

# 2025年度

## 医師事務作業補助者研修

### e-ラーニングレポート

公益社団法人 全日本病院協会  
一般財団法人 日本医療教育財団

提出日	令和 年 月 日
医療機関名	
フリガナ	スエタケ リサ
氏名	末武 理沙

# 目 次

区分1. e-ラーニングレポート 3

【必須レポート】

区分2. 病院の機能と組織と役割 23

【必須レポート】

区分3. 担当診療科の診療内容 45

【必須レポート】

区分4. 担当診療科の文書作成 53

【選択レポート】

# 区分1.e-ラーニングレポート

1-1 医師事務作業補助業務について

1-2 医療関連法規

1-3 医療保険制度

1-4 薬学一般

1-5 医学一般

1-6 診療録の記載・電子カルテ

1-7 各種診断書・証明書・申請書

1-8 個人情報保護

1-9 安全管理



## 1-1 「医師事務作業補助業務」について要点をまとめましょう。

### ① 書類作成時の注意すべき条件

書類作成においては、必ず医師の指示のもとで行うことが基本となります。

何よりも重要なのは、絶対に虚偽の内容を記載してはならないということです。

診療事実に基づいた正確な証明を行わなければ、担当医師が罰せられる可能性もあることを常に認識しておく必要があります。

患者本人または家族（委任状が必要）からの依頼を受けた際は、

使用目的をしっかりと把握した上で、早急に作成することが求められます。

作成にあたっては、丁寧に読みやすい文字で記入し、完成後は必ず全ての項目について記載不備がないか再確認することが大切です。

また、作成した書類には必ず医師の署名と押印をいただくこと、

そして提出先からの問い合わせや証明の関連付けのために控えを保管することも忘れてはなりません。

医療文書は個人情報であるため、診療録と同様に適切に管理する必要があります。

このように、書類作成時には医師の指示に従うこと、事実に基づいた正確な記載を行うこと、

そして適切な管理を行うことの3点が特に重要であると考えます。

### ② 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算は、医師の負担軽減と処遇改善を目的とした加算制度です。

算定には施設基準を満たし適切な届出が必要となります。

何よりも重要なのは、形式的な要件を満たすだけでなく、実際に医師の事務作業負担を軽減することが目的であると認識しておく必要があります。

施設基準においては、配置基準、研修体制、院内規程の整備が特に重要です。

配置基準では15対1から100対1まで8段階の区分があり、病床数に応じて必要な人数が定められています。

必ず週32時間以上の専従者を配置し、看護職員を補助者とすることはできません。

新規配置者には6か月間で32時間以上の研修が義務付けられています。

院内体制の整備としては、多職種からなる委員会を設置し、医師の負担軽減に資する計画を作成することが必要です。

計画には勤務間インターバルの確保や連続当直を行わない体制など、具体的な取組を2項目以上含めることが求められます。

電子カルテでは必ず代行入力機能を使用し、個人情報保護や安全管理に関する院内規程を整備することも忘れてはなりません。

このように、医師事務作業補助体制加算は単なる人員配置ではなく、

医師の負担軽減という目的を達成するための体制整備が求められる制度であると考えます。

## 1-2 「医療関連法規」について要点をまとめましょう。

### ① 医療法で定めている事項

医療法は、医療を受ける者による適切な選択支援と医療の安全確保に必要な事項を定めています。何よりも重要なのは、患者と医療従事者の信頼関係に基づき、科学的知見に基づいて適切に医療が提供されることを目的としているということです。

医療法が定める主な事項として、まず医師等の責務があります。

医師や看護師などの医療従事者は、患者に良質な医療を提供し、適切な説明を行って理解を得るよう努めなければなりません。

また、医療機関間の機能分担と業務連携のため、必要に応じて患者を他の医療機関に紹介し、診療情報を提供することも義務付けられています。

医療提供施設の分類も重要です。

病院は20人以上、診療所は19人以下または入院施設なしと定められています。

さらに、地域医療支援病院や特定機能病院など、地域医療の確保や高度医療を担う施設についても規定されています。

加えて、医療の透明性確保のため、診療科目や診療時間などの情報提供が義務付けられ、広告については誇大広告や虚偽広告が禁止されています。

入院患者には診療計画書を作成・交付し、医療事故が発生した場合は医療事故調査・支援センターへの報告が必要です。

このように、医療法は医療の質と安全を確保し、患者の権利を守る包括的な法律であると考えます。

### ② 医師法で定めている事項

医師法は、医師の資格と職責を定め、医療の適正な提供を確保する法律です。

何よりも重要なのは、医師が国民の健康を守る責任を負い、適切に医療を提供する義務が定められているということです。

医師法が定める主な事項として、まず免許制度があります。

医師は国家試験合格と厚生労働大臣の免許が必要です。

未成年者には免許が与えられず、心身の障害、麻薬中毒、禁錮以上の刑に処せられた者には与えないことがあります。

行政処分として戒告、医業停止、免許取消しも定められています。

応召義務も重要です。

診療に従事する医師は、正当な理由がなければ診察治療の求めを拒んではなりません。

医師不在や医療設備不足など事実上診療が不可能な場合を除き、診療を提供する必要があります。

無診察治療の禁止も定められています。

医師は自ら診察しないで治療、処方箋交付、診断書交付を行ってはなりません。

これは患者の安全を守る重要な規定です。

加えて、診療録の記載と保存が義務付けられています。

医師は診療時に診療録を記載し、管理者が5年間保存します。

診療録は医療の継続性と安全性の確保に不可欠です。

### ③ 介護保険法の要介護者と要支援者

介護保険法は、加齢に伴う心身の変化により要介護状態となった者に必要な保健医療サービスと福祉サービスを提供することを目的としています。

何よりも重要なのは、対象者が尊厳を保持し、  
能力に応じて自立した日常生活を営めるよう支援することです。

要介護状態とは、入浴、排せつ、食事等の基本的動作について介護を要し、  
6ヵ月以上継続する見込みの状態です。

要介護度は1から5までの5段階に区分され、数字が大きいほど介護の必要度が高くなります。

要介護1は部分的な介護が必要な状態、要介護5は最重度で常時介護が必要な状態を指します。

要支援状態とは、基本的動作について支援を要し、6ヵ月以上継続する見込みの状態です。

要支援度は1と2の2段階に区分され、要支援1は基本的に自立しているが一部支援が必要な状態、要支援2はより多くの支援が必要な状態です。

対象者は、要介護・要支援状態にある65歳以上の者、  
または40歳以上65歳未満で特定疾病により該当する者です。  
市町村が認定を行い、要介護度・要支援度に応じて適切なサービスが提供されます。

このように、介護保険法は要介護度・要支援度という明確な基準で対象者を区分し、  
必要なサービスを提供する制度であると考えます。

### 1-3 「医療保険制度」についてまとめましょう。

#### ① 保険者と被保険者・被保険者の種類

医療保険制度は、国民が病気やけがに遭遇した場合に一定の給付を行い、生活の安定を図ることを目的とした社会保障制度の一つです。

何よりも重要なのは、保険料を財源として保障を必要とする状態になった人を支援する仕組みであるということです。

保険者とは、保険料を徴収し、それを財源として保障業務を行う運営機関です。

被保険者とは、保険料を納入し、保険によって保障される権利を持つ個人を指します。

医療保険は、被用者保険と地域保険に大別されます。

被用者保険には、全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、各種共済組合、船員保険があります。

地域保険には、都道府県及び市区町村が保険者となる国民健康保険と、国民健康保険組合が保険者となるものがあります。

被保険者の種類として、強制被保険者と任意継続被保険者があります。

強制被保険者は、適用事業所に使用される人で、常時5人以上の従業員を使用する事業所等が対象です。

任意継続被保険者は、退職後も継続して2ヵ月以上健康保険の被保険者であった人が、退職後20日以内に申請することで資格を得られます。

このように、医療保険制度は保険者と被保険者の関係を明確に定め、

全国民に医療保障を提供する制度であると考えます。

#### ② 保険医療機関と保険医

保険医療機関と保険医は、健康保険による診療を行うために必要な制度です。

何よりも重要なのは、二重指定制度により、診療報酬の請求などの事務的責任は保険医療機関が担い、診療の責任は保険医個人が担うという役割分担が明確であることです。

保険医療機関とは、厚生労働大臣の指定を受けた病院、診療所または薬局です。

被保険者が療養の給付を受けることができるのは、この指定を受けた医療機関で診療または調剤を受ける場合に限られます。

指定は地方厚生局長に申請し、6年ごとに更新が必要です。

保険医とは、保険診療を行うことについて地方厚生局長の登録を受けた医師または歯科医師です。

保険診療を行うことができるのは、指定を受けた保険医療機関で登録を受けた保険医が実施した場合のみです。

保険医登録は一度受けければ、医師の身分を有する限り終身保有されます。

保険医療機関と保険医は、

保険医療機関及び保険医療養担当規則に従って診療を行う義務があります。

不正請求や規則違反があった場合、指定または登録の取消し処分を受けることがあります。

このように、保険医療機関と保険医の制度は、

適切な保険診療を確保するための重要な仕組みであると考えます。

保険医療機関の指定要件や療養担当規則を理解することは重要です。

### ③ 保険外併用療養費

保険外併用療養費は、保険診療と保険外診療の併用を例外的に認める制度です。

何よりも重要なのは、原則として混合診療は認められませんが、評価療養、患者申出療養、選定療養に限り認められているということです。

評価療養とは、将来的に保険導入が評価される医療で、先進医療、医薬品の治験、

承認外医薬品使用など10項目が該当します。

医学的な価値が定まっていない新しい治療法や新薬が対象です。

患者申出療養とは、患者の申出に基づき、

安全性と有効性を確認しつつ身近な医療機関で受けられる制度です。

未承認の医薬品等の使用や適応外使用を、臨床研究中核病院の審査を経て実施できます。

選定療養とは、患者の選択の幅を広げるために提供される快適性やサービスで、差額ベッド代、

予約診療、200床以上の病院での紹介なし初診など11項目が該当します。

患者ニーズの多様化に対応した制度です。

保険医療機関は、これらの療養を実施する際、

あらかじめ患者に内容と費用を説明し同意を得る義務があります。

また、療養の内容と費用を見やすい場所に掲示する必要があります。

費用負担は、保険外併用療養費に係る費用は患者が自己負担し、

それ以外の保険診療部分は保険給付されます。

## 1-4 「薬学一般」について要点をまとめましょう。

### ① 薬品に関する公定書と法律

薬品に関する公定書と法律は、医薬品の品質確保と適正使用を保証する重要な基盤です。

何よりも重要なのは、日本薬局方という公定書と7つの法律により、医薬品の安全性が厳格に管理されているということです。

日本薬局方は、医薬品医療機器等法第41条により厚生労働大臣が定めた医薬品の規格基準書です。

明治19年に初版が公布されて以来100年有余の歴史があり、現在は第十八改正が示されています。

構成は通則、生薬総則、製剤総則、一般試験法及び医薬品各条からなります。

薬務に関する法律は7つあり、最も重要なのは医薬品医療機器等法です。

その他に薬剤師法、毒物及び劇物取締法、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法、大麻取締法、あへん法があります。

これらの法律により、医薬品の製造から流通、使用まで一貫して管理されています。

薬の名称には、化学名、一般名、公定書名、商品名の4種類があります。

医療現場では商品名で処方されることが多いですが、薬剤師は一般名でも識別できる必要があります。

薬物の種類は、日本薬局方に収載され疾病の診断・治療・予防に使用される医薬品、人体への作用が緩和な医薬部外品、清潔・美化を目的とした化粧品に分類されます。

このように、公定書と法律は医薬品の品質と安全性を守る重要な制度であると考えます。

医師事務作業補助者として適切に理解することが私たちの役割であると考えます。

### ② 医薬品の分類・剤形

医薬品の分類と剤形は、適切な保管と投与を行うための重要な基準です。

何よりも重要なのは、貯蔵法、薬品の性質、剤形という3つの視点から医薬品を正しく理解する必要があるということです。

貯蔵法による分類では、密封、密閉、気密、遮光密封があります。

密封は紙箱など異物混入を防ぐ容器、密閉はガラス瓶など液状異物の侵入を防ぐ容器です。

気密はアンプルなど空気が侵入しない容器、遮光密封は光線による変質を防ぐ容器です。

薬品の性質による分類では、普通薬、劇薬、毒薬に分けられます。

劇薬は白地に赤枠・赤字で「劇」と表示され、毒薬は黒地に白枠・白字で「毒」と表示されます。

これらは医薬品医療機器等法に基づき厚生労働大臣が指定します。

体内に吸収された場合に副作用などの危害を起こしやすい毒性・劇性の強い医薬品です。

剤形による分類では、錠剤、散剤、顆粒剤、カプセル剤、液剤、シロップ剤、軟膏剤、注射剤など多様な形態があります。

投与方法により、経口投与する製剤、口腔内に適用する製剤、注射により投与する製剤に分けられます。

このように、医薬品の分類と剤形の理解は適切な医療を提供する基礎であると考えます。

医師事務作業補助者として正確に識別することが私たちの役割であると考えます。

**③ 薬品の表示**

薬品の表示は、医薬品を正確に識別し安全に使用するための重要な情報源です。

何よりも重要なのは、容器やラベルに記載される項目が法令により定められており、医薬品の安全使用に不可欠であるということです。

注射剤のラベルには、点滴専用の表示、商品名、一般名、メーカー名、貯法、使用期限、バーコードなどが記載されます。

これらの情報により、薬剤の種類、保管方法、使用期限を正確に確認できます。

毒薬・劇薬の表示は厳格に定められており、毒薬は黒地に白枠・白字で「毒」、劇薬は白地に赤枠・赤字で「劇」と表示する必要があります。

この表示により、取扱いに特別な注意が必要な医薬品を一目で識別できます。

処方箋には、保険者番号、患者氏名・生年月日、医療機関名、医師名、処方箋交付年月日、使用期間、薬品名・規格・用法・用量・日数などが記載されます。

後発医薬品への変更可否も明記され、医師が変更不可と判断した場合は署名または記名押印が必要です。

間違いややすい医薬品名対策として、PTPシートに薬効を表示したり、商品名より成分名を大きく表示するなどの工夫が行われています。

このように、薬品の表示は医療安全の基盤となる重要な仕組みであると考えます。医師事務作業補助者として正確に読み取ることが私たちの役割であると考えます。

**④ 薬物の毒性**

薬物の毒性は、医薬品の使用に伴い生じる有害な作用であり、患者の安全を守るために理解が必要です。

何よりも重要なのは、薬物アレルギー、薬物中毒、副作用などの種類を正確に把握し、適切に対応する必要があるということです。

薬物アレルギーには即時型と遅延型があり、重篤な場合はアナフィラキシーショックを引き起こします。過敏症の既往歴がある患者には絶対に使用してはなりません。特にNSAIDs、血液製剤、造影剤などはアレルギー登録が必要です。

薬物中毒は、血中濃度が有効域を超えて中毒域に達することで発生します。ジゴキシン、テオフィリン、フェノバルビタールなどは中毒を起こしやすい薬剤です。これらは血中濃度測定を行いながら投与する必要があります。

重篤な副作用として、スティーブンス・ジョンソン症候群、中毒性表皮壊死症、薬剤性過敏症候群、間質性肺炎、偽アルドステロン症、薬剤性パーキンソニズム、再生不良性貧血などがあります。これらは生命に関わる重大な症状です。

