

急性期充実体制加算等の施設基準に係る届出書添付書類

(新規・7月報告)

1. 許可病床数

| | |
|-------|---|
| 許可病床数 | 床 |
|-------|---|

2. 急性期充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を算定する病棟を有する保険医療機関である。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 急性期一般入院料 1 を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行っている。 | | | |
| 1 手術等に係る実績 | 以下のいずれかを満たしている。 <input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしている。 <input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち2つ以上を満たしている。 | | |
| | 以下に年間件数又は許可病床 1 床あたりの年間件数※ ¹ を記入※ ² すること。 ※1 () の許可病床 1 床あたりの記載は、許可病床数 300 床未満の保険医療機関において記入すること。 ※2 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えない | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件/年以上) (6.5 件/年/床以上)</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: right;">件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> </table> | (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件/年以上) (6.5 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) |
| | (イ) 全身麻酔による手術 (2,000 件/年以上) (6.5 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">うち、緊急手術 (350 件/年以上) (1.15 件/年/床以上)</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: right;">件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：</td> </tr> </table> | うち、緊急手術 (350 件/年以上) (1.15 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組： |
| | うち、緊急手術 (350 件/年以上) (1.15 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) 病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組： | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">ア (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: right;">件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> </table> | ア (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | |
| ア (ロ) 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上)</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: right;">件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> </table> | (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | |
| (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 (400 件/年以上) (1.0 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">(ニ) 心臓カテーテル法による手術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上)</td> <td style="width: 70%; padding: 5px; text-align: right;">件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年)</td> </tr> </table> | (ニ) 心臓カテーテル法による手術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | |
| (ニ) 心臓カテーテル法による手術 (200 件/年以上) (0.6 件/年/床以上) | 件/年 (許可病床 1 床あたり 件/年) | | |

| | | | |
|--------------------|---|---|-----------------------------|
| | (ホ) 消化管内視鏡による手術 (600 件／年以上) (1.5 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり 件／年 件／年) | |
| | (ヘ) 化学療法 (1,000 件／年以上) (3.0 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり 件／年 件／年) | |
| | イ | (イ) 異常分娩 (50 件／年以上) (0.1 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり 件／年 件／年) |
| | | (ロ) 6 歳未満の乳幼児の手術 (40 件／年以上) (0.1 件／年／床以上) | (許可病床 1 床あたり 件／年 件／年) |
| 2 外来化学療法の実施を推進する体制 | 1 のアの(へ)を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。 <input type="checkbox"/> 外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 化学療法のレジメンが委員会により承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4 割以上のレジメンが外来で実施可能である。 | | |
| 3 24 時間の救急医療提供 | ア 該当するものを記載すること。 <input type="checkbox"/> 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している <input type="checkbox"/> 救急搬送件数 (2,000 件／年以上) (6.0 件／年／床以上) 件／年 (許可病床数 1 床あたり 件／年) イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 (<input type="checkbox"/> 自院 ・ <input type="checkbox"/> 他院) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載 :) ・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」に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数の合計 (20 件／年以上) 件／年 | | |
| 4 高度急性期医療の提供 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。 <input type="checkbox"/> 救命救急入院料 床 <input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料 床 <input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料 床 <input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 床 <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料 床 <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料 床 <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料 床 <input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料 床 | | |
| 5 感染対策 | <input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1 の届出を行っている。 | | |
| 6 24 時間の画像診断及び検査体制 | (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) | | |

| | |
|---------------------------|--|
| 7 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) |
| 8 精神科リエゾンチーム加算等の届出 | <input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算2の届出を行っている。 |
| 9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制 | <p>ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師： ・ 専任の看護師： <p>イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：</p> <p>ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/></p> <p>エ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：</p> <p>オ 院内講習の開催日（開催予定日）： 1回目 月 日 2回目 月 日</p> |
| 10 外来縮小体制 | <p>ア 該当するものを記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している。 ・ 紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上 <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 令和4年度に紹介割合又は逆紹介割合が、基準を満たしていない場合に、令和5年度の届出を実施可能とするために予定している、確実な取組： <p style="text-align: center;">院内で設定している数値目標：</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関である。 <p>イ 前年度1年間の初診・再診の患者数を記入すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 初診の患者数 () 名 ② 再診の患者数 () 名 ③ 紹介患者数 () 名 ④ 逆紹介患者数 () 名 ⑤ 救急患者数 () 名 |

| | |
|-----------------|--|
| | <p>⑥ 紹介割合 () %</p> <p>⑦ 逆紹介割合 () ‰</p> |
| 11 処置の休日加算1等の届出 | <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っていない。</p> <p>・届出を行っていない理由：</p> <p>・今後の届出予定について：<input type="checkbox"/> 予定あり 令和 年 月頃 <input type="checkbox"/> 届出を行う見込みがない</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由：</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：</p> |
| 12 他の入院料の届出状況等 | 以下のいずれも満たすこと。 |
| | <input type="checkbox"/> 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。 |
| | <input type="checkbox"/> 以下の③の割合が9割以上であること。 ① 一般病棟の病床数の合計 () 床 ② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、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及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数 () 床 ③ $\text{①} \div \text{②} \times 10 = () \text{割}$ |
| | <input type="checkbox"/> 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を設置していない。 |
| | <input type="checkbox"/> 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。 |
| 13 退院に係る状況等 | 以下のいずれも満たすこと。 |
| | <input type="checkbox"/> 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 () 日（小数点第一位まで） |
| | <input type="checkbox"/> 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満であること。() 割 |
| | <input type="checkbox"/> 以下のいずれかの届出を行っていること。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算2の届出を行っている。 |

| | |
|----------------|---|
| 14 禁煙の取扱い | <input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <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。 <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チェックすること。 <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"/> 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 <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。 具体的な受動喫煙防止措置（ ） |
| 15 外部評価 | 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。（ ） <input type="checkbox"/> 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり 受審予定時期（ 令和 年 月 ） |
| 16 総合入院体制加算の届出 | <input type="checkbox"/> 総合入院体制加算の届出を行っていない。 |

3. 精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

| | |
|-----------------------------|---|
| 1 精神病床 | 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数（ ）床 |
| 2 精神疾患患者に対する体制 | <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。 |
| 3 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数 | 以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料（ ）床（ ）人 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料（ ）床（ ）人 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料（ ）床（ ）人 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料（ ）床（ ）人 <input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料（ ）床（ ）人 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料（ ）床（ ）人 |

〔記載上の注意〕

- 1 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」の「3」のア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。
- 2 「2. 急性期充実体制加算の施設基準」の「5」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いること。
- 3 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指す。
- 4 「3. 精神科充実体制加算の施設基準」の「2」については、精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる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。
- 5 様式6を添付すること。
- 6 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付すること。
- 7 「2」の化学療法のレジメンについて、がん腫・レジメンのリスト及びレジメンごとの年間実施実患者数（入院・入院外別）の集計表を添付すること。