

施設コード		都道府県名：	保険医療機関の名称：
-------	--	--------	------------

## 1. 救急医療等の参加状況について

項目	要件	医療機関の届出状況※		都道府県の登録状況※※		都道府県の確認部署名			
		参加・指定等状況 有	無	参加・指定等状況 有	無				
1. がん	①がん診療連携拠点病院の指定								
	(1)都道府県がん診療連携拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	(2)地域がん診療連携拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	②特定領域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. へき地の医療	③小児がん拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	①へき地医療拠点病院の指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	(1)へき地への巡回診療	診療実績 0 回							
	(2)～き地診療所等への医師派遣	派遣実績 0 回							
3. 災害時における医療	(3)～き地診療所等への代診医派遣	派遣実績 0 回							
	②社会医療法人認定における地域医療の要件								
	(1)業務の区分「へき地医療」の要件を満たすことにより社会医療法人の認定を受けている病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	(2)(1)以外の社会医療法人の病院又は社会医療法人以外の病院であって、業務の区分「へき地医療」の当該業務の実績における基準に該当している病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. 周産期医療	①災害拠点病院の指定又はBCPの策定								
	(1)災害拠点病院の指定を受けている病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. 救急医療	(2)(1)以外の病院であって、業務継続計画(BCP)の策定のある病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	②災害派遣医療チーム(DMAT)の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	③EMIS(広域災害・救急医療情報システム)への参加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. 感染症	①総合周産期母子医療センターの指定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	②地域周産期母子医療センターの認定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## 2. 医療法上の許可病床数について

項目	医療機関の許可状況※						都道府県の確認部署名※※
	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	合計	
病床数	床	床	床	床	床	床	

※ 医療機関において、基準日における各要件への参加・指定等状況の有無のチェック及び医療法第7条の許可病床数を入力すること。

都道府県において、医療機関の記入した値と異なる場合は都道府県が確認した正確な値を記入すること。

※※ 都道府県において、基準日における当該医療機関の各要件への参加・指定等状況の有無のチェック及び許可病床数について確認を行い、それぞれ確認を行った部署名を記入すること。

標記について、上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関の名称

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先

フリガナ ( )

保険医療機関の所在地

氏名 ( )

開設者名

所属部署 ( )

連絡先(TEL) ( - - - )

連絡先(FAX) ( - - - )

## 施設基準の届出状況等に係る報告（基準日：令和4年10月1日）

様式2

施設コード		都道府県名：	_____	保険医療機関の名称：	_____
-------	--	--------	-------	------------	-------

## 1. DPC算定病床数（該当する区分等にチェックするとともに、病床数を記載すること。）

医科点数表に規定する診療料	区分等	病床数	確認部署名 ※地方厚生(支)局にて記入	病院に確認済 ※修正の場合 ✓を入力
A100 一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 急性期一般入院料1～6 <input type="checkbox"/> 地域一般入院料1～3 <input type="checkbox"/> 特別入院基本料 <input type="checkbox"/> 夜勤時間超過減算 <input type="checkbox"/> 夜勤時間特別入院基本料	0 床		<input type="checkbox"/>
A104 特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1、10対1	0 床		<input type="checkbox"/>
A105 専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1、10対1、13対1	0 床		<input type="checkbox"/>
A300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1～4	0 床		<input type="checkbox"/>
A301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～4	0 床		<input type="checkbox"/>
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	0 床		<input type="checkbox"/>
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	0 床		<input type="checkbox"/>
A301-4 小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	0 床		<input type="checkbox"/>
A302 新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	0 床		<input type="checkbox"/>
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	0 床		<input type="checkbox"/>
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	0 床		<input type="checkbox"/>
A305 一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	0 床		<input type="checkbox"/>
A307 小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1～4	0 床		<input type="checkbox"/>
合 計		0 床		<input type="checkbox"/>

(注) DPC算定病床数について、入院基本料(A100からA105)には特定入院料(A300からA317)及び短期滞在手術等基本料(A400)を算定する病床は含まない。

## 2. 高度・先進的な医療の提供（該当する病院のみ入力）

① 平成31年4月1日から令和4年3月31において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上	医師主導治験の実施 (8件以上の実績がある場合のみ記載)
	0 件

平成31年4月1日から令和4年3月31において、主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上の両方に該当	医師主導治験の実施 (4件以上の実績がある場合のみ記載)	臨床研究の実施 (40件以上の実績がある場合のみ記載)
	0 件	0 件

