

施設基準等の事務手引（令和4年4月版） 追補(1)

令和4年7月 社会保険研究所

以下の事務連絡により、本書の内容に一部訂正、追加情報がありましたので、追補いたします。

- 令和4年6月15日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について
- 令和4年6月22日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その14）
- 令和4年6月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡 令和4年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について
- 厚生労働省保険局医療課事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その15）

頁	該当箇所	訂正前	訂正後
基本診療料の施設基準等			
基本診療料等の施設基準等（通則事項）			
22	取扱い通知 第4表2	左段 下から 25行目	一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関を除く。）及び地域一般入院基本料を除く。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1（許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）及び地域一般入院基本料に限る。）（令和4年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）			
入院基本料等加算			
【9】A207-2 医師事務作業補助体制加算			
255	取扱い通知 別添3 第4の2	左段 下から 5行目	イ 年間の緊急入院患者数が100名以上（75対1及び100対1補助体制加算については50名以上）の実績を有する病院であること。
イ 年間の緊急入院患者数が100名以上（75対1及び100対1補助体制加算については50名以上）の実績を有する保険医療機関であること。			
特掲診療料の施設基準等			
特掲診療料の施設基準等（通則事項）			
671	取扱い通知 第2	上から 1行目	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）			
684		上から 15行目	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） （鏡咽喉悪）第 号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合） （鏡咽喉悪）第 号			
686		上から 8行目	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの） （腹胆床）第 号
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの） （腹胆床）第 号			
		下から 22行目	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） （腹腎摘出支）第 号
腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの） （腹腎摘出支）第 号			
689		下から 23行目	(12) 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
(12) 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）			

頁	該当箇所	訂正前	訂正後
検査			
【2】 D006-4 遺伝学的検査			
954	留意事項通知 左段 下から 3行目	縁取り <u>空砲</u> を伴う遠位型ミオパチー	縁取り <u>空砲</u> を伴う遠位型ミオパチー
【6】 D006-19 がんゲノムプロファイリング検査			
960	取扱い通知 別添1 第18の1の6 右段 下から 5行目	(2) 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。	(2) <u>毎年7月において、当該保険医療機関における当該検査の実施件数、C-CATへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数等について、別添2の様式23の4の2により地方厚生(支)局長に報告すること。</u>
リハビリテーション			
【1】 疾患別リハビリテーション			
1074	留意事項通知 左段 上から 1行目	(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」に基づいて実施する。	(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（ <u>日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン</u> ）」に基づいて実施する。
手術			
【1】 K通則4 手術の通則4			
1202	施設基準告示 第十二の一 下から 2行目	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）、内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）	経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）、 <u>鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）</u> 、内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、 <u>鏡視下喉頭悪性腫瘍手術</u> 、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）
1203	下から 20行目	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術下、 <u>腹腔鏡下肝切除術</u> 、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）
1204	下から 10行目	膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術	膀胱水圧拡張術、 <u>ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）</u> 、ペースメーカー移植術
	下から 6行目	膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨腔固定術	膀胱水圧拡張術、 <u>ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）</u> 及び腹腔鏡下仙骨腔固定術
1205	診療報酬 左段 上から 15行目	K388-3、K400の3	K388-3、 <u>K394-2</u> 、K400の3
	左段 下から 2行目	K684-2、 <u>K697-4の1</u>	K684-2、 <u>K695-2</u> 、 <u>K697-4の1</u>

頁	該当箇所	訂正前	訂正後
【1-(12)-6】 K675-2 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)			
1274	〔見出し〕	(腹担床)	(腹胆床)
【1-(13)-5】 K800-4 ハンナ型間質性膀胱炎手術(経尿道)			
1287	〔見出し〕	【病院・有床診療所 (K800-3)】	【病院・有床診療所】
【4-(1)】 K374-2/K394-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術 軟口蓋悪性腫瘍手術 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術			
1336	〔解説〕	下から4行目 この改正に伴い、従前のロボット支援下内視鏡手術以外の鏡視下咽頭悪性腫瘍手術、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術についても、通則4の対象手術から通則18の対象手術に見直されており、施設基準告示は第十二・二の五（1329頁）が適用されることとなった（施設基準に変更はない）。	〔削除〕
1337	〔注釈〕	上から2行目	※「K374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）」には通則4が適用されており、併せて施設基準告示「第十二・一」（1202頁）を参照
	〔注釈〕	下から2行目	※「K394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術」には通則4が適用されており、施設基準告示「第十二・一」（1202頁）を参照
【4-(2)】 K695-2 腹腔鏡下肝切除術			
1338	〔解説〕	下から3行目 この改正に伴い、従前のロボット支援下内視鏡手術以外の腹腔鏡下肝切除術についても、通則4の対象手術から通則18の対象手術に見直されており、施設基準告示は第十二・二の五（1329頁）が適用されることとなった（施設基準に変更はない）。	〔削除〕
	〔注釈〕	上から2行目	※「K695-2 腹腔鏡下肝切除術」には通則4が適用されており、施設基準告示「第十二・一」（1202頁）を参照

