医科（有床診療所）

事　務　連　絡
令和５年７月７日

保険医療機関　開設者　様

北海道厚生局医療課長

施設基準等の届出状況報告について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、基本診療料及び特掲診療料の施設基準等を届け出ている保険医療機関は、毎年７月１日現在における届出書の記載事項について報告することとされています。

つきましては、本年７月１日現在の届出状況について下記１のとおり報告願います。

併せて、届け出ている施設基準が要件を満たしているかについて、下記２のとおり貴院で確認（自主点検）のうえ、報告願います。

なお、今般の新型コロナウイルス感染症拡大により業務に影響が生じ、やむを得ず報告が遅れる場合は、当局あてご相談いただきますようお願いいたします。

記

１　毎年７月１日現在における届出状況報告

（１）報告部数　各１部

（２）報告様式（すべての保険医療機関が提出する必要があります。）

同封の各様式（「総括表（有床診療所）」等）又は北海道厚生局ホームページに掲載している様式を使用してください。

（前年度以前の様式は使用しないでください。）

（https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html）

（ホーム ＞ 申請等手続 ＞　医療課 ＞ 施設基準等の届出状況報告（7月定例報告）について）

２　施設基準の届出の確認について

別添１－１の確認手順により、自主点検のうえ、別添１－２により報告願います。

３　報告期限　　**令和５年７月31日（月）必着**

※　封筒に「定例報告」と朱書きのうえ、郵送等により報告いただきますようご協力願います（当該報告と関係のない書類の同封はお控えください）。

４　お問い合わせ・報告先

北海道厚生局指導部門（医療課・管理課・調査課）

〒060－0807　札幌市北区北７条西２丁目15－１野村不動産札幌ビル２階

電話番号　①011－796－5105、②011－796－5155、③011－796－5159

総　括　表　（有床診療所）

（令和５年７月１日現在）

医療機関コード							
医療機関名							

電　話　番　号　　　―　　―

ＦＡＸ番号　　　―　　―

メールアドレス

職　　　名

ふりがな
担当者氏名

当診療所は、以下のとおり報告します。

（該当する□にレ印を付けてください。）　　　（頁）

- □ 総括表（有床診療所）　（１）
  ※全ての保険医療機関が提出
- □ 有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書　（２）
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 看護師・准看護師・看護補助者の名簿　（３）
  ※有床診療所入院基本料等を届け出ている場合に限る
- □ 褥瘡対策に係る報告書　（４）
  ※有床診療所入院基本料等を届け出ている場合に限る
- □ ニコチン依存症管理料に係る報告書　（５）
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 在宅療養支援診療所に係る報告書　（６）～（７）
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 診療所の届出状況報告書　（８）
  ※在宅療養支援診療所を届け出ている場合に限る
- □ 入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）報告書　（９）
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る届出状況報告書　(10)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書　(11)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書　(12)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書　(13)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書　(14)
  ※当該報告を行っている場合に限る
- □ 情報通信機器を用いた診療に係る報告書　(15)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 診療録管理体制加算に係る報告書　(16)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 疾患別リハビリテーションに係る症例報告書　(17)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書　(18)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書　(19)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画　(20)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 生殖補助医療管理料に係る報告書　(21)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 精巣内精子採取術に係る報告書　(22)
  ※当該届出を届け出ている場合に限る
- □ 費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書　(23)
  ※「正当な理由」について、北海道厚生局に報告を行っている場合に限る

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る届出状況報告書」や「医薬品の治験に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html

＜留意事項＞

１　報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください（前年度以前の様式は、使用できません）。

２　この「総括表（有床診療所）」（１頁）は、必ず提出してください。
各報告書（２～23頁）のうち、届け出ていない施設基準等については、提出不要です。

３　作成にあたっては各様式の「記入上（記載上）の注意」を必ずお読みください。

有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書（令和５年７月１日現在）

受付番号※	※地方厚生（支）局記載

（別紙様式2）　【有床診療所記入用】

	都道府県番号		医療機関コード7桁						
保険医療機関番号	0	1							

医療機関名		開設者番号		介護保険適用の病床の有無（どちらかに☑を付すこと）	□ 有 □ 無	都道府県名	北海道	郡市区町村名	#VALUE!

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 医師	看護師	准看護師	看護補助者
有床診療所入院基本料１								
有床診療所入院基本料２								
有床診療所入院基本料３								
有床診療所入院基本料４								
有床診療所入院基本料５								
有床診療所入院基本料６								
療養病床　１　入院								
療養病床　２　特別（※いずれかに〇をする）	（　）	（　）	（　）					

施設基準（該当する記号全てに〇）※該当する場合は実績件数も記載すること。	実績件数
イ 以下の1～3のいずれかに該当すること(該当する記号全てに〇) 1 過去1年間に、介護保険の通所リハビリテーション、介護予防通所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、介護予防短期入所療養介護又は複合型サービスの提供実績がある。 2 介護医療院を併設している。 3 指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防サービス事業者である。	
ロ 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
ハ 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
ニ 夜間看護配置加算1又は2の届出を行っている。	
ホ 時間外対応加算1の届出を行っている。	
ヘ 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れが1割以上である。	受入割合　割
ト 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。	看取件数　件
チ 過去1年間の全身麻酔、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（分娩を除く。）が30件以上である。	当該患者数　件
リ 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	
ヌ 過去1年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上である。	分娩件数　件
ル 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。	

