

※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

### 施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地

名称

開設者名 印

医療機関等コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 [ ]

電話番号 ( ) -

ファクシミリ番号 ( ) -

東北厚生局長 様

## チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄に☑チェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無に☑した様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 8		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 10
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5		
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9		
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2		
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・特掲診療料		
	実績報告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・実績報告 2

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称:





# 入院基本料等に関する実施状況報告書(平成29年7月1日現在)

※ 本様式の書式は変えないこと。

※ 「平成28年7月から平成29年6月までの7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料(特定一般病棟入院料1を含む。一般病棟看護必要度評価加算もしくは看護補助加算1)、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定医療機関における患者の重症度、医療・看護必要度に係る状況」について

受付番号※

(別紙様式1-2)【病院記入用】

保険医療機関番号																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

月	一般病棟		平成29年7月1日現在の届出区分			結核病棟		平成29年7月1日現在の届出区分			地域包括ケア病棟		平成29年7月1日現在の届出区分			入院患者延べ数の算出期間(1ヶ月)		
			入院患者の状況			※一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位とする場合を除く。		入院患者の状況			入院患者の状況							
			① 入院患者延べ数(名)	② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名)	③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合(%) (②/①) <small>***小数点第1位まで記入する</small>	届出入院料(区分)	届出病床数(床)	① 入院患者延べ数(名)	② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名)	③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合(%) (②/①) <small>***小数点第1位まで記入する</small>	届出入院料(区分)	届出病床数(床)	① 入院患者延べ数(名)	② ①のうち重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名)	③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合(%) (②/①) <small>***小数点第1位まで記入する</small>			
平成28年7月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年7月1日～ 28年7月31日
8月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年8月1日～ 28年8月31日
9月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年9月1日～ 28年9月30日
10月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年10月1日～ 28年10月31日
11月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年11月1日～ 28年11月30日
12月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	28年12月1日～ 28年12月31日
平成29年1月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年1月1日～ 29年1月31日
2月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年2月1日～ 29年2月28日
3月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年3月1日～ 29年3月31日
4月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年4月1日～ 29年4月30日
5月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年5月1日～ 29年5月31日
6月		床	名	名	%			床	名	名	%			床	名	名	%	29年6月1日～ 29年6月30日

# 入院基本料等に関する実施状況報告書(平成29年6月1日現在)

受付番号※

## (別紙様式1-3) 【病院記入用】

保険医療機関番号									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※本様式の書式は変えないこと。

### 褥瘡対策に係る報告書

※1名の患者が複数褥瘡を有していても、患者1名として数える。

※該当患者がない場合、「0」と書くこと。

褥瘡対策の実施状況(平成29年6月1日における実績・状況)	1. 一般病棟		2. 療養病棟		3. 1. 及び2. 以外の病棟
	平成29年7月1日現在の届出区分		平成29年7月1日現在の届出区分		
① 入院患者数(平成29年6月1日の入院患者数)		名		名	名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数(褥瘡保有者数)		名		名	名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数(入院時褥瘡保有者数)		名		名	名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数(※②-③の患者数)		名		名	名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況					
⑥ 褥瘡の重症度					
		入院時の褥瘡(③の患者の入院時の状況)		院内発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)	
	d1	名		名	
	d2	名		名	
	D3	名		名	
	D4	名		名	
	D5	名		名	
	DU	名		名	

(別紙様式4-1)

