

事 務 連 絡

平成 29 年 3 月 30 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

平成 28 年熊本地震に伴う保険診療の特例措置の期間延長等について

平成 28 年熊本地震に伴う保険診療の特例措置（別添参照）については、「平成 28 年熊本地震に伴う保険診療関係等の特例措置の期間について」（平成 28 年 9 月 29 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、平成 29 年 3 月 31 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 4 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、保険医療機関及び保険薬局に周知徹底を図るようよろしくお願いしたい。

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及び保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）への資料提出依頼や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したい。

## 記

- 1 保険医療機関等において平成 29 年 4 月 1 日以降に特例措置を利用する場合は、別紙の「平成 28 年熊本地震に伴う保険診療の特例措置の利用に関する届出書」（以下「届出書」という。）により平成 29 年 5 月 12 日までに地方厚生（支）局へ届出を行い、当該届出が認められた場合は、平成 29 年 9 月 30 日まで特例措置を利用することができる。

なお、届出にあたって届出書に併せて提出が必要な資料（別紙 2、4、5、6、10、10 の 2 等）は、「平成 28 年熊本地震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。

2 平成 28 年熊本地震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。

したがって、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る場合においては、届出を認めないものとする。

ただし、上記 1 及び 2 については、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。

3 上記の取扱いについては、平成 28 年熊本地震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)

### 平成 28 年熊本地震に伴う保険診療の特例措置の概要

|   |               | 特例措置の概要                                                                                                                                                            | 提出が必要な資料                   |
|---|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 | 仮設の建物による保険診療等 | 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（記の 1）                                                                                       | 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。（記の 3）                                                                                                      | 別紙 2（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たため、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。（記の 4）                                                   | 別紙 2、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たため、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。（記の 4）                                                      | 別紙 2、10                    |
| 5 | 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。（記の 4） | 別紙 2、10（有床診療所は別紙 4、10 の 2） |
| 6 | 看護配置          | 被災地に職員を派遣したため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。（記の 4）    | 別紙 2、10（有床診療所は別紙 4、10 の 2） |
| 7 | 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定（問 10）                                                                 | 別紙 2、5（有床診療所は別紙 4、5）       |

|    |               |                                                                                                                                          |                      |
|----|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 8  | 他の病棟への入院      | <u>被災地の医療機関において</u> 、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における特例的な入院基本料の算定（問 10）                                    | 別紙 2、5（有床診療所は別紙 4、5） |
| 9  | 他の病棟への入院      | <u>被災地以外の医療機関において</u> 、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における特例的な入院基本料の算定（問 21）                                  | 別紙 2、5（有床診療所は別紙 4、5） |
| 10 | 平均在院日数        | <u>被災地の医療機関において</u> 、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、特例的に従来の入院基本料等を算定（問 11）                                                              | 別紙 2（有床診療所は別紙 4）     |
| 11 | 平均在院日数        | <u>被災地以外の医療機関において</u> 、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（問 22）                                                                 | 別紙 2（有床診療所は別紙 4）     |
| 12 | 特定入院料の取扱い     | <u>被災地及び被災地以外の医療機関において</u> 、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（問 12, 問 23）   | 別紙 2、5（有床診療所は別紙 4、5） |
| 13 | 転院受け入れの場合の入院日 | <u>被災地及び被災地以外の医療機関において</u> 、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（問 13, 問 24） | なし                   |
| 14 | 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や、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、透析を目的とした他医療機関受診の際の入院基本料及び特定入院料の減額を行わない（問 18、問 26）                                  | 別紙 6                 |

上記（）内は特例措置に係る以下の事務連絡の該当部分を指すものです。

- ・「平成 28 年熊本地震の被災に伴う保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」（平成 28 年 4 月 18 日付）

なお、事務連絡の詳細については、以下の厚生労働省 HP をご参照ください。

厚生労働省 HP → 平成 28 年熊本地震関連情報 → 関係通知等

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/0000121956.pdf>

(別紙)

平成28年熊本地震に伴う保険診療の特例措置の利用に関する届出書(平成29年\_\_月\_\_日現在)

