

自己点検チェックリスト(病院・有床診療所用)

確認年月日: 令和 年 月 日
保険医療機関名:
医療機関コード:

○このチェックリストは、別添1-2に併せて、各地方厚生(支)局に提出する必要があります。

○以下の施設基準については、年度ごとに実績値が変動する等の理由から、特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があります。

○届出を行っている施設基準について、「届出を行っているか」の欄に☑を入力し、施設基準への適合性を確認の上、「要件を満たしている」又は「要件を満たしていない」の欄に☑を入力してください。

○貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、所管の厚生(支)局のホームページをご参照ください。

○「要件を満たしていない」に☑を入力した施設基準については、併せて「辞退届」を提出する必要があります。

○これらの施設基準への適合性の確認にあつては、別添1-4の補助票もご活用ください。

○なお、別添1-4の補助票については、施設基準の全てを網羅したものではなく、特に年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。

○このチェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

○このチェックリストは、年度ごとに実績値が変動する等の理由から、特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があるものを抜粋したものであり、これ以外の施設基準についても、要件を満たしていない場合は「辞退届」を提出する必要があります。

■ 対象施設基準	届出を行っているか	要件を満たしているか	
		要件を満たしている	要件を満たしていない
A100 急性期病院一般入院基本料	☐	☐	☐
A200 急性期総合体制加算	☐	☐	☐
A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	☐	☐	☐
A252 地域医療体制確保加算	☐	☐	☐
A304 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(地域包括医療病棟)	☐	☐	☐
A308 回復期リハビリテーション強化体制加算	☐	☐	☐
A308 回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料	☐	☐	☐
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐	☐
A310 緩和ケア病棟入院料(緩和ケア病棟入院料1に限る。)	☐	☐	☐
A311 精神科救急急性期医療入院料	☐	☐	☐
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐	☐
A311-3 精神科救急・合併症入院料	☐	☐	☐
A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	☐	☐	☐
B001 生殖補助医療管理料	☐	☐	☐
B001-3-2 ニコチン依存症管理料(注1に規定する厚生労働大臣が定める基準)	☐	☐	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の1の(1)、(2)のア、又は(2)のイに規定する在宅療養支援診療所(機能強化型)	☐	☐	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第14の2」の1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援病院(機能強化型)	☐	☐	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅医療充実体制加算	☐	☐	☐
C004-2 救急患者連携搬送料(1に限る)	☐	☐	☐
H004 摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算(1及び3に限る)	☐	☐	☐
I002 通院・在宅精神療法 注11 早期診療体制充実加算	☐	☐	☐
K838-2 精巣内精子採取術	☐	☐	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A100 急性期病院一般入院基本料	
急性期病院A一般入院料	
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間で2,000件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で1,200件以上であるか 全身麻酔とは、医科点数表第2章第11 部に掲げる麻酔のうち「L008」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10 部に掲げる手術(輸血管理料を除く。)をいう。	☐
急性期病院B一般入院料	
以下のア、イ、ウ、エのいずれかを満たしているか ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,500件以上であること。 イ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。 ウ 「基本診療料の施設基準等」別紙4に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であり、かつ、年間で1,000件以上であること。 エ 別紙5に掲げる離島に属する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であること。 全身麻酔とは、医科点数表第2章第11 部に掲げる麻酔のうち「L008」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10 部に掲げる手術(輸血管理料を除く。)をいう。	☐
A200 急性期総合体制加算	
急性期総合体制加算1	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	☐
以下のうち、アからキまでのうち6つ以上並びにク及びケを全て満たしているか ア 悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、100件／年以上 オ 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ 脳神経外科手術について、50件／年以上 キ 放射線治療(体外照射法)について、200例／年以上 ク 分娩件数について、100件／年以上 ケ 6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	☐
急性期総合体制加算2	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	☐
以下のうち、アからキまでのうち4つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしているか ア 悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、60件／年以上 オ 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ 脳神経外科手術について、50件／年以上 キ 放射線治療(体外照射法)について、200例／年以上 ク 分娩件数について、100件／年以上 ケ 6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	☐
急性期総合体制加算3	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	☐
以下のうち、アからキまでのうち5つ以上を満たしているか ア 悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、100件／年以上 オ 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ 脳神経外科手術について、50件／年以上 キ 放射線治療(体外照射法)について、200例／年以上	☐
急性期総合体制加算4	
以下のアからキまでのうち3つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしているか ア 悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、60 件／年以上 オ 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ 脳神経外科手術について、50件／年以上 キ 放射線治療(体外照射法)について、200例／年以上 ク 分娩件数について、100件／年以上 ケ 6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	☐
急性期総合体制加算5	
全身麻酔による手術件数が年800件以上であるか(地域最多救急病院を除く。)	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
以下のアからケまでの2つ以上を満たしているか ア 悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ 心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、60件／年以上 オ 消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ 脳神経外科手術について、50件／年以上 ただし、地域最多救急病院においては、力は、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術及び超急性期脳卒中加算の年間合計算定回数が10件／年以上を満たすことで差し支えない。 キ 放射線治療(体外照射法)について、200例／年以上 ク 分娩件数について、100件／年以上 ケ 医療提供機能連携確保加算の届出(地域最多救急病院であって、外来・在宅診療体制の確保に係る診療実績を当該保険医療機関が所在する二次医療圏において満たしている場合に限る。)	□
A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1	
直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除いた割合が8割以上であるか	□
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であるか	□
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(Barthel Indexの合計点数)が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であるか	□
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 (イ) 調査日(届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。)に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 (ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者はただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。	□
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2	
直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除いた割合が8割以上であるか	□
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が7割以上であるか	□
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(Barthel Indexの合計点数)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であるか	□
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DSIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 (イ) 調査日(届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。)に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 (ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者はただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。	□
A252 地域医療体制確保加算	
以下のア、イ、ウのいずれかを満たしているか ア 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。 イ 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、「A237」ハイリスク分娩等管理加算(ハイリスク分娩管理加算に限る。)若しくは「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は「A301-4」小児特定集中治療室管理料若しくは「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ウ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。	□
A304 注11 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(地域包括医療病棟)	
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1(地域包括医療病棟)	
直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除いた割合が8割以上であるか	□
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であるか	□