このように、薬物の毒性の理解は患者の安全確保に不可欠であると考えます。医師事務作業補助者として慎重に取り扱うことが私たちの役割であると考えます。

**⑤ 循環器系に作用する薬物（降圧薬）**

降圧薬は高血圧の治療に用いられる薬物で、作用機序により複数の種類に分類されます。

何よりも重要なのは、各薬剤の作用機序と特徴を理解し、患者への適切な説明と服薬管理を支援する必要があるということです。

カルシウム拮抗薬は血管を拡げて血圧を下げる作用があります。

主な薬剤としてアムロジピン、ベニジピン、ニフェジピン、ジルチアゼム、ベラパミルなどがあり、広く使用されています。

血管平滑筋へのカルシウムイオン流入を抑制することで血管を拡張させ、血圧を降下させます。

アンジオテンシンII受容体拮抗薬（ARB）は、

血圧を上げる物質であるアンジオテンシンIIの働きを抑えて血圧を下げます。

カンデサルタン、テルミサルタンなどが代表的な薬剤です。

アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬は、アンジオテンシンIIをつくらないようにして血圧を下げる薬剤です。

エナラプリル、イミダプリルなどがあります。

降圧利尿薬は塩分や水分を排泄させて尿量を増加させ、血圧を下げます。

フロセミド、トリクロルメチアジド、スピロノラクトンなどがあり、総血液量を減少させることで血圧を降下させます。

β遮断薬としてビソプロロール、アテノロールなどがあります。

**⑥ 消化器系に作用する薬物（下剤の種類）**

下剤は便秘の治療に用いられる薬物で、作用機序により複数の種類に分類されます。

何よりも重要なのは、各下剤の作用機序と特徴を理解し、適切な使い分けと服薬指導を行う必要があるということです。

膨張性下剤と浸潤性下剤は作用がゆるやかなため、習慣性の懸念が少なく安全性が高い薬剤です。

カルメロースナトリウムやジオクチルソジウムスルホサクシネートなどがあります。

飲み始めから数日で効果が発現し、便中の水分を増加させて排便を容易にします。

塩類下剤は酸化マグネシウムが代表的で、大腸内の水分を増加させて便を軟らかくします。

比較的作用はゆるやかですが、腎機能低下患者や高齢者は高マグネシウム血症に注意が必要です。

刺激性下剤はセンノシドやピコスルファートナトリウムなどがあり、

腸管を直接刺激して蠕動運動を促進します。

便秘症状が強いときに処方され、漢方薬も刺激性下剤に含まれます。

坐剤は直腸・大腸の粘膜を刺激し、即効性がありますが使用頻度には注意が必要です。

このように、下剤の種類と作用機序の理解は適切な服薬指導に不可欠であると考えます。

医師事務作業補助者として患者の状態に応じた薬剤選択を理解することが重要であると考えます。

## 1-5 「医学一般」についてそれぞれの要点をまとめましょう。

### ① 脳血管障害（脳卒中）

脳血管障害は脳の血管が詰まつたり破れたりすることで起こる疾患です。

何よりも重要なのは、発症後すぐに適切な治療を開始することで後遺症を最小限に抑えられるということです。

脳血管障害は大きく脳梗塞と脳出血に分類されます。

脳梗塞は脳の血管が詰まり血流が途絶えることで脳組織が壊死する疾患です。

急性期脳梗塞にはtPA静注療法が有効で、発症から4.5時間以内の投与が重要となります。

重症例や主幹動脈閉塞では血管内治療も選択肢となり、専門医との地域連携が必要です。

脳出血は脳内の血管が破れて出血する疾患で、くも膜下出血も含まれます。

くも膜下出血では頭部CTやMRI検査で診断し、クリッピング術やコイル塞栓術による治療が行われます。

突然の激しい頭痛や意識障害が特徴的な症状です。

脳血管障害の予防には高血圧や糖尿病などの生活習慣病の管理が不可欠です。

このように、脳血管障害は迅速な対応と適切な治療が予後を大きく左右すると考えます。

医師事務作業補助者として緊急性を理解し迅速に対応することが重要であると考えます。

### ② 循環器系疾患（高血圧症、狭心症、心筋梗塞）

循環器系疾患は心臓や血管の異常によって起こる疾患で、生命に直結する重要な疾患群です。

何よりも重要なのは、高血圧症を適切に管理することで狭心症や心筋梗塞を予防できるということです。

高血圧症は収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上の状態です。

血圧は心拍出量と末梢血管抵抗で決まり、正常高値血圧の段階から生活習慣の改善が必要となります。

目標血圧は収縮期血圧130mmHg未満、拡張期血圧80mmHg未満です。

虚血性心疾患には狭心症と心筋梗塞があり、冠動脈の血流障害で起こります。

狭心症は冠動脈が狭くなり一過性の虚血が起きる疾患で、ニトログリセリンが有効です。

心筋梗塞は冠動脈が完全に詰まり心筋が壊死する疾患です。

血液検査ではCPK、H-FABP、トロポニンTが上昇し、ニトログリセリンは無効です。

心筋梗塞を疑う場合は直ちに救急搬送が必要です。

食事療法と運動療法は循環器疾患の治療と予防の基本となります。

このように、循環器系疾患は早期発見と適切な管理が生命予後を改善すると考えます。

医師事務作業補助者として緊急性の判断と迅速な対応が重要であると考えます。

**③ 呼吸器疾患（肺炎）**

肺炎は肺の炎症性疾患で、細菌やウイルスなどの病原体が原因で起こります。

何よりも重要なのは、高齢者や基礎疾患のある患者では重症化しやすく、早期発見と適切な治療が必要だということです。

肺炎は発症の場所により市中肺炎と院内肺炎に分類されます。

市中肺炎は日常生活の中で罹患する肺炎で、肺炎球菌やマイコプラズマが主な原因菌です。

院内肺炎は入院後48時間以降に発症する肺炎で、綠膿菌やMRSAなど耐性菌が原因となることが多いです。

主な症状は発熱、咳嗽、喀痰、呼吸困難、胸痛などです。

診断には胸部X線検査や血液検査、喀痰培養検査が行われます。

血液検査ではCRPや白血球数の上昇が見られ、炎症の程度を評価します。

治療は抗菌薬投与が中心となり、原因菌に応じて適切な抗菌薬を選択します。

重症例では酸素療法や人工呼吸管理が必要となることもあります。

予防にはワクチン接種、手洗い、うがい、禁煙が有効です。

このように、肺炎は早期発見と適切な治療で重症化を防ぐことができると考えます。

医師事務作業補助者として患者の状態変化を見逃さず迅速に対応することが重要であると考えます。

**④ 消化管のしくみ（消化→吸収→排泄）**

消化管は口腔から肛門まで続く一連の管で、食物の消化・吸収・排泄を担う重要な器官です。

何よりも重要なのは、消化管の各部位がそれぞれ固有の機能を持ち、連携して栄養の吸収と老廃物の排泄を行っているということです。

消化は機械的消化と化学的消化に分けられます。

口腔では咀嚼により食物を細かくし、唾液中のアミラーゼが炭水化物の分解を開始します。

胃では胃酸とペプシンにより蛋白質が分解され、食塊と胃液が搅拌されます。

胃液は1日約2.5L分泌され、ペプシンによる蛋白質分解、胃酸による殺菌、粘液による粘膜保護の役割があります。

小腸では胰酵素と胆汁により栄養素が最終的に分解され、小腸粘膜から吸収されます。

十二指腸から大腸手前まで薬物も吸収されます。

大腸では水分の80～85%が吸収され、残りの15～20%の水分とともに未消化物が便として形成されます。

直腸に便が貯留すると排便反射が起り、肛門から排泄されます。

このように、消化管のしくみの理解は消化器疾患の病態把握に不可欠であると考えます。

医師事務作業補助者として消化管の機能を理解し適切に記録することが重要であると考えます。

## ⑤ 糖尿病の病型と治療の流れ

糖尿病は血糖値が慢性的に高い状態が続く代謝疾患です。

何よりも重要なのは、1型と2型では発症機序と治療法が異なり、適切な病型診断が必要だということです。

1型糖尿病は臍臓でインスリンがほとんど産生されなくなることで発症します。

小児や若年層に多く、急激に発症して症状が悪化します。

治療は必ずインスリン注射が必要で、臍臓のβ細胞が自己免疫により破壊されることが原因です。

2型糖尿病はインスリンの量の不足やインスリン抵抗性の亢進で発症します。

中高年に多く、ゆるやかに発症してゆっくり進行します。

過食や運動不足などの生活習慣が関与し、肥満が重要な危険因子です。

治療はSTEP1として食事療法と運動療法から開始します。

血糖コントロールが良好なら継続し、不良ならSTEP2で経口血糖降下薬を追加します。

さらに不良ならSTEP3でインスリン療法を導入します。

HbA1cは過去1~2か月間の血糖値の平均を反映し、7%未満が目標となります。

このように、糖尿病の病型理解と段階的治療が血糖コントロールの鍵となると考えます。

医師事務作業補助者として患者の病型と治療段階を正確に把握することが重要であると考えます。

## ⑥ 感染症の感染経路と主な疾患

感染症は病原体が体内に侵入して増殖することで起こる疾患です。

何よりも重要なのは、感染経路を理解し適切な予防策を講じることで感染を防げるということです。

主な感染経路には飛沫感染、空気感染、接触感染、経口感染、血液媒介感染があります。

飛沫感染は咳やくしゃみなどの飛沫により感染し、かぜやインフルエンザが代表的です。

空気感染は空气中を浮遊する微小な飛沫核により感染し、結核や麻疹が該当します。

接触感染は手指や食品、汚染された物品を介して感染します。

腸管出血性大腸菌O157やサルモネラ、ノロウイルスなどの食中毒が代表的です。

血液媒介感染は注射や輸血、性的接触により感染し、エイズや肝炎が該当します。

経口感染には経口感染、接触感染、飛沫感染、空気感染があり、ノロウイルスは特に感染力が強く、二枚貝や嘔吐物を介して感染します。

感染経路に応じた標準予防策と感染経路別予防策の実施が重要です。

このように、感染経路の理解と適切な予防策が感染症対策の基本であると考えます。

医師事務作業補助者として感染対策の重要性を理解し徹底することが重要であると考えます。

## 1-6 「診療録の記載・電子カルテ」についてそれぞれの要点をまとめましょう。

### ① 療録（カルテ）の記録

患者の住所、氏名、性別、年齢、病名及び主要症状、治療方法、診療の年月日を必ず記載し、5年間保存しなければなりません。

病名は1病名1行で記載し、ICD-10などの標準的な傷病名を日本語で記入します。

保険病名の記載は禁止されており、開始日、終了日、転帰を必ず記録することが求められます。

記載の原則として、ボールペンまたはインクを使用し、鉛筆は認められません。

修正する場合は二重線で抹消して訂正し、消しゴムや修正液の使用は不適切です。

複数の医師が診療にあたる場合は実際に診療を行った医師が署名、記名、押印します。

望ましい記録方法としてPOSがあり、SOAPによる経過記録が推奨されます。

診療報酬請求の根拠となるため算定要件とされている内容は必ず記載することが重要です。

このように、診療録の適切な記載は医療の質と医療機関の法的防衛につながると考えます。

医師事務作業補助者として診療録記載の重要性を理解し正確に作成することが重要であると考えます。診療録は医師法により記載と保存が義務付けられた公的記録です。

何よりも重要なのは、記載がない場合は診療を行わなかったものとみなされるため、遅滞なく正確に記載する必要があるということです。

診療録には様式第一号に基づき必要事項を記載します。

### ② 電子カルテ

電子カルテは電子的に記録・保存した診療録で、情報を紙ベースからシステム上で一元管理する仕組みです。

何よりも重要なのは、電子カルテにより情報の共有化と業務の効率化が実現できるということです。

電子カルテのメリットとして患者サービスの向上があります。

診療終了と同時に会計計算と処方箋発行が可能になり、待ち時間の大幅短縮が実現します。

院内業務では事務作業の効率化により紙カルテを見ながら会計入力を行う作業が不要になります。

カルテ管理の省力化によりカルテ出しや搬送、収納などの煩雑な作業が削減されます。

質の高い医療の推進として情報の共有化が挙げられます。

院内の各部門で同一患者のカルテが参照可能になり、重複検査の防止と情報伝達の迅速化が可能です。

長期保存された電子カルテから必要な情報を速やかに検索できます。

電子保存には真正性、見読性、保存性の確保という三原則が必要です。

デメリットとして高額な設備投資、システムダウン時のリスク、セキュリティ対策が課題となります。

このように、電子カルテは医療の質向上と業務効率化に貢献する重要なシステムであると考えます。

医師事務作業補助者として電子カルテの適切な運用とセキュリティ管理が重要であると考えます。

## 1-7 「各種診断書・証明書・申請書」について、目的と主な記載の要点をまとめましょう。

### ① 出生証明書

出生証明書は出生の事実を証明する法的文書です。

何よりも重要なのは、医師または助産師が出産に立ち会った場合、正当な理由なくして証明書の交付を拒んではならないということです。

作成時には分娩記録から必要事項を抽出します。

子の氏名および性別、生まれた年月日と時刻を午前・午後で明記します。

出生場所については病院、診療所、助産所などの種別を選択し施設名と住所を記載します。

体重および身長は正確に測定値を記載し単位に注意が必要です。

多胎妊娠の場合は出生した子の数だけ出生証明書を作成します。

死産した児がいればその数だけ死産証書が必要となります。

単胎か多胎かの別を明記し、多胎の場合は何番目の子であるかを記載します。

母の氏名は戸籍上の氏名を正確に記載し、妊娠週数を記録します。

この母の出産した子の数には今回の出生子、出生後死亡した子、妊娠22週以後の死産児を含めます。

出生立会者として医師と助産師が共に立ち会った場合には医師が記載します。

証明日は書類作成日であり最終診察日以降の日付である必要があります。

このように、出生証明書は正確な情報に基づく作成が求められる重要な文書であると考えます。

医師事務作業補助者として分娩記録を正確に読み取り丁寧に作成することが重要であると考えます。

### ② 休業補償給付請求書

休業補償給付請求書は労働者災害補償保険の休業補償給付を受給するための請求書です。

何よりも重要なのは、業務災害または通勤災害による傷病の療養のため労働することができず賃金が支払われないときに経済的補償を受けられるということです。

業務災害の場合は様式第8号、通勤災害の場合は様式第16号の6を使用します。

傷病の部位および傷病名を診療録に基づき労務不能の原因となった傷病名として記載します。

療養の給付を受けた医療機関名、療養の期間、診療実日数を正確に記載します。

療養期間内に医療機関で実際に受診した日数を診療実日数として記載します。

入院の場合は入院期間を実日数と数えます。

労務不能と認めた期間については診療録に基づき記載します。

労働者本人記入欄の療養のため労働できなかった期間を参考にします。

傷病の経過については期間の最終日時点での傷病の状態の該当項目を選択します。

証明日は証明を行った日つまり文書作成日を記載します。

最終日以降の日付でなければなりません。

医療機関の所在地と名称を記載し医師による最終確認と直筆のサインが必要です。

このように、休業補償給付請求書は診療録に基づく正確な記載が不可欠な文書であると考えます。

医師事務作業補助者として労務不能の状態を正確に記録し適切に作成することが重要であると考えます。

### ③ 自動車損害賠償責任保険診断書

自動車損害賠償責任保険診断書は交通事故による傷害の診断を証明する文書です。

何よりも重要なのは、患者からの依頼内容が文書の目的となり、事故証明等に用いられる公的な証明書であるということです。

作成にあたっては文書の目的を見極めることが最も大切です。

職場を欠勤するため、学校を欠席するため、交通事故の事故証明等、使用目的によって記載内容が変わります。診断する日付は原則として診察日を記載します。

診断書には傷病名、受傷日時、症状の経過、治療内容を記載します。

交通事故との因果関係を明確にするため受傷機転について正確に記録する必要があります。

就労や通学への影響について具体的に記載することが求められます。

入院の必要性がある場合は入院期間を明記します。

通院加療が必要な場合は通院見込み期間を記載します。

後遺障害が予想される場合はその旨を記載することが重要です。

診療録に基づき客観的な事実を正確に記載します。

患者の主観的な訴えと医学的所見を区別して記録します。

保険請求の根拠となる文書であるため記載漏れのないよう注意が必要です。

このように、自動車損害賠償責任保険診断書は目的を理解した上での正確な記載が求められる文書であると考えます。

### ④ 主治医意見書（介護保険）

主治医意見書は介護保険の要介護認定・要支援認定を決定する要因の一つです。

何よりも重要なのは、適切な介護の提供のためには患者の病状への配慮が不可欠であり、主治医意見書による的確かつ詳細な医学的情報の提供が重要であるということです。

作成にあたっては介護の視点でみることが求められます。

二次判定の基礎資料となり、専門家の意見が反映され、訪問看護やリハビリテーション等の医学的管理の必要性を指摘します。

介護支援専門員への情報提供としても活用されます。

初回認定と要介護認定・要支援認定の更新の都度作成します。

要介護認定のための意見書であることに注意します。

最終診察日、意見書作成回数、診療科名を正確に記載します。

傷病に関する意見では診断名、症状としての安定性、傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容を記載します。

