

事 務 連 絡

平成 27 年 9 月 29 日

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| 地方厚生（支）局医療課       | } | 御中 |
| 都道府県民生主管部（局）      |   |    |
| 国民健康保険主管課（部）      |   |    |
| 都道府県後期高齢者医療主管部（局） |   |    |
| 後期高齢者医療主管課（部）     |   |    |

厚生労働省保険局医療課

#### 東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の期間延長等について

東日本大震災に伴う保険診療の特例措置（別添参照）については、「東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の期間延長等について」（平成 27 年 3 月 27 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、平成 27 年 9 月 30 日までの取扱いとすることを示していたところであるが、同年 10 月 1 日以降の取扱いは、下記のとおりとするので、貴管下の関係団体、現に特例措置を利用している保険医療機関等に周知徹底を図るようよろしくお願いいたします。

また、今後、特例措置の必要性を把握するため、特例措置を利用する保険医療機関等への資料提出依頼、訪問調査等を行うことを予定しており、詳細については追って連絡することとしているので、その際には別途対応をよろしくお願いいたします。

なお、「東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の期間延長等について」（平成 27 年 3 月 27 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）は平成 27 年 9 月 30 日限り廃止する。

#### 記

- 1 東日本大震災に伴う保険診療の特例措置（別添参照）については、被災の影響により施設基準等を満たせなくなった場合の利用を原則とするものである。

よって、地方厚生（支）局に届出の際、特例措置の利用が被災の影響によるものであると認められない場合、特例措置を利用すれば新たな施設基準等を満たすことができる場合又は特例措置を利用しなくても施設基準等を満たすことができている場合においては、届出を認めないものとする。

2 福島県の保険医療機関においては、特例措置を利用する場合、現に利用している特例措置については平成 27 年 10 月 31 日までに、平成 27 年 10 月 1 日以降に利用を開始する特例措置については速やかに、「東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の利用に関する届出書」（以下「届出様式」という。）により地方厚生（支）局に届出を行い、当該届出が認められた場合は、平成 28 年 3 月 31 日まで、特例措置を利用することができる。

福島県以外の都道府県の保険医療機関においては、現に利用している特例措置についてのみ継続の届出を行うことができる。特例措置の利用を継続する場合、平成 27 年 10 月 31 日までに、届出様式により地方厚生（支）局に届出を行い、当該届出が認められた場合は、平成 28 年 3 月 31 日まで、当該特例措置の利用を継続することができる。

ただし、今後、被災者や被災医療機関等の状況に変化があり、必要がある場合には別途対応を検討することとしており、被災者や被災医療機関等の状況に変化があった場合は、その旨を地方厚生（支）局に申し出ること。

なお、届出にあたって届出様式とは別に提出が必要な資料については、「東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の概要」（別添）に記載しているので、それに沿って対応すること。

3 「東日本大震災に伴う厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第 2 条第 7 号に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある者の特例を定める件」（平成 27 年厚生労働省告示第 208 号）で示した 180 日を超える入院を選定療養の対象としないこととする特例については、平成 27 年 9 月 30 日までの取扱いとなっていたが、平成 28 年 3 月 31 日までの取扱いにすることを別途告示する。

4 上記の取扱いについては、東日本大震災による被災に伴う医療提供体制の状況等に鑑み特例的に行う措置であり、保険医療機関等において、特例措置を利用する際には、職員の勤務状況、健康状態等に配慮するようお願いする。

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係

TEL : 03-5253-1111(内線 3288)

FAX : 03-3508-2746

(別添)

東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の概要

(該当する通知等の詳細は、※を参照ください。なお、新規の特例措置は福島県の保険医療機関のみが利用可能です。)