有床診療所入院基本料1～3の届出施設
□「イに該当」
□「ロ～ルに2つ以上該当（該当数:　　件）」

※ 有床診療所入院基本料1～3については、上記要件のうちイに該当、又はロ～ルまでのうち2つ以上に該当すること。

診療科名
1. 内科
2. 心療内科
3. 精神科
4. 神経科（又は神経内科）
5. 呼吸器科
6. 消化器科（又は胃腸科）
7. 循環器科
8. アレルギー科
9. リウマチ科
10. 小児科
11. 外科
12. 整形外科
13. 形成外科
14. 美容外科
15. 脳神経外科
16. 呼吸器外科
17. 心臓血管外科
18. 小児外科
19. 皮膚泌尿器科（又は皮膚科、泌尿器科）
20. 性病科
21. こう門科
22. 産婦人科（又は産科、婦人科）
23. 眼科
24. 耳鼻いんこう科
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（届出加算に☑を付すこと）※届出を行っていない場合は☑の記入は不要
□ 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
□ 夜間緊急体制確保加算
□ 医師配置加算1
□ 医師配置加算2
□ 看護配置加算1
□ 看護配置加算2
□ 夜間看護配置加算1
□ 夜間看護配置加算2
□ 看護補助配置加算1
□ 看護補助配置加算2
□ 看取り加算
□ 栄養管理実施加算
□ 有床診療所在宅復帰機能強化加算
□ 有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算
□ 医師事務作業補助体制加算1（50対1）
□ 医師事務作業補助体制加算1（75対1）
□ 医師事務作業補助体制加算1（100対1）
□ 医師事務作業補助体制加算2（50対1）
□ 医師事務作業補助体制加算2（75対1）
□ 医師事務作業補助体制加算2（100対1）
□ 有床診療所緩和ケア診療加算

新型コロナ対応の影響

□ ①　□ ②　□ ③　□ ④

※ 「１日平均入院患者数」は**１人未満の端数は、切り上げ**ること。

※ 「現員数」は**１人未満の端数は、小数点第二位（小数点第三位切り捨て）**までの実数を記載すること。また、１人の医師、看護師、准看護師又は看護補助者について算出した値が1.0を超える場合は、1.0人とすること。

看護師・准看護師・看護補助者の名簿

（令和５年７月１日現在）

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

届け出ている入院基本料の□にレ印を入れてください。

□ 有床診療所入院基本料（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ ）

□ 有床診療所療養病床入院基本料　　常勤職員の週所定労働時間（　　時間　　分）

	①職　種	②氏　　名	③常・非	④勤務時間	⑤常勤換算	⑥兼務の状況
(記入例)看護師		○○　○○	非常勤	３０時間	0.75	
一般病床						
療養病床						

［記入上の注意］

１．「①職種」欄には、看護師・准看護師・看護補助者の別を記入してください。

２．「③常・非」欄には、常勤・非常勤の別を記入してください。

３．「④勤務時間」欄には、週当たりの所定労働時間を記入してください。

４．「⑤常勤換算」欄には、常勤職員の所定労働時間に対するパートタイム労働者の勤務する労働時間の割合を記入してください。

５．「⑥兼務の状況」欄には、当該病床以外の勤務について記入してください。
（例：外来との兼務、療養病床との兼務、等）

６．一般病床と療養病床を兼務する場合は、両方に氏名等を記入してください。

７．本用紙の記入に際し、列が不足する場合等は、追加するなど適宜工夫してください。

褥瘡対策に係る報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

褥瘡対策の実施状況（令和５年６月の初日における実績・状況）	
①　入院患者数（令和５年６月の初日の入院患者数）	名
②　①のうち、ｄ１以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）	名
③　②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）	名
④　②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数	名

⑤　体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況

- ☐ 体圧分散マットレスを保有している　（　　）　台
- ☐ エアマットレスを保有している　（　　）　台
- ☐ 体圧分散用枕を保有している
- ☐ 車いす用のクッションを保有している
- ☐ その他（自由記載）

⑥　褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
ｄ１	名	名
ｄ２	名	名
Ｄ３	名	名
Ｄ４	名	名
Ｄ５	名	名
ＤＤＴＩ	名	名
ＤＵ	名	名

［記入上の注意］

１．①については、報告月の前月の初日の入院患者数を記入してください（当該日の入院または入院予定患者は含めませんが、当該日の退院または退院予定患者は含めます。）。

２．②については、①の患者のうち、DESIGN-R 2020ｄ１以上を有する患者数を記入してください（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者１名として数えます。）。

３．③については、②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R 2020ｄ１以上を有する患者数を記入してください（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数えます。）。

４．④については、②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記入してください。

５．⑥については、③の入院時褥瘡保有者について、入院時の褥瘡の重症度、④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

ニコチン依存症管理料に係る報告書

（令和５年７月１日現在）

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

ニコチン依存症管理料を算定した患者数（令和４年４月～令和５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
①のうち、禁煙治療補助システム指導管理加算を算定したもの	⑨	回
②のうち、禁煙治療補助システム指導管理加算を算定したもの	⑩	回
③のうち、禁煙治療補助システム指導管理加算を算定したもの	⑪	回

喫煙を止めたものの割合　＝　$\frac{(③＋④)}{①}$　×　１００　　％

治療の平均継続回数　＝　$\frac{(⑦＋⑧)}{(⑤＋⑥)}$　　回

［記入上の注意］

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してください。

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してください。
　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してください。

３．「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年３月４日保医発0304第３号）の別添２の様式８の［記載上の注意］の１の再度の届出を行った場合であっても、本報告は必要です。

在宅療養支援診療所に係る報告書

（令和５年７月１日現在）

都道府県名	北　海　道
医療機関コード	
医療機関名	

※該当する□にレ印を入れてください。

□ 別添１の「第９」の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所（機能強化型の単独型）

□ 別添１の「第９」の１の（２）に規定する在宅療養支援診療所（機能強化型の連携型）

□ 別添１の「第９」の１の（３）に規定する在宅療養支援診療所（従来型）

　□ 在宅療養実績加算１（別添１の「第９」の１の（３）に規定する在宅療養支援診療所のみ）

　□ 在宅療養実績加算２（別添１の「第９」の１の（３）に規定する在宅療養支援診療所のみ）

Ⅰ．直近１年間（前年７月から本年６月まで）に在宅療養を担当した患者について（自院のみの実績）

１．平均診療期間	（　　）ヶ月
２．合計診療患者数	（　　）名
【再掲】死亡患者数	①＋②＋③＋④ （　　）名
（１）うち医療機関以外での死亡者数	①＋② （　　）名
ア．うち自宅での死亡者数	① （　　）名
イ．うち自宅以外での死亡者数	② （　　）名
（２）うち医療機関での死亡者数	③＋④ （　　）名
ア．うち連携医療機関での死亡者数	③ （　　）名
イ．うち連携医療機関以外での死亡者数	④ （　　）名
超重症児又は準超重症児の患者数 （15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに限る。）	（　　）名

