

# 総括表（病院）

（令和6年8月1日現在）

医療機関コード						
医療機関名						
電話番号		-	-			(内線)
FAX番号						
メールアドレス						
職名						
ふりがな						
担当者氏名						

当院は、以下のとおり報告します。

（該当する□にレ印を付けてください。）

（頁）

<input type="checkbox"/>	総括表（病院）	-----	(1)
<input type="checkbox"/>	入院基本料等に関する実施状況報告書	-----	(2～5)
<input type="checkbox"/>	療養病棟入院基本料の施設基準に係る報告書	-----	(6)
<input type="checkbox"/>	総合入院体制加算の施設基準に係る届出書添付書類	-----	(7)
<input type="checkbox"/>	急性期充実体制加算等の施設基準に係る報告書	-----	(8)
<input type="checkbox"/>	医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に係る報告書	-----	(9)
<input type="checkbox"/>	医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る報告書	-----	(10)
<input type="checkbox"/>	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る報告書	-----	(11)
<input type="checkbox"/>	診療録管理体制加算に係る報告書	-----	(12)
<input type="checkbox"/>	療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画	-----	(13)
<input type="checkbox"/>	褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書	-----	(14)
<input type="checkbox"/>	地域医療体制確保加算に係る報告書	-----	(15)
<input type="checkbox"/>	地域医療体制確保加算に係る報告書（病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について）	-----	(16)
<input type="checkbox"/>	回復期リハビリテーション病棟入院料に係る報告書	-----	(17)
<input type="checkbox"/>	回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数等に係る報告書	-----	(18)
<input type="checkbox"/>	地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）に係る報告書	-----	(19)
<input type="checkbox"/>	緩和ケア病棟入院料1に係る報告書	-----	(20)
<input type="checkbox"/>	精神科救急・合併症入院料に関する実施状況報告書	-----	(21)
<input type="checkbox"/>	精神科救急急性期医療入院料に関する実施状況報告書	-----	(22)
<input type="checkbox"/>	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る報告書	-----	(23)
<input type="checkbox"/>	精神科救急医療体制加算に関する実施状況報告書	-----	(24)
<input type="checkbox"/>	通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算に規定する施設基準に係る報告書	-----	(25)
<input type="checkbox"/>	糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書	-----	(26)
<input type="checkbox"/>	慢性腎臓病透析予防指導管理料に係る報告書	-----	(27)
<input type="checkbox"/>	ニコチン依存症管理料に係る報告書	-----	(28)
<input type="checkbox"/>	在宅療養支援病院に係る報告書	-----	(29)
<input type="checkbox"/>	病院の届出状況報告書	-----	(30)
<input type="checkbox"/>	在宅療養後方支援病院に係る報告書	-----	(31)
<input type="checkbox"/>	在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書	-----	(32)
<input type="checkbox"/>	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書	-----	(33)
<input type="checkbox"/>	摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書	-----	(34)
<input type="checkbox"/>	情報通信機器を用いた診療に係る報告書	-----	(35)
<input type="checkbox"/>	情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書	-----	(36)
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算に係る報告書	-----	(37)
<input type="checkbox"/>	医療法上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解の実施状況報告書	-----	(38)
<input type="checkbox"/>	プログラム医療機器の使用等（評価療養）に関する実施状況報告書	-----	(39)
<input type="checkbox"/>	プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書	-----	(40)
<input type="checkbox"/>	間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況報告書	-----	(41)
<input type="checkbox"/>	がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書	-----	(42)
<input type="checkbox"/>	生殖補助医療管理料に係る報告書	-----	(43)
<input type="checkbox"/>	精巣内精子採取術に係る報告書	-----	(44)
<input type="checkbox"/>	入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）報告書	-----	(45)
<input type="checkbox"/>	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	-----	(46)
<input type="checkbox"/>	初診等の保険外併用療養費届出状況報告書	-----	(47)
<input type="checkbox"/>	初診等に係る特別の料金の徴収に関する報告書	-----	(48)
<input type="checkbox"/>	予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書	-----	(49)
<input type="checkbox"/>	180日を超える入院に関する事項の届出状況報告書	-----	(50)
<input type="checkbox"/>	医科点数表等に規定する回数を超過を受けた診療の届出状況報告書	-----	(51)
<input type="checkbox"/>	白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書	-----	(52)
<input type="checkbox"/>	救急患者連携搬送料に係る報告書	-----	(53)

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「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」や「医薬品の治療に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

[https://kouseivokuh.mhlw.go.jp/hokkaido/irvo\\_shido/teireihokoku28.html](https://kouseivokuh.mhlw.go.jp/hokkaido/irvo_shido/teireihokoku28.html)

## <留意事項>

- 1 報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください。（前年度以前の様式は、使用できません）
- 2 この「総括表（病院）」は、必ず提出してください。各報告書のうち、届け出していない施設基準等については、提出不要です。

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和6年8月1日現在)

※ 本様式の書式は変えないこと。

※ 印刷は片面印刷とすること。

受付番号※	※地方厚生(支)局記載	
	都道府県番号	医療機関コード7桁

(別紙様式1-1①)【病院記入用】

医療機関名	病院区分	<input type="checkbox"/> 1. 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 2. 専門病院 <input type="checkbox"/> 3. 一般・その他			開設者番号	都道府県	北海道		郡市区町	厚生労働大臣が定める地域(該当地域は☑を付すこと)	<input type="checkbox"/>	夜間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 (夜間看護体制の評価にかかる加算の届出をしている場合に記載)	①～⑭のうちすべて記載 記載上の注意項番18参照	新型コロナウイルス臨時のな取扱い に関する報告の提出		
		病棟数(棟)	許可病床数(床)	医療保険(届出)病床数(床)			稼働病床数(床)	1日平均入院患者数(人)							月平均1日看護職員配置数(人)	夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数(人)
入院基本料	1 2 3 4	一般病棟													<input type="checkbox"/>	
			感染症病床(二類)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
			療養病床	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
	5 6 7 8	結核病棟														<input type="checkbox"/>
			感染症病床(二類)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
			※患者数30名以下で結核病床が一般病棟等に含まれている場合、結核病床のみを再掲	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	9 10 11 12	精神病棟														<input type="checkbox"/>
			感染症病床(二類)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
			障害者施設等	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
	特定入院料に係る病床	13 特殊疾患入院医療管理料		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
		14 小児入院医療管理料3(※患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合、小児入院医療管理料3のみを再掲)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
		15 小児入院医療管理料4		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>
16 小児入院医療管理料5 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
17 回復期リハビリテーション入院医療管理料 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
18 地域包括ケア入院医療管理料1 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
19 地域包括ケア入院医療管理料2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
20 地域包括ケア入院医療管理料3 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		
21 地域包括ケア入院医療管理料4 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>		

※1 「平均在院日数」は小点数以下は切り上げること。「在宅復帰率」は小点数第一位までの実数(小点数第二位切り捨て)を記載すること。

※2 入院基本料の病床数には、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3(患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合)・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料1～4に係る病床数を含めて記載し、その他の特定入院料に係る病床数は含めないこと。本様式の記入に際しては、医療法の許可病床を含め特に指定のない場合、全ての事項において医療保険適用病棟・病床についてのみ記入すること。

※3 「1日平均入院患者数」は1人未満の端数は、切り上げること。

「月平均1日看護職員配置数」、「夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数」、「月平均1日看護補助者配置数」、「夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数」、は小点数第一位までの実数(小点数第二位切り捨て)を記載すること。



[別紙様式1：記載上の注意]

※本様式の書式は変えないこと。

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

○ 通則事項

1. 様式は令和6年版を使用し、書式の変更は行わないこと。

・「受付番号※」欄は、記載しないこと。  
(地方厚生(支)局都府県事務所において、1番から連続した番号を付すものであること。なお、各医療機関ごとに様式1-1①②、1-2、1-3で共通した受付番号とすること。)

・「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号(2桁)を太枠に、医療機関コード(7桁)を細枠に記載することとし、医科歯科併設の場合は、医科の番号を記載すること。

・本報告の記載に際しては、医療法の許可病床を含め、特に指定のない場合、全ての事項において医療保険適用病棟・病床についてのみ記載すること

2. 各欄に記載する番号は、前年とは異なる場合があるため、必ず令和6年版の番号を確認の上、記載すること。

3. 印刷は、片面印刷を選択とすること。

※様式1-1①②においては様式を複製する必要がないよう回答欄を増設しているため、空欄が発生する可能性があるが、各項目単位では、上から詰めて順に記載すること。

4. 手書きのものを訂正する場合は、二重線で削除し、訂正印は押印しないこと。捨印も不要であること。

<別紙様式1-1①②について>

1. 「病院区分」欄は、1 特定機能病院、2 専門病院(悪性腫瘍・循環器疾患の専門病院として地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関)、3 一般・その他 の該当するものに☑を付すこと。

2. 「開設者番号」欄は、次の区分による①～⑳の番号を記載すること。

※都道府県と市町村による事務組合については、「⑦都道府県」を記載すること。

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

3. 「郡市区町村名」欄は、所在地の郡市区町村名を記載すること。(例：○区、○市、○郡○町) また、所在地が「基本診療料の施設基準告示 別表第六の二に掲げる厚生労働大臣が定める地域」に該当する場合には、☑を付すこと。

#### 4. 「届出区分」欄について

(1) 「一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟、障害者施設等」の「届出区分」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。なお、記載にあたっては以下の点に注意すること。

・結核病棟は、病棟を単位で届け出ている場合は上段に、患者数30名以下で一般病棟等（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料を算定する病棟）に結核病床が含まれている場合は8行目に結核病床のみを再掲すること。

・医療提供体制の確保の状況に鑑み、基本診療料の施設基準告示 別表第六の二に掲げる厚生労働大臣が定める地域の医療機関で、一般病棟入院基本料の届出を病棟ごとに行っている場合（以下「医療資源の少ない地域の場合」という。）、一般病棟の届出区分欄に、異なる届出区分ごとに行をわけて記載すること。

・月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料又は重症患者割合特別入院基本料を届け出ている場合は、①～⑧の番号のうち該当する番号と、⑭、⑮又は⑯の番号の2つを記載すること。

入院基本料		
①-1 急性期一般入院料1	①-2 急性期一般入院料2	①-3 急性期一般入院料3
①-4 急性期一般入院料4	①-5 急性期一般入院料5	①-6 急性期一般入院料6
②-1 地域一般入院料1	②-2 地域一般入院料2	②-3 地域一般入院料3
③ 7対1入院基本料	④ 10対1入院基本料	⑤ 13対1入院基本料
⑥ 15対1入院基本料	⑦ 18対1入院基本料	⑧ 20対1入院基本料
⑨ 特別入院基本料（療養以外）		
⑩ 療養病棟入院料1	⑪ 療養病棟入院料2	⑫ 療養病棟入院基本料の注11の病棟
⑬ 特別入院基本料（療養）		
⑭ 月平均夜勤時間超過減算	⑮ 夜勤時間特別入院基本料	
⑯ 重症患者割合特別入院基本料		

(2) 「特定入院料に係る病棟等」の「届出区分」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により、届出区分ごとに1行ずつ記載すること。なお、同一区分であっても、複数の病棟又は治療室の届出を行っている場合には、届出を行っている病棟又は治療室ごとに1行ずつ記載すること。（例：回復期リハビリテーション病棟入院料1を2病棟届出している場合、2行に分けて記載）

特定入院料			
① 救命救急入院料1	② 救命救急入院料2	③ 救命救急入院料3	④ 救命救急入院料4
⑤ 特定集中治療室管理料1	⑥ 特定集中治療室管理料2	⑦ 特定集中治療室管理料3	
⑧ 特定集中治療室管理料4	⑨ 特定集中治療室管理料5	⑩ 特定集中治療室管理料6	
⑪ ハイケアユニット入院医療管理料1	⑫ ハイケアユニット入院医療管理料2		
⑬ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	⑭ 小児特定集中治療室管理料		
⑮ 新生児特定集中治療室管理料1	⑯ 新生児特定集中治療室管理料2		
⑰ 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料			
⑱-1 総合周産期特定集中治療室管理料1（母体・胎児集中治療室管理料）			
⑱-2 総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）			
⑲ 新生児治療回復室入院医療管理料	⑳ 地域包括医療病棟入院料		
㉑ 一類感染症患者入院医療管理料			
㉒ 小児入院医療管理料1	㉓ 小児入院医療管理料2	㉔ 小児入院医療管理料3	

- ②⑤ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1    ②⑥ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2  
 ②⑦ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3    ②⑧ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4  
 ②⑨ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5  
 ③⑩ 地域包括ケア病棟入院料 1                    ③⑪ 地域包括ケア病棟入院料 2  
 ③⑫ 地域包括ケア病棟入院料 3                    ③⑬ 地域包括ケア病棟入院料 4  
 ③⑭ 特殊疾患病棟入院料 1                        ③⑮ 特殊疾患病棟入院料 2  
 ③⑯ 緩和ケア病棟入院料 1                        ③⑰ 緩和ケア病棟入院料 2  
 ③⑱ 精神科救急急性期医療入院料  
 ③⑲ 精神科急性期治療病棟入院料 1    ④⑰ 精神科急性期治療病棟入院料 2  
 ④⑱ 精神科救急・合併症入院料                ④⑲ 児童・思春期精神科入院医療管理料  
 ④⑳ 精神療養病棟入院料    ④⑳ 認知症治療病棟入院料 1            ④㉑ 認知症治療病棟入院料 2  
 ④㉒ 精神科地域包括ケア病棟入院料  
 ④㉓ 特定一般病棟入院料 1            ④㉔ 特定一般病棟入院料 2    ④㉕ 地域移行機能強化病棟入院料  
 ④㉖ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

5. 「看護師比率区分」欄は、令和6年7月の実績に基づき、該当するA～Dの記号を下記より選んで記載すること。

看護師比率	(看護職員の最小必要数に対する看護師の比率)		
	A : 70%以上	B : 40%以上70%未満	C : 20%以上40%未満    D : 20%未満