|   |                                     | 特例措置の概要                                                                                                                                                                                                         | 提出が必要な資料                    |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 仮設の建物による<br>保険診療等                   | 保険医療機関、保険薬局の建物が全半壊等したため、これに代替する仮設の建物等において、引き続き当該保険医療機関、保険薬局として保険診療等を実施できることとする。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                                                                                                         | ・全半壊等であることが分かる資料            |
| 2 | 定数超過入院                              | 医療法上の許可病床数を超えて患者を入院させた場合でも、当面、入院基本料及び特定入院料の減額措置の対象としない。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                                                                                                                                 | ・別紙 2<br>(有床診療所は別紙 4)       |
| 3 | 月平均夜勤時間数                            | 被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(7 2 時間以下)について、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                                                                                 | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 4 | 月平均夜勤時間数                            | 被災地に職員を派遣したため一時的に職員数が不足し、入院基本料の施設基準のうち月平均夜勤時間数(7 2 時間以下)について、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                                                                                    | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 5 | 月平均夜勤時間数<br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可 | 震災の影響により、震災前に比して看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数が減少した保険医療機関については、月平均夜勤時間数が、2 割以内の変動の場合には、変更の届出を行わなくても良いものとし、引き続き震災前の入院基本料を算定することができる。(平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡)                                                    | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 6 | 看護配置                                | 被災者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ため、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)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、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                            | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 7 | 看護配置                                | 被災地に職員を派遣したことにより一時的に職員数が不足したため、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数及び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、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、当面、変更の届出を不要とする。(平成 23 年 3 月 15 日付け事務連絡)                           | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 8 | 看護配置<br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可     | 震災の影響により、震災前に比して看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数が減少した保険医療機関については、1 日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数及び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、2 割以内の変動の場合には、変更の届出を行わなくても良いものとし、引き続き震災前の入院基本料を算定することができる。(平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡) | ・別紙 2、10<br>(有床診療所は別紙 4、10) |
| 9 | 病棟以外への入院                            | 被災地の医療機関において、会議室等の病棟以外の場所に患者を入院させた場合、特例として、その保険医療機関が届出を行っている入院基本料のうち、当該患者が本来入院すべき病棟の入院基本料を算                                                                                                                     | ・別紙 2、5<br>(有床診療所は別紙        |

|    |                                   |                                                                                                                                                                |                               |
|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|    |                                   | 定する。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                                                                                                                                    | 4、5)                          |
| 10 | 他の病棟への入院                          | 被災地の医療機関において、医療法上、本来入院できない病棟に入院させた場合や、診療報酬上、その病棟の施設基準の要件を満たさない患者を入院させた場合、入院基本料について特例的な算定を可能とする。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                                         | ・別紙 2、5<br>（有床診療所は別紙 4、5）     |
| 11 | 他の病棟への入院                          | 被災地以外の医療機関において、医療法上、本来入院できない病棟に入院させた場合や、診療報酬上、その病棟の施設基準の要件を満たさない患者を入院させた場合、入院基本料について特例的な算定を可能とする。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                                       | ・別紙 2、5<br>（有床診療所は別紙 4、5）     |
| 12 | 平均在院日数                            | 被災地の医療機関において、平均在院日数が入院基本料等の施設基準を満たさなくなった場合にも、特例的に従来 of 入院基本料等を算定する。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                                                                     | ・別紙 2<br>（有床診療所は別紙 4）         |
| 13 | 平均在院日数                            | 被災地以外の医療機関において、被災地の医療機関から転院の受け入れを行った場合には、当該患者を除いて平均在院日数を計算する。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                                                                           | ・別紙 2<br>（有床診療所は別紙 4）         |
| 14 | 平均在院日数                            | 被災地の医療機関において、在院日数が延長した場合にも、震災前より算定していた入院基本料を算定できる。（平成 23 年 4 月 8 日付け事務連絡）                                                                                      | ・別紙 2<br>（有床診療所は別紙 4）         |
| 15 | 平均在院日数<br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可 | 被災に伴い、退院後の後方病床等の不足により、やむを得ず平均在院日数が超過する場合であって、平均在院日数について、2 割以内の変動の場合には、変更の届出を行わなくても良いものとし、引き続き震災前の入院基本料等を算定することができる。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡）                     | ・別紙 2<br>（有床診療所は別紙 4）         |
| 16 | 特定入院料の取扱い                         | 被災地及び被災地以外の医療機関において、災害等やむを得ない事情により、特定入院料の届出を行っている病棟に診療報酬上の要件を満たさない状態の患者が入院した場合には、当該患者を除いて施設基準の要件を満たすか否かを判断することができる。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                     | ・別紙 2、5<br>（有床診療所は別紙 4、5）     |
| 17 | 転院受け入れの場合の入院日                     | 被災地及び被災地以外の医療機関において、被災地の他の医療機関が災害等の事情により診療の継続が困難となり、当該他の医療機関から転院の受け入れを行った場合に、特別の関係にあるか否かに関わらず、当該保険医療機関に入院した日を入院の日とする。（平成 23 年 4 月 1 日付け事務連絡）                   | ・なし                           |
| 18 | 一般病棟入院基本料                         | 被災地以外の医療機関において、被災地の医療機関から地震の発生日以降に転院を受け入れた場合は、施設基準における要件について当該患者を除いて計算する。（平成 23 年 4 月 8 日付け事務連絡）                                                               | ・別紙 5<br>（有床診療所は別紙 4）         |
| 19 | 看護必要度評価加算等                        | 被災地の医療機関において、7 対 1、10 対 1 入院基本料の一般病棟看護必要度評価加算及び急性期看護補助体制加算の重症度・看護必要度について患者数が基準を満たさない場合でも、特例的に従来 of 入院基本料等を算定する。（平成 23 年 4 月 8 日付け事務連絡）（平成 23 年 4 月 20 日付け事務連絡） | ・別紙 2、3、10<br>（有床診療所は別紙 4、10） |
| 20 | 透析に関する他医療機関受診                     | 被災地の医療機関から慢性透析患者を受け入れた場合・被災により透析設備が使用不可能となった場合に、特例的に、当該被災地の医療機関において透析を目的とした他医療機関受診の際の入院基本料等の減額を行わない。（平成 23 年 4 月 8 日付け事務連絡）                                    | ・別紙 6                         |