Ⅱ．直近１年間（前年７月から本年６月まで）の訪問診療等の実施回数について（自院のみの実績）

訪問診療等の合計回数	（１）往診	【再掲】うち緊急の往診	（２）訪問診療	（３）訪問看護（緊急を含む）
①＋②＋③ 回	① 回	回	② 回	③ 回

Ⅲ．直近１月間（本年６月）における往診又は訪問診療の状況について（自院のみの実績）

①　初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	（　　）名
②　往診又は訪問診療を実施した患者数	（　　）名
③　往診又は訪問診療を実施した患者の割合（②／①）	（　　）％

（次ページへ続く）

在宅療養支援診療所に係る報告書（続き）

（令和５年７月１日現在）

都道府県名	北　海　道						
医療機関コード							
医療機関名							

（前ページの続き）

Ⅳ．在宅支援連携体制について　※「第９」の１の（１）及び（２）に規定する在宅療養支援診療所が記入

１．在宅医療を担当する常勤の医師数（自院を含む）	（　　）名
２．連携する保険医療機関数（自院を含む）	（　　）医療機関
３．地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席回数（直近１年間）	（　　）回
４．往診・連絡体制構築のために協力している在宅療養移行加算を算定する診療所	（　　）医療機関

Ⅴ．主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況（Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること）

（1）直近１年間に、訪問診療を開始した患者の紹介（文書によるものに限る。）を受けた保険医療機関（算出に係る期間：令和４年７月１日～令和５年６月30日）

	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			
③			
④			
⑤			

(2)　直近１月間の診療実績（算出に係る期間：令和５年６月１日～令和５年６月30日）

①	在宅時医学総合管理料を算定した患者数	名
②	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数	名
③	①及び②のうち、要介護３以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数	名
④	施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②／（①＋②）	%
⑤	要介護３以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合	%

［記入上の注意］

1　Ⅰ・Ⅱ・Ⅲについては、自院のみの実績を記入してください。

2　Ⅰの１の「平均診療期間」は、患者１人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記入してください。

3　Ⅰの２の「（１）うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ．うち自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

4　Ⅰの２の（２）の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届け出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含まれます。

5　Ⅱの「うち緊急の往診」は、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上してください。

6　Ⅳの「在宅支援連携体制について」欄は、「第９」の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所については３及び４を、「第９」の１の（２）に規定する在宅療養支援診療所については１～４を記入してください。

診療所の届出状況報告書

（令和５年７月１日現在）

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

１　在宅療養支援診療所の届出状況

※該当する事項に○を付けてください。

届出区分	（○印）
（１）機能強化型の単独型	
（２）機能強化型の連携型	
（３）従来型	
在宅療養実績加算１	
在宅療養実績加算２	

訪問看護体制	（○印）
自院	
連携保険医療機関	
連携訪問看護ステーション	

往診の体制	（○印）
自院	
連携保険医療機関	

緊急時に入院できる体制	（○印）
自院のみで確保	
当該診療所及び連携保険医療機関で確保	
連携保険医療機関のみで確保	

在宅療養担当常勤医師数（自院のみ）	人

○「（２）機能強化型の連携型」の場合のみ記入

※直近１年間（前年７月から本年６月まで）に在宅療養を担当した患者について、自院・連携先を含め全て記入してください。

※連携先のグループが複数あるときは、各グループごとに作成してください。

	連携先医療機関名	看取り件数	緊急往診件数
1	（自院）	件	件
2		件	件
3		件	件
4		件	件
5		件	件
6		件	件
7		件	件
8		件	件
9		件	件
10		件	件
	合計	件	件
緊急往診件数が10件以上の医療機関数		件	

［記入上の注意］

・　いずれの項目も該当しない保険医療機関については、本様式の提出は不要です。

※入院時食事療養（Ⅱ）・入院時生活療養（Ⅱ）を算定している
保険医療機関は提出する必要はありません。

入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード	
医療機関名	

（令和５年７月１日現在）

入院時食事療養（Ⅰ）・入院時生活療養（Ⅰ）の届出	□ 有　※「有」の場合は、以下の事項について記入してください。 □ 無
経営形態	□ 直営 □ 委託（□ 院内調理　□ 院外調理 ）
適温・適時	□ 保温(保冷)配膳車　□ 保温トレイ　□ 保温食器 夕食　（午後　　時　　分頃）
特別メニューの食事	□ 有 □ 無
食堂加算	□ 有（**１床あたりの食堂面積**　　㎡）※小数点第2位切り捨て □ 無
管理栄養士・栄養士及び調理師等の配置状況 （委託業者等は除く）	○管理栄養士 氏名　□ 常勤　□ 非常勤 氏名　□ 常勤　□ 非常勤 ○栄養士 氏名　□ 常勤　□ 非常勤 氏名　□ 常勤　□ 非常勤 ○調理師　　名 ○調理補助者　　名

［記入上の注意］

1　該当する項目について、□に「レ」印を付けるとともに、氏名及び人数等を記入してください。

2　「特別メニューの食事」欄について、入院患者から特別の料金の支払を受けて提供する食事がある場合は有、ない場合は無の□にレ印を付けてください。

3　「食堂加算」欄の１床あたりの食堂面積について、当該加算を算定している病棟が複数ある場合、１床あたりの食堂面積が最小のものを記入してください。

（別紙様式４－１）

特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和５年７月１日現在）

都　道　府　県　名　　北海道

医療機関コード

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

開設者番号						
	□① 厚生労働省	□② 国立病院機構	□③ 国立大学法人	□④ 労働者健康安全機構	□⑤ 地域医療機能推進機構	□⑥ その他（国）	□⑦ 都道府県
	□⑧ 市町村	□⑨ 地方独立行政法人	□⑩ 日赤	□⑪ 済生会	□⑫ 北海道社会事業協会	□⑬ 厚生連	□⑭ 国民健康保険団体連合会
	□⑮ 健康保険組合及びその連合会	□⑯ 共済組合及びその連合会	□⑰ 国民健康保険組合	□⑱ 公益法人	□⑲ 医療法人	□⑳ 学校法人	□㉑ 社会福祉法人
	□㉒ 医療生協	□㉓ 会社	□㉔ その他の法人	□㉕ 個人			