特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る届出状況報告書（平成29年7月1日現在）

都道府県名

保険医療機関コード

保険医療機関名

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

開設者番号	<input type="checkbox"/> ① 厚生労働省	<input type="checkbox"/> ② 国立病院機構	<input type="checkbox"/> ③ 国立大学法人	<input type="checkbox"/> ④ 労働者健康安全機構	<input type="checkbox"/> ⑤ 地域医療機能推進機構	<input type="checkbox"/> ⑥ その他(国)	<input type="checkbox"/> ⑦ 都道府県
	<input type="checkbox"/> ⑧ 市町村	<input type="checkbox"/> ⑨ 地方独立行政法人	<input type="checkbox"/> ⑩ 日赤	<input type="checkbox"/> ⑪ 済生会	<input type="checkbox"/> ⑫ 北海道社会事業協会	<input type="checkbox"/> ⑬ 厚生連	<input type="checkbox"/> ⑭ 国民健康保険団体連合会
	<input type="checkbox"/> ⑮ 健康保険組合及びその連合会	<input type="checkbox"/> ⑯ 共済組合及びその連合会	<input type="checkbox"/> ⑰ 国民健康保険組合	<input type="checkbox"/> ⑱ 公益法人	<input type="checkbox"/> ⑲ 医療法人	<input type="checkbox"/> ⑳ 学校法人	<input type="checkbox"/> ㉑ 社会福祉法人
	<input type="checkbox"/> ㉒ 医療生協	<input type="checkbox"/> ㉓ 会社	<input type="checkbox"/> ㉔ その他の法人	<input type="checkbox"/> ㉕ 個人			

区分	費用徴収を行うこととしている病床数（消費税を含む1日当たり金額階級別）												病床数小計	費用徴収を行わない病床数	
	1,080円以下	1,081円～2,160円	2,161円～3,240円	3,241円～4,320円	4,321円～5,400円	5,401円～8,640円	8,641円～10,800円	10,801円～16,200円	16,201円～32,400円	32,401円～54,000円	54,001円～108,000円	108,001円以上			
個室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	①床	⑥床
2人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	②床	⑦床
3人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	③床	⑧床
4人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	④床	⑨床
5人室以上													⑩床		
病床数合計													⑤床	⑪床	

備考	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における病床数(介護保険適用病床を除く)の状況を記載すること。
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号に☑を記入すること。
- 室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。(3人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、3人室とすること。)
- 室の区分における病床数は、現病床数によること。(個室であっても、現に2床を設けているときは、2人室として記載すること。)
- 患者を入院させることとしている病床で、7月1日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。
- 病床数小計①～④に関しては、費用徴収を行うこととしている区分(個室～4人室)ごとに、1,080円以下から108,001円以上の病床数の合計を記入する。
- ⑤の病床数合計に関しては、病床数小計の①～④の病床数の合計を記入する。
- ⑥～⑩に関しては、費用徴収を行わないこととしている区分(個室～5人室以上)ごとの病床数を記入する。(空欄にせず、必ず記入すること。)
- ⑪の病床数合計に関しては、⑥～⑩の病床数の合計を記入する。
- 特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る届出状況報告書（平成29年7月1日現在）

都道府県名

保険医療機関コード

保険医療機関名

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

開設者 番号	<input type="checkbox"/> ① 厚生労働省	<input type="checkbox"/> ② 国立病院機構	<input type="checkbox"/> ③ 国立大学法人	<input type="checkbox"/> ④ 労働者健康 安全機構	<input type="checkbox"/> ⑤ 地域医療機能 推進機構	<input type="checkbox"/> ⑥ その他(国)	<input type="checkbox"/> ⑦ 都道府県
	<input type="checkbox"/> ⑧ 市町村	<input type="checkbox"/> ⑨ 地方独立行政 法人	<input type="checkbox"/> ⑩ 日赤	<input type="checkbox"/> ⑪ 済生会	<input type="checkbox"/> ⑫ 北海道社会 事業協会	<input type="checkbox"/> ⑬ 厚生連	<input type="checkbox"/> ⑭ 国民健康保険 団体連合会
	<input type="checkbox"/> ⑮ 健康保険組合 及びその連合会	<input type="checkbox"/> ⑯ 共済組合及び その連合会	<input type="checkbox"/> ⑰ 国民健康保険 組合	<input type="checkbox"/> ⑱ 公益法人	<input type="checkbox"/> ⑲ 医療法人	<input type="checkbox"/> ⑳ 学校法人	<input type="checkbox"/> ㉑ 社会福祉法人
	<input type="checkbox"/> ㉒ 医療生協	<input type="checkbox"/> ㉓ 会社	<input type="checkbox"/> ㉔ その他の法人	<input type="checkbox"/> ㉕ 個人			

