

様式 55 の 2

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出書

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	
		<input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設	
(2)	精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択	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、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数	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)
		②のうち、精神科救急情報センター、救急医療情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。)	件
(3)	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】

前年 1 年間 (暦年) の実績による報告を行うこと。