区　分	費用徴収を行うこととしている**病床**数（消費税を含む１日当たり金額階級別）													費用徴収を行わない病床数
	1,100円以下	1,101円～2,200円	2,201円～3,300円	3,301円～4,400円	4,401円～5,500円	5,501円～8,800円	8,801円～11,000円	11,001円～16,500円	16,501円～33,000円	33,001円～55,000円	55,001円～110,000円	110,001円以上	病床数小計	
個　室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	①　床	⑥　床
２人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	②　床	⑦　床
３人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	③　床	⑧　床
４人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	④　床	⑨　床
５人室以上														⑩　床
												病床数合計	⑤　床	⑪　床

備　考		
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

1　この調査は、毎年７月１日現在における病床数(介護保険適用病床を除く)の状況を記載すること。
2　「経営主体の分類」欄は、該当する番号に☑を記入すること。
3　室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。（３人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、３人室とすること。）
4　室の区分における病床数は、現病床数によること。（個室であっても、現に２床を設けているときは、２人室として記載すること。）
5　患者を入院させることとしている病床で、７月１日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。
6　病床数小計①～④に関しては、費用徴収を行うこととしている区分(個室～４人室)ごとに、1,100円以下から110,001円以上の病床数の合計を記入する。
7　⑤の病床数合計に関しては、病床数小計の①～④の病床数の合計を記入する。
8　⑥～⑩に関しては、費用徴収を行わないこととしている区分(個室～５人室以上)ごとの病床数を記入する。（空欄にせず、必ず記入すること。）
9　⑪の病床数合計に関しては、⑥～⑩の病床数の合計を記入する。
10　特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書

（令和５年７月１日現在）

都 道 府 県 名	北 海 道						
医療機関コード							
医 療 機 関 名							

１　予約に基づく診察

予約に基づく診察に係る特別の料金　　円

（消費税を含む）

２　時間外診察

時間外診察に係る特別の料金　　円

（消費税を含む）

※注　下記北海道厚生局ホームページにより報告済みの金額と院内掲示している金額を確認し、相違している場合は本報告書の他、**「予約に基づく診察の実施（変更）報告書」**、**「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施（変更）報告書」**により報告してください。

◎保険外併用療養費医療機関名簿　https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/heiyo.html

ホーム ＞ 管轄法人等 ＞ 医療課 ＞ 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等
＞ ４．保険外併用療養費の報告の状況 ＞ 保険外併用療養費医療機関名簿

◎報告書様式　https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/hoken_heiyo/index.html

ホーム ＞ 申請等手続 ＞ 医療課 ＞ 保険外併用療養費の報告

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書

（令和５年７月１日現在）

都 道 府 県 名	北 海 道						
医療機関コード							
医 療 機 関 名							

１　検　　査　　円

（消費税を含む）

２　リハビリテーション　　円

（消費税を含む）

３　精 神 科 専 門 療 法　　円

（消費税を含む）

［記入上の注意］

１　検査とは、腫瘍マーカーのうち、α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）及び癌胎児性抗原（ＣＥＡ）、「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）及び「ＣＡ19-9」を示します。

２　リハビリテーションとは、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料を示します。

３　精神科専門療法とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアを示します。

４　<u>各項目ごとに複数の料金を設定している場合は、平均額を記入</u>してください。

５　医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

糖尿病透析予防指導管理料に係る報告書

都道府県名	北　海　道
医療機関コード	
医療機関名	

本指導管理料を算定した患者数 （期間　：　令和４年４月　～　令和５年３月）	①　　名

①のうち、当該期間後の６月末日までに HbA1ｃが改善又は維持された者	②　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに 血中Cre又はeGFRが改善又は維持された者	③　　名
①のうち、当該期間後の６月末日までに 血圧が改善又は維持された者	④　　名

HbA1ｃが改善又は維持が認められた者の割合

＝　②／①　　％

Cre又はeGFRが改善又は維持が認められた者の割合

＝　③／①　　％

血圧の改善又は維持が認められた者の割合

＝　④／①　　％

［記入上の注意］

1　「①」の「本指導管理料を算定した患者数」は、糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者数を計上すること。

2　「②」から「④」の「改善又は維持された者」については、初回に糖尿病透析予防指導管理料を算定した日の直近の検査値と、報告時直近の検査値を比べること。

3　「①」における期間は、前年４月１日から当年の３月31日までとする。ただし、新規に当該指導管理料の届出を行うなど、１年に満たない場合は、その届出日以降から当年の３月31日までの期間の結果について記入すること。

（別紙様式１５）

（令和５年７月１日現在）

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都道府県名	北海道
医療機関コード	※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。
保険医療機関名	

多焦点眼内レンズの種類	販売名	医療機器承認番号	実施回数		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意　４．を参照）	
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円

〔記載上の注意〕

１．本報告については、前年７月１日～当年６月３０日の実施状況を記載すること。
　　なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

２．「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号を記載すること。

３．「実施回数」について、１人の患者に対して片眼に本療養を実施した場合を１回として計数する。同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は２回として計数し、同一レンズについて、複数患者に対して本療養を実施した場合には、総実施回数を記載すること。

４．「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金**（１眼当たり）**として医療機関内に掲示した金額を記入すること。

５．眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式23）

情報通信機器を用いた診療に係る報告書（７月報告）

（令和５年７月１日）

保険医療機関名

医療機関コード

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

郵便番号

住所

１　情報通信機器を用いた診療実施状況

１）患者の所在が、医療機関と同一の市町村又は特別区である場合

診療件数	そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数
件	件

２）患者の所在が、医療機関と異なる市町村又は特別区である場合

患者の所在 （市町村及び特別区単位で記載すること。）	診療件数 （市町村及び特別区単位でまとめた回数を記載すること。）	そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数
	件	件
	件	件
	件	件
	件	件
	件	件
	件	件