①及び②の件数の考え方：ひとつの治験届け又はひとつの臨床研究実施計画番号（公開データベースにおいて、臨床研究ごとに割り当てられた固有の識別番号）ごとに1件として算出する。

令和3年10月1日から令和4年9月30において、20例以上治験の実施、10例以上の先進医療の実施または10例以上の患者申出療養の実施のいずれかに該当	治験の実施 (20例以上の実績がある場合のみ記載)	先進医療の実施 (10例以上の実績がある場合のみ記載)	患者申出療養の実施 (10例以上の実績がある場合のみ記載)
	0 例	0 例	0 例

③の例数の考え方：対象期間において、現に療養が提供された被験者の数として算出する。

## 3. 病院情報の公表状況

公表の有無	自院のホームページ上で公開された「病院情報の公表」のウェブページURL		
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			

標記について、上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関の担当者氏名・所属部署・連絡先  
フリガナ ( )

保険医療機関の名称 \_\_\_\_\_ 氏名 ( )

保険医療機関の所在地 \_\_\_\_\_ 所属部署 ( )

開設者名 \_\_\_\_\_ 連絡先(TEL) ( - - - )

連絡先(FAX) ( - - - )

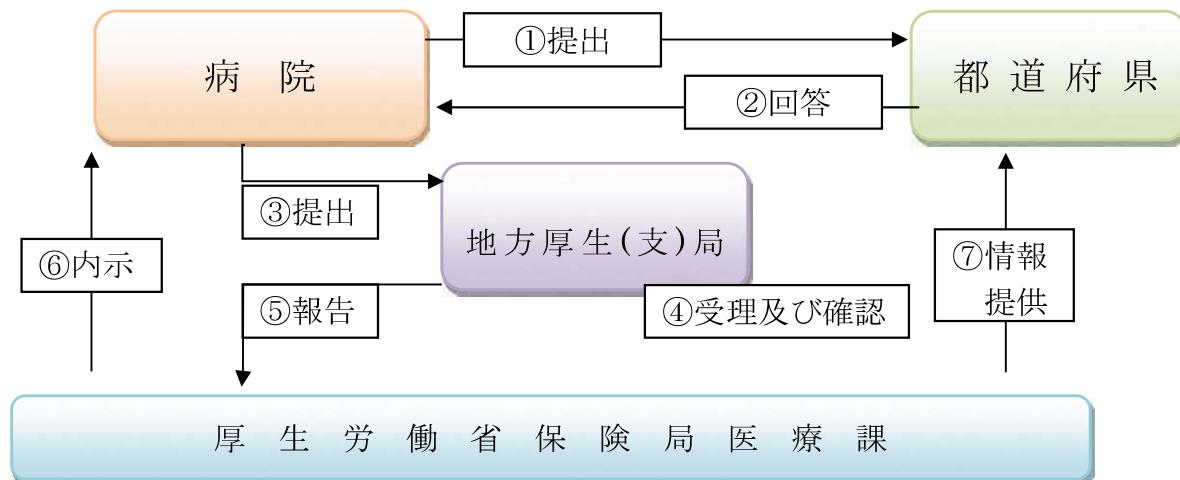
厚生労働省保険局医療課長 殿

## 令和4年度地域医療指数（体制評価指数）等の確認手順

### (ア) 紙媒体を使用する場合

- ① 各病院は、様式1「救急医療等の参加状況について」を病院の所在地を管轄する都道府県に提出する。
- ② 都道府県は、提出された様式1の都道府県における登録状況を確認し、その結果について各病院に回答する。
- ③ 各病院は、都道府県から回答のあった様式1と、様式2「施設基準の届出状況等に係る報告」を病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局に提出する。
- ④ 地方厚生（支）局は、提出された様式2の内容を確認する。
- ⑤ 地方厚生（支）局は、様式1と様式2を厚生労働省保険局医療課に報告する。
- ⑥ 保険局医療課において、地方厚生（支）局からの報告内容を基に集計を行い、地域医療指数（体制評価指数）等を確定し、各病院への内示と医療機関別係数に係る告示を行う。
- ⑦ 保険局医療課は、集計結果について、都道府県に情報提供を行う。