厚生(支)局長 殿 ※受付番号 \_\_\_\_\_

|                                                                                |                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用する特例措置<br>※別添「特例措置の概要」<br>の番号を記載すること                                         | 番号: _____                                                                                            |
|                                                                                | 2を利用する場合は、「別紙2」(有床診療所は「別紙4」)を添付し、以下について記載<br>・被災当時より現在も入院中の被災患者数: _____人<br>・被災患者を受け入れている病床数: _____床 |
|                                                                                | 13を利用する場合は、その入院日(※複数名いる場合は、すべての者の入院日を記載)<br>平成     年     月     日                                     |
| 利用開始日                                                                          | 平成     年     月     日                                                                                 |
| 平成29年__月時点で特<br>例措置を利用する理由<br>※該当するものに○(複<br>数回答可)<br>※その他の場合は詳細<br>に理由を記載すること | 1 医師や看護師の確保が困難であり、不足しているため                                                                           |
|                                                                                | 2 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、<br>患者の転院が困難であるため                                                      |
|                                                                                | 3 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、<br>患者の退院が困難であるため                                                 |
|                                                                                | 4 転院・入所する施設が見つからないことにより、患者の退院が困難であるため                                                                |
|                                                                                | 5 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、<br>患者の退院が困難であるため                                                       |
|                                                                                | 6 その他( _____ )                                                                                       |
| 特例措置の利用を継続<br>する必要性、今後の見<br>通し(被災の影響等につ<br>いて詳細に記載するこ<br>と)                    |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |
|                                                                                |                                                                                                      |

(医療機関・薬局名) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_

(担当者) \_\_\_\_\_ (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、記載しないこと(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。  
※4 実績については、届出を行う月の前月の実績を記載すること。  
※5 記載事項について問い合わせる場合もあるので、なるべく詳細に記載すること。

入院基本料等に関する実施状況報告書(平成29年 月 日現在)

※ 本様式の書式は変えないこと。

※ 本様式の書式は変えないこと。  
※ 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。（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。

※ 受付番号については記載しないこと。

受付番号※

(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29年 月 日現在)

受付番号※

(別紙2) 【病院記入用】

[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29年 月 日現在）

※ 本様式の書式は変えないこと。  
※ 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。）  
※ 受付番号は記載しないこと。

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  |  |  |                                                                                                                             | 加算の届出  |  |  |  |  |
| 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 |       |  |  | ○医師配置加算1<br>○医師配置加算2<br>○看護配置加算1<br>○看護配置加算2<br>○夜間看護配置加算1<br>○夜間看護配置加算2<br>○看護補助配置加算1<br>○看護補助配置加算2<br>○看取り加算<br>○栄養管理実施加算 |        |  |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 2 |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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 3 |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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。                                                                                                                       |                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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                                    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 4 |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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                                    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 5 |                                   |           |                   |           |               |     |  | チ 医療資源の少ない地域※に所在する有床診療所で<br>ある。<br>※特定一般病棟入院料の注1に規定する地域                                                                                    |                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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。 |                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
| 有床診療所<br>入院基本料 6 |                                   |           |                   |           |               |     |  | ヌ 過去1年間の分娩を行った総数(帝王切開を含む。)<br>が30件以上である。                                                                                                   | 分娩件数<br>件                                    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  |                                   |           |                   |           |               |     |  | 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。                                                            |                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
| 療養病床             | 1 入院                              | ( )       | ( )               | ( )       |               |     |  |                                                                                                                                            | イ〜ルの該当数: 件                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  | 2 特別<br><small>※いづれかに○をする</small> |           |                   |           |               |     |  |                                                                                                                                            |                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |  |  |                                                                                                                             |        |  |  |  |  |
|                  |                                   |           |                   |           |               |     |  |                                                                                                                                            | ※ 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29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について記載すること。  
※記載欄が不足する場合には、本用紙をコピーして記載すること。

|                                                                                               |     |                         |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------|-------|-------|
| 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>記載すること。                    | 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付すこと。                   | 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記載すること。<br>目途がない場合は、その理由を詳細に<br>記載すること。 | 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) (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、記載しないこと。  
※3 所在地は市町村名まで記載すること。

(別紙6)

## 慢性透析患者の他医療機関受診に関する報告書(平成29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29年\_\_月\_\_日時点)  
※記載欄が不足する場合には、本用紙をコピーして記載すること。

[illegible]

(医療機関名) (所在地)

(担当者) (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、記載しないこと。  
 ※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

