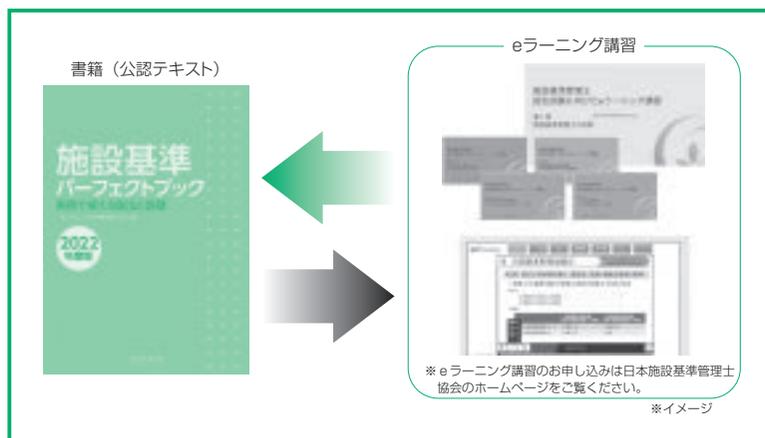


本書の利用方法

本書は厚生労働省が公表している2022（令和4）年度診療報酬改定の資料から、施設基準等に関連する内容を抜粋して作成しています。実際の診療報酬点数等は厚生労働省および各厚生（支）局のホームページなどをご確認ください。

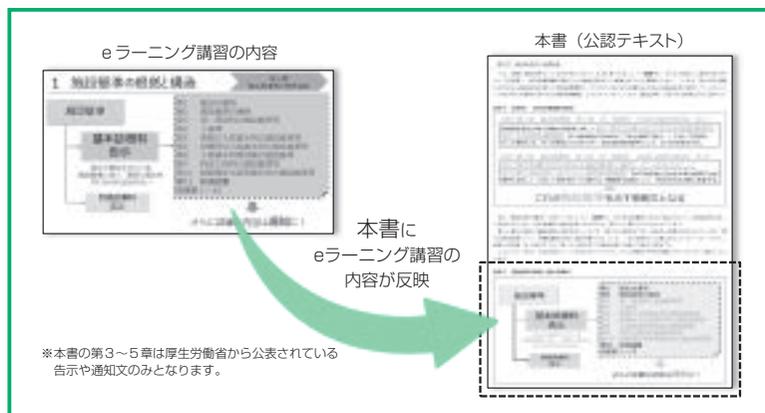
まず、本書の構成は大きく第1章から第5章まで5つの章に区分されており、日本施設基準管理士協会が行う「施設基準管理士養成eラーニング講習」と連動性のある内容となっています（図表1）。

図表1 eラーニングとの連動性



特に第1章と第2章はeラーニング講習の内容が反映されており、施設基準管理士の役割や認定試験の概要、施設基準の基礎的なルールを解説しています（図表2）。

図表2 eラーニングの内容を反映



第3章と第4章は、厚生労働省から発出された告示と通知を2色に色分けし、見やすいレイアウトで編集されています。例えば、診療報酬で改定された部分には色の下線が引かれ、施設基準管理で重要なポイントには太字で表記しています(図表3)。

図表3 第3章と第4章のレイアウト

1 一目で施設基準の項目が分かる!

2 重要ポイントを明確に!

3 改定の変更点が下線で見やすい!

4 関連する算定要件も記載!

重要なポイントは太字で協調

見出しも2色で告示と通知が見やすい

※施設基準の項目に合わせて算定(診療報酬)の告示と通知を再掲している場合もあります。

最後に第5章では、施設基準に関連する法規、疑義解釈(図表4)、補足資料が掲載されています。

図表4 疑義解釈

疑義解釈資料(令和4年度改定 2020.3.30~4.28)
【医科:初・再診料】

区分番号	項目	問	答	通知日	問番号
A000注1	【初診料(情報通信機器を用いた場合)】	区分番号「A000」初診料の注1のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。	区分番号「A000」初診料288点のみを算定すること。	20220331 その1	問1
A000注2注3 A002注2	【初診料・外来診療料/紹介割合】	区分番号「A000」初診料の注2及び注3並びに区分番号「A002」外来診療料の注2及び注3における紹介割合及び逆紹介割合(以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。)の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生(支)局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。	令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により地方厚生(支)局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合においては、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間、区分番号「A000」初診料の注2若しくは注3又は区分番号「A002」外来診療料の注2若しくは注3の所定点数を算定すること。また、令和5年10月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により、地方厚生(支)局長へ報告すること。	20220331 その1	問2
A000注2注3 A000	【初診料・外来診療料/紹介割合】	問2において、紹介割合及び逆紹介割合について「令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式28により、地方厚生(支)局長へ報告すること。」とされているが、令和4年度の実績について、令和4年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し、報告を行ふこと。また、令和4年度の実績について基準を逸	令和3年度の実績について、令和4年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し、報告を行ふこと。また、令和4年度の実績について基準を逸	20220331 その1	問3