※入院基本料については、4 (1) の入院基本料①～⑧、⑩～⑫、⑭～⑯を選択した場合のみ記載すること。

※特定入院料については、4 (2) の特定入院料⑳、㉑～㉓、㉕、㉗及び㉙～㉚を選択した場合のみ記載すること。

6. 「平均在院日数」欄は、**全ての**入院基本料と特定入院料について**令和6年5月～7月の3か月の平均在院日数を記載**すること。特定入院料に係る治療室又は病棟等については、当該治療室又は病棟における上記3か月間の平均在院日数を記載すること。**なお、3か月間の入退院の数が0又は1の場合においては、分母を1として計算すること。**また、算出方法については、各施設基準上の算出方法によること。

※小数点以下は切り上げること。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3 (患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合のみ)、小児入院医療管理料4、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4 (13～15、17～21行目) は、これらの管理料を届け出ている病室についての平均在院日数を記載すること。

7. 「在宅復帰率」欄は、入院基本料のうち、以下に該当する場合に記載すること。また、算出方法については、各施設基準上の算出方法によること。

※小数点第一位までの実数 (小数点第二位切り捨て) を記載すること。

届出区分		4. の番号
入院基本料	急性期一般入院料 1	① - 1
	特定機能病院入院基本料 (一般病棟) の7対1入院基本料	③
	専門病院入院基本料の7対1入院基本料	③
特定入院料	地域包括医療病棟入院料	⑳
	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	㉑
	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	㉒
	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	㉓
	回復期リハビリテーション病棟入院料 4	㉔

回復期リハビリテーション入院医療管理料	(17行目)
地域包括ケア病棟入院料 1	㉔
地域包括ケア病棟入院料 2	㉕
地域包括ケア病棟入院料 3	㉖
地域包括ケア病棟入院料 4	㉗
地域包括ケア入院医療管理料 1	(18行目)
地域包括ケア入院医療管理料 2	(19行目)
地域包括ケア入院医療管理料 3	(20行目)
地域包括ケア入院医療管理料 4	(21行目)
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	㉘

8. 「病棟数」「許可病床数」「医療保険届出病床数」「稼働病床数」欄について

- ・「病棟数」欄は、入院料ごとに看護単位としての病棟数を記載すること。
  - ・4(2)の特定入院料①～④については、病棟数の記載は要しないこと。
  - ・入院基本料の病床数には、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3(患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合)・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料1～4に係る病床数を含めて記載し、その他の特定入院料に係る病床数は含めないこと。小児入院医療管理料3について、一般病棟に含まれていない場合には、特定入院料の欄にのみ記載すること。
  - ・感染症指定機関にあつては、感染症病床にかかる病棟数、許可病床数、医療保険届出病床数、稼働病床数について、再掲として( )内に記載すること。
  - ・「許可病床数」「医療保険届出病床数」「稼働病床数」欄は、それぞれ、医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った病床数、使用を休止している病床を除いた実稼働病床数を記載すること。
  - ・結核病棟などで休棟している病棟がある場合は、稼働病床数欄、1日平均入院患者数欄はゼロを記載すること。
  - ・結核病棟のうち入院患者数が30名以下で一般病棟等と一看護単位として届出を行っている場合は、病棟数、許可病床数、医療保険届出病床数及び稼働病床数の各欄は結核病床のみについて記載すること。  
(8行目)
- 例：A病棟（一般病床30床）、B病棟（結核病床30床）、C病棟（一般病床20床＋結核病床10床）の場合は、一般病棟に2病棟60床、結核病棟の上段（6行目）に1病棟30床、結核病棟の下段（8行目）に1病棟10床を記載する。
- ・特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4（13～21行目）は、これらの管理料を届け出ている病室についての届出病床数、稼働病床数及び1日平均入院患者数を再掲として記載すること。

9. 「1日平均入院患者数」欄は、直近1年間（令和5年8月から令和6年7月まで）の延べ入院患者数を延日数で除して得た数（算定開始から1年未満の場合は算定開始月から令和6年7月31日までの期間の平均入院患者数）を記載すること。

※この場合、1人未満の端数は、切り上げること。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4（13～21行目）は、これらの管理料を届け出ている病室の1日平均入院患者数を記載すること。

※当該期間において開設、増床及び減床を行った場合の入院患者数の取扱いについては、「基本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（令和6年3月5日保医発0305第5号）」の「別添2 入院基本料等の施設基準等」の「第2 病院の入院基本料等に関する施設基準」の4（1）イ及びウに準ずるものとする。

#### 10. 「月平均1日看護職員配置数」欄について

令和6年7月の実績で、月平均1日当たりの看護職員数を記載すること。

※この場合、3交代勤務を標準として計算し、小数点第一位までの実数（小数点第二位切り捨て）を記載すること。

なお、計算方法は「基本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（令和6年3月5日保医発0305第5号）」の「別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書（様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類）」に示す「月平均1日当たり看護配置数」の算出方法に準ずる。

特定入院料の病棟についても、記載すること。

（参考） 月延べ勤務時間数の計／（日数×8）

#### 11. 「夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数」欄について

令和6年7月の全ての入院基本料と特定入院料について、それぞれの実績で、夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数について人数を計算し、小数点第一位までの実数（小数点第二位切り捨て）を記載すること。

（過去1年間の1日平均入院患者数／月平均1日当たり夜間看護職員配置数＊）

＊月延べ夜勤時間数の計／（日数×16）

#### 12. 「月平均1日看護補助者配置数」欄について

令和6年7月の実績で、月平均1日当たりの看護補助者数（みなしは除く）を記載すること。

※この場合、3交代勤務を標準として計算し、小数点第一位までの実数（小数点第二位切り捨て）を記載すること。

なお、計算方法は「基本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（令和6年3月5日保医発0305第5号）」の「別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書（様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類）」に示す「月平均1日当たり看護補助者配置数」の算出方法に準ずる。

（参考） 月延べ勤務時間数の計／（日数×8）

特定入院料の病棟についても、記載すること。また、看護補助者の配置実績がない場合は、「0」と記載すること。

#### 13. 「夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数」欄について

令和6年7月の入院基本料と特定入院料について、それぞれの実績で、夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数について人数を計算し、小数点第一位までの実数（小数点第二位切り捨て）を記載すること。

（過去1年間の1日平均入院患者数／月平均1日当たり夜間看護補助者配置数（みなしは除く）＊）

＊月延べ夜勤時間数の計／（日数×16）

特定入院料の病棟についても、記載すること。また、看護補助者の配置実績がない場合は、「0」と記載すること。

#### 14. 「看護補助者の配置に係る加算」欄について

「急性期看護補助体制加算/看護補助加算/看護補助体制加算」のそれぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。



急性期看護補助体制加算/看護補助加算/看護補助体制加算

- ①いずれも届出なし
- ②25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）
- ③25対1 急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）
- ④50対1 急性期看護補助体制加算      ⑤75対1 急性期看護補助体制加算
- ⑥看護補助加算1（30対1）    ⑦看護補助加算2（50対1）    ⑧看護補助加算3（75対1）
- ⑨看護補助加算（障害者施設等入院基本料）/看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）
- ⑩25対1 看護補助体制加算（看護補助者5割以上）
- ⑪25対1 看護補助体制加算（看護補助者5割未満）
- ⑫50対1 看護補助体制加算      ⑬75対1 看護補助体制加算
- ⑭看護補助加算（小児入院医療管理料）/看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料）
- ⑮看護補助者配置加算（地域包括ケア病棟入院料）/看護補助体制充実加算

※地域一般病棟入院料及び看護職員配置が13対1、15対1、18対1、20対1の届出区分の入院料においては、①、⑥、⑦、⑧のみ選択できる。  
 ※障害者施設等入院基本料（7対1、10対1）においては、①又は⑨のみ選択できる。  
 ※地域包括医療病棟入院料においては①、⑩、⑪、⑫、⑬のみ選択できる。  
 ※小児入院医療管理料1、2及び3においては、①又は⑭のみ選択できる。

15. 「看護補助者の夜間配置に係る加算」欄について  
 「夜間急性期看護補助体制加算/夜間75対1看護補助加算/夜間看護補助体制加算」のそれぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。

夜間急性期看護補助体制加算/夜間75対1看護補助加算/夜間看護補助体制加算

- ①いずれも届出なし
- ②夜間30対1 急性期看護補助体制加算      ③夜間50対1 急性期看護補助体制加算
- ④夜間100対1 急性期看護補助体制加算    ⑤夜間75対1 看護補助加算
- ⑥夜間30対1 看護補助体制加算      ⑦夜間50対1 看護補助体制加算
- ⑧夜間100対1 看護補助体制加算

※地域包括医療病棟入院料においては①、⑥、⑦、⑧のみ選択できる。

16. 「看護職員の夜間配置に係る加算」欄について  
 「看護職員夜間配置加算」の該当するものを下記の①～⑥の番号により記載すること。

看護職員夜間配置加算

- ①いずれも届出なし
- ②看護職員夜間12対1 配置加算1      ③看護職員夜間12対1 配置加算2
- ④看護職員夜間16対1 配置加算1      ⑤看護職員夜間16対1 配置加算2
- ⑥看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料）

17. 「夜間看護体制加算」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。

夜間看護体制加算

- ①いずれも届出なし

- ②急性期看護補助体制加算      ③看護補助加算      ④障害者施設等入院基本料  
⑤地域包括医療病棟入院料

※②急性期看護補助体制加算は、「15. 夜間急性期看護補助体制加算/夜間75対1看護補助加算/夜間看護補助体制加算」において②～④の場合のみ選択できる。

※③看護補助加算は、「14. 急性期看護補助体制加算/看護補助加算/看護補助体制加算」において⑥～⑧の場合のみ選択できる。

※④障害者施設等入院基本料は、「14. 急性期看護補助加算/看護補助加算/看護補助体制加算」において⑨の場合のみ選択できる。

※⑤地域包括医療病棟入院料は、「14. 急性期看護補助加算/看護補助加算/看護補助体制加算」において⑩～⑬の場合のみ選択できる。

18. 「夜間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」欄は、以下のいずれかの加算を届け出ている場合に、該当する取組について夜間看護体制の評価項目の番号を全て選択し、記載すること。

- ・「看護職員夜間12対1配置加算1」
- ・「看護職員夜間16対1配置加算1」
- ・「急性期看護補助体制加算」の「夜間看護体制加算」
- ・「看護補助加算」の「夜間看護体制加算」
- ・「障害者施設等入院基本料」の「夜間看護体制加算」
- ・「地域包括医療病棟入院料」の「夜間看護体制加算」
- ・「精神科救急急性期医療入院料」の「看護職員夜間配置加算」
- ・「精神科救急・合併症入院料」の「看護職員夜間配置加算」

夜間看護体制の評価項目

- ①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上  
②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降  
③夜勤の連続回数が2回以下      ④夜勤後の暦日の休日確保  
⑤早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫      ⑥業務量の把握・部署間支援  
⑦看護補助者の業務の5割以上が療養上の世話  
⑧看護補助者の夜間配置      ⑨看護補助者比率5割以上  
⑩夜間院内保育所の設置・利用実績      ⑪ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減

19. 「地域包括ケア入院医療管理料1、2、3及び4」欄については、当該病室がある病棟に☑を付すこと。

20. 「新型コロナ臨時的な取扱いに関する報告の提出」欄について

「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について（令和6年3月5日付事務連絡）」において、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足した保険医療機関について、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする場合に各地方厚生（支）局への報告を行った場合に☑を付すこと。

21. 「宿日直を行う医師ではない医師が常時勤務」欄については、特定入院料のうち、救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3、特定集中治療室管理料 4、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児特定集中治療室管理料 1、総合周産期特定集中治療室管理料 1（母体・胎児集中治療室管理料）、総合周産期特定集中治療室管理料 2（新生児集中治療室管理料）を届け出ている場合において、宿日直を行う医師ではない医師が常時勤務している場合  を付すこと。

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和6年8月1日現在)

受付番号※ ※地方厚生(支)局記載

(別紙様式1-2)【病院記入用】

都道府県番号

医療機関コード7桁

※ 本様式の書式は変えないこと。

保険医療機関番号	0	1							
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

一般病棟		
令和6年8月1日現在の届出区分		
看護必要度加算・ 一般病棟看護必要度評価加算		
重症度、医療・看護必要度の評価票	<input type="checkbox"/> R6改定前の評価票 <input type="checkbox"/> R6改定後の評価票 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	
届出病床数(床)※	床	
入院患者の状況(令和6年5月～7月) ※評価票Ⅰの場合のみ記載		
① 入院患者延べ数(名)	名	
6 改 定 後 の 評 価 票 に テ キ ス ト し た 場 合 に 記 載 R	② ①のうち以下の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名) A得点3点以上又はC得点1点以上	名
	③ ②の基準を満たす患者の割合(%) (②/①×100) ※小数点第1位まで(小数点第2位切り捨て)記入する ※エクセルは自動入力	%
	④ ①のうち以下の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名) A得点2点以上又はC得点1点以上	名
	⑤ ④の基準を満たす患者の割合(%) (④/①×100) ※小数点第1位まで(小数点第2位切り捨て)記入する ※エクセルは自動入力	%
そ の 他 の 区 分	⑥ 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)	名
	⑦ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合(%) (⑥/①×100) ※小数点第1位まで(小数点第2位切り捨て)記入する ※エクセルは自動入力	%

結核病棟	
※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。	
令和6年8月1日現在の届出区分	
看護必要度加算・ 一般病棟看護必要度評価加算	
重症度、医療・看護必要度の評価票	<input type="checkbox"/> R6改定前の評価票 <input type="checkbox"/> R6改定後の評価票 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
届出病床数(床)※	床
入院患者の状況(令和6年5月～7月) ※評価票Ⅰの場合のみ記載	
① 入院患者延べ数(名)	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)	名
③ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合(%) (②/①×100) ※小数点第1位まで(小数点第2位切り捨て)記入する ※エクセルは自動入力	%

※特定入院料に係る病床数は含まないこと。(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3(患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合)・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4の病室に係る患者についても病床数を含まないこと。)

## <別紙様式1-2について>

※毎年8月に報告することになっている「基本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(令和6年3月5日保医発0305第5号)」の「別添7様式10」と同様に記載すること。

※特別入院基本料を算定している病棟の記載は不要である。また、「医療資源の少ない地域の場合」の場合、異なる届出区分ごとに当該様式をコピーして記載すること。

※一般病棟、結核病棟ともに、届出病床数や患者数には、特定入院料に係る病床数及び患者数を含まないこと。特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4の病室に係る患者についても病床数及び患者数を含まないこと。