【確認手順図】



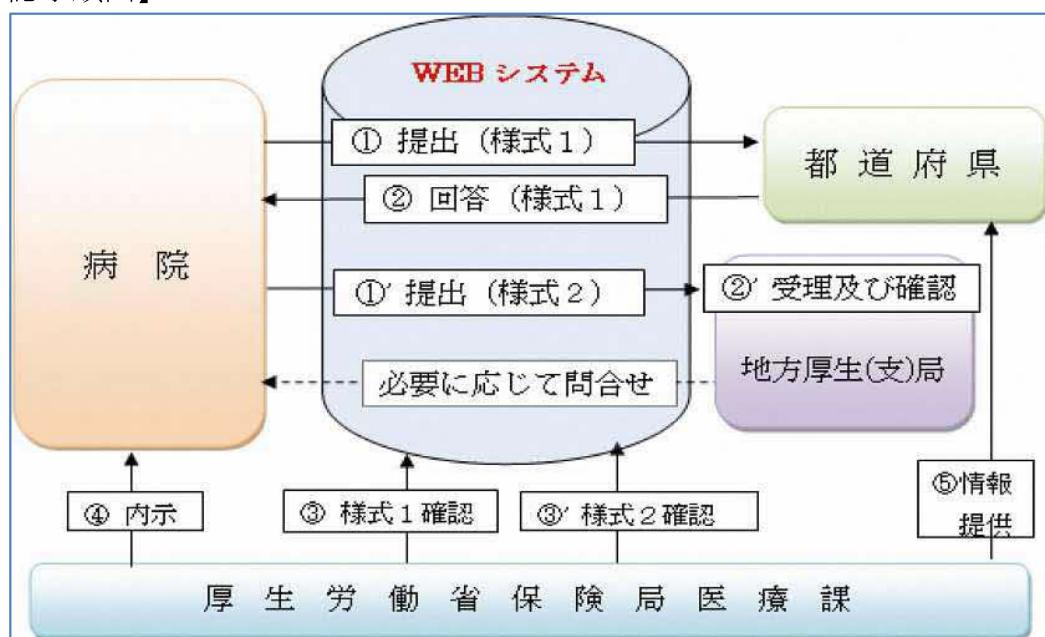
【スケジュール】

		日 程
令和4年	10月	①各病院は「様式1」を都道府県に提出する（10月19日（水）まで）
	11月	②都道府県は「様式1」の確認結果を病院に回答する ③各病院は都道府県の確認を得た「様式1」と「様式2」を地方厚生（支）局に提出する（11月25日（金）まで）
	12月	④地方厚生（支）局は「様式2」を確認する ⑤地方厚生（支）局は「様式2」の確認結果と「様式1」を厚生労働省保険局医療課に報告する。（12月13日（火）まで）
令和5年	1～2月	厚生労働省において地域医療指数（体制評価指数）等の集計を行う ⑥令和5年度医療機関別係数を各病院に内示
	3月	令和5年度医療機関別係数に係る告示
	4月以降	⑦都道府県に確認結果を情報提供する

(イ) WEB システムを使用する場合

- ① 各病院は、様式 1 「救急医療等の参加状況について」を病院の所在地を管轄する都道府県に提出する。
- ①' 各病院は、様式 2 「施設基準の届出状況等に係る報告」を病院の所在地を管轄する地方厚生（支）局に提出する。
- ② 都道府県は、提出された様式 1 の都道府県における登録状況を確認し、その結果について各病院に回答（承認）する。（場合によって差し戻す。）
- ②' 地方厚生（支）局は、提出された様式 2 の内容を確認し、承認する（場合によって差し戻す。）
- ③ (③') 保険局医療課において、都道府県および地方厚生（支）局からの報告内容を基に集計を行い、地域医療指数（体制評価指数）等を確定する。
- ④ 各病院への内示と医療機関別係数に係る告示を行う。
- ⑤ 保険局医療課は、集計結果について、都道府県に情報提供を行う。

【確認手順図】



【スケジュール】

		日 程
令和 4年	10～ 12月	① 各病院は「様式 1」を都道府県に提出する（10月 19 日（水）まで） ①' 各病院は「様式 2」を地方厚生（支）局に提出する（11月 25 日（金）まで） ② 都道府県は「様式 1」の確認結果を病院に回答する ②' 地方厚生（支）局は「様式 2」を確認する
令和 5年	1～ 2月	③ (③') 厚生労働省において地域医療指数（体制評価指数）等の集計を行う ④ 令和 5 年度医療機関別係数を各病院に内示
	3月	令和 5 年度医療機関別係数に係る告示
	4月 以降	⑤ 都道府県に確認結果を情報提供する