|    |                                                       |                                                                                                                       |                             |
|----|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 21 | <b>平均入院患者数</b><br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可             | 被災地の医療機関において、震災後に看護師等及び入院患者数が大幅に減少している場合に、震災後の入院患者数の平均をもって平均入院患者数とすることができる。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡）                    | ・別紙 2、10<br>（有床診療所は別紙 4、10） |
| 22 | <b>外来機能の閉鎖</b><br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可             | 入院診療や在宅医療を行う保険医療機関において、医師が不足している場合や、周囲に入院診療を行う保険医療機関が不足している場合等には、外来機能を閉鎖しても良いこととする。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡）            | ・別紙 12                      |
| 23 | <b>在宅医療・訪問看護<br/>の回数制限</b><br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可 | 在宅患者訪問診療料や在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費について、入院可能な病床の不足によりやむを得ない場合には、週 3 回を超えて算定できることとする。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡）              | ・別紙 7                       |
| 24 | <b>新薬の処方制限</b><br>* 岩手県、宮城県及び<br>福島県のみ利用可             | 患者の周囲にあった保険医療機関が全て機能していない場合等やむを得ない場合には、新薬について 14 日を超えて処方することができる。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡）                              | ・別紙 8                       |
| 25 | <b>180日超え入院</b>                                       | 住居の損壊、その他の東日本大震災に起因するやむを得ない事情により保険医療機関からの退院に著しい困難を伴う患者は、入院期間が 180 日を超えた場合も、入院基本料の減額を行わないこととする。（平成 27 年厚生労働省告示第 208 号） | ・別紙 9                       |

（※）上記（）内は特例措置に係る以下の通知及び告示です。

- ① 「平成 23 年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う保険診療関係等の取扱いについて」（平成 23 年 3 月 15 日付）
- ② 「東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて」（平成 23 年 4 月 1 日付）
- ③ 「東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて（その 2）」（平成 23 年 4 月 8 日付）
- ④ 「東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に関連する診療報酬の取扱いについて（その 3）」（平成 23 年 4 月 20 日付）
- ⑤ 「東日本大震災に関連する診療報酬の取扱いについて」（平成 23 年 9 月 6 日付）
- ⑥ 「東日本大震災に伴う厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第二条第七号に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある者の特例を定める件」（厚生労働省告示 535 号）

なお、通知・告示の詳細については、以下の厚生労働省 HP をご参照ください。

【通知（①～⑤）について】

厚生労働省 HP → 東日本大震災関連情報 厚生労働省からのお知らせ → 厚生労働省から発出した通知（計画停電関係は除く） 日付別  
→ 各種通知をご参照ください <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000151dp.html>

【告示⑥について】

厚生労働省 HP → 所管の法令等 → 所管の法令、告示・通達等 → 以下の URL を確認ください。  
[http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t\\_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2182](http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=horei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2182)