22. 「一般病棟、結核病棟」の「令和6年8月1日現在の届出区分」について

(1) 「令和6年8月1日現在の届出区分」欄には、それぞれ該当するものを下記の①～⑤の番号により記載すること。ただし、「結核病棟」において一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合には、「一般病棟」のみに記載すること。

入院基本料等		
①-1 急性期一般入院料1	①-2 急性期一般入院料2	①-3 急性期一般入院料3
①-4 急性期一般入院料4	①-5 急性期一般入院料5	①-6 急性期一般入院料6
②-1 地域一般入院料1		
③-1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の7対1入院基本料		
③-2 特定機能病院入院基本料（結核病棟）の7対1入院基本料		
③-3 専門病院入院基本料の7対1入院基本料		
③-4 結核病棟の7対1入院基本料		
④-1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の10対1入院基本料		
④-2 専門病院入院基本料の10対1入院基本料		
⑤ 専門病院入院基本料の13対1入院基本料		

(2) 一般病棟のうち、「④-1 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の10対1入院基本料」、「④-2 専門病院入院基本料の10対1入院基本料」又は「⑤ 専門病院入院基本料の13対1入院基本料」を選択した場合は、「看護必要度加算・一般病棟看護必要度評価加算」欄に、該当するものを下記の①～⑤の番号により記載すること。

看護必要度加算・一般病棟看護必要度評価加算		
①看護必要度加算1	②看護必要度加算2	③看護必要度加算3
④一般病棟看護必要度評価加算		⑤いずれも届出なし

23. 「重症度、医療・看護必要度の評価票」欄には、測定・評価に用いた一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票について、「R6改定前の評価票」又は「R6改定後の評価票」のいずれか一方、及び種別「I」又は「II」のいずれか一方のみに☑を付すこと。

24. 「届出病床数」欄については、22(1)の入院基本料①～⑤の届出をしている入院料の病床数を記載すること。

25. 「入院患者の状況」については、令和6年5月～7月の状況について記載すること。「重症度、医療・看護必要度の評価票」欄において、「II」を選択した場合は、「入院患者の状況」の記載は不要である。

**※一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位の場合、重症度、医療・看護必要度の算出は、結核病棟の入院患者を一般病棟の入院患者とみなし合わせて計算しても、別々に計算しても差し支えない。**

※評価に用いた一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価票について、令和6年5月～7月の間に、Ⅰ又はⅡの評価票のどちらかを連続して用いて評価していない場合は、直近で連続3月間同じ評価票で評価した際の数字を記載すること。

(a) 「① 入院患者延べ数」欄には、22(1)の入院基本料①～⑤の病棟に入院している延べ患者数を記載する。

(b) 22(1)の入院基本料①-1、③-1及び③-3の区分のうち、R6改定後の評価票を用いている場合は、「② ①のうち以下の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名) A得点3点以上又はC得点1点以上」欄及び「④ ①のうち以下の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の延べ数(名) A得点2点以上又はC得点1点以上」欄に、各入院基本料の施設基準に定める該当患者の延べ数を記載すること。

上記以外の場合は、「⑥ 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」欄に、各入院基本料の施設基準に定める該当患者の延べ数を記載すること。

(c) 22(1)の入院基本料①-1、③-1及び③-3の区分のうち、R6改定後の評価票を用いている場合は、「③ ②の基準を満たす患者の割合」欄及び「⑤ ④の基準を満たす患者の割合」欄について、**小数点第一位までの実数(小数点第二位切り捨て)を記載すること。**

上記以外の場合は、「⑦ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」欄に、「⑥ 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に対する割合について、**小数点第一位までの実数(小数点第二位切り捨て)を記載**すること。

※結核病棟における②及び③の記載については、一般病棟の⑥及び⑦と同様。

入院基本料等に関する実施状況報告書(令和6年8月1日現在)

受付番号※ ※地方厚生(支)局記載

(別紙様式1-3) 【病院記入用】

都道府県番号

医療機関コード7桁

保険医療機関番号	0	1							
----------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

※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。

※エクセル上で入力した場合は、「自動チェック」が「○」となっていることを確認すること。  
 手書きの場合は、各合計が一致していることを注意書きを参考に確認すること。

褥瘡対策の実施状況(令和6年7月1日における実績・状況)	1. 一般病棟入院基本料等		2. 療養病棟入院基本料		3. 1及び2以外を算定する病棟等
	令和6年8月1日現在の届出区分		令和6年8月1日現在の届出区分		※特殊疾患入院医療管理室、小児入院医療管理室8・4・6、防護用3ヘルメット着用入院医療管理室、海城包摂ケア入院医療管理室1~4の病室に係る患者を含む
① 入院患者数(令和6年7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
①~④が入力されていること、④が②-③と一致していることを確認→					
	自動チェック:		自動チェック:		自動チェック:

⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況 ※☑を付すこと(複数選択可)。 ・体圧分散マットレス又はエアマットレスを保有している場合は、台数を記載すること。 ・体圧分散マットレス等をレンタルしている場合は、「保有している」の欄には記載せず、「その他」にチェックし自由記載にその旨を記載すること。 ・自由記載は簡潔に文章で記載すること。	<input type="checkbox"/> 体圧分散マットレスを保有している ( ) 台 <input type="checkbox"/> エアマットレスを保有している ( ) 台 <input type="checkbox"/> 体圧分散用枕を保有している <input type="checkbox"/> 車いす用のクッションを保有している <input type="checkbox"/> その他(自由記載)
---	--

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
	DDTI	名	名
	DU	名	名

↑③の合計と一致していることを確認      ↑④の合計と一致していることを確認

自動チェック:       自動チェック:

## <別紙様式1-3について>

※毎年8月に報告することになっている「基本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(令和6年3月5日保医発0305第5号)」の「別添7様式5の4」と同様に記載すること。なお、「医療資源の少ない地域の場合」及び療養病棟入院料1又は2と療養病棟入院基本料の注11を併せて届出している場合は、異なる届出区分ごとに当該様式をコピーして記載すること。

26. 「1. 一般病棟入院基本料等」及び「2. 療養病棟入院基本料」の届出区分欄には、下記の①～⑤及び⑩～⑫により全て記載すること。

### 1. 一般病棟

(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料)

①急性期一般入院基本料 ②地域一般入院基本料 ③7対1入院基本料

④10対1入院基本料 ⑤13対1入院基本料

### 2. 療養病棟

⑩療養病棟入院料1 ⑪療養病棟入院料2 ⑫療養病棟入院基本料の注11の病棟

※「1. 一般病棟入院基本料」及び「2. 療養病棟入院基本料」以外の入院基本料の病棟(別紙様式1-1の9行目以降を含む)、特定入院料及び特別入院基本料を算定している病棟は、以下27～30及び32の患者数について、「3. 1及び2以外を算定する病棟等」欄に、該当する病棟の患者数を合計した値を記載すること。なお、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3(患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合)・4・5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4の病室に係る患者についても「3. 1及び2以外を算定する病棟等」欄に含めること。

27. 「① 入院患者数(令和6年7月1日の入院患者数)」欄(以下、「① 入院患者数」とする)については、「1. 一般病棟」及び「2. 療養病棟」欄は届出入院基本料ごとに、「3. 1. 及び2. 以外の病棟」欄は「1」と「2」の数を除いた令和6年7月1日現在の総入院患者数を記載すること。なお、該当がない場合は0名と記載すること(当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める)。

28. 「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)」欄(以下、「② 褥瘡保有者数」とする)については、「① 入院患者数」のうち、令和6年7月1日時点において、DESIGN-R 2020分類d1以上の褥瘡を有する患者数を記載すること(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)。

29. 「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)」欄(以下、「③ 入院時褥瘡保有者数」とする)については、「② 褥瘡保有者数」のうち、入院時に、既にDESIGN-R 2020分類d1以上の褥瘡を有していた患者数を記載すること(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)。

30. 「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)」欄(以下、「④ ②-③の患者数」とする)については、「② 褥瘡保有者数」から「③ 入院時褥瘡保有者数」を減じた数を記載すること。④がゼロの場合は「0」を必ず記載すること。

31. 「⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況」欄については、必ず記載すること。体圧分散マットレス等をレンタルしている場合は、「保有している」の欄には記載せず、「その他」にチェックし自由記載にその旨を記載すること。自由記載については文章での簡潔な回答を記載すること。



32. 「⑥ 褥瘡の重症度」欄については、「③ 入院時に既に褥瘡を有していた患者数」の入院時の褥瘡の重症度、「④ 入院中に新たに褥瘡が発生した患者数（②－③の患者数）」の発見時の重症度を、それぞれ記載すること。

33. 1名の患者が複数褥瘡を有していても、患者1名として数えること。また、1名の患者が複数の褥瘡を有している場合の重症度については、重症度の高い褥瘡について記載すること。

34. ④が②－③と一致しているか、⑥がそれぞれ③の合計、④の合計と一致しているか、確認すること。（エクセル上で入力した場合は、「自動チェック」が「O」となっていることを確認。）

# 療養病棟入院基本料の施設基準に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

1 届出入院料：					
2 当該病院の許可病床数					床
3 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)					科
4 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影検査を担当する常勤医師の氏名等					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名	当該診療科の経験年数	検査の経験年数
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
	<input type="checkbox"/>	時間		年	年
5 自施設内における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
6 自施設内における嚥下造影検査年間実施症例数					例
7 連携する保険医療機関の名称：					
常勤医師の氏名	常勤換算	勤務時間	診療科名		
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
	<input type="checkbox"/>	時間			
8 連携施設における内視鏡下嚥下機能検査年間実施症例数					例
9 連携施設における嚥下造影検査年間実施症例数					例
10 過去1年間に中心静脈栄養を実施した患者数					例
うち、中心静脈栄養を終了し経口摂取等へ移行した患者数					例

## [記入上の注意]

- 常勤医師については、該当するすべての医師について記載してください。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせ配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入してください。



<p>5 手術等の件数 (令和5年4月から令和6年3月まで)</p>	<p>ア 人工心肺を用いた手術及び及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術 (40 件/年以上) ( ) 件</p> <p>イ 悪性腫瘍手術 (400 件/年以上) ( ) 件</p> <p>ウ 腹腔鏡下手術 (100 件/年以上) ( ) 件</p> <p>エ 放射線治療 (体外照射法) (4,000 件/年以上) ( ) 件</p> <p>オ 化学療法 (1,000 件/年以上) ( ) 件</p> <p>カ 分娩 (100 件/年以上) ( ) 件</p> <p>アからカのうち基準を満たす要件の数 ( )</p>
<p>6 24時間の救急医療体制 ※総合入院体制加算1の場合、2又は3のいずれかにチェックすること。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 第2次救急医療機関</p> <p><input type="checkbox"/> 2 救命救急センター</p> <p><input type="checkbox"/> 3 高度救命救急センター</p> <p><input type="checkbox"/> 4 総合周産期母子医療センター</p> <p><input type="checkbox"/> 5 その他 ( )</p>
<p>7 救急用の自動車等による搬送実績 ※総合入院体制加算2の届出の場合に記入すること。</p>	<p>1年間の救急用の自動車等による搬送件数 2,000件/年以上 ( ) 件</p>
<p>8 外来縮小体制</p>	<p>1-1 初診に係る選定療養 (実費を徴収していること) の報告の有無 ( 有 ・ 無 )</p>
	<p>1-2 診療情報提供料等を算定する割合 (4割以上) (②+③) / ① × 10 ( ) 割</p> <p>① 総退院患者数 ( ) 件</p> <p>② 診療情報提供料 (I) の注「8」の加算を算定する退院患者数 ( ) 件</p> <p>③ 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数 ( ) 件</p> <p><input type="checkbox"/> 2 紹介受診重点医療機関である。</p>
<p>9 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制</p>	<p>様式13 の2に記載すること。</p>
<p>10 地域連携室の設置</p>	<p>( 有 ・ 無 )</p>
<p>11 24時間の画像及び検査体制</p>	<p>( 有 ・ 無 )</p>
<p>12 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制</p>	<p>( 有 ・ 無 )</p>

<p>13 禁煙の取扱</p> <p>※総合入院体制加算1の届出の場合に記入すること。</p>	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院</p> <p><input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科地域包括ケア病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料</p> <p><input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置 ( )</p>
<p>14 療養病棟入院基本料の届出等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養病棟入院基本料の届出（有・無）</li> <li>・ 地域包括ケア病棟入院料の届出（有・無） （地域包括ケア入院医療管理料を含む）</li> <li>・ 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設の設置 (有・無)</li> </ul>
<p>15 外部評価について</p> <p>※総合入院体制加算1及び2の届出の場合に記入すること。</p>	<p>該当するものに「✓」すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている</p> <p>※具体的に受けている評価内容について、記入すること。 ( )</p>
<p>16 急性期充実体制加算の届出</p>	<p><input type="checkbox"/> 急性期充実体制加算の届出を行っていない</p>

〔記載上の注意〕

- 1 「3」の1および2については、総合入院体制加算2及び3の届出において、「2」の「2 精神科」に該当しない場合に記載してください。
- 2 「6」の5を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付してください。
- 3 「6」の「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること
- 4 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指します。
- 5 様式13の2を添付してください。

# 急性期充実体制加算等の施設基準に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

## 1. 届出に係る区分（届出を行うものに「✓」を記入すること。）

- 急性期充実体制加算1  
 急性期充実体制加算2  
 小児・周産期・精神科充実体制加算  
 精神科充実体制加算

## 2. 許可病床数

許可病床数	床
-------	---

## 3. 急性期充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

- 急性期一般入院料1を算定する病棟を有する保険医療機関である。  
 急性期一般入院料1を届け出ている病棟について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている。