３）医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

医師名	常勤／非常勤	オンライン診療を実施した場所	都道府県	診療録等、過去の患者の状態を把握する体制
	□ 常勤 □ 非常勤	□ 医師の自宅等 □ 当該医師が所有・所属する他の医療機関 □ その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□ 医師の自宅等 □ 当該医師が所有・所属する他の医療機関 □ その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□ 医師の自宅等 □ 当該医師が所有・所属する他の医療機関 □ その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□ 医師の自宅等 □ 当該医師が所有・所属する他の医療機関 □ その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□ 医師の自宅等 □ 当該医師が所有・所属する他の医療機関 □ その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）

２　情報通信機器を用いた診療の件数

	対面診療で実施した診療の算定件数		情報通信機器を用いた診療の算定件数			
	初診料	再診料等 （外来診療料を含む）	初診料 （初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数） （初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数）			再診料等 （外来診療料を含む）
７月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
８月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
９月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
１０月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
１１月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
１２月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
１月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
２月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
３月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
４月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
５月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	
６月	件	件			件	件
			初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件	
			初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件	

３　診療前相談の実施状況（複数回答可）

- ☐ 診療前相談をオンライン診療と一連として実施している
- ☐ 診療前相談とオンライン診療は明確に時間を分けて実施している
- ☐ その他（　　）

〔記載上の注意〕

１　本報告については、前年７月１日あるいは「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行って以後～当年６月３０日の診療実施状況を記載すること。
　なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
２　「１　３）医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が５名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
３　「２　情報通信機器を用いた診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告して下さい。

診療録管理体制加算に係る報告書

（令和5年7月1日現在）

都道府県名	北　海　道						
医療機関コード							
医療機関名							

1．標準規格の導入に係る取組状況

① 電子カルテシステムの導入状況		□ 導入済 □ 今年度導入予定 □ 導入予定なし
② 文書作成（管理）システムの導入状況 ※ 電子カルテシステムに文書作成（管理）機能が含まれている場合は、「電子カルテ上で稼働」を選択		□ 電子カルテ上で稼働 □ 導入済 □ 今年度導入予定 □ 導入予定なし
③ オーダリングシステムの導入状況		□ 導入済 □ 今年度導入予定 □ 導入予定なし
④ 医用画像管理システム（PACS）の導入状況		□ 導入済 □ 今年度導入予定 □ 導入予定なし
⑤ 臨床検査部門システム（LIS）の導入状況		□ 導入済 □ 今年度導入予定 □ 導入予定なし
⑥ 標準規格（HL7 FHIR）への対応予定	診療情報提供書	□ 対応予定 （　　年　　月目途） □ 対応予定なし
	退院時要約	□ 対応予定 （　　年　　月目途） □ 対応予定なし

⑦ ⑥について「対応予定なし」と回答した場合、その理由を選択（複数選択可）

□ 電子カルテ／文書作成（管理）システムを新規導入又は改修したばかりのため

□ 必要性を感じないため

□ 標準規格（HL7 FHIR）を知らないため

□ その他（自由記載　　）

２．バックアップ保管に係る体制等

①保存対象のシステム	②保管頻度	③世代管理	④保管方式（複数回答可）
□ 電子カルテシステム	□ 毎日 □ 週１回 □ 月１回 □ その他（　　）	□ ３世代以上 □ ２世代 □ １世代	□ オンラインサーバー □ 今年度導入予定 □ テープ、 □ 遠隔地 □ その他（　　）
□ オーダリング システム	□ 毎日 □ 週１回 □ 月１回 □ その他（　　）	□ ３世代以上 □ ２世代 □ １世代	□ オンラインサーバー □ 今年度導入予定 □ テープ、 □ 遠隔地 □ その他（　　）
□ レセプト電算 システム	□ 毎日 □ 週１回 □ 月１回 □ その他（　　）	□ ３世代以上 □ ２世代 □ １世代	□ オンラインサーバー □ 今年度導入予定 □ テープ、 □ 遠隔地 □ その他（　　）
□ 医用画像システム	□ 毎日 □ 週１回 □ 月１回 □ その他（　　）	□ ３世代以上 □ ２世代 □ １世代	□ オンラインサーバー □ 今年度導入予定 □ テープ、 □ 遠隔地 □ その他（　　）
□ その他 （　　）	□ 毎日 □ 週１回 □ 月１回 □ その他（　　）	□ ３世代以上 □ ２世代 □ １世代	□ オンラインサーバー □ 今年度導入予定 □ テープ、 □ 遠隔地 □ その他（　　）
②　システムの有事に備えた体制等について 作成しているものを選択してください（複数選択可）			□ 体制図 □ 連絡フロー □ ネットワーク構成図 □ システム構成図 □ 業者名簿
③　過去１年間で、職員を対象とした 情報セキュリティに関する訓練・教育を何回実施したか			訓練：　　回 教育：　　回

［記載上の注意］
「１」及び「２」について、□には適合する場合「✓」を記入してください。

（別紙様式22）

疾患別リハビリテーションに係る症例報告書

都道府県名	北海道						
医療機関コード※							
保険医療機関名							

1．疾患別リハビリテーション料の算定状況について
本年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。

	入院中の患者以外の患者	入院中の患者
〈脳血管疾患等リハビリテーション料について〉		
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、各本年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（ただし、FIMの測定については、令和４年９月30日までの間にあってはこの限りではない。）。

	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 ※〇は1だけ					4）算定上限となってからの期間 ※〇は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	BI（Barthel Index）		FIM（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	〇2	3	4	5	1	2	〇3	4	*30*	*60*	*40*	*50*	*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。