## 入院基本料等に関する実施状況報告書(平成27年 月 日現在)

※ 本様式の書式は変えないこと。

※ 本報告書の記入に際しては、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。（介護保険適用病床や療養告示に係る2室8床については許可病床数や入院患者数に含めて記入しないこと。）

※ 印刷は片面印刷とすること。

(別紙2) 【病院記入用】

[illegible]

入院基本料等に関する実施状況報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

受付番号※

(別紙2)【病院記入用】

|       |             |    |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            | 保険医療機関番号                                                      |                          |                               |                                |       |                         |   |   |  |  |  |
|-------|-------------|----|-----------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------|-------------------------|---|---|--|--|--|
|       | 届出区分        |    | 看護<br>師<br>区<br>比<br>分<br>率 | 平<br>均<br>在<br>院<br>日<br>数<br>(<br>日<br>—<br>) | 在<br>宅<br>復<br>帰<br>率<br>(<br>%<br>) | (病<br>棟<br>—<br>数) | 許<br>可<br>病<br>床<br>数<br>(<br>床<br>—<br>数) | 届<br>出<br>病<br>床<br>数<br>(<br>床<br>—<br>数) | 稼<br>働<br>病<br>床<br>数<br>(<br>床<br>—<br>数) | 患<br>1<br>日<br>者<br>数<br>平<br>均<br>入<br>院<br>(<br>人<br>—<br>) | 現員数                      |                               |                                | 【その他】 |                         |   |   |  |  |  |
|       |             |    |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               | (看護<br>—<br>人<br>—<br>師) | (准<br>—<br>人<br>—<br>看護<br>師) | (看護<br>—<br>人<br>—<br>補助<br>者) |       |                         |   |   |  |  |  |
| 特定入院料 | 特定入院料に係る病床  | 17 | 特殊疾患入院医療管理料                 |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○看護必要度加算                | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 18 | 小児入院医療管理料4                  |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○一般病棟看護必要度評価加算          | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 19 | 小児入院医療管理料5                  |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○看護職員夜間配置加算             | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 20 | 地域包括ケア入院医療管理料1              |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○DPC対象病院                |   |   |  |  |  |
|       |             | 21 | 地域包括ケア入院医療管理料2              |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | I II III 準備             | 無 |   |  |  |  |
|       | 特定入院料に係る病棟等 | 22 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○栄養サポートチーム加算            | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 23 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○看護部門の教育責任者の配置          |   |   |  |  |  |
|       |             | 24 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | 専従 専任                   | 無 |   |  |  |  |
|       |             | 25 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○看護部門の新人看護職員研修の研修責任者の配置 |   |   |  |  |  |
|       |             | 26 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       |                         |   |   |  |  |  |
|       |             | 27 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | 専従 専任                   | 無 |   |  |  |  |
|       |             | 28 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○在宅療養支援病院               | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 29 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○在宅患者訪問看護・指導料           | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 30 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○精神科訪問看護・指導料            | 有 | 無 |  |  |  |
|       |             | 31 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | ○精神科重症患者早期集中支援管理料       |   |   |  |  |  |
|       |             | 32 |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               |                                |       | 1 2                     | 無 |   |  |  |  |
| 33    |             |    |                             |                                                |                                      |                    |                                            |                                            |                                            |                                                               |                          |                               | ○指定訪問看護事業所(併設のステーション)の設置       | 有     | 無                       |   |   |  |  |  |

入院基本料等に関する実施状況報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

※ 本様式の書式は変えないこと。

※ 直近1年間までの7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料(一般病棟看護必要度評価加算もしくは看護補助加算1)又は特定一般病棟入院料1(一般病棟看護必要度評価加算もしくは看護補助加算1)、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定医療機関における患者の重症度、医療・看護必要度に係る状況

受付番号※

(別紙3)【病院記入用】

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

[illegible]