※次の届出様式等を訂正・追加

頁		該当届出様式等		本追補の頁				
基本診療料・様式								
入院基本料								
212	左上	様式12の7	<table><tr><th>訂正前</th><th>訂正後</th></tr><tr><td>有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類</td><td>有床診療所急性期患者支援病床初期加算、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類</td></tr></table>	訂正前	訂正後	有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類	有床診療所急性期患者支援病床初期加算、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類	本追補5枚目
訂正前	訂正後							
有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類	有床診療所急性期患者支援病床初期加算、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類							
入院基本料等加算								
421		様式40の17	病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（7月報告）	本追補6枚目				
特定入院料								
482		様式42	[] の施設基準に係る届出書添付書類	本追補9枚目				
415		様式53	精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類	本追補11枚目				
575		様式54の2	精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類	本追補12枚目				
特掲診療料・様式								
医学管理等								
848	右上	様式5の12の2	生殖補助医療管理料に係る報告書	本追補14枚目				
852	右下	様式8の2	ニコチン依存症管理料に係る報告書	本追補18枚目				
検査								
1011	右下	様式23の4	がんゲノムプロファイリング検査、遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準に係る届出書添付書類	本追補20枚目				
〔追加〕		様式23の4の2	がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書	本追補22枚目				
リハビリテーション								
1125	左上	様式42の2	疾患別リハビリテーションに係る症例報告書	本追補23枚目				
手術								
1357	右下	様式54	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類	本追補25枚目				
1358	右下	様式54の4	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））の施設基準に係る届出書添付書類	本追補26枚目				
1359	右上	様式54の6	網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類	本追補27枚目				
1396	右上	様式87の42の2	精巣内精子採取術に係る報告書	本追補33枚目				
調剤								
1573	右下	様式87の3の2	地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類（地域支援体制加算1又は2の届出を行う保険薬局用）	本追補28枚目				
1574	左下	様式87の3の3	地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類（地域支援体制加算3又は4の届出を行う保険薬局用）	本追補31枚目				

有床診療所急性期患者支援病床初期加算
有床診療所在宅患者支援病床初期加算
有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算
有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算

有床診療所一般病床初期加算及び救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 有床診療所入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の該当する項目に○をつけること。

	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。
	全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 例以上である。
	救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所である。
	「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している。
	区分番号 B 0 0 1 の「2 2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
	夜間看護配置加算 1 又は 2 を算定しており、夜間の診療応需体制を確保している。
	適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

2 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所に係る事項

次の事項に○をつけること。

	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。
--	---------------------------------------

[届出上の注意]

1 又は 2 において、○を付した事項に係る実績を示す書類を添付すること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（7月報告）

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

(1) 地域医療体制確保加算の算定状況

算定開始時点（ 年 月）

備考※（ ）

※ 算定開始後、当該加算を辞退した年月などがあれば具体的に記載すること。

(2) 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

（令和4年7月1日時点）

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤:	()名	非常勤:	()名
	宿日直(※1)を担当する医師数()名(うち非常勤()名)			
※1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること				
イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和4年6月分)				
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法				
☐ タイムカード、ICカード				
☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)				
☐ その他				
(具体的に:)				
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(※2)の把握内容				
☐ 年次有給休暇取得率				
☐ 時短勤務実施者(※3)数				
☐ 育児休業・介護休業の取得率				
☐ その他				
(具体的に:)				
※2 前年度の実績を記載。				
※3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者				
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(※4)				
平均:		()時間/月	80時間/月以上の者の人数:	()名
最大:		()時間/月	155時間/月以上の者の人数:	()名
最小:		()時間/月		
※4 常勤医における値を記載。				
※4 超過勤務時間: 法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日(週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり)において労働した時間の総和				
(エ) 宿日直(回/月)		平均:	()回/月	
		最大:	()回/月	
		最小:	()回/月	
		連日当直を実施した者の人数及び回数:	()名・のべ()回	
(オ) その他(自由記載・補足等)				

（令和3年7月1日時点）

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤:	()名	非常勤:	()名
	宿日直(※1)を担当する医師数()名(うち非常勤()名)			
※1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること				
イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和3年6月分)				
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法				
☐ タイムカード、ICカード				
☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり)				
☐ その他				
(具体的に:)				
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(※2)の把握内容				
☐ 年次有給休暇取得率				
☐ 時短勤務実施者(※3)数				
☐ 育児休業・介護休業の取得率				
☐ その他				
(具体的に:)				
※2 前年度の実績を記載。				
※3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者				
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(※4)				
平均:		()時間/月	80時間/月以上の者の人数:	()名
最大:		()時間/月	155時間/月以上の者の人数:	()名
最小:		()時間/月		
※4 常勤医における値を記載。				

* 4 常勤医における値を記載。 * 4 超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間の総和	
(エ) 宿日直(回/月)	平均： () 回/月 最大： () 回/月 最小： () 回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数： () 名・のべ() 回
(オ) その他(自由記載・補足等)	

(令和2年7月1日時点)

ア 医療機関に勤務する医師数	常勤： () 名	非常勤： () 名
	宿日直(*1)を担当する医師数： () 名(うち非常勤() 名)	
* 1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること		
イ 病院勤務医の勤務状況の把握等(令和2年6月分)		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法 ☐ タイムカード、ICカード ☐ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録(上司等による客観的な確認あり) ☐ その他 (具体的に：)		
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容 ☐ 年次有給休暇取得率 ☐ 育児休業・介護休業の取得率 ☐ 時短勤務実施者(*3)数 ☐ その他 (具体的に：) * 2 前年度の実績を記載。 * 3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者		
(ウ) 超過勤務時間(時間/月)(*4) 平均： () 時間/月 最大： () 時間/月 最小： () 時間/月 80時間/月以上の者の人数： () 名 155時間/月以上の者の人数： () 名 * 4 常勤医における値を記載。 * 4 超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間の総和		
(エ) 宿日直(回/月) 平均： () 回/月 最大： () 回/月 最小： () 回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数： () 名・のべ() 回		
(オ) その他(自由記載・補足等)		

(3) B水準・C水準等に相当する医師の働き方改革に向けた具体的な取組(実施している取組にチェックし、開始年月を回答)

