会員各先生
埼玉県医師会より周知依頼がございましたのでお知らせいたします。　　草加八潮医師会

「令和8年度診療報酬改定等に関する説明会」における事前質問の回答について（その2）（更新）

【回答その２】令和８年度診療報酬改定等説明会_事前質問
(2026.6.22 更新)

目次

１．ベースアップ評価料の届出様式 2
２．電子的診療情報連携体制整備加算① 2
３．電子的診療情報連携体制整備加算② 3
４．電子的診療情報連携体制整備加算③ 3
５．電子的診療情報連携体制整備加算④ 4
６．特定機能病院等紹介患者受入加算① 4
７．特定機能病院等紹介患者受入加算② 4
８．健康診断等の受診後における初再診療等の算定方法の明確化 5
９．継続陽圧呼吸療法充実管理体制加算 5
１０．在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　注２　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算 6
１１．在宅時医学総合管理料の施設基準 7
１２．心理支援加算① 7
１３．心理支援加算② 7
１４．救急外来医学管理料１の施設基準 8
１５．時間外対応加算 1～4 8
１６．心不全再入院予防継続管理料３ 12
１７．心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出書添付書類 12

１．ベースアップ評価料の届出様式

2026 年 5 月 7 日に更新されたベースアップ評価料届出様式について。
様式 97 の 4 （5）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定目数と全額見込みの箇所、初診料・再診料の回数を空欄及び 0 回と入力すると、6（2）入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分が 250 と出てしまいます。
当院のように外来算定が無い場合、正確な点数が出ないと思われます。様式は数式が入って自動計算されるため直せません。申請方法をご教示いただけますでしょうか。（さいたま市与野）

＜回答＞

ご指摘のとおり「**入院診療のみを実施し、外来診療がゼロ件の医療機関**」において、入院ベースアップ評価料の区分が正しく表示されない誤りがあったことから、5/27 付けで様式が更新されました。

（厚労省 HP）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

これまでにダウンロードした様式を用いて、区分が「250」と表示された場合は、様式を再度ダウンロードして記入し、**再提出をお願いいたします**。
また、ご提出の際は、管轄の地方厚生局事務所へご連絡いただきますようお願いいたします。

２．電子的診療情報連携体制整備加算①

施設基準の（6）「マイナポータルの医療情報等に基づき患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること」とありますが、（4）「オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を診療を行う診察室において閲覧又は活用できる体制を有していること」と、どのような違いになりますでしょうか？（上尾）

＜回答＞

（4）については、下記のとおり令和 6 年疑義解釈（その 1）にて示されております。

・オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している

必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

（６）については、疑義解釈等で示された例はございませんが、オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報や薬剤情報を基に、患者からの相談に応じる体制があれば差し支えないものと考えております。

３．電子的診療情報連携体制整備加算②

（８）の「電子処方箋を発行する体制を有していること」とは（別添１に書いてありますが）発行できる体制だけではダメでしょうか？　ずっと電子処方箋を実際に発行しないと条件に当てはまらないのでしょうか？（上尾）

＜回答＞

電子処方箋を発行する体制を有していることについての解釈については、疑義解釈（その４）にて下記のとおり示されております。

・院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていることを指し、院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていることを指す。

４．電子的診療情報連携体制整備加算③

加算１を取得したい場合、「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得されている診療情報等を活用する体制が整備されている」という要件について。
こちらの解釈がわかりませんので、教えていただけると助かります。現在当院は電子カルテ導入体制あり、導入予定であります。（北足立郡市）

＜回答＞

国等が提供する電子カルテ情報共有サービスについては、現時点では本格運用されておりません。

そのため、加算１を取得したい場合は、この要件（電子カルテ情報共有サービスにより取得されている診療情報等を活用する体制）の代わりに、別の要件（地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク（具体的には、地域医療連携ネットワーク）を活用する体制）を満たしていただく必要があります。

５．電子的診療情報連携体制整備加算④

電子的診療情報連携体制加算 1 を算定するにあたり、届出書にある 5.電子カルテ情報提供サービス等に係る要件（イ）地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークとは、具体的にどのようなものなのか？（狭山市）

≪回答≫

具体例としては、地連ネットワークが想定されますが、埼玉県では、現在、稼働中の地域医療連携ネットワークがないかもしれません。その場合、例えば、栃木県で運用されている地域医療連携ネットワーク（とちまるネット）への加入等が考えられますので、埼玉県医師会様とも相談の上、ご検討いただければと思います。