（別紙様式16）

摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書

都道府県名	北海道						
医療機関コード※							
保険医療機関名							

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること

摂食嚥下機能回復体制加算 □ 1・ □ 2・ □ 3 （該当するものに☑を付すること）

1．嚥下機能の実績（加算1（⑨以外に記載）又は加算3（⑨に記載）に限る。加算2は記載不要。）

（1）実績期間 実績期間　　年　　月 ～　　年　　月 備考：		
（2）摂食嚥下機能回復体制加算に係る経口摂取回復率		
①	a. 1年間（1．の実績期間）に他の医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者、又は中心静脈を実施している患者であって、当該医療機関において摂食機能療法を実施した者（転院、退院した者を含む） b. 1年間（1．の実績期間）に当該医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者、又は中心静脈を開始した患者（転院、退院した者を含む） ただし、a、bのいずれにおいても②から⑦までに該当する患者を除く。	人
②	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く）	人
③	鼻腔栄養等を導入した日から起算して1ヶ月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者	人
④	①のaに該当する患者であって、当該医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養等を導入した日から起算して1年以上が経過している患者	人
⑤	消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者	人
⑥	炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者	人
⑦	食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者	人
⑧	摂食機能療法を開始した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者（ただし、②から⑦までに該当する患者を除く）	人
⑧　／　①	＝　　割	
⑨	中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者（加算3に限る）	人

［記載上の注意］

1（1）は原則として報告時点の前年1月～12月の一年間の実績を記載することとし、それ以外の期間とした場合には、その理由を備考に記載すること。
例）令和4年8月1日に当該加算に係る届出を行ったため、令和4年8月から令和4年12月の実績を記載する事とした。

2 ②及び⑧の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

3 ⑧の「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは以下の状態をいう。
ア 鼻腔栄養を実施している患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
イ 胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
ウ 中心静脈栄養を実施している患者にあっては、中心静脈栄養を終了した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

4 ⑨については、摂食嚥下機能回復体制加算3に該当する場合のみ記載すること。
なお、該当していない場合は、「－」を記載すること。

2. 嚥下機能の評価

摂食嚥下機能回復体制加算1

届出の有無（　☐ 有・　☐ 無　）（☑をつける。以下は有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑をつける）	患者性別	患者年齢	1の②~⑦のいずれかに該当するか※1	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※2
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日

摂食嚥下機能回復体制加算2

届出の有無（　☐ 有・　☐ 無　）（☑をつける。以下は有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑をつける）	患者性別	患者年齢	1の②~⑦のいずれかに該当するか※1	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※2
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日

摂食嚥下機能回復体制加算3

届出の有無（　☐ 有・　☐ 無　）（☑をつける。以下は有の場合のみ記載すること）

自院実施患者紹介患者の別（☑をつける）	VF/VEの実施場所（☑をつける）	患者性別	患者年齢	1の②~⑦のいずれかに該当するか※1	FIM（開始時）（A）	FIM（直近）（B）	FOIS（開始時）（C）	FOIS（直近）（D）	日数※2
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日
☐ 自院 ☐ 紹介	☐ 自院 ☐ 紹介								日

［記載上の注意］

1　②～⑦に該当する場合のみ該当する番号を記載すること（※1）。

2　日数は、摂食嚥下支援計画書の作成時の測定と、直近の測定までの期間を記載すること。なお、FIMとFOISは同日に測定すること。従って（A）から（B）及び（C）から（D）までの期間は、同じであること（※2）。

3　1.（1）に記入した期間の実績について記載すること。

在宅患者訪問褥瘡管理指導料に係る報告書

保険医療機関名

医療機関コード

１　在宅褥瘡対策の実施状況

①　訪問診療全利用者数（令和5年6月１日時点）	名
②　①のうち、d1以上の褥瘡を保有している患者数（褥瘡保有者数）	名
③　②のうち、訪問診療開始時に既に褥瘡を有していた患者数 （訪問診療利用開始時褥瘡保有者数）	名
④　②のうち、訪問診療実施中に新たに褥瘡が発生した患者数	名

⑤　褥瘡の重症度	訪問診療開始時の褥瘡（③の患者の訪問診療開始時の状況）	訪問診療中に発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DDTI	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】

1の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

（1）　①については、報告月の前月の初日の時点で訪問診療を利用している全利用者数を記入してください。（当該日の訪問診療利用開始患者は含めないが、当該日の訪問診療利用終了患者は含める）

（2）　②については、①の患者のうち、DESIGN-R2020分類d1以上を有する患者数を記入してください。（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える）

（3）　③については、②の患者のうち、訪問診療利用開始時に、DESIGN-R2020分類d1以上を有する患者数を記入してください。（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える）

（4）　④については、②の褥瘡保有者数から③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者数を減じた数を記載してください。

（5）　⑤については、③の訪問診療利用開始時褥瘡保有者について、訪問診療利用開始時の褥瘡の重症度、④の訪問診療中に新たに褥瘡が発生した患者について、発見時の重症度を記入してください。

保険医療機関名

保険医療機関コード

2　在宅褥瘡対策の実績

① 本管理指導料を算定した患者数と期間 （期間：令和4年4月～令和5年3月）		名
② ①の患者の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者数		名
褥瘡ハイリスク項目	1. 重度の末梢循環不全のもの	名
	2. 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの	名
	3. 強度の下痢が続く状態であるもの	名
	4. 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸など）	名
	5. 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの	名

③ ②の患者の褥瘡の重症度

	訪問診療開始時の褥瘡（②の患者の訪問診療開始時）	訪問診療中に発生した褥瘡（②の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DDTI	名	名
DU	名	名

【記載上の注意】
2の記載にあたっては、下記の内容により記入してください。

（1） ①については、1年間の算定患者数を記入してください。ただし、1名の患者が複数回、本管理指導料を算定した場合においても、患者1名として数えてください。

（2） ②については、①のうち、褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の実人数を記入してください。
（1名の患者について複数の褥瘡ハイリスク項目を有していても、患者1名として数える）
褥瘡ハイリスク項目の各項目については、1名の患者につき、複数の要因がある場合は、それぞれに1名として数えてください。（複数回答）