費用徴収を行うこととしている診察室数（消費税を含む1日当たり金額階級別）												
1,080円	1,081円	2,161円	3,241円	4,321円	5,401円	8,641円	10,801円	16,201円	32,401円	54,001円	108,001円	合計
以下	~ 2,160円	~ 3,240円	~ 4,320円	~ 5,400円	~ 8,640円	~ 10,800円	~ 16,200円	~ 32,400円	~ 54,000円	~ 108,000円	以上	
室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室

備考	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	_____円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	_____円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年7月1日現在における診察室数の状況を記載すること。
- 「経営主体の分類」欄は、該当する番号に☑を記入すること。
- 特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。



(別紙様式 6)

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書

(平成29年 7 月 1 日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字を 記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	
報告種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 一般病床200床以上の病院(2.を除く。) <input type="checkbox"/> 2. 特定機能病院又は一般病床(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係る一般病床を除く。)500床以上の地域医療支援病院	
一般病床の数	( (報告種別2に該当する地域医療支援 病院のみ記載すること。) 上記のうち指定発達支援医療機関及び 医療型障害児入所施設に係る病床の数 )	床  床
徴収額	1. 初診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)
	2. 再診に係る特別の料金	【医科】 円(消費税含む) / 【歯科】 円(消費税含む)

※初診や再診に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

(別紙様式7)

## 予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出報告書

(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

	料金額(消費税込)	開始年月日
予約に基づく診察	円	
時間外診察	円	

※ 開始年月日欄には、現在の料金額の徴収を開始した年月日を記入してください。

180日を超える入院に関する事項の実施状況報告書

実績のない場合、提出は不要です。

都 道 府 県 名 \_\_\_\_\_

保険医療機関コード \_\_\_\_\_  
※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名 \_\_\_\_\_

<病院> 入院料	区分 注 1	対象者数 (実数)	特別の料金を徴収した 延べ日数	患者から徴収した料金 (1人1日当たり)注 3
一般病棟入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)
特定機能病院入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)
専門病院入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)

〔記載上の注意〕

- 該当する番号を記載すること
  - 7 対 1 入院基本料
  - 1 0 対 1 入院基本料
  - 1 3 対 1 入院基本料
  - 1 5 対 1 入院基本料
  - 特別入院基本料
  - 月平均夜勤時間超過減算
  - 夜勤時間特別入院基本料
- 2種類以上の区分に該当する場合、該当する番号を2段書きで記載し、対象者数、日数、料金については、それぞれの番号に対応するように2段書きで記載すること。

記載例	区分	対象者数	日数	料金
	1	3	20	1,200
	6	10	30	1,300

- 本報告については、直近1年間(前年7月1日～当年6月30日)の実施状況を記載すること。なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
- 180日を超える入院に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

(別紙様式9)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって  
別に厚生労働大臣が定めるものの実施報告書  
(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

診療の名称	施設基準の届出受理 年月日及び受理番号	患者からの徴収額(税込)
	年 月 日 ( )第 号	円
	年 月 日 ( )第 号	円
	年 月 日 ( )第 号	円
	年 月 日 ( )第 号	円
	年 月 日 ( )第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第7号の5に掲げる名称を記載すること。

注2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成28年3月4日保医発0304第2号)の規定に基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

(別紙様式 12)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

「正当な理由」について、届出をしていない場合、提出は不要です。

(平成29年7月1日現在)

都道府県名

保険医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。		
保険医療機関の名称		
保険医療機関の種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 病院 <input type="checkbox"/> 2. 診療所	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	
許可病床数	床	
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 全ての患者	<input type="checkbox"/> 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
明細書発行に ついての状況	費用徴収の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	費用徴収を行っている 場合その金額	円

※ 本報告は、平成29年7月1日時点で「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第5条の2」の明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

※ 平成28年4月1日より、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、患者から求められたときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされています。