心身の状態では障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度を判定基準に基づき選択します。

サービス提供時における医学的観点からの留意事項を具体的に記載します。

このように、主治医意見書は介護認定と適切な介護サービス提供に不可欠な文書であると考えます。

医師事務作業補助者として介護の視点を理解し診療録に基づき正確に作成することが重要であると考えます。

## ⑤ 死亡診断書・死体検案書

死亡診断書・死体検案書は人間の死亡に関する医学的証明書です。

何よりも重要なのは、診断書と検案書のどちらかを二重線で抹消することと、死因を正確に記載することです。

死亡診断書は診療継続中の患者が診療に係る疾病で死亡した場合に作成します。

受診後24時間以内に死亡した場合も死亡診断書を作成できます。

標題は目的に応じて不要なものを二重線で抹消し関連箇所もすべて削除します。

死亡したとき、死亡したところ及びその種別を正確に記載します。

死亡確認時刻ではなく死亡時刻を記載することが必要です。

医療機関で死亡の場合は病院または診療所を選択し医療機関の住所と名称を記載します。

死亡の原因については直接死因を欄アに記載します。

疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全は記載しません。

各欄には1傷病名を記載し発病または受傷から死亡までの期間を記載します。

悪性新生物については原発、転移の別、病理組織型、部位を記入します。

死因の種類として該当項目を選択し、外因死にあたる場合は外因死の追加事項欄にその状況を記載します。

証明日は死亡診断を行った日を記載し、本診断書発行年月日には診断書を作成した日を記載します。

## ⑥ 医療要否意見書

医療要否意見書は生活保護の医療扶助の範囲を決定するための文書です。

何よりも重要なのは、医療扶助が決定された場合、医療券により診療を受け、継続治療が必要な人は福祉事務所で期間を印字したものを持参または送付されるということです。

医療券の発行前に福祉事務所から記載依頼があり提出を求められます。

初診で緊急を要する人は医療券を持たずに受診し、後日要否意見書を提出します。

氏名と生年月日を正確に記載します。

傷病名または部位について診療録に基づき治療中の傷病すべてについて記載します。

転帰については治療の見込みについて該当する項目を選択します。

主要症状及び今後の診療については診療録に基づき記載します。

診療見込期間については診療録に基づき記載します。

医療要否意見については今後の医療または入院の必要性について該当する項目を選択します。

診療録に記載のない場合には担当医に確認の上記載します。

日付は福祉事務所から依頼の医療要否期間の開始日より前に文書作成しその日付を記載します。

指定医療機関の所在地および名称を記載し、医師に最終確認を依頼し直筆のサインと押印を得ます。

このように、

医療要否意見書は生活保護受給者の医療提供を適切に行うための重要な文書であると考えます。

## 1-8 「個人情報保護」について要点をまとめましょう。

### ① 個人情報保護法とは何か

個人情報保護法の基礎はプライバシー権にあります。

何よりも重要なのは、プライバシー権とは自分に関する情報をコントロールし得る権利であり、自己に関する情報が自分のコントロール下におかれていればプライバシーは保護されている状態といえるということです。

プライバシー権の根拠は日本国憲法第13条の幸福追求権にあります。

人間は社会的な生き物であるため、どのように社会にはたらきかけるか、どのように社会に評価されるかが重要な問題となります。

個人情報とは生存する個人に関する情報で特定の個人が識別可能なものです。

死者は除かれます。

予測の範囲内の情報の動きであればコントロールされている状態といえ改めての同意は不要です。

予測の範囲外の情報の動きではコントロールできていない状態となり改めての同意が必要です。

医療における個人情報には特に重要性があります。

遺伝情報は生涯変化せず本人だけでなく血縁者にかかる場合もあります。

病歴等は差別や偏見につながる可能性があるため厳格な確保が必要な分野に指定されています。

国会の付帯決議においても医療分野は要配慮個人情報として特に慎重な取り扱いが求められています。

このように、個人情報保護法はプライバシー権を基礎とした重要な法律であると考えます。

医師事務作業補助者として個人情報の重要性を理解し適切に取り扱うことが重要であると考えます。

### ② 個人情報保護法の内容

個人情報保護法では個人情報を生存する個人に関する情報で

特定の個人が識別可能なものと定義しています。

何よりも重要なのは、要配慮個人情報については人種・信条等により本人が不利益を被らないようとくに配慮を要するものとされ本人の同意なく取得できないということです。

要配慮個人情報には病歴、診療情報、遺伝情報等が含まれます。

本人の同意なく取得することはできません。

オプトアウトによる第三者提供もできません。

ただし厚生労働省ガイドでは默示の同意を認め現行と同じ扱いとなっています。

個人情報の開示請求について本人からの請求があれば原則として開示する必要があります。

ただし本人の利益を害するおそれのある場合や第三者の利益を害するおそれのある場合は開示を拒否してよい場合があります。

精神科患者のカルテ開示により医師との信頼を破壊し治療に支障をきたす場合等が該当します。

利用停止・消去等の請求については本人の権利

または正当な利益が害されるおそれがある場合に対応が必要です。

配偶者からの照会については未成年の個人情報は原則本人の判断に委ねます。

配偶者には無条件で回答してよいわけではありません。

このように、

個人情報保護法は要配慮個人情報の適切な取り扱いと本人の権利保護を定めた法律であると考えます。

### ③ 個人情報漏洩時の対応について

個人情報漏洩時には迅速かつ適切な対応が求められます。

何よりも重要なのは、個人情報の保護に関する法律等を遵守し患者のプライバシー保護に十分留意し個人情報の保護が担保されていることと事故等が発生した場合における責任の所在を明確にしておくことです。

漏洩が発見された時点で直ちに医療機関の管理者に報告します。

報告を受けた管理者は安全管理委員会等の組織を通じて事実関係を確認し原因を究明します。

個人の責任追及よりも事故の原因を究明し防止対策が重視されるべきです。

漏洩の範囲と影響を速やかに把握します。

どのような情報がどの程度漏洩したのかを正確に調査します。

患者への影響の程度を評価し必要な措置を検討します。

本人への通知と謝罪を行います。

漏洩した情報の内容と経緯を説明します。

今後の対応策について丁寧に説明し理解を得ます。

二次被害を防止するための措置を講じます。

再発防止策を策定し実施します。

漏洩の原因となった要因を分析します。

安全管理指針の見直しや職員研修の実施等の具体的な防止策を講じます。

防止策の実施状況をモニタリングし継続的に改善します。

## 1-9 「安全管理」について要点をまとめましょう。

### ① 医療の安全とは

医療の安全とは、医療を行う過程で発生する健康障害を防止し患者の安全を最優先に考えることです。何よりも重要なのは、個人の責任追及よりも事故の原因を究明し防止対策を重視することと患者の安全を最優先に考える安全文化の醸成が必要だということです。

医療は不具合を抱え病態が不確実に変化する患者に対する侵襲行為です。

巨大で複雑な病院組織において要素技術の進歩に管理技術が伴っていない現状があります。

米国IOM報告書「To Err is Human」では人は間違えるものとして個人の過誤よりシステムの不備を重視すべきだと指摘されています。

医療安全への関心は世界的な現象です。

1999年の横浜市立大学患者取り違え事故を契機に日本でも医療事故の記事数や訴訟件数が大きく増加しました。

2002年には医療安全推進総合対策が策定され安全管理指針の作成、院内報告制度、安全管理委員会、職員研修等の体制整備が進められています。

院内体制の構築にはリスクセンスの涵養、院内報告制度、

分析に基づいた防止策の導入・定着、外部との連携が必要です。

医療安全文化の醸成により安全で活力ある職場づくりを目指します。

このように、医療の安全はシステムの改善と安全文化の醸成により実現されるものであると考えます。

医師事務作業補助者として患者の安全を最優先に考える姿勢が重要であると考えます。

### ② 医療事故とは

医療事故とは医療を行う過程で原疾患ではなく医療行為により生じた健康障害のことです。

何よりも重要なのは、医療事故はアクシデントとインシデントに分類され健康障害を伴うものがアクシデントで健康障害を伴わないものがインシデントだということです。

アクシデントは過誤を伴わない医療事故と医療過誤に大別されます。

医療過誤には計画の過誤と執行の過誤があります。

計画の過誤は医療の適切性に関わるもので執行の過誤は実施段階での誤りです。

過失とは平均的な医師に通常期待される診療水準を下回ったもので医療過誤に含まれます。

医療事故の影響度分類では、レベル0は誤った行為が発生したが患者には実施されなかった状態、レベル1は誤った行為を患者に実施したが健康被害を生じなかった状態、レベル5は行った医療管理による死亡とされています。

医療事故調査制度は2015年に開始され医療の安全を確保し医療事故の再発防止を図ることを目的としています。

対象は医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し又は起因すると疑われる死亡又は死産であって管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものです。

このように、医療事故は適切に分類し報告することで再発防止につながる重要な情報源であると考えます。

医師事務作業補助者として医療事故の定義を理解し適切に対応することが重要であると考えます。

### ③ 未然防止と安全確保

未然防止と安全確保にはヒヤリハット報告と根本原因分析に基づいた防止策の導入が必要です。

何よりも重要なのは、ハインリッヒの法則により重大事故1件の背景に軽微な事故29件とヒヤリハット300件があることを理解し軽微な事故やヒヤリハットから多くのことを学ぶことです。

ヒヤリハット報告は安全で安心な職場づくりの基盤となります。

報告停滞の原因には重要性を理解しない、報告しても反応がない、人事考課への不安があります。

非難のない対応が必要です。

根本原因分析は標準的な事故原因の解析手法です。

時間経過がわかり他の職種が何を行っているかを理解できます。

業務フローや手順書との親和性が高い特徴があります。

実効性の検証にはルール化、予防策の遵守状況のモニタリング、同種事故の減少確認が必要です。

予防策の留意点として、対策の担当者と導入時期を明確にすること、ルールは単純明快にすること、なぜ必要かを繰り返し教育研修でふれること、ルールの遵守状況をモニタリングすること、ルールを守ってトラブルに巻き込まれた場合には組織が守ることが重要です。

このように、未然防止と安全確保はヒヤリハット報告と根本原因分析により実現されるものであると考えます。

医師事務作業補助者として積極的にヒヤリハットを報告し組織の安全文化醸成に貢献することが重要であると考えます。

## 区分2.病院の機能と組織と役割

2-1 各医療機関の施設基準等

2-2 院内組織

2-3 院内規程（安全管理・個人情報保護等）

2-4 院内規程（職務分掌）

## 2-1 各医療機関の施設基準等

施設基準等に係る届出に該当する項目に丸印（○）でチェックしなさい。  
該当がない場合は空欄にしなさい。

## 基本診療料の届出書チェックシート

医 科

名 称	あり
情報通信機器を用いた診療	
機能強化加算	
外来感染対策向上加算	
連携強化加算	
サーベイランス強化加算	
抗菌薬適正使用体制加算	
医療DX推進体制整備加算	
時間外対応加算1	
時間外対応加算2	
時間外対応加算3	
時間外対応加算4	
地域包括診療加算	
看護師等遠隔診療補助加算	
一般病棟入院基本料	
療養病棟入院基本料	
結核病棟入院基本料	
精神病棟入院基本料	
特定機能病院入院基本料	
専門病院入院基本料	
障害者施設等入院基本料	
有床診療所入院基本料	
有床診療所療養病床入院基本料	
総合入院体制加算1	
総合入院体制加算2	
総合入院体制加算3	
急性期充実体制加算	
救急医療管理加算	
超急性期脳卒中加算	
診療録管理体制加算1	
診療録管理体制加算2	
診療録管理体制加算3	
医師事務作業補助体制加算1	
医師事務作業補助体制加算2	
急性期看護補助体制加算	



名 称	あり
看護職員夜間配置加算	
特殊疾患入院施設管理加算	
看護配置加算	
看護補助加算	
療養環境加算	
重症者等療養環境特別加算	
療養病棟療養環境加算1	
療養病棟療養環境加算2	
療養病棟療養環境改善加算1	
療養病棟療養環境改善加算2	
診療所療養病床療養環境加算	
診療所療養病床療養環境改善加算	
無菌治療室管理加算1	
無菌治療室管理加算2	
放射線治療病室管理加算（治療用放射性同位元素による治療の場合）	
放射線治療病室管理加算（密封小線源による治療の場合）	
緩和ケア診療加算	
有床診療所緩和ケア診療加算	
小児緩和ケア診療加算	
精神科応急入院施設管理加算	
精神病棟入院時医学管理加算	
精神科地域移行実施加算	
精神科身体合併症管理加算	
精神科リエゾンチーム加算	
依存症入院医療管理加算	
摂食障害入院医療管理加算	
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	
栄養サポートチーム加算	
医療安全対策加算1	
医療安全対策加算2	
感染対策向上加算1	
感染対策向上加算2	
感染対策向上加算3	
患者サポート体制充実加算	
重症患者初期支援充実加算	
報告書管理体制加算	
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	
ハイリスク妊娠管理加算	