有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

受付番号 ※

(別紙4) 【有床診療所記入用】

|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          |                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|--------------------------------------------------|--|-----------|-------------------|-----------|---------------|-----|-----------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           | 保険医療機関番号 |                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 医療機関名                                            |  |           |                   |           |               |     | 開設者<br>番号 |          | 介護保険適用の病床の有無                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | 都道府県名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 郡市区町村名 |  |  |  |
| 届出区分                                             |  | 許可病床<br>数 | 医療保険<br>届出病床<br>数 | 稼働病床<br>数 | 1日平均<br>入院患者数 | 現員数 |           |          | 施設基準<br>(該当する記号全てに○)<br>※該当する場合は実績件数も記載すること。                                                                                               | 実績<br>件数                                                 | 診療科名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               | 看護師 | 准看護師      | 看護補助者    |                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 1                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | イ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問<br>診療を実施した実績がある。                                                                                                  | 訪問件数<br>件                                                | 1. 内科                      2. 心療内科<br><br>3. 精神科                    4. 神経科(又は神経内科)<br><br>5. 呼吸器科                6. 消化器科(又は胃腸科)<br><br>7. 循環器科                8. アレルギー科<br><br>9. リウマチ科    10. 小児科    11. 外科<br><br>12. 整形外科    13. 形成外科<br><br>14. 美容外科    15. 脳神経外科<br><br>16. 呼吸器外科    17. 心臓血管外科<br><br>18. 小児外科<br><br>19. 皮膚泌尿器科(又は皮膚科、 泌尿器科)<br><br>20. 性病科            21. こう門科<br><br>22. 産婦人科(又は産科、 婦人科)<br><br>23. 眼科                      24. 耳鼻いんこう科<br><br>25. 気管食道科    26. リハビリテーション科<br><br>27. 放射線科        28. 麻酔科        29. 歯科 |  |  | ○在宅療養支援診療所<br><input type="checkbox"/> 1. 常勤医師3名等<br><input type="checkbox"/> 2. 連携して常勤医師3名等有<br><input type="checkbox"/> 3. その他<br><input type="checkbox"/> 4. 届出なし<br><br>○管理栄養士の数<br>常勤 [    ]    非常勤 [    ]<br><br>○栄養士の数：常勤 [    ]    非常勤 [    ]<br><br>○訪問看護等の算定の有無(直近3ヵ月)<br>・在宅患者訪問看護・指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>・同一建物居住者訪問看護・指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>・精神科訪問看護・指導料 <input checked="" type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ<br>・退院前訪問指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>・在宅患者緊急入院診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>・在宅患者訪問褥瘡管理指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | ロ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上である。<br>(予定入院は除く。)                                                                                                    | 入院件数<br>件                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 2                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | ハ 夜間看護配置加算1又は2の届出を行っている。                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | ニ 時間外対応加算1の届出を行っている。                                                                                                                       |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 3                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | ホ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医<br>療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上で<br>ある。                                                                                  | 受入割合<br>割                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | ヘ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取り<br>の実績が2件以上である。                                                                                                   | 看取件数<br>件                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 4                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | ト 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔<br>(手術を実施した場合に限る。)の患者数(分娩を<br>除く。)が30件以上である。                                                                      | 当該患者数<br>件                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | チ 医療資源の少ない地域※に所在する有床診療所であ<br>る。<br>※特定一般病棟入院料の注1に規定する地域                                                                                    |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 5                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | リ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、<br>居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、<br>短期入所療養介護若しくは介護予防短期入所療養<br>介護を提供した実績があること、又は指定居宅介護<br>支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者<br>である。 |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | ヌ 過去1年間の分娩を行った総数(帝王切開を含む。)が30件以上である。                                                                                                       | 分娩件数<br>件                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 6                                 |  |           |                   |           |               |     |           |          | ル 過去1年間に、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)<br>入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算又は<br>小児療養環境特別加算を算定した実績がある。                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          | イ〜ルの該当数：    件                                                                                                                              |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
| 療養病床<br><br>1    入院<br><br>2    特別<br>※いずれかに○をする |  | (    )    | (    )            | (    )    |               |     |           |          | ※ 有床診療所入院基本料1〜3については、上記<br>要件のうち2つ以上に該当すること。                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |
|                                                  |  |           |                   |           |               |     |           |          |                                                                                                                                            |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |  |  |  |

他病棟への入院等の状況について(平成27年\_\_月\_\_日時点)