1 手術等に係る実績 (令和5年4月から令和6年3月まで)	以下のいずれかを満たしている。		
	急性期充実体制加算1		
	<input type="checkbox"/> アの(イ)及び、(ロ)から(へ)までのうち4つ以上を満たしている。		
	急性期充実体制加算2		
	<input type="checkbox"/> イの(イ)又は(ロ)を満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしている。		
以下に年間件数又は許可病床1床あたりの年間件数※1を記入※2すること。			
※1 ( ) の許可病床1床あたりの記載は、令和6年3月31日時点で急性期充実体制加算に係る届出を行っている許可病床数300床未満の保険医療機関において記入すること。			
※2 基準に該当するとして届け出るものみの記入で差し支えない			
	(イ) 全身麻酔による手術 (2,000件/年以上) (6.5件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年
	うち、緊急手術 (350件/年以上) (1.15件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年
	(ロ)悪性腫瘍手術 (400件/年以上) (1.0件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年
	(ハ)腹腔鏡下手術又は胸腔鏡 下手術 (400件/年以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年
	ア		

病院において、「手術が緊急である」と判定する仕組：

(1.0件／年／床以上)

	<table border="1"> <tr> <td>(ニ)心臓カテーテル法による手術 (200件/年以上) (0.6件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり)</td> <td>件/年 件/年</td> </tr> <tr> <td>(ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり)</td> <td>件/年 件/年</td> </tr> <tr> <td>(ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり)</td> <td>件/年 件/年</td> </tr> <tr> <td>(ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上)</td> <td></td> <td>件/年</td> </tr> </table>	(ニ)心臓カテーテル法による手術 (200件/年以上) (0.6件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年	(ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年	(ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年	(ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上)		件/年
(ニ)心臓カテーテル法による手術 (200件/年以上) (0.6件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年											
(ホ)消化管内視鏡による手術 (600件/年以上) (1.5件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年											
(ヘ)化学療法 (1,000件/年以上) (3.0件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年											
(ト)心臓胸部大血管の手術 (100件/年以上)		件/年											
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">イ</td> <td>(イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり)</td> <td>件/年 件/年</td> </tr> <tr> <td>(ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上)</td> <td>(許可病床1床あたり)</td> <td>件/年 件/年</td> </tr> </table>	イ	(イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年	(ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年					
イ	(イ)異常分娩 (50件/年以上) (0.1件/年/床以上)		(許可病床1床あたり)	件/年 件/年									
	(ロ)6歳未満の乳幼児の手術 (40件/年以上) (0.1件/年/床以上)	(許可病床1床あたり)	件/年 件/年										
2 外来化学療法の実施を推進する体制	<p>1のアの(へ)を満たしているものとして届出を行っている場合のみ記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 化学療法を実施した患者全体(①)に占める、外来で化学療法を実施した患者(②)の割合(③)が6割以上である。</p> <p>① 化学療法を実施した実患者数 件/年</p> <p>② うち、外来で化学療法を実施した実患者数 件/年</p> <p>③ <math>② \div ① \times 10 =</math> 割</p>												
3 24時間の救急医療提供	<p>ア 該当するものを記載すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している</p> <p><input type="checkbox"/> 救急搬送件数 (2,000件/年以上) (6.0件/年/床以上)</p> <p>件/年 (許可病床数1床あたり) 件/年</p> <p>イ ・精神科医が速やかに診療に対応できる体制 ( <input type="checkbox"/> 自院・ <input type="checkbox"/> 他院 ) (他院の場合は当該保険医療機関名を記載: )</p> <p>・精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内における入院精神療法若しくは救命救急入院料の「注2」に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数の合計 (20件/年以上)</p> <p>件/年</p>												



4 高度急性医療の提供	以下の入院料のうち、届け出ている入院料の病床数を記入すること。	
	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料	床
	<input type="checkbox"/> 特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> ハイケアユニット入院医療管理料	床
	<input type="checkbox"/> 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	床
	<input type="checkbox"/> 小児特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療室管理料	床
	<input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療室管理料	床
<input type="checkbox"/> 新生児治療回復室入院医療管理料	床	
5 感染対策	<input type="checkbox"/> 感染対策向上加算1の届出を行っている。	
6 24時間の画像診断及び検査体制	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	
7 薬剤師の当直体制を含めた24時間の調剤体制	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )	
8 精神科リエゾンチーム加算等の届出	<input type="checkbox"/> 精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算2の届出を行っている。	
9 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制	ア 院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・ 医師： ・ 専任の看護師：	
	イ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：	
	ウ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 <input type="checkbox"/>	
	エ 病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：	
	オ 院内講習の開催日（開催予定日）： 1回目 月 日                      2回目 月 日	

10 外来縮小体制	<p>ア 該当するものを記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> ・初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している。</p> <p>・紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30%以上</p> <p><input type="checkbox"/> 紹介受診重点医療機関である。</p> <hr/> <p>イ 前年度1年間の初診・再診の患者数を記入すること。</p> <p>① 初診の患者数 ( ) 名</p> <p>② 再診の患者数 ( ) 名</p> <p>③ 紹介患者数 ( ) 名</p> <p>④ 逆紹介患者数 ( ) 名</p> <p>⑤ 救急患者数 ( ) 名</p> <p>⑥ 紹介割合 ( ) %</p> <p>⑦ 逆紹介割合 ( ) %</p>
11 処置等の休日加算1等の届出	<p><input type="checkbox"/> 処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている。</p> <p><input type="checkbox"/> 処置等の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っていない。</p> <p>・届出を行っていない理由：</p> <p>・今後の届出予定について：<input type="checkbox"/> 予定あり 令和 年 月頃</p> <p><input type="checkbox"/> 届出を行う見込みがない</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、「届出を行うことが望ましい」とされているにもかかわらず、届出を行わない理由：</p> <p>・「届出を行う見込みがない」場合、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る取り組み状況（見込み等も含む。）について、院内の医療従事者に対しどのように説明を行っているのか、内容を記載すること：</p>

12 他の入院料の届出状況等	以下のいずれも満たすこと。
	<input type="checkbox"/> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない。
	<input type="checkbox"/> 以下の③の割合が9割以上であること。 ① 一般病棟の病床数の合計（ ）床 ② 許可病床数の総数から精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神科地域包括ケア病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数（ ）床 ③ $① \div ② \times 10 = ( )$ 割
	<input type="checkbox"/> 同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 <input type="checkbox"/> 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない。
13 退院に係る状況等	以下のいずれも満たすこと。
	<input type="checkbox"/> 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。（ ）日（小数点第一位まで）
	<input type="checkbox"/> 一般病棟の退院患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が1割未満であること。（ ）割
	<input type="checkbox"/> 以下のいずれかの届出を行っていること。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1の届出を行っている。 <input type="checkbox"/> 入退院支援加算2の届出を行っている。
14 禁煙の取扱い	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙
	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している。
	<input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けている場合は、以下の届出を行っている入院料に「✓」すること。 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病棟入院料 <input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料 <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 <input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 <input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料 <input type="checkbox"/> 精神科地域包括ケア病棟入院料 <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料
	<input type="checkbox"/> 敷地内に喫煙所を設けているが、受動喫煙防止措置をとっている。 具体的な受動喫煙防止措置（ ）

15 外部評価	<p>該当するものにチェックすること。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている</p> <p><input type="checkbox"/> 上記に準じる評価を受けている ※具体的に受けている評価内容について、記入すること。( )</p> <p><input type="checkbox"/> 届出時において、評価を受けていないが、評価を受ける予定あり 受審予定時期 (令和 年 月)</p>
16 総合入院体制加算の届出	<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算の届出を行っていない。

4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準

※□には、適合する場合「✓」を記入すること。

1 異常分娩の件数	(小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 異常分娩の件数が50件/年以上である。 件/年
2 6歳未満の乳幼児の手術件数	(小児・周産期・精神科充実体制加算の届出を行う場合のみ) <input type="checkbox"/> 6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/念以上である。 件/年
3 精神病床	医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床の病床数 ( )床
4 精神疾患患者に対する体制	<input type="checkbox"/> 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保している。
5 精神疾患患者に係る入院料の届出及び入院している人数	<p>以下の入院料のうち、届け出ている入院料について、届出時点の病床数及び当該病棟に入院している人数を記入すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科病棟入院基本料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療入院料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科地域包括ケア病棟入院料 ( )床 ( )人</p> <p><input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料 ( )床 ( )人</p>

[記入上の注意]

- 「3. 急性期充実体制加算の施設基準」の「3」のアを記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付してください。
- 「3. 急性期充実体制加算1及び2の施設基準」の「3」の「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「A000」初診料の「注2」及び「注3」並びに区分番号「A002」外来診療料の「注2」及び「注3」に規定する算出方法を用いてください。
- 各実績において「年間」とは、前年度4月1日～3月31日の期間を指します。
- 「4. 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準」の「4」については、精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していることを証明する書類を添付してください。
- 様式6を添付してください。
- 「1 手術等に係る実績」「2 外来化学療法の実施を推進する体制」について、院内への掲示物について、A4サイズに縮小し、添付してください。
- 手術等に係る実績のうち、許可病床数300床未満の保険医療機関の基準については、令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関において、令和8年5月31日までの間に限り適用されるものであること。
- 「2 外来化学療法の実施を推進する体制」の「外来で化学療法を実施した実患者数」とは、1サイクル(クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す)以上、外来で化学療法を実施した実患者数を指す。

- 9 「3 24 時間の救急医療提供」のウ「救急時医療情報閲覧機能を有している」については、令和7年4月1日以降に届出を行う場合にのみ記入すること。

## 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

■令和6年4月1日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	
ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名： 職種：
イ 医療従事者の勤務状況の把握等	
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録 (上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録 (自己申告のみ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： )
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： )
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 開催頻度： 回/年 (うち、管理者が出席した回数 回) 参加人数：平均 人/回 参加職種：	
エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 <input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知	
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開 <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法 )	
(2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容 (イ)～(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでください。	
<input type="checkbox"/> (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み ※ 許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含んでください。	<input type="checkbox"/> 外来診療時間の短縮 <input type="checkbox"/> 地域の他の保険医療機関との連携 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> (ロ) 院内保育所の設置 (夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)	<input type="checkbox"/> 夜間帯の保育の実施 <input type="checkbox"/> 病児保育の実施
<input type="checkbox"/> (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減 <input type="checkbox"/> (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善	
<input type="checkbox"/> (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減	<input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者： 名
<input type="checkbox"/> (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減	<input type="checkbox"/> 院内助産 <input type="checkbox"/> 助産師外来
<input type="checkbox"/> (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減	

[記載上の注意]

- 1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、実施しているものの□にレ点を付けるとともに、**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。
- 1 医療従事者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 当該加算の変更の届出に当たり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。

# 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

1 医師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□にレ印を付け、届出年月日を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算1 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算2 (対1補助体制加算)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	年 月 日

2 令和6年4月1日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名:	職種:
イ 医師の勤務状況の把握等		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録 (上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記載 (自己申告のみ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )	
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )	
(ウ) 勤務時間	平均週 時間	(うち、時間外・休日 時間)
(エ) 当直回数	平均月当たり当直回数 回	
(オ) その他	<input checked="" type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の勤務体系の職員への周知	
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度: _____ 回/年 (うち、管理者が出席した回数 _____ 回)	参加人数: 平均 _____ 人/回
エ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知	
オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法: )	

(2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容

ア 必ず計画に含むもの

<input type="checkbox"/> 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <input type="checkbox"/> 初診時の予診の実施 <input type="checkbox"/> 入院の説明の実施 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 静脈採血等の実施 <input type="checkbox"/> 検査手順の説明の実施 <input type="checkbox"/> その他
---	--

イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでください。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでください。

<input type="checkbox"/> ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
<input type="checkbox"/> ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保 (勤務間インターバル)
<input type="checkbox"/> ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。
<input type="checkbox"/> ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
<input type="checkbox"/> ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
<input type="checkbox"/> ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

[記載上の注意]

- 1 医師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 (1) イ(ウ)勤務時間及び(エ)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すること。
- 3 各加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略すことができる。
- 4 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。



# 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

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（既に届出を行っているものについて□にレ印を付け、届出年月日を記入してください。）

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 夜間看護加算／看護補助体制充実加算 1・2・3 (療養病棟入院基本料の注12・注13) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護補助加算／看護補助体制充実加算 1・2・3 (障害者施設等入院基本料の注9・注10) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算 (対1)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間急性期看護補助体制加算 (対1)	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)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護補助加算 1・2・3 (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 夜間75対1看護補助加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (看護補助加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護補助加算／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括医療病棟入院料の注5・注8) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 夜間看護補助体制加算 (対1) (地域包括医療病棟入院料の注6)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 夜間看護体制加算 (地域包括医療病棟入院料の注7)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間12対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員夜間16対1配置加算 1・2 (地域包括医療病棟入院料の注9) (該当するものに○をつけること)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護補助加算／看護補助体制充実加算 1・2・3 (小児入院医療管理料の注9・注10) (該当するものに○をつけること)	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の注3)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算 1・2・3 (地域包括ケア病棟入院料の注4・5) (該当するものに○をつけること)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の注8)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注4)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護職員夜間配置加算 (精神科救急・合併症入院料の注4)	年 月 日

2. 令和6年4月1日時点の看護職員の負担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体制			
ア	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名：	職種：
イ	看護職員の勤務状況の把握等		
	(ア) 勤務時間	平均週	時間 (うち、時間外労働 時間)
	(イ) 2交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 勤務後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 <input type="checkbox"/> 16時間未満となる夜勤時間の設定 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： )	
	(ウ) 3交代の夜勤に係る配慮	<input type="checkbox"/> 夜勤後の暦日の休日の確保 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に： )	
ウ	多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度： 回/年	
		参加人数： 平均 人/回	
		参加職種 ( )	
エ	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画	<input type="checkbox"/> 計画策定 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知	
オ	看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法： )	



(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容

ア 業務量の調整	<input type="checkbox"/> 時間外労働が発生しないような業務量の調整
イ 看護職員と他職種との業務分担	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ職種 (理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> その他 (職種： )
ウ 看護補助者の配置	<input type="checkbox"/> 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 <input type="checkbox"/> 看護補助者の夜間配置
エ 短時間正規雇用の看護職員の活用	<input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の看護職員の活用
オ 多様な勤務形態の導入	<input type="checkbox"/> 多様な勤務形態の導入
カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	<input type="checkbox"/> 院内保育所 <input type="checkbox"/> 夜間保育の実施 <input type="checkbox"/> 夜勤の減免制度 <input type="checkbox"/> 休日勤務の制限制度 <input type="checkbox"/> 半日・時間単位休暇制度 <input type="checkbox"/> 所定労働時間の短縮 <input type="checkbox"/> 他部署等への配置転換
キ 夜勤負担の軽減	<input type="checkbox"/> 夜勤従事者の増員 <input type="checkbox"/> 月の夜勤回数の上限設定

