

確認事項

◇ 機能強化加算(A000注12)

次のいずれにも該当する。

(1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である。 (適 ・ 否)

(2) 次のいずれかに係る届出を行っている。 (適 ・ 否)

ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算

イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料

ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料

エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)

オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示している。

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示している。 (適 ・ 否)

(4) (3)に基づき掲示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている。

また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付している。 (適 ・ 否)

調査メモ

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ オンライン診療料(A003)、オンライン医学管理料(B通則)
オンライン在宅管理料(C002注12)、精神科オンライン在宅管理料(I016注4)

次のいずれにも該当する。

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する
保険医療機関である。 (適 ・ 否)
- (2) 当該保険医療機関内に脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛
患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置している(頭痛患者に
対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。)。 (適 ・ 否)
- (3) 当該保険医療機関において、1月当たりの区分番号「A001」再診料(注9による場合は除く。)、
区分番号「A002」外来診療料、区分番号「A003」オンライン診療料、区分番号「C001」在宅
患者訪問診療料(Ⅰ)及び区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定回数に占める
区分番号「A003」オンライン診療料の算定回数の割合が1割以下である。 (適 ・ 否)

調査メモ

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 総合入院体制加算1(A200)

(1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関である。 (適 ・ 否)

※ 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院である。

(2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関である。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議(医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下この項において「地域医療構想調整会議」という。)で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。 (適 ・ 否)

※ 精神科については、以下のすべてを満たしている。

- 24時間対応できる体制を確保し、精神病床を有している。
- 精神病棟入院基本料、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、児童・思春期精神科入院医療管理料又は地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っている。
- 現に精神疾患患者の入院を受け入れている。

(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上ある。 (適 ・ 否)

また、以下のアからカの件数をすべて満たしている。 (適 ・ 否)

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
- オ 化学療法 1,000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

(4)24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関である。

(適 ・ 否)

(5)外来を縮小するに当たり、次の体制を確保している。

(適 ・ 否)

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収している。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、B009診療情報提供料(I)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち4割以上である。

※ 外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者は除く。

(6)病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。

(適 ・ 否)

※ 別添「◇医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制」により確認

(7)地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置している。

(適 ・ 否)

(8)画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保している。

(適 ・ 否)

(9)薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している。

(適 ・ 否)

(10) 保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしている。

(適 ・ 否)

当該保険医療機関の敷地内が禁煙である。 禁煙 分煙

※ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙である。

※ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)、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、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。

※敷地内に喫煙所を設ける場合は、次の措置を講じている。

喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めている。

喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講じている。

(例:喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行っている。)

(11) 次のいずれにも該当している。

(適 ・ 否)

療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない。

当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。

※ ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。

(12)総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定している。

その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(◆)の割合が別表2のとおりである。 (適 ・ 否)

◆ 別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。

別表1

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1、2	3割5分	3割3分
総合入院体制加算3	3割2分	3割

※ 産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は測定対象から除外する。

※ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

※ 評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価している。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ている。

※ 評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

※ 総合入院体制加算について、令和2年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

(13) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものにより行われている。

ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行っている。

(適 ・ 否)

(14) 二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院である。

(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 総合入院体制加算2(A200)

(1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関である。 (適 ・ 否)

※ 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院である。

(2) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保している。 (適 ・ 否)

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収している。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、B009診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち4割以上である。

※ 外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者は除く。

(3) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。

(適 ・ 否)

※ 別添「◇医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制」により確認

(4) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置している。 (適 ・ 否)

(5) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保している。 (適 ・ 否)

(6) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している。

(適 ・ 否)

(7)全身麻酔による手術件数が年800件以上ある。 (適 ・ 否)

また、以下のアからカの件数のうち、4つ以上を満たしている。 (適 ・ 否)

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
- オ 化学療法 1,000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

(8)救急自動車等又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間2,000件以上である。 (適 ・ 否)

(9)24時間の救急医療提供として、次のいずれかを満たしている保険医療機関である。 (適 ・ 否)

- ア 次のいずれかのセンターを設置している。
 - 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」
 - 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第3「救命救急センター」
 - 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第4「高度救命救急センター」
 - 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」(以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。)による総合周産期母子医療センター
- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている。

(10)内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関である。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。 (適 ・ 否)

※ 精神科については、以下のすべてを満たしていれば、必ずしも標榜し入院医療を行う体制を必要としない。

24時間対応できる体制を確保している。

(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。)

精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出を行っている。

精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上である。

(11)次のいずれにも該当している。 (適 ・ 否)