## 基本診療料の施設基準に係る報告書 (平成29年7月1日現在)

本様式中、全て届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

届出の有無	届出事項	報 告 事 項	
有・無	総合入院体制加算1・2・3	・区分 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) いずれかに○を付してください。	
		・初診に係る選定療養(実費を徴収していること)の有無 ( 有 ・ 無 )	
		・診療情報提供料等を算定する割合 (平成29年6月の実績) $(②+③)/①$ ( % )	
		①総退院患者数 ( 件 )	( 件 )
		②診療情報提供料(Ⅰ)の注「7」の加算を算定する退院患者数 ( 件 )	( 件 )
	③転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数 ( 件 )	( 件 )	
	・全身麻酔による手術件数 ( 件 ) (平成28年4月1日から平成29年3月31日の実績) 【下記へ件数の内訳を記載してください。】		
	ア 人工心肺を用いた手術 ( 件 )	イ 悪性腫瘍手術 ( 件 )	
	ウ 腹腔鏡下手術 ( 件 )	エ 放射線治療(体外照射法) ( 件 )	
	オ 化学療法 ( 件 )	カ 分娩件数 ( 件 )	
有・無	療養病棟療養環境改善加算1・2	区分 ( 1 ・ 2 ) 「1・2」のいずれかに○を付してください。	
		病棟名 ( ) 病 棟	
		増築または全面的な改築の予定	着 工 予 定 年 月 完 成 予 定 年 月
		増築または全面的な改築の具体的内容療養環境の改善計画の概要 <small>(病棟が複数ある場合は、病棟ごとに作成してください)</small>	
有・無	地域包括ケア病棟入院料1・2  地域包括ケア入院医療管理料1・2	・廊下幅の基準(片側居室の場合は1.8m以上、両側居室の場合は2.7m以上) ( 基準を満たしている ・ 基準を満たしていない ) いずれかに○を付してください。	
		・廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定 (廊下幅の基準を満たさない場合、記入してください)	着工予定 年 月 完成予定 年 月

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制

届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載してください。)

Table with 4 columns: Item Name, Submission Date, Item Name, Submission Date. Rows include items like '総合入院体制加算', '救命救急入院料注3加算', etc.

2 新規届出時または毎年4月時点の状況について記載する事項

Form for reporting status of hospital staff burden reduction. Includes sections for (1) plan for improvement, (2) working hours, (3) communication, (4) committee, (5) responsibility, and (6) evaluation.

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うとともに、具体的な計画についてその写し(様式自由)を添付してください。
2 診療情報提供料等を算定する割合とは、①区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する退院患者及び②転帰が治療であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数(ただし、外来化学療法または外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)で除したものの割合。
3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象としてください。
4 前年度にも届出または実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付してください。
5 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、認知症ケア加算1の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付してください。

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制

届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。新規届出のものは、新規欄にチェックすること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 (対1)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護補助加算 (対1)	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 夜間75対1看護補助加算	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (急性期看護補助体制加算)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (看護補助加算)	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間12対1配置加算1又は2 (該当する方に○をつけること)	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料)	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間16対1配置加算	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護補助者配置加算 (地域包括ケア病棟入院料・ 地域包括ケア入院医療管理料)	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1	平成 年 月 日		

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項

平成 年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

- (1) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画
- 看護職員と他職種との業務分担(  薬剤師  リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語療法士)  臨床検査技師  臨床工学技士  その他(職種 )
  - 看護補助者の配置
    - ア 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 有 無
    - イ 看護補助者の夜間配置 有 無
  - 短時間正規雇用の看護職員の活用
  - 多様な勤務形態の導入
  - 妊娠・子育て中の看護職員に対する配慮
    - ア 院内保育所 有 無 (夜間保育の実施 有 無 )
    - イ 妊娠中の夜勤の減免制度 有 無
    - ウ 子育て中の夜勤の減免制度 有 無
    - エ 育児短時間勤務 有 無
    - オ 他部署等への配置転換 有 無
- (2) 看護職員の勤務時間の把握等
- 勤務時間 (平均週 時間(うち、残業 時間))
  - 2交代の夜勤に係る配慮
    - 勤務後の暦日の休日の確保  仮眠2時間を含む休憩時間の確保
    - 16時間未満となる夜勤時間の設定
    - その他(具体的に: )
  - 3交代の夜勤に係る配慮
    - 夜勤後の暦日の休日の確保  残業が発生しないような業務量の調整
    - その他(具体的に: )
- (3) 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等
- 交代制勤務の種別 ( 3交代、変則3交代、2交代、変則2交代 )
  - 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理
    - ア 11時間以上の勤務間隔の確保 有 無
    - イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ) 有 無
    - ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで 有 無
    - エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築 有 無
      - (イ) 過去1年間のシステム運用 有 無
      - (ロ) 部署間における業務標準化 有 無
    - オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上 有 無
    - カ 看護補助者の夜間配置 有 無
    - キ 看護補助者への院内研修 有 無
    - ク 夜間院内保育所の設置 有 無
  - その他の夜勤負担の軽減
    - ア 長時間夜勤の是正 有 無  夜勤従事者数の増員 有 無
    - ウ 月の夜勤回数の上限定 有 無