1 短時間勤務正規雇用医師の活用	☐ (年 月)
【要件】短時間勤務正規雇用医師を常勤医師20人につき1人以上雇用していること。	
2 オンコール体制の構築	☐ (年 月)
【要件】医療機関全体で、医師60人(常勤換算)あたり1人以上オンコール医師がいること。 オンコール医師が所属する診療科の医師は、同じ日に宿日直をしていないこと。	
3 複数主治医制の実施	☐ (年 月)
【要件】当該医療機関の標榜診療科(外来診療のみの診療科を除く。)のうち半数以上で複数主治医制を導入していること。	
4 特定行為研修終了看護師の活用	☐ (年 月)
【要件】急性期医療に係る以下の各領域のすべてについて、それぞれ日勤帯には院内に常時特定行為研修終了者がおり、特定行為を行っている。	
・外科手術後管理領域 ・術中麻酔管理領域 ・外科系基本領域 ・集中治療領域 ・救急領域	

□ (年 月)

【要件】○対1の割合で医師事務作業補助者を配置していること。 (対1)

□ (年 月)

【要件】診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士の各職種について下に掲げる行為のうちそれぞれ半数(切り上げ)以上を行った場合。

ア 診療放射線技師

- ・動脈路に造影剤注入装置を接続する行為（動脈路確保のためのものを除く。）、動脈に造影剤を投与するために当該造影剤注入装置を操作する行為
- ・下部消化管検査（CTコログラフィ検査を含む。）のため、造影剤注入装置及び気管を吸引する行為
- ・下部消化管検査のために挿入した鼻腔カテーテルから造影剤注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に鼻腔カテーテルを抜去する行為
- ・医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

イ 医臨床検査技師

- ・直腸肛門機能検査（バルーン及びトランスデューサーの挿入（バルーンへの空気の注入を含む。）並びに抜去を含む。）
- ・持続圧下バルーン検査（当該検査を行うための機器の装着及び脱着を含む。）
- ・運動誘発電気検査・体性感覚誘発電気検査に係る電極（針電極を含む。）の装着及び脱着
- ・検査のために、経口、経鼻又は気管カニューレ内部から喀痰を吸引し採取する行為
- ・消化管内視鏡検査・治療において、医師の立会いの下、生検鉗子を用いて消化管から組織検体を採取する行為
- ・静脈路を確保し、成分採血のための装置を接続する行為、成分採血装置を操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為
- ・超音波検査に関連する行為として、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為

ウ 臨床工学技士

- ・血液浄化装置の穿刺針その他の先端部の動脈表在化及び静脈への接続又は動脈表在化及び静脈からの除去
- ・心・血管カテーテル治療に於いて、生命維持管理装置を使用し行う治療に関連する業務として、身体に電気の負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ・手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入される内視鏡用ビデオカメラを操作する行為、術野視野を確保するために内視鏡用ビデオカメラを操作する行為

工 救急救命士

- ・医療機関に搬送されるまでの間（病前前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※においても実施可能とされた行為
※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまで（入院しない場合は、帰宅するまで）に必要な診察・検査・処置等を提供されることを指す

- 9 -

小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合○をすること。）			
（ ） 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている。		（再掲）専任の小児科医師数 名	
特定集中治療室管理料 1 又は 2 に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること。）			
（ ） 特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと。			
		（再掲）経験を有する医師数 名	
（ ） 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を 5 年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている。			
（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）			
氏 名	勤 務 時 間	経 験 年 数	研 修
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
	週 時間	年	□
（ ） 当該保険医療機関内に、専任の臨床工学技士が常時配置されている。			
		専任の臨床工学技士数 名	
上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合○をすること）			
（ ） 当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている。			
（ ） 当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている。			
（ ） 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている。			

【記載上の注意】

- 1 [] 内には、届出事項の名称（救命救急入院料 1、救命救急入院料 2、救命救急入院料 3、救命救急入院料 4、特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3 又は特定集中治療室管理料 4 のいずれか）を記入すること。
- 2 当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
- 3 救命救急入院料 2 又は救命救急入院料 4 の届出を行う場合においては、特定集中治療に係る部分について括弧書きで再掲すること。
- 4 装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内」の□を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内」の□に「チェック」を記入すること。なお、当該装置・器具を治療室内に設置している場合は、治療室内に設置している台数・名称等のみを記載すればよく、病院内に設置している場合は、当該治療室で使用することが想定される装置・器具の台数・名称等のみを記載すればよい。
- 5 救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式 20 を添付するとともに届出前 1 か月の各治療室の勤務実績表及び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。また、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
 なお、広範囲熱傷特定集中治療又は小児加算の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へそれぞれ「熱傷」又は「小児科医」、特定集中治療室管理料 1 又は 2 の届出を行う場合は、様式 20 の備考欄へ「5 年」と記載すること。
- 6 特定集中治療室 1 又は 2 の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。勤務時間は、1 週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。経験年数の欄に、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。また、適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 7 当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

**精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び
精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出書添付書類**

	② 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）の延べ入院日数	③ 新規患者（措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を含む）以外の当該病棟患者の延べ入院日数
① 年 月	() 日	() 日
②／(②＋③)＝ (ア) ()		
⑤ 3月前の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く）		
④ 年 月	() 名	
⑥ 上記の患者のうち、3月以内に退院し自宅等へ移行※した患者数		
() 名		
⑥／⑤＝ (イ) ()		

※ 「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。（ただし、死亡退院及び精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については退院後に医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は除く。）。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

[記載上の注意]