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(Barthel Indexの合計点数)が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であるか	☐
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 (イ) 調査日(届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。)に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 (ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者はただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。)	☐
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2(地域包括医療病棟)	
直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除した割合が8割以上であるか	☐
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除した割合が7割以上であるか	☐
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(Barthel Indexの合計点数)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であるか	☐
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R2020分類d2以上とする。)を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 (イ) 調査日(届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。)に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 (ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。) ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。	☐
A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	
回復期リハビリテーション病棟入院料1・2	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数(その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。) イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	☐
重症の患者(日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者(FIMの測定によることが望ましい。)、高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。))又は脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)をいう。)が新規入院患者のうち3割5分以上であるか なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうちの重症の患者数 イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。)	☐
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が所定の基準を満たしているか 入院料1 42以上 入院料2 32以上	☐
当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	☐
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	☐
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか ア 地域における高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ 退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	☐
回復期リハビリテーション病棟入院料3・4	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数(その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。) イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	☐
重症の患者(日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者(FIMの測定によることが望ましい。)、高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。))又は脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)をいう。)が新規入院患者のうち2割5分以上であるか	☐
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が所定の基準を満たしているか 入院料3 37以上 入院料4 32以上	☐
当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	☐
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	☐
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア 地域における高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ 退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	☐
回復期リハビリテーション病棟入院料5	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数の平均が2単位以上であるか	☐
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア 地域における高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ 退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	☐
回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数の平均が2単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数(その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。) イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	☐
重症の患者(日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者(FIMの測定によることが望ましい。)、高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。))又は脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)をいう。)が新規入院患者のうち2割5分以上であるか	☐
当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	☐
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア 地域における高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ 退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	☐
A308 注4 回復期リハビリテーション強化体制加算	
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が48以上であるか	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A251に掲げる排尿自立支援加算に係る届出を行っているか。	☐
直近6か月間に自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施しているか	☐
A310 緩和ケア病棟入院料1	
以下のア又はイを満たしているか ア 当該病棟直近1年間の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であ (イ) 緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 (ロ) 患者が当該病棟に入院した日 イ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上である (イ) 他の保険医療機関(療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入 院基本料を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者 (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料を算定する 病棟を除く。)への転院患者 (ハ) 死亡退院の患者	☐
A311 精神科救急急性期医療入院料	☐
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院 日数であるか	☐
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以 上のものであるか 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入 院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病 棟必要性チェックリスト」において、3点以上であるものとする。	☐
以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のう ち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れているか ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。) イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市 立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域	☐
当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的 とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等 へ移行するか 「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生 活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神 障害者施設」という。)へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保 険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転院した場合、他の保険医療機関へ転院した場合 及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。	☐
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院 日数であるか	☐
当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的 とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等 へ移行するか 「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生 活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神 障害者施設」という。)へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保 険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転院した場合、他の保険医療機関へ転院した場合 及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また 、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合 は、移行した者として計上しない。なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療 院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して4月以内に退院した 場合も、3月以内に退院したものとみなして本号を適用する。	☐
A311-3 精神科救急・合併症入院料	
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院 日数であるか	☐
精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしているか。具体的には、以下のアからウまで のいずれも満たしているか ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。 イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。 ウ 全ての入院形態の患者受け入れが可能であること。	☐
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以 上及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであるか 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入 院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病 棟必要性チェックリスト」において3点以上であるものとする。	☐
以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のう ち、原則として4分の1以上又は5件以上の患者を当該病棟において受け入れているか ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。) イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市 立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行するか 「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム(以下「精神障害者施設」という。)へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。	☐
A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均が3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に特定機能病院リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者(「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。)に対して提供された、心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数(その費用が特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。) イ 直近1か月間に特定機能病院リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数	☐
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が42以上であるか	☐
重症の患者(日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者(FIMの測定によることが望ましい。)、高次脳機能障害と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。))又は脊髄損傷と診断された患者(基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。)をいう。)が新規入院患者のうち4割5分以上であるか なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近6か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうちの重症の患者数 イ 直近6か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。)	☐
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	☐
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア 地域における高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ 退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	☐
B001 33 生殖補助医療管理料	
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力しているか	☐
B001-3-2 ニコチン依存症管理料(「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準)	
当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が二回以上であるか ただし、過去一年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りでない。 ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数は、次のアに掲げる数及びイに掲げる数を合計した数をウに掲げる数で除して算出する。ただし、過去1年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が5人以下である場合は、当年3月に初回の治療を行った患者を、アからウまでの数から除くことができる。 ア 1年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料1の延べ算定回数(初回から5回目までの治療を含む。) イ 1年間の当該保険医療機関においてニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 ウ ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数及びニコチン依存症管理料2の算定回数を合計した数	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の1の(1)、(2)のア、又は(2)のイに規定する在宅療養支援診療所(機能強化型)	
当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有しているか(連携型の場合は、在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて10件以上かつ当該診療所において4件以上) 緊急の往診とは、「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。以下同じ。)を4件以上有しているか 連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該診療所において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績を2件以上有すること。	☐
直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあっては、以下の(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすか (イ) 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。 (ロ) 過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療)を10件以上有していること。 (ハ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。 (ニ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第14の2」の1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援病院(機能強化型)	
当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有しているか(連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて10件以上かつ当該病院において4件以上)	☐
在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あるか	☐
当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。以下同じ。)を4件以上有しているか 連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該病院において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績を2件以上有すること。	☐
C000 往診料 特掲診療料の施設基準通知の別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準	
当該保険医療機関に配置されている在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上であるか	☐
過去1年間の緊急の往診の実績を30件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績及び過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。)の合計が30件以上であるか	☐
過去1年間に於いて、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料若しくは施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」又は在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算若しくは死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が2割以上であるか ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者に限る。 なお、適切なケアを行う重度の認知症患者(認知症自立度Ⅳ又はⅢに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近3か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。)の延べ診療月数の割合が8分以上であり、適切なケアを行う重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が4分以上である場合には、重症患者割合は1割5分以上であること。	☐
訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であるか ただし、以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算することができる。 ① 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者 ② 月1回訪問診療を行っている患者 なお、訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。	☐
末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去1年間に2件以上有しているか、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。)した実績を過去1年間に10件以上有しているか	☐