(4) 職員等に対する(1)の計画の周知 ( 有 無 )  
 具体的な周知方法( )

(5) 業務分担推進のための取組  
 業務分担推進のための委員会又は会議  
 ア 開催頻度 ( 回/年 )  
 イ 参加人数 (平均 人/回) 参加職種( )  
 看護補助者の活用に関する研修の受講  
 研修修了者数 ( 人 )

(6) 医療機関で看護職員等の労働時間管理を行う責任者(労働時間管理者)(名前: 職種: )

〔記載上の注意〕

- 1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
- 2 2(2)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。
- 3 2(3)の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに○を付けること。
- 4 夜間看護体制加算又は看護職員夜間12対1配置加算1若しくは看護職員夜間16対1配置加算を算定する医療機関は、2の(3)「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。
- 5 看護補助者の活用に関する研修修了者数は、記載時点において当該保険医療機関に所属する看護師等のうち研修を修了している者の数を計上すること。
- 6 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。

〔急性期看護補助体制加算(夜間看護体制加算)、看護職員夜間配置加算(12対1配置加算・16対1配置加算)及び看護補助加算(夜間看護体制加算)における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目について〕

	急性期看護補助体制加算 (夜間看護体制加算)	看護職員夜間配置加算 (12対1配置1、16対1配置)	看護補助加算 (夜間看護体制加算)
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	○	○	○
エ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○
オ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○
カ 看護補助者の夜間配置	(夜間急性期看護補助体制加算の算定が必須)	○	(必須)
キ 看護補助者への院内研修			○
ク 夜間院内保育所の設置	○	○	○
満たす必要がある項目数	3項目以上	4項目以上	4項目以上

褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

褥瘡対策の実績(平成29年6月の1ヶ月間の実績・状況)		
①	入院患者数(平成29年6月の1ヶ月間の入院患者数)	名
②	①のうち、褥瘡リスクアセスメント実施人数	名
③	②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数	名
褥瘡ハイリスク項目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの	名
	5. 特殊体位による手術を受けたもの	名
	6. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	7. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	8. 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	名
④ ③の患者の褥瘡の重症度		
	入院時の褥瘡 (③の患者の入院時の状況)	院内発生した褥瘡 (③の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名
⑤	本加算を算定した人数	名

[記載上の注意]

- 褥瘡対策の実施状況については、平成29年6月の件数を記入すること。  
ただし、1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数えることとする。
- ①については、平成29年6月1ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入する。
- ②については、①のうち、褥瘡リスクアセスメントを実施した患者の実人数を記入する。(1名の患者について複数回、褥瘡リスクアセスメントを実施した場合も、患者1名として数える)
- ③については、②のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入する。(1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者数1名として数える)  
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えることとする。(複数回答)
- ④については、③の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の入院時の褥瘡の重症度及び院内発生の発見時の褥瘡の重症度について記入する。

地域連携診療計画書 (様式例)

退院支援加算1・3の地域連携診療計画加算を届出している場合、平成29年7月1日現在の使用様式を提出してください。(届出のない場合、提出は不要です)

説明日 \_\_\_\_\_  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
 病名(検査・手術名): \_\_\_\_\_

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過(日又は週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ (OT・PTの指導を含む。)										
食事(栄養士の指導も含む。)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

## 回復期リハビリテーション病棟〔 1 ・ 2 ・ 3 〕に係る報告書

該当する数字に○を付してください。

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

## 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (平成28年7月1日～平成29年6月30日)	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数	名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が4点以上改善した人数	名
④ 重症患者回復率(③/②)	%
⑤ ①のうち、入院時に一般病棟用の重症者、医療・看護必要度に係る評価票におけるA項目の得点が1点以上の患者の数	名
⑥ 在宅復帰率	%