※疑義解釈はその7(2022年4月28日付)まで掲載。それ以降は厚生労働省のホームページでご確認ください。

また、過去の施設基準管理士認定試験をベースに作成した練習問題と、今回からは答に対する解説も新たに追加され、充実した内容となっています（図表5）。

図表5 練習問題および答と解説

16. 練習問題

練習問題

〈概要に関する問題〉

問1 次の記述で□に当てはまるものを選び、○印を付す。
基本診療科と特設診療科の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、□印を付す。
① 当該保険医療機関 ② 届出前棟 ③ 入院基本科 ④ 法人 ⑤ 届出診療科

問2 施設基準届出受理後の措置について、当てはまるものを選び、○印を付す。
① 毎年10月1日現在で、施設基準の適合性を確認する。
② 原則年1回、受理後6か月以内を目途に適時調査が行われる。
③ 前後の検閲ごとの明表数に対して、2割以上の変動があった場合、変更届出を行う。
④ 届出の内容と異なる事象が生じた場合、当該月内に電票の届出等を行う。
⑤ 算定要件中の紹介割合、連絡割合について、毎月3か月を超えた一時的な変動は、原則に届出の要ない。

〈基本診療科に関する問題〉

第5章 その他の留意事項等

答と解説

〈概要に関する問題〉

問1 答：①

〔解説〕①が当てはまる根拠
・基本診療科および特設診療科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
「第3届出に関する手続等」
1 基本診療科の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、**当該保険医療機関単位**で行うものであること。(P●)

問2 答：②

〔解説〕②が当てはまる根拠
・第3届出受理後の措置等 (P●)
②に該当コ・第3 3届出を受理した保険医療機関については、**適時調査**を行い(原則として年1回、受理後6か

さらに本書の目次（図表6）は、「施設基準の告示、通知」「適時調査の重点項目（★印）」「新設項目（○印）」「届出不要（◆印）」「区分・様式番号等」が一目で分かるように一覧表形式になっています。

図表6 目次の構成

区分・様式番号等	名称	受理番号略称	施設基準告示	施設基準通知	適時重点項目	新設項目	届出不要	ページ
E001	特定疾患療養管理科 特定疾患を患った患者に対する診療		第三	別添1		○	◆	690
E001 5	特定疾患療養管理科 情報通信機器を用いた診療		第三	別添1		○	◆	690
E001 7 注2	ウイルス感染症診療科 (HIV感染者)		第三	別添1.02		○	◆	692
E001 7 注3	ウイルス感染症診療科 情報通信機器を用いた診療 (ウ指)		第三	別添1.02		○	◆	692
E001 7 注3	特定薬剤治療管理科1の対象患者		第三				◆	694
E001 4	小児特定疾患カウンセリング料の対象患者		第三				◆	696
E001 3 注6	小児科療養指導科 情報通信機器を用いた診療		第三	別添1.03		○	◆	697
E001 6 注6	てんかん指導 情報通信機器を用いた診療		第三	別添1.04		○		
E001 7 注6	難病外来指導管理科 対象疾患及び情報通信機器を用いた診療		第三	別添1.05		○		
E001 8	皮膚科特定疾患指導管理科 対象疾患		第三	別添1.06		○		
E001 8 注4	皮膚科特定疾患指導管理科 情報通信機器を用いた診療		第三	別添1.05.02		○		
E001 9	外来栄養食事指導科の対象患者		第三				◆	705
E001 9 注2	外来栄養食事指導科 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導 (外来指)		第三	別添1.05	★			704
E001 9 注3	外来栄養食事指導科 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する専門的な栄養指導 (がん専業)		第三	別添1.05	★	○		704
E001 10	入院栄養食事指導科の対象患者		第三				◆	705
E001 11	集団栄養食事指導科に規定する特別食		第三				◆	705
E001 12 注4	心臓ペースメーカー指導管理科 植込型除細動器移行期加算		第三	別添1.07			◆	709
E001 12 注5	心臓ペースメーカー指導管理科 遠隔モニタリング加算 (遠隔ペ)		第三	別添1.07	★			709
E001 14	高度糖療指導管理科		第三				◆	700
E001 15 注3	慢性維持透析患者外来医療管理科 腎代替療法実績加算		第三	別添2.02	★			
E001 16 注2	喘息治療管理科 重症喘息患者治療管理加算 (難病)		第三				◆	
E001 16 注5	小児悪性腫瘍患者指導管理科 情報通信機器を用いた診療		第三	別添3.02		○		