６．特定機能病院等紹介患者受入加算①

算定の対象となる特定機能病院を調べる方法などはありますでしょうか？
また、算定をした場合どこの病院から紹介か、レセプト等に記載は必要でしょうか？（上尾）

≪回答≫

・患者さんが持参される紹介状を確認することで、紹介元の病院が特定機能病院等であるかどうかを確認することが考えられます。その他、例えば医療情報ネット（ナビイ）でご確認いただく方法があるかと思います。
・また、病院名については特にレセプトへの記載は求められておりません。

７．特定機能病院等紹介患者受入加算②

病院の紹介を受けて初診を行った場合に算定可能とのことですが、初診料を算定した場合のみ算定できるということでしょうか。
別の病気で定期診察に来ている方の場合ですと、紹介を受けた場合でも再診料の算定になるのですが、そういった場合は、上記の受入加算 60 点の算定はできないということでしょうか。（熊谷市）

≪回答≫

初診料を算定した場合のみの加算です。
（なお、B011　連携強化診療情報提供料が見直されましたので、合わせてご確認ください。）

８．健康診断等の受診後における初再診療等の算定方法の明確化

今改定により、別紙の内容が通達されたことにより、草加市特定健診および後期高齢者健診と同日に保険診療を受診した場合は、初再診料を算定できないことが明確化されたという認識で良いのでしょうか。（草加八潮）

≪回答≫
今回の改定において「健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に１回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。」ということが明確化されました。
したがいまして、例えば、健診等に関する疾病、あるいは健診等の結果、診断された疾病に対して、同一日に１回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料は算定できません。
もっとも、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、「Ａ０００」初診料は算定できないが、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できるとされております。

＜6/22 追加回答＞
なお、健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合は、同日に１回の受診であっても初再診料の算定が可です。

９．継続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

2026 年 3 月 28 日開院のため、実績が 3 カ月ありません。この場合６月の算定はできないのでしょうか。
出来ない場合、2026 年 3 月 28 日～6 月 28 日までの実績が出た時点で届出になるのでしょうか。（浦和）

＜6/22 追加回答＞
貴見のとおり、６月の算定はできません。３月 28 日から６月 28 日までの３ヶ月間の実績がそろってからの届出をお願い致します。

１０．在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料　注２　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

届出・算定開始時期に関して、当院では、直近３か月間の CPAP 使用実績について、

・4 時間以上使用した日が 20 日以上である月数割合

・AHI

・平均使用時間

等を集計し、施設基準を満たす見込みです。通知等では「5 月中届出、6 月より算定開始」と読める記載がありますが、以下の点について解釈に迷っております。

① 本加算は、5 月中の届出のみが認められているのでしょうか。

② 例えば、・7 月に施設基準を満たした場合・7 月中に届出・8 月から算定開始といった、年度途中での届出・算定開始は可能でしょうか。

③ あるいは、本加算は年 1 回（5 月届出→6 月開始）のみの運用でしょうか。

④ また、届出後に一時的に要件未達となった場合の運用について、何らかの考え方や事務連絡等がありましたらご教示ください。

⑤要件を満たし続けているのかどうか毎月過去 3 ヶ月分の統計を取ってレセプトで提出しなければならないのでしょうか（その手間に見合う加算なのか検討）

特に、当院での CPAP 患者は治療が難しい患者さんで使用状況に変動が大きく、マスク等への感覚過敏や元々の不眠症等により長時間の CPAP 使用が困難な症例も少なくないため、実務上の運用を確認したく存じます。使用成績の極端に悪い患者さんについてはやむを得ず、処方停止とさせていただき、安定的に要件を満たしてから届出をするということも考えています。（上尾）

＜6/22 追加回答＞

①　届出を行うことのできる月の指定はございません。

②　施設基準を満たした場合、可能です。

③　上記のとおりです。

④、⑤　過去３ヶ月分に遡って毎月把握する必要があります。また、届出後に一時的に要件未達となった場合は速やかに届出を取り下げていただき、翌月からは当該加算を算定できなくなります。再度要件を満たした月に届出をしていただき、翌月から当該加算を算定可能となります。