## 区分2-1.各医療機関の施設基準等

ハイリスク分娩管理加算	
-------------	--

名 称	あり
地域連携分娩管理加算	
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	
呼吸ケアチーム加算	
術後疼痛管理チーム加算	
後発医薬品使用体制加算1	
後発医薬品使用体制加算2	
後発医薬品使用体制加算3	
バイオ後続品使用体制加算	
病棟薬剤業務実施加算1	
病棟薬剤業務実施加算2	
データ提出加算	
入退院支援加算	
精神科入退院支援加算	
医療的ケア児（者）入院前支援加算	
認知症ケア加算	
せん妄ハイリスク患者ケア加算	
精神疾患診療体制加算	
精神科急性期医師配置加算	
排尿自立支援加算	
地域医療体制確保加算	
協力対象施設入所者入院加算	
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	
特定集中治療室管理料4	
特定集中治療室管理料5	
特定集中治療室管理料6	
ハイケアユニット入院医療管理料1	
ハイケアユニット入院医療管理料2	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
小児特定集中治療室管理料1	
小児特定集中治療室管理料2	
新生児特定集中治療室管理料1	

## 区分2-1.各医療機関の施設基準等

新生児特定集中治療室管理料2	
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	

名 称	あり
総合周産期特定集中治療室管理料	
新生児治療回復室入院医療管理料	
地域包括医療病棟入院料	
一類感染症患者入院医療管理料	
特殊疾患入院医療管理料	
小児入院医療管理料1	
小児入院医療管理料2	
小児入院医療管理料3	
小児入院医療管理料4	
小児入院医療管理料5	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	
回復期リハビリテーション病棟入院料2	
回復期リハビリテーション病棟入院料3	
回復期リハビリテーション病棟入院料4	
回復期リハビリテーション病棟入院料5	
回復期リハビリテーション病棟入院料6	
地域包括ケア病棟入院料1 及び地域包括ケア入院医療管理料1	
地域包括ケア病棟入院料2 及び地域包括ケア入院医療管理料2	
地域包括ケア病棟入院料3 及び地域包括ケア入院医療管理料3	
地域包括ケア病棟入院料4 及び地域包括ケア入院医療管理料4	
特殊疾患病棟入院料1	
特殊疾患病棟入院料2	
緩和ケア病棟入院料1	
緩和ケア病棟入院料2	
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1	
精神科急性期治療病棟入院料2	
精神科救急・合併症入院料	
児童・思春期精神科入院医療管理料	
精神療養病棟入院料	
認知症治療病棟入院料1	
認知症治療病棟入院料2	
精神科地域包括ケア病棟入院料	
特定一般病棟入院料1	
特定一般病棟入院料2	
地域移行機能強化病棟入院料	
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	
短期滞在手術等基本料1	

短期滞在手術等基本料3

## 歯科

名 称	あり
歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	
地域歯科診療支援病院歯科初診料	
歯科診療医療安全対策加算1	
歯科診療医療安全対策加算2	
歯科外来診療感染対策加算1	
歯科外来診療感染対策加算2	
歯科外来診療感染対策加算3	
歯科外来診療感染対策加算4	
歯科診療特別対応連携加算	
歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注12に規定する施設基準	
地域歯科診療支援病院入院加算	

## 特掲診療料の届出書チェックシート

## 医科

名 称	あり
ウイルス疾患指導料	
外来栄養食事指導料（注2）	
外来栄養食事指導料（注3）	
遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	
喘息治療管理料	
糖尿病合併症管理料	
がん性疼痛緩和指導管理料	
がん患者指導管理料イ	
がん患者指導管理料ロ	
がん患者指導管理料ハ	
がん患者指導管理料ニ	
外来緩和ケア管理料	
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	
移植後患者指導管理料（造血肝細胞移植後）	
糖尿病透析予防指導管理料	
小児運動器疾患指導管理料	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料1	
乳腺炎重症化予防ケア・指導料2	
婦人科特定疾患治療管理料	
腎代替療法指導管理料	
一般不妊治療管理料	
生殖補助医療管理料1	
生殖補助医療管理料2	
二次性骨折予防継続管理料1	
二次性骨折予防継続管理料2	
二次性骨折予防継続管理料3	
下肢創傷処置管理料	
慢性腎臓病透析予防指導管理料	
地域連携小児夜間・休日診療料1	
地域連携小児夜間・休日診療料2	
地域連携夜間・休日診療料	
院内トリアージ実施料	
救急搬送看護体制加算	
外来放射線照射診療料	
地域包括診療料1	
地域包括診療料2	
小児かかりつけ診療料1	



名 称	あり
小児かかりつけ診療料2	
外来腫瘍化学療法診療料1	
外来腫瘍化学療法診療料2	
外来腫瘍化学療法診療料3	
連携充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	
がん薬物療法体制充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	
外来データ提出加算(生活習慣病管理料)	
ニコチン依存症管理料1	
ニコチン依存症管理料2	
相談支援加算(療養・就労両立支援指導料)	
開放型病院共同指導料	
在宅療養支援診療所	
ハイリスク妊産婦共同管理料(I)	
がん治療連携計画策定料	
がん治療連携指導料	
外来排尿自立指導料	
ハイリスク妊産婦連携指導料1	
ハイリスク妊産婦連携指導料2	
肝炎インターフェロン治療計画料	
こころの連携指導料(I)	
こころの連携指導料(II)	
プログラム医療機器等指導管理料	
薬剤管理指導料	
地域連携診療計画加算	
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	
医療機器安全管理料1	
医療機器安全管理料2	
精神科退院時共同指導料1	
精神科退院時共同指導料2	
在宅療養支援病院	
介護保険施設等連携往診加算	
在宅医療DX情報活用加算	
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1	
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2	
在宅データ提出加算 (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)	
在宅がん医療総合診療料	
在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)	
重症患者搬送加算	



名 称	あり
救急患者連携搬送料	
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	
訪問看護・指導体制充実加算	
専門管理加算	
訪問看護医療DX情報活用加算	
遠隔死亡診断補助加算	
在宅療養後方支援病院	
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	
在宅血液透析指導管理料	
遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	
遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）	
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）	
遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	
遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	
染色体検査の注2に規定する施設基準	
骨髄微小残存病変量測定	
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	
がんゲノムプロファイリング検査	
角膜ジストロフィー遺伝子検査	
先天性代謝異常症検査	
抗アデノ随伴ウイルス9型（A A V 9）抗体	
抗H L A抗体（スクーリング検査）及び抗H L A抗体（抗体特異性同定検査）	
H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（S A R S - C o V - 2核酸検出を含まないもの）	
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	
検体検査管理加算（I）	
検体検査管理加算（II）	
検体検査管理加算（III）	
検体検査管理加算（IV）	
国際標準検査管理加算	
遺伝カウンセリング加算	



名 称	あり
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	
胎児心エコー法	
ヘッドアップティルト試験	
人工膜臓検査	
皮下連続式グルコース測定	
長期継続頭蓋内脳波検査	
長期脳波ビデオ同時記録検査1	
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	
単線維筋電図	
光トポグラフィー	
脳磁図	
安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	
脳波検査判断料1	
遠隔脳波診断	
神経学的検査	
補聴器適合検査	
黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	
ロービジョン検査判断料	
コンタクトレンズ検査料1	
コンタクトレンズ検査料2	
コンタクトレンズ検査料3	
コンタクトレンズ検査料4	
小児食物アレルギー負荷検査	
内服・点滴誘発試験	
センチネルリンパ節生検（片側）	
経頸静脈的肝生検	
前立腺針生検法（M R I撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	
C T透視下気管支鏡検査加算	
経気管支凍結生検法	
画像診断管理加算1	
画像診断管理加算2	
画像診断管理加算3	
画像診断管理加算4	
遠隔画像診断	

名 称	あり
ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影	
ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	
CT撮影及びMRI撮影	
冠動脈CT撮影加算	
血流予備量比コンピューター断層撮影	
外傷全身CT加算	
心臓MRI撮影加算	
乳房MRI撮影加算	
小児鎮静下MRI撮影加算	
頭部MRI撮影加算	
全身MRI撮影加算	
肝エラストグラフィ加算	
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	
外来後発医薬品使用体制加算	
外来化学療法加算1	
外来化学療法加算2	
無菌製剤処理料	
心大血管疾患リハビリテーション料（I）	
リハビリテーションデータ提出加算	
心大血管疾患リハビリテーション料（II）	
脳血管疾患等リハビリテーション料（I）	
脳血管疾患等リハビリテーション料（II）	
脳血管疾患等リハビリテーション料（III）	
運動器リハビリテーション料（I）	
運動器リハビリテーション料（II）	
運動器リハビリテーション料（III）	
呼吸器リハビリテーション料（I）	
呼吸器リハビリテーション料（II）	
摂食嚥下機能回復体制加算1（摂食機能療法）	
摂食嚥下機能回復体制加算2（摂食機能療法）	
摂食嚥下機能回復体制加算3（摂食機能療法）	
難病患者リハビリテーション料	
障害児（者）リハビリテーション料	

名 称	あり
がん患者リハビリテーション料	
認知症患者リハビリテーション料	
リンパ浮腫複合的治療料	
集団コミュニケーション療法料	
経頭蓋磁気刺激療法	
児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	
療養生活環境整備指導加算（通院・在宅精神療法）	
療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	
救急患者精神科継続支援料	
認知療法・認知行動療法1	
認知療法・認知行動療法2	
依存症集団療法1	
依存症集団療法2	
精神科作業療法	
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	
精神科ナイト・ケア	
精神科デイ・ナイト・ケア	
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	
重度認知症患者デイ・ケア料	
精神科在宅患者支援管理料1又は2	
精神科在宅患者支援管理料3	
医療保護入院等診療料	
処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	
多血小板血漿処置	
硬膜外自家血注入	
エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	
エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	
人工腎臓	
導入期加算1（人工腎臓）	
導入期加算2（人工腎臓）	
導入期加算3（人工腎臓）	
透析液水質確保加算慢性維持透析濾過加算（人工腎臓）	
下肢末梢動脈疾患指導管理加算（人工腎臓）	

名 称	あり
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法	
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	
ストーマ合併症加算	
人工膜臓療法	
磁気による膀胱等刺激法	
心不全に対する遠赤外線温熱療法	
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	
手術用顕微鏡加算	
口腔粘膜処置	
皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	
皮膚移植術（死体）	
自家脂肪注入	
組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	
四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	
骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	
人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	
椎間板内酵素注入療法	
腫瘍脊椎骨全摘術	
緊急穿頭血腫除去術	
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	
内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	
脳血栓回収療法連携加算	
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、	
脊髓刺激装置植込術及び脊髓刺激装置交換術	
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合に限る。）	
癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	
舌下神経電気刺激装置植込術	

名 称	あり
角結膜悪性腫瘍切除手術	
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	
内皮移植加算	
羊膜移植術	
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））	
緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	
緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	
網膜再建術	
経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	
植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	
耳管用補綴材挿入術	
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び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）	
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、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）	
内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
喉頭形成手術（甲状腺固定用器具を用いたもの）	
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	
顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（M R I によるもの）	
乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算1又は乳癌センチネルリンパ節生検加算2を算定する場合に限る。）	
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	
乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	

名 称	あり
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
気管支バルブ留置術	
胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	
同種死体肺移植術	
生体部分肺移植術	
肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
内視鏡下筋層切開術	
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎孟）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腎腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	
経カテーテル弁置換術	
経皮的僧帽弁クリップ術	
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	
不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	
経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	
経皮的中隔心筋焼灼術	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	
補助人工心臓	
小児補助人工心臓	

名 称	あり
植込型補助人工心臓（非拍道流型）	
同種心移植術	
同種心肺移植術	
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	
経皮的下肢動脈形成術	
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	
内視鏡的逆流防止粘膜切除術	
腹腔鏡下リンパ節群郭清術	
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	
腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	
腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	
骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
内視鏡的逆流防止粘膜切除術	
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	
腹腔鏡下胃縮小術	
バルーン閉塞下経靜脈的塞栓術	
腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下胆囊悪性腫瘍手術（胆囊床切除を伴うもの）	
胆管悪性腫瘍手術（脾頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	
体外衝撃波胆石破碎術	
腹腔鏡下肝切除術	
腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
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）	
生体部分肝移植術	
同種死体肝移植術	
体外衝撃波脾石破碎術	
腹腔鏡下脾腫瘍摘出術及び腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	
腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	

名 称	あり
腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下臍中央切除術	
腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
同種死体臍移植術、同種死体臍腎移植術	
同種死体臍島移植術	
生体部分小腸移植術	
同種死体小腸移植術	
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下小切開副腎摘出術	
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
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)	
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	
腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	
腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
同種死体腎移植術	
生体腎移植術	
腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	
腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	
腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	
尿道狭窄グラフト再建術	
人工尿道括約筋植込・置換術	
精巣温存手術	
精巣内精子採取術	
焦点式高エネルギー超音波療法	
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	
腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	

名 称	あり
女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチ ネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）	
腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下仙骨腔固定術	
腹腔鏡下仙骨腔固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	
胎児胸腔・羊水腔シャント術	
無心体双胎焼灼術（一連につき）	
胎児輸血術（一連につき）及び臍帶穿刺	
体外式膜型人工肺管理料	
医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	
・	
・	
・	
・	
・	
・	
・	
手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	
胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）	
医科点数表第2章第10部手術の通則19に掲げる手術	
・	
・	
・	
周術期栄養管理実施加算	
再製造単回使用医療機器使用加算	

名 称	あり
輸血管管理料I	
輸血管管理料II	
輸血適正使用加算	
貯血式自己血輸血管理体制加算	
コーディネート体制充実加算	
自己生体組織接着剤作成術	
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	
人工肛門・人工膀胱造設術処置加算	
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	
凍結保存同種組織加算	
麻酔管理料（I）	
麻酔管理料（II）	
周術期薬剤管理加算	
放射線治療専任加算	
外来放射線治療加算	
遠隔放射線治療計画加算	
高エネルギー放射線治療	
1回線量増加加算	
強度変調放射線治療（IMRT）	
画像誘導放射線治療（IGRT）	
体外照射呼吸性移動対策加算	
定位放射線治療	
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	
粒子線治療	
粒子線治療適応判定加算	
粒子線治療医学管理加算	
ホウ素中性子捕捉療法	
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	
画像誘導密封小線源治療加算	
保険医療機関間の連携による病理診断	
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	
デジタル病理画像による病理診断	
病理診断管理加算	
悪性腫瘍病理組織標本加算	

## 歯科

名 称	あり
医療機器安全管理料（歯科）	
歯科治療時医療管理料	
小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算	
在宅療養支援歯科診療所1	
在宅療養支援歯科診療所2	
在宅療養支援歯科病院	
在宅患者歯科治療時医療管理料	
在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	
歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	
歯科訪問診療料の注15に規定する基準	
在宅歯科医療推進加算	
口腔細菌定量検査	
有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	
精密触覚機能検査	
睡眠時歯科筋電図検査	
歯科画像診断管理加算	
歯科口腔リハビリテーション料2	
処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	
手術用顕微鏡加算	
口腔粘膜処置	
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	
歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算	
歯科技工士連携加算2	
光学印象	
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	
有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	
顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	
手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）	
歯周組織再生誘導手術	
手術時歯根面レーザー応用加算	
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	
歯根端切除手術の注3	
口腔粘膜血管腫凝固術	
レーザー機器加算の施設基準	
歯科麻酔管理料	



