

総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名： _____

保険医療機関コード： _____

(※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。)

<p>1 届出</p> <p>※該当するものに○で囲むこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 総合入院体制加算 1 ▪ 総合入院体制加算 2 ▪ 総合入院体制加算 3
<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○で囲むこと。</p> <p style="text-align: center;">1 内科 2 精神科 3 小児科 4 外科</p> <p style="text-align: center;">5 整形外科 6 脳神経外科 7 産科又は産婦人科</p>
<p>3 精神科医師が2-4時間対応できる体制</p> <p>※3及び4については総合入院体制加算1の届出の場合、5及び6については総合入院体制加算2又は3の届出の場合に記入すること。</p>	<p>次のいずれかに○をつけ、医師名等を記入すること。</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</p> <p style="padding-left: 20px;">— 名称 _____</p> <p style="padding-left: 20px;">— 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 次の届出している入院料に○をつけ、届出時点の該当病棟に入院している人数を記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> — 精神病棟入院基本料 (_____) 人 — 精神科救急入院料 (_____) 人 — 精神科急性期治療病棟入院料 (_____) 人 — 精神科救急・合併症入院料 (_____) 人 — 児童・思春期精神科入院医療管理料 (_____) 人 — 地域移行機能強化病棟入院料 (_____) 人 <p>5 次の届出している加算に○をつけること。</p> <ul style="list-style-type: none"> — 精神科リエゾンチーム加算 — 認知症ケア加算1 <p>6 1年間の算定実績</p> <ul style="list-style-type: none"> — 精神疾患診療体制加算2 (_____) 件 — 入院精神療法（救急患者に対し入院3目以内に実施されたものに限る） (_____) 件 — 救急救命入院料の注2に規定する加算（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 24時間の救急医療体制 ※ 総合入院体制加算1の届出の場合、2又は3であること。	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()
5 外来縮小体制	1 初診に係る選定療養(実費を徴収していること)の有無 (有 無) 2 診療情報提供料等を算定する割合 $(2+3) / 1 \times 10$ () 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 ③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 () 件
6 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式13の2に記載すること。 ※ 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 □ 届出を省略
7 全身麻酔による手術件数	件
8 地域連携室の設置	(有 無)
9 24時間の画像及び検査体制	(有 無)
10 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	(有 無)
11 禁煙の取扱 ※総合入院体制加算1の届出の場合に記入すること。	該当するものに○で囲むこと。 1. 敷地内禁煙 2. 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こと。 3. 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の病棟があれば、その入院料を○で囲むこと。

	<p>緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、精神科救急入院料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、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、地域移行機能強化病棟入院料</p> <p>4—3に該当した場合、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>
12 手術等の件数	<p>ア 人工心肺を用いた手術 () 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 () 件</p> <p>ウ 腹腔鏡手術 () 件</p> <p>エ 放射線治療（体外照射法） () 件</p> <p>オ 化学療法 () 件</p> <p>カ 分娩 () 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ()</p>
13—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>該当するものに○で囲むこと。</p> <p>・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価</p> <p>・上記に準じる評価 (_____)</p>
14—救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。	<p>1年間の救急用の自動車等による搬送件数 (_____) 件</p>
15—その他	<p>療養病棟入院基本料の届出 (有 無)—</p> <p>地域包括ケア病棟入院料の届出 (有 無)—</p> <p>(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 (有 無)—</p>

〔記載上の注意〕

- 1—「3」の1および2については、総合入院体制加算2及び3の届出において、「2」の「2—精神科」に該当しない場合に記載すること。——
- 2—「4」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 様式13の2を添付すること。

(保険医療機関コード： _____)