

別添

施設基準に係る届出書

空欄にしてください

連絡先 担当者氏名： 電話番号：)	届出番号	
(届出事項)			
「通院対象者通院医学管理料」等、届出する施設基準の 名称を記入してください			
[] の施設基準に係る届出			
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定医療機関の所在地及び名称</p> <p>開設者名</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p>			
備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。			
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。			
3 届出書は、1通提出のこと。			

押印不要

様式 3

該当するところに人数等を記載してください

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

医療機関の概要	病床数	床
	精神保健指定医	常勤 人 非常勤 人
	看護師	常勤 人 非常勤 人
	作業療法士	常勤 人 非常勤 人
	精神保健福祉士	常勤 人 非常勤 人
	臨床心理技術者	常勤 人 非常勤 人
当該医療機関における精神病棟の入院基本料等の届出区分	精神病棟入院基本料	区分 1 2 3 4 5 特別 ()
	特定入院料	区分 精神科救急入院料 1 2 精神科急性期治療病棟入院料 1 2 精神科救急・合併症入院料 精神療養病棟入院料
当該施設基準を下回っている場合の連携医療機関	医療機関名 所在地 担当医師の氏名	複数の医療機関と連携を行っている場合は主立った病院を記載してください
多職種チーム会議	開催予定回数 (1)回/週・月・年 参加メンバー (氏名・職種) ○○ ○○ (医師)、△△ △ (看護師)、□□ □□ (看護師) ・ ×× ×× (精神保健福祉士)、** *** (作業療法士)	
ケア会議	参加予定メンバー (氏名・職種) ・ 同上	会議に出席予定の医師、看護師等の氏名と職種を記載してください
訪問看護の体制	担当医師数 人 看護師数 人 その他 人	
訪問看護の体制がない場合の連携体制	連携訪問看護ステーション名 所在地 看護師数 人	訪問看護及びデイ・ケアを行っている場合は体制を、行っていない場合は連携の機関名を記載してください
精神科デイ・ケアの体制	医科診療報酬点数表による届出の有無	有・無
精神科デイ・ケアの体制がない場合の連携体制	医療機関名 所在地 医科診療報酬点数表による届出の有無	有・無
緊急時の連絡・対応方法		別紙資料のとおり

注) 緊急時の連絡・対応方法についての患者等への説明文書の例等、参考書類を添付すること。

緊急時の添付書類は患者等に配布している既存のもので構いません

該当するものをそれぞれ別葉にて記載してください

様式 6

医療観察精神科 [ショート } [大規模なもの]
 デイ } [小規模なもの]
 ナイト }
 デイ・ナイト] ケアの施設基準に係る

届出書添付資料

ショート・デイの場合は [大規模又は小規模なもの] も記載してください

従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	精神保健福祉士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	公認心理師等	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄養士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護補助者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
				名		非専従	名
専用施設の面積	患者 1 人当たり					〇〇 平方メートル	
						△△ 平方メートル	

該当するところに人数を記載してください

注 1) [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトと記入すること。

注 2) 経験を有する看護師とは、精神科ショート・ケアにあっては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科デイ・ケアにあっては精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を、精神科ナイト・ケアにあっては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を、精神科デイ・ナイト・ケアにあっては精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師をいう。

様式 7

ショート } [大規模なもの]
デイ } [小規模なもの]
ナイト }
[医療観察精神科] } に勤務する従事者の名簿
デイ・ナイト

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
1	医師	〇〇 〇〇	常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任	〇〇:〇〇 ~〇〇:〇〇	
2	看護師	〇〇〇 〇〇	常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任	〇〇:〇〇 ~〇〇:〇〇	経験を有する
3	看護師	〇〇 〇〇	常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任	〇〇:〇〇 ~〇〇:〇〇	
4	精神保健福祉士	〇〇 〇〇〇	常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任	〇〇:〇〇 ~〇〇:〇〇	
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		
			常勤 { 専従 { 専任 非常勤 { 非専従 { 非専任		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。

提出書類一式（通院対象者通院医学管理料）のイメージ

③添付書類（緊急時の連絡・対応方法等について）

②通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

様式 3

通院対象者通院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

①別添 施設基準に係る届出書

別添

施設基準に係る届出書

連絡先

担当者氏名:

電話番号:

届出番号

(届出事項)

通院対象者通院医学管理料

[] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

関東信越厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

考書

提出書類一式（医療観察精神科デイ・ケア等）のイメージ

④添付書類（配置図及び平面図）

様式 7 ③医療観察精神科 [] ケアに勤務する従事者の名簿
[] に勤務する従事者の名簿

様式 6 ②医療観察精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付書類
医療観察精神科 [] ケアの施設基準に係る
届出書添付資料

別添 ①別添 施設基準に係る届出書

施設基準に係る届出書

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	届出番号
------------------------	------

(届出事項)
医療観察精神科 [] ケア
[] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

関東信越厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。