療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない。

当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。

※ ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。

(12)総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定している。

その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(◆)の割合が別表2のとおりである。 (適 ・ 否)

◆ 別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。

別表1

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1、2	3割5分	3割3分
総合入院体制加算3	3割2分	3割

※ 産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限り。)は測定対象から除外する。

※ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

※ 評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価している。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ている。

※ 評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

※ 総合入院体制加算について、令和2年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

(13) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものにより行われている。

ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行っている。

(適 ・ 否)

(14) 二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院である。

(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 総合入院体制加算3(A200)

(1)一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関である。 (適 ・ 否)

※ 特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院である。

(2)外来を縮小するに当たり、次の体制を確保している。 (適 ・ 否)

ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収している。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、B009診療情報提供料(Ⅰ)の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数のうち4割以上である。

※ 外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者は除く。

(3)病院の医療従事者の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。

(適 ・ 否)

※ 別添「◇医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制」により確認

(4)地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置している。

(適 ・ 否)

(5)画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保している。 (適 ・ 否)

(6)薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保している。

(適 ・ 否)

(7)24時間の救急医療提供として、次のいずれかを満たしている保険医療機関である。

(適 ・ 否)

ア 次のいずれかのセンターを設置している。

- 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」
- 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第3「救命救急センター」
- 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第4「高度救命救急センター」
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」(以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。)による総合周産期母子医療センター

イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている。

(8)内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関である。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。

(適 ・ 否)

※ 精神科については、以下の要件を満たしていれば、必ずしも標榜し入院医療を行う体制を必要としない。

24時間対応できる体制を確保している。

(自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を含む。)

※ また、以下のいずれかを満たしている。

精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出を行っている。

精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上である。

(9) 全身麻酔による手術件数が年800件以上ある。 (適 ・ 否)

また、以下のアからカの件数のうち、2つ以上を満たしている。 (適 ・ 否)

- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
- オ 化学療法 1,000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上

(10) 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 (適 ・ 否)

※ ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設(介護医療院を除く。)を設置している保険医療機関については当該時点で設置している当該施設(介護医療院を除く。)を維持することができる。

(11) 総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定している。

その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3か月において入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(◆)の割合が別表2のとおりである。

(適 ・ 否)

◆ 別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。

別表1

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1、2	3割5分	3割3分
総合入院体制加算3	3割2分	3割

- ※ 産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は測定対象から除外する。
- ※ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に内科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。
- ※ 評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価している。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ている。
- ※ 評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。
- ※ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、別表2に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えない。
- ※ 総合入院体制加算について、令和2年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

(12)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものにより行われている。

ただし、別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行っている。

(適 ・ 否)

(13)療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関である。

(適 ・ 否)

※ ただし、平成26年3月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 臨床研修病院入院診療加算(A204-2)

【基幹型】

(1)当該施設は、次のいずれかに該当している。 (適 ・ 否)

ア 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院

イ 医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院等と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行う基幹型相当大学病院

(2)診療録管理体制加算の届出を行っている。 (適 ・ 否)

(3)研修医の診療録の記載について、指導医が指導及び確認をする体制がとられている。 (適 ・ 否)

(4)研修医2.5名につき、指導医1名以上である。 (適 ・ 否)

※ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除した数を超えていない。

※ 指導医は、臨床経験を7年以上有する医師である。

(5)医師の数は、医療法に定める標準を満たしている。 (適 ・ 否)

(6)研修管理委員会が設置されている。 (適 ・ 否)

(7) 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習を年2回以上実施している。

※ 当該保険医療機関が自ら行うものに限る。

(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 臨床研修病院入院診療加算(A204-2)

【協力型】

(1)当該施設は、次のいずれかに該当している。 (適 ・ 否)

ア 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院。

イ 医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う協力型相当大学病院(基幹型相当大学病院を除く)

(2)診療録管理体制加算の届出を行っている。 (適 ・ 否)

(3)研修医の診療録の記載について、指導医が指導及び確認をする体制がとられている。 (適 ・ 否)

(4)研修医2.5名につき、指導医1名以上である。 (適 ・ 否)

※ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間の入院患者数を100で除した数を超えていない。

※ 指導医は、臨床経験を7年以上有する医師である。

(5)医師の数は、医療法に定める標準を満たしている。 (適 ・ 否)

(6)研修医は、基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けている。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 救急医療管理加算(A205)

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる医療機関である。 (適 ・ 否)

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

エ 都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療機関

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している。 (適 ・ 否)