## 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2又は3を算定している場合

① 1年間の総退院患者数 (平成28年7月1日～平成29年6月30日)	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上の重症患者の数	名
③ ②のうち退院時(転院時を含む。)に日常生活機能評価が3点以上改善した人数	名
④ 重症患者回復率(③/②)	%
⑤ 在宅復帰率	%

※ 1、2における「①」について、算定期間は平成28年7月1日から平成29年6月30日までとします。  
ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降の期間の結果について記入してください。複数の病棟を届出している場合は、病棟毎に別葉で記載してください。

## 救急医療管理加算2に係る報告書(7月報告)

実績のない場合、 提出は不要です。
----------------------

保険医療機関名

---

保険医療機関コード

---

集計期間: 平成28年7月1日 ~ 平成29年6月30日

① 1年間の救急医療管理加算1、2の合計算定患者数	人
② うち、救急医療管理加算2の算定患者数	人
③ 救急医療管理加算2の割合(②/①)	%

④ 救急医療管理加算2の算定患者の内訳		
疾病コード (※DPCコードの <u>上6桁</u> を用いる)	名称	患者数
		人
		人
		人
		人
		人
		人

## [記入上の注意]

- 「救急医療管理加算2の算定患者の内訳」については、集計期間に入院したすべての患者について記載してください。
- 1 疾病コードについては、診断群分類点数表を参考にして、入院の契機となった病名をDPCコードで分類し、記載してください。
  - 2 名称については、疾病コードごとに当該DPCコード上6桁の名称を記載してください。

## 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

本指導管理料を算定した患者数 (期間:平成28年4月1日～平成29年3月31日)	①	名
---	---	---

①のうち、平成29年6月末までにHbA1cが改善又は維持された者	②	名
①のうち、平成29年6月末までに血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③	名
①のうち、平成29年6月末までに血圧が改善又は維持された者	④	名

HbA1cが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{②}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{0000}} \quad \%$$

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{③}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{0000}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{④}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{0000}} \quad \%$$

## [記入上の注意]

- 「①」の「本指導管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上してください。
- 「②」から「④」の「改善又は維持が認められた者」については、初回到糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時の直近の検査値を比べてください。
- 「①」における期間は、平成28年4月1日から平成29年3月31日までとします。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、1年に満たない場合は、その届出日以降から平成29年3月31日までの期間の結果について記入してください。

### ニコチン依存症管理料に係る報告書

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

本管理料を算定した患者数 (期間:平成28年4月1日～平成29年3月31日)	①	名
---	---	---

①のうち、平成29年6月末日までに12週間にわたる計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後までに行わずに治療を中止した者(①-②)のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料の初回の治療の1年間の算定回数 (平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料の1年間の延べ算定回数 (平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑥	回

・喫煙を止めた者の割合 =  $(③+④) / ①$

%

・治療の平均継続回数 =  $⑥ / ⑤$

回

【記載上の注意】

- 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料の初回点数を算定した患者数を計上してください。
- 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上してください。  
なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認してください。

在宅療養支援病院に係る報告書  
(在宅療養実績加算含む)(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

- 別添1の「第14の2」の1の(1)
- 別添1の「第14の2」の1の(2)
- 別添1の「第14の2」の1の(3)

に規定する在宅療養支援病院  
※ 届出している区分にチェックを入れてください。

在宅療養実績加算の有無

- 加算1
- 加算2
- 加算無し

※加算の区分にチェックを入れてください。

I. 直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。(期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算する。)〕し、保険医療機関における平均診療期間を月単位で計上してください。 (1年以上の長期診療患者は、当初からの期間を算入してください。)	(                      ヶ月 )	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		(                      名 )	
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	(                      名 )	
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	(                      名 )	
ア うち自宅での死亡者数	①	(                      名 )	
イ うち自宅以外での死亡者数	②	(                      名 )	
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	(                      名 )	
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	(                      名 )	
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	(                      名 )	
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上の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医学総合管理料を算定したものに限り。)		(                      名 )	

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

II. 直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
		うち緊急の往診		
①+②+③ (                      回 )	① (                      回 )	(                      回 )	② (                      回 )	③ (                      回 )