※目次の適時重点項目の「★」は、各厚生局ホームページの適時調査のページに掲載されている「当日準備していただく書類」に記載されている項目に該当します。

※発刊後の訂正通知が公表された場合は、随時、経営書院のホームページに掲載します。

目 次

									頁
はじめに									(1)
本書の利用方法									(2)
学習の進め方									(5)
資格の概要									(6)
第1章 施設基準管理士の役割									1
施設基準とは？									2
施設基準の歴史									2
医療機関の課題									3
資格創設の背景									3
施設基準管理士の定義と期待									4
施設基準管理士の仕事とスキル									4
施設基準管理士が生み出す価値とキャリアラダー									5
第2章 施設基準等の基礎知識									7
1. 施設基準の根拠と構造									8
2. 施設基準の届出①									12
3. 施設基準の届出②									18
4. 施設基準の届出③									23
5. 施設基準の要件									29
第3章 基本診療料の施設基準等									35
区分・ 様式番号等	名称	受理番号 略称	施設基準 告示	施設基準 通知	適時重 点項目	新設 項目	届出 不要		
	届出の通則		第一		★			36	
	施設基準の通則		第二		★			36	
	基本診療料の施設基準等			第1	★			36	
	届出に関する手続き			第2	★			37	
	届出受理後の措置等			第3	★			39	
2. 初・再診療料の施設基準等									41
区分・ 様式番号等	名称	受理番号 略称	施設基準 告示	施設基準 通知	適時重 点項目	新設 項目	届出 不要		
	初・再診療料の施設基準等		第三	別添1				41	
A000 注7、注8 A001 注6 A002 注9	時間外等に係る厚生労働大臣が定める時間 ※初診料、再診料、外来診療料（時間外・休日・深夜加算）		-				◆	41	
A000 注4 A001 注2 A002 注4	特定委託率初診料、特定委託率再診料、特定委託率外来診療料		一の二	第2の5				41	
A000 注1 A001 注1 A002 注1	情報通信機器を用いた診療 ※初診料、再診料、外来診療料	(情報通信)	一の三	第1	★	○		44	
A000 注9 A001 注7	夜間・早朝等加算 ※初診料、再診料		二	第1の2			◆	46	
A000 注2、注3	医科初診料に係る厚生労働大臣が定める患者（紹介割合の低い医療機関における減算対象患者）		三				◆	47	
A000 注10	初診料 機能強化加算	(機能強化)	三の二	第1の3				49	
A000 注11 A001 注15	外来感染対策向上加算 ※初診料、再診料	(外来感染)	三の三	第1の4		○		52	
A000 注12 A001 注16	連携強化加算 ※初診料、再診料	(連携強化)	三の四	第1の5		○		53	
A000 注13 A001 注17	サーベイランス強化加算 ※初診料、再診料	(サ強化)	三の五	第1の6		○		54	
A000 注14 A001 注18 A002 注10	電子の保健医療情報活用加算 ※初診料、再診料、外来診療料		三の六	第1の7		○	◆	55	
A001 注8	再診料 外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める計画的な医学管理		四				◆	62	
A001 注10	再診料 時間外対応加算	(時間外1～3)	五	第2				63	

										頁
区分・様式番号等	名称	受理番号略称	施設基準告示	施設基準通知	適時重点項目	新設項目	届出不要			
A001 注11	再診料 明細書発行体制等加算		六	第2の2			◆			65
A001 注12	再診料 地域包括診療加算	(地包加)	七	第2の3						66
A001 注13	再診料 認知症地域包括診療加算		七の二	第2の4			◆			69
A002	外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者（紹介割合の低い医療機関における減算対象患者）		八				◆			74
3. 入院基本料等の施設基準										76
区分・様式番号等	名称	受理番号略称	施設基準告示	施設基準通知	適時重点項目	新設項目	届出不要			
通測 6	入院患者数の基準又は医師等の員数の基準		第二	第 1	★		◆			76
通測 7	入院診療計画の基準		第四	別添 2	第 1 1	★				81
通測 7	院内感染防止対策の基準		二	第 1 2	★					82
通測 7	医療安全管理体制の基準		三	第 1 3	★					82
通測 7	褥瘡対策の基準		四	第 1 4	★					83
通測 7	栄養管理体制の基準		五	第 1 5	★					84
通則 8 (歯科 通則 7)	厚生労働大臣が定める基準（栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関の減算）		六	第 1 6	★					84
	重症度、医療・看護必要度の基準				★					86
	様式 9（看護職員、看護要員の配置、月平均夜勤時間数の確認）				★					91
通則	病院の入院基本料の施設基準等		第五		★					96
	病院の入院基本料等に関する施設基準		一	第 2	★					96
	入院基本料の届出に関する事項		一	第 5						103
A100	一般病棟入院基本料	(一般入院)	二	第 2	★					106
A100 注 2	一般病棟入院基本料 月平均夜勤時間超過減算		二	第 2 4の6						107
A100 注 6	一般病棟入院基本料 夜間看護体制特定日減算		二	第 2 18			◆			107
A100 注 7	一般病棟入院基本料 夜勤時間特別入院基本料		二	第 2 4の6						107
A100 注 8	一般病棟入院基本料 退院が特定の時間帯に集中している医療機関の減算		二				◆			108
A100 注 9	一般病棟入院基本料 入院日及び退院日が特定の日に集中している医療機関減算		二				◆			108
A100 注12	一般病棟入院基本料 ADL維持向上等体制加算		二	第 2 4の8	★					108
A101	療養病棟入院基本料	(療養入院)	三	第 2	★					117
A101 注 4	療養病棟入院基本料 褥瘡対策加算		三	第 2 7、8			◆			118
A101 注10	療養病棟入院基本料 在宅復帰機能強化加算		三	第 2 9	★					118
A101 注12	療養病棟入院基本料 夜間看護加算 看護補助体制充実加算		三	第 2 11、12	★					118
A102	結核病棟入院基本料	(結核入院)	四	第 2	★					126
A102 注 2	結核病棟入院基本料 月平均夜勤時間超過減算		四	第 2 4の6			◆			127
A102 注 6	結核病棟入院基本料 夜勤時間特別入院基本料		四	第 2 4の6						127
A102 注 7	結核病棟入院基本料 重症患者割合特別入院基本料		四							127
A102 注 8	結核病棟入院基本料 夜間看護体制特定日減算		四	第 2 18			◆			129
A103	精神病棟入院基本料	(精神入院)	四の二	第 2	★					132
A103 注 2	精神病棟入院基本料 特別入院基本料		四の二							132
A103 注 2	精神病棟入院基本料 月平均夜勤時間超過減算		四の二	第 2 4の6						132
A103 注 4	精神病棟入院基本料 重度認知症加算		四の二	第 2 4の12	★					133
A103 注 7	精神病棟入院基本料 精神保健福祉士配置加算		四の二	第 2 4の13						133
A103 注 9	精神病棟入院基本料 夜勤時間特別入院基本料		四の二	第 2 4の6						132
A103 注10	精神病棟入院基本料 夜間看護体制特定日減算		四の二	第 2 18			◆			133
A104	特定機能病院入院基本料	(特定入院)	五	第 2	★					137
A104 注 4	特定機能病院入院基本料 重度認知症加算（精神病棟に限る。）		五	第 2 4の12	★					138
A104 注 5	特定機能病院入院基本料 看護必要度加算		五	第 2 4の7	★					138
A104 注 6	特定機能病院入院基本料 退院が特定の時間帯に集中している医療機関の減算		五				◆			139
A104 注 7	特定機能病院入院基本料 入院日及び退院日が特定の日に集中している医療機関の減算		五				◆			139