(3) 診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入に対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保している。 (適 ・ 否)

(4) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している。(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ 妊産婦緊急搬送入院加算(A205-3)

(1)産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関である。 (適 ・ 否)

(2)妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に
に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられている。
(適 ・ 否)

(3)妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応
できる十分な設備を有している。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

◇ 特殊疾患入院施設管理加算(A211)

(1)障害者施設等一般病棟又は精神病棟を単位としている。 (適 ・ 否)

(2)当該病棟における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児(者)、
脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者である。
(適 ・ 否)

※ 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。

- ア 意識障害レベルがJCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS
(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
- イ 無動症の患者(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

※ 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小
脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核
変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機
能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ
橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム
病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発
神経炎又はもやもや病(ウイルス動脈輪閉塞症)に罹患している患者をいう。

(3)看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上で
ある。また、夜勤を行う看護要員の数は、看護職員1を含む2以上である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

調査メモ

◇ 看護配置加算(A213)

(1) 地域一般入院料3、障害者施設等入院基本料15対1入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料を算定する病棟である。 (適 ・ 否)

(2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 無菌治療室管理加算1(A224)

- (1)当該保険医療機関において自家発電装置を有している。 (適 ・ 否)
- (2)滅菌水の供給が常時可能である。 (適 ・ 否)
- (3)個室である。 (適 ・ 否)
- (4)室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス6以上である。 (適 ・ 否)
- (5)当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

◇ 無菌治療室管理加算2(A224)

(1)室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラス7以上である。 (適 ・ 否)

(2)当該保険医療機関において自家発電装置を有している。 (適 ・ 否)

(3)滅菌水の供給が常時可能である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 重症皮膚潰瘍管理加算(A226)

(1)皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜している。 (適 ・ 否)

(2)重症皮膚潰瘍を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行っている。 (適 ・ 否)

(3)重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されている。 (適 ・ 否)

(4)個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制である。 (適 ・ 否)

(5)その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 精神科応急入院施設管理加算(A228)

- (1)精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第1項の規定により都道府県知事が指定した精神科病院である。 (適 ・ 否)
- (2)精神保健指定医1名以上及び看護師、その他の者3名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、応急入院患者等に対して診療応需の態勢を整えている。 (適 ・ 否)
- (3)看護配置等について、次のいずれも満たしている。 (適 ・ 否)
- ア. 当該病床を含む当該病棟における1日に看護を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上である。
 - イ. 当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、アの規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上である。
 - ウ. 看護職員の数が最小必要数の8割以上であり、かつ、看護職員の2割以上が看護師である。
- (4)応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に1床以上確保している。 (適 ・ 否)
- (5)応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にある。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 精神病棟入院時医学管理加算(A230)

(1)精神病棟を単位としている。 (適 ・ 否)

(2)医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されている。

平成 年 月 (適 ・ 否)

医師 現員数 人 標準数 人

※医療法施行規則第19条第1項第1号定める医師の員数とは

「精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数」を「精神病床に係る病室の入院患者の数に療養病床に係る病室の入院患者の数を3をもって除した数を加えた数」と読み替えた場合における同号に定める医師の員数。

(3)当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設である。

(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 精神科地域移行実施加算(A230-2)

(1)精神科を標榜する病院であって、次のいずれかを算定している病棟を単位としている。

- ア 精神病棟入院基本料 (適 ・ 否)
(15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料に限る)
- イ 特定機能病院入院基本料
(15対1精神病棟入院基本料に限る)
- ウ 精神療養病棟入院料

(2)当該病院に地域移行推進室が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されている。

- ※ 地域移行推進室は、「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等に規定する
退院支援部署と同一でも差し支えない。 (適 ・ 否)

(3)地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が1名以上配置されている。 (適 ・ 否)

- ※ 当該精神保健福祉士は、「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等に規定する
退院支援部署と兼務することができる。
- ※ 当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務に専従していることが必要
であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はない。
- ※ 地域移行支援に係る業務とは、当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活する
に当たっての留意点等について面談等を行うなどの業務をいう。

(4)当該病院における入院期間が5年を超える入院患者数のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上の
実績がある。 (適 ・ 否)

- ※ 退院に係る実績は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
- ア 1月1日において、入院期間が5年以上の患者のうち、1月から12月までの間に退院
した患者数(退院後3月以内に再入院した患者を除く)
- イ 1月1日において、入院期間が5年以上である患者数

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ 強度行動障害入院医療管理加算(A231-2)