※受付番号\_\_\_\_\_

他病棟に入院している患者について、入院基本料又は特定入院料を算定しているものについて、設問①～④について答えて下さい。  
※記載欄が不足する場合には、本用紙をコピーして記載して下さい。

|                                                                                                 |     |                         |       |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------|-------|-------|
| ①他病棟に入院している患者数                                                                                  |     | ( )名                    |       |       |
| ②各々の患者について、<br>他病棟に入院している理由<br><br>※イの「その他」の場合には、 <u>詳細に理由を</u><br>記載して下さい。                     | 患者A | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
|                                                                                                 | 患者B | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
|                                                                                                 | 患者C | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
|                                                                                                 | 患者D | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
|                                                                                                 | 患者E | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
|                                                                                                 | 患者F | ア. 入院可能な病床の不足 イ. その他( ) |       |       |
| ③各々の患者について、<br>入院している病棟を記載し、入院基本料又は<br>特定入院料のいずれを算定しているか、<br>該当するものに丸をつけて下さい。                   | 患者A | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
|                                                                                                 | 患者B | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
|                                                                                                 | 患者C | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
|                                                                                                 | 患者D | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
|                                                                                                 | 患者E | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
|                                                                                                 | 患者F | 病棟                      | 入院基本料 | 特定入院料 |
| ④各々の患者について、<br>本来入院すべき病棟と、現在入院している病棟<br>からその病棟への移動の目途を教えてください。<br>目途がない場合は、その理由を詳細に<br>記載して下さい。 | 患者A | _____病棟:                |       |       |
|                                                                                                 | 患者B | _____病棟:                |       |       |
|                                                                                                 | 患者C | _____病棟:                |       |       |
|                                                                                                 | 患者D | _____病棟:                |       |       |
|                                                                                                 | 患者E | _____病棟:                |       |       |
|                                                                                                 | 患者F | _____病棟:                |       |       |

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_

(担当者) \_\_\_\_\_ 印 (連絡先) \_\_\_\_\_

※1 本様式の書式は変えないこと。  
※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。

慢性透析患者の他医療機関受診に関する報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 \_\_\_\_\_

|                                                               |                              |          |  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------|----------|--|
| 他医療機関による受診<br>が必要である理由                                        |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
| ○被災地においては透<br>析設備の復旧の目途<br>○被災地外においては<br>転院の目途                | 平成            年            月 |          |  |
|                                                               | (未定の場合はその理由)                 |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
|                                                               |                              |          |  |
| 対象となる慢性透析患者(平成27年__月__日時点)<br>※記載欄が不足する場合には、本用紙をコピーして記載して下さい。 |                              |          |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |
| 患者名(性別)                                                       | (男性・女性)                      | 受診先医療機関名 |  |

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_  
(担当者) \_\_\_\_\_ 印 (連絡先) \_\_\_\_\_

※1 本様式の書式は変えないこと。  
※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。

在宅医療・訪問看護における被災地特例措置 利用状況調査(平成27年\_\_月\_\_日時点)

※受付番号 \_\_\_\_\_

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 医療機関名・<br>訪問看護事業所名         |                                      |
| 県名                         |                                      |
| 所在地 住所                     |                                      |
| 指定区分(該当するものの数字を○印で囲んで下さい。) | 1.医療保険    2. 介護保険    3. 医療保険と介護保険の両方 |

下記1.～3.のうち、週3回を超えて算定しているものについて数字を○印で囲み、各々の設問①～②について答えて下さい。  
※記載欄が不足する場合には、本用紙をコピーして記載して下さい。

## 1. 在宅患者訪問診療料

| ①週3回を超えて利用している利用者数             |     | ( )名 |
|--------------------------------|-----|------|
| ②各々の患者について、<br>週3回を超えて利用している理由 | 患者A |      |
|                                | 患者B |      |
|                                | 患者C |      |
|                                | 患者D |      |
|                                | 患者E |      |
|                                | 患者F |      |

## 2. 在宅患者訪問看護・指導料

| ①週3回を超えて利用している利用者数             |     | ( )名 |
|--------------------------------|-----|------|
| ②各々の患者について、<br>週3回を超えて利用している理由 | 患者A |      |
|                                | 患者B |      |
|                                | 患者C |      |
|                                | 患者D |      |
|                                | 患者E |      |
|                                | 患者F |      |

### 3. 訪問看護基本療養費

| ①週3回を超えて利用している利用者数             |     | ( )名 |
|--------------------------------|-----|------|
| ②各々の患者について、<br>週3回を超えて利用している理由 | 患者A |      |
|                                | 患者B |      |
|                                | 患者C |      |
|                                | 患者D |      |
|                                | 患者E |      |
|                                | 患者F |      |

※1 本様式の書式は変えないこと。

※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。

(別紙8)