施設基準とは？

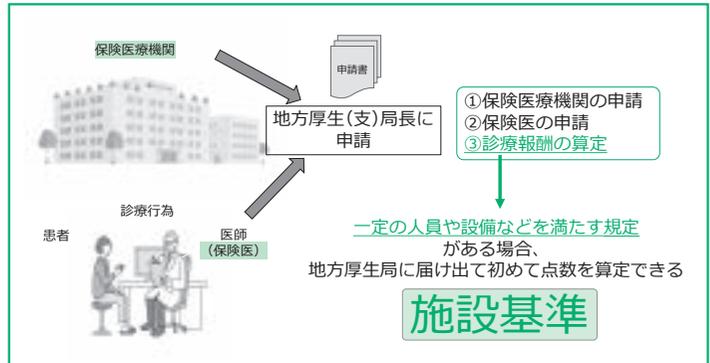
保険医が勤務する保険医療機関は患者に対して診療を行い、診療費の請求を行う場合には健康保険法など各種の関連法令に基づかなければなりません。

保険医療機関が「診療報酬」を請求するにはさまざまなルールが定められています。このルールの中には、医療機関に勤務する人員や院内の設備などの要件をクリアしている必要があります。

そして、この要件をクリアしているのを確認し、地方厚生局に届出書を提出しなければ点数を算定できません。つまり、この届出をすることができる要件が「施設基準」と呼ばれています（図表1）。

保険請求後に指摘を受けた際、これらの法令を「知らない」という理由で行政処分はまぬがれませんので注意が必要です。

図表1 施設基準のしくみ



施設基準の歴史

日本の診療報酬体系は、1922（大正11）年に健康保険法が制定後、1927（昭和2）年に施行されてからさまざまな変遷をたどり約100年近くがたちました。

まず、現在の診療報酬は1958（昭和33）年に導入された「新医療費体系」が基本となっており、そこでは物と技術を分離し、医療行為ごとに全国一律の点数を定め、1点10円で評価されました。当初、この新医療費体系は技術料に重点をおいた甲表と旧来の点数表を踏襲した乙表が設けられましたが、1994（平成6）年に一本化されました。

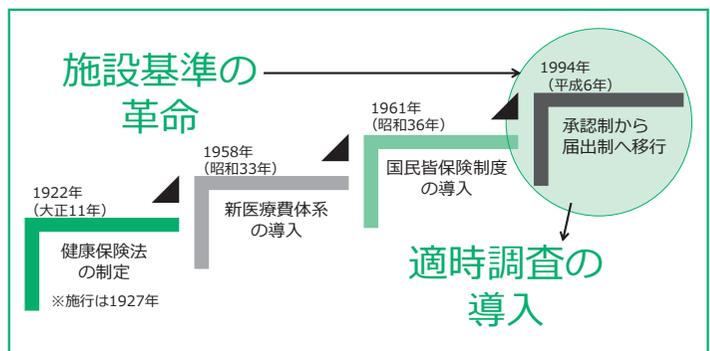
その後、1961（昭和36）年に国民皆保険制度が導入され、いわゆる「フリーアクセス」と言われるように、医療機関を自由に受診できる日本独特の仕組みとなりました。

そして1994年の10月に施設基準は承認制から届出制に変更されました。これまでの施設基準は、書類や現地での確認などを行い、承認を受けてから診療報酬の算定が認められていました。そのため、承認まで長い時間を要していたため、診療報酬の算定期間が遅くなるというデメリットが生じていました。

しかし、施設基準の要件を満たしていたものに対して届出を行い、受理されれば診療報酬を算定することが可能となった届出制になってからは、事前にチェックをしてもらう時間がなくなり算定開始は格段に速くなりました。これは施設基準の革命と言っても過言ではないでしょう。

