

自己点検チェックリスト(無床診療所(医科)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、要件を満たしていない施設基準がある場合に限り、別添2-2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。

○「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。

○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。

○これらの施設基準への適合性の確認にあつては、別添2-4の補助票もご活用ください。

○なお、別添2-4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「別添2-2」及び「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
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9」の2の(3)に規定する在宅医療充実体制加算	☐	☐	☐
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(無床診療所(医科)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
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。	☐
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。	☐

(参考)補助票(無床診療所(医科)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
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	☐
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。	☐
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	☐

(参考)補助票(無床診療所(医科)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
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。	□
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。	□
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	□