(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

(□には、適合する場合「✓」を記入してください。)

① 交代制勤務の種別 ( □ 3交代 □ 変則3交代 □ 2交代 □ 変則2交代 )

② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理

	1) 夜間看護体制加算 (障害者施設等入院基本料の注11)	2) 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注7)	3) 看護職員夜間配置加算 (12対1配置1・16対1配置1(地域包括医療病棟入院料の注9を含む))	4) 看護補助加算 (夜間看護体制加算)	5) 看護職員夜間配置加算 (精神科救急急性期医療入院料の注4/精神科救急・合併症入院料の注4)	6) 1)から5)のいずれかの加算を算定する病棟以外
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 正循環の交代周期の確保(3交代又は変則3交代のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ 夜勤の連続回数が2連続(2回)まで	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
エ 暦日の休日の確保	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
オ 早出・遅出等の柔軟な勤務態勢の工夫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ア)過去1年間のシステムの運用	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
(イ)部署間における業務標準化	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> )
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ク 看護補助者の夜間配置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コ 夜間院内保育所の設置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
該当項目数	(     )	(     )	(     )	(     )	(     )	<input type="checkbox"/>
(参考)満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上	<input type="checkbox"/>

[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資する体制について、実施しているものの□にレ印を付けるとともに、**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 2(1)イ(ア)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してください。
- 3 2(3)①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「✓」を記入してください。
- 4 2(3)②クは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入してください。
- 5 2(3)②の6)は、1)から5)のいずれの加算も届け出していない病棟における、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理の状況について、□に「✓」を記入してください。



### 3. バックアップ保管に係る体制等

①保存対象のシステム	②保管頻度	③世代管理	④保管方式（複数回答可）
<input type="checkbox"/> 電子カルテシステム	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代	<input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> オーダリングシステム	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代	<input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> レセプト電算システム	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代	<input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 医用画像システム	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代	<input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 3世代以上 <input type="checkbox"/> 2世代 <input type="checkbox"/> 1世代	<input type="checkbox"/> オンラインサーバー <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> テープ、 <input type="checkbox"/> 遠隔地 <input type="checkbox"/> その他( )
② システムの有事に備えた体制等について 作成しているものを選択してください（複数選択可）			<input type="checkbox"/> 体制図 <input type="checkbox"/> 連絡フロー <input type="checkbox"/> ネットワーク構成図 <input type="checkbox"/> システム構成図 <input type="checkbox"/> 業者名簿
③ 過去1年間で、職員を対象とした 情報セキュリティに関する訓練・教育を何回実施したか			訓練： 回 教育： 回

### 4. 業務継続計画（BCP）の策定等に係る取組状況

① 業務継続計画（BCP）の策定	<input type="checkbox"/> 策定済 <input type="checkbox"/> 今年度導入予定 <input type="checkbox"/> 策定予定なし
② ①による訓練・演習の実施 ※①で策定済の場合のみ	<input type="checkbox"/> 実施済 <input type="checkbox"/> 今年度導入予定

【記載上の注意】

「1」、「2」、「3」及び「4」について、□に適合する場合「✓」を記入してください。

## 療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画

都道府県名	北 海 道					
医療機関コード						
医療機関名						

療養環境の改善計画の概要（令和6年8月1日現在の状況を病棟ごとに記入してください。）

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	

注 当該加算は療養環境の整備に資する取組みを評価したものであり、毎年8月の報告の際に計画自体全く無いとしている場合には速やかに施設基準の辞退届の提出が必要となります。

# 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

褥瘡対策の実績（令和6年7月の1ヶ月間の実績・状況）		
①	入院患者数（令和6年7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. 医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）	名
	9. 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	本加算を算定した人数	名

## [記入上の注意]

- 褥瘡対策の実施状況については、報告月の前月の件数を記入してください。  
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します。
- ①については、報告月の前月1ヶ月間に入院していた患者の実人数を記入してください。
- 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してください。  
(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名として数えてください。)
- 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、患者数1名として数えてください。)
- ③のうち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します(複数回答)。

# 地域医療体制確保加算に係る報告書

(令和 6 年 8 月 1 日)

都道府県名 北海道

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

	入院基本料又は特定入院料 (プルダウン、または、「別表」から 選択すること。欄が足りない場合には 余白等に追記すること。)	病棟 (室) 数	病床数
1 当該加算の届出を行う病棟 の種別及び病床数  ※ 現時点 (令和 6 年 8 月 1 日) の情報を記載すること。		棟 (室)	床
		棟 (室)	床
		棟 (室)	床
		棟 (室)	床
		棟 (室)	床
		棟 (室)	床
	合計	—	床
2 救急用の自動車等による搬 送実績	期間: 令和 5 年 4 月 ~ 6 年 3 月 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数: ( ) 件		
3 届出状況	<input type="checkbox"/> 「A 2 3 7」ハイリスク分娩等管理加算 (ハイリスク分娩管理加算に限る。) <input type="checkbox"/> 「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A 3 0 1 - 4」小児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料		
4 指定状況	<input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター		
5 病院勤務医の負担の軽減及 び処遇の改善に資する体制	様式 17 の 2 に記載すること。		

〔記載上の注意〕

- 「1」については、「病棟 (室) 数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟 (室) 数を、「病床数」欄には同一区分の病棟 (室) の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟 (室) の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。
- 「2」については、令和 5 年 4 月 ~ 6 年 3 月の 1 年間の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
- 様式 17 の 2 を添付すること。

別表 入院基本料又は特定入院料【様式17-1】

項番	入院基本料又は特定入院料
1	急性期一般入院基本料(入院料1)
2	急性期一般入院基本料(入院料2)
3	急性期一般入院基本料(入院料3)
4	急性期一般入院基本料(入院料4)
5	急性期一般入院基本料(入院料5)
6	急性期一般入院基本料(入院料6)
7	地域一般入院基本料(入院料1)
8	地域一般入院基本料(入院料2)
9	地域一般入院基本料(入院料3)
10	療養病棟入院基本料(入院料)
11	療養病棟入院基本料(入院料2)
12	結核病棟入院基本料(7対1)
13	結核病棟入院基本料(10対1)
14	結核病棟入院基本料(13対1)
15	結核病棟入院基本料(15対1)
16	結核病棟入院基本料(18対1)
17	結核病棟入院基本料(20対1)
18	精神病棟入院基本料(10対1)
19	精神病棟入院基本料(13対1)
20	精神病棟入院基本料(15対1)
21	精神病棟入院基本料(18対1)
22	精神病棟入院基本料(20対1)
23	特定機能病院入院基本料(一般病棟・7対1)
24	特定機能病院入院基本料(一般病棟・10対1)
25	特定機能病院入院基本料(結核病棟・7対1)
26	特定機能病院入院基本料(結核病棟・10対1)
27	特定機能病院入院基本料(結核病棟・13対1)
28	特定機能病院入院基本料(結核病棟・15対1)
29	特定機能病院入院基本料(精神病棟・7対1)
30	特定機能病院入院基本料(精神病棟・10対1)
31	特定機能病院入院基本料(精神病棟・13対1)
32	特定機能病院入院基本料(精神病棟・15対1)
33	専門病棟入院基本料(7対1)
34	専門病棟入院基本料(10対1)
35	専門病棟入院基本料(13対1)
36	障害者施設等入院基本料(7対1)
37	障害者施設等入院基本料(10対1)
38	障害者施設等入院基本料(13対1)
39	障害者施設等入院基本料(15対1)
40	有床診療所入院基本料1
41	有床診療所入院基本料2
42	有床診療所入院基本料3
43	有床診療所入院基本料4
44	有床診療所入院基本料5
45	有床診療所入院基本料6
46	有床診療所療養病床入院基本料A
47	有床診療所療養病床入院基本料B
48	有床診療所療養病床入院基本料C
49	有床診療所療養病床入院基本料D
50	有床診療所療養病床入院基本料E
51	救命救急入院料1
52	救命救急入院料2
53	救命救急入院料3
54	救命救急入院料4

項番	入院基本料又は特定入院料
55	特定集中治療室管理料1
56	特定集中治療室管理料2
57	特定集中治療室管理料3
58	特定集中治療室管理料4
59	特定集中治療室管理料5
60	特定集中治療室管理料6
61	ハイケアユニット入院医療管理料1
62	ハイケアユニット入院医療管理料2
63	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
64	小児特定集中治療室管理料
65	新生児特定集中治療室管理料1
66	新生児特定集中治療室管理料2
67	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
68	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料)
69	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料)
70	新生児治療回復室入院医療管理料
71	地域包括医療病棟入院料
72	一類感染症患者入院医療管理料
73	特殊疾患入院医療管理料
74	小児入院医療管理料1
75	小児入院医療管理料2
76	小児入院医療管理料3
77	小児入院医療管理料4
78	小児入院医療管理料5
79	回復期リハビリテーション病棟入院料1
81	回復期リハビリテーション病棟入院料2
82	回復期リハビリテーション病棟入院料3
83	回復期リハビリテーション病棟入院料4
84	回復期リハビリテーション病棟入院料5
85	回復期リハビリテーション入院医療管理料
86	地域包括ケア病棟入院料1
87	地域包括ケア入院医療管理料1
88	地域包括ケア病棟入院料2
89	地域包括ケア入院医療管理料2
90	地域包括ケア病棟入院料3
91	地域包括ケア入院医療管理料3
92	地域包括ケア病棟入院料4
93	地域包括ケア入院医療管理料4
94	特殊疾患病棟入院料1
95	特殊疾患病棟入院料2
96	緩和ケア病棟入院料1
97	緩和ケア病棟入院料2
98	精神科救急急性期医療入院料
99	精神科急性期治療病棟入院料1
100	精神科急性期治療病棟入院料2
101	精神科救急・合併症入院料
102	児童・思春期精神科入院医療管理料
103	精神療養病棟入院料
104	認知症治療病棟入院料1
105	認知症治療病棟入院料2
106	精神科地域包括ケア病棟入院料
107	特定一般病棟入院料1
108	特定一般病棟入院料2
109	地域移行機能強化病棟入院料



地域医療体制確保加算に係る報告書(病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について)

(令和6年8月1日)

都道府県名 北海道

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。

届出時点の状況について記載する事項

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

保険医療機関名

(1) 地域医療体制確保加算の算定状況

算定開始時点 ( 年 月 )

備考 ※( )

※ 算定開始後、当該加算を辞退した年月などがあれば具体的に記載すること。

(2) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

(令和6年8月1日時点)

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤: ( )名	非常勤 ( )名
	宿日直(*1)を担当する医師数 ( )名 (うち非常勤( )名)	

\*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和6年6月分)

(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
	<input type="checkbox"/> その他、客観的な記録方法 (具体的に: )

(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握の有無	
<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率	<input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数
<input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )

\*2 前年度の実績を記載。

\*3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)	
平均: ( )時間/月	80時間/月以上の者の人数: ( )名
最大: ( )時間/月	155時間/月以上の者の人数: ( )名
最小: ( )時間/月	

\*4 常勤医における値を記載。

\*4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和

(エ) 宿日直(回/月)(*5)	平均: ( )回/月
	最大: ( )回/月
	最小: ( )回/月
	連日当直を実施した者の人数及び回数: ( )名・ のべ( )回

\*5 労働基準法上の宿日直許可の取得に関わらず、休日及び時間外の当直、日直について回答してください。

(オ) その他(自由記載・補足等)

ウ 令和5年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超 ( )名

1,710時間超 ( )名

医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

(令和5年8月1日時点)

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤: ( )名	非常勤 ( )名
	宿日直(*1)を担当する医師数 ( )名 (うち非常勤( )名)	

\*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和5年6月分)

(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )

(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握の有無	
<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率	<input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数
<input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )

\*2 前年度の実績を記載。

\*3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)		80時間/月以上の者の人数:	( )名
平均:	( )時間/月	155時間/月以上の者の人数:	( )名
最大:	( )時間/月		
最小:	( )時間/月		
*4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和			
(エ) 宿日直(回/月)(*5)		平均:	( )回/月
		最大:	( )回/月
		最小:	( )回/月
		連日当直を実施した者の人数及び回数:	( )名・のべ( )回
*5 労働基準法上の宿日直許可の取得に関わらず、休日及び時間外の当直、日直について回答してください。			
(オ) その他(自由記載・補足等)			

ウ 令和4年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超 ( )名

1,710時間超 ( )名

医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

(令和4年8月1日時点)

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤: ( )名	非常勤: ( )名	
	宿日直(*1)を担当する医師数 ( )名	(うち非常勤( )名)	
*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること			
イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和3年6月分)			
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間 <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握の有無	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: )		
*2 前年度の実績を記載。 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者			
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4)		80時間/月以上の者の人数: ( )名	
平均:	( )時間/月	155時間/月以上の者の人数: ( )名	
最大:	( )時間/月		
最小:	( )時間/月		
*4 常勤医における値を記載。 *4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和			
(エ) 宿日直(回/月)(*5)		平均:	( )回/月
		最大:	( )回/月
		最小:	( )回/月
		連日当直を実施した者の人数及び回数:	( )名・のべ( )回
*5 労働基準法上の宿日直許可の取得に関わらず、休日及び時間外の当直、日直について回答してください。			
(オ) その他(自由記載・補足等)			

ウ 令和3年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,785時間超 ( )名

1,710時間超 ( )名

医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和6年度において1,785時間、令和7年度において1,710時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

(3) B水準・C水準等に相当する医師の働き方改革に向けた具体的な取組(実施している取組にチェック「✓」し、開始年月を回答)