ただし、この届出制は施設基準のルールを知らなければ届出ができない仕組みです。そのため、届出制に移行され、後日、厚生局による適時調査が行われるようになりました（図表2）。適時調査については、第5章で詳しく学びます。

図表2 施設基準の歴史



※1922（大正11）年の健康保険法の制定後から2022（令和4）年4月改定までの歴史・改定の主なポイントは、日本施設基準管理士協会ホームページに掲載しています。

医療機関の課題

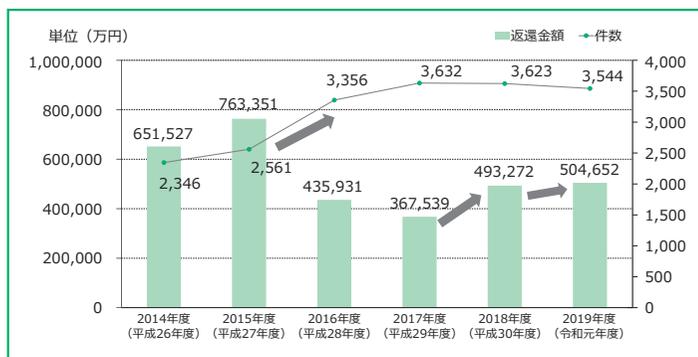
保険医療機関では実際に届けた施設基準の要件を満たさず運用している場合があります。もし、厚生局が行う適時調査などでこのような不備が見つかったと、診療報酬を返還しなければなりません。このように、施設基準の管理は大きなリスクを伴うため、医療機関では非常に重要な位置づけとなります。

図表3は実際に2014年度から2019年度に行われた適時調査の件数と、返還金額が発生したデータです。件数は2015年度から2016年度にかけて大幅に増加しました。2017年度には返還金額が減ったものの、2019年度までは再び増加する結果となっています。

2020年度および2021年度は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から適時調査の実施は見合わせ、緊急を要する場合は病院外で実施され、2020年度の医療機関への実施件数は3件でした。2021年度は「保険医療機関から『自主点検結果報告書』の提出により、適時調査の実施とみなす」とされましたが、2022年度からは新型コロナウイルス感染症の感染状況に合わせてながら、実地での適時調査が実施されます。

医療機関は一度入金された収益を返すことになると経営的に大きな痛手となります。施設基準の管理は病院経営にとって非常に重要な業務となりますので、施設基準管理士が担う役割は社会的にも大きな存在価値があります。

図表3 直近の適時調査の件数と返還金額の推移



資格創設の背景

医療機関では施設基準の管理がなぜ重要になるのでしょうか。まずは、施設基準を取り巻く背景に何があるのかを見ていきましょう。

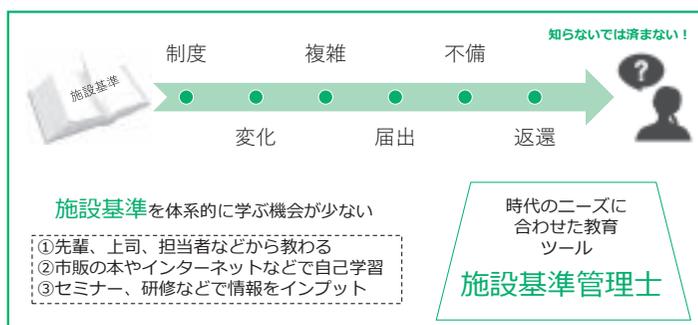
昨今の医療機関の経営は大変厳しいものとなってきました。特に社会情勢を反映した医療制度改革により医療現場では大きな変化が求められています。社会の変化に伴い、さまざまな課題が浮き彫りとなり、こうした問題が診療報酬に反映されます。診療報酬は医療機関にとって欠かせないもので、年々国に対しての要望も高まります。

こうした背景から施設基準の項目が増えてしまい、医療機関では複雑なルールに縛られているのが現状です。施設基準には一定のルールがあり、医療機関ではそれに従って届出を行えば診療報酬を算定できます。しかし、複雑なルールが存在するため届出の内容に不備があったり、実際に届け出た内容と異なったりする場合などが多発しています。

これには医療現場における人材不足などの影響で施設基準の担当者が不在、知識不足、教育体制がないというような事情があります。そして、施設基準の要件を満たさなければ後日、適時調査で返還事案が発生する事態となります。

これまで医療機関の中では施設基準を教育するという概念がありませんでした。そこで日本施設基準管理士協会では施設基準を体系的に学ぶことを目的にした「施設基準管理士」という資格を創設しました(図表4)。

図表4 資格創設の背景



施設基準管理士の定義と期待

医療機関が安心・安全で高度な医療を広く提供する前提として、まずは安定した経営を維持していかなければなりません。医療機関の経営は大部分が診療報酬で成り立っており、その診療報酬を算定するにあたり定められているルールが施設基準です。施設基準は診療報酬改定を重ねるごとに項目が増加の一途をたどっており、その内容も年々複雑さを増しているため、総合的に管理するには専門の知識やスキルが必要となります。