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

※ 「別添1の「第14の2」の1の(2)」に規定する在宅療養支援病院が当報告書を提出する際には、この様式の裏面の「在宅支援連携体制に係る報告書」も記入の上、提出してください。



## 在宅支援連携体制に係る報告書

〔別添1の「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院である場合に提出してください〕

(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

当該報告書は、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の実績を取りまとめて報告するものです。  
 なお、連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が代表して報告することとして差し支えありません。(他の保険医療機関が代表して実績を報告する場合は、「IV. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名」の欄のみ記載してください。)

## I. 直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)に在宅療養を担当した患者について

1 平均診療期間	※在宅医療を開始してからの診療期間を患者ごとに算出〔在宅医療の開始月と終了月をそれぞれ算入のこと。(期間が月を跨っている場合は2ヶ月と計算。)]し、連携体制を構築する保険医療機関グループにおける平均診療期間を月単位で計上してください。	(                      ヶ月 )	小数点以下第1位を四捨五入
2 合計診療患者数		(                      名 )	
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④	(                      名 )	
(1) うち医療機関以外での死亡者数	①+②	(                      名 )	
ア うち自宅での死亡者数	①	(                      名 )	
イ うち自宅以外での死亡者数	②	(                      名 )	
(2) うち医療機関での死亡者数	③+④	(                      名 )	
ア うち連携医療機関での死亡者数	③	(                      名 )	
イ うち連携医療機関以外での死亡者数	④	(                      名 )	

Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については「イ うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものです。

## II. 直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	(1) 往診	【再掲】 うち緊急の往診	(2) 訪問診療	(3) 訪問看護 (緊急を含む)
①+②+③ (                      回 )	① (                      回 )	(                      回 )	② (                      回 )	③ (                      回 )

IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

## III. 在宅支援連携体制について

1 在宅医療を担当する常勤の医師数	(                      名 )
2 連携する保険医療機関数	(                      医療機関 )
3 直近1年間のカンファレンスの開催状況	(                      回 )

IIIの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載してください。

## IV. 在宅支援連携体制を構築している連携保険医療機関名 (上記I・II・IIIの数値計上の基礎となった保険医療機関)

(1つの保険医療機関が代表して報告した場合は、報告を行った保険医療機関にチェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

## 在宅療養後方支援病院に係る報告書

(平成29年7月1日現在)

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

## I. 全般

1. 許可病床数	( )床
2. 計算期間	平成28年7月 ~ 平成29年6月

## II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	( )名
2. 入院希望を取り下げた患者数 (死亡を含む)	( )名
3. 現在の入院希望患者数	( )名

## II. 直近1年間の受入状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の 受入回数	② 入院希望患者	③ 入院希望患者以外 (連携医療機関)	④ ②、③以外	入院希望患者の受入ができず、 他医療機関へ紹介した回数
( )回	( )回	( )回	( )回	( )回
( )名	( )名	( )名	( )名	( )名

IIの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載してください。

## III. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者への 共同診療回数	② (=③+④+⑤+ ⑥) 在宅患者共同診療料の 算定回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居住 者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居住 者・特定施設以 外)
( )回	( )回	( )回	( )回	( )回	( )回
( )名	( )名	( )名	( )名	( )名	( )名

IIIの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載してください。②については、①のうちC012を算定した患者について記載してください。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載してください。

## IV. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	( )医療機関
-------------------	---------

## 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

## 1 在宅褥瘡対策の実施状況

① 訪問診療全利用者数(平成29年6月1日時点)		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数(褥瘡保有者数)		名
③ ②のうち、訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 (訪問診療利用開始時褥瘡保有者数)		名
④ ②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

## 【記載上の注意】

1の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

(1) ①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入してください。(当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める)

(2) ②については、①の患者のうち、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える)

(3) ③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記入してください。(1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える)

(4) ④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載してください。

(5) ⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

2 在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 (期間:平成28年4月～平成29年3月)		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. ショック状態のもの	名
	2. 重度の末梢循環不全のもの	名
	3. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	4. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	5. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	6. 褥瘡に関する危険因子(病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等)があつて既に褥瘡を有するもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡(③の患者の訪問診療開始時の状況)	訪問診療中に発生した褥瘡(④の患者の発見時の状況)
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

