

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☑を入れ、地方厚生(支)局への医療保険届出病床数を記載すること。）

医科点数表に規定する診療科	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	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	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	床		<input type="checkbox"/>
A300 救命救急入院料	<input type="checkbox"/> 1～4	床		<input type="checkbox"/>
A301 特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～6	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	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"/>	床		<input type="checkbox"/>
A301-4 小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	床		<input type="checkbox"/>
A302 新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/> 1～2	床		<input type="checkbox"/>
A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	<input type="checkbox"/>	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	床		<input type="checkbox"/>
A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	床		<input type="checkbox"/>
A305 一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	床		<input type="checkbox"/>
A307 小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/> 1～4	床		<input type="checkbox"/>
合計		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)を算定する病床は含まない。また、A104は一般病棟に限る。

2. 治験等の実施（該当する病院のみ入力）

① 令和3年4月1日から令和6年3月31日において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上	医師主導治験の実績 (8件以上の実績がある場合のみ記載) 件
② 令和3年4月1日から令和6年3月31日において、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	医師主導治験の実績 (4件以上の実績がある場合のみ記載) 件 臨床研究の実績 (40件以上の実績がある場合のみ記載) 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：臨床研究等提出・公開システム（<https://jrc.niph.go.jp/>）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。

③ 令和5年10月1日から令和6年9月30日において、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	治験の実績 (20例以上の実績がある場合のみ記載) 例	先進医療の実績 (10例以上の実績がある場合のみ記載) 例	患者申出療養の実績 (10例以上の実績がある場合のみ記載) 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. 臓器提供の実施（該当する病院のみ入力）

令和3年10月1日から令和6年9月30日における、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上	臓器提供の実績 (1件以上の実績がある場合のみ記載) 件
---	------------------------------------

4. 医師少数地域への医師派遣機能（該当する病院のみ入力）

令和6年9月30日時点で、貴院から医師少数地域（※1）に所在する他医療機関（自院の分院・サテライト診療所等を除く。）へ、常勤医師（※2）として半年以上継続して派遣している医師数（※3）	派遣医師数 (1人以上の実績がある場合のみ記載) 人
--	----------------------------------

※1：「医師少数地域」については、厚生労働省「医師少数地域等（医師少数地域、医師少数スポット）一覧（令和6年4月1日時点）」（<https://www.mhlw.go.jp/content/001138084.pdf>）における「医師少数地域（二次医療圏名）」（医師少数スポットは含まない）を指すものとする。

※2：「常勤医師」については、以下の条件をいずれも満たすものとする。

① 雇用契約上の定義に関わらず、原則として派遣先医療機関で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること。ただし、当該医療機関で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は非常勤医師とみなすこと。

② 病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと。

※3：医師数のカウントにあたっては、以下の点を踏まえカウントする。

① 貴院（いわゆる「医局」を含む。）の在籍期間が3年以上の医師についてカウントすること。

② 派遣期間が半年未満の医師であっても、実態として半年以上の継続的な医師の派遣を行っているものとみなすことができる場合については「1人」としてカウントすること（別紙記入例参照）。

5. 病院情報の公表状況

項目	公表の有無				ウェブページURL
	有	○	無	○	
病院指標の自院のホームページでの公表	有	○	無	○	
医療の質指標の自院のホームページでの公表	有	○	無	○	

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 ()

所属部署 ()

開設者名

連絡先(TEL) (- -)

連絡先(FAX) (- -)