

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)			
[入院対象者入院医学管理料] 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 style="text-align: center;">開設者名</p> <p>東海北陸厚生局長    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 <input type="checkbox"/> 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。			

様式 1

入院対象者入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		
	薬剤師	常勤	人	非常勤	人		
当該病棟の概要	病床数	床					
	精神保健指定医	常勤	人	非常勤	人		
	医師(指定医を含む)	常勤	人	非常勤	人		
	看護師	常勤	人	非常勤	人		
	作業療法士 精神保健福祉士 公認心理師	常勤	人	非常勤	人		
個室	室					床 1床当たり床面積	平方メートル
診察室	室						
当該病棟の構造設備	処置室	室	常設されている装置・器具等の名称・台数等				
			.				
	保護室	室	床 1床当たり床面積	平方メートル			
	集団精神療法室	平方メートル					
	作業療法室	平方メートル					
	談話室	平方メートル					
	食堂	平方メートル	浴室の有無	有・無			
	面会室	平方メートル	公衆電話の有無	有・無			
	会議の設置状況	別紙					
	マニュアル関係	事故・火災発生対応マニュアルの有無	有・無				
無断退去等対応マニュアルの有無		有・無					
当該病棟の安全管理体制	構造設備面						
	人員面						

注1) 有無については、いずれかに○で囲むこと。

注2) 当該病棟の安全管理体制については、具体的に講じている安全管理体制を記載すること。(例：無断退去等を防止するため、モニター及び保安照明を設置等)

様式 1 - 2

入院対象者入院医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

会議名	会議メンバー等
<p>新病棟外部評価会議</p>	<p>開催予定回数 ( )回/週・月・年                      参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・                      ・                      ・                      ・</p>
<p>新病棟運営会議</p>	<p>開催予定回数 ( )回/週・月・年                      参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・                      ・                      ・                      ・</p>
<p>新病棟倫理会議</p>	<p>開催予定回数 ( )回/週・月・年                      参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・                      ・                      ・                      ・</p>
<p>新病棟治療評価会議</p>	<p>開催予定回数 ( )回/週・月・年                      参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・                      ・                      ・                      ・</p>
<p>地域連携を確保するための会議</p>	<p>開催予定回数 ( )回/週・月・年                      参加メンバー (氏名・職種)</p> <p>・                      ・                      ・                      ・</p>

様式 2

入院対象者入院医学管理を行う精神病棟に勤務する従事者の名簿

No	職種	氏名	勤務の態様	勤務時間	備考
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		
			{ 常勤 { 専 従 非常勤 { 非専従		

注) 職種の欄には、医師、看護師等と記入すること。