届出入院料等（届出区分）

本届出の病棟数 ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数 ※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

○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 30 対 1 ・ 夜間 50 対 1 ・ 夜間 100 対 1 ・ 無

○看護職員夜間配置加算の届出区分（該当に○）

12 対 1 配置加算 1 ・ 12 対 1 配置加算 2 ・ 16 対 1 配置加算 ・ 無

○看護配置加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○看護補助加算の届出区分（該当に○）

1 ・ 2 ・ 3 ・ 無

夜間 75 対 1 看護補助加算の有無（該当に○） 有 ・ 無

○1 日平均入院患者数〔A〕 人（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

① 月平均 1 日当たり看護配置数 人 〔C /（日数 × 8）〕

（参考）1 日看護配置数（必要数）：  = 〔（A / 届出区分の数） × 3 〕 ※小数点以下切り上げ

② 看護職員中の看護師の比率 % 〔月平均 1 日当たり看護配置数のうちの看護師数 / 1 日看護配置数〕

③ 平均在院日数 日（算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日）

※小数点以下切り上げ

④ 夜勤時間帯（16 時間） 時 分 ～ 時 分

⑤ 月平均夜勤時間数 時間 〔（D - E） / B〕 ※小数点第 2 位以下切り捨て

⑥ 月平均 1 日当たり看護補助者配置数 人

うち、月平均 1 日当たり看護補助者夜間配置数 人

（夜間急性期看護補助体制加算・夜間 75 対 1 看護補助加算を届け出る場合に記載）

⑦ 月平均 1 日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 人 〔F /（日数 × 8）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：  = 〔（A / 200） × 3〕

※小数点第 3 位以下切り捨て

勤務実績表

| 種別※1                              | 番号 | 病棟名 | 氏名 | 雇用・勤務形態※2           | 看護補助者の業務※3 | 夜勤の有無          |                               | 日付別の勤務時間数※6 |     |     |      |        | 月延べ勤務時間数    | (再掲) 月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7 |
|-----------------------------------|----|-----|----|---------------------|------------|----------------|-------------------------------|-------------|-----|-----|------|--------|-------------|---------------------------------|
|                                   |    |     |    |                     |            | (該当する「つ」に○) ※4 | 夜勤従事者数※5                      | 1日曜         | 2日曜 | 3日曜 | .... | 日曜     |             |                                 |
| 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       | 事務的業務      | 有・無・夜専         |                               |             |     |     |      |        |             |                                 |
|                                   |    |     |    | 常勤・短時間・非常勤・兼務       | 事務的業務      | 有・無・夜専         |                               |             |     |     |      |        |             |                                 |
| 夜勤従事職員数の計                         |    |     |    |                     |            | [B]            | 月延べ勤務時間数(上段と中段の計)             |             |     |     |      | [C]    |             |                                 |
| 月延べ夜勤時間数                          |    |     |    |                     |            | [D－E]          | 月延べ夜勤時間数(中段の計)                |             |     |     |      | [D] ※8 | [E]         |                                 |
| (再掲) 主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計 |    |     |    |                     |            |                |                               |             |     |     |      |        | [F] ※9      |                                 |
| 1日看護配置数(必要数) ※10                  |    |     |    | [(A／届出区分の数※11) × 3] |            |                | 月平均1日当たり看護配置数                 |             |     |     |      |        | [C／(日数× 8)] |                                 |
| 主として事務的業務を行う看護補助者配置数(上限)          |    |     |    | [(A／200) × 3]       |            |                | 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数 |             |     |     |      |        | [F／(日数× 8)] |                                 |

注1) 1日看護配置数 ≤ 月平均1日当たり看護配置数

注2) 主として事務的業務を行う看護補助者配置数 ≥ 月平均1日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数

〔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〔G〕                                |                        |
| みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔H〕                               | 〔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〔I〕                                  | 看護補助者(みなしを除く)のみの〔D〕    |
| 1日看護補助配置数(必要数)※10〔J〕                                 | 〔(A／届出区分の数※11) × 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)                         | 〔G＋H／(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)〔K〕                      | 〔G／(日数 × 8)〕           |
| 夜間看護補助配置数(必要数)※10                                    | A／届出区分の数※11            |
| 月平均1日当たり夜間看護補助者配置数                                   | 〔I／(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(%) | 〔(K／J) × 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外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務、当該保険医療機関附属の看護師養成所等、病棟以外のみに従事する者については、記載しないこと。

