

様式 57 の 4

地域移行機能強化病棟入院料の届出書添付書類

1 許可病床数と入院患者数に係る要件

| | |
|-------------------------|---|
| ア 直近 1 ヶ月間の精神病棟の平均入院患者数 | 人 |
| イ 直近 1 年間の精神病棟の平均入院患者数 | 人 |
| ウ 精神病床の許可病床数 | 床 |
| エ (ア又はイいずれか小さい値) ÷ ウ | |

2 長期入院患者の退院実績に係る要件

| | |
|---|---|
| オ 1 年以上の入院患者のうち、届出病棟から自宅等に退院した患者の数 (直近 3 か月間における 1 か月あたり平均) | 人 |
| カ 地域移行機能強化病棟入院料の届出病床数 | 床 |
| キ $\text{オ} \div \text{カ} \times 100$ (%) | % |

3 退院支援部署の専従の従事者に係る要件

| 氏名 | 職種 | 勤務時間 |
|----|----|------|
| | | |

4 退院支援相談員に係る要件

| 氏名 | 職種 | 経験年数 |
|----|----|------|
| | | |
| | | |
| | | |

5 重症者加算1に係る要件

| | | |
|-----|--|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 常時対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症対応施設 <input type="checkbox"/> 地域搬送受入対応施設 <input type="checkbox"/> 身体合併症後方搬送対応施設 |
| (2) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 輪番対応型精神科救急医療施設 <input type="checkbox"/> 協力施設 |
| | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≥4件) |
| | ①のうち、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(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≥10件) |
| (3) | ③ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数 | 回(≥6回) |
| | ④ 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、都道府県等に協力し診療業務等を行った回数 | 回(≥1回) |

[記載上の注意]

- 「3」については、退院支援部署に専従の従事者について記載すること。勤務時間については、就業規則等に定められている所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。
- 「4」について、退院支援相談員に係る要件については、当該病棟の入院患者について指名されている全ての者の氏名、職種及び精神障害者に関する業務に従事した経過年数を記載すること。
- 「5」について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。