1 短時間勤務正規雇用医師の活用 <input checked="" type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】短時間勤務正規雇用医師を常勤医師20人につき1人以上雇用していること。
2 オンコール体制の構築 <input type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)あたり1人以上オンコール医師がいること。 オンコール医師が所属する診療科の医師は、同じ日に宿日直をしていないこと。
3 複数主治医制の実施 <input type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)のうち半数以上で複数主治医制を導入していること。
4 特定行為研修終了看護師の活用 <input type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】急性期医療に係る以下の各領域のすべてについて、それぞれ日勤帯には院内に常時特定行為研修終了者がおり、特定行為を行っている ・外科手術後管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科系基本領域 ・集中治療領域 ・救急領域
5 医師事務作業補助者の活用 <input type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】○対1の割合で医師事務作業補助者を配置していること。( 対1)
6 法令改正によりタスクシフトを可能とした業務の実施 <input type="checkbox"/> ( 年 月 ) 【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。 ア 診療放射線技師 ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為(動脈路確保のためのものを除く。)、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為 ・下部消化管検査(OTコノグラフィ検査を含む。)のため、注入した造影剤及び空気を吸引する行為 ・上部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤を注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為 ・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査 イ 医臨床検査技師 ・直腸肛門機能検査(バルーン及びトランスデューサーの挿入(バルーンへの空気の注入を含む。)並びに抜去を含む。) ・持続皮下グルコース検査(当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。) ・運動誘発電位検査・体性感覚誘発電位検査に係る電極(針電極を含む。)の装着及び脱着 ・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引して採取する行為 ・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為 ・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為 ・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為 ウ 臨床工学技士 ・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去 ・心・血管カテーテル治療において、生命維持管理装置を使用して行う治療に関連する業務として、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為 ・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為 エ 救急救命士 ・医療機関に搬送されるまでの間(病院前)に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とされた行為 ※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

医療機関コード

# 回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北 海 道					
医療機関コード						
医療機関名						

1 回復期リハビリテーション病棟入院料1、2又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している場合

① 1年間の総退院患者数  年 月 日～ 年 月 日	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下の重症患者の数	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点以上又はFIM総得点が16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	%

2 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は回復期リハビリテーション入院管理料を算定している場合

① 1年間の総退院患者数  年 月 日～ 年 月 日	名
② ①のうち、入院時に日常生活機能評価が10点以上又はFIM総得点が55点以下の重症患者の数	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点以上又はFIM総得点が12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	%

[記入上の注意]

1、2における「①」について、算定期間は前年の8月1日から当年の7月31日までになります。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。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料における リハビリテーション実績指数等に係る報告書

医療機関コード							
保険医療機関名							
郵便番号	〒						-
所在地							
報告年月日							
直近の報告年月日							
届出入院料	<input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病棟入院料 <input type="checkbox"/> 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料						

※（特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を届け出ている場合は、以下における「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と読み替えること。）

### 1. 退棟患者数

①		( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月
②	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名	名	名	名

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

①		( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月
③	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数	日	日	日	日
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 ( i + ii + iii + iv + v )	単位	単位	単位	単位
再掲	i 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ii 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	iii 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	iv 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	v 前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④/③)	単位	単位	単位	単位

### 3. リハビリテーション実績指数

①	( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月
⑥ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名
⑦ ⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名
⑧ ⑦の患者の退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得点(運動項目)を控除したものの総和	点	点	点	点
⑨ ⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	点	点	点	点
⑩ リハビリテーション実績指数(⑧/⑨)				

### 4. 除外患者について(届出の前月までの6か月について以下を記入する。)

⑪ 届出の前月までの6か月	( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月	( ) 月
⑫ 入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑬ 高次脳機能障害患者が退棟患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭ ⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数(⑬が有の場合のみ)	名	名	名	名	名	名
⑮ リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑯ 除外割合(⑮÷(⑫又は⑭))	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について（⑬が有の場合には、それぞれ⑪の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。）

※（ ）にはそれぞれ⑪の前月を記載	( ) 月 までの 6か月	( ) 月 までの 6か月	( ) 月 までの 6か月	( ) 月 までの 6か月	( ) 月 までの 6か月	( ) 月 までの 6か月
⑰ 6か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑱ ⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲ 高次脳機能障害患者の割合 (⑱÷⑰)	%	%	%	%	%	%

6. 前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施

(あり ・ なし)

[記載上の注意]

- ①については、毎年8月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入してください。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入してください。  
ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要です。
- ②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限り、③は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除きます。
- ④は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限り、⑤は入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したものに限り、⑥の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑯とします。
- ⑦は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限り、⑧、⑩、⑪の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限り、⑨。「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲んでください。



# 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料） 1、2、3、又は4に係る報告書

（令和6年8月1日現在）

都道府県名	北 海 道					
医療機関コード						
医療機関名						

※ 本報告書については、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料） 1、2、3又は4を算定する病室に隣接する廊下幅が1.8m（両側居室の場合は2.7m）に満たない場合、記入のうえ提出してください。

廊下幅の基準を満たさない場合における 全面的な改築等の予定	着工予定	年	月
	完成予定	年	月
全面的な改築等の予定の具体的内容 （進捗が無い場合はその理由等）			

# 緩和ケア病棟入院料1に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

1. 前年度に当該病棟に入院した患者について、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均

日
---

2. 前年度に当該病棟から退院した患者について、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合

前年度に当該病棟から退院した全患者数	①	人
転院又は転棟のため退院した患者数	②	人
死亡のため退院した患者数	③	人
前年度に当該病棟から退院した患者について、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合（ $(① - ② - ③) / ①$ ）		%

# 精神科救急・合併症入院料に関する実施状況報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

## 1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の人数	名
必要な検査、CT撮影が必要に応じて実施できる体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 2 実績に係る要件

① 当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数	人	
② 当該病棟の新規患者数	人	
(②の再掲)	③ 措置入院 人	④ 緊急措置入院 人
	⑤ 医療保護入院 人	⑥ 応急入院 人
	⑦ 鑑定入院 人	⑧ 医療観察法入院 人
	⑨ 合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者 (③～⑧の患者を除く) 人	
⑩ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数	人	
$\frac{\text{③}+\text{④}+\text{⑤}+\text{⑥}+\text{⑦}+\text{⑧}+\text{⑨}}{\text{②}}$ (a) %	$\frac{\text{③}+\text{④}+\text{⑥}}{\text{⑩}}$ (b) %	
⑪ 合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合	%	

### [記入上の注意]

- CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有にチェックをすること。
- 実績に係る要件の患者数は報告前1年間の患者数を記載すること。
- 当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)  $\geq 60\%$  (b)  $\geq 25\%$ 又は、③+④+⑥  $\geq 5$ 人
- ⑩については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載すること。
- ⑪の身体合併症患者とは、別添4「特定入院料の施設基準等」第16の2の1の(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

【都道府県名】 北海道

【医療機関コード】

※レセプトに記載する7桁の数字を記載

【保険医療機関名】

### 精神科救急急性期医療入院料に関する実施状況報告書（令和6年8月1日現在）

#### 1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の人数			名
必要な検査、CT撮影が必要に応じ て実施できる体制	<input type="checkbox"/>	無	
	<input type="checkbox"/>	有（自保険医療機関内で速やかに実施可能）	
	<input type="checkbox"/>	有（CT検査については他の医療機関との連携により速やかに実施可能）	

#### 2 実績に係る要件

##### (1) 届出病棟数

以下の①～③の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

① 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病棟数		病棟
② 当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病床数		床
③ 当該病院における精神科救急急性期医療入院料及び精神科急性期治療病棟入院料届出病床数	<input type="checkbox"/>	床 (≤300)

##### (2) 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の④～⑬の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

		当該病院における実績		要件
④ 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は、当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数		④	件 又は 件/万人	□(≥30) 又は □(≥0.37)
⑤ ④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、警察又は消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合		⑤	件 又は 割	□(≥6) 又は □(≥2割)
⑤の再掲	⑥精神科救急情報センター	件	⑦精神医療相談窓口	件
	⑧救急医療情報センター	件	⑨他の医療機関	件
	⑩都道府県・市町村	件	⑪保健所	件
	⑫警察	件	⑬消防（救急車）	件

(別紙様式19)

【都道府県名】 北海道

【医療機関コード】

※レセプトに記載する7桁の数字を記載

【保険医療機関名】

(3) 当該病棟における新規入院患者に係る実績  
以下の⑭～㉑について、報告前1年間の患者数を記載すること。

⑭ 当該入院料を算定する全病棟の新規患者数		人			人
⑮ 措置入院		人	⑯ 緊急措置入院		人
⑰ 医療保護入院		人	⑱ 応急入院 (うち、特定医師によるもの)		人 人
⑲ 鑑定入院		人	㉑ 医療観察法入院		人
㉒ 当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数					人

以下の「(a)」及び「(b)又は(c)」の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を

$(15+16+17+18+19+20) \div 14$	(a)	□ (≥60%)	及び	$(15+16+18) \div 21$	(b)	□ (≥25%)
				又は	$(15+16+18)$	(c)

[記載上の注意]

- CT撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、有にチェックをすること。
- 実績に係る要件の患者数は報告前1年間の患者数を記載すること。
- 「2の③」の病床数は300床以下であること。
- 当該入院料を算定する病院は、以下のいずれも満たすこと。
  - 「2の(2)の④」の件数が30件以上又は0.37件/万人以上
  - 「2の(2)の⑤」の件数が6件以上又は「2の(2)の⑤」の割合が2割以上
- 当該入院料を算定する病棟は、以下のいずれも満たすこと。
  - 「2の(3)の(a)」の数値が6割以上
  - 「2の(3)の(b)」の数値が2割5分以上又は「2の(3)の(c)」の人数が20人以上
- ㉒については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載すること。

【医療機関コード】

(別紙様式20)

- 精神科救急急性期医療入院料  
 精神科急性期治療病棟入院料  
 精神科救急・合併症入院料

## の施設基準に係る報告書

(令和6年8月1日)

都道府県名 北海道

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

	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数 ②	新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数 ③
①令和6年7月	日	日
② / (② + ③) = (ア)		
令和6年4月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く）⑤		
④令和6年4月		名
⑥ 上記の患者のうち、3月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数		
		名
⑥ / ⑤ = (イ)		

※ 自宅等へ移行とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

### [記載上の注意]

- ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- ⑤には、令和6年4月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を記入し、そのうち3月以内に退院し自宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。  
(ア)  $\geq 0.4$
- 当該病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
  - 精神科救急・合併症入院料並びに精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合を除く）  
(イ)  $\geq 0.4$
  - 精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合）を算定する場合  
(イ)  $\geq 0.6$
- 当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟が複数ある場合は、病棟ごとに記載すること。

【都道府県名】 北海道

【医療機関コード】

※レセプトに記載する7桁の数字を記載

【保険医療機関名】

### 精神科救急医療体制加算に関する実施状況報告書（令和6年8月1日現在）

#### 1 病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の人数		名
---------------------	--	---

#### (1) 届出病棟数

病棟数		病床数（合計）	
	病棟		床

#### 3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の①～⑩の数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

	当該病院における実績	複数の病棟を届出する場合	要件を満たす場合、□に✓を記載	
① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数	① 件 又は 件/万人	①÷届出病棟数 件 又は 件/万人	□(≥40) 又は □(≥0.5)	
② 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、警察又は消防（救急車）からの依頼件数及び①に対する割合	② 件 又は 割	②÷届出病棟数 件	□(≥8) 又は □(≥2割)	
②の再掲	③精神科救急情報センター	件	④精神医療相談窓口	件
	⑤救急医療情報センター	件	⑥他の医療機関	件
	⑦都道府県・市町村	件	⑧保健所	件
	⑨警察	件	⑩消防（救急車）	件

#### 4 当該病棟における新規入院患者の自宅等への移行について

<input type="checkbox"/>	当該病棟において新規入院患者（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除く。）のうち、6割以上が入院日から起算して3月以内に、退院し、自宅等へ移行していること。
--------------------------	--

※満たしている場合に、□に✓を記入すること

(別紙様式24)

【都道府県名】 北海道

【医療機関コード】

※レセプトに記載する7桁の数字を記載

【保険医療機関名】

## 5 施設類型に係る事項

次の該当する項目のいずれかにチェックをつけること

<input type="checkbox"/>	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（平成20年5月26日障発0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）（以下「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」という。）に規定する身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
<input type="checkbox"/>	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」に規定する精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関
<input type="checkbox"/>	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」に規定する精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関

### 【記載上の注意】

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は5名以上であること。
- 2 実績に係る要件の患者数は報告前1年間の患者数を記載すること。
- 3 「4」の「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。



(別紙様式 2 1)

通院・在宅精神療法の  注11 (早期診療体制充実加算)  
に規定する施設基準に係る報告書

※該当する届出事項に□に✓を記入すること。

都道府県名	北海道
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

- 1 常勤の精神保健指定医の配置に係る要件  
(常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。)

氏名	指定医番号

- 2 通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件  
(以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数			回 (a)
うち	「1」の□ (初診の日に60分以上)	の算定回数	回 (b)
	「1」のハの(1) (30分以上)	の算定回数	回 (c)
	「2」の□ (初診の日に60分以上)	の算定回数	回 (d)
	「2」のハの(1) (60分以上)	の算定回数	回 (e)
	「2」のハの(2) (30分以上60分未満)	の算定回数	回 (f)
	$\{(b) + (c) + (d) + (e) + (f)\} / (a)$		

※診療所にあつては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数	人 (g)
$\{(b) + (d)\} / (g)$	(回/人) <input type="checkbox"/> ( $\geq 60$ )

3 精神保健指定医に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

	指定医氏名①	指定医氏名②			
	指定医番号	指定医番号			
(1)	他医療機関で時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。				
		実施日	実施医療機関名	実施日	実施医療機関名
		実施日①（実施医療機関名）			
		実施日②（実施医療機関名）			
		実施日③（実施医療機関名）			
		実施日④（実施医療機関名）			
		実施日⑤（実施医療機関名）			
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。				
	実施日（実施医療機関名）				
	公務員としての業務の場合				
	①実施した業務の内容				
	②依頼元（都道府県名等）				

4 当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近1年間の実績を記入すること）

(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"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関 <input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関			
	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関				
(2)	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、警察又は消防（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）	
	②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、警察又は消防（救急車）からの依頼件数（夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。）。			件	
(3)	①	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関			
	②	<input type="checkbox"/> 時間外対応加算1の届出を行っている。			
	③	<input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。			

医療機関コード	
---------	--

5 早期診療体制充実加算における届出に係る要件  
 (届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

児童思春期精神科専門管理加算	<input type="checkbox"/>
療養生活継続支援加算	<input type="checkbox"/>
児童思春期支援指導加算	<input type="checkbox"/>
精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>
依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>
摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>
精神科入退院支援加算	<input type="checkbox"/>
児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>
認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>
依存症集団療法 1、2又は3	<input type="checkbox"/>
精神科在宅患者支援管理料	<input type="checkbox"/>