2の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

(1) ①については、1年間の算定患者数を記入してください。ただし、1名の患者が複数回、本指導管理料を算定した場合においても、患者1名として数えてください。

(2) ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入してください。  
(1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える)  
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれ1名として数えてください。(複数回答)

(3) ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入してください。

## 光トポグラフィーに係る報告書

届出のない場合、提出は不要です。

保険医療機関名

\_\_\_\_\_  
保険医療機関コード

1 概要(当該検査を実施した者全員について、合計したものを記載すること)

(1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するために実施した光トポグラフィーの年間実施件数(平成28年1月1日～平成28年12月31日)	_____ 件
(2) ①(1)のうち、当該検査後にうつ病と診断した者の数	_____ 例
(2) ②(1)のうち、当該検査後に双極性障害と診断した者の数	_____ 例
(2) ③(1)のうち、当該検査後に統合失調症と診断した者の数	_____ 例
(2) ④(1)のうち、当該検査後に、(2)①から③までに該当しなかった者の数	_____ 例

2 詳細 (当該検査を実施した者全員について記載すること)

実施年月日	検査前診断名	患者性別	患者年齢	検査後診断名

[記載上の注意]

「D236-2」の「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの患者についてのみ記載すること。

経口摂取回復促進加算1に係る報告書

届出のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

経口摂取回復率(平成28年1月～平成28年12月の実績)

①	経口摂取以外の栄養方法を実施している患者のうち、他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養を実施している又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者(転院又は退院した患者を含む)	人
②	経口摂取以外の栄養方法を栄養方法を使用している患者であって、当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者(転院又は退院した患者を含む)	人
A = ① + ②		人
③	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者(栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く)	人
④	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者	人
⑤	当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑥	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者	人
⑦	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者	人
⑧	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者	人
B = ③ + ④ + ⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧		人
⑨	鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者(但し、③から⑧までに該当する患者を除く)	人
⑨ / ( A - B ) =		割 分

[記載上の注意]

1 ③から⑧までについては、①又は②に該当する患者であること。

2 ⑨については、①又は②に該当する患者であって、③から⑧までのいずれにも該当しない患者であること。

3 ⑨の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。

ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

地域連携診療計画書（様式例）

診療情報提供料(I)の地域連携診療計画加算を届出している場合、平成29年7月1日現在の使用様式を提出してください。(届出のない場合、提出は不要です)

説明日 \_\_\_\_\_  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 殿  
 病名(検査・手術名): \_\_\_\_\_

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過(日又は週・月単位)	1日目	2日目	3日目	4日目		○日目	1日目	○日目		○日目
日時(手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療 薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ (OT・PTの指導を含む。)										
食事(栄養士の指導も含む。)										
清潔										
排泄										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

がん治療連携計画策定料の届出をしている計画策定病院は、平成29年7月1日現在の使用様式を提出してください。  
 なお、がん治療連携指導料を届出している連携医療機関は、提出不要です。

〇〇〇治療に関する連携計画書

計画策定病院(A): \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_  
 連携医療機関(B): \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

様

術後又は退院後からの期間	退院時	術後1ヶ月	...	術後1年	...	術後3年	...					
受診予定日(又は月)	△月△日	○月○日	...	×月×日	...							
医療機関	A	B	B	A	B	...						
達成目標												
患者自覚 症状	具体的な項目											
	...											
診察	具体的な項目											
	...											
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等)											
	...											
	画像診断項目											
	...											
説明・指 導	説明項目											
連携	診療情報の提供											

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。
- 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。



## 医薬品の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験薬の名称 ・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載してください。
3. 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載してください。
4. 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載してください。
5. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
6. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
7. 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。

## 医療機器の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験医療機器の名称	治験医療機器の使用目的、効能又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

- 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
- 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別番号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
- 「使用目的、効能又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的、効能又は効果を記載してください。
- 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
- 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
- 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。

## 再生医療等製品の治験に係る実施報告書

(平成29年7月1日現在)

実績のない場合、  
提出は不要です。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験製品の名称	治験製品の 効能、効果又 は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験製品の名称」については、治験製品の識別番号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(平成28年7月1日～平成29年6月30日)の実施状況を記載してください。