- ③には、当該病棟患者の延べ入院日数から②の延べ入院日数を引いた日数を記入する。
- ④には、①の3月前の年月を記入する。例えば①が令和4年7月であれば、④は令和4年4月となる。令和4年4月の延べ新規入院患者数（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした患者を除く。）を⑤に記入し、そのうち3月以内に退院し在宅へ移行した患者数を⑥に記入する。
- 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
(ア) ≥ 0.4
- 当該入院料を届け出る病棟は以下の条件を満たしていることが必要である。
 - 精神科救急・合併症入院料並びに急性期医師配置加算を算定しない精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合を除く）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合を除く）
(イ) ≥ 0.4
 - 精神科救急急性期医療入院料（精神科急性期医師配置加算1を算定する場合）及び精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期医師配置加算1又は2の口を算定する場合）を算定する場合
(イ) ≥ 0.6
- 当該届出に係る病棟について、様式9を記載し添付すること。

精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病棟の体制に係る要件

当該保険医療機関に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

精神保健指定医氏名	指定医番号

2 当該加算を届け出る病棟と病床数（合計）

病 棟 数	病 床 数（合計）
病棟	床

3 精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の①～⑨の数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

		当該病院における実績	複数の病棟を届け出る場合	要件を満たす場合、□に✓を記載
① 当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は当該圏域における人口1万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数		① () 件 又は () 件／万人	①÷届出病棟数 () 件 又は () 件／万人	□(≥40) 又は □(≥0.5)
② ①のうち、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼件数及び①④に対する割合		② () 件 又は () 割	②÷届出病棟数 () 件	□(≥8) 又は □(≥2割)
②の再掲	③ 精神科救急情報センター・精神医療相談窓口	件	④ 救急医療情報センター	件
	⑤ 他の医療機関	件	⑥ 都道府県・市町村	件
	⑦ 保健所	件	⑧ 警察	件
	⑨ 消防（救急車）	件		

4 当該病棟における新規入院患者の自宅等への移行について

□	当該病棟において新規入院患者（措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除く。）のうち、6割以上が入院日から起算して3月以内に、退院し、自宅等へ移行していること。
---	--

※満たしている場合に、□に✓を記入すること

5 施設類型に係る事項

次の該当する項目のいずれかに○をつけること。

	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」（平成20年5月26日障発0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）（以下「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」という。）における身体合併症救急医療確保事業に規定された精神科救急医療施設として指定を受けている。
	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された常時対応型の精神科救急医療施設として指定を受けている。
	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」における精神科救急医療確保事業に規定された病院群輪番型の精神科救急医療施設として指定を受けている。

〔記載上の注意〕

- 1 当該病院に常勤する精神保健指定医は5名以上であること。
- 2 実績に係る要件の件数及び患者数は届出前1年間の患者数を記載すること。
- 3 「2」において、届出病床数が120床を超えて有する保険医療機関にあっては、令和4年9月30日までの間に、都道府県等からの意見書を添付すること。
- 4 「4」の「自宅等へ移行」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。

様式5の12の2

生殖補助医療管理料に係る報告書

医療機関名：

報告年月日： 年 7 月 日

1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

1-1 配置人員	産婦人科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	泌尿器科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	看護師	() 名
	胚培養士／エンブリオロジスト	() 名
	コーディネーター	() 名
	カウンセラー	() 名

1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)
	人工授精	() 件
	採卵術	() 件
	体外受精	() 件
	顕微授精	() 件
	新鮮胚移植	() 件
	凍結・融解胚移植	() 件

1-3 実施事項	自医療機関の不妊治療の結果による妊娠に関して、公益社団法人日本産科婦人科学会における個別調査票（治療から妊娠まで及び妊娠から出産後まで）への登録を行っている。		☐ 該当する ☐ 該当しない
	自医療機関で分娩を取り扱わない場合には、妊娠した患者を紹介し、妊娠から出産に至る全ての経過について報告を受ける等、分娩を取り扱う他の医療機関と適切な連携をとっている。（自医療機関で分娩を取り扱っている場合は回答不要）		☐ 該当する ☐ 該当しない
	医療安全管理体制が確保されている		
	①	医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	②	医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	☐ 該当する ☐ 該当しない
	③	医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に行っている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	④	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	⑤	自医療機関において保存されている配偶子、受精卵	☐ 該当する

	の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	☐ 該当しない
⑥	体外での配偶子・受精卵の操作に当たっては、安全確保の観点から必ずダブルチェックを行う体制を構築しており、ダブルチェックは、実施責任者の監督下に、医師・看護師・胚培養士／エンブリオロジストのいずれかの職種の職員2名以上で行っている。	☐ 該当する ☐ 該当しない
	倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	☐ 該当する ☐ 該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	☐ 該当する ☐ 該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を20年以上としている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	☐ 該当する ☐ 該当しない

2 治療実績、来院患者情報、治療指針について（任意記載）

2-1 治療実績について

- 前年度~~1~~年間に、治療開始時点において35歳以上40歳未満である女性に対して実施した治療の実績

【新鮮胚（卵）を用いた治療成績】

	IVF-ET	Split	ICSI	合計
採卵総回数（回）				
移植総回数（回）				
妊娠数（回）				
生産分娩数（回）				
移植あたり生産率（%）				

IVF-ET：採卵により得られた全ての卵子に対し、体外受精を実施

Split：採卵により得られた卵子に対し、体外受精と顕微授精に分けて実施

ICSI：採卵により得られた全ての卵子に対し、顕微授精を実施

【凍結胚を用いた治療成績】

	融解胚子宮内移植
移植総回数（回）	
妊娠数（回）	
生産分娩数（回）	
移植あたり生産率（%）	

2-2 来院患者情報

○ 前年 ~~度~~ ~~1年間~~ に体外受精・顕微授精・胚移植を行った患者数（実数）

25 歳未満：（ ）名

25 歳以上 30 歳未満：（ ）名

30 歳以上 35 歳未満：（ ）名

35 歳以上 40 歳未満：（ ）名

40 歳以上 43 歳未満：（ ）名

43 歳以上：（ ）名

2-3 治療指針について

○ 施設における統一された治療指針がありましたら記載して下さい。

（治療指針の例）

- ・ 治療のステップアップ・ステップダウンに関する考え方
- ・ 年齢に応じた治療の選択
- ・ 調節卵巣刺激法（自然周期・低刺激、高刺激等）の選択等

[記載上の注意]