6 情報通信機器を用いた精神療法における届出等に係る要件  
 (届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

要件	該当
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。	<input type="checkbox"/>
「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って診療を行う体制を有していること。	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 注11を届け出る場合は、「1」から「5」までを、注12を届け出る場合は、「3」、「4」及び「6」を、それぞれ満たすこと。
- 2 実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。
- 3 「3」について、
  - ・ 注11を届け出る場合は、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(2)を満たすこと。当
  - ・ 注12を届け出る場合は、情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が(1)又
  - ・ (2)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を
    - ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
    - ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
    - ③ 精神医療審査会における業務
    - ④ 精神科病院への立入検査での診察
    - ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 4 「4」について、当該保険医療機関において、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、精神科救急医療体制整備事業の病院群輪番型施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。
- 5 「5」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。

医療機関コード

## 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

本指導管理料を算定した患者数 (期間：令和5年4月～令和6年3月)	① 名
--------------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の7月末日までに HbA1cが改善又は維持された者	② 名
--	-----

①のうち、当該期間後の7月末日までに 血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③ 名
--	-----

①のうち、当該期間後の7月末日までに 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

$$= \frac{\text{②}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{000000}} \quad \%$$

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{③}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{000000}} \quad \%$$

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

$$= \frac{\text{④}}{\text{①}} \quad \boxed{\phantom{000000}} \quad \%$$

**[記入上の注意]**

- 1 「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すること。
- 2 「②」から「④」の「改善又は維持された者」については、初回に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、報告時直近の検査値を比べること。
- 3 「①」における期間は、前年4月1日から当年の3月31日までとする。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当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

## 慢性腎臓病透析予防指導管理料に係る報告書

都道府県名	北海道
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

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月 ~ 年 月)	① 名
-----------------------------------	-----

①のうち、当該期間後の7月末日までに血中 Cre 又は eGFR が改善又は維持された者	② 名
①のうち、当該期間後の7月末日までに血圧が改善又は維持された者	③ 名
Cre 又は eGFR が改善又は維持が認められた者の割合 (=②/①)	④ %
血圧の改善又は維持が認められた者の割合 (=③/①)	⑤ %

### [記載上の注意]

- 「①」の「本管理料を算定した患者数」は、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。
- 「②」及び「③」の「改善又は維持が認められた者」については、初回に慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。
- 「①」における期間は、前年の4月1日から当年の3月31日までとする。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当年の3月31日までの期間の結果について記入すること。

# ニコチン依存症管理料に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

ニコチン依存症管理料を算定した患者数 (令和5年4月～令和6年3月)	①	名
①のうち、当該期間後の7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1のイに掲げる初回の治療の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料2の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑥	回
ニコチン依存症管理料1の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から5回目までの治療を含む)	⑦	回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧	回
①のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑨	回
②のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑩	回
③のうち、ニコチン依存症治療補助アプリを用いてプログラム医療機器等指導管理料を算定した者	⑪	回

$$\text{喫煙を止めたものの割合} = \frac{(\text{③} + \text{④})}{\text{①}} \times 100 \quad \boxed{\phantom{00}} \%$$

$$\text{治療の平均継続回数} = \frac{(\text{⑦} + \text{⑧})}{(\text{⑤} + \text{⑥})} \quad \boxed{\phantom{00}} \text{回}$$

## [記入上の注意]

- 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上してください。
- 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計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。
- 「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」(令和6年3月5日保医発0305第6号)の別添2の様式8の「記載上の注意」の1の再度の届出を行った場合であっても、本報告は必要です。

## 在宅療養支援病院に係る報告書

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

※該当する□にレ印を入れてください。

- 別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院 (機能強化型の単独型)
- 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 (機能強化型の連携型)
- 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 (従来型)
- 在宅療養実績加算1 (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のみ)
- 在宅療養実績加算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のみ)

### I. 直近1年間 (前年8月から本年7月まで) に在宅療養を担当した患者について (自院のみの実績)

1. 平均診療期間	(            ) ヶ月
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等医学総合管理料を算定したものに限る。)	(            ) 名

### II. 直近1年間 (前年8月から本年7月まで) の訪問診療等の実施回数について (自院のみの実績)

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

### III. 在宅支援連携体制について (自院を含む) ※「第14の2」の1(2)に規定する在宅療養支援病院のみ記入

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

IV. 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
以下は機能強化型の在支病のみ回答。	
3. 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議 又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る 会議への出席回数（直近1年間）	( ) 回
4. 往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算 を算定する診療所	( ) 医療機関
5. 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う 病床を常に確保している	<input type="checkbox"/> 該当する
6. 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れ を行った回数（直近1年間）	( ) 回

[記入上の注意]

- 1 I・IIについては、自院のみの実績を記入してください。
- 2 IIIの「在宅支援連携体制について」欄は、自院を含めた連携医療機関全体の数を記入してください。  
なお、「第14の2」の1（1）及び（3）に規定する在宅療養支援病院は記入不要です。
- 3 Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で  
記入してください。
- 4 Iの2中「（1）うち医療機関以外での死亡者数」について、介護老人保健施設等の入所施設で死亡  
した患者は、「イ. うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。
- 5 Iの2（2）中の「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まれます。
- 6 IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間若しくは深夜に行った往診を計上してください。
- 7 IV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。  
なお、第14の2の1（2）に規定する在宅療養支援病院が記載してください。



# 病院の届出状況報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
医療機関名	

## ○在宅療養支援病院の届出状況

※該当する事項に○を付けてください。

届出区分	(○印)
(1) 機能強化型の単独型	<input type="checkbox"/>
(2) 機能強化型の連携型	<input type="checkbox"/>
(3) 従来型	<input type="checkbox"/>
在宅療養実績加算 1	<input type="checkbox"/>
在宅療養実績加算 2	<input type="checkbox"/>

訪問看護体制	(○印)
自院	<input type="checkbox"/>
連携保険医療機関	<input type="checkbox"/>
連携訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/>

往診の体制	(○印)
自院	<input type="checkbox"/>
連携保険医療機関	<input type="checkbox"/>

緊急時に入院できる体制	(○印)
自院のみで確保	<input type="checkbox"/>
当該診療所及び連携保険医療機関で確保	<input type="checkbox"/>
連携保険医療機関のみで確保	<input type="checkbox"/>

在宅療養担当常勤医師数（自院のみ）	人
-------------------	---

### ※「(2) 機能強化型の連携型」の場合のみ記入

※直近1年間（前年8月から本年7月まで）に在宅療養を担当した患者について、  
自院・連携先を含め全て記入してください。

※連携先のグループが複数あるときは、各グループごとに作成してください。

No.	連携先医療機関名	看取り件数	緊急往診件数
1	(自院)	件	件
2		件	件
3		件	件
4		件	件
5		件	件
6		件	件
7		件	件
8		件	件
9		件	件
10		件	件
合計		件	件
緊急往診件数が10件以上の医療機関数			

[記入上の注意]

- いずれの項目も該当しない保険医療機関については、本様式の提出は不要です。

# 在宅療養後方支援病院に係る報告書

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

## I. 全般

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

## II. 直近1年間（前年8月から本年7月まで）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

## III. 直近1年間（前年8月から本年7月まで）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

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の算定回数等を記入してください。

## IV. 直近1年間（前年8月から本年7月まで）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

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  
記入してください。

②については、①のうちC012を算定した患者について記入してください。

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入してください。

## V. 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

保険医療機関名

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(令和6年7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
DDTI	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-R2020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-R2020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、訪問診療利用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。

保険医療機関名

保険医療機関コード

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:令和5年4月～令和6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. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 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
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、GVHD、黄疸など)	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名
③ ②の患者の褥瘡の重症度		
	訪問診療開始時の褥瘡(②の患者の訪問診療開始時)	訪問診療中に発生した褥瘡(②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
DDTI	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、本管理指導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、それぞれに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。

## 疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

都道府県名	北海道
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

## 1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

本年7月1日から31日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

	入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
<b>&lt;脳血管疾患等リハビリテーション料について&gt;</b>		
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者	人	人
<b>※ 2)は3)と5)を足し合わせた数</b>		
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<b>&lt;廃用症候群リハビリテーション料について&gt;</b>		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者	人	人
<b>※ 2)は3)と5)を足し合わせた数</b>		
3) 2)のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人
<b>&lt;運動器リハビリテーション料について&gt;</b>		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者	人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者	人	人
<b>※ 2)は3)と5)を足し合わせた数</b>		
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者	人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等	人	人
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者	人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、本年7月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ(入院中の患者以外の患者)を記載すること。

	1)年齢	2)要介護度 【選択肢】 1.要支援1 2.要支援2  3.要介護1 4.要介護2 5.要介護3 6.要介護4 7.要介護5 8.該当無し	3)主な傷病 ※○は1つだけ					4)上限日数と なつてからの期間 ※○は1つだけ				5)ADL				6)単位数
			脳血管疾患	廃用症候群	外傷	外傷以外の整形外科疾患	その他	3か月未満	3か月以上6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上	BI (Barthel Index)		FIM (126点満点でござい)		
												た	上	た	上	
例	75 歳	6	1	○2	3	4	5	1	2	○3	4	30	60	40	50	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

[記載上の注意]

1 1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

2 2. 5)の「上限日数を超えた最初の診察日」におけるBI(Bathel Index)及びFIMについて不明の場合は「-」と記入すること。

医療機関コード	
---------	--

(別紙様式16)

### 摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書

都道府県名	北海道					
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

摂食嚥下機能回復体制加算  1・  2・  3 (該当するものに☑を付すること)

1. 嚥下機能の実績(加算1(⑨以外に記載)又は加算3(⑨に記載)に限る。加算2は記載不要。)

(1)実績期間 実績期間 備考:	年	月	～	年	月
(2)摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率					
①	a. 1年間(1. の実績期間)に他の医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者、又は中心静脈を実施している患者であって、当該医療機関において摂食機能療法を実施した者(転院、退院した者を含む) b. 1年間(1. の実績期間)に当該医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者、又は中心静脈を開始した患者(転院、退院した者を含む) ただし、a、bのいずれにおいても②から⑦までに該当する患者を除く。				人
②	鼻腔栄養等を導入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
③	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1ヶ月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者				人
④	①のaに該当する患者であって、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以上が経過している患者				人
⑤	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った患者				人
⑥	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であった患者				人
⑦	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であった患者				人
⑧	摂食機能療法を開始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(ただし、②から⑦までに該当する患者を除く)				人
⑧ / ① = 割					
⑨	中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者(加算3に限る)				人

**[記載上の注意]**

- (1)は原則として報告時点の前年1月～12月の一年間の実績を記載することとし、それ以外の期間とした場合には、その理由を備考に記載すること。  
例)令和4年8月1日に当該加算に係る届出を行ったため、令和4年8月から令和4年12月の実績を記載する事とした。
- ②及び⑧の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。
- ⑧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 鼻腔栄養を実施している患者にあつては、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。  
ウ 中心静脈栄養を実施している患者にあつては、中心静脈栄養を終了した上で、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。
- ⑨については、摂食嚥下機能回復体制加算3に該当する場合のみ記載すること。  
なお、該当していない場合は、「-」を記載すること。





摂食嚥下機能回復体制加算3

届出の有無(  有・  無 ) (  をつける。以下は有の場合のみ記載すること)

自院実施患者紹介患者の別 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつける)	VF/VEの実施場所 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつける)	患者性別	患者年齢	1の②~⑦のいずれかに該当するか※1	FIM (開始時) (A)	FIM (直近) (B)	FOIS (開始時) (C)	FOIS (直近) (D)	日数 ※2
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日
<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 紹介								日

[記載上の注意]

- 1 ②~⑦に該当する場合のみ該当する番号を記載すること(※1)。
- 2 日数は、摂食嚥下支援計画書の作成時の測定と、直近の測定までの期間を記載すること。なお、FIMとFOISは同日に測定すること。従って(A)から(B)及び(C)から(D)までの期間は、同じであること(※2)。
- 3 1.(1)に記入した期間の実績について記載すること。

# 情報通信機器を用いた診療に係る報告書（8月報告）

(令和6年8月1日)

保険医療機関名

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。

郵便番号

所在地

## 1 情報通信機器を用いた診療実施状況

### 1) 患者の所在毎の情報通信機器を用いた診療実施状況

	診療件数		そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数	
		件		件
患者の所在が、上記医療機関と同一の市町村又は特別区である場合 (①)		件		件
患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合 (②)		件		件
全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合 (②/①+②)		%		

### 2) 患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況（具体的な医療機関名、紹介・連絡・情報提供の方法、事前合意の有無など）

市町村又は特別区名	直接の対面診療を行える体制の整備状況

### 3) 医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

医師名	常勤／非常勤	オンライン診療を実施した場所	都道府県	診療録等、過去の患者の状態を把握する体制
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	<input type="checkbox"/> 医師の自宅等 <input type="checkbox"/> 当該医師が所有・所属する他の医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> クラウド型電子カルテ <input type="checkbox"/> その他 ( )

医療機関コード

2 情報通信機器を用いた診療の件数

	対面診療で実施した診療の算定件数		情報通信機器を用いた診療の算定件数			
	初診料	再診料等 (外来診療料を含む)	初診料 (初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数) (初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数)		再診料等 (外来診療料を含む)	
8月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
9月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
10月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
11月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
12月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
1月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
2月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
3月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
4月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
5月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
6月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	
7月	件	件	件	件	件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数	件	件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数	件	件	

3 診療前相談の実施状況（複数回答可）

<input type="checkbox"/>	診療前相談をオンライン診療と一連として実施している
<input type="checkbox"/>	診療前相談とオンライン診療は明確に時間を分けて実施している
<input type="checkbox"/>	その他（

〔記載上の注意〕

- 1 本報告については、前年8月1日あるいは「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行って以後～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。  
なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「1 2）患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「1 3）医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が5名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
- 4 「2 情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書（8月報告）

(令和6年8月1日)