施設基準管理士は医療機関が行う施設基準の届出を総合的に管理・運用する専門知識とスキルを身につけた職種として定義できます。そして、施設基準管理士は医療現場で適切な運用を調整する重要な仕事を任されることで、今後の活躍が期待されています。

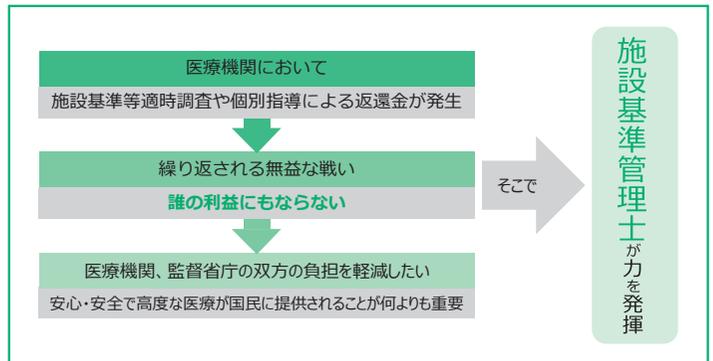
複雑な施設基準管理等の精度向上を図るために、各医療施設における施設基準管理士の活躍は病院運営に大きくかかわってきます。本来であれば、医療機関が適正な施設基準管理を行っていれば問題ありません。しかし、施設基準の複雑なルールによって適時調査などによる指摘が後を絶ちません。

毎年繰り返される適時調査などは医療機関と監督省庁において膨大な労力と負担になります。

この問題を少しでも解決するためには施設基準の知識をしっかりと学んだうえで実務を行うことが理想です。施設基準のルールを守り健全な病院運営を行うことで経営も安定すれば、患者さんにより良い医療を提供することができるはずです。

施設基準管理士の力は、これからの病院運営で欠かせない存在となるでしょう(図表5)。

図表5 施設基準管理士への期待



施設基準管理士の仕事とスキル

次に施設基準管理士の仕事について見ていきましょう。施設基準管理士は医療機関で算定できる施設基準を調べて計画し実行するプランニングが求められます。

まず大きく分けると、主に「作成」「管理」「調整」という3つのカテゴリーに分類されます(図表6)。

1つ目の作成ですが、施設基準の管理業務として最も重要な仕事は「届出」です。診療報酬を算定するためには、施設基準の要件などを満たしていなければならないものもあります。この届出は、まさに施設基準管理士にとっては腕の見せ所です。

2つ目は管理です。施設基準の要件は、人員配置などにより変動がありますので、定期的にチェックをしなければなりません。そこで自主点検を行う必要があります。さらに院内掲示物の管理やマニュアルなど届出に必要な書類の整備を常日頃から管理しておく必要があります。また院内研修の要件もある施設基準がありますので、こちらも管理業務として気を付けておかなければなりません。

図表6 施設基準管理士の仕事



3つ目は調整です。施設基準管理士は、診療報酬改定などを踏まえ、院内調整を図りながら企画や提案を行い、最新の情報を発信することも重要です。特に施設基準を取得できるのに届出をしていない場合には、経営にも大きく影響を及ぼします。

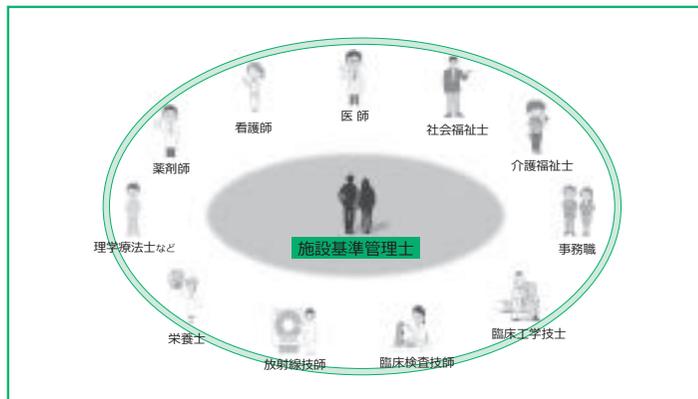
施設基準管理士としての仕事は、これからも多岐にわたって範囲が広がることも考えられますので、普段からしっかりとスキルアップに励みましょう。

施設基準管理士は自院で届け出ている施設基準を適切に管理・運用することが求められます。そのため、医療機関では施設基準の届出数に関係なく、すべてを把握して総合的に管理できる人材の育成が必要です。

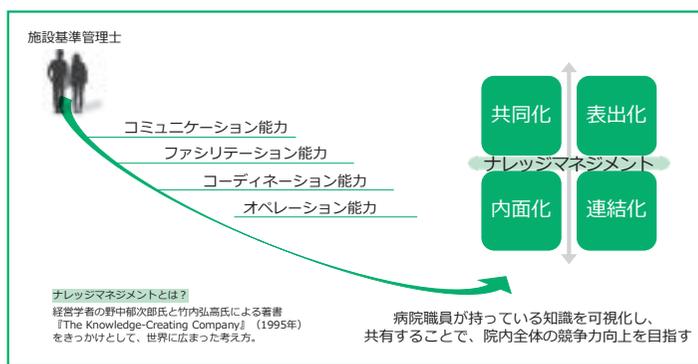
また、施設基準の知識だけではなく、施設基準を適切に管理・運用するためには他部署との連携も非常に大切となります（図表7）。院内の医師や看護師など他職種に施設基準の重要性を伝え、現場を動かす力が求められます。