１１．在宅時医学総合管理料の施設基準

第９の１（３）に規定する在宅療養支援診療所。
①24 時間訪問看護ステーションとの連携は必須か？
②患者ごとに訪問看護ステーションが違うが、主となる所を決めるのか？（さいたま市与野）

＜回答＞
施設基準告示において、「当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること」とされております。
したがいまして、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供しているのであれば差し支えありません。

１２．心理支援加算①

公認心理師が実施した場合において算定するものですが、カルテに担当した心理師の名前の記載は必要でしょうか？（上尾市）

＜回答＞
→　公認心理師に指示を行った医師は、心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載することとされているため、必要に応じて適切に記載されたい。
　　また、常勤の精神保健指定医については、様式 44 の 5 の 2 により、指定医の氏名等を届け出る必要がある。

　　様式 44 の 5 の 2
　　https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/r8-t44-5-2.pdf

１３．心理支援加算②

「精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる」とあるが、医師と診察で会わない日に通院の在宅精神療法＋心理支援加算を算定できるということで大丈夫でしょうか？（上尾市）

＜回答＞

→当該加算については、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が対面における心理支援を 30 分以上実施した場合に算定するものであり、医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に実施した場合においても算定が可能となっている。

１４．救急外来医学管理料１の施設基準

施設基準には「(１)休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。」とあります。

当院は救急病院※として令和７年 12 月 17 日に告示を受けており、24 時間体制で救急患者の受け入れを行っております。

一方で、地域の病院群輪番制には参加しておらず、いわゆる第二次救急医療機関としての指定・位置付けに該当するかについて判断に迷っております。

この場合、当院は救急外来医学管理料１の届出対象として差し支えないか。(県医師会)

※救急病院等を定める省令（昭和三十九年厚生省令第八号）第一条第一項に規定する救急病院

＜回答＞

→　第二次救急医療機関の判断については、施設基準に定めるとおり、「第二次救急医療機関（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。)」に照らして判断されたい。

１５．時間外対応加算 1～4

時間外対応加算 1～4 について、当院の体制でどの区分に該当し得るのか。

【当院の現状】

・精神科単科診療所（無床）医師一人（看護師不在）
・埼玉県精神科救急輪番事業に参加し、定期的に平日夜間の精神科救急対応を実施（埼玉県精神科救急医療指定医療機関の認定書あり）
・患者へ医師個人の携帯番号は直接開示していない
・埼玉県精神科救急情報センターへ医師携帯番号を届出済
・緊急時には、精神科救急情報センター、警察、救急等から当職へ連絡が入り、相談・対応可能な体制

・時間外はクリニック留守番電話にて「氏名・診察券番号・連絡先・用件」を録音していただき、可能な範囲で折り返し連絡
・留守番電話内で埼玉県精神科救急情報センターの連絡先を案内
・平日診療は 19 時頃まで、土曜 17 時頃まで

【質問】

①上記体制は、時間外対応加算 1～4 のうち、どの区分に該当し得るでしょうか。

＜回答＞

→以下の回答も参考に、医療機関における時間外の診療体制について、各要件と照らし合わせの上、加算区分を適切に判断されたい。

（参考：時間外対応加算 1～4 の施設基準について）

第２　時間外対応体制加算

１　通則

（１）　診療所であること。

（２）　標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

２　時間外対応体制加算１に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

３　時間外対応体制加算２に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。この場合において、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっ

ても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

4　時間外対応体制加算３に関する施設基準

（１）　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（２）　休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

5　時間外対応体制加算４に関する施設基準

（１）　診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。

（２）　当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（３）　当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

（４）　複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で３つまでとすること。

②特に、患者と直接つながる携帯番号を公開していない点は、加算算定上どの程度問題となるでしょうか。

＜回答＞

→例えば、標榜時間外の夜間の数時間の対応を評価する時間外対応体制加算３の施設基準では、「診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。」とされている。
また、加算１から４のすべてにおいて、「患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先に等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知している。」の要件を満たす必要がある。

③「夜間の数時間の対応」という表現について、実務上どの程度の時間帯までを想定しているのでしょうか（例：22 時頃まで等）。
＜回答＞
→例えば、時間外対応加算３における標榜時間外の夜間の数時間の対応について、「夜間」とは、区分番号 A000 初診料の注９に規定するとおり、標榜時間外（例えば平日診療終了時刻が 19 時の場合）から午後 10 時までの時間帯の間の数時間をいう。