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
医師等の教育体制として、以下の(イ)から(ニ)までのいずれかを満たしているか (イ)「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と同時に策定された「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」における地域医療実習の実習先として指定され、当該保険医療機関において、大学の医学部医学科の単位に認定される実習(訪問診療に同行するものに限る。)を現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れた実績があること。 (ロ)「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」に定める「協力型臨床研修病院」及び「臨床研修協力施設」のうち、地域医療の研修を行う施設の要件を満たし、現に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れを行っている又は過去2年度以内に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れ実績を有していること。 (ハ) 専門研修プログラム整備基準(内科領域、総合診療領域又は小児科領域に限る。)に定める専門研修基幹施設又は専門研修連携施設であって、当該プログラムによる専門研修を目的とした専攻医を、在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れ実績を有していること。 (ニ) 地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師について、研修医又は在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れ実績を有していること。	□
C004-2 救急患者連携搬送料(1に限る。)	
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件以上であるか	□
H004 摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	
摂食嚥下機能回復体制加算1	□
当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの(転院又は退院した患者を含む。)の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であるか ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者	□
摂食嚥下機能回復体制加算3	
当該保険医療機関において、療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者における、ア及びイの前年の実績の合計数が2名以上であるか ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者 イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者	□
I002 通院・在宅精神療法 注11 早期診療体制充実加算	
早期診療体制充実加算1	□
常勤の精神保健指定医が1名以上配置されているか	□
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が5%以上であるか	□
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法のうち「初診日に60分以上」の算定回数及び「初診日に30分以上60分未満」の算定回数を2で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が60以上であるか	□
地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関として、(イ)から(ハ)までのいずれかを満たしているか (イ)「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成20年5月26日障発第0526001号)に規定する精神科救急医療確保事業(以下「精神科救急医療確保事業」という。)において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。 (ロ) 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。 ① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター(以下「精神科救急情報センター」という。)、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口(以下「精神医療相談窓口」という。)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下エにおいて同じ。)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼であること。 ② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。 (ハ) 次の①及び③又は②及び③を満たしていること。 ① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。 ② 時間外対応体制加算1の届出を行っていること。 ③ 精神科救急情報センター、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患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。	□