これらの業務を担うには、柔軟な発想と行動力が施設基準管理士のスキルとして重要でしょう（図表8）。

図表7 医療従事者との連携と調整



図表8 施設基準管理士に求められるスキル



施設基準管理士が生み出す価値とキャリアラダー

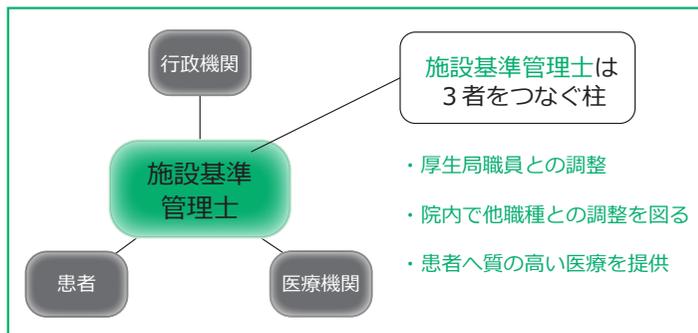
施設基準管理士には社会的役割を推し進め、「行政機関」「医療機関」そして「患者（利用者）」の「三方よし」をつくり、3者をつなぐ役目があります（図表9）。

まず行政機関に対しては、届出に関していつでも適切に対応できなければなりません。特に厚生局職員との関係性は常に良好で風通しの良い関係を普段から築きましょう。

院内の職員との調整も重要です。適時調査などは行政機関と医療機関の双方がスムーズに行えるように普段からの管理をしっかり徹底しましょう。

そして、診療報酬の収入として欠かさないのが患者です。医療機関は患者が来院しなければ、収入はゼロといっても過言ではありません。施設基準を適切に管理し、健全で良好な病院経営を維持することで、医療機関の医療水準が上がり、それが患者に還元できれば多くの命を救うこともできます。特に高度な医療機器や設備を整えるためには、経営が良くなければ投資できません。

図表9 施設基準管理士が生み出す価値



このように、施設基準管理士は3者をつなぐ大きな柱として、それぞれの橋渡し役になりましょう。そして医療環境の整備、管理コストの制限、医療機関の安定運営、医療の享受、医療機関の選択時の目安などを意識しながら仕事を進めていくことが大切です。

資格取得後は、施設基準管理士同士の交流や定期的な研修などに参加し、普段からスキルアップを目指して将来のキャリアを積んでいきましょう。ここでは、技能を高め経験を積んでいくために5段階のキャリアラダーをお示します（図表10）。

第1段階は資格取得後、初心者として実績を積んでいきましょう。

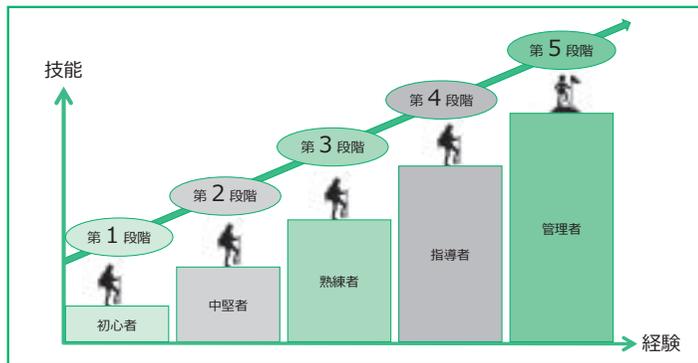
第2段階では経験を積んでいくことで、施設基準管理業務をそつなくこなせるレベルまで上がります。

第3段階ではさらに院内へ発信したり企画を立てたりできる人材へとレベルアップします。

第4段階では、これまでの経験と実績を生かして指導できる立場を目指しましょう。

そして最後の第5段階では、やはり病院全体の管理者として経営に参画できる人材へ成長することが理想の将来像となります。

図表10 施設基準管理士のキャリアラダー



7. 注射

第八 注射

告示
通知

第6部 注射 通則6 外来化学療法加算

告示

一 外来化学療法加算の施設基準

- (1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。
- (2) 外来化学療法を行うにつき必要な**機器**及び十分な**専用施設**を有していること。

通知

第37 外来化学療法加算

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための**専用のベッド**（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を**有する治療室**を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) **化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師**が勤務していること。
- (3) **化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師**が化学療法を実施している時間帯において**常時当該治療室に勤務**していること。
- (4) **化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師**が勤務していること。
- (5) 急変時等の**緊急時に当該患者が入院できる体制**が確保されていること又は他の保険医療機関との**連携**により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法の**レジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会**を開催していること。

当該**委員会**は、化学療法に携わる**各診療科の医師の代表者**（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で**1名以上**（1診療科の場合は、**2名以上**）の代表者であること。）、業務に携わる**看護師、薬剤師**及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも**年1回**開催

