

事務連絡
平成27年7月7日

地方厚生（支）局医療課
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）

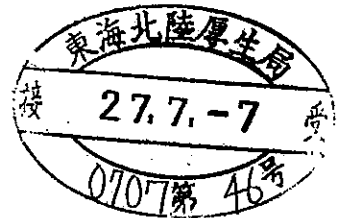
御中

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に関する
利用状況等の資料提出依頼について

「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日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）」に記載した特例措置の利用状況等の把握についての取扱い等を下記のとおりとするので、東日本大震災に伴う保険診療の特例措置を利用している保険医療機関等に資料の提出を依頼するようよろしくお願いしたい。

記



- 1 地方厚生（支）局は、平成27年7月3日（金）までに保険医療機関等より届出があり、当該届出を認めた「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」（別添1）の写しを、平成27年7月10日（金）までに、下記担当宛に報告すること。
- 2 「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」（別添1）による届出を行い、当該届出が認められた保険医療機関等は、平成27年7月1日（水）時点の特例措置の利用状況等について、平成27年7月17日（金）までに地方厚生（支）局に資料を提出すること。その際、利用している特例措置ごとに提出が必要な資料（別紙1～12等）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2)に記載しているので、それに沿って対応すること。

- 3 地方厚生(支)局は、上記2により提出された資料の内容を確認し、報告内容を取りまとめ、平成27年7月24日(金)までに、下記担当宛に報告すること。

なお、福島県の保険医療機関等から平成27年7月3日(金)以降に届出があり、当該届出を認めた場合は、速やかに報告すること。

また、提出された資料の内容に疑義等がある場合(例:別紙1の記述が粗く、特例措置の利用の必要性が判断できない場合)には、必要に応じて当該保険医療機関等への訪問調査、電話照会等により状況を把握し、併せて下記担当まで報告すること。

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

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(平成27年__月__日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 _____

利用する特例措置 ※別添「特例措置の概要」 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 ・被災当時より現在も入院中の被災患者数: _____人 ・被災患者を受け入れている病床数: _____床
	17を利用している場合は、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) 平成__年__月__日
	18を利用している場合は、その患者数: _____人
	利用開始日 平成__年__月__日
平成27年__月時点で 特例措置を利用している 理由 ※該当するものに○(複 数回答可) ※その他の場合は詳細 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、 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、 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、 患者の退院が困難であるため 6. その他(_____)
利用開始日が平成27 年4月1日以降となった 場合、その理由(被災の 影響等について詳細に 記載すること) ※福島県のみ	_____ _____ _____ _____ _____ _____
特例措置の利用を継続 する必要性、今後の見 通し(被災の影響等につ いて詳細に記載するこ と)	_____ _____ _____ _____ _____ _____

(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、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。

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 保険診療等	<p>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)</p> <p>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)</p>
2	定数超過入院	<p>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(72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)</p>
3	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(72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)
4	月平均夜勤時間数	被災地の影響により、震災前に比して看護師及び看護補助者(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)
5	月平均夜勤時間数 *岩手県、宮城県及び 福島県のみ利用可	被災者を受け入れ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)
6	看護配置	被災者を受け入れ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)
7	看護配置	被災者を受け入れ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)
8	看護配置 *岩手県、宮城県及び 福島県のみ利用可	被災者を受け入れ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、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)
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るべき病棟の入院基本料を算

		定する。(平成23年4月1日付け事務連絡)	1、4、5) ・別紙1、2、5 (有床診療所は別紙 1、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)	
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1、2、5 (有床診療所は別紙 1、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、特例的に従来の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1、2 (有床診療所は別紙 1、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1、2 (有床診療所は別紙 1、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1、2 (有床診療所は別紙 1、4)
15	平均在院日数 * 岩手県、宮城県及び 福島県のみ利用可	被災に伴い、退院後の後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1、2 (有床診療所は別紙 1、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、当該患者を除いて施設基準の要件を満たす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1、2、5 (有床診療所は別紙 1、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)	・別紙1
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1、5 (有床診療所は別紙 1、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、特例的に従来の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1～3、10、11 (有床診療所は別紙 1、4、10、11)
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1、6

