

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関コード： _____

保険医療機関名 _____

<p>1 届出 ※該当するものにチェックすること。</p>	<p><input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 1 <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 2 <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算 3</p>
<p>2 標榜し入院医療を提供している診療科</p>	<p>該当するものに「✓」すること。 <input type="checkbox"/> 1 内科 <input type="checkbox"/> 2 精神科 <input type="checkbox"/> 3 小児科 <input type="checkbox"/> 4 外科 <input type="checkbox"/> 5 整形外科 <input type="checkbox"/> 6 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 7 産科又は産婦人科</p>
<p>3 精神科医師が 24 時間対応できる体制 ※総合入院体制加算 1 は、5・6 の記載は不要。 ※総合入院体制加算 2 及び 3 は、3・4 の記載は不要。</p>	<p>1 当該保険医療機関の担当精神科医師名： ()</p> <p>2 連携保険医療機関の名称及び担当精神科医師名 ・ 名称 () ・ 担当精神科医師名 ()</p> <p>3 医療法第 7 条第 2 項第 1 号に規定する精神病床数 () 床</p> <p>4 届出を行っている入院料に「✓」し、届出時点における当該病棟の入院患者数を記載すること。 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 () 人 <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 () 人 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 () 人</p> <p>5 次の届出している加算に○をつけること。 <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算 1</p> <p>6 1 年間の算定実績 <input type="checkbox"/> 精神疾患診療体制加算 2 () 件 <input type="checkbox"/> 入院精神療法（救急患者に対し入院 3 日以内に実施されたものに限る） () 件</p>

	<input type="checkbox"/> 救急救命入院料の「注2」に規定する精神疾患診断初回加算（救急患者に対し入院3日以内に実施されたものに限る）（ ）件
4 全身麻酔による年間手術件数	（ ）件
5 手術等の件数	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術（40件／年以上）（ ）件 イ 悪性腫瘍手術（400件／年以上）（ ）件 ウ 腹腔鏡手術（100件／年以上）（ ）件 エ 放射線治療（体外照射法）（4,000件／年以上）（ ）件 オ 化学療法（1,000件／年以上）（ ）件 カ 分娩（100件／年以上）（ ）件 アからカのうち基準を満たす要件の数（ ）
6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。	<input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関 <input type="checkbox"/> 2 救命救急センター <input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター <input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 5 その他（ ）
7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の場合に記載すること。	1年間の救急用の自動車等による搬送件数（2,000件／年以上）（ ）件
8 外来縮小体制	1-1 初診に係る選定療養（実費を徴収していること）の報告の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）
	1-2 診療情報提供料等を算定する割合（4割以上） $(②+③) / ① \times 10$ （ ）割 ① 総退院患者数（ ）件 ② 診療情報提供料（I）の注「8」の加算を算定する退院患者数（ ）件

	<p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 () 件</p> <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p>
9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	<p>様式 13 の 2 に記載すること。</p> <p>※ 直近 7 月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合「✓」を記入 <input type="checkbox"/> 届出を省略</p>
10 地域連携室の設置	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
11 24 時間の画像及び検査体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
12 薬剤師の当直体制を含めた 24 時間の調剤体制	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)
13 禁煙の取扱	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料、<input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料、<input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料、<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料、<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料、<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。</p> <p>具体的な受動喫煙防止措置 ()</p>
※総合入院体制加算 1 の届出の場合に記入すること。	
14 療養病棟入院基本料の届出等	<p>・療養病棟入院基本料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> <p>・地域包括ケア病棟入院料の届出 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) (地域包括ケア入院医療管理料を含む)</p> <p>・同一建物内における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の設置 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p>

<p>15 外部評価について ※総合入院体制加算1 及び2の届出の場合に 記入すること。</p>	<p>該当するものにチェックすること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。 ()</p>
<p>16 急性期充実体制加算の届出</p>	<p><input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない。</p>

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1及び2については、総合入院体制加算2又は3の届出を行う場合において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載すること。
- 2 「5」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。
- 3 各実績において「年間」とは、令和4年4月1日～令和5年3月31日の期間を指す。
- 4 様式13の2を添付すること。