

平成 27 年 3 月 31 日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会副会長
中 川 俊 男

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

東日本大震災の発生以降、被災地等における保険診療や診療報酬等の特例的な取扱いにつきまして、ご案内申し上げてきたところであります。

この特例的な取扱いにつきましては、中医協総会の議論を経て、現在、25項目の特例措置（添付資料（厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添参照）について、福島県の保険医療機関等におきましては、「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。）による地方厚生（支）局への届出の上、平成27年3月31日まで取扱期間が延長されております。

その他の地域の保険医療機関等につきましては、平成26年10月1日時点で現に利用されている特例措置についてのみ、届出様式による届出の上、平成27年3月31日まで取扱期間が延長されております。

中医協におきましては特例措置の継続等について議論を行うため、平成27年1月に特例措置を利用している保険医療機関に対して利用状況等の報告をお願いし、その結果が平成27年3月18日の中医協総会に報告され、その上で平成27年4月以降の特例措置の取扱いについて審議されました。

その結果、今回から、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として、25項目の特例措置の利用が平成27年9月30日まで更に半年間延長されました。

すなわち、福島県の保険医療機関等におきましては、現に利用されている特例措置については、平成27年4月30日までに、平成27年4月1日以降新たに利用を開始した特例措置については、速やかに、届出様式による届出の上、平成27年9月30日まで取扱期間が延長されることとなります。

また、その他の地域の保険医療機関等につきましては、現に利用されている特例措置についてのみ、平成27年4月30日までに届出様式による届出の上、平成27年9月30日まで取扱期間が延長されることとなります。

なお、今回の届出にあたって、平成27年4月以降も延長される特例措置を利用する場合には、届出様式とともに特例措置ごとに別紙の提出が必要となりますので、ご確認の上、併せて地方厚生（支）局に資料をご提出いただきますようお願いいたします。（「東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の概要」（添付資料（厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添）を参照）

なお、平成27年10月以降の取扱いを検討するため、今後、利用状況等を把握するための資料

提出等が求められることが予定されておりますが、詳細については、追って連絡されることとなっておりますので、その際にはご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

〈添付資料〉

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 27. 3. 27 事務連絡 厚生労働省保険局医療課)

事務連絡
平成27年3月27日

関係団体 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の期間延長等について

標記につきまして、別紙のとおり、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)及び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)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

(別添)

公益社団法人 日本医師会 御中
公益社団法人 日本歯科医師会 御中
公益社団法人 日本薬剤師会 御中
一般社団法人 日本病院会 御中
公益社団法人 全日本病院協会 御中
公益社団法人 日本精神科病院協会 御中
一般社団法人 日本医療法人協会 御中
一般社団法人 日本社会医療法人協議会 御中
公益社団法人 全国自治体病院協議会 御中
一般社団法人 日本慢性期医療協会 御中
一般社団法人 日本私立医科大学協会 御中
一般社団法人 日本私立歯科大学協会 御中
一般社団法人 日本病院薬剤師会 御中
公益社団法人 日本看護協会 御中
一般社団法人 全国訪問看護事業協会 御中
公益財団法人 日本訪問看護財団 御中
独立行政法人 国立病院機構本部 御中
独立行政法人 国立がん研究センター 御中
独立行政法人 国立循環器病研究センター 御中
独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 御中
独立行政法人 国立国際医療研究センター 御中
独立行政法人 国立成育医療研究センター 御中
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 御中
独立行政法人 地域医療機能推進機構本部 御中
独立行政法人 労働者健康福祉機構本部 御中
健康保険組合連合会 御中
全国健康保険協会 御中
公益社団法人 国民健康保険中央会 御中
社会保険診療報酬支払基金 御中
財務省主計局給与共済課 御中
文部科学省高等教育局医学教育課 御中
文部科学省高等教育局私学行政課 御中
総務省自治行政局公務員部福利課 御中
総務省自治財政局地域企業経営企画室 御中
警察庁長官官房給与厚生課 御中
防衛省人事教育局 御中
労働基準局労災管理課 御中
労働基準局補償課 御中
各都道府県後期高齢者医療広域連合 御中

平成27年3月27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26年9月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、平成27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、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26年9月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡）は平成27年3月31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 4 月 30 日までに、平成 27 年 4 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 27 年 9 月 30 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。特例措置を利用する場合、平成 27 年 4 月 30 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 27 年 9 月 30 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 26 年厚生労働省告示第 379 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 3 月 31 日までの取扱いとなっていたが、平成 27 年 9 月 30 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