（3） ③については、②の褥瘡ハイリスク項目に該当する患者の訪問診療開始時の褥瘡の重症度及び褥瘡発生の発見時の褥瘡の重症度について記入してください。

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画

都道府県名	北　海　道						
医療機関コード							
医療機関名							

療養環境の改善計画の概要（令和５年７月１日現在の状況を記入してください。）

増築または全面的な 改築の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月
増築または全面的な 改築の具体的内容 （進捗が無い場合はその理由等）	

注　当該加算は療養環境の整備に資する取組みを評価したものであり、毎年7月の報告の際に計画自体全く無いとしている場合には速やかに施設基準の辞退届の提出が必要となります。

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　：

医 療 機 関 コ ー ド ：

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
	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。		□　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実施している	□　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
	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　：　　件
25 歳 以 上 30 歳 未 満 ：　　件
30 歳 以 上 35 歳 未 満 ：　　件
35 歳 以 上 40 歳 未 満 ：　　件
40 歳 以 上 43 歳 未 満 ：　　件
43　歳　以　上　：　　件

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年間の実績を記載すること。

様式87の42の２

精巣内精子採取術に係る報告書

医　療　機　関　名　：

医 療 機 関 コ ー ド ：

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実施している	□　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
	国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している。		□　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　：　　件 20歳以上30歳未満：　　件 30歳以上40歳未満：　　件 40歳以上50歳未満：　　件 50　歳　以　上　：　　件

［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「２－１」の来院患者情報については、報告の前年度１年間の実績を記載すること。

（別紙様式１２）

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

（令和５年７月１日現在）

都道府県名　　北海道

医療機関コード ※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 （該当するものに☑）	□ 1. 医科 □ 2. 歯科	
明細書を無料で交付していない患者 （該当するものに☑）	□ 1. 全ての患者	□ 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 （該当するものに☑）	□ 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している □ 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期	改修予定年月を１に記載し、（）内のいずれかに☑をすること。未定の場合は２に記載すること。 1. 令和　　年　　月　（　□ レセプトコンピュータ　□ 自動入金機　） 2. 令和　　年第　　四半期目途	
明細書の交付の際に徴収している金額	円	

※　本報告は、令和５年７月１日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

［別紙様式２：記載上の注意］　　※本様式の書式は変えないこと。

※　休止の届出がされている場合や、入院基本料の施設基準を届出していない保険医療機関においては、本報告書の記載は不要であること。

※　本報告書の記載に際しては、医療法の許可病床を含め全ての事項において、特に指定のない限り、医療保険適用病床についてのみ記載すること。（介護保険適用病床については、記載しないこと。）

※　手書きのものを訂正する場合は、二重線で削除し、訂正印は押印しないこと。捨印も不要であること。

１．「受付番号※」については、記載しないこと。**（地方厚生（支）局都府県事務所において、保険医療機関番号順に１番から連続した番号を付すこと。）**

２．「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号（２桁）を太枠に、医療機関コード（７桁）を細枠に記載すること。

３．「開設者番号」欄は、次の区分による番号を記載すること。

①厚生労働省	②国立病院機構	③国立大学法人	④労働者健康安全機構
⑤地域医療機能推進機構	⑥その他（国）	⑦都道府県	⑧市町村
⑨地方独立行政法人	⑩日赤	⑪済生会	⑫北海道社会事業協会
⑬厚生連	⑭国民健康保険団体連合会		
⑮健康保険組合及びその連合会		⑯共済組合及びその連合会	
⑰国民健康保険組合	⑱公益法人	⑲医療法人	⑳学校法人
㉑社会福祉法人	㉒医療生協	㉓会社	㉔その他の法人
㉕個人（個人名は記載しないこと）			

４．「介護保険適用の病床の有無」欄は、どちらかに☑を付すこと。

※介護療養病床を有する場合についてのみ「有」に☑を付し、介護医療院は含めないこと。

５．「郡市区町村名」欄は、所在地の郡市区町村名を記載すること。

（例：○○区、○○市、○○郡○○町）

６．届出していない届出区分欄は全て空白のままとすること。ただし、届出している各記載欄において、ゼロの場合は「０」を必ず記載すること。

７．療養病床の「届出区分」欄は、１．入院、又は２．特別のいずれかの番号に○印を付すこと。特別入院基本料を算定している場合は２．特別へ、それ以外であれば１．入院の番号に○印を付すこと。

８．「病床数」欄について

（１）医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った医療保険届出病床数、使用を休止している病床を除く稼働病床数を記載すること。

（２）「療養病床」欄は、医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った医療保険届出病床数、使用を休止している病床を除く稼働病床数を記載すること。ただし、医療と介護の病床が一つの看護単位として混在している場合は、上段に介護病床を含む病床数の記載を、下段に医療病床数のみを再掲として（　）内に記載すること。

９．「１日平均入院患者数」欄は、直近１年間（令和４年７月から令和５年６月まで）の延べ入院患者数を延日数で除して得た数（算定開始から１年未満の場合は算定開始日から令和５年６月30日までの期間の平均入院患者数）を記載すること。

※この場合、１人未満の端数は、切り上げること。

10. 「現員数」欄について

（１）医師について

ア　常勤医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう）の数に、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算した数を加えた数を記載すること。

イ　非常勤医師の実労働時間数の常勤換算に当たっては、当該医師の１週間の実労働時間を常勤医師の所定労働時間で除して算出すること。

※　１人未満の端数は、小数点第二位（小数点第三位切り捨て）までの実数を記載すること。また、１人の医師について算出した値が1.0を超える場合は、1.0人とすること。

（例：得た数が「1.865」の場合、「1.86」と小数点第二位までの実数を記載する。）

※　一般病床と療養病床とを併せもつ場合は、主たるもののみに計上し、重複のないようにすること（主たるものでない病床については、現員数は「0」と記載する）。

（２）看護要員（看護師、准看護師及び看護補助者）について

ア　当該保険医療機関で定めた所定労働時間の全てを勤務する常勤の職員の数を記載すること。

イ　常勤以外の非常勤職員がいる場合については、当該職員の１か月の実労働時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数を、アに加えた数を記載すること。