次の各号のいずれかに該当する病棟である。

(適 ・ 否)

イ 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として重症心身障害児を入させるものに限る。)又は同法第6条の2の2第3項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟である。

ロ 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟である。

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

調査メモ

◇ 重度アルコール依存症入院医療管理加算(A231-3)

(1)精神科を標榜している。 (適 ・ 否)

(2)当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されている。 (適 ・ 否)

※ 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精神保健指定医である非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、当該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、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

(3)当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び、研修を修了した看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理士がそれぞれ1名以上配置されている。 (適 ・ 否)

※ 研修要件について、医師は必ず研修を修了している必要がある。看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理士については少なくともいずれか1名が研修を修了している。

(4)必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されている。 (適 ・ 否)

※ 平成31 年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
ア 平成31 年3月31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ 摂食障害入院医療管理加算(A231-4)

(1) 摂食障害の年間新規入院患者数(入院期間が通算される再入院の場合を除く。)が10人以上である。

(適 ・ 否)

(2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師が

それぞれ1名以上配置されている。

(適 ・ 否)

※ 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、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非常勤医師(摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。)を2名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

※ 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

(3) 精神療法を行うために必要な面接室を有している。

(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

◇ がん拠点病院加算(A232)

1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院(地域がん診療連携拠点病院(特例型)を除く。)の指定を受けている。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。(適 ・ 否)

2 がん拠点病院加算の1のロに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携拠点病院(特例型)又は地域がん診療病院の指定を受けている。(適 ・ 否)

3 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」(平成30年7月31日健発0731第2号厚生労働省健康局長通知)に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けている。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。(適 ・ 否)

【がんゲノム拠点病院加算に関する施設基準】

(1)「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和元年7月19日健発0719第3号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けている。(適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

調査メモ

◇ ハイリスク妊娠管理加算(A236-2)

(1)産婦人科又は産科を標榜している保険医療機関であり、専ら産婦人科又は産科に従事する医師1名以上が配置されている。 (適 ・ 否)

(2)緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有している。 (適 ・ 否)

(3)公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施している。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(A238-6)

(1)精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携している。 (適 ・ 否)

(2)精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている。 (適 ・ 否)

(3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

調査メモ

確認事項

調査メモ

◇ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算(A238-7)

(1)精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携している。 (適 ・ 否)

(2)精神病棟入院基本料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている。 (適 ・ 否)

(3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関である。 (適 ・ 否)

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

◇ データ提出加算(A245)

(1) 診療録管理体制加算に係る届出を行っている。 (適 ・ 否)

※ ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りる。

ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

(2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)(以下「DPC調査」という。))に適切に参加できる体制を有している。

※ DPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定している。 (適 ・ 否)

(3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出している。

(適 ・ 否)

※ データ提出加算1及び3にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する。

(4) 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催している。

※ コーディング委員会はコーディングに関する責任者の他に少なくとも以下の者を構成員としている。

診療部門に所属する医師

薬剤部門に所属する薬剤師

診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者

(適 ・ 否)

調査メモ

【提出データ評価加算】

(1) データ提出加算2の口又は4の口の届出を行っている。

(適 ・ 否)

(2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当する。

(適 ・ 否)

ア 当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がない。

※ データ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、DPC調査事務局宛てに提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

イ 当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータ及び提出データと同じ期間における未コード化傷病名の割合の基準を満たす。

※ (2)のイに規定する未コード化傷病名の割合の基準を満たす場合とは、次のいずれにも該当する場合をいう。

ア 調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が2%未満

イ 調査実施説明資料において定められた外来EFファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が2%未満

ウ 医科の全ての診療報酬明細書(DPC対象病院においては、入院、入院外及びDPCを、DPC対象病院以外の病院においては、入院及び入院外)に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード(レセプト電算処理用の傷病名コード:0000999)の割合が10%未満

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()

確認事項

調査メモ

◇ 精神疾患診療体制加算(A248)

(1) 保険医療機関である病院であって、許可病床数が100床(別表第6の2に掲げる地域に所在する
保険医療機関にあつては80床)以上である。 (適 ・ 否)

(2) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関である。 (適 ・ 否)

(3) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が、当該保険医療機関全体の許可病床数の
50%未満である。 (適 ・ 否)

(4) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている。 (適 ・ 否)

- ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3
「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」
規定する総合周産期母子医療センターを設置している 保険医療機関
- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

◎ 口頭による指摘事項

◎ 文書による指摘事項

◎ 返還事項

調査者()

調査者()