(参考)補助票(病院・有床診療所用)

- この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**
- この補助票は、各地方厚生(支)局に提出する必要はありません。
- また、この補助票を各地方厚生(支)局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません。

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っているか なお、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。	☐
早期診療体制充実加算2	
常勤の精神保健指定医が1名以上配置されているか	☐
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が5%以上であるか	☐
地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関として、(イ)から(ハ)までのいずれかを満 (イ)「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成 20 年5月 26 日障発第0526001 号)に規定する精神科救急医療確保事業(以下「精神科救急医療確保事業」という。)において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。 (ロ) 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。 ① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター(以下「精神科救急情報センター」という。)、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口(以下「精神医療相談窓口」という。)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下エにおいて同じ。)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼であること。 ② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。 (ハ) 次の①及び③又は②及び③を満たしていること。 ① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。 ② 時間外対応体制加算1の届出を行っていること。 ③ 精神科救急情報センター、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患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。	☐
当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っているか なお、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。	☐
早期診療体制充実加算3	
診療所であって、常勤の精神保健指定医が1名以上配置されているか	☐
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が2%以上であるか	☐
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法のうち「初診日に60分以上」の算定回数及び「初診日に30分以上60分未満」の算定回数を2で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が24以上であるか	☐
K838-2 精巢内精子採取術	
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力しているか	☐