21	平均入院患者数 * 岩手県、宮城県及び 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1、2、10 (有床診療所は別紙 1、4、10)
22	外来機能の閉鎖 * 岩手県、宮城県及び 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1、12
23	在宅医療・訪問看護 の回数制限 * 岩手県、宮城県及び 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とする。(平成23年9月6日付け事務連絡)	・別紙1、7
24	新薬の処方制限 * 岩手県、宮城県及び 福島県のみ利用可	患者の周囲にあつ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、新薬については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1、8
25	180日超え入院 * 岩手県、宮城県及び 福島県のみ利用可	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1、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 「東日本大震災に伴う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(①～⑥)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=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2182

東日本大震災に伴う保険診療の取扱いの利用状況に係る報告書(平成27年7月1日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 _____

利用している特例措置 ※別添2「特例措置の概要」の番号を記載すること	番号: _____ 2又は6を利用している場合は、以下について記載 ・被災後1年間の被災患者受け入れ人数: _____人 (上記患者で現在も入院中の患者数: _____人) ・被災患者を受け入れている病棟の直近1年間の退院患者数(_____人) 病床数(_____床)
	5又は8を利用している場合であって、前回の報告から現在までに月平均夜勤時間数又は、看護要員の比率が1割を超えた一時的な変動があった場合、その期間及び状況について記載 (_____)
	15を利用している場合は、直近1年間の平均在院日数を記載 平成26年 7月: _____日 平成26年11月: _____日 平成27年 3月: _____日 平成26年 8月: _____日 平成26年12月: _____日 平成27年 4月: _____日 平成26年 9月: _____日 平成27年 1月: _____日 平成27年 5月: _____日 平成26年10月: _____日 平成27年 2月: _____日 平成27年 6月: _____日
	17を利用している場合は、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) 平成 _____年 _____月 _____日
	・平成27年10月1日以降も特例措置の利用を継続する必要性(あり ・ なし) (理由については、被災の影響等について詳細に記載すること。また、複数利用している場合は措置ごとに記載)
・平成27年10月1日以降も特例措置の利用を継続する必要性の有無とその理由 ・特例状態からの解消に向けた取組 *いずれも詳細に記載すること。	・特例状態からの解消に向けた取組 (取り組みの内容といつ頃どのように解消できるかなども記載)

(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、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 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27年7月1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床・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※

医療機関名	病院区分	1. 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 1. 特定機能病院 <input type="checkbox"/> 2. 専門病院 <input type="checkbox"/> 3. その他			開設者番号	在宅復帰率 (%)	介護保険適用病床・病床の有無				介護保険適用病床・病床の有無		都道府県名	現員数		市区町村名	厚生労働大臣の定める地域(該当地域は✓を記入)	夜間緊急対応要請施設		
		届出区分	看護師比率	平均在院日数(日)			許可病床数(床)	医療保険病床数(床)	療養告示第2号に係る病床(2室8床)の有無	療養告示第2号に係る病床(2室8床)の有無	1日平均入院患者数(人)	療養告示第2号に係る病床(2室8床)の有無		看護師(人)	看護士(人)				看護補助員(人)	看護補助員(人)
入院基本料	1	一般病床																		
	2																			
	3																			
	4																			
	5																			
	6																			
	7																			
	8																			
	9																			
	10																			
	11																			
	12																			
	13																			
	14																			
	15																			
	16																			

(別紙2) 【病院記入用】

入院基本料等に関する実施状況報告書(平成27年7月1日現在)

受付番号※

【別紙2】【病院記入用】	届出区分	看護師 区分率	平均 在院日数 (日)	在宅 復帰率 (%)	病床 数	許可 病床数 (床)	届出 病床数 (床)	稼働 病床数 (床)	患者 数 (人)	1日 平均 入院 数 (人)	現員数			【その他】				
											看護 (人)	准 看護 (人)	看護 (人)					
特定入院科	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													○看護必要度加算	有			無
	19 小児入院医療管理料5													○看護必要度加算	有			無
	20 地域包括ケア入院医療管理料1													○看護必要度加算	有			無
	21 地域包括ケア入院医療管理料2													○看護必要度加算	有			無
22													○看護必要度加算	有			無	
23													○看護必要度加算	有			無	
24													○看護必要度加算	有			無	
25													○看護必要度加算	有			無	
26													○看護必要度加算	有			無	
27													○看護必要度加算	有			無	
28													○看護必要度加算	有			無	
29													○看護必要度加算	有			無	
30													○看護必要度加算	有			無	
31													○看護必要度加算	有			無	
32													○看護必要度加算	有			無	
33													○看護必要度加算	有			無	