④精神科救急情報センターを介した連絡体制は、時間外対応体制として評価され得るのでしょうか。
＜回答＞
→例えば、標榜時間外の夜間の数時間の対応を評価する時間外対応体制加算３の施設基準では、「診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。」とされている。

⑤「留守電確認後、必要時折り返し対応」という運用は、時間外対応加算３の趣旨に合致すると考えてよいのでしょうか。
当院のような精神科単科・小規模診療所における現実的な運用について、ご教示いただけますと幸いです。（上尾）
→例えば、標榜時間外の夜間の数時間の対応を評価する時間外対応体制加算３の施設基準では、「診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。」とされている。

その上で、「標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。」とされている。
したがって、常時、留守番電話で対応し、必要時に限り折り返し対応するということであれば、時間外対応体制加算３の趣旨には合致しないと考えられる。

１６．心不全再入院予防継続管理料３

心不全再入院予防継続管理料３の施設基準は以下のとおりであるが、②の栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備とはどういったものを指すか。心不全予防チームの医師・看護師による食事指導でいいのかご教示ください。（浦和）

【施設基準】
①心不全入院予防チーム（心不全指導の経験を３年（医師は５年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち１名以上は常勤）の設置
②栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
③管理料１又は２の医療機関が主催する
研修会への参加

＜回答＞
施設基準通知において、「心不全指導の経験を３年以上有する専任の管理栄養士又は心不全指導の経験を３年以上有する当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること」とされております。

１７．心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出書添付書類

問１
項目３の①心不全指導の経験を有する医師欄における「研修受講」とは何を指しているのか。通常参加している心不全関連の講演会等も含まれるのか？

＜回答＞
本件については、R8.4.10 付け「疑義解釈（その２）」において、以下の研修が示されております。
（答）現時点では、以下の研修が該当する。
① 日本看護協会の認定看護師教育課程「慢性心不全看護」「心不全看護」
② 日本循環器学会「心不全療養指導士」

また、上記のほかに、心不全管理に関する専門的な知識・技術を有する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等を養成することを目的とした７時間以上の研修であり、以下の要件を全て満たすものについても該当する。

（１）慢性心不全に関する一定の知識と経験を有する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等を対象としていること。

（２）心不全の病態、薬物治療及び非薬物治療、療養指導、食事指導、運動指導並びに地域連携に関する内容が含まれていること。

（３）慢性心不全の管理に関する実習を含むこと。

（４）医療関係団体が主催し、研修の修了証が発行されていること。

問２

「心不全指導の経験を有する管理栄養士」（専任の管理栄養士）が不在の場合、「地域の保健医療機関等と連携し、栄養食事指導を行う体制の有無」およびその「管理栄養士」の氏名が問われているが、普段連携している医療機関（例えば地域の市立病院）がある場合、そこに栄養士の名前を確認するのか？

＜回答＞

心不全指導の経験を３年以上有する専任の管理栄養士が不在の場合は、心不全指導の経験を３年以上有する当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが、施設基準通知により定められております。

したがいまして、例えば地域の市立病院の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備しているのであれば、当該市立病院の名称や、管理栄養士の氏名等を記載することになります。

問３

「５．心大血管疾患リハビリテーション料の届出」は必須か？

＜回答＞

心不全再入院予防継続管理料１又は２については必須となりますが、心不全再入院予防継続管理料３の場合は必須ではありません。

問４

「６．院内研修会の開催状況」について、開催はしていないが、問題無いか？

＜回答＞

心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出書（様式８の５）の［記載上の注意］の「３」に以下のように説明されております。

新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること

問５

「７．地域研修会の開催・参加状況」、「記入上の注意２」について、具体的にはどのようなものがあるか。特定の施設のものか？　医師会主催の講演会もしくは市立病院等との病診連携の会などの心不全関連のものでいいのか？　そもそも指定の特定の研修会が存在するのか？

「概要」というのはサマリーを記入するのか。プログラムや次第の添付でよいか？

＜回答＞

「地域研修会」とは、地域において心不全再入院予防継続管理料１又は２を届け出ている保険医療機関が主催する「心不全診療に関する再診治療と多職種連携の意義」についての研修会となります。（地域において心不全再入院予防継続管理料１又は２を届け出ている医療機関については、後日、厚生局の HP にも掲載される見込みです）

また、「概要」としましては、研修会の目的、参加した職員名、開催日時等を記載した書類であれば構いません。