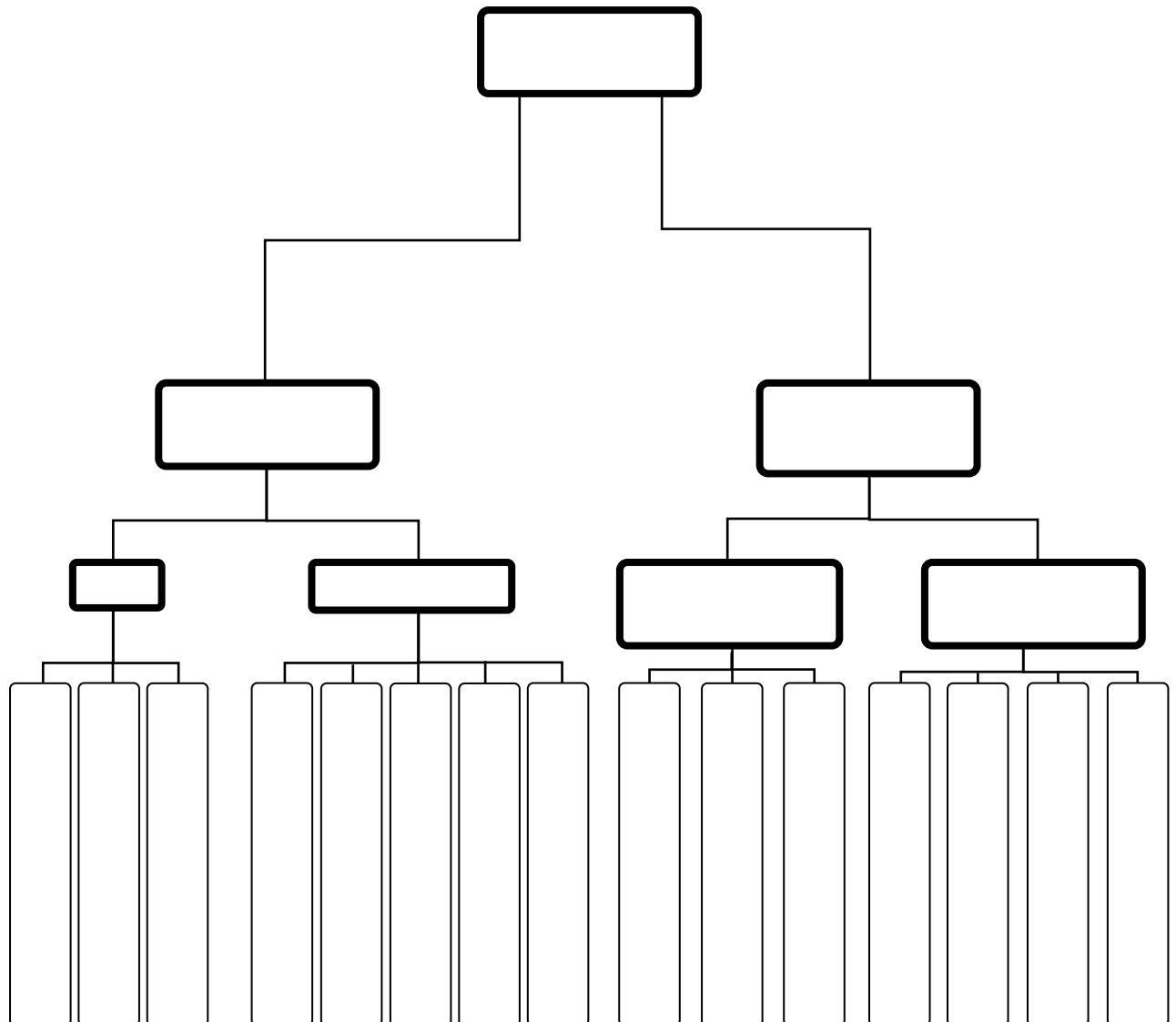
名 称	あり
口腔病理診断管理加算	
クラウン・ブリッジ維持管理料	
歯科矯正診断料	
頸口腔機能診断料（頸変形症（頸離断等の手術を必要とするもの に限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	
歯科点数表第2章第9部の通則4に掲げる手術	
・	
・	
・	
・	
・	
・	

## №2 院内組織

組織図を作成、または院内組織図を添付する。※部署や機関名称を記載。氏名は省略可。

組織図例を使用するか、所属施設の組織図を次ページに添付する。

【組織図例】



別途作成した組織図を添付してください。 (各施設で使用している様式など)

## 2-3 院内規程

院内における安全管理対策・個人情報保護対策について答えなさい。

### ●安全管理

1. 医療安全管理者の氏名

( )

2. 医療安全管理委員会の委員長の氏名

( )

3. 委員会の方針に基づく安全管理を担う部門の名称

( )

4. あなたの職場の医療安全推進者

( )

5. 安全管理指針および医療事故マニュアルを周知していますか。

( )

### ●個人情報保護

1. 設置されている委員会の名称

( )

2. 委員長の氏名

( )

3. 個人情報保護についての問い合わせ窓口

( )

4. 漏洩などの問題が生じた場合の報告連絡体制

( )

5. 基本方針を周知していますか。

( )

## 2-4 院内規程

院内における各部署の業務範囲について該当するものにチェック「○」をつけなさい。

## 業務範囲（院内役割分担）

	業務項目	医師	秘書 (クラーク)	看護師	医事課	看護 助手	医師事 務作業 補助者
総合案内・総合受付	院内施設の案内						
	受診診療科の相談対応						
	受診保険の種類確認と保険証のチェック						
	紹介状等の有無の確認						
	受診申込書・入院申込書の記入説明						
	予約外患者の受付対応						
	併科のカルテ作成						
	健康診断・人間ドックなどの相談対応						
	健康診断・人間ドックの受付						
	証明書等各種書類作成の受付						
	来客の取り次ぎ（院内職員への来客）						
	各種問い合わせへの対応						
	自動再来機の操作説明						
	消耗品（鉛筆・消しゴム等）の管理・請求						
	物品（カルテ・診察券等）の管理・請求						
新患受付	健康保険証受診日記入・押印						
	紹介状有無の確認						
	紹介状等の受け取り						
	受診方法の説明/今回・次回以降						
	受診診療科（診療室）への案内						
	カルテ1号紙の作成（全科共通・診療科別）						
	カルテファイル作成						
	診察券の発行（全科共通・診察科別）						
	会計カード・受診基本票の発行						
	カルテ搬送						
	新患登録						
	患者IDの検索						
	前回受診カルテ/入院カルテの検索・抽出						
	患者台帳作成						
	受診者名簿作成						
	患者情報・保険情報の登録修正						

区分2-4.院内規程（職務分掌）

	保険変更等に伴うカルテ上書き部分の修正						
	診察券再発行						
<b>外来</b>	受診申込の受付（診察券受け取り）						
	予約患者の受診科・時間等の確認						
	入院中他科受診の受付						
	診察券忘れの対応						
	診察券の再発行						
	再来患者登録						
	会計カード・受診基本表等の搬送						
	保険変更に伴うカルテ上書き部分の修正						
	患者情報・保険情報の登録修正・検索						
	病名入力						
	カルテの検索・抽出						
	インアクティブカルテ棚からの検索						
	カルテ貸出・閲覧の対応						
	カルテのアリバイ管理						

	業務項目	医師	秘書	看護師	医事課	看護助手	医師事務作業補助者
外来	初来院患者の受付						
	問診票への記入説明						
	診療科での診察前検査の説明						
	紹介状有無の確認・受け取り						
	再来患者の受付						
	予約の有無、時間等の確認						
	受付番号表の準備、交付						
	保険の種類確認、保険証チェック						
	診療待ち時間・診療順番の問い合わせ対応						
	会計カード・受診基本票等の発行						
	各種伝票類等のインプリンタ						
	カルテ・診察券・会計カード・伝票等のマッチング						
	併科受診患者のカルテ搬送						
	併科初診患者のカルテ作成						
	検査等の有無を確認、診療フローの案内						
	予約票の発行						
	次回受診の確認と説明						
	会計窓口への案内						
	患者受診登録、ID検索						
	会計カード（計算書）記入						
	電話の対応						
	検査（生理機能・画像等）、手術室等の予約						
	入院予約患者の受付と病棟への連絡						
	空床情報の確認、手術室の空き状況の確認						
	病棟への入院予約						
	緊急入院時の対応						
	検査報告書のカルテ貼付						
	紹介状・依頼状のカルテ貼付						
	紹介状・依頼状の作成						
	紹介先への返答（礼状）の郵送						
	紹介先医療機関の一覧作成						
	担当医師・看護師の所在確認・連絡						
	診療可否の確認						
	会計伝票・カルテ等の受け取り						
	記載内容の確認、伝票類の枚数チェック						

区分2-4.院内規程（職務分掌）

会計無し患者の優先処理						
受診保険の種類確認と保険証等のチェック						
診断書・証明書の受け渡し						
予約券の発行						
院外処方箋を渡す						
薬引換券の交付						
薬局窓口の案内と投薬の受け方説明						
外来カルテの検索						
予約リストの各科への配布						
入力済み伝票・カルテ等の整理保管						
計算済み患者の呼び出し（請求書を渡す）						
予約診療分カルテの抽出						
返却カルテフォルダの点検						
レントゲンフィルム・検査結果の受け取り						
レントゲンフィルム・心電図等の搬送・回収						
病歴ホルダーの作成						
光ディスク等へのカルテ転写						
検査結果の貼付・収納						
入院カルテ診療内容の記載						
入院カルテの搬送						
外来カルテ・退院カルテの貸出、閲覧対応						

	業務項目	医師	秘書	看護師	医事課	看護助手	医師事務作業補助者
<b>外来</b>	レントゲンフィルム・検査記録等の貸出、閲覧対応						
	病歴データの入力						
	オーダーデータの会計・データへの取り込み						
	会計用伝票・カルテ等受け取り						
	診療内容計算 (C P 入力or手計算)						
	請求書(納入通知書)の発行						
	会計に関する患者からの問い合わせ応対						
	入力データのダブルチェック						
	診療録記載						
	外来診療						
	レントゲンフィルム読影						
	検査結果判断						
	診断書作成						
	処方箋作成						
	次回診察予約						
	検査予約						
	主治医意見書作成						
	生保医療券・要否意見書の作成						
<b>医局</b>	スケジュール管理						
	カンファレンス・学会資料作成						
	医学図書の収集、管理、資料整理						
	来客対応						
	院内情報伝達、連絡、調整						
	事務機器の運用						
	医局内食料注文						
	医局内整理						
	外来診療予定指示						
	各科カンファレンス準備						
	予定表作成						
<b>診療情報管理業務</b>	外来のカルテの整理・保管						
	D P C レセプト・出来高レセプト比較表作成						
	D P C レセプト内容点検						
	D P C 様式1入力、確認						

区分2-4.院内規程（職務分掌）

	がん疾患分類（ICD-0-3によりコーディング）						
	レントゲンフィルム・心電図等検査記録の整理・保管						
	外来アクティブカルテの抽出						
	外来インアクティブカルテの抽出						
	外来カルテの回収						
	未返却カルテ等の督促・追跡						
	レントゲンフィルム袋等の破損修理						
	退院カルテ製本						
	疾病分類（ICD-10によりコーディング）						
	疾病別死亡患者数統計表作成						
	退院サマリDr別作成状況データ作成						
	退院サマリ依頼・督促・回収・確認						
	退院患者疾病統計表作成						
	日報（入院・退院・転科・転棟）作成						
	電子カルテ医事用病名マスター管理						
	診療記録管理委員会出席						
料金収納	外来診療費収納（現金受け取り・釣銭返却）						
	入院診療費収納（現金受け取り・釣銭返却）						
	レジ締め（定時・終了時）現金の確認						
	請求書・領収証の作成・発行						

	業務項目	医師	秘書	看護師	医事課	看護助手	医師事務作業補助者
<b>料金収納</b>	予約券・薬引換券等の発行・交付						
	保険証の確認・返却・IDカードの返却						
	会計待ち時間の問い合わせ対応						
	薬局窓口・検査伝票等の提出場所の案内						
	高額療養費・貸付金等の説明						
	未収金・預り金に関する問い合わせ対応						
	未収金データ登録						
	未収金支払い不履行に対する督促・連絡						
	未収分請求書の整理・保管						
	予約金・保証受領書の管理						
	還付金(預り金等返金)の受付						
	各種書類受付・作成						
	文書料の徴収						
	調停整理簿(台帳)の作成						
	現金の保管(金庫へ入庫)						
	過誤納金に関する書類作成(台帳作成)						
<b>入退院受付</b>	入院申込書・患者台帳の整理						
	ベッド管理(空床確認)						
	ベッド管理担当への連絡						
	空床情報の検索						
	入院待機患者への連絡						
	入院待機者の情報管理						
	退院患者の情報把握						
	退院許可証の確認						
	患者移動(転棟・転室)のデータ処理						
	ベッド管理帳票の出力・台帳作成						
	入院指示票の確認						
	入院申込書・入院誓約書の記入説明						
	病室への案内						
	入院予約受付・登録・変更・取消						
	入院カルテファイル・会計カード等の作成						
	外来カルテの抽出						
	前回入院カルテの検索依頼・抽出						
	入院患者登録・台帳作成						

区分2-4.院内規程（職務分掌）

	入院時病名の登録						
	入院時医療文書（手術承諾書、検査承諾書）作成						
	退院会計カード保管						
	入院料金支払い窓口への案内						
	定期請求書の病棟への搬送						
	定期請求書の患者への渡し						
	死亡診断書、出生証明書作成						
<b>入院計算業務</b>	入院患者台帳の作成						
	入院中他科受診伝票チェック						
	各種伝票回収・整理						
	外泊確認						
	食事変更等確認						
	病室・病棟移動確認						
	病棟入力データの確認						
	入院会計カードの作成						
	診療費手計算						
	退院カルテ回収						
	退院時請求書の発行						
	定期請求書の患者への受け渡し						

	業務項目	医師	秘書	看護師	医事課	看護助手	医師事務作業補助者
病棟	患者移動(転棟・転室)のデータ処理						
	外来カルテの抽出依頼						
	入院時病名の登録						
	退院時診療データの確認・入力						
	退院サマリ記入						
	カルテ伝票(食事箋、処方箋、検査伝票)記載						
	入院中他科受診予約連絡						
	看護師不在時のナースコールの取り次ぎ						
	患者を各科へ移送						
	受診申込受付						
	看護記録作成						
	病床・院内設備の説明						
	栄養科への食事オーダーの連絡						
	特別室等の使用状況表の作成・医事課への連絡						
	郵便物・書類の受け取り						
	X線フィルム・脳波・心電図の整理収納						
	病室内のベッド・床頭台・ロッカーの清拭						
	カルテ・医療記録の作成						
	おしごりタオルの洗濯						
	お風呂準備(お湯の温度・湯量の確認)						
	ナースステーション清掃						
	衛生材料(注射器・検体容器等)の補充						
	汚物室のポータブル便器・臘盆等の洗浄及び消毒						
	医療機器の洗浄・消毒・運搬						
	清拭用タオルの準備						
	検体搬送						
	包交車のセット交換						
	洗濯後の白衣の片づけ						
	出生証明書作成						
	分娩記録作成						
病歴室	外来のカルテの整理・保管						
	アクティブラカルテの分冊						
	医療科別患者数統計表作成						