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。
- 2 「1－1」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第25条第1項）
- 3 「1－1」の配置人員について、胚培養士／エンブリオロジストについては、生殖補助医療胚培養士又は臨床エンブリオロジスト等の認定を受けている者又は大学において胚培養に関する専門的な教育を受けた者であって胚を取り扱う業務に従事しているものを記載すること。ただし、産婦人科専門医又は泌尿器科専門医が兼務している場合は、人数に含めない。
- 4 「1－1」の配置人員について、コーディネーター及びカウンセラーについては、産婦人科専門医・泌尿器科専門医・看護師・胚培養士／エンブリオロジストが兼務する場合には、コーディネーター及びカウンセラーには含めないこと。
- 5 「1－2」の治療内容、「2－1」の治療実績及び「2－2」の来院患者情報については、報告の前年度1年間~~（前年の1月から12月まで）~~の実績を記載すること。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

報 告 年 月 日 : 年7月 日

本管理料を算定した患者数 (期間: 年4月～ 年3月)	①	名
①のうち、当該期間後の6月末日までに12週間にわたる 計5回の禁煙治療を終了した者	②	名
②のうち、禁煙に成功した者	③	名
5回の指導を最後まで行わずに治療を中止した者(①－②) のうち、中止時に禁煙していた者	④	名
ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑤	回
ニコチン依存症管理料2の算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑥	回
ニコチン依存症管理料1の一年間の延べ算定回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間における初回から 5回目までの治療を含む)	⑦	回
ニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 (前年4月1日から当年3月末日までの一年間)	⑧	回
<u>①のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</u>	⑨	名
<u>②のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</u>	⑩	名
<u>③のうち、禁煙補助治療システム指導管理加算を算定した者</u>	⑪	名

・喫煙を止めたものの割合＝(③＋④)／①

%

・治療の平均継続回数＝(⑦＋⑧)／(⑤＋⑥)

回

様式8の2

[記載上の注意]

- 1 「本管理料を算定した患者数」欄は、ニコチン依存症管理料1の初回点数及びニコチン依存症管理料2を算定した患者数の合計を計上すること。
- 2 「②のうち、禁煙に成功した者」欄は、12週間にわたる計5回の禁煙治療の終了時点で、4週間以上の禁煙に成功している者を計上すること。

なお、禁煙の成功を判断する際には、呼気一酸化炭素濃度測定器を用いて喫煙の有無を確認すること。

様式 23 の 4

〔がんゲノムプロファイリング検査
遺伝性腫瘍カウンセリング加算〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 がんゲノムプロファイリング検査の実施施設について（該当するものを○で囲む。） がんゲノム医療中核拠点病院 ・ がんゲノム医療拠点病院 ・ がんゲノム医療連携病院	
2 検査に係る適切な第三者認定	（ 有 ・ 無 ）
3 検査を委託する第三者認定を受けた衛生検査所名	
4 シークエンスデータ、解析データ等を患者に提供できる体制	（ 有 ・ 無 ）
5 得られたデータ等をがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に全例提出していること （ 該当する ・ 該当しない ）	
6 臨床情報等の提出について、「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則 って提出していること （ 該当する ・ 該当しない ）	
7 得られた結果について、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供 し、治療方針等について文書を用いて説明していること （ 該当する ・ 該当しない ）	
8 管理簿等の作成	（ 有 ・ 無 ）
9 エクスパートパネルの開催に際して、所定の要件に基づき開催していること （ 該当する ・ 該当しない ）	
10 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	件
11 当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	件
12 当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係る エキスパートパネルの年間実施件数	件
13 当該医療機関における当該検査結果を患者に説明した年間総件数	件

〔記載上の注意〕

- 1 「2」から「13」については、がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。
- 2 「5」について、当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。
- 3 「7」について、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。
- 4 「10」から「13」について、実績期間は前年1月1日から同年当年12月31日までの期間とする。ただし、実績のない保険医療機関が新規で届け出る場合、届出時点においては記載不要である。

がんゲノムプロファイリング検査に係る報告書

報告年月日: 年 7月 日

I. 直近1年間のC-CATへのデータ提出に係る実績について

1. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数	①+② ()件
(1) うち当該医療機関におけるC-CATへの年間データ提出件数	① ()件
うちC-CATへのデータ提出について、当該患者の同意が得られな (2) かった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得な い場合で提出できなかった件数	② ()件

II. 直近1年間のエキスパートパネル及び結果説明に係る実績について

2. 当該医療機関における当該検査の年間実施件数(同上)	③+④+⑤ ()件
(1) うち当該医療機関における当該医療機関で実施した検査に係 るエキスパートパネルの実施件数	③+④ ()件
ア. うち当該医療機関における当該検査結果を患者に説明し た件数	③ ()件
イ. うち当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得な い場合で当該検査結果を患者に説明できなかった件数	④ ()件
うちエキスパートパネルの実施について、当該患者が予期せず (2) 死亡した場合その他やむを得ない場合で実施できなかった件 数	⑤ ()件

[記載上の注意]

実績期間は前年1月1日から同年12月31日までの期間とする。

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	

1. 疾患別リハビリテーション料の算定状況について

各年6月1日から30日までの1ヶ月間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者について実人数を記載すること。なお、同一の患者が複数回同一の傷病名により同一の疾患別リハビリテーション料を算定した場合は、1人として計算すること。