他病棟への入院等の状況について(平成27年7月1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、 他病棟に入院している理由 ※イの「その他」の場合には、詳細に理由を記載して下さい。	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、 入院している病棟を記載し、入院基本料又は 特定入院料のいずれを算定しているか、 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、 本来入院すべき病棟と、現在入院している病棟 からその病棟への移動の目的を教えてください。 目的がない場合は、その理由を詳細に 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。

(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27年7月1日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 _____

他医療機関による受診 が必要である理由			
○被災地においては透 析設備の復旧の目途 ○被災地外においては 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7月1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7月1日時点)

※受付番号 _____

医療機関名・ 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、 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、 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、 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7月1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 (直近4ヶ月を記載)	平成27年 3月 _____ 件
	平成27年 4月 _____ 件
	平成27年 5月 _____ 件
	平成27年 6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7月1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 ()歳	入院日総数	日 (平成27年7月1日時点)
入院の契機となった 疾病名		治療を長期化させる原因 となった疾病名	
行っている治療内容			
退院できない理由 ※その他の場合は詳細 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 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 (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
					(該当する一 つに○) ^{※3}	夜勤従事者数 ^{※4}	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	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
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○を記入すること。
- ※3 夜勤専従者は、夜専に○、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○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合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。

〔届出上の注意〕

- 1 届出前1ヶ月の各病棟の勤務計画表（勤務実績）及び2つの勤務帯が重複する各勤務帯の申し送りの時間が分かる書類を添付すること。
- 2 7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。
- 3 看護職員夜間配置加算の届出の際には、届出前1か月の日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

(別紙11)看護管理者用 質問票

以下の質問に対して、該当する数字を選択し、太線枠内に記載してください。

1. 震災前から看護職員不足ですか。 【0. はい 1. いいえ】
2. 震災前より看護職員が何人減っていますか。 【 人】
3. 何人看護職員が確保されれば、特例措置を利用しなくすみますか。 【 人】
4. 看護職員の採用活動は行っていますか。 【0. はい 1. いいえ】
5. 看護職員の確保に活用しているものはありますか。
【1. 求人公告 2. ナースセンター 3. ハローワーク 4. 有料職業紹介所】
6. 新規採用者は、増えていますか。増えた場合はその人数を教えてください。 【0. はい 1. いいえ】
7. 看護補助者の求人していますか。 【0. はい 1. いいえ】
8. 看護職員の超過勤務は、増えていますか。 【0. はい 1. いいえ】
9. 看護職員の退職者は、増えていますか。 【0. はい 1. いいえ】
 増えた場合はその人数を教えてください。
- 退職の主な理由は何ですか。 【1. 避難 2. 心理的要因 3. 家族の都合 4. その他】
10. 看護職員の長期休職者は、増えていますか。 【0. はい 1. いいえ】
 増えた場合はその人数を教えてください。
 休職の主な理由は何ですか。 【1. 避難 2. 心理的要因 3. 家族の都合 4. その他】
11. 看護職員の復帰や採用のために必要な体制整備は何ですか。
【1. 住居 2. 保育所 3. 交通機関 4. ころのケア 5. その他 () 人】
12. 特例措置の継続は必要ですか。 【0. 不要 1. 必要】
13. 看護職員の労働環境の現状と課題について【自由記載】

--

(別紙11)看護職員用 質問票

※貴医療機関に勤務する看護職員(1名(看護管理を除く))について回答願います。
以下の質問に対して、該当する数字を選択し、太線枠内に記載してください。

- | | | |
|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 1. 超過勤務は、震災以降増えていきますか。 | 【0. はい | 1. いいえ |
| 2. 夜勤回数は、震災以降増えていきますか。 | 【0. 減った・変わらない | 1. 増えた】 |
| 3. 2の質問の回答が1の人のみ回答してください。 | 【0. 月1回程度 | 1. 月2回以上】 |
| 4. 研修参加は、震災以降増えていきますか。 | 【0. はい | 1. いいえ】 |
| 5. 健康状態は、震災以降変化しましたか(体調が不良となりましたか)。 | 【0. はい | 1. いいえ】 |
| 6. 震災以降の週休は確保出来ていきますか。 | 【0. はい | 1. いいえ】 |
| 7. 震災以降の有休は確保出来ていきますか。 | 【0. はい | 1. いいえ】 |
| 8. 特例措置の継続は必要ですか。 | 【0. 不要 | 1. 必要】 |

9. 看護職員の労働環境の現状と課題について【自由記載】

(別紙12)

外来機能の一時閉鎖に関する報告書(平成27年7月1日現在)

※受付番号 _____

厚生(支)局長 殿

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