区分2-4.院内規程（職務分掌）

	インアクティブカルテの倉庫への移動または廃棄						
	院内がん登録、集計						
	死亡退院患者統計表作成						
<b>診療報酬請求業務</b>	外来レセプト点検 症状詳記						
	入院レセプト点検 症状詳記						
	サービス利用票・給付管理票作成						
	ドクターポイント検						
	介護給付関連書類作成						
	自賠責レセプトの作成						
	自賠責書類作成						
	福祉医療に関する書類等の作成						
	労災書類作成						
	オーダーリングによる入力データの確認						

## 区分3.診療内容

3-1 からだの機能

3-2 代表的な疾患

3-3 代表的な疾患の診断と治療のながれ

## 3-1 からだの機能

○○系に属する臓器とその働きについてまとめなさい。

呼吸器系

**【1つ選択】** 脳・神経系、感覚器系、筋・骨格系、内分泌器系、循環器系、呼吸器系、消化器系、泌尿器・生殖器系

臓 器	その働き
鼻腔	<p>鼻腔は呼吸器の入り口として重要な役割を果たします。</p> <p>吸入した空気を体温近くまで加温し、適切な湿度に調整します。</p> <p>鼻毛や粘膜により空気中の異物や細菌を捕捉し、気道への侵入を防ぎます。</p> <p>また嗅覚機能により匂いを感知します。これらの機能により肺を保護していると考えます。</p>
咽頭	<p>咽頭は呼吸器系と消化器系の共通通路として機能します。</p> <p>鼻腔や口腔から入った空気を喉頭へ導く一方、食物を食道へ送る役割があります。</p> <p>嚥下時には喉頭蓋が気管入口を閉じることで、食物の気道への侵入を防ぎます。</p> <p>呼吸と消化を適切に振り分ける重要な器官であると考えます。</p>
喉頭	<p>喉頭は発声と誤嚥防止の二つの重要な機能を担います。</p> <p>声帯を含み、呼気により声帯を振動させることで音声を作り出します。</p> <p>また嚥下時には喉頭蓋が気管入口を閉鎖し、食物や液体の気道への侵入を防ぎます。</p> <p>さらに異物侵入時には咳反射により排出します。</p> <p>生命維持に不可欠な器官であると考えます。</p>
気管	<p>気管は喉頭から気管支へ空気を導く管状の器官です。</p> <p>C字型の軟骨輪により支えられ、常に開通状態を維持します。</p> <p>内側の粘膜には纖毛があり、粘液とともに異物を口側へ送り出す自浄作用があります。</p> <p>この働きにより下気道への異物侵入を防ぎ、肺を保護する重要な役割を果たしていると考えます。</p>
気管支	<p>気管支は気管から左右に分岐し、さらに細分化しながら肺の各部位へ空気を分配します。</p> <p>右気管支と左気管支に分かれ、さらに細気管支へと枝分かれします。</p> <p>粘膜の纖毛運動により異物を排除する機能があります。</p> <p>空気を効率的に肺胞まで届ける重要な通路であると考えます。</p>
肺	<p>肺は呼吸器系の中心的器官で、ガス交換を担います。</p> <p>約3億個の肺胞があり、その薄い壁を通じて酸素を血液に取り込み、二酸化炭素を排出します。</p> <p>肺胞の総表面積は約70平方メートルに達し、効率的なガス交換を実現します。</p> <p>生命維持に最も重要な呼吸機能の要であると考えます。</p>

## 3-2 代表疾患

疾患名
糖尿病

上記の疾患に関してまとめなさい。

## 1.要因

糖尿病の要因は病型により異なります。

1型糖尿病は膵臓のβ細胞が自己免疫により破壊され、インスリンがほとんど産生されなくなることが原因です。

2型糖尿病は過食や運動不足などの生活習慣が主な要因です。

肥満、特に内臓脂肪型肥満が重要な危険因子であり、遺伝的要因も関与します。

適切な生活習慣の維持が予防に重要であると考えます。

## 2.症状

糖尿病の主な症状は口渴、多飲、多尿です。

血糖値が高くなると尿量が増加し、脱水により喉が渴きます。

また体重減少や全身倦怠感が見られます。

1型糖尿病では症状が急激に現れ、重症例ではケトアシドーシスを起こすことがあります。

2型糖尿病は初期には無症状のことが多く、健診で発見される場合もあると考えます。

## 3.検査

糖尿病の検査は血糖値測定とHbA1c測定が中心です。

空腹時血糖値と食後2時間血糖値を測定します。

HbA1cは過去1～2か月間の血糖値の平均を反映し、血糖コントロールの状態を評価する重要な指標です。

基準値は4.6～6.2%で、合併症予防のため7%未満を目標とします。

尿糖検査も補助的に実施されると考えます。

## 4.診断

糖尿病の診断は血糖値とHbA1cにより行われます。

空腹時血糖値126mg/dL以上、または食後2時間血糖値200mg/dL以上、

またはHbA1c6.5%以上が糖尿病型と判定されます。

別の日に再検査を行い、再び糖尿病型であれば糖尿病と診断されます。

症状がある場合は1回の検査でも診断可能です。正確な診断が適切な治療につながると考えます。

## 5.治療

糖尿病の治療は段階的に進めます。STEP1では食事療法と運動療法を開始します。

血糖コントロールが不良ならSTEP2で経口血糖降下薬を追加します。

さらに不良ならSTEP3でインスリン療法を導入します。

1型糖尿病では最初からインスリン注射が必須です。

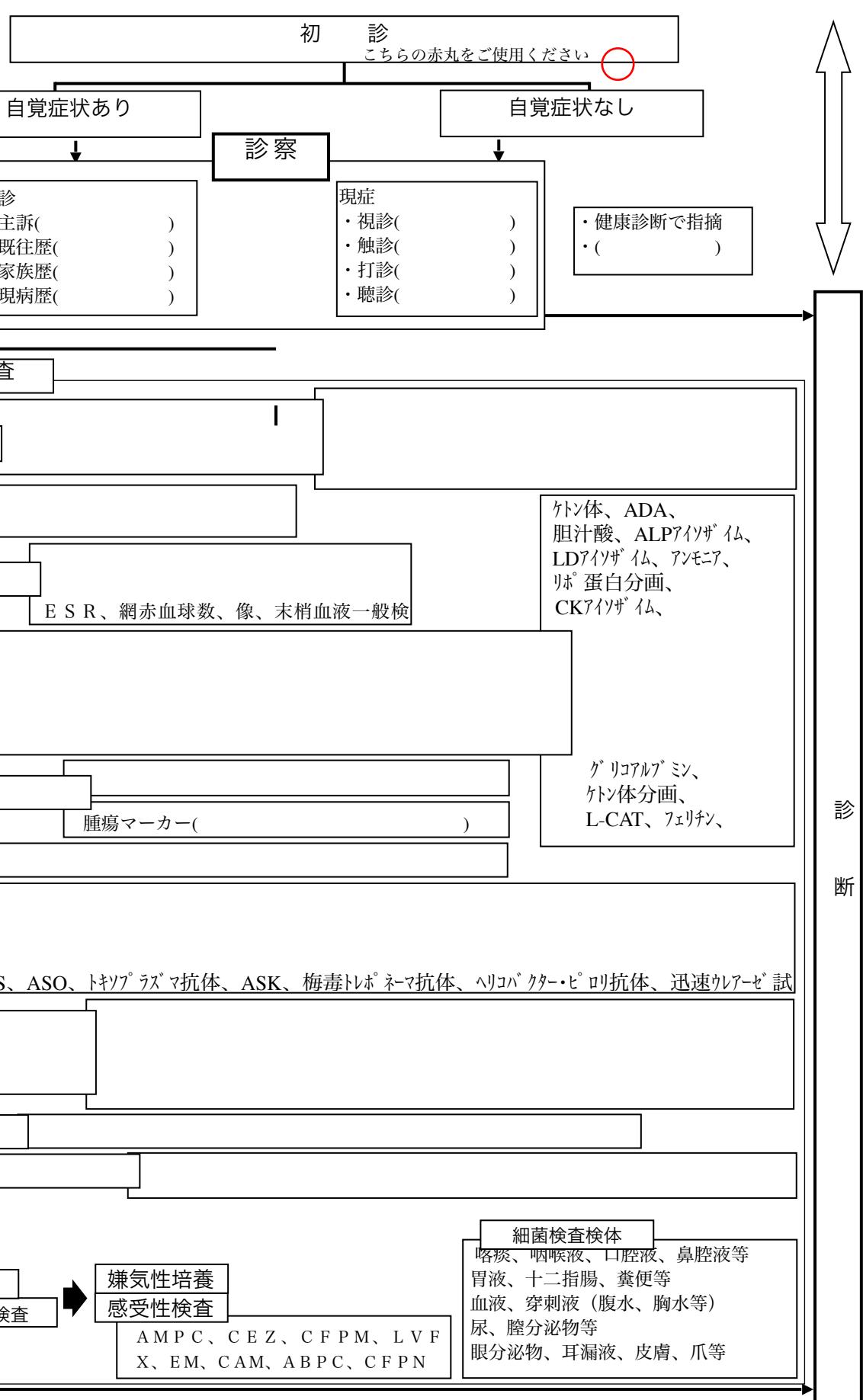
重篤な合併症予防のため継続的な治療が重要であると考えます。

疾患名

3-3 代表的な疾患の診断から治療の流れ（実例や一般的なプロセスを記入）

### I. 診断（初診）

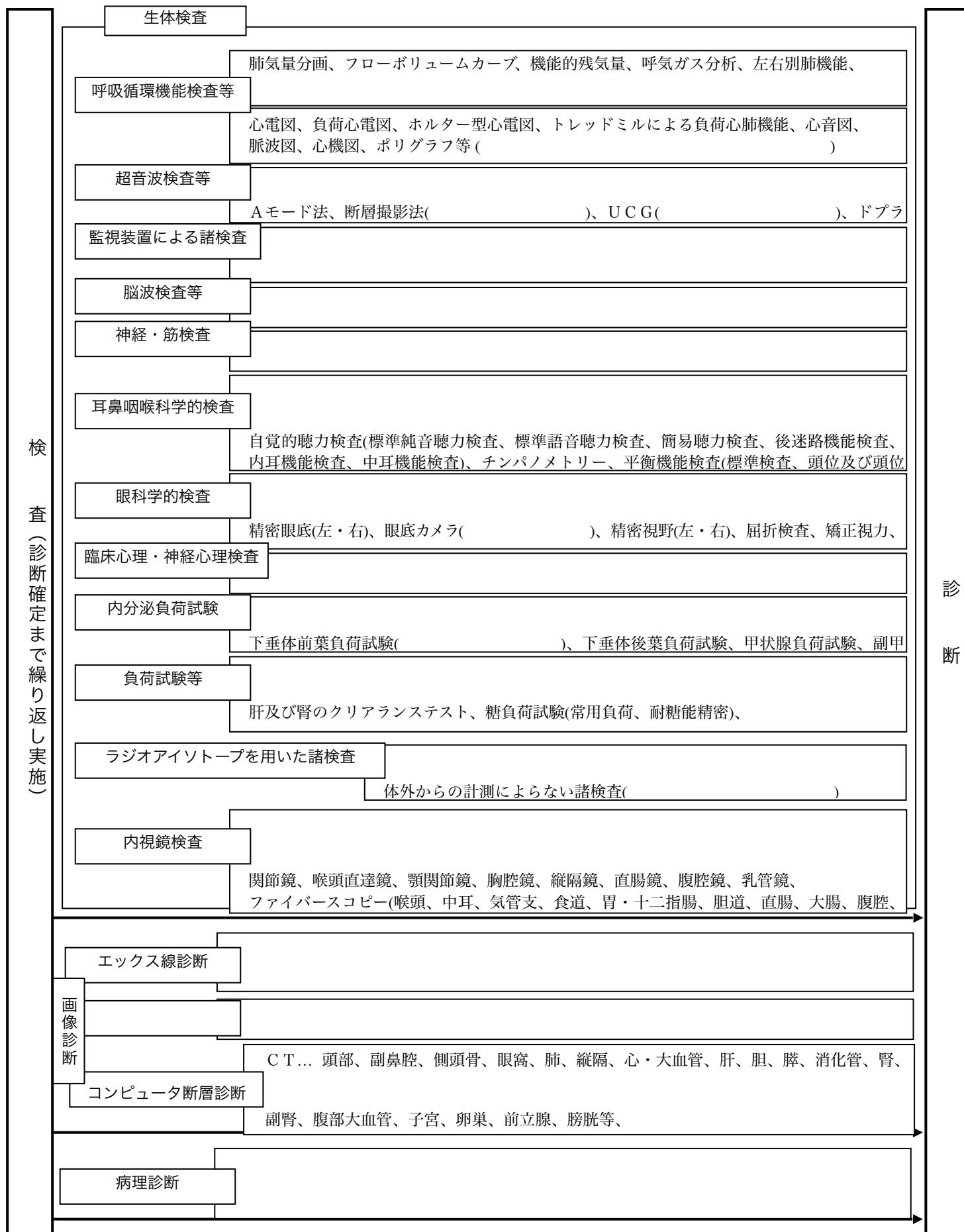
全身倦怠感、発熱、頭痛、眩暈、しびれ、動悸、胸痛、咳・痰、呼吸困難、意識障害、運動麻痺、痙攣、発作、腹痛、恶心・嘔吐、下痢、吐血・下血、黄疸、浮腫(むくみ)、貧血、出血、