※　１人未満の端数は、小数点第二位（小数点第三位切り捨て）までの実数を記載すること。また、1人の職員について算出した値が1.0を超える場合は、1.0人とすること。

（例：得た数が「1.865」の場合、「1.86」と小数点第二位までの実数を記載する。）

11. 「施設基準」欄について

（１）イ～ルの該当する記号全てに○印を付すこと。

（２）過去1年間とは前年７月１日から本年６月30日までの直近１年間とすること。

（３）ロ・ハ・ヘ・ト・チ・ヌについては該当する場合のみ、右の実績件数欄に記載すること。

※への受入割合は、小数点第一位（小数点第二位切り捨て）までの実数を記載すること。

（例：得た数が0.156の場合、1.5割）

（４）有床診療所入院基本料１～３を届出している場合、「イに該当」もしくは「ロ～ルに２つ以上該当（該当数：　件）」のどちらかに☑し、該当数を記載すること。

12. 「診療科名」欄は、標榜している標榜科名に全て○を付すこと。なお、１～29に定める診療科名以外を標榜している場合には、**最も近似する診療科名に○を付す**こと。

13. 「加算の届出の有無」欄は、届け出ている加算について該当するものに☑を付すこと。

※　届出を行っていない場合は☑の記入は不要です。

14. 「新型コロナ対応の影響」欄について

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」（令和５年４月６日付事務連絡）において、新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関における施設基準等の臨時的な取扱いを示している。以下（１）（２）の該当有無の選択により、該当するものを下記表の①～④の番号により、いずれかひとつに☑を付すこと。

（１）令和５年６月の１か月間における「臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等」の該当の有無

※以下のア～ウに該当する場合は、「ア～ウに該当する」を選択すること。

ア　新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関

イ　アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等

ウ　新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等

（２）新型コロナ対応による施設基準等の状況

※以下のいずれかの臨時的な取扱いの適応となっている場合は「該当する」を選択すること。

・許可病床数を超過する入院患者数について、減額措置の適用としないこと。

・１日当たり勤務する看護要員の数、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、変更の届け出を行わなくてもよいものとすること。

☑を付す番号	（１）令和５年６月の１か月間における「臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等」の該当の有無	（２）新型コロナ対応による施設基準等の状況
①	ア～ウに該当する	満たしていない
②	ア～ウに該当する	満たしている
③	ア～ウに該当しない	満たしていない
④	ア～ウに該当しない	満たしている

※「新型コロナ対応により施設基準等を満たしていない場合」に該当する①又は③を記載した場合は、以下の項目について、要件を満たしていない値が記載されていても地方厚生（支）局各都府県事務所の確認対象とはならないことを申し添える。

・１日平均入院患者数　　・療養病床の現員数

別添１－１

病院・医科（有床診療所）

施設基準の届出の確認について

令和５年７月１日現在で貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか、下記の手順により貴院で確認して、その結果を別添１－２「施設基準の届出の確認について（報告）」により、提出してください。

１．施設基準の確認手順について

（１）施設基準の要件の確認

① ７月１日現在で貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか貴院で確認してください。

② 届け出ている施設基準が不明の場合は、北海道厚生局のホームページ（※１）をご参照ください。

（２）施設基準の要件を確認した結果

① すべて要件を満たしている場合は、別添１－２（報告用紙）の「ア」に○をして、提出してください。

② 要件を満たしていないものがある場合は、別添１－２（報告用紙）の「イ」に○をして、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入のうえ、提出してください。

併せて、施設基準の「辞退届」（※２）を提出してください。

※ なお、要件の確認を行うに当たり、新型コロナウィルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いが認められている施設基準があることに留意してください。

併せて、これまで発出されている事務連絡のうち、施設基準関係を抜粋したものをホームページに掲載しているので参考としてください。

北海道厚生局のホームページについて

※１ 届け出ている施設基準の確認

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_juri_ichiran.html)

ホーム ＞ 知りたい分野から探す ＞ 保険医療機関、保険医等 ＞
保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等 ＞ ３．施設基準等の届出等の状況 ＞
施設基準等 届出受理医療機関名簿（医療機関別）

※２ 辞退届のダウンロード

(https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/jitai2.xls)

ホーム ＞ 申請等手続＞ 医療課 ＞ 施設基準の届出等 ＞
２．施設基準・入院時食事療養（１）等の届出 ＞ ・ 施設基準に係る辞退届

２．届出が不要となっている施設基準の要件の確認について

届出が不要となっている下記の施設基準について、診療報酬を算定している場合は、要件を満たしているか、貴院で確認してください。

なお、要件を満たしていない場合は、診療報酬を算定できないので、ご留意ください。

（届出が不要となっている施設基準）

※　この施設基準のみ要件を満たさない場合は、上記１（２）の報告は不要です。

・夜間・早朝等加算
・電子的保健医療情報活用加算
・明細書発行体制等加算
・臨床研修病院入院診療加算
・妊産婦緊急搬送入院加算
・重症皮膚潰瘍管理加算
・強度行動障害入院医療管理加算
・がん拠点病院加算
　又はがんゲノム拠点病院加算
・高度難聴指導管理料
・アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料
・小児抗菌薬適正使用支援加算
・夜間休日救急搬送医学管理料
・がん治療連携管理料
・遠隔連携診断料
・認知症専門診断管理料
・連携強化診療情報提供料
・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の注８
・耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算
・経皮的冠動脈形成術
・経皮的冠動脈ステント留置術
・医科点数表第２章第 10 部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

別添１－２

該当するものに○をしてください ➡ 病院 ・医科（有床診療所）

施設基準の届出の確認について（報告）

令和５年　　月　　日

北海道厚生局長　殿

保険医療機関　：　保険医療機関コード

所在地

名　称

開設者

電話番号　　―　　―　　（担当：　　）

令和５年７月１日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア	届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。
イ	届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

イに○をした場合にのみ記入

＜要件を満たしていない施設基準名＞　（記入例）地域包括診療加算

※　記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。