- ※2 短時間正職員の場合は雇用・勤務形態の「短時間」に、病棟と病棟以外に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は、雇用・勤務形態の「兼務」に○を記入すること。
- ※3 看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が5割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- ※4 夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外においては8時間未満の者は無に○を記入すること。
- ※5 夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は1を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、1か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、1か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。  
看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。
- ※6 上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。
- ※7 次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。  
①夜勤専従者、②7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が16時間未満の者（短時間正職員においては12時間未満の者）、③7対1及び10対1入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が8時間未満の者
- ※8 [D]は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段）の計である。
- ※9 [F]は、看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
- ※10 小数点以下切り上げとする。
- ※11 「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」、25対1急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間30対1急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。
- ※12 医療機関がこの様式に準じた独自様式にて提出する場合は、様式左上に「別紙10」、様式右上に「※受付番号\_\_\_\_\_」を記載すること。
- ※13 受付番号は記載しないこと。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床  
入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

|                                                     |         |      | 区 分                                                           | 病 床 数          | 入 院 患 者 数      |                  | 備 考                                           |
|-----------------------------------------------------|---------|------|---------------------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------|-----------------------------------------------|
|                                                     |         |      |                                                               |                | 届 出 時          | 1 日 平 均<br>入院患者数 |                                               |
| 入 病<br>院 床<br>患 数<br>者 及<br>数 び                     | 総 数     |      |                                                               | 床              | 名              | 名                | 1 日 平 均 入 院<br>患者数算出期間<br>年 月 日<br>～<br>年 月 日 |
|                                                     | 内 訳     | 一般病床 |                                                               | 床              | 名              | 名                |                                               |
|                                                     |         | 療養病床 |                                                               | 床              | 名              | 名                |                                               |
| 看<br>護<br>要<br>員<br>数                               |         |      | 看護師・准看護師                                                      |                | 看 護 補 助 者      |                  |                                               |
|                                                     |         |      | 入院患者に<br>対する勤務                                                | 入院患者以<br>外との兼務 | 入院患者に<br>対する勤務 | 入院患者以<br>外との兼務   |                                               |
|                                                     | 総 数     |      | 名                                                             | 名              | 名              | 名                |                                               |
|                                                     | 内 訳     | 一般病床 | 名                                                             | 名              | 名              | 名                |                                               |
|                                                     |         | 療養病床 | 名                                                             | 名              | 名              | 名                |                                               |
|                                                     | 上記以外の勤務 |      | 名                                                             |                | 名              |                  |                                               |
| 勤 務 形 態<br>(該当するものに○印)<br>(時間帯を記入)                  |         |      | 時 間 帯 区 分<br>当直制 ・ 交代制 ・ その他<br>( : ~ : ) ( : ~ : ) ( : ~ : ) |                |                |                  |                                               |
| 有床診療所入院基本料の<br>夜間緊急体制確保加算に<br>係る夜間の緊急体制確保<br>の実施の有無 |         |      | ( 有 ・ 無 )                                                     |                |                |                  |                                               |

## [記載上の注意]

- 1 一般病床の区分欄には1から6のいずれかを記入する。
- 2 療養病床の区分欄には「入院」又は「特別」を記入する。
- 3 療養病床、その他の病床及び外来との兼務を行う場合の看護要員の人数については、時間割比例計算により算入する。
- 4 印刷は片面印刷とすること。
- 5 受付番号については、記載しないこと。

有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料  
の施設基準に係る届出書添付書類（看護要員の名簿）

|                  | 職 種 | 氏 名 | 勤 務 形 態 | 勤 務 時 間 |
|------------------|-----|-----|---------|---------|
| 一<br>般<br>病<br>床 |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
| 療<br>養<br>病<br>床 |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |
|                  |     |     |         |         |

[記載上の注意]

- 1 「職種」欄には、看護師、准看護師、看護補助者の別を記載すること。
- 2 「勤務形態」欄には、常勤、パートタイム等及び外来との兼務等の勤務形態を記載すること。
- 3 「勤務時間」欄には、パートタイム等のものについては、1日当たりの平均勤務時間を記載すること。
- 4 印刷は片面印刷とすること。
- 5 受付番号については、記載しないこと。