保険医療機関名	
保険医療機関コード <sup>※</sup> （レセプトに記載する7桁の数字を記載）	
郵便番号	-
所在地	

1 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医に係る要件

		指定医氏名①		指定医氏名②	
		指定医番号		指定医番号	
(1)	他医療機関で時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療又は救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。				
		実施日	実施医療機関名	実施日	実施医療機関名
	実施日①（実施医療機関名）				
	実施日②（実施医療機関名）				
	実施日③（実施医療機関名）				
	実施日④（実施医療機関名）				
	実施日⑤（実施医療機関名）				
	実施日⑥（実施医療機関名）				
(2)	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。				
	実施日（実施医療機関名）				
	公務員としての業務の場合				
	①実施した業務の内容				
	②依頼元（都道府県名等）				



(3) 情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して処方した抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数

種類数	抗不安薬		睡眠薬		抗うつ薬		抗精神病薬	
0種類		件		件		件		件
1種類		件		件		件		件
2種類		件		件		件		件
3種類以上		件		件		件		件

3 情報通信機器を用いた精神療法の件数

	対面診療で実施した精神療法の算定件数		情報通信機器を用いた精神療法の算定件数	
	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ロ 「1」ハ(1) 「2」ロ 「2」ハ(1) 「2」ハ(2) の件数の合計	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2) 「2」ハ(3) の件数の合計	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(1)① の件数	30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「1」ハ(2)① の件数
8月		件		件
9月		件		件
10月		件		件
11月		件		件
12月		件		件
1月		件		件
2月		件		件
3月		件		件
4月		件		件
5月		件		件
6月		件		件
7月		件		件

[記載上の注意]

- 1 本報告については、「2の(3)」以外は前年8月1日（前年8月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～当年7月31日の診療実施状況を、「2の(3)」は当年5月1日（当年5月1日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）～7月31日の診療実施状況を、それぞれ記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
- 2 「2の(2)」の「患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関と異なる市町村又は特別区である場合の割合が2割を超える場合に記載すること。なお、市町村及び特別区については診療件数の多い10箇所について記載すること。
- 3 「2の(3)」については、当年5月1日～7月31日に情報通信機器を用いた精神療法を実施した患者に対して抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬を処方した件数を、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数毎に記載すること。例えば、情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、1種類の抗不安薬及び2種類の睡眠薬を処方した場合は、「1種類の抗不安薬を処方した件数」及び「2種類の睡眠薬を処方した件数」にそれぞれ1を計上する。
- 4 「3」の「情報通信機器を用いた精神療法の件数」のうち、「対面診療で実施した精神療法の算定件数」については、情報通信機器を用いた精神療法を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告すること。

保険医療機関コード	
-----------	--

(別紙様式 28)

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算  
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算  
に係る報告書(8月報告)

都道府県名	北海道
医療機関コード※	
保険医療機関名	
届出病棟名	
病床数	

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

1) 早期リハビリテーション実施割合

(①～⑨についての) 算出期間 (直近1年間もしくは3月間) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数		名
② ①のうち、入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数		名
③ ②/① (80%以上)		%

2) 土日祝日リハビリテーション実施状況

④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/平日における1日平均入院患者数		単位/日・人
⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/土日祝日における1日平均入院患者数		単位/日・人
⑥ ⑤/④ (80%以上)		%

3) 患者のADL (Barthel Index)

⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数(死亡退院及び終末期のがん患者を除く)		名
⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数		名
⑨ ⑧/⑦ (3%未満)		%

4) 褥瘡の院内発生率

⑩ 調査日(報告日の前月の初日)の当該病棟の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める)		名
⑪ 調査日に褥瘡(DSIGN-R2020分類d2以上)を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数		名
⑫ ⑪/⑩ (2.5%未満)		%

[記載上の注意]

- ①～⑨については、前年8月1日(又は届出日)～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。1年間の実績を報告する場合、算出期間について記載する必要はない。
- ⑪については、⑩の患者のうち、DESIGN-R2020分類d2以上を有する患者数を記入する(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。)
- ⑩の入院患者数が80人以下の場合、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。





プログラム医療機器の使用等(評価療養)に関する実施状況報告書

都道府県名 北海道

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

1. 医薬品医療機器等法に基づく承認(第1段階承認)を受けたプログラム医療機器の使用等

Table with 5 columns: 販売名, 医療機器承認番号, 使用等回数又は人数, 患者からの徴収額, 徴収額に対応する使用期間. Includes 5 rows of data.

2. 保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等

Table with 5 columns: 販売名, 医療機器承認番号, 使用等回数又は人数, 患者からの徴収額, 徴収額に対応する使用期間. Includes 5 rows of data.

【記載上の注意】

- 1. 本報告については、前年8月1日～当年7月31日の実施状況を記載すること。
2. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。
3. 「使用等回数又は人数」について、患者自身が医療機関外で継続的に使用するもの以外については、医療機関において当該プログラム医療機器の使用又は支給を実施した回数を記載し、患者自身が医療機関外で継続的に使用するものについては、使用した患者数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。また、患者自身が継続的に使用するものについては、徴収額に対応する使用期間も記載すること。
5. プログラム医療機器の使用等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。

プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書

都 道 府 県 名 北 海 道

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

販売名	医療機器承認番号	人数（※記載上の注意 3. を参照）		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意 4. を参照）		徴収額に対応する使用期間（※記載上の注意 4. を参照）	
			人	円	円	か月	か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年 8 月 1 日～当年 7 月 3 1 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。
2. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。
3. 「人数」について、使用した患者数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。また、徴収額に対応する使用期間も記載すること。
5. プログラム医療機器の使用等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。



## がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書

都道府県名	北 海 道					
医療機関コード						
医療機関名						

### I. 直近1年間のC-CATへのデータ提出に係る実績について

1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	①+② ( ) 件
(1) うち当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	① ( ) 件
うちC-CATへのデータ提出について、当該患者の同意が (2) 得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で提出できなかった件数	② ( ) 件

### II. 直近1年間のエキスパートパネル及び結果説明に係る実績について

2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数（同上）	③+④+⑤ ( ) 件
(1) うち当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数	③+④ ( ) 件
ア うち当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した件数	③ ( ) 件
イ うち当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で当該検査結果を患者に説明できなかった件数	④ ( ) 件
(2) うちエキスパートパネルの実施について、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合で実施できなかった件数	⑤ ( ) 件

[記載上の注意]

実績期間は前年1月1日から同年12月31日までの期間とする。

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名：

医療機関コード：

1 実施事項について  
 (□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

医療安全管理体制について

①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑤	自医療機関において保存されている配偶子、受精卵の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
⑥	体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士／エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行っている。	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
	倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

【記載上の注意】

1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。

## 精巣内精子採取術に係る報告書

医療機関名：

医療機関コード：

- 1 実施事項について  
(□には、該当するものに「✓」を記入すること。)

## 医療安全管理体制について

①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的実施している	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
⑤	自医療機関において保存されている精子の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる		<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない
⑥	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。	<input type="checkbox"/>	該当する
		<input type="checkbox"/>	該当しない

## 【記載上の注意】

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。

※入院時食事療養(Ⅱ)・入院時生活療養(Ⅱ)を算定している

## 入院時食事療養(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ)報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

(令和6年8月1日現在)

入院時食事療養(Ⅰ)・ 入院時生活療養(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は、以下の事項について記入してください。 <input type="checkbox"/> 無
経営形態	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 ( <input type="checkbox"/> 院内調理 <input type="checkbox"/> 院外調理 )
適温・適時	<input type="checkbox"/> 保温(保冷)配膳車 <input type="checkbox"/> 保温トレイ <input type="checkbox"/> 保温食器 <input type="checkbox"/> 夕食 (午後 時 分頃)
特別メニューの食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食堂加算	<input type="checkbox"/> 有 (1床あたりの食堂面積 m <sup>2</sup> ) ※小数点第2位切り捨て <input type="checkbox"/> 無
管理栄養士・栄養士及 び調理師等の配置状況 (委託業者等は除く)	<input type="checkbox"/> 管理栄養士 氏名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 氏名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 栄養士 氏名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 氏名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 調理師 名 <input type="checkbox"/> 調理補助者 名

[記入上の注意]

- 該当する項目について、□に「レ」印を付けるとともに、氏名及び人数等を記入してください。
- 「特別メニューの食事」欄について、入院患者から特別の料金の支払を受けて提供する食事がある場合は有、ない場合は無の□にレ印を付けてください。
- 「食堂加算」欄の1床あたりの食堂面積について、当該加算を算定している病棟が複数ある場合、1床あたりの食堂面積が最小のものを記入してください。



(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(令和6年8月1日現在)

都道府県名 北海道

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	
	1,100円 以下	1,101円 ～ 2,200円	2,201円 ～ 3,300円	3,301円 ～ 4,400円	4,401円 ～ 5,500円	5,501円 ～ 8,800円	8,801円 ～ 11,000円	11,001円 ～ 16,500円	16,501円 ～ 33,000円	33,001円 ～ 55,000円	55,001円 ～ 110,000円	110,001円 以上				
個室	床	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	床	② 床	⑦ 床
3人室	床	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	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8月1日現在における病床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☑を記載すること。
- 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、8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、1,100円以下から110,001円以上の病床数の合計を記入すること。(対象の病室がない場合は0を記入すること。)
- 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載すること。
- 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)ごとの病床数を記載すること。(対象の病室がない場合は0を記載すること。)
- ⑪の病床数合計に関しては、⑥～⑩の病床数の合計を記載すること。
- 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。



医療機関コード	
医科	
歯科	

3. 初診等に係る特別の料金の徴収状況等について

		初診		再診	
		医科(名)	歯科(名)	医科(名)	歯科(名)
①	初診又は再診の患者数				
②	①のうち、紹介状なしの患者又は他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者				
③	②のうち、特別の料金を徴収した患者				
④	②のうち、特別の料金を徴収しなかった患者				

4. 初診等に係る特別の料金を徴収しなかった患者(3の④)の内訳について

注:患者が(1)及び(2)に該当する場合は(1)に記載してください。

(1)①～⑤、(2)①～⑩については、それぞれに該当した人数を記載してください(複数回答可)。

(2)(3)を記載する場合、特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関については、(1)(2)(3)の合計が3.④の数と等しくなるよう、ご注意ください。

		初診		再診	
		医科(名)	歯科(名)	医科(名)	歯科(名)
(1)特別の料金の徴収を行うことは認められない患者					
①	救急の患者				
②	国の公費負担医療制度の受給対象者				
③	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る)				
④	無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者				
⑤	エイズ拠点病院におけるHIV感染者				
(2)特別の料金の支払いを求めないことができる患者(※2)					
①	自施設の他の診療科を受診している患者				
②	医科と歯科との間で院内紹介された患者				
③	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者				
④	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者				
⑤	外来受診から継続して入院した患者				
⑥	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者				
⑦	治験協力者である患者				
⑧	災害により被害を受けた患者				
⑨	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者				
⑩	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 (④)に具体的な理由及び患者数を記載すること)				
(3)(1)及び(2)以外の理由により特別の料金を徴収しなかった患者(説明しても同意が得られなかった患者等)(※2)					
合計					

(4)(2)の⑩の具体的な理由及び患者数(主な理由及び当該事例により特別の料金を徴収しなかった患者数を記載(上位3つ))(※2)					
1					
2					
3					

【記載上の注意】

- ※1 3から4については、前年度(令和5年4月1日～令和6年3月31日)の実施状況を記載すること。
- ※2 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関以外の病院については、可能な範囲で(2)～(4)を記載すること。
- ※3 患者数については、延べ人数を記載すること。

# 予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

## 1 予約に基づく診察

予約に基づく診察に係る特別の料金 \_\_\_\_\_ 円  
(消費税を含む)

## 2 時間外診察

時間外診察に係る特別の料金 \_\_\_\_\_ 円  
(消費税を含む)

※注 下記北海道厚生局ホームページにより報告済みの金額と院内掲示している金額を確認し、相違している場合は本報告書の他、「**予約に基づく診察の実施(変更)報告書**」、「**保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施(変更)報告書**」により報告してください。

◎保険外併用療養費  
医療機関名簿 [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/heiyo.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/heiyo.html)

ホーム > 管轄法人等 > 医療課 > 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等  
> 4. 保険外併用療養費の報告の状況 > 保険外併用療養費医療機関名簿

◎報告書様式 [https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido\\_kansa/hoken\\_heiyo/index.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/hoken_heiyo/index.html)

ホーム > 申請等手続 > 医療課 > 保険外併用療養費の報告

180日を超える入院に関する事項の実施状況報告書

(徴収した実績がない場合は報告の必要はない)

都道府県名 : 北海道

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]

1. 該当する番号を記載すること。

- 1 急性期一般入院料 1                      8 地域一般入院料 1                      15 10対1入院基本料
- 2 急性期一般入院料 2                      9 地域一般入院料 2                      16 13対1入院基本料
- 3 急性期一般入院料 3                      10 地域一般入院料 3
- 4 急性期一般入院料 4                      11 特別入院基本料
- 5 急性期一般入院料 5                      12 月平均夜勤時間超過減算
- 6 急性期一般入院料 6                      13 夜勤時間特別入院基本料
- 7 急性期一般入院料 7                      14 7対1入院基本料

2. 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

3. 本報告については、直近1年間(前年8月1日~当年7月31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。

4. 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。



白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都 道 府 県 名 北 海 道

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

多焦点眼内レンズの種類	販売名	医療機器承認番号	実施回数 (※記載上の注意4を参照)		患者からの徴収額(消費税を含む) (※記載上の注意5を参照)	
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年8月1日～当年7月31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。
2. 「多焦点眼内レンズの種類」については、多焦点後房レンズ、挿入器付後房レンズのうち、該当するものを記載すること。
3. 「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号(16桁)を記載すること。
4. 「実施回数」について、1人の患者に対して片眼に本療養を実施した場合を1回として計数する。  
同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数し、同一レンズについて、複数患者に対して本療養を実施した場合には、総実施回数を記載すること。
5. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
6. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給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。

## 施設基準の届出の確認について (報告)

令和6年 月 日

北海道厚生局長 殿

保険医療機関 : 保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名 称

開設者

電話番号 — — (担当: )

令和6年8月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、令和6年8月30日(金)までに提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア

届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。

イ

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。(なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。)

&lt;要件を満たしていない施設基準名&gt; (記入例) 地域包括診療加算

イに○をした場合にのみ記入

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。