新薬の処方制限に関する報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

※受付番号\_\_\_\_\_

厚生(支)局長 殿

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| 新薬を14日を超えて処方している理由 |                |
|                    |                |
|                    |                |
|                    |                |
|                    |                |
| 実績<br>(直近4ヶ月を記載)   | 平成 年 月 _____ 件 |
|                    | 平成 年 月 _____ 件 |
|                    | 平成 年 月 _____ 件 |
|                    | 平成 年 月 _____ 件 |

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_  
(担当者) \_\_\_\_\_ 印 (連絡先) \_\_\_\_\_

- ※1 本様式の書式は変えないこと。  
※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。

(別紙9)

入院期間が180日を超える入院患者に関する報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 \_\_\_\_\_

診療年月 平成 年 月

|                                      |                                              |                        |                      |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 患者名(性別)                              | (男性・女性)                                      | 入院日                    | 平成 年 月 日             |
| 生年月日                                 | 昭和・平成 年 月 日<br>( )歳                          | 入院日総数                  | 日<br>(平成27年__月__日時点) |
| 入院の契機となった<br>疾病名                     |                                              | 治療を長期化させる原因<br>となった疾病名 |                      |
| 行っている治療内容                            |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
| 退院できない理由<br>※その他の場合は詳細<br>に理由を記載すること | 1. 転院する施設に申し込んでいるが、後方病床が不足しており、患者の転院が困難      |                        |                      |
|                                      | 2. 入所する施設に申し込んでいるが、受入体制が整っていないことにより、患者の退院が困難 |                        |                      |
|                                      | 3. 転院・入所する施設が見つからないことにより、患者の退院が困難            |                        |                      |
|                                      | 4. 自宅の倒壊や家族等の受入体制が整っていないことにより、患者の退院が困難       |                        |                      |
|                                      | 5. その他(                                      |                        |                      |
| 退院の予定及び退院へ<br>向けた支援の概要               |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |
|                                      |                                              |                        |                      |

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_

(担当者) \_\_\_\_\_ 印 (連絡先) \_\_\_\_\_

※1 本様式の書式は変えないこと。  
※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。



## 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名 \_\_\_\_\_ 病棟数 \_\_\_\_\_ 病床数 \_\_\_\_\_

届出区分 \_\_\_\_\_ 届出時入院患者数 \_\_\_\_\_ 人

看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○）

25 対 1（看護補助者 5 割以上） ・ 25 対 1（看護補助者 5 割未満） ・ 50 対 1 ・ 75 対 1 ・ 無夜間急性期看護補助体制加算の届出区分（該当に○） 50 対 1 ・ 100 対 1 ・ 無看護職員夜間配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無看護補助加算の届出区分（該当に○） 1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

○ 1 日平均入院患者数〔A〕 \_\_\_\_\_ 人（算出期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

① 月平均 1 日当たり看護配置数 \_\_\_\_\_ 人

うち、月平均 1 日当たり夜間看護配置数 \_\_\_\_\_ 人（看護職員夜間配置加算を届け出る場合に記載）

② 看護職員中の看護師の比率 \_\_\_\_\_ %（月平均 1 日当たり配置数：看護師 \_\_\_\_\_ 人）

③ 平均在院日数 \_\_\_\_\_ 日（算出期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

④ 夜勤時間帯（16 時間） \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ～ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

⑤ 月平均夜勤時間数〔（D－E）／B〕 \_\_\_\_\_ 時間

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 \_\_\_\_\_ 人（急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合に記載）