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。

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】

| 医療機関名 | | | | | 開設者番号 | 介護保険適用の病床の有無 | | 都道府県名 | 市区町村名 | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|--|--|--|-------|--------------|-------|-----------|-----------------------|--|--|--|--|---|--|
| 届出区分 | | | | | 許可病床数 | 医療保険届出病床数 | 稼働病床数 | 1日平均入院患者数 | 現員数 看護師 准看護師 看護補助者 | | | 施設基準 (該当する記号全てに○) ※該当する場合は実績件数も記載すること。 | 実績件数 | 診療科名 | その他 |
| 有床診療所 入院基本料 1 | | | | | | | | | | | | イ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。 | 訪問件数 件 | 1. 内科 2. 心療内科 3. 精神科 4. 神経科(又は神経内科) | ○在宅療養支援診療所 □ 1. 常勤医師3名等 □ 2. 連携して常勤医師3名等有 □ 3. その他 □ 4. 届出なし ○管理栄養士の数 常勤 [] 非常勤 [] ○栄養士の数: 常勤 [] 非常勤 [] ○訪問看護等の算定の有無(直近3か月) ・在宅患者訪問看護・指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・同一建物居住者訪問看護・指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・精神科訪問看護・指導料 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III ・退院前訪問指導料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・在宅患者緊急入院診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・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。(予定入院は除く。) | 入院件数 件 | | |
| 有床診療所 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。 | 受入割合 割 | 5. 呼吸器科 6. 消化器科(又は胃腸科) | ○加算の届出の有無 ○重症児(者)受入連携加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所一般病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間緊急体制確保加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | | | | | | | | | | ニ 時間外対応加算1の届出を行っている。 | | | |
| 有床診療所 入院基本料 3 | | | | | | | | | | | ホ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上である。 | 当該患者数 件 | 9. リウマチ科 10. 小児科 11. 外科 | ○重症児(者)受入連携加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所一般病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間緊急体制確保加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| | | | | | | | | | | | ヘ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上である。 | | | | 当該患者数 件 |
| 有床診療所 入院基本料 4 | | | | | | | | | | | チ 医療資源の少ない地域※に所在する有床診療所である。 ※特定一般病棟入院料の注1に規定する地域 | 14. 美容外科 15. 脳神経外科 | ○加算の届出の有無 ○重症児(者)受入連携加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所一般病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間緊急体制確保加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | | | | | | | | | | | ツ 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上である。 | | | 当該患者数 件 | 16. 呼吸器外科 17. 心臓血管外科 |
| 有床診療所 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、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、短期入所療養介護若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者である。 | 18. 小児外科 19. 皮膚泌尿器科(又は皮膚科、泌尿器科) | ○加算の届出の有無 ○重症児(者)受入連携加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所一般病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間緊急体制確保加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | | | | | | | | | | | ル 過去1年間の分産を行った総数(帝王切開を含む。)が30件以上である。 | | | 分産件数 件 | 20. 性病科 21. こう門科 |
| 有床診療所 入院基本料 6 | | | | | | | | | | | リ 過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、短期入所療養介護若しくは介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、又は指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防サービス事業者である。 | 22. 産婦人科(又は産科、婦人科) | ○加算の届出の有無 ○重症児(者)受入連携加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所一般病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間緊急体制確保加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○医師配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○夜間看護配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算1 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看護補助配置加算2 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | | | | | | | | | | | ロ 過去1年間に、乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定した実績がある。 | | | 分産件数 件 | 23. 眼科 24. 耳鼻いんこう科 |
| 療養病床 1 入院 2 特別 ※いずれかに○をする | () () () | | | | | | | | | | イールの該当数: 件 | 25. 気管食道科 26. リハビリテーション科 27. 放射線科 28. 麻酔科 29. 歯科 | ○加算の届出の有無 ○重症児(者)受入連携加算(算定の有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○救急・在宅等支援療養病床初期加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○看取り加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○有床診療所緩和ケア診療加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○栄養管理実施加算 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| | | | | | | | | | | | ※ 有床診療所入院基本料1〜3については、上記要件のうち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、 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途を教えてください。 目途がない場合は、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__月__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__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・ 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 ※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 病床不足 イ. その他() |
| | 患者B | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者C | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者D | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者E | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者F | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |

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 ※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 病床不足 イ. その他() |
| | 患者B | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者C | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者D | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者E | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者F | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |

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 ※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 病床不足 イ. その他() |
| | 患者B | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者C | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者D | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者E | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |
| | 患者F | ア. 入院可能な 病床不足 イ. その他() |

※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 (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 ()歳 | 入院日総数 | 日 (平成27年__月__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 ^{※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○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。

〔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 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。

(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 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過し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 (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(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) | ・別紙2、10 (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(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) | ・別紙2、10 (有床診療所は別紙4、10) |
| 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 | 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 (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 (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 (有床診療所は別紙4、10) |
| 8 | 看護配置 *岩手県、宮城県及び 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 (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 (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 (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 (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 (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 (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 (有床診療所は別紙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 (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 (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 (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 (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 | 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 2、10 （有床診療所は別紙 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 | 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こととする。（平成 23 年 9 月 6 日付け事務連絡） | ・別紙 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 1 4 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 | 180日超え入院 | 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 1 8 0 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 26 年厚生労働省告示第 379 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=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2182