されるものとする。

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための**専用のベッド**（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を**有する治療室**を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) **化学療法の経験を有する専任の看護師**が化学療法を実施している時間帯において**常時当該治療室に勤務**していること。
- (3) 当該化学療法につき**専任の常勤薬剤師**が勤務していること。
- (4) 急変時等の**緊急時に当該患者が入院できる体制**が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) (3)については、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており、改正前から外来化学療法加算の**届出**を行っていた**診療所**については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の**平面図を添付**すること。

算定（診療報酬）告示

第 6 部 注射

通則

6 区分番号 G001 に掲げる静脈内注射、G002 に掲げる動脈注射、G004 に掲げる点滴注射、G005 に掲げる中心静脈注射又は G006 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、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局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号 C101 に掲げ

る在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算 1

- | | |
|-----------------|------|
| (1) 15歳未満の患者の場合 | 670点 |
| (2) 15歳以上の患者の場合 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算 2

- | | |
|-----------------|------|
| (1) 15歳未満の患者の場合 | 640点 |
| (2) 15歳以上の患者の場合 | 370点 |

7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して 3 月を限度として、月 1 回に限り 150 点を更に所定点数に加算する。

算定（診療報酬）通知

第 6 部 注射

＜通則＞

4 外来化学療法加算

- (1) 「通則 6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。
- (2) 外来化学療法加算 1 を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算 1 を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算 1 及び 2 は算定できない。
- (3) 外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理

料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

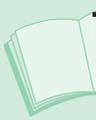
イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

- (4) 「通則 7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、外来化学療法加算 1 又は 2 を届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、バイオ後続品の有効性及び安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、3 月を限度として、月 1 回に限り算定する。



1. 歯科 施設基準

第三 初・再診料の施設基準等

告示
通知

A 000 初診料 1 歯科初診料 院内感染防止対策

告示

八の三 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第一章第一部初・再診料第一節初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 歯科外来診療における**院内感染防止対策**につき十分な**体制**が整備されていること。
- (2) 歯科外来診療における**院内感染防止対策**につき十分な**機器**を有していること。
- (3) 歯科外来診療における**院内感染防止対策**に係る**研修**を受けた**常勤の歯科医師**が**一名**以上配置されていること。
- (4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る**院内掲示**を行っていること。

通知

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な**院内感染防止対策**を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を**円滑に実施する体制**を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る**標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修**を**4年に1回**以上、定期的に**受講している常勤の歯科医師**が**1名**以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる**標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等**を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の**院内掲示**を行っていること。
- (6) 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生（支）局長に**報告**

していること。

- (7) 令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に令和4年度改定前の「基本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2年3月5日保医発0305第2号）の第2の7(3)の院内感染防止対策に係る研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6を用いること。
- (2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、様式2の7により報告を行うこと。

A000 初診料 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料

告示

九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (6) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- (7) 次のイ又は口のいずれかに該当すること。
 - イ 常勤の歯科医師が二名以上配置され、次のいずれかに該当すること。
 - ① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。
 - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一（P.433）に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。
 - ③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科点数表の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。
 - ④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。
 - 口 次のいずれにも該当すること。
 - ① 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
 - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料Ⅰ、周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は周術期等口腔機能管理料Ⅲのいずれかを算定した患者の月平均患者数が二十人以上であること。
- (8) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

通知

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、**届出前1か月間（暦月）の数値**を用いること。
- (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いること。
- (3) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、**届出前3か月間（暦月）の月平均の数値**を用いること。
- (4) (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1

又はこれに準ずる様式)により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。

- (5) 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和4年3月4日保医発0304第1号）の別添1第1章第2部通則7の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- (6) 当該病院が当該病院の存する地域において、歯



練習問題

[基礎科目問題]

《概要に関する問題》

問1 次の記述で に当てはまるものを選び。

基本診療料と特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、 単位で行う。

- ① 当該保険医療機関 ② 届出病棟 ③ 入院基本料 ④ 法人 ⑤ 届出診療科

問2 施設基準届出受理後の措置について、当てはまるものを選び。

- ① 毎年10月1日現在で、施設基準の適合性を確認する。
② 原則年1回、受理後6か月以内を目途に適時調査が行われる。
③ 病棟の種別ごとの病床数に対して、2割以上の変動があった場合、変更届出を行う。
④ 届出の内容と異なった事情が生じた場合、当該月中に変更の届出等を行う。
⑤ 算定要件中の紹介割合、逆紹介割合について、暦月3か月を超えた一時的な変動は、即座に届出の変更は必要ない。

《基本診療料に関する問題》

問3 基本診療料の施設基準において、 に当てはまるものを選び。

算定要件中の逆紹介患者数は、文書を添えて紹介を行った患者数だが、 は除かなければならない。

- ① 情報通信機器を用いた診療のみを行った患者 ② 診療のみを行った患者 ③ 労災保険の患者
④ かかりつけ医がいる患者 ⑤ 救急自動車で搬送された患者

問4 地域包括診療加算1の施設基準について、誤っているものを選び。

- ① 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示している。
② 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した常勤医師を配置していること。
③ 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。
④ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
⑤ 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携していること。

問5 病院の入院基本料の施設基準において、 に当てはまるものを選び。

1病棟あたりの病床数については、原則 床以下を標準とする。

- ① 50 ② 55 ③ 60 ④ 65 ⑤ 70