様式 10

の施設基準に係る患者の重症度、 医療・看護必要度に係る届出書 添付書類(新規・8月報告)

(該当するものを〇で囲むこと)

- 1 入院基本料(急性期一般入院料1及び7対1入院基本料(特定機能病院入院 基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)に限る)
 - (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当する欄の口に「✓」を記入のこと。)
 - □ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行っている
 - □ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価を行っている(許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度 II を用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由(電子カルテシステムを導入していない)がある場合)
 - (2) 届出事項(該当に〇)
 - (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
 - (3) 直近3月の実績

届出入院料	届出病床数	入院患者の状況((直近3月) (年 月~	年 月)		
(該当に〇)		ア	【基準	(1)	【基準②】		
(122)		入院患者延べ数	1	ウ	エ	オ	
			アのうちA3	該当患者割合	アのうちA2	該当患者割合	
			点以上又はC	(イ/ア)	点以上又はC	(エ/ア)	
			1点以上に該		1点以上に該		
			当する患者の		当する患者の		
			延べ数		延べ数		
急性期一般入院 料 1 特定機能病院入 院基本料(一般 病棟に限る。) (7対1) 専門病院入院基 本料(7対1)	床	名	名	%	名	%	

- 2 入院基本料等(急性期一般入院料1及び7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)を除く)
 - (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当に○) (Ⅰ ・ Ⅱ)
 - (2) 届出事項(該当に〇)
 - (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
 - (3) 直近3月の実績

届出入院料	届出区分	届出の	届出	入院患者の		月)(年	月 ~	年 月)
(該当に○)	(該当に〇)	加算	病床数	ア	重症度、	医療∙看護	重症度、	医療•看護
		(該当に○)		入院患者	必要	度 I	必要度Ⅱ	
				延べ数	イ	ウ	エ	オ
					アのうち基	該当患者割	アのうち基	該当患者割
					準を満たす	合	準を満たす	合
					患者の延べ	(イ/ア)	患者の延べ	(エ/ア)
		<i>**</i> ** ** **			数		数	
		看護必要						
,_ , , ,		度加算						
一般病棟	急性期一般入院料 2	40 14						
入院基本料	各址#0 f0.3 0分析の	一般病棟						
	急性期一般入院料3	看護必要						
申門病院 入院基本料	急性期一般入院料4	度評価加						
八阮基本科 (がん・循環		算						
器)	急性期一般入院料 5							
11 17	 急性期一般入院料 6	急性期看	床	名	名	%	名	%
特定機能	芯注朔一放入阮科 0	護補助体	~ 1×		ч	, ,	ı ı	, •
病院入院	地域一般 入院料1	制加算						
基本料								
	7対1	看護職員						
結核病棟入	10 対 1	夜間配置						
院基本料	ו ניא טו	加算						
(7対1)	13 対 1							
	_	看護補助						
		加算 1						

2 総合入院体制加算

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当に○)(Ⅰ ・ Ⅱ)
- (2) 届出事項(該当に〇)
- (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
- (3) 直近3月の実績

届出の	届出	入院患者の状況(直近3月) (年月~年月)						
加算 (該当に○)	病床数	ア 重症度、医療・看護 入院患者延 必要度 I			重症度、医療·看護 必要度Ⅱ			
		べ数	1	ウ	工	オ		
			アのうち基準	該当患者割合	アのうち基準	該当患者割合		
			を満たす患者	(イ/ア)	を満たす患者	(エ /ア)		
			の延べ数		の延べ数			
総合入院体制加算 1								
総合入院体制加算 2	床	名	名	%	名	%		
総合入院体制加算3								

3 特定入院料

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当に○) (Ⅰ ・ Ⅱ)
- (2) 届出事項(該当に〇)
- (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
- (3) 直近3月の実績

届出入院料 (該当に())	届出区分(該当に〇)	届出 病床数	入院患者の	状況 (直近3	月 ~	年 月)	
			ア重症度、医療・看護		重症度、医療•看護		
			入院患者延	必要	度 I	必要度Ⅱ	
			ベ数	1	ウ	エ	オ
				アのうち基	該当患者割	アのうち基	該当患者割
				準を満たす	合	準を満たす	合
				患者の延べ	(イ/ア)	患者の延べ	(エ/ア)
				数		数	
脳卒中ケアユニット							
入院医療管理料	入院料 1						
地域包括医療病棟 地域包括医療病棟	管理料1						
入院料(基準①)	入院料 2						
7 (1504) (EFF-0)	管理料2						
地域包括ケア病棟	入院料3	床	名	名	%	名	%
入院料	管理料3						
	入院料4						
特定一般病棟入院料	管理料 4						
	一般病棟看護						
特定一般病棟入院	必要度評価加算						
料の注5							

4 院内研修の実施状況

一般病棟用の重症度、	実	施	日	
医療・看護必要度に係る 院内研修の実施状況	年	月	日	

[記載上の注意]

- 1 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、I又はII を「✓」又は○で囲むこと。
- 2 届出事項について、「入院料等の届出の変更」、「入院料等の届出及 び評価方法の変更」又は「評価方法の変更」のいずれかを〇で囲むこと。
- 3 看護補助加算1のうち、当該様式の届出を要するのは、地域一般入院 料1又は2若しくは13対1入院基本料であること。
- 4 届出入院料欄の専門病院入院基本料に該当する場合には、必ずがん又は循環器のいずれかあてはまる方を〇で囲むこと。

- 5 入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいう。なお、アの患者数に、産科及び 15 歳未満の小児の患者に該当する患者は、対象に含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。重症度、医療・看護必要度IIに当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。) は含めない。
- 6 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。
- 7 一般病棟と結核病棟を併せて1看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。
- 8 8月報告時には、評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票について、I又はⅡを「✓」又は○で囲むこと。なお、Ⅱを選択する場合には、直近3月の実績に関する報告は不要であること。