<脳血管疾患等リハビリテーション料について>		入院中の患者 以外の患者	入院中の患者
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(180日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人
<廃用症候群リハビリテーション料について>			
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(120日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、廃用症候群リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人
<運動器リハビリテーション料について>			
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者		人	人
2) 1)のうち、標準的算定日数(150日)を超えた患者 ※ 2)は3)と5)を足し合わせた数		人	人
3) 2)のうち、運動器リハビリテーション料について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者		人	人
4) 3)のうち、要介護被保険者等			
5) 2)のうち、月13単位の算定上限の対象となっている患者		人	人

2. 患者の状態等について

入院中の患者以外の患者について、各年6月1日から7日までの1週間の間に疾患別リハビリテーション料を算定した患者のうち「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される、又は、治療上有効であると医学的に判断される等の理由で、月13単位の算定上限の対象外となっている患者」に該当している患者のデータ（入院中の患者以外の患者）を記載すること。

	1) 年齢	2) 要介護度 【選択肢】 1. 要支援 1 2. 要支援 2 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5 8. 該当無し	3) 主な傷病 ※○は1つだけ					4) 上限日数とな ってからの期間 ※○は1つだけ				5) ADL				6) 単位 数
			脳 血 管 疾 患	廃 用 症 候 群	外 傷	外 傷 以 外 の 整 形 外 科 疾 患	そ の 他	3 か 月 未 満	3 か 月 以 上 6 か 月 未 満	6 か 月 以 上 1 年 未 満	1 年 以 上	B I (Barthel Index)		F I M (126 点満 点でご記入 ください)		リハビリ テーショ ンの単位 数 (／ 週)
												4) の は じ め	現 在	4) の は じ め	現 在	
例	75	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	30	60	1	2	7
1	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
2	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
3	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
4	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
5	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
6	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
7	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
8	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
9	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					
10	歳		1	2	3	4	5	1	2	3	4					

[記載上の注意]

1. については、入院していた患者が退院した等により、同一月内に「入院中以外の患者」及び「入院中の患者」の両方に当てはまる場合は、当該月内の初回の疾患別リハビリテーション料の算定により計算すること。

様式 54

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
2 頭蓋骨形成手術について5例以上の経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の常勤医師の氏名等（それぞれ1名以上）				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	頭蓋骨形成手術 の経験症例数
	時間		年	例
	時間		年	例
	時間		年	例
3 当該保険医療機関における頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）の年間実施症例数 （5例以上） 例				

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」及び「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 54 の 4

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			科
2 5年以上の経験を有する常勤の眼科医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （うち1名は5年以上の眼科の経験を有するもの）	
	時間		年
	時間		年
	時間		年
3 当該保険医療機関における濾過手術又は緑内障インプラント手術の年間実施件数 （合わせて50例以上）			例

[記載上の注意]

- 「2」の眼科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

様式 54 の 6

網膜再建術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 常勤の眼科の医師の氏名等（2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数 （2 名以上、うち 1 名は 10 年以上の眼科の経験を有するもの）	網膜再建術の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
	時間	年	例
3 常勤の麻酔科標榜医の氏名等（1 名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	経験年数	
	時間	年	
	時間	年	
4 当該保険医療機関における、増殖性硝子体網膜症手術の年間実施数（10 例以上）			
例			
5 緊急手術が可能な体制	有 ・ 無		

〔記載上の注意〕

- 「2」の眼科を担当する常勤医師及び「3」の常勤麻酔科標榜医の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「3」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 「2」及び「4」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添 2 の様式 52 により添付すること。
- 当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 87 の 3 の 2

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(地域支援体制加算 1 又は 2 の届出を行う保険薬局用)

1 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
2 各基準の実績回数等 (地域支援体制加算 1 又は 2 の届出薬局が記載すること。) ※以下の(1)、(2)及び(3)の基準を満たし、かつ、(4)又は(5)のいずれかの基準を満たす必要がある。(2)及び(5)の実績回数の期間: 年 月～ 年 月)		
(1)麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載)		
(2)在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 24 回以上／年) (ア+イ+ウ+エ)		回
(参考)		
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料 (医療保険) の算定実績		回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (介護保険) の算定実績		回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績		回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績		回
(3)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出		□あり
(4)服薬情報等提供料等 (保険薬局あたり 12 回以上／年)		回
(5)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席 (保険薬局あたり 1 回以上／年)		回

[2に係る記載上の注意]

- 1 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 の届出を行っている保険薬局であって、従前の(2)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和 5 年 3 月 31 日までの間に限り、(2)を満たしているものとする。
- 2 (2)の実績については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料は除く。
- 3 (2)のエの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 4 (4)の実績については、服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績をいう。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
①服薬管理指導料の「注 6」の特定薬剤管理指導加算 2、②服薬管理指導料の「注 10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料 2、④かかりつけ薬剤師指導料又はか

かりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合

- 5 (5)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも5つまでの記載とすること。

- 6 届出に当たっては、様式 87 の 3 を併せて提出すること。

3 及び 4 各基準の実績回数等（地域支援体制加算 2 の届出薬局が記載すること。）			
3 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数（①） （前年 3 月 1 日から当年 2 月末日）		回	
4 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち、3つ以上を満たす必要がある。			
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 （1 年間の各基準の算定回数）（満たす実績に○） 期間： 年 月 ～ 年 月		各基準に①を 乗じて 1 万で 除して得た回 数※1	保険薬局にお ける実績の合 計
()	(1)時間外等加算及び夜間・休日等加算（400 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(2)麻薬の調剤回数（10 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(3)重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(4)かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(5)外来服薬支援料 1（12 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(6)服用薬剤調整支援料（1 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(7)単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（24 回／受付回数 1 万回）	回	回
()	(8)服薬情報等提供料等（60 回／受付回数 1 万回）	回	回
※1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。			
保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計	
()	(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数（5 回／保険薬局）	回	