右記の疾患名を決め、その○○疾患について、初診から診断確定までの主訴等、検査等、

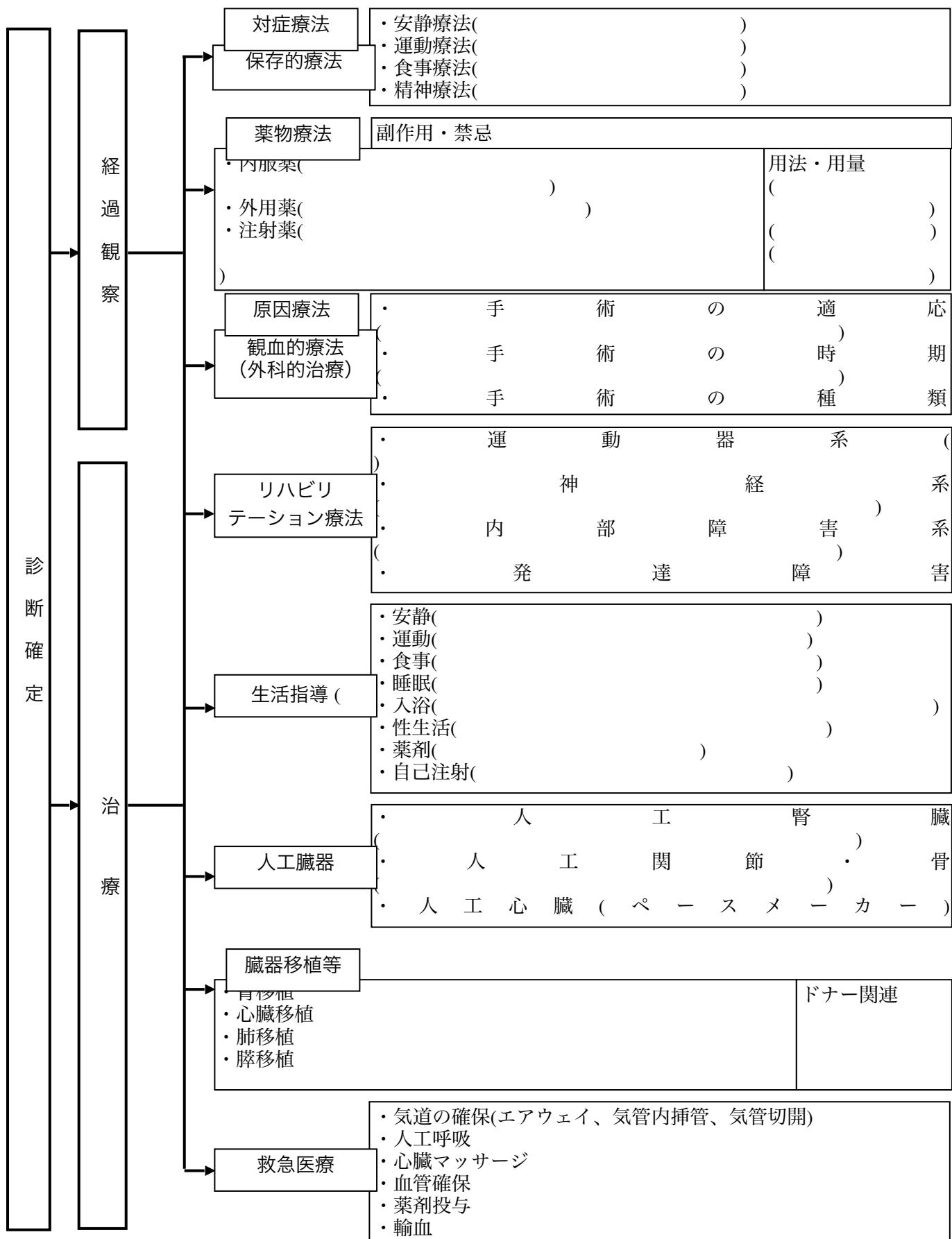
### 区分3-3 代表的な疾患の診断から治療の流れ

治療内容をまとめなさい。※該当あるものは丸囲み、該当ないものは括弧内に記入ください。



## 生理機能検査

## II. 治療(初診)



疾 患 名

## III. 診療(再診)

\*該当あるものは右手にある赤丸で囲み、該当ないものは括弧内に記入。  
 Ⅰ. 診断で確定した疾患の確定診断後の主訴等、検査等、治療内容をまとめなさい。

全身倦怠感、発熱、頭痛、眩暈、しびれ、動悸、胸痛、咳・痰、呼吸困難、意識障害、運動麻痺、痙攣、発作、腹痛、恶心・嘔吐、下痢、吐血・下血、黄疸、浮腫(むくみ)、貧血、出血、

## 診察

## 自覚症状

## 現症

視診( )  
触診( )  
打診( )  
聴診( )

問診  
・主訴( )  
・現病歴( )

## 検体検査

ケトン体、ADA、胆汁酸、ALPアイザイム、LDアイザイム、アノニア、リボ蛋白分画、CKアイザイム、

ESR、網赤血球数、像、末梢血液一般検査、Hb A1c、Hb F、出血時間、PT( )

TP、蛋白分画、アルブミン、T-BiL、D-BiL、AST、ALT、LD、ALP、 $\gamma$ -GT、ChE、T-cho、HDL-cho、LDL-cho、遊離-cho、TG、BUN、

グリコアルブミン、ケトン体分画、LCAT、コレステロール

STS、ASO、トキソゾマ抗体、ASK、梅毒トポネマ抗体、ヘリコバクター・ピロリ抗体、迅速ルツバーゼ試験、感  
染症ウイルス抗体価( )、FTA-ABS試験、クラミジアトロマチス抗原、

グローリングラス別ウイルス抗体価( )、

HBS抗原、HBs抗体、HBe抗原、HBe抗体、HA-IgM抗体、HBc-IgM抗体、HCVコア抗体、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体、HCV特異抗体価、デルタ肝炎ウイルス抗体( )、

寒冷凝集反応、リウマトイド因子、抗サルコロジン抗体( )

CRP、赤血球コロジカルフィルム定性、G-6-Pase、CH50、免疫グロブリン( )

非特異的IgE、特異的IgE、 $\beta$ 2-マイクログロブリン( )

## 骨髄検査

## 細菌検査検体

各痰、咽喉液、口腔液、鼻腔液等  
胃液、十二指腸、糞便等  
血液、穿刺液(腹水、胸水等)  
尿、膿分泌物等  
眼分泌物、耳漏液、皮膚、爪等

## 髄液検査

## 嫌気性培養

## 感受性検査

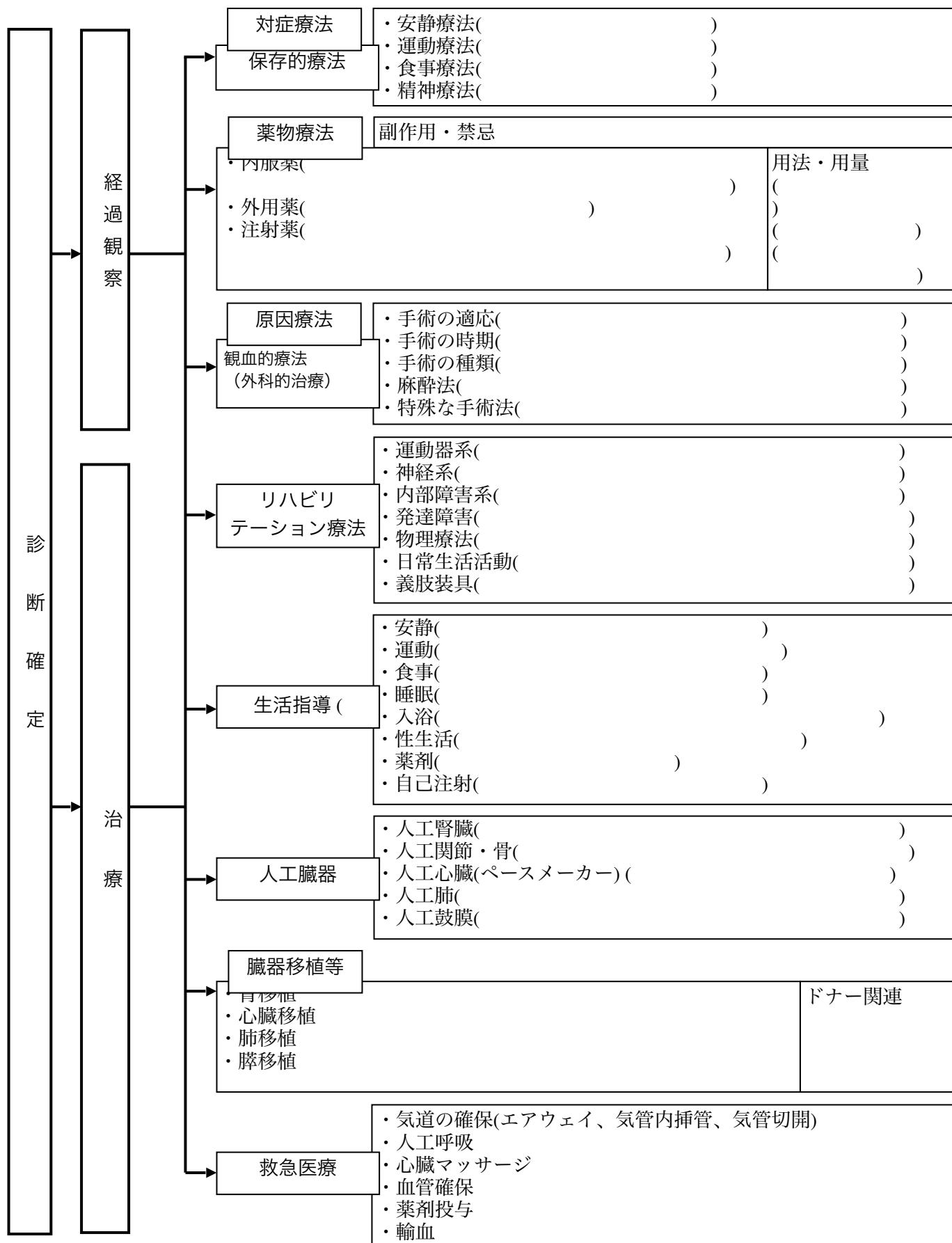
AMP C、CEZ、CFPM、LVFX、EM、CAM、ABPC、CFPN

## 培養同定検査

## 塗抹検査

検査

診断



## 区分4.文書作成

- 4-1 傷病手当金支給申請書
- 4-2 医療機関仕様の診断書
- 4-3 医療機関仕様の証明書
- 4-4 入院・手術証明書（診断書）
- 4-5 退院証明書
- 4-6 死亡診断書（死体検案書）
- 4-7 診療情報提供書  
(病院への紹介・市町村への紹介・診療所への紹介、  
介護老人保健施設への紹介など)
- 4-8 医療要否意見書（生活保護）
- 4-9 診断書（自動車損害賠償責任保険）
- 4-10 治療用具証明書
- 4-11 特定疾患療養治療計画
- 4-12 主治医意見書
- 4-13 データ添付スペース ①～⑨

※文書作成は9事例 提出してください。小規模な施設で該当文書がない場合は、「主治医意見書」の事例を複数枚作成し9事例になるよう提出していただくことも可能です。

※自院の様式がない場合は、見本の様式をご使用ください。

※個人情報の部分については、実際の患者様のものではなく、伏字や偉人の名前、公共機関等の住所などといった架空の情報を記載してください。

※医師事務作業補助者としての作業範囲内で作成してください。

（例：医師の押印は省くなど）

※自院様式で作成し別ファイルの場合は、4-13 データ添付スペースに添付するか、または、別ファイルとして提出してください。  
データを圧縮してアップロードすることも可能です。

No. 1\_表

## 傷病手当金支給申請書（第回）

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	③ 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)	印
		〒	—			
被保険者 (請求者)の 住所	電話	( )	昭和	平成	令和	年月日
			年月日	年月日	年月日	
④ 事業所の 名称	⑤ 被保険者の 業務の種類					
⑥ 傷病名	⑦ 発病または 負傷の 年月日	令和年月日				
		令和年月日				
⑧ 発病の状態 または負傷の原因を詳しく記入のこと	⑨ 第三者行為によるものですか					はい・いいえ
⑩疾病または負傷 の診療をするた め休んだ期間 (支給期間)	令和	年	月	日から	日間	
	令和	年	月	日まで		
⑪上の⑩に書いた期間の部分の報酬を 受けましたか。または受けられますか		受けた	受けない	受けられる	受けられない	
⑫報酬の支払を受けたとき、または受け られるときは、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となつた。またはなる期間		令和 年 月 日か ら 令和 年 月 日ま で	の分として	円		
⑬あなたの基礎年金番号	—					
⑭障害厚生年金または障害手当金を受給していますか		はい	請求中	いいえ		
⑮受給している場合、受給の原因となつた傷病名						
受給している場合、年金証書の写しおよび年金支払通知書の写し等現在受給している年金額のわかるものを添付して ください						
任意継続被保険者・資格喪失者の方						
⑯老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか		はい	請求中	いいえ		
受給している場合、年金支払通知書の写し、年金改定通知書の写し等現在受給している年金額のわかるものを添付し てください						

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、傷病手当金の受領を委任します。					令和年月日提出
	令和年月日					受付日付印
被保険者住所						

区分4－1. 傷病手当金支給申請書

(請求者) 氏名

印

所在地

事業所名

氏名

印

事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑯労務に服さなかつた期間		⑰欠勤は○で、有給は△で、公休は□で表示してください。														
	年	月	日から	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										⑯ 合 計	欠勤	日
					年	月	日まで	日間	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	有休	日					
	⑲ うえの機関中 の分として報 酬を全額また は一部を給し た場合または 支給する場合 の内訳		形態 内訳	月給	日給	月給	日給	時給	その他( )	給与計算 の締日	日から		日締め				
				年	月	日から	年	月	日まで	(日数) 日間	(合計)	円	円				
				年	月	日から	年	月	日まで	日間	円		円				
				年	月	日から	年	月	日まで	日間	円		円				
				年	月	日から	年	月	日まで	日間	円		円				
	⑳ 現在までもまたは将来 も支給しない場合は、 その旨																
	○21うえのとおり相違ないことを証明いたします。																
令和 年 月 日																	
事業所名																	
所在地																	
事業主氏名														印			
電話 ( )																	

療 養 を 担 当 し た 医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	○22労務不能と認め た 傷病名														
	○23発病または負傷 の 原因および年月日		(原因)						(年月日)				令和 年 月 日		
	○24療養の給付を 開始した年月日		年 月 日												
	○25労務不能と 認めた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間		○26左の期間中 の 診療実日数		日間					
	○27 傷病の主症状 および経過概要												○28転帰 治療 繰越 転移 中止 死亡		

## 区分4－1. 傷病手当金支給申請書

○29 うえの期間に入院 した期間がある場合 はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	○30 入院の 費用の別	健保・公費・自費
○31 うえのとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
住所				
医師 医療機関名				
氏名				印
電話 ( )				

社会保険労務士の提出 代行者印	印
--------------------	---

No. 2

## 診 断 書

(住所)

(氏名)

殿

明治・大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 才

## 病 名

(備考)

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

〒 住所 :

病院 科

医師 :

印

No. 3

## 証明書

(住所)

(氏名)

殿

明治・大正・昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 才

### 病名

(備考)

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

〒 住所 :

病院 科

医師 :

印

## 入院・手術証明書(診断書)

No. 4

1 氏名	カルテ番号( )		男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成・令 和	年月日	
2 傷病名						傷病発生年月日	
ア 入院の原因となつた傷病名	年月日					医師推定・患者申告	
イ アの原因	年月日					医師推定・患者申告	
ウ 合併症	年月日					医師推定・患者申告	
3 診療期間	初診年月日～年月日(終診・現在加療中)						
4 入院期間	第1回入院年月日～年月日(退院・現在入院中)						
	第2回入院年月日～年月日(退院・現在入院中)						
5 退院理由、退院時の状況等	(1)治癒退院	略治退院・軽快退院			(5)入院中	(6)転院・転科	(7)その他
		(2)通院・療養とも不要	(3)要通院	(4)要療養		入院	
6 前医	有・無	初診年月日	年月日	医療機関名		医師氏名	

7 発病(受傷)から初診までの経過及び初診時の所見  
(いつごろからどのような症状があったかを記入してください。)

8 症状経過等(治療内容、検査結果等についても記入してください。)

9 今回の傷病に関して実施した手術	手術の種類	(1)開頭術 (2)開胸術 (3)開腹術 (4)ア 経尿道的イ 経膣的 ウ 内視鏡又はカテーテルによる手術 (5)その他					
	筋骨(骨・関節・筋・腱・韌帯)手術の場合 (観血・非観血)			骨移植の場合(採骨部位 )			
	手術名	植皮(皮弁)術の場合(ア25cm <sup>2</sup> 以上 イ25cm <sup>2</sup> 未満)			手術日	年月日	
10 放射線照射	部位	期間	年月日～年月日	総線量	グレイ		
11 既往症	有・無	(有の場合、病名、医療機関名、治療期間等おわかりになれば記入してください。)					

