に係る構成員

区分	氏名	
ア 精神保健福祉士		
イ 看護師、作業療法士、精神保健福祉士、 社会福祉士又は臨床心理技術者	氏名	職種

[記載上の注意]

退院支援部署に係る構成員のイについて、職種欄に職種を記載すること。

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

病棟（又は治療室）名					備考
病 床 数		床	床	床	1日平均 入院患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
入院患者の 状況	① 1日平均入院患者数	名	名	名	
	② ①のうち当該加算の 算定対象となる患者数	名	名	名	
	入院患者の比率 (② / ①)	%	%	%	
当該病棟 (又は治療室) の従事者	小児医療及び児童・思春 期の精神医療の経験を有 する常勤の医師	名	名	名	
	うち精神保健指定医	名	名	名	
	常勤の精神保健福祉士	名	名	名	
	常勤の臨床心理技術者	名	名	名	

[記載上の注意]

- 1 届出に係る病室又は治療室ごとに記入すること。
- 2 当該加算を算定する病棟又は治療室ごとに様式9を添付すること。
- 3 当該病院内に設置されている学習室が確認できる当該病院の平面図を添付すること。
- 4 当該加算を算定する治療室の場合は、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていることが確認できる当該病院の平面図を添付すること。

特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

届 出	<input type="checkbox"/> 特定一般病棟入院料 1 <input type="checkbox"/> 特定一般病棟入院料 2
保 険 医 療 機 関 名	
住 所	
病 床 数	床

[記載上の注意]

- 1 当該届出を行う保険医療機関は、別紙 2 に定められた地域に所在する保険医療機関のうち 1 病棟（一般病棟に限る。）で構成される病院であること。
- 2 様式 5 から 9 を添付すること。
- 3 地域包括ケア入院医療管理に係る病室の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までを用いること。
- 4 当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院基本料 1 の例により算定を行う病棟については、別添の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。

様式 57 の 3

特定一般病棟入院料の「注 12」に規定する
90 日を超えて特定一般病棟入院料を算定する病棟
に入院している患者の算定に係る届出書

90 日を超えて入院している患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行う病棟の概要

届出を行う病棟	病棟名：() 病棟 病床数：() 床
---------	---

様式 57 の 4

地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

1 許可病床数と入院患者数に係る要件

ア 直近 1 ヶ月間の精神病棟の平均入院患者数	人
イ 直近 1 年間の精神病棟の平均入院患者数	人
ウ 精神病床の許可病床数	床
エ (ア又はイいずれか小さい値) ÷ ウ	

2 長期入院患者の退院実績に係る要件

オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数 (直近 3 か月間における 1 か月あたり平均)	人
カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数	床
キ $オ \div カ \times 100$ (%)	%

3 退院支援部署の専従の従事者に係る要件

氏名	職種	勤務時間

4 退院支援相談員に係る要件

氏名	職種	経験年数

5 重症者加算1に係る要件

(1)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設
	① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数	件(≥4件)
	①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数	件(≥1件)
	② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数	件(≥10件)
(3)	②のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
	③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回(≥6回)
	④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)

[記載上の注意]

- 「3」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められている所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経験年数を記載すること。
- 「5」について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出書添付書類

当該保険医療機関が満たす基準（該当する区分に○）				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病棟入院基本料 ・ 7 対 1 入院基本料 ・ 10 対 1 入院基本料 ・ 13 対 1 入院基本料 ・ 15 対 1 入院基本料 ・ 18 対 1 入院基本料 ・ 20 対 1 入院基本料 ・ 有床診療所入院基本料 1 ・ 有床診療所入院基本料 4 				
当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医				
氏 名	麻 酔 科 標 榜 許 可 書		勤務開始日	
	許 可 年 月 日	登 録 番 号		
	年 月 日		年 月 日	
自院における緊急対応	可・不可			
（不可の場合、密接に提携している保険医療機関名） _____				
当該回復室 の概要	回復室の面積	病床数	1床当たり床面積	1日平均患者数
	m ²	床	m ²	名
当該回復室 の従事者	看護師		日勤 名	準夜勤 名

[記載上の注意]

- 1 当該回復室の従事者及び概要は短期滞在手術等基本料 1 に係る届出の場合のみ記入すること。
- 2 入院基本料の届出書の写しを添付すること。（短期滞在手術等基本料 2 の届出の場合に限る。）