[3 及び 4 に係る記載上の注意]

- 1 令和 4 年 3 月 31 日時点で調剤基本料 1 以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の

- (7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和5年3月31日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。
- 2 「3」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- 3 「4」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。
- 4 「4」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「4」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 5 「4」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。
- (1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
- 6 「4」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

様式 87 の 3 の 3

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類
(地域支援体制加算 3 又は 4 の届出を行う保険薬局用)

1 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 3	
	()	地域支援体制加算 4	
2 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 (①) (前年 3 月 1 日から当年 2 月末日)		回	
3 各基準の実績回数 地域支援体制加算 3 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、(4)及び(7)を含む 3 つ以上を満たすとともに、(10)を満たすこと。 地域支援体制加算 4 : 以下の(1)から(9)までの 9 つの基準のうち、8 つ以上を満たすこと。			
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○) 期間: 年 月 ~ 年 月		各基準に①を乗じて 1 万で除して得た回数※1	保険薬局における実績の合計
()	(1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算 (400 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (10 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (40 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料 (40 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(5) 外来服薬支援料 1 (12 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(6) 服用薬剤調整支援料 (1 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (24 回／受付回数 1 万回)	回	回
()	(8) 服薬情報等提供料等 (60 回／受付回数 1 万回)	回	回
※ 1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。			
保険薬局当たりの基準 () (9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (5 回／保険薬局)		保険薬局における実績の合計 回	
(10) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載) (地域支援体制加算 3 の届出薬局が記載すること。)			

〔記載上の注意〕

- 1 令和4年3月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の(7)を満たしているとして届出を行っているものについては、令和5年3月31日までの間に限り、(7)を満たしているものとする。
- 2 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- 3 「3」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。
- 4 「3」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「3」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。
- 5 「3」の(1)から(8)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1)①時間外等加算：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2)麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3)①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4)①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5)外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6)服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7)以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8)服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②服薬管理指導料の「注10」の調剤後薬剤管理指導加算、③服用薬剤調整支援料2、④かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
- 6 「3」の(9)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

精巣内精子採取術に係る報告書

医療機関名：

報告年月日： 年 7 月 日

1 配置人員、治療内容、実施事項について（必須記載事項）

（□には、該当するものに「✓」を記入すること。）

1-1 配置人員	泌尿器科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	産婦人科専門医	() 名
	うち、生殖医療専門医	() 名
	看護師	() 名
	コーディネーター	() 名
	カウンセラー	() 名

1-2 治療内容	治療の種類	年間実施件数 (年度)
	精巣内精子採取術	() 件
	顕微鏡下精巣内精子採取術	() 件

1-3 実施事項	医療安全管理体制が確保されている	
	① 医療に係る安全管理のための指針を整備し、医療機関内に掲げている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	② 医療に係る安全管理のための委員会を設置し、安全管理の現状を把握している	☐ 該当する ☐ 該当しない
	③ 医療に係る安全管理のための職員研修を定期的に行っている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	④ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講じている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	⑤ 自医療機関において保存されている精子の保存管理及び記録を安全管理の観点から適切に行っている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	倫理委員会を設置している ※ 委員構成等については、公益社団法人日本産科婦人科学会の会告「生殖補助医療実施医療機関の登録と報告に関する見解」に準ずる	☐ 該当する ☐ 該当しない
	公益財団法人日本医療機能評価機構の実施する医療事故情報収集等事業に登録・参加している	☐ 該当する ☐ 該当しない
	不妊治療にかかる記録については、保存期間を 20 年以上としている	☐ 該当する ☐ 該当しない
	里親・特別養子縁組制度の普及啓発等や関係者との連携を実施している	☐ 該当する ☐ 該当しない

2 来院患者情報について（任意記載）

2-1 来院患者情報

○ 前年~~度~~に精巣内精子採取術を行った患者数（実数）

20 歳未満：（ ）名

20 歳以上 30 歳未満：（ ）名

30 歳以上 40 歳未満：（ ）名

40 歳以上 50 歳未満：（ ）名

50 歳以上：（ ）名

〔記載上の注意〕

- 1 各項目について、報告年の4月1日時点の状況について記載すること。
- 2 「1-1」の配置人員について、人員の算出は、常勤換算で行うこと。病院で定めた医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している医師を常勤医師とし、その他は非常勤医師として常勤換算する。（医療法第25条第1項）
- 3 「1-1」の配置人員について、コーディネーターおよびカウンセラーについては、泌尿器科専門医・産婦人科専門医・看護師が兼務する場合には、コーディネーターおよびカウンセラーには含めないこと。
- 4 「1-2」の治療内容及び「2-2」の来院患者情報については、報告の前年~~度~~1年間~~（前年の1月から12月まで）~~の実績を記載すること。

疑義解釈資料

46頁 初・再診料【5】 A000・注11／A001・注15 外来感染対策向上加算

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問2 区分番号「A000」初診料の注11及び区分番号「A001」再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算の施設基準において、「感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回参加し、合わせて年2回以上参加していること」とされているが、やむを得ない理由により、一部の医療機関のカンファレンスに参加できなかった場合、どのように考えればよいか。

答 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会のカンファレンスに合わせて年2回以上参加していればよい。なお、翌年には、参加できなかった医療機関のカンファレンスに参加することが望ましい。

56頁 初・再診料【9】 A001・注12 地域包括診療加算**781頁 医学管理等【28】 B001-2-9 地域包括診療料**

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問3 区分番号「A001」再診料の注12に規定する地域包括診療加算及び区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の施設基準における「慢性疾患の指導に係る適切な研修」については、