上記のとおり証明します。 (郵便番号) 年月日

所在地

病院又は診療所名

(介護老人保健施設  
は該当しません。)

名称

医師氏名

印

電話番号



(別紙様式 1)

No. 5

## 退院証明書

保険医療機関名

住 所

電 話 番 号

主 治 医 氏 名

性別 (男・女)

患者氏名 :

患者住所 :

電話番号 :

生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 ( 歳)

## 1. 当該保険医療機関における入院年月日および退院年月日

・入院年月日 年 月 日

・退院年月日 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間  
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)

・入院基本料等の種別 :

・算定期間 : 日 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

## 3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

・ 日 ( 年 月 日現在 )

## 4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

・ 傷病名

## 5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

・ 治癒

・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。)

・ その他

## 6.

No. 6

## 死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作製の資料として用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

氏名	1 男 2 女	生年月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	生まれてから30日以内に死亡したとき は生まれた時刻も書いてください	午前・午後 時 分	← 生年月日が不詳の場合は、 推定年齢をカッコを付して 書いてください。
			年 月 日				
死亡したとき	令和 年 月 日			午前・午後 時 分	← 夜の12時は「午前0時」、 昼の12時は「午後0時」と 書いてください。		
死亡したところ 及びその種別	死亡したところの種別		1 病院 2 診察所 3 介護医療院・介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他	午前・午後 時 分	← 「5老人ホーム」は、養護 老人ホーム、特別養護老人 ホーム、軽費老人ホーム及び 有料老人ホームをいいます。		
	死亡したところ		午前・午後 時 分	← 死亡したところの種別で 「3介護医療院・介護老人 保健施設」を選択した場合 は、施設の名称に続けて、 介護医療院、介護老人保健 施設の別をカッコ内に書いて ください。			
	(死亡したところの種別1~5) 施設の名称		( )	← 死亡したところの種別で 「3介護医療院・介護老人 保健施設」を選択した場合 は、施設の名称に続けて、 介護医療院、介護老人保健 施設の別をカッコ内に書いて ください。			
死亡の原因 ◆I欄、II欄ともに 疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は 書かないでください  ◆II欄では、最も死 亡に影響を与えた 傷病名を医学的因 果関係の順番で書 いてください  ◆I欄の傷病名の記 載は各欄一つにし てください  ただし、欄が不足 する場合は(エ)欄に 残りを医学的因 果関係の順番で書 いてください	I	(7)直接死因	発病(発症)又 は受傷から死 亡までの期間  ◆年、月、日等の 単位で書いてくだ さい。 ただし、1日未 満の場合は、時、 分等の単位で書い てください。 (例:1年3か月、5 時間20分)	午前・午後 時 分	← 傷病名等は、日本語で書いてください。 I欄では、各傷病について 発病の型(例:急性)、病 因(例:病原体名)、部位 (例:胃臍門部がん)、性 状(例:病理組織型)等も できるだけ書いてください。		
		(1)(7)の原因					
		(ウ)(1)の原因					
		(エ)(ウ)の原因					
	II	直接には死因に関係しないがII欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等	午前・午後 時 分	← 妊娠中の死亡の場合は、「妊娠満何週」また、分娩中の死亡の場合は、「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。 産後42日未満の死亡の場合は、「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。			
	手術	部位及び主要所見 1無 2有	手術 年月日	令和 平成 昭和 年 月 日	← I欄及びII欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。		
解剖	主要所見 1無 2有				← 「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による傷害が該当します。 「5煙、火災及び火炎による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。		
死因の種類	1 病死及び自然死  不慮の外因死 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火炎による傷害 外因死 6 窒息 7 中毒 8 その他  その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 }  12 不詳の死						← 「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による傷害が該当します。 「5煙、火災及び火炎による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。
	外因死の追加事項	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日	午前・午後 時 分	傷害が発生したとき	都道府県 市 区 郡 町村	← 「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。
	◆伝聞又は推定情報の場合でも 書いてください	傷害が発生したところの種別	1 住居 2 3 道路 4 その他 ( )				← 傷害がどういう状況で起きたかを具体的に書いてください。
生後1年未満で 病死した場合の 追加事項	手段及び状況						← 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。
	出生児体重 グラム	単胎・多胎の別 1 单胎 2 多胎 ( 子中第 子 )			妊娠週数 満 週	母子健康手帳等を参考に書いてください。	
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 1無 2有 3不詳	母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)				
その他特に付言すべきことがら							
上記のとおり診断(検案)する	診断(検案)年月日 令和 年 月 日						

区分4－6. 死亡診断書（死体検案書）

本診断書（検案書）発行年月日 令和 年 月 日

住所：

(氏名)

医師

## 診療情報提供書

No. 7

病院・診療所  
医院・クリニック

年 月 日

先生

医療機関名

所在地

電話番号

(F A X.)

医師氏名

(印)

下記の患者さまをご紹介しますので、よろしくお願ひいたします。

フリガナ					
患者氏名	性別 男・女				
患者住所					
電話番号					
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	( 歳) 職業
傷病名					
紹介目的					
既往歴 及び 家族歴					
病状 (治療) 経過 及び 検査結果					
現在の処方					
患者に関する 留意事項					
添付資料	なし、X-P、内視鏡フィルム、検査データ、E C G、 その他( )				
備考					



No. 8

医療要否意見書  
(甲・乙)

医科	継続併給	発行番号			
		受理年月日	年	月	日

(氏名) (年生)に係る 年 月 日からの医療の要否について意見を求める。

令和 年 月 日

院(所)長殿

福祉事務所長

傷病名 又は部位	(1) (2) (3)	初診年 月日		転帰	年月日		
					治 ゆ	死 亡	中止
主要症状 及び今後の 診療見込		(今後の診療見込に関する臨床検査結果等を記入してください。) 以後の直近の検査等の報告を願います。					

上記のとおり(1.入院外 2.入院)医療を(1.要する 2.要しない)と認めます。

令和 年 月 日

福祉事務所長殿

指定 所在地及び名称

医療院(所)長

機関 担当医師

印

託医の意見

要次回要否意見書提出

月以降分

嘱託医診査結果表示			期間		
A	B		C		1 2 3
	a	b	c	a	b
					4 5 6

(切取線)

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書	令和 年 月 日	甲 乙
※受理年月日	年 月 日			

福祉事務所長殿 下記のとおり請求します。 指定医療機関	所在地及び名称 長または解説者氏名	(印)
--------------------------------	----------------------	-----

この券による 診療年月日	年 月 日	受診者氏名 (才)
-----------------	-------	--------------

## 区分4-8. 医療要否意見書(生活保護)

請求額	診察料	初再診	点	(検査名)			
	円			点	円	差引額	円
	合計		円	社保等負担額	円	差引額	円

No. 9 表

## 診 斷 書

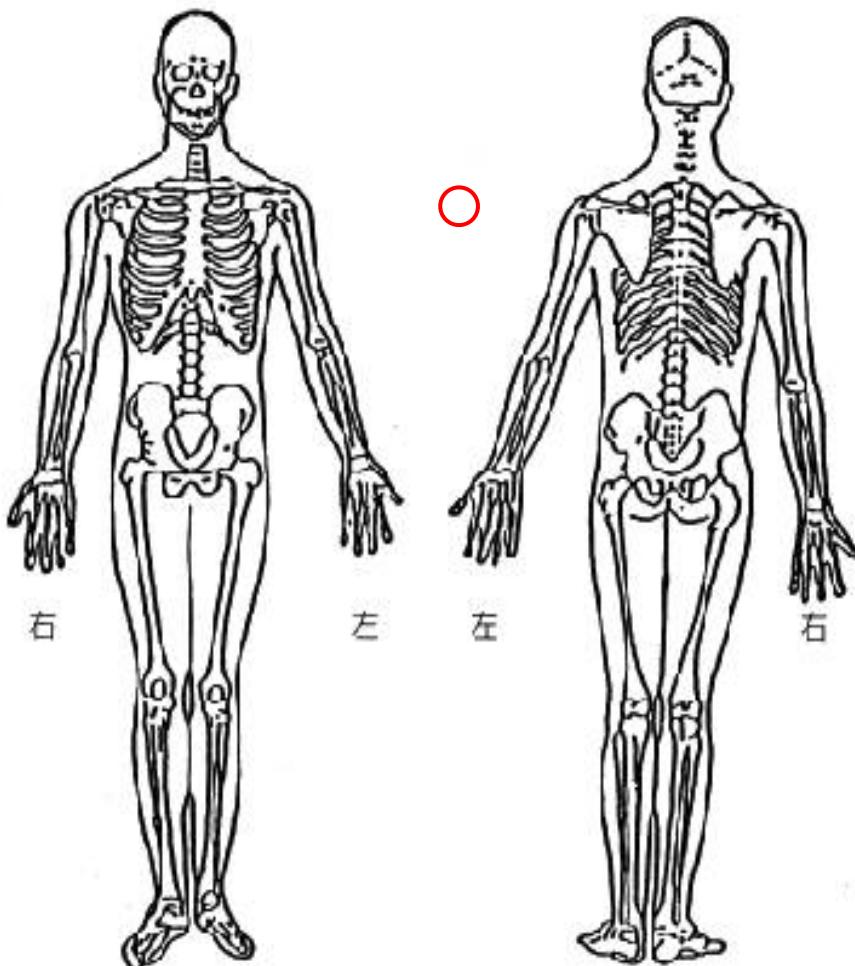
カルテ番号								(保険会社使用欄)	
傷病者	住 所								
	氏 名			男 · 女	明 · 大 · 昭 · 平	年	月	日	生
傷 病 名			治 療 開 始 日		治ゆまたは治ゆ見込日(注1)				
			年 月 日		年 月 日			治 ゆ 治ゆ見込	
			年 月 日		年 月 日			治 ゆ 治ゆ見込	
			年 月 日		年 月 日			治 ゆ 治ゆ見込	
			年 月 日		年 月 日			治 ゆ 治ゆ見込	
			年 月 日		年 月 日			治 ゆ 治ゆ見込	
病状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください)									(受傷日 年 月 日)
主たる検査所見									
初診時の意識障害		程度 なし・あり (				日		継続期間 時間)	
既往症および既存障害		なし・あり (注2) (				)			
後遺障害の有無について		なし・あり・未定							
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日							(診断日) 年 月 日  治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡	
通院治療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日								
ギプス固定期間	除去 固定具の種類 自 年 月 日・至 年 月 日( )								
付添看護を 要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日								

（）内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

区分4－9. 診断書（自動車損害賠償責任保険）

上記の通り診断いたします。 (作成日) 年 月 日	所在 地: 名 称: 医師氏名:	電話 ( ) 印
---------------------------------	------------------------	-------------

No. 9\_裏



受傷部位を○で図示してください

後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備え付けてあります）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこのデータをご使用ください。

なお、こちらのデータと同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

# 国民健康保険療養費支給申請書

## （治療用装具用）

令和 年 月 日

殿

申請者 住 所  
(世帯主)

氏 名 ㊞  
T E L

国民健康保険法施行規則第27条第1項の規定により療養費の支給  
を別紙証拠書類を添えて下記のとおり申請します。

身障手帳の所持
有・無

被保険者証 の記号番号	治療用装具を装着 した被保険者氏名	世帯主との 続柄
傷病 名	治療用装具の装着年月日	令和 年 月 日
治療用装具 の名称等	名称 基本構 造 付属品	
治療用装具の装着 を必要とする意見		
上記のとおり、治療用装具の装着を必要と認める 令和 年 月 日 療養取扱機関 住 所 名 称 保険医 氏 名 印		
購入価格	円	支給申請額 円
振込希望の銀 行	銀行 支店・本店	口座の種類 普通・当座
口座番号	フリガナ 口座名義人	
支払決定額	円	受付者印



No. 11

疾患名

## 特定疾患療養治療計画

症状	自覚症状	
	検査	
	その他 (画像診断等)	
治療計画	通院計画	
	薬剤指導 (服薬・注射)	
	処置・ リハビリ等	
指導内容	食事	
	運動	
	その他	
検査内容・日程	検査	
	その他 ( )	
手術の要否		
その他		

## 主治医意見書

No. 12

申請者	(ふりがな)			男 ・ 女	住所	
	明・大・昭	年	月		日生	(歳)

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに  同意する  同意しない

医師氏名 電話

医療機関名 FAX

医療機関所在地

(1) 最終診察日 令和 年 月 日

(2) 意見書作成回数  初回  2回目以上  
 有  無

(3) 他科受診の有無 (有の場合) →  内科  精神科  外科  整形外科  脳神経外科  皮膚科  泌尿器科  
 婦人科  眼科  耳鼻咽喉科  リハビリテーション科  歯科  その他 ( )

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性  安定  不安定  不明  
(「不安定」とした場合、具体的な症状を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾患の経過及び投薬内容を含む治療内容

## 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレータ	<input type="checkbox"/> 器官切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり		
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらか困難	<input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない

## (3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目すべてチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
火の不始末 不潔行 異食行動 性的問題行為 その他 ( )

## (4) その他の精神・神経症状

無 有 症状名： 専門医受診の有無 有 ( 科) 無

## (5) 身体の状態

利き腕 (□右□左)	身長 = <input type="text"/> cm	体重 = <input type="text"/> kg	(過去6か月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
□四肢欠損	(部位: )		
□麻痺	□右上肢 (程度: □軽 □中 □重)	□左上肢 (程度: □軽 □中 □重)	
□関節の拘縮	□右下肢 (程度: □軽 □中 □重)	□左下肢 (程度: □軽 □中 □重)	
□関節の痛み	□その他 (部位: ) 程度: □軽 □中 □重		
□失調・不随意運動	◆上肢 □右 □左	◆下肢 □右 □左	
□褥瘡	(部位: ) 程度: □軽 □中 □重)		
□その他の皮膚疾患	(部位: ) 程度: □軽 □中 □重)		

## 4. 生活機能とサービスに関する意見

## (1) 移動

屋外歩行	□自立	□介助があればしている	□していない
車いすの使用	□用いていない	□主に自分で操作している	□主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用 (複数選択可)	□用いていない	□屋外で使用	□屋内で使用

## (2) 栄養・食生活

食事行為	□自立ないし何かと自分で食べられる	□全面介助
現在の栄養状態	→ 栄養・食生活上の留意点 ( )	

## (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁	□転倒・骨折	□移動能力の低下	□褥瘡	□心肺機能の低下	□閉じこもり	□意欲低下	□徘徊
□低栄養	□摂食・嚥下機能低下	□脱水	□易感染性	□がん等による疼痛	その他 ( )		
→ 対処方針 ( )							

## (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる	□期待できない	□不明
--------	---------	-----

## (5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます)

□訪問診療	□訪問看護	□訪問歯科診療	□訪問薬剤管理指導
□訪問リハビリテーション	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導	□訪問栄養食事指導
□通所リハビリテーション	□老人保健施設	□介護医療院	□その他の医療系サービス ( )
□特記すべき項目なし			

## (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに具体的に記載)

□血液 ( )	□摂食 ( )	□嚥下 ( )
□移動 ( )	□運動 ( )	□その他 ( )
□特記すべき項目なし		

## (7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください)

無 有 (

) 不明

## 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載してください。

特に、介護による手間に影響を及ぼす事項について記載してください。

なお、専門医等に別途意見を求める場合は、その内容、結果も記載してください。

(情報提供書や障碍者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付していただいて結構です。)

