うち、月平均 1 日当たり夜間看護補助者配置数 \_\_\_\_\_ 人（夜間急性期看護補助体制加算を届け出る場合に記載）

看護要員数（常勤換算数） 看護師 \_\_\_\_\_ 人 准看護師 \_\_\_\_\_ 人 看護補助者 \_\_\_\_\_ 人

勤務計画表

| 種別※1        | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2          | 夜勤の有無             |          | 日付別の勤務時間数※5       |         |         |   |        | 月勤務時間数<br>(延べ時間数) | (再掲) 夜勤専従者及び月16時間以下の者の夜勤時間数 |
|-------------|----|-----|----|--------------------|-------------------|----------|-------------------|---------|---------|---|--------|-------------------|-----------------------------|
|             |    |     |    |                    | (該当する—<br>つに〇) ※3 | 夜勤従事者数※4 | 1日<br>曜           | 2日<br>曜 | 3日<br>曜 | … | 日<br>曜 |                   |                             |
| 看護師         |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
|             |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
| 准看護師        |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
|             |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
| 看護補助者       |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
|             |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務      | 有・無・夜専            |          |                   |         |         |   |        |                   |                             |
| 夜勤従事職員数の計   |    |     |    |                    | 〔B〕※4             |          | 月延べ勤務時間数の計        |         |         |   |        | 〔C〕               |                             |
| 月延べ夜勤時間数    |    |     |    | 〔D－E〕              |                   |          | 月延べ夜勤時間数の計        |         |         |   |        | 〔D〕               | 〔E〕                         |
| 1日看護配置数※6   |    |     |    | 〔(A／届出区分の数※7) × 3〕 |                   |          | 月平均1日当たり看護配置数     |         |         |   |        | 〔C／(日数 × 8)〕      |                             |
| 夜間看護配置数※6※9 |    |     |    | A／12               |                   |          | 月平均1日当たり夜間看護配置数※8 |         |         |   |        | 〔D／(日数 × 16)〕     |                             |

〔急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法〕

|                                                      |                        |
|------------------------------------------------------|------------------------|
| 看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔F〕                                |                        |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔G〕                               | 〔C〕－〔1日看護配置数 × 8 × 日数〕 |
| 看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔H〕                                  | 看護補助者(みなしを除く)のみの〔D〕    |
| 1日看護補助配置数※6〔I〕                                       | 〔(A／届出区分の数※7) × 3〕     |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者含む)                         | 〔F＋G／(日数 × 8)〕         |
| 月平均1日当たり看護補助者配置数(みなし看護補助者除く)〔J〕                      | 〔F／(日数 × 8)〕           |
| 夜間看護補助配置数※6                                          | A／届出区分の数※7             |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数                                   | 〔H／(日数 × 16)〕          |
| 看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合(%) | 〔(J／I) × 100〕          |

〔記載上の注意〕

- ※1 看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。看護部長等、専ら病院全体の看護管理に従事する者及び病棟勤務と当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等とを兼務しない看護要員の数及び勤務時間は除くこと。
- ※2 短時間正職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の短時間に、病棟と他部署等との兼務または専任の看護職員が病棟勤務する場合は雇用・勤務形態の兼務に〇を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に〇、夜勤時間帯の勤務が月16時間以下の者及び月12時間未満の短時間正職員は、無に〇を記入すること。
- ※4 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代勤務を行う常勤者(夜勤専従者は含まない)は1を記入し、病棟兼務、非常勤職員及び短時間正職員の場合は、1か月間の病棟勤務の実働時間を時間割比例計算した数を記入すること。なお、夜間急性期看護補助体制加算を算定している場合には看護補助者の従事者数を記入する必要があるが、急性期看護補助体制加算又は看護補助加算については、看護補助者の夜勤従事者数を記入しなくてよい。看護職員と看護補助者の勤務計画表をわけて作成しても差し支えない。
- ※5 上段は日勤時間帯、下段は夜勤時間帯における所定の勤務時間数をそれぞれ記入すること。
- ※6 小数点以下切り上げとする。
- ※7 届出区分の数とは、当該区分における看護配置密度(例えば10対1入院基本料の場合「10」、急性期看護補助体制加算1の場合「25」、夜間急性期看護補助体制加算1の場合「50」)をいう。



- ※8 月平均1日当たり夜間看護配置数は参考値であり、実際には常時12対1を満たす必要がある。
- ※9 夜間看護配置数は参考値であり、実際には日々の入院患者数により、必要となる夜間看護配置数は異なる。

(別紙12)

外来機能の一時閉鎖に関する報告書(平成27年\_\_月\_\_日現在)

※受付番号\_\_\_\_\_

厚生(支)局長 殿

|                                        |                    |
|----------------------------------------|--------------------|
| 外来機能を閉鎖<br>している理由                      |                    |
|                                        |                    |
|                                        |                    |
|                                        |                    |
|                                        |                    |
| 実施している医療<br>(該当するものの数字を<br>○印で囲んでください) | 1. 入院医療<br>2. 在宅医療 |

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_  
(担当者) \_\_\_\_\_ 印 (連絡先) \_\_\_\_\_

- ※1 本様式の書式は変えないこと。  
※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。