- ・「疑義解釈資料の送付について（その8）」（平成26年7月10日事務連絡）別添1の問7において、「原則として、eラーニングによる研修の受講は認めない」とされており、
- ・「疑義解釈資料の送付について（その5）」（平成30年7月10日事務連絡）別添1の問4において、「2年毎の研修修了に関する届出を2回以上行った医師については、それ以後の「2年間で通算20時間以上の研修」の履修については、日本医師会生涯教育制度においては、カリキュラムコードとして29 認知能の障害、74 高血圧症、75 脂質異常症、76 糖尿病の4つの研修についても、当該コンテンツがあるものについては、eラーニングによる単位取得でも差し支えない」とされているが、

「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問257を踏まえ、これらの4つのカリキュラムコードを含め、当該研修についてはeラーニングにより受講してもよい。

答 差し支えない。なお、eラーニングにより受講する場合は「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問257の記載事項に留意すること。

102頁 病院の入院基本料【1】 通則事項

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問5 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問39において、「令和4年10月1日に届出を行うには、経過措置が令和4年9月30日までの入院料等については遅くとも令和4年7月1日から、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある」ことが示されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日事務連絡）の2.（2）に基づき、実績を求める対象とする期間について令和4年3月以前の期間を含める場合、どのように考えればよいか。

答 令和4年3月以前の期間についても、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

230頁 入院基本料等加算【3】 A200-2 感染対策向上加算

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問4 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算の施設基準において求める「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制」に係る「所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問59で示しているものに加えて、日本内科学会「JMECC（日本内科学会認定救急・ICLS講習会）～RRS対応」が該当する。

252頁 入院基本料等加算【9】 A207-2 医師事務作業補助体制加算

その14（令和4年6月22日・事務連絡〈別添・医科〉）

問1 区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算1の施設基準における「当該保険医療機関において3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、

- ① 他の保険医療機関において勤務した期間を除いた通算勤務期間が3年以上である場合、「当該保険医療機関における3年以上の勤務経験」としてよいか。
- ② 当該保険医療機関が医師事務作業補助体制加算に係る届出を行っていない間に医師事務作業補助者として勤務した期間を、勤務経験に含めてよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 差し支えない。
- ② 差し支えない。

331頁 入院基本料等加算【35】 A234-2 感染対策向上加算

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 区分番号「A234-2」の「1」感染対策向上加算1の施設基準において、感染制御チームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算2又は3に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行うこととされているが、当該カンファレンスには、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

また、区分番号「A234-2」の「2」感染対策向上加算2及び「3」感染対策向上加算3の施設基準において、感染制御チームは、少なくとも年4回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った保険医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していることとされているが、当該カンファレンスには、感染制御チームの構成員全員が参加する必要があるか。

答 原則として、感染制御チームを構成する各職種（例えば、感染対策向上加算1については、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師）について、少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。

353頁 入院基本料等加算【38】 A234-5 報告書管理体制加算

その14（令和4年6月22日・事務連絡〈別添・医科〉）

問2 区分番号「A234-5」報告書管理体制加算について、「入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したものについて、退院時1回に限り、所定点数に加算する」こととされているが、第4部画像診断又は第13部病理診断の費用が包括されている入院料等を算定する患者についても、画像診断又は病理診断を実施し、その他の要件を満たす場合には、当該加算を算定可能か。

答 算定可能。

443頁 特定入院料【3】 A301 特定集中治療室管理料

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問6 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準を満たす患者の割合について、令和4年9月30日までの経過措置が設けられている入院料（※）については、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価をいつから行う必要があるか。

（※）救命救急入院料2、救命救急入院料4

特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4

答 令和4年10月1日に届出を行うには、経過措置が令和4年9月30日までの入院料については遅くとも令和4年9月1日から、令和4年度診療報酬改定後の評価票を用いた評価を行う必要がある。

718頁 特掲【3】 不妊治療の保険適用

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添2・不妊治療〉）

【不妊治療に係る検査】

問1 不妊治療において、卵胞の発育状況の確認や子宮内膜の観察を目的として超音波検査を実施した場合、当該検査に係る費用は、保険診療として請求可能か。

答 医師の医学的判断により超音波検査を実施した場合については、保険診療として請求可能。

756頁 医学管理等【17】 B001・32 一般不妊治療管理料／B001・33 生殖補助医療管理料

その15（令和4年6月29日・事務連絡〈別添2・不妊治療〉）

問2 初診日又は初診日の同月内（以下「初診時」という。）に行った指導の費用は初診料に含まれ、一般不妊治療管理料及び生殖補助医療管理料は算定できないこととされているが、初診時に、

- ① 治療計画を作成した場合
- ② ①に加えて、採卵を実施した場合

においては、これらの管理料の算定についてどのように考えればよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 初診時に治療計画を作成した場合であっても、初診時にこれらの管理料は算定できないが、当該治療計画については、翌月以降、これらの管理料の算定要件に係る治療計画として取り扱って差し支えない。
- ② 区分番号「K890-4」採卵術を算定できるが、初診時には生殖補助医療管理料の算定は出来ない。

790頁 医学管理等【31】 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

その14（令和4年6月22日・事務連絡〈別添・医科〉）

問3 区分番号「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料における「抗悪性腫瘍剤」とは、具体的には何を指すのか。

答 薬効分類上の腫瘍用薬を指す。

822頁 医学管理等【44】 B005-12 こころの連携指導料（Ⅰ）

その14（令和4年6月22日・事務連絡〈別添・医科〉）

問5 区分番号「B005-12」こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

答 現時点では、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問162でお示ししているものに加えて、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する「自殺未遂者ケア研修（かかりつけ医版）」が該当する。